

Faculté de Pharmacie

Année 2021

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Pharmacie

Présentée et soutenue publiquement

le 15 décembre 2021

Par

Emma BRASQUIES

Né(e) le 24 mars 1996 à Aurillac

Prise en charge thérapeutique, psychologique et sociale de la femme enceinte consommatrice d'alcool par les professionnels de santé

Thèse dirigée par Pierre VILLEGGER et André NGUYEN

Examineurs :

M. Bertrand COURTIOUX, Professeur des Universités et Doyen, Faculté de Pharmacie de Limoges

M. Catherine FAGNERE, Professeur des Universités, Faculté de Pharmacie de Limoges

M. Hélène PONTIE, Pharmacienne d'officine titulaire, Pharmacie de Saint-Paul des Landes

Discipline : Addictologie



Faculté de Pharmacie

Année 2021

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Pharmacie

Présentée et soutenue publiquement

le 15 décembre 2021

Par Emma BRASQUIES

Né(e) le 24 mars 1996 à Aurillac

**Prise en charge thérapeutique, psychologique et sociale de la
femme enceinte consommatrice d'alcool par les professionnels de
santé**

Thèse dirigée par Pierre VILLEGGER et André NGUYEN

Examineurs :

M. Bertrand COURTIOUX, Professeur des Universités et Doyen, Faculté de Pharmacie de Limoges

M. Catherine FAGNERE, Professeur des Universités, Faculté de Pharmacie de Limoges

M. Hélène PONTIE, Pharmacienne d'officine titulaire, Pharmacie de Saint-Paul des Landes

Discipline : Addictologie

Liste des enseignants

Le 1^{er} septembre 2021

Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur COURTIoux Bertrand

Vice-doyen de la Faculté

Monsieur LÉGER David, Maître de conférences

Assesseurs de la Faculté

Monsieur le Professeur BATTU Serge

Monsieur le Professeur PICARD Nicolas

Professeurs des Universités – Hospitalo-Universitaires

M. PICARD Nicolas	Pharmacologie
Mme ROGEZ Sylvie	Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie
M. SAINT-MARCOUX Franck	Toxicologie

Professeurs des Universités – Universitaires

M. BATTU Serge	Chimie analytique et bromatologie
M. CARDOT Philippe	Chimie analytique et bromatologie
M. COURTIoux Bertrand	Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie
M. DESMOULIERE Alexis	Physiologie
M. DUROUX Jean-Luc	Biophysique et mathématiques
Mme FAGNÈRE Catherine	Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique
M. LIAGRE Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
Mme MAMBU Lengo	Pharmacognosie
M. TROUILLAS Patrick	Biophysique et mathématiques

Mme VIANA Marylène Pharmacie galénique

Maitres de Conférences des Universités – Hospitalo-Universitaires

M. BARRAUD Olivier (*) Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie

Mme. CHAUZEIX Jasmine Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie

M. JOST Jérémy Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique

Maitres de Conférences des Universités – Universitaires

M. BASLY Jean-Philippe (*) Chimie analytique et bromatologie

Mme BEAUBRUN-GIRY Karine Pharmacie galénique

Mme BÉGAUD Gaëlle Chimie analytique et bromatologie

M. BILLET Fabrice Physiologie

M. CALLISTE Claude Biophysique et mathématiques

M. CHEMIN Guillaume Biochimie et biologie moléculaire

Mme CLÉDAT Dominique Chimie analytique et bromatologie

M. COMBY Francis Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique

Mme COOK-MOREAU Jeanne Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie

Mme DELEBASSÉE Sylvie Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie

Mme DEMIOT Claire-Elise (*) Pharmacologie

M. FABRE Gabin Biophysique et mathématiques

M. FROISSARD Didier Botanique et cryptogamie

Mme JAMBUT Anne-Catherine (*) Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique

M. LABROUSSE Pascal (*) Botanique et cryptogamie

Mme LAVERDET Betty Pharmacie galénique



M. LAWSON Roland	Pharmacologie
M. LÉGER David	Biochimie et biologie moléculaire
Mme MARRE-FOURNIER Françoise	Biochimie et biologie moléculaire
M. MERCIER Aurélien	Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie
Mme MILLOT Marion (*)	Pharmacognosie
Mme PASCAUD-MATHIEU Patricia	Pharmacie galénique
Mme POUGET Christelle (*)	Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique
M. TOUBLET François-Xavier	Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique
M. VIGNOLES Philippe (*)	Biophysique et mathématiques

(*) Titulaire de l'Habilitation à Diriger des Recherches (HDR)

Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche

Mme AUDITEAU Émilie Épidémiologie, statistique, santé publique

Enseignants d'anglais

M. HEGARTY Andrew Chargé de cours

Mme VERCELLIN Karen Professeur certifié



Remerciements

A **M. NGUYEN André** qui a su m'encadrer et me guider tout au long de ce travail, et pour me faire l'honneur de diriger ma thèse.

A **M. VILLEGER Pierre**, pour son aide, sa disponibilité, son investissement depuis le début de ce projet, et pour me faire l'honneur de codiriger cette thèse.

A **M. COURTIoux**, pour avoir accepté de présider cette soutenance, et **M^{me} FAGNERE** pour avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Merci pour avoir pris de votre temps pour assister à ce moment, pour votre investissement et vos enseignements transmis lors de mes années d'études.

A **mes anciens maîtres de stage** qui ont su me former, me responsabiliser, me guider dans la dynamique et dans la manière dont je veux exercer mon métier. Grâce à eux, j'ai découvert la profession qui me correspond et que j'aime exercer au quotidien.

Aux **autres pharmacies** dans lesquelles j'ai été accueillie (stages ou emplois saisonniers), qui m'ont beaucoup appris.

A **l'ensemble du personnel de la Pharmacie de Saint-Paul des Landes**, pharmacie dans laquelle j'ai réalisé mon stage de sixième année et dans laquelle je poursuis aujourd'hui mon chemin professionnel.

A **Frédéric et Hélène**, ma maître de stage, qui ont su s'investir dans ma formation, me faire progresser, me faire confiance et me donner les clés pour m'améliorer sans cesse. Merci Hélène, de faire partie de mon jury de thèse.

Au reste de l'équipe, **Nathalie, Cécile, Vinciane, Patricia**, pour leur bienveillance et leur bonne humeur toujours présentes. J'aimerais remercier **Dominique**, à la retraite aujourd'hui, pour sa gentillesse. Une pensée pour **Thierry**, un membre initial de cette belle équipe que j'ai intégrée, pour son humour.

A **mes parents**, qui ont toujours cru en moi, qui m'ont encouragée, qui ont fait de nombreux aller-retours, qui ont financé mes études, qui ont supporté mes crises d'angoisses, mes moments de doutes, mes insomnies pendant des mois et les veilles de partiels, eux qui ont toujours tout mis en œuvre pour que je réussisse dans les meilleures conditions.

A **mes grands-parents, Marinette et Henri**, à qui je dédicace ce travail de finalité de mes études. Je ne pense pas qu'il existe de superlatif assez puissant pour résumer ici tout l'amour, la bienveillance, l'investissement, l'éducation, la transmission de savoirs et de valeurs, les rires, les anniversaires, les Noël, les gâteaux, les vacances, les repas du mercredi midi, les matches de rugby, pour être à la hauteur de la richesse de tous ces souvenirs ancrés pour toujours. J'espère vous avoir et continuer de vous rendre fiers.

Au **reste de ma famille**, pour les belles fêtes de fins d'année et les bons moments passés ensemble.

A **Antoine**, qui était déjà à mes côtés avant le début de cette aventure, qui m'a épaulée, m'a soutenue, m'a changée les idées, a travaillé avec moi pendant les périodes de révisions, a passé des soirées sur Skype ou WhatsApp, mais aussi pour les vacances en Vendée ou ailleurs, les week-ends à Toulouse, Rennes, Limoges ou Riom, et pour tout le reste.

A **mes amis**, Mathilde, Reine, Lisa, Gaëlle, Clément, Martin, Didier, Victor, mes potes de lycée, ceux avec qui rien n'a jamais changé même si on s'est tous perdus aux quatre coins de la France (voire plus loin pour les petits chanceux). Merci à vous pour les (quelques) soirées, les vacances entre filles, les week-ends à Toulouse, à Clermont, à Brive, à Paris, les sorties de classe de décembre au Zinzin, les matches du Stade, les premiers de l'an, les journées au ski, les restaurants, les après-midis à la piscine et pour toutes les autres choses qu'il nous reste à vivre et à fêter.

A mes copines de Limoges, **Marie et Émilie**, avec qui on s'est supportées pendant toutes ces années et surtout pendant toutes ces révisions. Vous avez grandement contribué à la réussite de mes études.

A **toutes les personnes que j'ai oubliées**, mais qui se reconnaîtront.

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.....	14
I. Consommation d'alcool, une conduite dangereuse	15
I.1. Généralités relatives à l'alcool.....	15
I.1.1. La substance active : l'éthanol.....	15
I.1.1.1. Les classifications reposant sur des critères médicaux.....	15
I.1.1.2. Les classifications reposant sur des critères sanitaires et sociaux	16
I.1.2. Législation relative à l'alcool en France	16
I.1.2.1. Le message « pas d'alcool pendant la grossesse ».....	16
I.1.2.2. La prévention.....	18
I.1.2.2.1. La prévention primaire	18
I.1.2.2.2. La prévention secondaire.....	19
I.1.2.2.3. La prévention tertiaire	22
I.2. Toxicité de l'alcool	22
I.2.1. Toxicocinétique de l'alcool	22
I.2.1.1. Absorption	23
I.2.1.2. Distribution.....	23
I.2.1.3. Métabolisme	25
I.2.1.4. Élimination	27
I.2.2. Physiopathologie consécutive à un éthylysme chronique.....	27
I.2.2.1. Les atteintes hépatiques.....	27
I.2.2.2. Les atteintes pancréatiques.....	28
I.2.2.3. Les atteintes du tube digestif.....	29
I.2.2.4. Les atteintes cardio-vasculaires	30
I.2.2.5. Les atteintes cérébrales	30
I.2.2.6. Les atteintes psychiatriques	32
I.2.2.7. Les carences	34
I.2.3. Le caractère toxicomane.....	34
I.2.3.1. La tolérance.....	35
I.2.3.2. Le phénomène de dépendance.....	36
I.2.3.2.1. La dépendance psychique	36
I.2.3.2.2. La dépendance physique.....	37
II. Consommation éthylique pendant la grossesse, une conduite nocive	40
II.1. Les conséquences d'une consommation éthylique pendant la grossesse	40
II.1.1. Impacts sur le développement de l'enfant in utero	40
II.1.1.1. Au cours du premier trimestre	40
II.1.1.2. Au cours du deuxième trimestre.....	42
II.1.1.3. Au cours du troisième trimestre.....	43
II.1.2. Impacts sur le déroulement de la grossesse et des risques à l'accouchement	44
II.1.2.1. Risque d'avortement spontané.....	44
II.1.2.2. Risque d'accouchement prématuré.....	45
II.1.2.3. Déficits en micronutriments	46
II.1.2.4. Risque d'hématome rétro-placentaire	51
II.2. Retentissements sur l'enfant à naître	52
II.2.1. A la naissance.....	53
II.2.1.1. Les structures de soins.....	53

II.2.1.1.1. L'évolution des maternités	53
II.2.1.1.2. Les unités kangourous.....	56
II.2.1.2. Les soins postnataux.....	58
II.2.1.3. Le syndrome de manque du nouveau-né.....	58
II.2.2. Les impacts sur l'enfant en périnatalité.....	60
II.2.2.1. Le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF).....	60
II.2.2.1.1. Définition du SAF	60
II.2.2.1.2. Caractéristiques du SAF	61
II.2.2.2. La mort subite du nouveau-né (MSN)	63
II.2.2.3. Le syndrome du bébé secoué (SBS).....	64
II.2.3. Surveillance depuis la grossesse et suivi ultérieur de l'enfant	66
III. Une prise en charge globale	68
III.1. Les différents établissements concernés	68
III.1.1. Les maternités	68
III.1.2. Les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI)	68
III.1.3. Les centres d'addictologie	69
III.2. Les différentes prises en charge à mettre en place.....	74
III.2.1. Les enjeux et l'adaptation individuelle de la prise en charge.....	74
III.2.1.1. L'initiation de la prise en charge.....	74
III.2.1.1.1. Quand initier la prise en charge.....	75
III.2.1.1.2. Comment aborder la problématique d'une consommation éthylique.....	75
III.2.1.2. L'individualisation de la prise en charge.....	76
III.2.1.2.1. Les situations simples.....	78
III.2.1.2.2. Les situations complexes.....	78
III.2.1.2.3. Les situations de grande détresse.....	80
III.2.1.2.3.1. Exemples de facteurs de vulnérabilité	80
III.2.1.2.3.2. Modèle de prise en charge des situations de grande détresse.....	82
III.2.2. La prise en charge thérapeutique de la dépendance.....	83
III.2.2.1. Les principes de base de la prise en charge médicale en addictologie	83
III.2.2.2. La prise en charge thérapeutique de l'alcoolodépendance.....	85
III.2.3. La prise en charge sociale	95
III.2.3.1. La prise en charge sociale destinée aux femmes pendant leur grossesse... 95	
III.2.3.2. La prise en charge sociale destinée à l'enfant	100
III.2.3.2.1. Les difficultés sociales éventuelles	101
III.2.3.2.2. Les solutions à ces difficultés sociales en France	102
III.3. Le rôle des différents professionnels de santé	104
III.3.1. Le rôle des différents soignants impliqués et/ou réseaux de soins.....	104
III.3.2. Le rôle du pharmacien d'officine	106
IV. Retour de questionnaire	109
Conclusion.....	128
Références bibliographiques.....	129
Lexique	134
Annexes	139
Serment De Galien.....	143

Table des illustrations

Illustration n°1 (page 17) : Pictogramme conforme de prévention alcoolique chez les femmes enceintes

Illustration n°2 (page 21) : Illustration de la couverture du carnet de santé de maternité

Illustration n°3 (page 26) : Schéma représentant le métabolisme hépatique de l'éthanol

Illustration n°4 (page 38) : Graphique représentant l'évolution du syndrome de sevrage alcoolique au fil des heures

Illustration n°5 (page 40) : Schéma décrivant les différentes phases de développement du fœtus *in utero*

Illustration n°6 (page 47) : Schémas représentant les structures moléculaires de la vitamine D3 et D2

Illustration n°7 (page 48) : Schéma représentant la structure moléculaire de l'acide folique

Illustration n°8 (page 49) : Schéma représentant la structure moléculaire de la vitamine B1

Illustration n°9 (page 50) : Schéma représentant la structure moléculaire de la vitamine B6

Illustration n°10 (page 50) : Schéma représentant la structure moléculaire de la vitamine B3

Illustration n°11 (page 51) : Schéma légendé décrivant un hématome rétro-placentaire

Illustration n°12 (page 61) : Schéma représentant les caractéristiques faciales retrouvées dans les Syndromes d'Alcoolisation Fœtale

Illustration n°13 (page 109) : Diagramme circulaire représentant les réponses à la question n°1

Illustration n°14 (page 110) : Diagramme circulaire représentant les réponses à la question n°2

Illustration n°15 (page 111) : Diagramme circulaire représentant les réponses à la question n°3

Illustration n°16 (page 112) : Histogramme en barres représentant les réponses à la question n°4

Illustration n°17 (page 113) : Diagramme circulaire représentant les réponses à la question n°5

Illustration n°18 (page 114) : Diagramme circulaire représentant les réponses à la question n°6

Illustration n°19 (page 115) : Diagramme circulaire représentant les réponses à la question n°7

Illustration n°20 (page 116) : Diagramme circulaire représentant les réponses à la question n°8

Illustration n°21 (page 116) : Diagramme circulaire représentant les réponses à la question n°9

Illustration n°22 (page 117) : Histogramme en barres représentant les réponses à la question n°10

Illustration n°23 (page 118) : Histogramme en barres représentant les réponses à la question n°11

Illustration n°24 (page 119) : Histogramme en barres représentant les réponses à la question n°12

Illustration n°25 (page 120) : Histogramme en barres représentant les réponses à la question n°13

Illustration n°26 (page 120) : Histogramme en barres représentant les réponses à la question n°14

Illustration n°27 (page 121) : Diagramme circulaire représentant les réponses à la question n°15

Illustration n°28 (page 122) : Histogramme en barres représentant les réponses à la question n°16

Illustration n°29 (page 123) : Histogramme en barres représentant les réponses à la question n°17

Illustration n°30 (page 123) : Diagramme circulaire représentant les réponses à la question n°18

Illustration n°31 (page 124) : Diagramme circulaire représentant les réponses à la question n°19

Illustration n°32 (page 125) : Diagramme circulaire représentant les réponses à la question n°20

Illustration n°33 (page 125) : Diagramme circulaire représentant les réponses à la question n°21

Illustration n°34 (page 126) : Histogramme en barres représentant les réponses à la question n°22

Introduction

Dans notre société, la consommation d'alcool fait partie intégrante des habitudes de vie. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), le tabac, l'alcool et le cannabis sont les trois substances psychoactives les plus consommées en France. Synonyme de plaisir, de festivité et de convivialité, l'alcool séduit par son effet désinhibant.

Son accessibilité, son prix et son statut légal en facilitent d'autant plus la propagation. Entre plaisir et danger, la limite reste mince et plutôt méconnue des usagers. L'éthylisme peut alors rapidement devenir une toxicomanie si la consommation devient excessive. Malheureusement, cette toxicomanie demeure la plus accessible financièrement et la moins critiquée.

Aujourd'hui se considérer « comme tout le monde », c'est être consommateur.

Depuis quelques décennies, la consommation de substances psychoactives a considérablement augmenté chez les femmes, notamment chez les plus jeunes. Ce sont ces jeunes femmes, qui sont susceptibles d'envisager, d'engager, voire de poursuivre une grossesse.

Cependant, ce comportement chez les femmes enceintes reste très tabou. D'autant plus que le message d'abstinence prôné peut être contredit par l'entourage, certains professionnels de santé et/ou les médias. En effet, un verre d'alcool pour célébrer une occasion spéciale est très rarement blâmé. Finalement, le message le plus divulgué serait non plus celui de la totale abstinence mais celui de la tolérance de quelques écarts occasionnels.

L'HAS affirme que toute consommation d'alcool pendant la grossesse reste à risque. En revanche, la communauté scientifique n'a pas encore précisément estimé le seuil de consommation éthylique non délétère pour le fœtus. De nombreuses études concluent que des consommations régulières conséquentes d'alcool augmenteraient le risque d'effets néfastes sur le fœtus. Mais qu'en est-il des consommations occasionnelles ?

Les conduites addictives ne sont pas systématiquement recherchées et diagnostiquées pour chaque grossesse. Le sujet n'est pas simple à aborder, par pudeur ou par honte, ou au contraire, banalisé si la consommation reste occasionnelle. En conséquence, des erreurs, des retards ou pire, des absences totales de prises en charge adéquates sont engendrés. Dans ces circonstances, certaines grossesses resteront asymptomatiques, d'autres vont se compliquer et la cause éthylique ne sera pas toujours évidente.

J'ai donc décidé de m'intéresser à cette population et de connaître les risques encourus pour la mère et son enfant ainsi que les soins dont elles pourraient bénéficier, les services vers lesquels elles pourraient être dirigées ainsi que les aides dont elles pourraient disposer.

Enfin, pour compléter et personnaliser ma thèse, j'ai recueilli les avis, les méthodes et les retours d'expérience des professionnels de santé grâce à un questionnaire.

I. Consommation d'alcool, une conduite dangereuse

I.1. Généralités relatives à l'alcool

I.1.1. La substance active : l'éthanol

L'alcool étudié dans cette thèse est celui retrouvé dans les boissons alcoolisées autrement appelé « alcool éthylique ». Ce dernier entre dans la classification des substances psychoactives.

Tout psychotrope entraîne des modifications de l'activité mentale quelle que soit cette modification. La conscience, l'humeur, les perceptions, le comportement ainsi que les fonctions physiques et psychologiques peuvent être touchés. Pendant longtemps, la question sur la méthode de classification s'est posée. La classification des drogues peut être basée sur l'impact engendré sur la santé, les effets psychotropes entraînés, les impacts sanitaires ou sociaux associés, les différents usages, leur statut juridique ou encore la nocivité propre à la substance.

Au cours d'une intoxication aiguë, selon la dose consommée, l'alcool peut être source de diverses conséquences. Un phénomène de désinhibition peut être entraîné, c'est-à-dire une perte de retenue ainsi qu'une facilité à se sociabiliser liée à une certaine euphorie. Par ailleurs, l'alcool peut tout à fait engendrer une sensation de bien-être. Or, il n'a pas que des effets plaisants.

D'autre part, l'alcool peut aussi dégrader notre fonctionnement psychique, nos perceptions, notamment avec une diminution de l'attention, de la concentration, du jugement et/ou une confusion mentale. Sont parfois associés à ces signes, une désorientation, une altération de la perception des couleurs, des formes, des trajectoires et des dimensions. L'alcool peut aussi faire ressortir un comportement agressif et violent.

A forte dose, une intoxication éthylique peut engendrer une anesthésie, une inconscience, une dépression respiratoire, un coma voire le décès de la personne dans les cas les plus graves.

I.1.1.1. Les classifications reposant sur des critères médicaux

Au début, les études menées sur les psychotropes portaient uniquement sur des observations cliniques. L'objectif était de découvrir un éventuel effet thérapeutique.

Selon Louis Lewin (1924) : l'alcool est qualifié « d'Inebriantia », ce qui correspond à une substance pouvant entraîner, suite à une première phase d'excitation, une dépression menant parfois à une perte temporaire de la conscience.

Selon Delay et Denicker (1957), il est considéré comme un psychodysléptique (ou perturbateur psychique) qui entraîne comme conséquence un état de perte temporaire de la conscience. Cette classification est basée sur ses propriétés cliniques et pharmacologiques.

Selon Pelicier et Thuillier (1991), il s'agit d'un dépresseur du système nerveux central¹ ou psycho-sédatif. Cette classification avait pour but de moderniser la classification précédente. (1)

I.1.1.2. Les classifications reposant sur des critères sanitaires et sociaux

Au fil du temps, une approche globale s'est développée. On s'intéresse de plus en plus au pouvoir toxicomanogène ou addictif des drogues, c'est à dire à leur capacité de déclencher une dépendance et un potentiel phénomène de tolérance.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 1971, base sa classification sur la capacité des drogues à engendrer une dépendance psychique, une dépendance physique ainsi qu'un phénomène de tolérance. L'alcool serait à l'origine de dépendances physique et psychique moyennes à marquées. On observe aussi une tolérance certaine.

La classification du rapport de Pelletier (1978) complète celle de l'OMS. Cette classification répartit les drogues selon les mêmes critères en s'appliquant à la totalité des drogues juridiquement contrôlées. Ce rapport est basé sur une échelle de 0 à 4, 4 étant la valeur la plus forte. L'alcool, pour les trois critères, est coté de 3 sur 4.

La classification du rapport de Roques (1998) présente une approche plus globale. En effet, elle se base sur les propriétés pharmacologiques des substances, tout en prenant en compte les enjeux médicaux et les risques sociaux liés à une éventuelle consommation. L'alcool provoquerait, selon cette classification, des dépendances psychique et physique ainsi qu'une neurotoxicité très forte, une toxicité générale et une dangerosité sociale forte. (1)

I.1.2. Législation relative à l'alcool en France

I.1.2.1. Le message « pas d'alcool pendant la grossesse »

L'article L.3322-2 du Code de la Santé Publique impose la présence d'un « message à caractère sanitaire préconisant l'absence de consommation d'alcool par les femmes enceintes » sur toutes les unités de conditionnement de boisson alcoolisée mises en vente sur le marché dans toutes les zones géographiques dirigées par l'autorité française. (6) Ceci concerne uniquement les boissons alcoolisées dont titre alcoométrique volumique est supérieur à 1,2 degrés d'alcool. En cas d'absence, la peine encourue est une amende s'élevant à 6000 €.

Le message préventif peut figurer sous différentes formes. Il peut s'agir soit du pictogramme conforme, soit du message de prévention « La consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse, même en faible quantité, peut avoir des conséquences graves sur la santé de l'enfant ». Ces outils de prévention doivent apparaître dans le même champ visuel que le titre alcoométrique volumique.



Illustration n°1 : Pictogramme conforme de prévention alcoolique chez les femmes enceintes (7)

Ces dispositifs doivent être visibles, lisibles (en version couleur non obligatoire), compréhensibles et indélébiles. Ce message se doit d'être clair et cohérent.

L'intérêt de cette précaution est de sensibiliser et d'informer sur les risques sanitaires encourus.

Les institutions s'inscrivent aujourd'hui dans une démarche de plus en plus préventive. Ce pictogramme n'est pas une disposition isolée. La loi du 9 août 2004 du Code la Santé Publique impose :

- La mise en œuvre de campagnes de prévention et d'information du Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF) par l'Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé (INPES) destiné au grand public et aux femmes enceintes,
- La dispensation d'informations au collège et au lycée sur la consommation d'alcool pendant la grossesse,
- La formation de tous les professionnels de santé et des professionnels du domaine médico-social.

Du 26 mars au 14 avril 2019, le ministre des Solidarités et de la Santé avec Santé Publique France ont lancé une campagne. Cette dernière portait sur les rappels des risques liés à l'alcool et sur la promotion des nouveaux repères de consommation. Cette campagne avait pour slogan : « Pour votre santé, l'alcool c'est maximum deux verres par jour, et pas tous les jours ». (8)

Du 2 au 29 mars 2020, une nouvelle campagne d'informations et de rappels concernant les repères de consommation devait voir le jour. Cependant, elle a été suspendue et sera menée ultérieurement, au vu de la crise sanitaire. (9)

Depuis quelques années, un mouvement originaire du Royaume-Uni se répand, notamment en Europe. Ce mouvement porte le nom de « *Dry January* ». Son objectif est de bannir toute consommation d'alcool après le Nouvel An jusqu'à la fin du mois de janvier. L'intérêt est double pour ce challenge. Tout d'abord, il impose de faire une pause dans notre consommation d'alcool, surtout après les fêtes de fin d'années. De plus, cela peut être une occasion de faire un point sur sa consommation d'alcool personnelle et de prendre de nouvelles résolutions pour l'année à venir.

I.1.2.2. La prévention

Dans le cadre de la réduction des risques, des campagnes et des actions de prévention sont menées en France. Ces projets visent à sensibiliser la population générale puis, dans un second temps, à faire diminuer la consommation d'alcool au sein de l'ensemble de la population. De plus la prévention auprès des femmes enceintes et en âge de procréer ne doit pas être négligée. En effet, les répercussions délétères et irréversibles d'un alcoolisme maternel pendant la grossesse sont maintenant mises en évidence par de nombreuses études. Il est donc important de lutter contre la méconnaissance des conséquences induites par ce type de consommation. Si ces actions de prévention sont aussi présentes aujourd'hui, c'est parce que la consommation d'alcool actuelle représente un réel enjeu de santé publique.

Pour cela, il est important de promouvoir la mise place de programmes visant à prévenir, retarder ou limiter les comportements à risques vis-à-vis de l'alcool dans la population générale et dans notre cas particulièrement chez les adolescentes et femmes en âge de procréer. L'information peut aussi bien concerner les dangers d'une consommation à risque à court, moyen et long terme. Elle doit être claire et compréhensible pour tous. Pour faciliter ces actions, des stratégies de marketing et de communication doivent être clairement établies.

L'OMS définit trois types de prévention : la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

I.1.2.2.1. La prévention primaire

➤ Définition générale

La prévention primaire consiste à empêcher, en amont, l'apparition d'un trouble ou d'une pathologie au sein d'une population déterminée durant une période fixée. Cette prévention n'est pas à négliger car elle permet de diminuer l'incidence, c'est-à-dire l'apparition de nouveaux cas. (10)

➤ Les objectifs de la prévention primaire

Cette démarche tend à sensibiliser bien évidemment les femmes en âge de procréer et/ou les femmes déjà enceintes, mais aussi la population générale, via des campagnes de sensibilisation. L'objectif de la prévention primaire est de délivrer des informations concernant les risques consécutifs à une consommation éthylique chez les femmes enceintes.

Il est vrai que beaucoup de personnes minimisent les conséquences d'une consommation d'alcool sur les fœtus, telles que des risques de retards mentaux irréversibles ou encore des malformations. Cela peut même survenir en cas de prises d'alcool à faibles doses ou lors d'ingestions occasionnelles. Il est nécessaire de rappeler que le placenta est perméable à l'alcool et que les échanges ont lieu rapidement après la consommation. L'alcool ingéré peut engendrer des altérations du système nerveux central¹ de l'enfant à naître, et ce tout au long de la grossesse.

➤ La législation en vigueur

Ces mesures de prévention se sont de plus en plus développées au cours de ces dernières années. Des dispositions législatives ont vu le jour afin de mieux encadrer ces actions de prévention.

La loi 9 août 2004 impose le lancement de campagnes d'information pour informer la population générale et faire la prévention du Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF). L'Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé (INPES) est à la tête de ces campagnes. Les professionnels de santé travaillant dans le secteur de périnatalité se doivent de suivre des formations adéquates. Ces formations continues sont obligatoires et s'inscrivent dans le Développement Professionnel Continu (DPC). Depuis 2009, le développement professionnel continu est rendu obligatoire de par l'application de la loi Hôpital Patient Santé et Territoire (loi HPST). La formation peut aussi se faire via des diplômes universitaires (DU) adaptés. En effet, ces professionnels de santé ont un rôle crucial à jouer. Ce sont eux qui se trouvent au plus près de la population à risque, soit les femmes enceintes et/ou en âge de procréer. Des informations de prévention doivent aussi circuler dans les collèges et les lycées dans l'objectif de sensibiliser le maximum de jeunes femmes. Pour illustrer ces campagnes, des brochures, des dépliants et des guides pratiques peuvent être mis à disposition.

L'article L-3322-2 du Code de la Santé Publique, publié en 2005, a été cité précédemment (voir I.1.2.3.). Il préconise, sur toutes les unités de conditionnement de boissons alcoolisées, via un message de prévention, l'abstinence éthylique chez la femme enceinte. (11)

Ensuite, l'arrêté d'octobre 2006 impose la présence sur chaque conditionnement de boisson alcoolisée le slogan de prévention ou le pictogramme associé. Les médias ont, eux-aussi, leur rôle à jouer en matière de prévention. Ils touchent une large audience. Ils s'adressent aussi bien à la population générale qu'aux professionnels de santé.

De nouvelles méthodes d'éducation sanitaire ont vu le jour. Notamment « la prévention par les pairs ». Ces méthodes sont principalement utilisées dans le domaine de la prévention de consommation de substances et en addictologie. Le principe consiste à former des jeunes qui sensibiliseront à leur tour d'autres jeunes. Cette transmission peut se faire par le biais de séances de débats, de courts-métrages ou encore de conférences. Ceci est le plus souvent réalisé au sein des établissements scolaires, majoritairement au sein des lycées. L'intérêt est d'enlever l'aspect moralisateur que des adultes pourraient donner l'impression de donner.

I.1.2.2.2. La prévention secondaire

➤ Définition générale

La prévention secondaire a pour objectif de réduire la prévalence d'une maladie ou d'un handicap. La prévalence est la représentation de l'état de santé d'une population à un instant donné. La prévalence met en évidence le nombre de cas atteints par rapport à la population générale. (12)

➤ Les objectifs de la prévention secondaire

La prévention secondaire s'intéresse aux personnes atteintes mais dont l'état clinique peut demeurer asymptomatique ou alors à l'apparition du trouble. L'objectif est de s'opposer à l'évolution du trouble et/ou de supprimer les facteurs de risques. Dans notre cas, la prévention secondaire s'adresse aux femmes dont la grossesse a débuté ainsi qu'aux femmes en âge de procréer consommant de l'alcool. Cette prévention vise essentiellement à éviter une aggravation ultérieure des symptômes, c'est à dire, diminuer les conséquences sur le développement du fœtus suite à une exposition à l'alcool *in utero*. En effet, l'objectif est de déceler le trouble avant qu'il ne devienne trop handicapant.

Dans le cas de dépendance à l'alcool, il est primordial de renforcer le lien mère-enfant. Cela permet à la future mère de se projeter avec son bébé après la naissance. Il peut être intéressant de sensibiliser la future mère à l'allaitement. Souvent, cela devient une motivation supplémentaire pour le sevrage.

➤ L'impact des actions de dépistage

Pour mener la prévention secondaire à bien, des méthodes et des actions de dépistage sont mises au point ainsi que des interventions précoces. La recherche d'une consommation à risque chez la mère devrait systématiquement être menée, et ce, le plus tôt possible. En parallèle de ce dépistage, des consultations pré-conceptionnelles et prénatales existent. Ces consultations représentent un moment privilégié auprès des patientes. Ce sont des moments de suivi importants mais aussi des créneaux propices à la prévention personnalisée.

Certaines situations peuvent présager une potentielle consommation, par exemple, des femmes révélant des antécédents personnels ou familiaux d'alcoolisme, une dépendance ou un usage de substances associé, un environnement social précaire. Ces facteurs de risques nécessitent une surveillance d'autant plus particulière. Pour les femmes enceintes chez qui l'on suspecte un alcoolisme maternel, on commencera toujours le dépistage par un entretien.

La discussion s'orientera sur le comportement, les éventuels troubles du sommeil ou de mémoire, ... La démarche de la mère sera étudiée. L'échographie du deuxième trimestre peut mettre en avant les premiers signes d'un syndrome d'alcoolisation fœtale. Certains facteurs peuvent être étudiés afin de diagnostiquer un éthylisme maternel. Le taux de gamma-glutamyl-transférase (GGT) est exploré. Cependant une alcoolisation ponctuelle n'augmente pas les taux de ce facteur. (12)

La révélation d'un volume globulaire moyen augmenté peut aussi permettre de déceler un alcoolisme maternel. Toute prise en charge débutée avant le troisième trimestre permet de réduire la gravité et la fréquence des complications (neurocomportementales surtout).

L'optimisation d'un dépistage précoce facilite la mise en place d'une prise en charge rapide éventuelle.

➤ L'insertion dans le parcours de soins et les éventuelles prises en charge

Après le partage de ces informations et la prise de conscience de ces femmes, généralement, elles arrêtent leur consommation éthylique d'elles-mêmes. Cependant, il se peut que l'arrêt s'avère être plus compliqué que prévu et qu'il nécessite une aide adaptée. Dans ces cas-là, un encadrement de la patiente est à mettre en place grâce à des consultations rapprochées. L'exploration de l'environnement personnel de la patiente est incontournable. Il est important que la future mère soit entourée et soutenue.

Si l'entourage proche et familial de la patiente ne semble pas être sécurisant, alors elle pourra être redirigée vers différentes structures où la prise en charge pourra être réalisée. Le but est d'assurer un suivi global et rapproché, afin d'éviter les rechutes. Dans les cas les plus engagés, la femme en difficulté pourra être orientée vers des foyers thérapeutiques voire être hospitalisée (en ambulatoire ou en cure).

Pour faciliter le parcours de soin et optimiser la prise en charge, le travail en inter-professionnalité doit se montrer complémentaire et durable. En effet, les professionnels de santé et du social devront assurer une prise en charge cohérente. La sphère obstétrique devra être surveillée par un gynécologue et des sages-femmes. Les médecins addictologues, psychiatres, pédiatres et pédopsychiatres sont, eux-aussi, des maillons importants de ce suivi. D'autre part, les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) peuvent être contactés.

➤ Le carnet de santé maternité : un outil pertinent

Un carnet de santé maternité est remis aux femmes enceintes. Ce dernier est envoyé gratuitement après le premier examen prénatal, avant la fin du troisième mois. Les services d'administration des départements gèrent la distribution de ces carnets. Il représente un support solide du suivi de la grossesse. Ce carnet est divisé en plusieurs parties, recensant les droits et les obligations de ces femmes. Des conseils médicaux (sur les soins, les consultations, les examens, ...), hygiéno-diététiques (alimentation, activité physique, ...) et administratifs (sur les démarches à suivre) sont aussi délivrés via ce carnet. En effet, un calendrier des différentes consultations est fourni, ainsi que les aides mises à leur disposition. Il permet d'avoir une vision d'ensemble sur l'avancée de la grossesse. La fiche 2 de ce carnet rappelle l'abstinence éthylique durant la grossesse, donne des informations ainsi que des sites internet à consulter. Le dossier prénatal est à remplir par les professionnels de santé. (13)



Illustration n°2 : Couverture du carnet de santé de maternité

I.1.2.2.3. La prévention tertiaire

➤ Définition générale

La prévention tertiaire représente le dernier niveau de prévention. Elle concerne les patients chez qui la pathologie a été diagnostiquée. Le but est d'éviter et/ou de limiter la survenue de complications et pour le cas de l'alcoolodépendance chez les mères, les rechutes.

➤ Les objectifs de la prévention tertiaire

Ces mesures se déroulent en aval, c'est à dire après l'apparition de la maladie. Dans le cadre d'un alcoolisme maternel, la prévention tertiaire se porte sur les fœtus exposés au toxique. Avant l'accouchement, une stratégie de réduction de risques sera initiée, l'objectif final étant d'aboutir à un sevrage total.

Le but est de diagnostiquer, le plus précocement possible, les nouveau-nés souffrant de Troubles Causés par l'Alcool (TCAF). L'objectif est de déceler le plus rapidement les troubles moteurs, cognitifs et/ou sensitifs. Les traitements et la rééducation sont débutés rapidement afin de réduire au maximum l'exacerbation des complications. Il est important de définir le niveau de sévérité des atteintes.

Ici encore, la formation des professionnels de santé est primordiale afin de proposer la meilleure prise en charge possible. Les personnes ayant été exposées *in utero* recevront un accompagnement tout au long de leur vie. Pendant l'enfance, elles seront encadrées dans leur scolarité. Des mesures éducatives adaptées seront mises en place. Un accompagnement social sera aussi conseillé afin de simplifier les échanges avec leurs pairs.

L'accompagnement des parents est aussi conseillé afin de faciliter leur quotidien. De plus, ces aides peuvent permettre d'éviter les rechutes vis-à-vis de l'alcool lors d'une éventuelle grossesse ultérieure.

I.2. Toxicité de l'alcool

I.2.1. Toxicocinétique de l'alcool

La toxicocinétique est la représentation du devenir d'une substance dans l'organisme de son absorption jusqu'à son élimination. Elle est divisée en quatre phases successives : l'absorption, la distribution, le métabolisme puis l'élimination.

Les connaissances apportées par la toxicocinétique permettent de mieux comprendre les effets de la dite substance ainsi que les voies de signalisation utilisées, dans l'optique de proposer une prise en charge adaptée et efficace. La concentration d'éthanol dans les boissons alcoolisées (fermentées ou distillées) est un facteur de variation. Ceci est un facteur important à prendre en compte pour ce type d'étude. Par ailleurs, il est tout à fait possible d'en retrouver dans des aliments où l'on ne s'attend pas à trouver de l'alcool. En effet, il peut y en avoir au sein de spécialités culinaires ou même de médicaments.

L'éthanol est un alcool primaire dont la formule est la suivante : $\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$. Son métabolisme est principalement hépatique. En effet, les trois voies de métabolisation évoquées ci-dessous se déroulent au sein de l'hépatocyte. Chacune de ces voies entraîne des modifications au sein de l'organisme.

I.2.1.1. Absorption

➤ **Définition générale**

L'absorption du toxique est la première étape, ainsi qu'une étape préalable obligatoire. Elle correspond au passage de la substance du milieu extérieur vers le compartiment sanguin. La substance peut pénétrer par voie cutanée, pulmonaire ou digestive. Cependant, la voie étudiée ici sera uniquement la voie digestive.

➤ **L'absorption de l'éthanol**

La molécule d'éthanol est une molécule amphiphile². Cela signifie qu'elle présente à la fois un caractère lipophile et hydrophile.

L'alcool est ingéré par voie orale, chemine par l'œsophage jusqu'à l'estomac. A ce niveau, l'éthanol est absorbé lentement par simple diffusion (transfert passif), mais en quantité mineure (environ 20%). La majeure partie de cette phase se déroule au niveau de l'intestin grêle (duodénum et jéjunum), environ 70 à 80%.

Divers facteurs peuvent moduler cette absorption. D'abord, la présence de nourriture au sein de l'estomac est source de variations. Si l'estomac contient des aliments, la vidange gastrique sera ralentie et le pic d'alcoolémie sera retardé et diminué. En effet, si l'estomac contient de la nourriture, le verrou pylorique sera maintenu fermé. Le temps de séjour gastrique de l'éthanol sera prolongé, modifiant alors sa cinétique d'absorption.

Au contraire, si la personne est à jeun, le gradient de concentration sera augmenté. Cette phase est aussi modulée par la nature des aliments présents au niveau gastrique. L'absorption fluctue aussi en fonction de la quantité et du degré d'alcoolémie de la boisson ingérée. De plus, plus l'ingestion est rapide, plus la vitesse d'absorption le sera. La prise concomitante de boissons gazeuses augmente les effets.

I.2.1.2. Distribution

➤ **Définition générale**

La distribution représente la répartition de cette substance de la circulation générale aux divers organes et tissus de l'organisme.

➤ **La distribution générale de l'éthanol**

Cette phase s'effectue très rapidement du fait de la demi-vie de distribution de l'éthanol qui est comprise entre 7 et 8 minutes. L'éthanol est ensuite acheminé vers le foie après avoir quitté le tube digestif.

Le foie va métaboliser une partie de l'éthanol en le dégradant, la partie non dégradée quittera le foie via les veines sus-hépatique et la veine cave inférieure. Il sera alors disséminé vers les organes très vascularisés tels les poumons. Une partie de l'éthanol reçu sera expiré et rejetée dans l'air. La partie d'éthanol non rejetée empruntera les veines pulmonaires vers le cœur gauche afin de se propager au reste des organes, dont le cerveau est la cible principale. Les concentrations d'éthanol au sein de ces organes vont assez vite s'équilibrer avec la concentration d'éthanol dans le compartiment sanguin. De plus, les barrières hémato-encéphalique et placentaire sont facilement franchies.

➤ **L'influence de la barrière placentaire**

Le placenta est un organe qui va se former au début de la grossesse et qui sera expulsé après l'accouchement. Ce dernier provient de l'accolement des membranes de l'endomètre³ maternel et du chorion fœtal⁴. Cet organe est composé d'un ensemble de veines et d'artères formant des villosités⁵.

La circulation placentaire est, quant à elle, constituée de deux réseaux circulatoires distincts, c'est-à-dire que le sang maternel et le sang fœtal ne seront jamais en contact direct. Des échanges entre ces deux circulations sont cependant possibles grâce à la barrière placentaire. En effet, le placenta est une véritable plateforme d'échanges entre la mère et son bébé. Le syncytiotrophoblaste⁶, qui est un tissu placentaire, a pour rôle est de permettre ces échanges entre la mère et le fœtus.

Le fœtus est relié au placenta via le cordon ombilical. Cette barrière placentaire protège l'enfant à naître de certains micro-organismes et substances, mais n'est pas pour autant imperméable. Les échanges dépendent alors de la continuité du syncytiotrophoblaste⁶, de la porosité des lames basales ainsi que de la charge électrique des membranes plasmiques⁷ et basales⁸. La diffusion des différentes substances et molécules est régie par leurs propriétés physico-chimiques, leur taille, leur charge électrique et par leur liposolubilité. En effet, le bébé captera les nutriments et l'oxygène nécessaires à son bon développement.

Certaines molécules diffusent simplement, d'autres nécessitent la présence d'un transporteur et/ou d'un récepteur⁹ spécifique ou non. D'autre part, les organes fœtaux d'épuration (foie et reins) sont trop immatures pour être fonctionnels. Le placenta servira alors d'organe de détoxification pour le bébé.

➤ **L'influence du caractère amphiphile² de l'éthanol**

L'éthanol se distribue dans l'eau libre, sans liaison spécifique aux protéines plasmatiques. Son volume de distribution est alors équivalent au volume de distribution de l'eau libre (soit environ 40 L pour un homme de 70 kg). La fraction soluble au sein des os reste négligeable. Du fait de son hydrosolubilité, l'éthanol est peu retenu et peu soluble dans les graisses. En revanche, le volume de distribution de l'éthanol peut être légèrement modulé par la proportion de masse maigre et de masse grasse.

Puisque l'alcool diffuse dans l'eau libre et non dans les graisses, un sujet obèse aura une concentration sanguine plus élevée en éthanol qu'un sujet de poids normal, étant donné qu'un sujet obèse possède plus de tissus adipeux. Cette phase serait donc plus influencée par le volume d'eau libre que par le poids de la personne en lui-même. Au fil des années (de 25 à 60 ans), l'organisme se compose de plus en plus de masse grasseuse par rapport à la masse maigre, l'âge serait alors lui aussi un facteur influençant cette phase.

➤ **L'influence du genre sur la distribution de l'éthanol**

Le genre aurait, lui aussi, une influence. Pour un même repas et une même quantité d'alcool ingérés, la vitesse de vidange gastrique chez les femmes serait diminuée, les rendant plus sensibles à l'alcool car l'alcool séjourne plus longtemps dans l'organisme. Ceci est en partie expliqué par une activité enzymatique vis-à-vis de l'éthanol moindre au niveau gastrique. Cette baisse du métabolisme enzymatique est d'autant plus marquée que la concentration en éthanol dans la boisson est élevée.

Cependant, les principaux facteurs différenciant les hommes des femmes sont la répartition et la composition en masse grasseuse. Ces différences sont essentiellement induites par les hormones sexuelles. En effet, un organisme féminin est composé d'une plus grande quantité de masse grasse (masse de réserve et masse de constitution) qu'un organisme masculin, et inversement pour la masse maigre (os, muscles, viscères et eau). Sachant que le volume de distribution est plus faible dans la masse maigre que dans la masse grasse, l'éthanolémie¹⁰ sera donc plus importante chez la femme que chez l'homme pour une même quantité d'éthanol consommée. En effet, le pic d'éthanol est plus élevé chez les femmes. Selon des études menées par *Goist* et *Sutket* en 1985 puis *Jonnes* et *Coll* en 1992, les femmes auraient un volume de distribution de 0,50 L/kg et les hommes de 0,60 L/kg, soit plus faible chez les femmes. De plus, la répartition ainsi que la quantité de masse grasse varient au cours de la vie et augmentent aussi bien chez les hommes que chez les femmes, la sensibilité à l'éthanol n'est donc pas linéaire au cours d'une vie pour un même individu. (14)

I.2.1.3. Métabolisme

➤ **Définition générale**

Le métabolisme regroupe l'ensemble des réactions chimiques modifiant la structure initiale de la substance afin d'en faciliter la dégradation puis l'élimination.

➤ **Le métabolisme de l'éthanol**

L'éthanol ingéré subit un effet de premier passage hépatique, cela signifie qu'une quantité est métabolisée avant de rejoindre le compartiment sanguin. Il existe une voie majoritaire oxydative et une voie minoritaire non oxydative.

Concernant la voie oxydative, l'éthanol est principalement métabolisé au niveau hépatique et minoritairement oxydé au niveau rénal, gastro-intestinal et pulmonaire. Via ce métabolisme hépatique, plus de 80% de l'éthanol ingéré est éliminé. Deux oxydations se succèdent : l'éthanol est premièrement oxydé en acétaldéhyde, puis en acétate.

Le produit issu de la première oxydation (soit l'acétaldéhyde) peut résulter de trois voies : la voie majoritaire est celle faisant intervenir l'alcool-déshydrogénase (ADH), ou la voie du système microsomal d'oxydation de l'éthanol (MEOS) via le CYP2E1, ou encore la voie accessoire via la catalase.

La quasi-totalité de l'acétaldéhyde est ainsi transformée en acétate par oxydation via l'aldéhyde déshydrogénase (ALDH) au niveau mitochondrial¹¹. L'acétaldéhyde étant le produit le plus toxique, on qualifie cette étape de « phase de détoxification ». Ce produit rejoint ainsi la circulation sanguine puis est oxydé en CO₂ et H₂O dans les tissus extra-hépatiques.

La voie non oxydative quant à elle se déroule principalement au niveau cardiaque et dans le système nerveux central¹. Cependant certains facteurs peuvent moduler ce métabolisme.

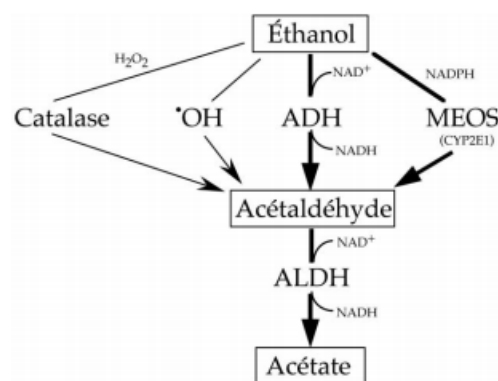


Illustration n°3 : Schéma représentant le métabolisme hépatique de l'éthanol (14)

En effet, l'ADH et l'ALDH (qui sont les deux enzymes les plus impliquées dans le métabolisme éthylique) sont réparties en plusieurs sous-classes d'iso-enzymes¹². Ces iso-enzymes¹² n'ont pas toutes la même affinité pour l'éthanol ou l'acétaldéhyde.

De plus, leur vitesse maximale d'activité varie. Par exemple, 50% de la population asiatique, du fait du portage d'allèles particuliers de l'ALDH, l'activité de cette enzyme est quasi nulle. Ils présentent alors une intolérance à l'alcool justifiée par l'accumulation de l'acétaldéhyde. L'ensemble des symptômes engendré par cette intoxication définit l'effet antabuse¹³.

Le CYP2E1 est inductible par l'éthanol. En clair, pour un consommateur chronique et/ou excessif, l'oxydation éthylique est plus rapide (de 10 à 20%). Pour compenser ce trouble du métabolisme, l'ADH subit une diminution de son activité.

Le fructose accélérerait le métabolisme de l'éthanol. En revanche, le mécanisme d'action supposé demeure controversé.

I.2.1.4. Élimination

L'élimination est la dernière étape toxicocinétique. Plus de 90%, de l'éthanol ingéré est métabolisé dans l'organisme. La fraction restante, soit moins de 10%, est éliminée sous forme inchangée.

L'éthanol peut être éliminé par les reins, les poumons, la salive, la sueur, les larmes ou encore via le lait maternel. Comme précisé précédemment, les milieux privilégiés sont les milieux riches en eau. La concentration d'éthanol dans l'air expiré est proportionnelle à la concentration sanguine. Cependant, la concentration dans le lait maternel est environ 10% fois plus forte que la concentration sanguine, en raison d'une teneur supérieure en eau. C'est pour cela que l'allaitement est non recommandé en cas de consommation concomitante d'alcool.

I.2.2. Physiopathologie consécutive à un éthyisme chronique

La consommation d'alcool a eu tendance à diminuer au cours de ces dernières années. Cependant, selon l'INSERM, 10% des adultes éprouveraient encore aujourd'hui des difficultés vis-à-vis de leur consommation d'alcool. Les données exprimées par le Baromètre santé 2017 indiquent qu'environ 13,5% des adultes ne consommeraient jamais d'alcool, tandis que 10% en boiraient quotidiennement (majoritairement de genre masculin). Cette consommation commence généralement au moment de l'adolescence.

En 2017, 85,7% des adolescents de 17 ans ont affirmé avoir déjà bu des boissons alcoolisées, près de 1 sur 10 déclarait consommer régulièrement (au moins 10 fois par mois) et 44% ont vécu un épisode d'alcoolisation ponctuelle au cours du dernier mois. Ce qui place l'alcool au deuxième rang en termes de cause de mortalité et de mortalité prématurée en France. Ce qui est loin d'être négligeable.

Une consommation chronique et/ou abusive peut être source de nombreuses complications et cause de multiples pathologies. Certaines sont exclusivement dues à une consommation éthylique, pour d'autres l'alcool n'est qu'un facteur de risque. Les sphères digestives, cardiovasculaires et cérébrales sont particulièrement à risque. L'alcool peut aussi être un facteur de risque dans l'apparition et le développement de certains cancers. Les conséquences sont bien évidemment dépendantes des quantités consommées.

I.2.2.1. Les atteintes hépatiques

Les atteintes hépatiques sont les principales conséquences d'une consommation éthylique chronique et/ou abusive. En effet, le foie est le siège du métabolisme de l'alcool au sein de l'organisme. Le passage par cet organe est donc obligatoire et incontournable. Le foie est doté d'une grande capacité à se régénérer mais si l'exposition est trop régulière et trop importante des dommages peuvent apparaître. Plusieurs maladies hépatiques peuvent en résulter : hépatite alcoolique, stéatose, cirrhose.

➤ **L'hépatite aigüe alcoolique**

L'hépatite aigüe alcoolique correspond à une destruction rapide et conséquente des hépatocytes. L'hépatocyte correspond à l'unité fonctionnelle du foie. Lors de ces hépatites, le pronostic vital de l'individu est engagé à court terme. Souvent à l'arrêt de l'exposition au toxique, l'hépatite montre un caractère réversible.

➤ **La stéatose alcoolique**

La stéatose alcoolique résulte d'une accumulation de tissu graisseux (riche en triglycérides¹⁴) dans le foie. Si l'exposition éthylique est trop importante, le foie va commencer à stocker les graisses qu'il aurait dû éliminer, on parle alors de « foie gras ». A ce stade, l'organe est plutôt mou et sensible. Cette modification a pour conséquence d'installer peu à peu une insuffisance hépatique responsable de troubles divers et variés. En effet, la digestion peut être altérée, modifiant ainsi les capacités de nutrition. Des troubles de la coagulation ou des troubles du métabolisme glucidique peuvent eux-aussi survenir.

➤ **La cirrhose alcoolique**

La cirrhose alcoolique se traduit par des lésions diffuses et irréversibles au niveau du foie. La régénération cellulaire devient défectueuse, ainsi les tissus hépatiques se voient remplacés par des tissus fibreux. Il y a un dépôt de protéines au sein du foie. A ce stade, l'organe est dur et présente des nodules¹⁵.

La forme et l'architecture des hépatocytes sont modifiées au sein d'un foie cirrhotique. Le diagnostic de ce stade est irréversible et définitif. Le seul traitement réellement efficace se retrouve être une greffe du foie. Afin d'évaluer et de mesurer l'ampleur de la cirrhose, un FIBROSCAN peut être réalisé. Cet appareil permet de mesurer l'élasticité du foie, et par conséquent d'estimer le taux de tissus fibrosés.

De plus, ceci est un facteur prédisposant à des complications, telle que l'insuffisance hépatique. Dans les pires cas, les examens peuvent révéler un cancer du foie. La cirrhose hépatique peut aussi se compliquer en encéphalopathie. Ceci est le résultat d'une physiopathologie assez complexe qui implique une insuffisance hépatique et une hypertension portale.

I.2.2.2. Les atteintes pancréatiques

Le pancréas est l'organe qui sécrète l'hormone hypoglycémiant, l'insuline. Suite à une ingestion d'alcool, la glycémie sanguine va s'élever. En réponse à cette réaction, le pancréas va donc sécréter de l'insuline afin de réguler la glycémie. Une hypoglycémie peut donc être consécutive à cette sécrétion et les symptômes correspondants peuvent apparaître (étourdissements, sueurs, maux de tête, troubles de concentration, ...). Au contraire, par épuisement pancréatique et insuffisance insulinaire, un diabète peut survenir.

Une inflammation du pancréas est souvent recensée, on parle alors de pancréatite. De plus, des lésions pancréatiques progressives peuvent être entraînées. La consommation d'alcool peut aussi bien entraîner des pancréatites aiguës que chroniques. (15) L'alcool est aussi un facteur de risque du cancer pancréatique.

I.2.2.3. Les atteintes du tube digestif

Chaque individu montre une vulnérabilité et une sensibilité différentes vis-à-vis de l'alcool. Le microbiote intestinal joue un rôle très important. Ce microbiote intestinal représente l'ensemble de l'environnement composé de micro-organismes qui forme ce que l'on qualifie auparavant « flore intestinale ». Des études auraient montré que la composition du microbiote aurait un lien avec le risque de développer une dépendance à l'alcool ou pas. La composition de ce dernier influencerait aussi sur la survenue de complications ultérieures.

➤ L'altération du microbiote digestif

Une étude publiée par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) a mis en évidence qu'un transfert de microbiote d'une personne alcoolique ayant une hépatite alcoolique sévère à une souris saine, entraîne la formation de complications hépatiques. A contrario, le transfert de microbiote d'une personne alcoolique ne présentant pas de lésion hépatique n'entraîne pas de lésion hépatique à la souris saine.

➤ Les autres complications digestives

Des reflux œsophagiens et des inflammations des muqueuses digestives sont souvent associés. Le consommateur chronique d'alcool souffre souvent de brûlures d'estomac et/ou de reflux alimentaires. Des cancers de l'œsophage peuvent être consécutifs à cette consommation à risque. (15)

Des gastrites peuvent survenir. Elles correspondent à une inflammation chronique de la paroi de l'estomac. Des douleurs gastriques sont des symptômes souvent retrouvés.

Au niveau intestinal, dès qu'une quantité d'alcool est ingérée, de l'acide est sécrété. La pepsine, qui est une hormone digestive, joue un rôle dans la sécrétion de cette acidité. Malheureusement, une acidité qui perdure peut entraîner des irritations des parois intestinales et des troubles du transit. De plus, le fait que la muqueuse soit irritée empêche l'absorption optimale de certaines protéines. Ceci entraîne indirectement des troubles neurologiques (syndrome de Korsakoff).

Plus généralement les fonctions digestives peuvent être altérées entraînant des épisodes diarrhéiques. (15)

I.2.2.4. Les atteintes cardio-vasculaires

Au niveau des vaisseaux sanguins, l'éthanol peut entraîner une vasodilatation qui est alors à l'origine d'une diminution de la chaleur corporelle. Il est donc prouvé qu'il est dangereux de boire si on est exposé à de faibles températures extérieures.

Outre ces effets, une exposition chronique peut entraîner une rigidité artérielle. Les artères ont donc plus de difficultés à se contracter ou au contraire à se dilater selon la pression sanguine. Elles sont plus susceptibles de se fragiliser voire de se rompre dans les cas les plus graves et de causer des hémorragies. (15) De plus, les vaisseaux sanguins situés juste en dessous de la peau subissent une dilatation, ce qui explique que le visage peut montrer des zones de rougeurs. Le système veineux est perturbé par la consommation chronique de boissons alcoolisées. Les douleurs causées par un mauvais retour veineux et les problèmes hémorroïdaires sont souvent majorés.

Au niveau des membres, si la consommation éthylique entraîne un coma éthylique, des complications dites mécaniques peuvent être engendrées. Il est vrai que si un membre est compressé par le reste du corps trop longtemps pendant cette phase de coma, alors une atteinte ischémique et/ou musculaire au niveau de celui-ci peut être mise en évidence.

La coagulation et la transformation de la fibrine¹⁶ sont perturbées. Le fibrinogène¹⁷ est diminué. La coagulation est donc altérée et moins efficace. L'alcool à forte dose peut donc avoir une composante anticoagulante. Ce qui est d'autant plus dangereux que le risque hémorragique est augmenté.

Une hypertension artérielle est souvent associée. L'alcool est considéré, en France, comme étant la première cause d'hypertension artérielle. Des troubles du rythme cardiaque sont parfois consécutifs à une consommation éthylique pathologique. (15)

Une myocardopathie peut être consécutive à cette consommation à risque. En effet, le ventricule gauche, qui éjecte le sang via l'aorte au reste de l'organisme, augmente de volume. Son efficacité est donc diminuée. (15)

I.2.2.5. Les atteintes cérébrales

Les atteintes cérébrales sont directement fonction de la dose ingérée. Nous différencierons les atteintes neurologiques des atteintes psychiatriques.

La toxicité touchant le système nerveux central¹ s'exerce sur deux niveaux. Le premier se caractérise par une toxicité fonctionnelle. Cela signifie que les symptômes persistent tant que le taux d'alcoolémie est élevé mais disparaissent ensuite. Ces effets sont surtout problématiques à court terme (mise en danger, traumatismes, accidents, violence, ...). La toxicité lésionnelle est, quant à elle, le résultat d'une consommation sur le long terme. Ces effets persistent même après l'élimination du toxique. Les effets sont alors irréversibles.

Concernant les intoxications éthyliques aiguës, les effets sont dépendants de la dose ingérée.

- Pour une concentration sanguine inférieure ou égale à 0,50 g/L d'éthanol, les effets sont surtout liés à la désinhibition entraînée. Les effets sont plutôt qualifiés de psychostimulants.
- Pour un taux d'alcoolémie voisin de 0,50 g/L, l'exécution de certaines tâches cognitives est perturbée, le temps de réaction est augmenté et le champ visuel est réduit.
- Au-delà de ce taux d'alcoolémie, l'effet sédatif s'intensifie et les fonctions motrices se trouvent perturbées. Il n'est pas rare de retrouver des pertes d'équilibre (syndrome cérébelleux) et des incoordinations de mouvements. La vigilance s'altère ainsi que la clairvoyance et la parole. L'état de santé de la personne peut s'aggraver jusqu'au coma.

Certaines conséquences peuvent être plus indirectes. Ces complications peuvent être d'ordre vasculaire. En effet, l'alcool a un effet hypertenseur, ce qui altère les vaisseaux. Les vaisseaux deviennent plus susceptibles de se rompre et des hémorragies cérébrales peuvent être entraînées. Les traumatismes sont souvent associés aux consommations d'alcool. L'alcool perturbe l'équilibre, ce qui peut être source de chutes et *a posteriori* d'hématomes ou d'hémorragies cérébrales.

Des hyponatrémies sont quelques fois mises en évidence dans la recherche de troubles métaboliques. Celles-ci peuvent être responsables de confusions voire de convulsions. Ces cas sont le plus souvent retrouvés dans les situations où la quantité de liquide ingérée est conséquente (consommation massive de bière particulièrement, Demanet et coll. 1971).

➤ **Le syndrome de Korsakoff**

Le syndrome de Korsakoff est causé par un déficit majeur en vitamine B1, aussi appelée thiamine. Cette dernière joue un rôle indispensable au niveau de la régulation et du fonctionnement neuronal. Elle est très utile dans l'élimination hépatique de l'alcool, d'où son déficit. De plus, l'absorption digestive de la vitamine B1 est diminuée. La principale conséquence de ce syndrome est une perte importante de matière grise au niveau cérébral. La mémoire antérograde est fortement altérée, mais les autres fonctions cognitives semblent être conservées.

Par ailleurs, l'alcool peut entraîner des syndromes cérébelleux. Ces syndromes sont caractérisés surtout par des troubles de la marche. L'atteinte cérébelleuse peut s'accompagner d'atteintes vestibulaires et/ou pyramidales.

Les encéphalopathies sont très rares mais restent une complication éventuelle. (15)

➤ Les conséquences neuronales

Les neurones peuvent aussi être détruits de manière directe suite à de fortes doses d'alcool ingérées. Cette mort neuronale s'exprime par trois grands types de troubles. L'équilibre est détérioré à cause de lésions au niveau du cervelet (phénomène d'ataxie¹⁸) et au niveau des nerfs périphériques (polynévrite¹⁹). La mémoire immédiate peut être altérée du fait de l'atteinte hippocampique. Cela signifie que l'individu n'est plus capable de retenir les faits récents, seuls les souvenirs anciens demeurent intacts. Une atteinte ultérieure du cortex peut elle aussi entraîner des troubles démentiels de caractère plus général.

La polynévrite¹⁹ éthylique correspond à une détérioration des nerfs. Cela se traduit aussi par une inflammation de ces derniers. Les neurones les plus touchés sont ceux dont les axones sont longs et de gros diamètre. De violentes douleurs sont engendrées au niveau des membres. Les membres inférieurs sont particulièrement à risque. La motricité ainsi que les sensibilités tactiles et thermiques peuvent être altérées. La régression est possible mais lente après l'exposition à l'alcool. En revanche, cette régression peut être partielle ou totale.

Des neuropathies optiques sont quelques fois recensées. En effet, certaines couleurs sont moins bien perçues. Un appareillage n'est pas vraiment utile étant donné que l'atteinte n'affecte pas l'œil mais le nerf optique. La régression post-exposition est bien souvent lente et incomplète. Cette complication est donc grave.

I.2.2.6. Les atteintes psychiatriques

Concernant les atteintes psychiatriques, divers troubles sont mis en avant. La dépression, l'anxiété ainsi que les troubles du comportement sont souvent recensés. La difficulté concernant ces troubles est de connaître la cause et de mettre en évidence le caractère primaire ou secondaire du trouble psychiatrique afin d'en comprendre la chronologie.

C'est à dire de chercher à savoir si le trouble psychiatrique est la conséquence d'une consommation d'alcool à risque ou, au contraire, si les troubles psychiatriques sont apparus ou ont été révélés après le début de la consommation éthylique. Bien souvent, ces deux sphères pathologiques se trouvent extrêmement liées. La prise en charge de ces patients prendra donc en compte la pathologie psychiatrique et addictologique.

➤ Les troubles dépressifs

La dépression (ou état dépressif majeur (EDM)) est considérée comme une affection s'étalant sur une période minimale de deux semaines avec présence d'au moins cinq symptômes présents dans une liste établie par le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V (DSM V). Un épisode dépressif consécutif à une conduite alcoolique est décrit par le DSM-V comme un « trouble de l'humeur induit par la consommation d'alcool ». La symptomatologie des personnes dépressives dépendantes à l'alcool est assez typique. Une faible estime de soi et une dépendance affective prédominent souvent.

Des troubles du caractère associés à une forte irritabilité et à une impulsivité, des troubles alimentaires accompagnés d'un amaigrissement ainsi que des troubles du sommeil sont largement retrouvés. De nombreuses études montrent que les personnes dépendantes à l'alcool présentent un risque accru de développer des épisodes dépressifs. On parle alors d'alcoolisme primaire compliqué d'une dépression secondaire. De plus, les sujets souffrant de dépression sont plus à risque de développer des pathologies addictives vis-à-vis de différentes drogues ainsi qu'un plus grand risque de conduites suicidaires. En effet, ces personnes utilisent l'alcool à visée thérapeutique en automédication²⁰.

Par ailleurs, il a été démontré que les symptômes des patients souffrant d'une dépendance éthylique sont plus sévères et plus invalidants que ceux des personnes souffrant d'un trouble isolé lié à l'alcool. L'association de ces deux pathologies forme un cercle vicieux. En effet, la survenue d'une dépression aggrave l'évolution de la maladie alcoolique et vice-versa. Un épisode dépressif majore les répercussions sociales du comportement addictif ainsi que la fréquence des hospitalisations.

➤ **Les troubles bipolaires**

Les troubles bipolaires peuvent être consécutifs à une consommation éthylique à risque. Or, encore une fois, un nombre conséquent de patients bipolaires va commencer à boire de l'alcool dans une démarche d'automédication²⁰, afin de soulager leur état. La consommation est à la base une recherche d'amélioration de l'humeur, d'un soulagement d'une tension, de réduction de l'ennui, du maintien de l'euphorie ou encore une recherche d'augmentation de l'énergie. Une telle consommation peut révéler de manière précoce un trouble bipolaire. Les patients qui révèlent ces symptômes seront plus souvent hospitalisés.

De plus, ils présentent plus d'épisodes maniaques et ont des périodes euthymiques²¹ plus brèves que les patients ne consommant pas. Ces patients sont bien plus sensibles à la notion de conduite suicidaire et doivent être accompagnés. L'observance thérapeutique chez ces patients est souvent moins efficace. Cependant, ces troubles bipolaires demeurent difficiles à dépister et à diagnostiquer. Comme pour tous les troubles psychiatriques associés à une addiction, il est compliqué de distinguer le trouble primaire. Tout en sachant que dans certaines situations, d'autres produits sont associés pour « gérer » les symptômes.

➤ **Les troubles anxieux**

L'anxiété est fréquemment associée à une consommation éthylique pathologique concomitante. Ainsi, la sévérité des symptômes anxieux est directement corrélée au niveau de dépendance. Cependant, une absence de lien génétique entre l'anxiété et les troubles de la consommation d'alcool a été mise en évidence. L'anxiété peut se caractériser par des crises anxieuses aiguës, des attaques de panique et/ou des phobies (par exemple : phobie sociale). Très souvent, ces personnes souffrent de sueurs et de palpitations.

Comme pour les troubles dépressifs, certaines personnes anxieuses vont consommer de l'alcool en automédication²⁰ afin de réduire les épisodes anxieux. On distinguera ces cas, des anxiétés secondaires dues à une consommation éthylique.

Diverses études montrent que les symptômes anxieux disparaissent avec le maintien de l'abstinence. De plus, en pharmacologie, il est reconnu que l'alcool n'entraîne pas les mêmes effets en fonction du rythme de consommation. Les récepteurs⁹ GABAergiques ne seront pas impliqués de la même manière. En effet, lors d'une ingestion aiguë, l'alcool entraînera un effet anxiolytique. En revanche, si la consommation est poursuivie et répétée, les symptômes anxieux s'aggravent. Les personnes consommant régulièrement de l'alcool afin de lutter contre leurs épisodes anxieux auront l'impression d'être soulagés dans les premiers temps, mais en réalité, ils vont aggraver au fil du temps leur composante anxieuse.

I.2.2.7. Les carences

La vitamine PP peut être en déficit chez les consommateurs excessifs d'alcool. Cette vitamine s'appelle aussi « nicotinamide ». La triade de symptômes associée est celle composée d'une diarrhée, d'une dermatose et d'une démence. Cette carence est mise en évidence préférentiellement chez les patients dénutris. Le traitement est la prise de vitamine PP.

Le taux de vitamine B1 (nommée thiamine) est lui aussi carencé. Cette carence est impliquée dans le syndrome de Korsakoff. Le traitement associé consiste à administrer de la vitamine B1.

I.2.3. Le caractère toxicomane

La consommation d'alcool peut entraîner des dérives et des comportements à risque. L'alcool est une substance psychoactive. Il peut donc potentiellement devenir un produit de toxicomanie.

L'OMS définit la toxicomanie d'« appétence anormale et prolongée pour des substances toxiques, motivée par la recherche d'un plaisir ou d'un effet analgésique ou dynamique, ayant des conséquences psychiques, physiques et sociales. »

L'appétence correspond à une envie très forte de consommer la dite substance et engendre le phénomène de dépendance. Le plaisir peut être perçu de deux points de vue. Le premier serait dépendant d'une stimulation, plus la consommation serait importante plus le plaisir augmenterait. Le deuxième point de vue se rapporterait plus à un abaissement de la tension douloureuse (douleur à tendance psychique plus que physique). La toxicomanie est aussi qualifiée de « prolongée » car ce comportement dure au moins plusieurs mois. L'effet analgésique ici représente la caractéristique à combattre le syndrome de manque, qui est très douloureux et éprouvant. Les conséquences psychiques et physiques seront développées ci-dessous. La conséquence sociale est incontournable en ce qui concerne les conduites toxicomanes.

En effet, l'Homme vit en société, c'est pourquoi, un isolement en marge de cette dernière révèle un certain dysfonctionnement social de l'individu. La toxicomanie peut entraîner des changements de repères et de groupes sociaux, afin de trouver des personnes avec les mêmes problématiques, les mêmes besoins et les mêmes visions.

Depuis 1969, l'OMS a remplacé le terme de toxicomanie par pharmacodépendance. En effet, ce qui intéresse le plus maintenant, ce sont les modalités de consommation qui définissent le comportement toxicomane.

Dans la pratique, la pharmacodépendance regroupe trois paramètres : la tolérance, la dépendance psychique et la dépendance physique.

De manière plus importante, la perte de contrôle vis-à-vis d'une substance est appelée « addiction ». Le comportement addictif représente une situation au sein de laquelle une substance non indispensable pour l'Homme va devenir une priorité.

Quel que soit le toxique mis en cause le mécanisme de dépendance est similaire. Les toxiques n'agissent pas forcément sur les mêmes cibles mais ciblent la même zone.

I.2.3.1. La tolérance

La tolérance correspond à l'état d'adaptation de l'organisme vis-à-vis d'une substance après des contacts répétés. Pour obtenir et ressentir les mêmes effets provoqués par une substance lors des premières utilisations, les doses de cette substance seront augmentées au fil du temps. Ce phénomène s'explique par plusieurs arguments. Les processus métaboliques peuvent se modifier et des étapes de la chaîne de transformation de la substance initiale peuvent être altérées.

Au fur et à mesure de la présentation de la substance à son récepteur⁹. Le récepteur⁹ peut se désensibiliser. Cela est généralement réversible. Ceci explique qu'après une certaine période de sevrage, les individus redeviennent plus sensibles. C'est ainsi que ceux qui consomment des doses similaires aux doses qu'ils consommaient en période de forte consommation, meurent souvent d'overdose. L'affinité entre le ligand²² et le récepteur⁹ peut être altérée, ainsi la sensibilité est diminuée. Le récepteur⁹ peut avoir subi des changements de conformation et de configuration, ce qui complique la complémentarité ligand-récepteur. La chaîne de réaction peut être défectueuse si un découplage survient entre le récepteur⁹ et le second messager. Le récepteur⁹ peut aussi devenir internalisé et ne plus être en contact facilité avec le ligand²². Et finalement, le second messager peut juste développer une perte de sensibilité. Des changements moléculaires plus progressifs sont eux aussi recensés.

Le risque d'overdose mortelle peut être mesuré grâce à un index de sécurité. Cet index est déterminé par le rapport entre la dose mortelle et la dose effective. La dose effective représente la dose à partir de laquelle les effets recherchés sont induits. Donc, plus ce rapport est faible, plus le risque d'overdose est fort, car cela signifie que les doses mortelles et effectives sont proches. L'index de sécurité de l'alcool est de 10, cela signifie que la dose mortelle est 10 fois plus importante que la dose effective. En comparaison aux autres substances toxicomanogènes, l'alcool présente l'un des index de sécurité le plus bas.

Une overdose éthylique est directement liée à la cinétique éthylique. C'est à dire à la concentration sanguine d'alcool, à sa vitesse d'absorption et à son élimination. Une overdose ne peut alors avoir lieu si et seulement si l'ingestion est réalisée en quelques heures.(16)

I.2.3.2. Le phénomène de dépendance

Le phénomène de dépendance se caractérise par un comportement pathologique vis-à-vis d'une substance. Cet état de dépendance est mis en évidence par une incapacité du patient à contrôler sa consommation d'une ou plusieurs substance(s) ou autre comportement à risque.

Au fil de la prise de cette substance, l'organisme du patient va s'adapter et un phénomène de tolérance va se développer. La personne dépendante présente un désir compulsif et irrésistible de consommer cette substance et éprouve des difficultés à en réguler son utilisation. Dans ces situations, un arrêt de consommation de la substance entrainera un syndrome de sevrage caractéristique à la substance en question.

De plus, de nouveaux modes de consommation ont vu le jour, notamment chez les jeunes. Ce mouvement s'appelle le « *Binge Drinking* ». L'objectif est d'ingurgiter un maximum d'alcool en un minimum de temps. Ce sont des Alcoolisations Ponctuelles Importantes (API). Ce type de consommations augmenterait donc les actes impulsifs et violents, envers les autres et soi-même.

I.2.3.2.1. La dépendance psychique

La dépendance psychique correspond à l'état mental qui est décrit par une impulsion à prendre la substance de façon périodique ou continue. La dépendance psychique est caractérisée par un besoin invincible de consommer et/ou de se procurer la substance.

La prise de substance a pour but de retirer du plaisir ou d'abaisser une tension, douloureuse ou non. L'impulsion n'est pas une action programmée à l'avance, elle survient de manière brusque, incontrôlable et rapide. Cette dépendance apparaît lorsque l'individu n'est plus sous l'effet de la drogue. Ce sont les modifications comportementales qui poussent à ne plus ressentir le manque.

➤ La spirale addictive

La dépendance psychique est associée à l'addiction. En effet, l'individu va devenir esclave de la substance. Les conséquences personnelles, professionnelles et sociales peuvent devenir très problématiques. La substance en cause va devenir le sujet central de l'individu et les autres activités passeront au second plan (travail, famille, loisirs, cercle amical, ...). Il y a un abandon progressif d'intérêt pour tous les domaines autres à celui de la substance. De plus, le temps passé à se procurer la substance, la consommer et se remettre de ses effets ne va cesser d'accroître. Malgré la survenue de conséquences visibles induites par cette dérive, le patient va poursuivre la consommation.

➤ La notion de *craving*²³

La notion de *craving*²³ est importante à définir et à caractériser. Le *craving*²³ est un paramètre essentiel mais complexe. Cette notion correspond à une envie irrésistible et impulsive vis-à-vis d'une substance. Il est important de souligner le fait que dans les phénomènes de *craving*²³, l'envie est pathologique. Il s'agit d'une perte de contrôle soudaine à différencier d'une angoisse. Il est donc primordial de le repérer, de l'évaluer et de le traiter, car les patients eux-mêmes ont souvent du mal à l'identifier. Sur le long terme, le *craving*²³ peut représenter un marche-pied vers la consommation de nouvelles substances, on qualifie cela de « transfert d'addictions ».

I.2.3.2.2. La dépendance physique

La dépendance physique correspond à l'exigence que l'organisme impose en termes d'apports réguliers d'une substance exogène afin de maintenir son équilibre. Par ailleurs, la dépendance physique est très liée à la dose. En cas de sevrage, un syndrome de manque ou d'abstinence d'intensité variable apparaît. Cependant, même après l'élimination de la substance, les mécanismes cellulaires qui ont dû s'adapter aux modifications entraînées par cette dernière perdurent. La physiologie devient alors anormale. Les signes consécutifs à un syndrome de sevrage peuvent s'inscrire sur plusieurs jours et durer jusqu'à 15 jours.

L'individu qui consomme de la drogue régulièrement va devenir de plus en plus tolérant à l'égard de cette dernière. Cela implique que pour ressentir les effets initialement engendrés par la drogue, l'utilisateur devra augmenter les doses au fil des consommations.

Des processus d'habituation se mettent en place au niveau du système nerveux central¹. Par conséquent, l'organisme va s'adapter à vivre sous l'influence de cette substance. Dès que cette dernière sera éliminée, des symptômes de manque vont apparaître. Ce sont des signes dits de sevrage. Pour pallier ces symptômes de manque douloureux, l'individu est contraint de consommer à nouveau la drogue, non plus pour en retirer du plaisir mais uniquement pour ne plus être mal. Cependant, quand les effets induits par la prochaine consommation s'estompent ces symptômes réapparaissent.

➤ Les signes physiques de la dépendance

Les signes physiques de dépendance à l'alcool sont variés et touchent différentes sphères de l'organisme. Au niveau neuromusculaire, des tremblements des mains, des myalgies, des crampes et des paresthésies sont décrits. Au niveau digestif, des nausées et vomissements sont mis en évidence. Des troubles neurologiques peuvent aussi survenir sous forme de crises de convulsions. De plus, des atteintes neuro-végétatives sont recensées. Durant le syndrome de sevrage, des épisodes de tachycardie et une hypertension artérielle sont entraînés. Il faudra rester vigilant face au risque d'accident cardiovasculaire. Des sueurs profuses sont souvent associées et sont à risque d'entraîner une déshydratation majeure.

Des hypotensions orthostatiques accompagnent souvent ces autres symptômes. Concernant la sphère psychiatrique, divers troubles sont décrits. Les patients peuvent présenter une phase d'anxiété, d'irritabilité, d'hyperémotivité, de confusion mentale, d'hallucinations et/ou une humeur à tendance dépressive. Le sommeil est lui aussi perturbé. En effet, des épisodes d'insomnies et/ou de cauchemars sont souvent présentés. (15)

➤ Le syndrome de sevrage alcoolique

Le syndrome de sevrage alcoolique est divisé en plusieurs stades de gravité variable, l'issue la plus grave est celle du *delirium tremens*. La probabilité de survenue de ce syndrome augmente avec certains facteurs pré-disposants. Par exemple, un terrain infectieux, un stress important ou encore une intervention chirurgicale peuvent être considérés comme des facteurs aggravants.

Les signes de sevrage sont plutôt simples à repérer. La condition préalable pour diagnostiquer un syndrome de sevrage est bien entendu l'objectivation d'une consommation éthylique. Pour cela, l'interrogatoire du patient et/ou de son entourage est primordial. Ces symptômes apparaissent dans les heures suivant l'arrêt de l'alcoolisation.

Entre la 2^{ème} et la 6^{ème} heure, les signes bénins émergent (sueurs, nausées et/ou vomissements, tremblements involontaires, hypertension artérielle, tachycardie, hyperthermie ou encore tachypnée). Ces signes sont plus inconfortables que graves. Cependant, il est important de les identifier afin d'optimiser la prise en charge du patient au plus vite dans le but de le soulager au mieux et d'éviter la survenue d'un syndrome de sevrage avéré.

A partir de la 7^{ème} heure, le syndrome de sevrage peut s'aggraver. Une agitation généralisée d'agitation psychomotrice et des hallucinations alcooliques sont souvent mises en évidence. Elles ne sont pas systématiques pour autant. Elles peuvent être auditives, visuelles mais aussi tactiles. Elles se manifestent par une totale désorientation temporo-spatiale, un délire de persécution ou une paranoïa. Le patient entre alors dans un état agité. Un délire hallucinatoire peut être consécutif à cet état si la prise en charge adéquate n'est pas enclenchée. Des crises convulsives sont aussi recensées. Ces crises sont qualifiées de tonico-cloniques généralisées. Elles sont majoritairement de courte durée, mais peuvent récidiver. Une évolution vers un état de mal épileptique demeure rare. Ces crises peuvent apparaître jusqu'à 48 heures après la fin de l'alcoolisation.

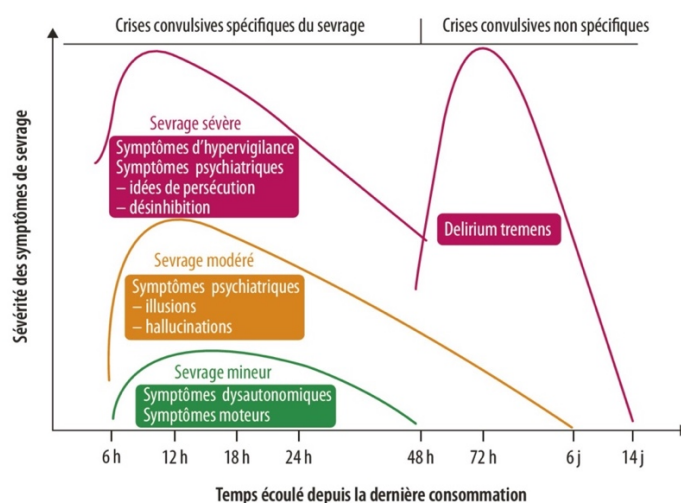


Illustration n°4 : Graphique représentant l'évolution syndrome de sevrage alcoolique au fil des heures (17)

➤ Le delirium tremens

L'évolution vers le *delirium tremens* est l'issue la plus sévère. Il peut apparaître vers la 48^{ème} heure, avant ou même plus à distance encore. Cet état est le reflet d'une hyperactivité du système nerveux autonome. Une désorientation, un état confusionnel voire un délire hallucinatoire traduisent cet état nerveux. Des crises convulsives peuvent être retrouvées dans cette phase. Ces hallucinations sont bien plus marquées et importantes que celles citées précédemment. Un sevrage alcoolique non traité engendre dans 5% des cas un *delirium tremens*. 35% des patients souffrant de cet état mourraient s'ils n'étaient pas pris en charge. Des facteurs de risques existent concernant cette issue (facteurs génétiques, biologiques, cliniques, socio-économiques, modes de consommation, ...).

L'évolution d'un *delirium tremens* non traité peut être fatale. Le principal traitement du *delirium tremens* est la sédation. Pour cela, il est traité par benzodiazépines. Les barbituriques peuvent encore être utilisés ainsi que le propofol, mais ce n'est pas la procédure de première intention. Des apports hydro-électrolytiques doivent être mis en place. La voie per os est privilégiée (à ajuster en fonction de l'état de conscience du patient). Une vitaminothérapie B1 est aussi débutée dans le but d'éviter un éventuel syndrome de Korsakoff.

Toute la procédure thérapeutique prend en compte les comorbidités du patient et tient compte de son état cardiaque et rénal. Un traitement anticoagulant est souvent associé en prévention. D'autre part, une contention peut être nécessaire afin d'éviter les blessures auto-infligées. Le patient est placé dans une atmosphère calme, parfois en service de réanimation. Si son état de conscience est fortement altéré, alors la voie per os est contre indiquée. En parallèle, des broncho-aspirations seront réalisées afin d'éviter la complication en pneumopathies d'inhalation. Dans ce cas-là, une position semi-assise est recommandée. (15)(17)

II. Consommation éthylique pendant la grossesse, une conduite nocive

II.1. Les conséquences d'une consommation éthylique pendant la grossesse

II.1.1. Impacts sur le développement de l'enfant *in utero*

La consommation d'alcool n'aura pas le même impact sur l'embryon ou le fœtus selon le stade de la grossesse. En effet, différentes atteintes embryonnaires et/ou fœtales peuvent survenir. De ce fait, différents organes peuvent être touchés.

Pour rappel, il est important de bien distinguer la période embryonnaire de la période fœtale. La période embryonnaire démarre avec le début de la grossesse et se termine à la fin de la 8^{ème} semaine d'aménorrhée²⁴ (SA). Tandis que la période fœtale débute à partir de la 9^{ème} semaine d'aménorrhée²⁴ et se poursuit jusqu'au terme de la grossesse.

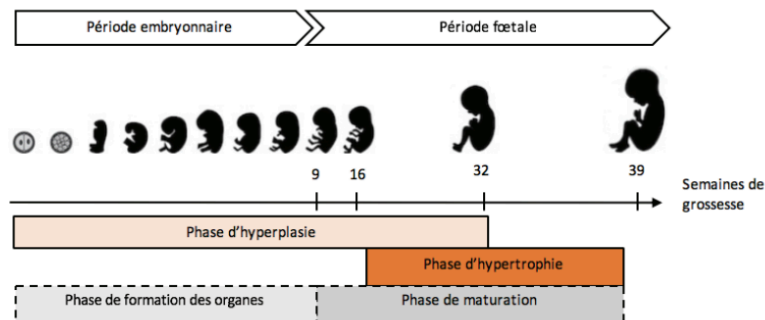


Illustration n°5 : Schéma décrivant les différentes phases de développement du fœtus *in utero* (18)

Globalement, la consommation d'alcool durant la grossesse est à l'origine d'un Ensemble de Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale (ETCAF). La forme la plus grave d'ETCAF est le Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF). Aujourd'hui en France, le taux d'apparition d'ETCAF est retrouvé chez 1% des naissances tandis que le SAF touche une naissance sur mille.

II.1.1.1. Au cours du premier trimestre

Le premier trimestre englobe la période embryonnaire et le commencement de la période fœtale. Le développement, à ce stade, va principalement être centré sur l'organogénèse et la formation du système nerveux.

➤ Les conséquences sur la différenciation cellulaire

Jusqu'à la 3^{ème} semaine d'aménorrhée²⁴, les cellules embryonnaires sont identiques. Elles commencent à s'intégrer dans un processus de différenciation entre la 3^{ème} et la 8^{ème} semaine de gestation. L'organogénèse débute alors.

Dès cette 3^{ème} SA, la maturation cérébrale va s'accroître avec la croissance du tube neural et de la crête neurale. Le tube neural représente le système nerveux primitif.

La crête neurale représente la population de cellules issue de la face la plus dorsale de ce dernier. Ceci correspond à la phase de neurulation²⁵ qui donne naissance à un tube neural primitif et à une moelle épinière primitive. Une alcoolisation à ce stade de la grossesse serait en mesure de détruire les cellules de la crête neurale. Des malformations cérébrales et/ou cranio-faciales pourraient aussi en découler. Ce sont des signes présents dans le SAF.

Le cerveau est l'un des seuls organes à demeurer vulnérable face à l'alcool tout au long de la grossesse. Toutefois, toutes les aires cérébrales ne révèlent pas la même sensibilité vis-à-vis de ce toxique. Les zones les plus vulnérables se révèlent être l'hippocampe, le cervelet et le cortex cérébral. On dit que le système nerveux central¹ présente une « vulnérabilité sélective ».

➤ Les conséquences sur l'organogénèse

La sphère cardiaque peut être, elle aussi, impactée par une consommation éthylique. Différentes anomalies peuvent apparaître comme : une mauvaise circulation interventriculaire et/ou auriculaire, des anomalies au niveau des gros vaisseaux ou encore une tétralogie de Fallot. La tétralogie de Fallot correspond à une cardiopathie congénitale qui associe une communication interventriculaire, une obstruction à la sortie du ventricule droit et une racine aortique dite « à cheval » sur le septum intraventriculaire menant à une hypertrophie ventriculaire droite.

Les appareils génitaux sont, eux aussi, des organes à risque. Concernant les appareils génitaux féminins : des hypertrophies clitoridiennes, un vagin double ou encore une hypoplasie des grandes lèvres peuvent survenir. Tandis que pour les appareils génitaux masculins, une seule anomalie a été détectée jusqu'à aujourd'hui : la cryptorchidie (absence de testicule dans le scrotum). C'est à dire que la migration des testicules n'a pas été complète. En effet, leur migration s'est arrêtée entre la région lombaire et le scrotum.

Des organes internes comme les reins, l'estomac ou le foie peuvent être ciblés par l'alcool, dès le premier trimestre. Le rein peut alors souffrir d'hypoplasie voire d'aplasie rénale (hydronéphrose²⁶). L'hydronéphrose²⁶ correspond à un dysfonctionnement du système urinaire. On observe alors une augmentation du volume rénal engendrée par une accumulation d'urine. Quant au foie, une hépatomégalie²⁷ peut être découverte. Au niveau stomacal, une sténose du pylore²⁸ est susceptible d'être retrouvée.

De plus, des atteintes au niveau des membres supérieurs et inférieurs peuvent être mises en évidence. Les conséquences peuvent être les suivantes : synostose radio-cubitale, thorax en entonnoir, anomalies vertébrales, anomalies digitales (mains et/ou pieds). Ces anomalies peuvent survenir jusqu'à la 8^{ème} semaine de développement.

➤ Les conséquences au niveau facial

Des anomalies oculaires ont été décelées. La sphère oculaire peut être impactée tout au long de la grossesse, cependant, les risques sont majorés lors du premier trimestre. Les atteintes visuelles décrites sont les suivantes : strabisme, myopie, troubles de la réfraction, un dysfonctionnement vasculaire de la rétine ou encore un risque de cataracte. D'autres sens peuvent être endommagés comme celui de l'ouïe. En effet, pour une alcoolisation jusqu'à la 16^{ème} SA, des surdités de perception et/ou de transmission ont été recensées.

La sphère buccale peut, elle aussi, être touchée. Au niveau de la dentition, une attaque de l'émail ou une mauvaise disposition des dents sont les principales conséquences. Jusqu'à la 12^{ème} SA, le palais peut être atteint et, par la suite, donner naissance à un bec de lièvre.

Pour conclure, 10 à 30% des embryons issus grossesses avec consommation d'alcool sont susceptibles de souffrir de malformations congénitales. Bien évidemment, ces pourcentages sont fonction du taux d'alcoolisation. Lors de ce premier trimestre, tous les organes peuvent être ciblés par l'alcool.

On parle alors de Malformations Congénitales Liées à l'Alcool (MCLA). (19)

II.1.1.2. Au cours du deuxième trimestre

Le passage au deuxième trimestre correspond à la poursuite la période fœtale. Lors de cette période, l'axe principal de développement concerne le système nerveux central¹ et plus précisément la maturation cérébrale.

➤ La maturation cérébrale

Dans le cerveau primitif, les neurones ont proliféré. Cependant, à partir du 4^{ème} mois, les neurones vont migrer vers le cortex cérébral le long des cellules gliales²⁹. Ces cellules vont alors servir de guide et aident à la migration des neurones. Ce sont des cellules du système nerveux qui ont pour rôle de protéger les neurones en les entourant, de maintenir leur homéostasie³⁰, de leur apporter les nutriments nécessaires à leur fonctionnement et d'éliminer les cellules mortes. Une ingestion d'alcool à ce stade de la grossesse peut alors perturber la migration des neurones et engendrer une mauvaise répartition neuronale. Ceci est donc directement lié aux divers troubles neuro-développementaux, autrement appelés « Désordres Neurologiques Liés à l'Alcool » (DNLA).

Ces DNLA regroupent aussi bien les troubles neurologiques que comportementaux. Un déficit intellectuel est quasi systématiquement retrouvé chez les enfants souffrant de DNLA. Les difficultés rencontrées le plus souvent sont : les difficultés d'apprentissage, les troubles de l'expression orale, les troubles mnésiques, les troubles de l'attention ainsi que la dyscalculie.

➤ Les différentes aires cérébrales

Le cortex cérébral représente l'aire la plus sensible face à l'alcool. Il correspond au centre de contrôle des fonctions nerveuses les plus élaborées comme le langage, la perception, le raisonnement et la mémoire. Le cortex cérébral est le siège de la motricité volontaire et des sens (aires auditive, visuelle et sensorielle). L'alcool peut alors détruire jusqu'à 13% des neurones présents en zone corticale.

L'hippocampe est le siège du système limbique. Il a un rôle fondamental dans l'apprentissage et la mémorisation. Si cette zone cérébrale est endommagée par l'alcool, les séquelles mises en évidence seront une tendance dépressive, des difficultés d'apprentissage et un caractère irritable.

Le cervelet, quant à lui, est le centre de contrôle des fonctions motrices. Il joue un rôle dans le maintien de l'équilibre, du tonus musculaire et de la posture. L'alcool peut diminuer la taille du cervelet et entraîner une anomalie de constitution. Une réduction de la taille du cervelet est la conséquence de la destruction des cellules de Purkinje par l'éthanol. Plus tard, les individus pour qui le cervelet aura été impacté *in utero* pourront souffrir de difficultés lors de la marche, de la parole et dans d'autres activités quotidiennes (par exemple : l'alimentation).

Ces différentes aires cérébrales peuvent être endommagées et être la cause de divers troubles.

II.1.1.3. Au cours du troisième trimestre

Le troisième trimestre représente la dernière période de gestation. Lors de cette phase, la croissance cérébrale va s'intensifier et le cerveau va réellement augmenter de taille. De plus, c'est à partir du 6^{ème} mois de grossesse que le fœtus va considérablement se développer en taille et en poids.

Au niveau neuronal, la croissance se poursuit et s'amplifie. Les neurones vont continuer à se différencier et les synapses vont se synthétiser. Toute la communication cellulaire va s'intensifier et se perfectionner. Ceci représente une étape primordiale du développement neuronal. C'est pour cela qu'une ingestion d'alcool à ce stade de la grossesse s'avère être une réelle menace pour la sphère neuronale.

D'autres séquelles peuvent survenir telles que des hernies inguinales³¹ ou diaphragmatiques³². Ce sont des excroissances de viscères qui traversent la paroi abdominale soit au niveau de l'aîne (pour les hernies inguinales³¹, par le canal inguinal), soit par le diaphragme et se retrouvent alors dans la cavité thoracique. Des angiomes tubéreux³³ peuvent aussi être consécutifs à une consommation éthylique lors de ce dernier trimestre. Ils se caractérisent sous forme de tumeur cutanée molle, d'origine vasculaire, plus ou moins élevée, de couleur rouge/violacée à la surface de la peau.

Tout ce qui a été développé dans cette partie II.1.1. est susceptible de survenir lors d'une gestation concomitante à une consommation éthylique. Cependant, de multiples variations existent. Toutes les séquelles ne seront pas forcément présentes chez l'enfant à naître, il y a une variabilité individuelle. Ces facteurs de variabilité sont le stade de développement, la quantité d'alcool absorbée, le métabolisme maternel et la sensibilité de l'embryon/fœtus.

II.1.2. Impacts sur le déroulement de la grossesse et des risques à l'accouchement

II.1.2.1. Risque d'avortement spontané

➤ **Définition générale**

L'avortement spontané est plus communément appelé « fausse couche ». Une consommation d'alcool pendant la grossesse peut déclencher cet événement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'avortement spontané comme l'expulsion, involontaire, hors de l'organisme maternel d'un fœtus pesant moins de 500 grammes ou né avant la 22^{ème} SA. Après la 22^{ème} SA, si un tel événement se produit on parlera d'accouchement prématuré.

➤ **Les signes d'un avortement spontané**

Fréquemment, les fausses couches s'accompagnent de pertes vaginales brunes puis rouge vif. Des douleurs pelviennes et utérines sont aussi associées. Malheureusement, ces signes ne sont pas toujours perçus clairement et l'interruption d'une grossesse peut passer inaperçue et n'être seulement révélée que lors de l'échographie suivante (échographie obligatoire du 1^{er} trimestre à 12 SA). Inversement, des pertes vaginales de ce type ne révèlent pas forcément une fausse couche. Les autres signes de grossesse vont peu à peu disparaître (nausées, tension au niveau des seins, ...). De même, la disparition de ces signes ne sera pas forcément synonyme de fausse couche. (20)

Dans la population générale, 12 à 15% des grossesses n'aboutissent pas suite à une fausse couche spontanée. La plupart de ces fausses couches surviennent avant la 12^{ème} SA. Toujours dans cette même population, 1 à 5 % des femmes ayant débuté une grossesse souffriraient de fausses couches à répétition (soit au moins 3 fausses couches spontanées lors du premier trimestre).

➤ **Les résultats d'une étude menée en Angleterre**

Une étude anglaise menée par N. Maconochie, P. Doyle, S. Prior et R. Simons a été publiée en 2006. Cette étude avait pour but de faire le parallèle entre la génétique, les modes de vie, les comportements à risques et la survenue de fausses couches durant le premier trimestre de grossesse. Les chercheurs se sont intéressés aux indicateurs sociaux, comportementaux et autres facteurs présents depuis le début de la grossesse en cours. Ces femmes, sélectionnées au hasard via le registre électoral anglais, avaient toutes entre 18 et 55 ans. 603 de ces femmes ont révélé une fausse couche avant la 13^{ème} de gestation. 6116 femmes ont poursuivi leur grossesse au-delà des 12 semaines de gestation. (21)

Ensuite, cette étude a démontré qu'une consommation abusive et/ou régulière augmentait les risques de fausses couches lors de ce premier trimestre. En revanche, elle n'a pas démontré que les consommations occasionnelles et modérées ou que les consommations du père avant la conception augmentaient ces événements. (22)

De plus, le tabagisme est aussi un facteur de risque incriminé dans la survenue d'avortement spontané. Une double consommation tabac-alcool accroît donc fortement les risques de survenue d'une fausse couche.

II.1.2.2. Risque d'accouchement prématuré

➤ Définition générale

Une grossesse menée à terme est une grossesse dont l'accouchement a lieu entre la 37^{ème} SA et la 41^{ème} SA. Après la 42^{ème} SA, on dit que le terme de la grossesse est dépassé.

Pour qualifier un accouchement de « prématuré », l'OMS se base sur l'âge gestationnel. Un accouchement survenant avant la 37^{ème} SA est considéré comme un accouchement prématuré. On classe la prématurité en trois stades : prématurité moyenne, grande prématurité et très grande prématurité.

Un bébé naissant entre la 32^{ème} et la 36^{ème} SA révolue est considéré comme un prématuré moyen. La grande prématurité concerne les bébés nés entre la 28^{ème} et la 32^{ème} SA. Toute naissance n'étant pas considérée comme un avortement spontané et ayant lieu avant la 28^{ème} SA est considérée comme une très grande prématurité. Toute naissance avant la 23^{ème} SA (soit moins de 5 mois de grossesse) est non viable. (23)

➤ Classification des accouchements prématurés

Les accouchements prématurés peuvent être de deux types : spontanés ou induits. Généralement, les accouchements prématurés consécutifs à une consommation éthylique sont spontanés. Les accouchements prématurés induits correspondent aux accouchements présentant une menace pour la santé de la mère et/ou celle du bébé. En effet, une consommation éthylique maternelle peut être source d'une baisse de la circulation sanguine entraînant un spasme au niveau des vaisseaux ombilicaux. Un maintien de la consommation éthylique entraîne à terme une souffrance fœtale du fait de la répétition de ces spasmes. Le bébé peut être victime d'une mort *in utero* par hypoxie. Dans ces situations à risques, une césarienne est alors assurée en urgence pour la survie de la mère et de l'enfant.

➤ Concernant les accouchements prématurés

Dans les pays développés, comme la France métropolitaine, les naissances prématurées sont en hausse depuis ces dernières années. En effet, selon l'INSERM, en 1995, 5,9% des enfants nés étaient prématurés contre 7,4% en 2010, et les chiffres augmentent encore. La grande majorité des nouveau-nés prématurés sont des prématurés moyens, 10% environ des grands prématurés et moins de 5% des très grands prématurés.

De plus, il est important de savoir que la prise concomitante d'alcool avec d'autres toxiques (tabac, médicaments (benzodiazépines par exemple), ...) augmente le risque d'accouchement prématuré. Ce risque n'est pas identique en fonction de l'âge maternel (risque majoré chez les moins de 18 ans et les plus de 35 ans). Un mauvais suivi de grossesse ainsi qu'un mode de vie dans des conditions socio-économiques difficiles sont des situations plus à risques.

Un accouchement prématuré peut être lourd de conséquences. En effet, les organes d'un enfant né prématuré n'ont pas subi toute la maturation nécessaire. Des répercussions sont souvent décrites au niveau nerveux central, pulmonaire, cardio-respiratoire et digestif. Les sphères hépatiques et immunitaires sont très souvent impactées. Des prises en charge adaptées ont été mises au point afin d'accueillir au mieux ces enfants venus au monde un peu trop tôt. C'est donc pour ces raisons qu'il est important de dépister les femmes consommant de l'alcool pendant la grossesse afin de prendre en charge le mieux possible la mère et son bébé.

Pour mieux préparer un accouchement prématuré, il est recommandé d'administrer deux doses de corticoïdes dans les 10 jours précédant l'accouchement. Les corticoïdes vont participer à la maturation pulmonaire. De part ces injections, on espère donc éviter la survenue de difficultés respiratoires, mais aussi cérébrales dans les temps qui suivent la naissance pouvant mener au décès. Les femmes dans ces situations sont orientées vers les maternités de type III. Les maternités de type III sont dotées d'un service obstétrical, mais aussi d'un service de réanimation néonatale et d'un service de néonatalogie avec soins intensifs.

Un hématome rétro-placentaire, qui peut être consécutif à une consommation d'alcool, peut être la cause d'un accouchement prématuré.

II.1.2.3. Déficits en micronutriments

La grossesse correspond à un état physiologique, certes particulier, mais non à un état pathologique. Pendant cette période de gestation, l'organisme maternel va devoir s'adapter en permanence. En effet, les objectifs sont de maintenir l'homéostasie³⁰ maternelle, et parallèlement de créer un environnement favorable au développement du fœtus et prédispose le corps maternel à un éventuel allaitement ultérieur.

Ces adaptations métaboliques et physiques peuvent être les conséquences de variations hormonales et/ou d'influences mécaniques. L'organisme maternel doit faire face à l'apparition de nouveaux besoins. Par ailleurs, l'organisme maternel doit maintenant subvenir à ses propres besoins qui se voient augmentés ainsi qu'à ceux du bébé à naître.

Lors d'une grossesse physiologique, les besoins en vitamines augmentent. Cela concerne surtout les vitamines D, les folates et le fer. L'alimentation devient alors un facteur déterminant pour le bon déroulement de la grossesse et pour la bonne croissance du fœtus. Cependant, une exposition alcoolique majeure pendant la grossesse entraîne une diminution de la plupart des vitamines et micronutriments. Bien souvent, une exposition à ce toxique est liée à une malnutrition. En effet, l'alcool peut se substituer aux autres nutriments, dans ces cas-là il est à l'origine de malnutrition. Au contraire, l'alcool peut engendrer un surpoids via des mécanismes additionnels.

La consommation chronique d'alcool induit des complications organiques non négligeables sur la sphère digestive associées bien souvent à des phénomènes de malnutrition et/ou de malabsorption. Par conséquent, l'apparition de carences d'apport est associée, ce qui aggrave encore plus la carence en minéraux et vitamines déjà induite par l'alcool lui-même. De plus, l'alcool modifie aussi le métabolisme des nutriments.

➤ La vitamine D

La vitamine D joue un rôle majeur dans la minéralisation du squelette du fœtus. D'une part, elle aide à l'assimilation du calcium au niveau intestinal. D'autre part, la vitamine D permet aussi de maintenir en état le squelette maternel ainsi que de participer à la formation de réserves pour le fœtus. Un manque chronique en vitamine D met en péril l'équilibre phosphocalcique.

Les sujets exposés sont à risque de souffrir de fractures, à cause d'une diminution de la masse et/ou densité osseuse, voire d'ostéonécrose. De plus, une insuffisance en vitamine D encourage la survenue d'un diabète gestationnel³⁴ et/ou d'une pré-éclampsie³⁵. Ces complications mènent souvent à un accouchement par césarienne. Un enfant ayant été confronté à un taux affaibli de vitamine D pendant sa conception serait prédisposé à souffrir d'un retard de croissance et/ou d'hypertrophie.

Cette vitamine D est principalement retrouvée sous deux formes : la vitamine D2 (ergocalciférol) et la vitamine D3 (cholécalférol).

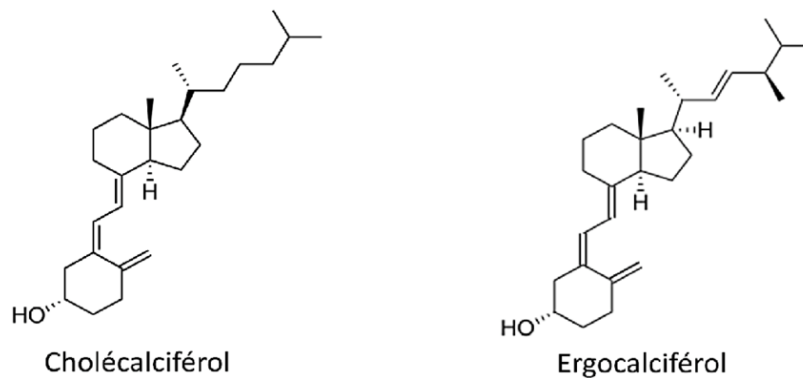


Illustration n°6 : Schémas représentant les structures moléculaires de la vitamine D3 et D2

L'étude Esteban a été menée entre 2014 et 2016 en France métropolitaine. Cette étude concernait les consommations alimentaires et les états nutritionnels de la population. L'étude prenait aussi en compte l'activité physique et la sédentarité. Il a été montré que seulement 25% des adultes n'étaient pas en insuffisance de vitamine D. Les femmes enceintes constituent une population particulièrement à risque. Il est donc important de les dépister car la prévalence d'insuffisants en vitamine D est loin d'être négligeable. (24)

Pendant la gestation, la régulation du fer s'adapte afin d'optimiser le stock et les dépenses en fer. En effet, l'absorption digestive du fer est plus importante du fait de la diminution des réserves. En parallèle, l'aménorrhée constitue une épargne non négligeable du taux de fer présent dans l'organisme maternel.

Cet oligoélément joue un rôle dans la formation de l'hémoglobine³⁶. L'hémoglobine³⁶ est une protéine retrouvée au sein des globules rouges. Son rôle est de véhiculer l'oxygène dans le sang. Une anémie ferriprive³⁷ peut être engendrée par des apports en fer diminués et des réserves en fer amoindries. Avec ce type d'anémie ferriprive³⁷ peuvent être engendrés un risque d'accouchement prématuré, un bébé de faible poids et/ou une mortalité prénatale.

Le stress oxydatif produit lors du métabolisme de l'alcool peut être une source de déséquilibre en micronutriments. En effet, un déséquilibre entre les facteurs pro et antioxydants est mis en évidence. Les facteurs pro-oxydants sont en majorité. Pour compenser, l'organisme maternel va donc essayer de favoriser la défense anti-oxydante.

Beaucoup de consommateurs éthyliques chroniques souffrent d'hypovitaminose. Les principales vitamines touchées sont les vitamines B1, B6 et E.

➤ La vitamine B1

La vitamine B1 est aussi appelée « thiamine ». Un déficit en thiamine est bien souvent secondaire à un déficit en folates. Cette vitamine intervient dans le fonctionnement physiologique du système nerveux central¹ et périphérique.

La vitamine B1 entre aussi dans les mécanismes de mémorisation. L'activité musculaire est aussi modulée par cette vitamine, notamment au niveau cardiaque. Pendant la grossesse, une carence en vitamine B1 peut être source d'un retard de croissance chez l'enfant. De plus, des crampes et/ou névralgies peuvent être retrouvées chez la mère.

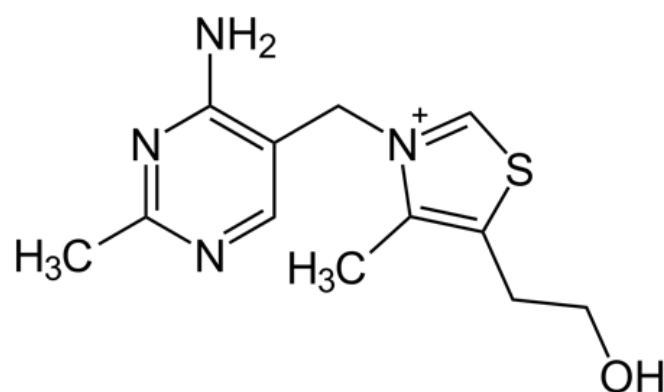


Illustration n°8 : Schéma représentant la structure moléculaire de la vitamine B1

➤ La vitamine B6

La vitamine B6 autrement appelée « pyridoxine » a une importance dans la synthèse d'ADN et d'ARN. Cette vitamine aurait une composante préventive vis-à-vis des vomissements induits pendant la grossesse. Une composante préventive est aussi retrouvée au niveau cardiovasculaire et immunitaire. Une carence en vitamine B6 peut être liée à des altérations des vaisseaux artériels impactant alors l'implantation de l'embryon et le placenta en début de grossesse. Pendant la période péri-conceptionnelle, un déficit en vitamine B6 augmenterait la prévalence de certaines anomalies congénitales.

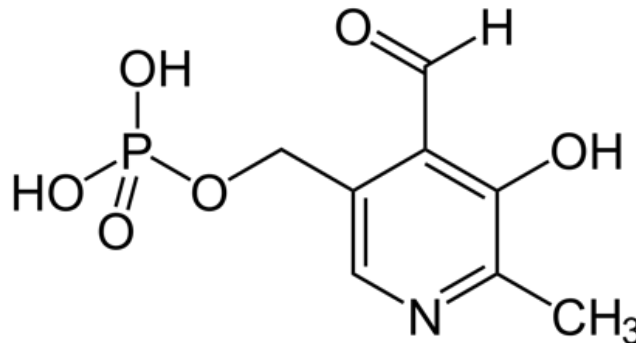


Illustration n°9 : Schéma représentant la structure moléculaire de la vitamine B6

➤ La vitamine B3

La vitamine B3 ou vitamine PP peut aussi être appelée « niacine ». La vitamine B3 n'est pas réellement une vitamine. En effet, une vitamine ne peut être synthétisée par l'organisme seul en quantité suffisante, un apport extérieur est indispensable. Or, la vitamine B3 peut être synthétisée à partir d'un acide aminé essentiel, le tryptophane. Un déficit en cette vitamine entraîne des syndromes de pellagre³⁸. Les signes cliniques associés sont une diarrhée, une dermatite et dans les cas les plus avancés une démence. (25)

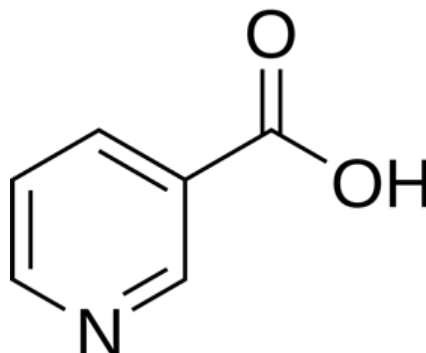


Illustration n°10 : Schéma représentant la structure moléculaire de la vitamine B3

II.1.2.4. Risque d'hématome rétro-placentaire

Il est confirmé que le tabagisme maternel au cours de la grossesse est un facteur de risque pour le développement d'un hématome rétro-placentaire (HRP). Aujourd'hui, des études montrent que l'alcoolisme chez une femme enceinte favoriserait, lui aussi, l'apparition d'un HRP.

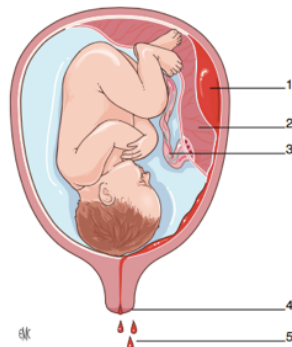


Figure 1. Schéma descriptif du décollement prématuré du placenta normalement inséré. 1. Caillots du DPPNI; 2. placenta; 3. cordon ombilical; 4. col utérin; 5. métrorragies qui se sont écoulées le long des membranes.

Illustration n°11 : Schéma légendé décrivant un hématome rétro-placentaire, Article de Sananes et al.

Un hématome rétro-placentaire correspond à un décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI). Ce décollement peut être partiel ou total. Cet hématome va constituer un obstacle, du fait de sa localisation, aux échanges foëto-maternels. Si l'hématome occupe une partie ou l'intégralité de la surface placentaire, les conséquences seront plus ou moins graves.

Généralement, l'HRP est découvert au moment où les signes annonciateurs de l'accouchement apparaissent. Les signes cliniques associés sont des saignements, des douleurs abdominales et/ou pelviennes et des anomalies du rythme cardiaque foëtal.

Il peut engendrer différentes complications maternelles. En effet, la mortalité maternelle est augmentée en cas d'HRP. Des troubles de la coagulation sont décelés dans 20 à 30% des cas de décollement prématuré du placenta normalement inséré sous forme de coagulation intravasculaire disséminée (CIVD). Dans ces cas-là sont retrouvés : une augmentation des produits de dégradation de la fibrine¹⁶, une chute du fibrinogène¹⁷ et des plaquettes³⁹. Des chocs hémorragiques peuvent être consécutifs à un HRP. Ils représentent une perte sanguine qui peut parfois atteindre plusieurs litres. Cette quantité perdue est très souvent sous-estimée car on n'évalue pas la quantité de sang qui s'est infiltrée dans le myomètre ni celle qui constitue l'HRP. Il est très difficile d'anticiper la prise en charge des chocs hémorragiques⁴⁰.

Bien souvent, des transfusions sanguines s'avèrent être nécessaires. Des cas d'insuffisances rénales ont été détectés. De plus, les décollements prématurés du placenta normalement insérés peuvent être associés à des nécroses tubulaires⁴¹ ou corticales⁴² aiguës. Ces complications sont bien souvent la conséquence du choc hémorragique⁴⁰ et des troubles de la coagulation et peuvent mener à une insuffisance rénale chronique.

Lors de la délivrance, le diagnostic sera confirmé si des caillots, plus ou moins abondants et plus ou moins organisés à la frontière entre le placenta (du côté de la face maternelle) et la paroi utérine, sont mis en évidence. Un examen histologique⁴³ confirme le diagnostic uniquement si le décollement placentaire est assez ancien. Une hémorragie de la délivrance peut avoir lieu.

Cette dernière peut être compliquée ou aggravée si des troubles de la coagulation sont mis en évidence. On anticipera donc la prise en charge par du remplissage pendant le travail. La majorité des accouchements avec décollement prématuré du placenta normalement inséré ont recours à la césarienne.

L'HRP représente une urgence obstétricale, malheureusement souvent imprévisible. L'HRP est une grande cause de mortalité maternelle et de morbidité et/ou mortalité en périnatalité. Les complications fœtales et néonatales sont liées au décollement du placenta, à la prématurité, au retard de croissance intra-utérin (RCIU) ou encore à la souffrance fœtale induite par l'HRP. En effet, les enfants nés à terme mais issus d'une grossesse avec décollement prématuré du placenta normalement inséré, ont 25 fois plus de risques de mourir même s'ils pèsent entre 3500 et 3900 grammes.

II.2. Retentissements sur l'enfant à naître

L'alcool est un agent toxique et tératogène connu. En revanche, il est parfois consommé par les femmes au cours de leur grossesse. Certains nouveau-nés ayant été exposés à l'alcool pendant leur conception et leur développement *in utero* auront des séquelles, d'autres non. Ces séquelles sont assez caractéristiques et propres à cette intoxication. De plus, cette conduite à risque est liée à une probabilité forte de prématurité, de retard de développement intra utérin, et dans les pires situations à l'interruption de la grossesse ou à la naissance d'un enfant mort-né, comme développé précédemment.

En effet, en 2010, une étude de l'INSERM a été menée et était basée sur un échantillon représentatif de 13 000 femmes en France métropolitaine. 23% des femmes interrogées avaient déclaré avoir bu au moins un verre d'alcool pendant leur grossesse ainsi que 2% d'entre elles avaient reconnu avoir consommé, pour une même occasion, trois verres ou plus. Cela démontre bien que les campagnes d'information et de sensibilisation doivent être maintenues et amplifiées. (26)

De plus Santé Publique France déclare qu'en France, entre 2006 et 2013, une naissance par jour (soit 3207 nouveaux nés) a présenté au moins une conséquence liée à l'alcoolisation *in utero* et une naissance par semaine (soit 452 naissances) a présenté un SAF.

Selon le Baromètre Santé 2017, les données mettent en évidence que la consommation d'alcool pendant la grossesse n'est pas un phénomène rare. Les femmes interrogées sont soit des femmes enceintes, soit des mères d'un enfant de moins de cinq ans. Près de 6 femmes sur 10 ont déclaré avoir reçu les informations à propos des conduites à risques par leur médecin ou sage-femme. Une femme sur 10 a déclaré avoir occasionnellement consommé de l'alcool pendant sa grossesse.

Il est important de préciser que tous ces chiffres sont des sous-estimations, du fait de la difficulté à diagnostiquer ces troubles en période néonatale. Le syndrome le plus sévère mis en évidence aujourd'hui est le syndrome d'alcoolisation fœtale. De plus, le SAF n'inclut pas les diagnostics posés ultérieurement. Mais cela permet de ne pas banaliser la gravité de ce syndrome.

Tout en sachant que ces études ne sont pas totalement représentatives, car elles sont souvent limitées à certaines régions. Il a cependant été montré par une étude récente que les formes mineures d'alcoolisation fœtale seraient 10 fois plus fréquentes que le SAF.

II.2.1. A la naissance

II.2.1.1. Les structures de soins

II.2.1.1.1. L'évolution des maternités

➤ Les plans de périnatalité

Il existe différents types de maternités, comme décrits ci-dessous, ils permettent de mieux orienter la femme enceinte vers l'établissement le plus adapté en fonction de sa grossesse. De plus, le choix d'orientation précoce vers un type d'établissement pour les grossesses à risques doit être anticipé, dans la mesure du possible, afin d'éviter les transferts du bébé après la naissance.

En effet, ces transferts induisent une augmentation de mortalité et de morbidité périnatale. Cependant, afin de faciliter l'accès aux soins, d'harmoniser les procédures et d'améliorer les équipements dans ces établissements, différents plans de périnatalité ont vu le jour. Trois grands plans ont été lancés.

○ Le plan 1970-1976

Ce plan se basait sur deux grands axes : la prévention et la sécurisation de la naissance. Il a rendu obligatoire les quatre consultations à des périodes clés de la grossesse. Par ailleurs, il a permis de renforcer les moyens techniques mis à disposition des personnels ainsi que des formations. Des dépistages ont été rendus obligatoires (toxoplasmose⁴⁴, rubéole⁴⁵, iso-immunisation fœto-maternelle⁴⁶).

De plus, la Sécurité Sociale a mis en place la prise en charge à hauteur de 100% des frais médicaux de la femme enceinte. Cependant, malgré ces nouvelles mesures le classement de la France en matière de périnatalité demeure très médiocre à cette époque au niveau européen. En effet, les mortalités maternelle et périnatale étaient encore très élevées.

- **Le plan 1995-2000**

Il avait pour objectif de faire diminuer la mortalité maternelle ainsi que la mortalité maternelle périnatale d'ici 2001, de faire diminuer la proportion de bébés de faible poids à la naissance ainsi que d'améliorer les suivis de grossesses. Pour cela, ce plan devait tout d'abord renforcer les mesures prises lors du plan précédent. Dans un second temps, un autre objectif a été énoncé : faire diminuer la « mort subite » du nouveau-né de 35%. Pour cela, des procédures de sécurisation de l'accouchement ont été mises au point. En parallèle les maternités (services d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale) ont été restructurées, obligeant les plus petites d'entre-elles à arrêter leur activité.

En effet, ces maternités pratiquaient peu d'accouchements et manquaient d'équipement en cas de survenue de problème chez la mère et/ou le bébé. Par la suite, ces anciennes maternités sont devenues des « centres périnataux de proximité », où des activités pré et post-natales sont exercées. De plus, des réseaux de soins ont été mis en place afin de coordonner et d'orienter les patientes.

- **Le plan 2005-2007**

Ce plan de périnatalité reposait sur 4 critères : l'humanité, la proximité, la sécurité et la qualité. Les deux grands objectifs clairement explicités étaient de faire diminuer la mortalité périnatale de 15% et la mortalité maternelle de 40% d'ici 2008. Ce plan s'est inscrit dans une démarche de modernisation de l'environnement médical autour des femmes enceintes et de leur accouchement.

Pour cela, de nouvelles normes ont été imposées aux maternités et aux services de réanimation pédiatrique publics et privés en matière d'équipements mais aussi de personnels. Le transport des femmes enceintes et des nouveau-nés a aussi été réorganisé. En parallèle, l'environnement psychologique et social de la mère et de l'enfant a aussi été repensé. Un accompagnement plus encadré a été mis au point par l'inscription des 7 examens prénataux obligatoires ainsi que par la proposition de séances de préparation à l'accouchement. (27) L'accès aux consultations avec les psychologues en maternité a été simplifié. En outre, des maisons de naissance ont vu le jour.

Ce sont des établissements privés ou publics où peuvent se dérouler des accouchements moins médicalisés mais toujours sécurisés par la présence d'un plateau technique. Lors de ce plan de périnatalité 2005-2007, de nouvelles mesures ont été mises en place pour mieux accompagner les femmes enceintes et les couples en situation de précarité. Par ailleurs, les conditions d'exercice et de formation des professionnels ont été revues. Enfin, le carnet de santé maternité a été instauré (cf partie I.1.2.2.2.). (13) (28)

Le bilan de ces différents plans reste cependant mitigé. De nombreux obstacles se sont manifestés. Tout d'abord sur le plan administratif : au niveau des missions données par l'État et de leurs réalisations, au niveau des collectivités locales et au niveau de la gestion par l'Assurance Maladie.

De plus, les contraintes géographiques et territoriales sont très marquées. Ces mesures n'étaient pas cohérentes avec la diminution du recrutement des médecins étrangers, la réduction du temps de travail (ainsi que l'intégration des gardes dans le temps de travail). La formation offre des flux de nouveaux personnels trop insuffisants pour espérer faire face au nombre de départs à la retraite. Concernant la sécurisation des naissances, elle demeure encore trop faible.

Malgré les investissements financiers, ces services sont souvent encore précaires du fait du non-aboutissement de la restructuration de ces services. Ceci entraîne alors une mauvaise organisation et des prises en charge inadéquates qui alourdissent encore les coûts. Ce cercle vicieux entretient alors ce manque de sécurisation des accouchements, où les mortalités périnatales infantiles et maternelles sont encore trop élevées.

Le secteur public s'est nettement démarqué dans la prise en charge des grossesses à risques. Malheureusement, les maternités avec le moins d'activité se sont vues contraintes d'arrêter leur activité. Des disparités existent encore sur le territoire entre les zones urbaines, les zones rurales et les zones sensibles. En revanche, les conditions d'accès aux soins n'ont pas pour autant été dégradées. Le temps d'accès moyen à une maternité est resté stable. Les équipements, en lits notamment ont été plus harmonisés sur le territoire.

De plus, même si 55 réseaux de périnatalité ont vu le jour, leur développement « ville-hôpital » a été qualifié de médiocre et la coordination entre les réseaux actuels reste complexe et insuffisante. L'articulation des prises en charge et des transferts entre les trois types de maternités est encore basée sur les structures qui existaient précédemment. (29)

➤ **Les différents niveaux de maternités**

○ **Les maternités de niveau I**

Les maternités de niveau I sont des établissements de santé qui comprennent uniquement une unité obstétrique. Elles prennent en charge les grossesses à bas risque. Les soins prodigués aux nouveau-nés sont gérés par une équipe pédiatrique. Les soins pratiqués sont les soins usuels et sans gravité des suites de l'accouchement. Ils sont eux aussi établis par les équipes médicales et concernent aussi bien la mère que l'enfant.

- **Les maternités de niveau II**

Les maternités de niveau II sont composées d'une unité obstétrique ainsi que d'une unité de néonatalogie. Les grossesses à risque modéré sont orientées vers ces établissements de soins. Les nouveau-nés souffrant de pathologies à pronostic plutôt favorable pourront nécessiter d'une surveillance particulière et de soins spécifiques.

Cependant, il n'y aura pas d'unité de réanimation à disposition. Les nouveau-nés prématurés sont acceptés dans ces structures de soins s'ils naissent à partir de la 32^{ème} SA. Les maternités de type II se scindent en deux niveaux: IIa et IIb.

Les maternités de niveau IIa abritent uniquement une unité d'obstétrique et une unité de néonatalogie. Dans les cas les plus sévères, des soins postnataux de type 3 seront prodigués aux nouveau-nés. Les différents types de soins néonataux seront développés dans la sous-partie suivante. Les maternités de niveau IIb sont, quant à elles, dotées en plus d'une unité de soins intensifs néonataux. Une surveillance plus rapprochée est donc possible. Ceci permet, en outre, de prendre en charge des bébés souffrant de pathologies plus lourdes qui requièrent des soins postnataux de stades 3 à 4.

- **Les maternités de niveau III**

Enfin, il existe les maternités de niveau III qui offrent la prise en charge la plus poussée. Ces établissements de soins fournissent une unité obstétrique, une unité de néonatalogie ainsi qu'une unité de réanimation néonatale. Les grossesses à haut risque sont donc naturellement dirigées vers ce type de structure. Ces dernières sont capables d'accueillir les nouveau-nés prématurés nés avant la 32^{ème} SA. Ces maternités ont la capacité d'accueillir les nouveau-nés montrant une souffrance respiratoire grave, qui nécessitent des soins postnataux de type 5. De plus, on y retrouve une unité de réanimation adulte. Les pathologies les plus sévères des nouveau-nés et des mères peuvent donc être prises en charge dans les maternités de niveau III. (30)

II.2.1.1.2. Les unités kangourous

➤ Définition générale

Le concept des unités kangourous a été créé en Colombie en 1979. Initialement, ce service a été conçu exclusivement pour les bébés prématurés car les moyens financiers étaient insuffisants. Le principe était de comparer les bébés prématurés, donc immatures, aux bébés kangourous qui sont, quant à eux, maintenus dans la poche ventrale de leur mère. Les bébés prématurés ont donc l'opportunité de poursuivre leur développement en portage, en « peau à peau » précoce, continu et prolongé contre leur mère. En France, la première unité kangourou a été ouverte en 1987.

➤ **Les unités kangourous sont recommandées dans les cas suivants :**

- Suspicion d'infection materno-fœtale avérée ou non,
- Souffrances fœtales aiguës,
- Nouveau-nés de faible poids de naissance,
- Nouveau-nés de mère diabétique,
- Nouveau-nés de mère toxicomane.

➤ **Les objectifs des unités kangourous**

L'objectif était de rendre compatibles les techniques et les soins médicaux avec l'humanisation de la prise en charge de ces bébés. Auparavant, les nouveau-nés qui nécessitaient des soins médicaux spécifiques et techniques étaient systématiquement placés en service de néonatalité. La séparation avec les parents, mais surtout avec la mère, était alors vécue de manière dramatique. De plus, cette séparation générait des angoisses et des inquiétudes, aussi bien du côté des parents que de celui du bébé. (31)

Les unités kangourous sont totalement adaptées à des soins pédiatriques de niveau 2. De plus, de nombreux avantages ont été mis en évidence :

- Action positive du « peau à peau » sur la thermorégulation du bébé,
- Impact positif sur la morbidité et la mortalité,
- Diminution des survenues d'infections nosocomiales,
- Allaitement maternel favorisé.

En parallèle, le lien mère-enfant, bien souvent fragile dans les cas de toxicomanie, se voit être renforcé. De nombreux travaux de psychanalystes, comme J. Bowlby, ont mis en lumière l'importance de ce lien pour un développement harmonieux de l'enfant. Dans le cas inverse, lorsque le lien est brisé juste après la naissance, ces travaux ont démontré l'augmentation de survenue de troubles potentiellement graves. Ces unités représentent, en quelque sorte, une fusion des services de maternité et de néonatalité.

Les parents sont beaucoup plus sollicités et deviennent de réels interlocuteurs et partenaires de l'équipe de soins. Les parents doivent cependant accepter le transfert en unité kangourou et de garder leur enfant auprès d'eux, ce qui n'est pas toujours évident dans les cas de toxicomanie. Ceci est très intéressant, surtout dans les cas où le ou les parent(s) sont consommateurs. Tout est mis en place pour accompagner le bébé et les parents afin de créer et de renforcer ce lien.

Cependant, il n'existe pas à ce jour, de texte officiel qui définisse ces unités kangourous. De nombreuses disparités existent au niveau de l'organisation, des pratiques, du fonctionnement et des objectifs de prise en charge. Sur le terrain, une unité kangourou correspond à un établissement de soins de niveau II ou III. C'est à dire à un service de soins de néonatalogie.

II.2.1.2. Les soins postnataux

Les soins pédiatriques aussi qualifiés de « postnataux » sont divisés en cinq catégories en fonction de l'état de santé de l'enfant.

Les nouveau-nés bien portants forment le groupe I. Ces derniers n'ont pas besoin de soins spécifiques ou spécialisés.

Le groupe II est représenté par les nouveau-nés présentant des pathologies mineures. Des perfusions de courtes durées sont mises en place au besoin et une surveillance glycémique est instaurée. Les bébés sont réchauffés et peuvent avoir recours à la photothérapie⁴⁷, si nécessaire.

Le groupe III réunit les bébés qui ont développé des pathologies qui nécessitent l'intervention et la surveillance d'une infirmière puéricultrice ou d'une sage-femme en permanence ainsi que d'un pédiatre disponible sans délais. Ces bébés sont placés en unité de néonatalogie ou en unité kangourou. Ils sont perfusés au long cours et placés sous surveillances hémodynamique et respiratoire. Certains nécessitent même une oxygénothérapie à faible concentration.

Le groupe IV correspond aux nouveau-nés placés en unité de soins intensifs. Ces derniers sont alimentés par nutrition parentérale sur un cathéter central. Ils font l'objet d'une surveillance hémodynamique continue. Les bébés bénéficient eux-aussi d'une oxygénothérapie en ventilation spontanée.

Les bébés du groupe V sont placés en soins de réanimation et sont placés sous respiration artificielle. (32)

II.2.1.3. Le syndrome de manque du nouveau-né

➤ Définition générale

Le syndrome de manque du nouveau-né est aussi appelé « syndrome d'abstinence » ou « sevrage néonatal ». Ce syndrome regroupe l'ensemble des signes cliniques respiratoires, métaboliques, digestifs ainsi que ceux du système nerveux central¹ consécutifs à une exposition intra-utérine à des substances toxiques (drogues licites, drogues illicites, médicaments, ...).

➤ **Les caractéristiques du syndrome de manque**

Un syndrome d'abstinence néonatal à l'alcool a un délai d'apparition de 12 à 48 heures. Dans certains cas rares, le délai d'apparition des signes de sevrage peut s'élever jusqu'à 10 jours. Les symptômes principalement retrouvés sont : une excitabilité importante et une hyperactivité. Le sommeil de ces bébés est fortement perturbé. Des difficultés d'endormissement ainsi qu'un sommeil court et léger sont décrits. Les bébés sont bien souvent hypertoniques et ont des sursauts involontaires qui gênent l'endormissement. Souvent, d'autres signes cliniques complètent le diagnostic comme : des pleurs incessants, un émoussement du réflexe de succion, une diarrhée ou émissions de selles molles, de la transpiration pouvant être accompagnée de fièvre, des tremblements et/ou des convulsions, une hyperphagie ou encore une diaphorèse⁴⁸. (33)

Afin de pallier la perte de poids due à la difficulté de succion des bébés souffrant de syndrome de sevrage, l'alimentation qui leur est apportée est hypercalorique. Afin d'être mieux assimilée, les bébés sont nourris de manière fractionnée. C'est à dire qu'ils sont nourris avec de plus petites quantités mais la fréquence des repas est plus élevée.

Les syndromes de manque sont généralement d'intensité légère et évoluent favorablement sous 7 jours. Cependant, certains facteurs influencent la survenue d'un syndrome de manque. En effet, la composition, la quantité, la demi-vie, le mode de consommation, la fréquence de prise et la date de la dernière prise avant l'accouchement de la substance ont leur importance. Si la mère est une poly-consommatrice, alors les risques de syndrome de sevrage à la naissance augmentent. Le métabolisme maternel et la barrière placentaire sont aussi des éléments à prendre en compte. De plus, un enfant prématuré sera considéré comme moins à risque. En effet, l'apparition des symptômes sera plus tardive et les symptômes seront plus légers. En revanche, les syndromes de manque les plus marqués peuvent être à l'origine de séquelles cognitives et/ou comportementales.

➤ **La prise en charge de ces bébés**

Il est important de diagnostiquer ces bébés souffrant de syndrome de sevrage. Pour cela, on peut réaliser plusieurs types de prélèvements. Soit, on réalise une analyse toxicologique précoce sur les premières urines. Ce test demeure un test simple et coûte peu cher, en revanche, il peut mettre en évidence des résultats faux positifs. Le méconium, qui représente les premières selles du bébé composées des excréments accumulés au sein de son tractus digestif durant la grossesse, peut aussi être analysé dans les 24 à 72 premières heures. Les éthyl-esters d'acides gras seront dosés. En revanche, cette méthode n'est pas pratiquée en routine. Les cheveux peuvent être aussi une source d'indices et être analysés jusqu'à trois mois après l'accouchement.

En revanche, différents systèmes, scores et échelles existent. Ces derniers évaluent l'apparition, la progression ainsi que la sévérité des signes retrouvés lors d'un syndrome de sevrage. Ils aident à orienter la prise en charge et permettent de mettre en place les traitements pharmacologiques adaptés. Les différentes échelles qui existent sont les suivantes : Finnegan, Ostrea, Lipsitz, Rivers et Brazelton. Cependant, l'échelle de Finnegan (cf annexe 1) est la plus utilisée aujourd'hui. Elle s'avère être fiable dès 2 heures de vie.

Ces bébés font alors l'objet d'une prise en charge particulière. Un traitement non médicamenteux est préféré, s'il s'avère suffisant. Les bébés sont emmaillotés et bercés afin de les apaiser et de les rassurer. Il est préconisé de minimiser les stimulations sensorielles et environnementales pour créer une atmosphère calme. La fréquence des tétées est augmentée dans le but d'atteindre un apport calorique de 150 à 250 kcal/kg/jour. La température corporelle des bébés doit être contrôlée et être optimale. (34)

II.2.2. Les impacts sur l'enfant en périnatalité

II.2.2.1. Le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF)

II.2.2.1.1. Définition du SAF

Le syndrome d'alcoolisation fœtale est défini comme une anomalie congénitale consécutive à une interférence entre l'embryon et/ou fœtus avec l'alcool. Ce dernier étant ingéré par la mère au cours de la grossesse. En effet, le placenta montre une perméabilité à l'alcool, l'enfant à naître est donc directement en contact avec le toxique. Même si la mère ne ressent pas forcément les effets induits par la boisson, cette consommation à risque peut créer des dommages auprès de l'embryon/fœtus.

Le régime alimentaire de la mère, l'âge ainsi que les antécédents maternels en matière de consommation d'alcool peuvent influencer sur la gravité des effets. Il est prouvé qu'un alcoolisme ancien est un facteur aggravant. De plus, une femme ayant mis au monde un enfant atteint de SAF présentera un fort risque de récurrence pour une éventuelle autre conception, si la consommation d'alcool n'est pas stoppée.

Bien que la consommation éthylique soit considérée comme un risque évitable, cette exposition prénatale à l'alcool (EPA) demeure la principale source d'anomalies congénitales, de déficiences intellectuelles et de déficits développementaux chez les embryons et/ou fœtus.

Par ailleurs, Santé Publique France affirme que la consommation d'alcool pendant la grossesse reste la première cause de handicap mental non génétique et d'inadaptation sociale de l'enfant en France. Néanmoins, il arrive que certains bébés exposés à l'alcool ne présentent pas de SAF.

Le SAF regroupe aussi bien les anomalies physiques, mentales, que comportementales. Les deux troubles les plus caractéristiques et fréquents sont : le faciès particulier et les problèmes de croissance, devant les lésions cérébrales irréversibles. Le SAF peut aussi être qualifié de « partiel », ce qui correspond à un ensemble de troubles déductibles d'une exposition éthylique connue *in utero*, sans présenter l'ensemble des troubles connus. Cela peut se traduire par des traits faciaux caractéristiques, ou des troubles apparaissant plus tardivement dans le développement de l'enfant (troubles de la croissance, lésions cérébrales, troubles comportementaux et/ou cognitifs).

Les enfants atteints de SAF ne présentent pas tous les mêmes symptômes et caractéristiques. Certains des effets engendrés sont bénins, d'autres très sévères. Les conséquences sont dépendantes des quantités d'alcool ingérées, de la boisson alcoolisée ingérée, ainsi que du stade de gestation au moment de l'absorption éthylique. Des facteurs individuels et génétiques sont bien évidemment eux-aussi des facteurs de variation.

Un dépistage précoce est donc essentiel afin de prendre en charge au mieux ces enfants bien que cette déficience dure toute la vie et reste incurable. De plus, la prise en charge se doit d'être adaptable car chaque cas de SAF est différent.

II.2.2.1.2. Caractéristiques du SAF

Les principales anomalies définies lors d'un SAF sont le retard de croissance intra-utérin, la dysmorphie cranio-faciale, les malformations congénitales et les atteintes neurocomportementales. Malheureusement, la pose de diagnostic à la naissance est complexe car elle ne repose ni sur des critères biologiques ni sur des critères radiologiques.

➤ Les atteintes physiques liées au SAF

Ces atteintes sont principalement caractérisées par les traits faciaux particuliers et les troubles de la croissance. Un retard de croissance est observé dans la majorité des cas. Ce dernier est qualifié d'harmonieux. Cependant le poids, la taille ainsi que le périmètre crânien sont touchés. La diminution de croissance du périmètre crânien est le reflet du mauvais développement cérébral qui sera source d'une future insuffisance mentale. Ce retard de croissance est dépendant de la quantité d'alcool ingérée pendant la grossesse.

Les malformations faciales peuvent se manifester par divers signes physiques, tels que : des yeux présentant de courtes fentes oculaires, des yeux espacés et/ou épicanthus (forme des yeux bridée), des paupières tombantes, un strabisme, une myopie. Pour le reste du visage, peuvent être retrouvés une voûte du nez basse et/ou large, un visage central aplati, des oreilles larges ou malformées, un sillon sous-nasal indistinct, une lèvre supérieure mince et/ou une macrognathie (sous-développement de la mâchoire). Le cou peut être de petite taille.

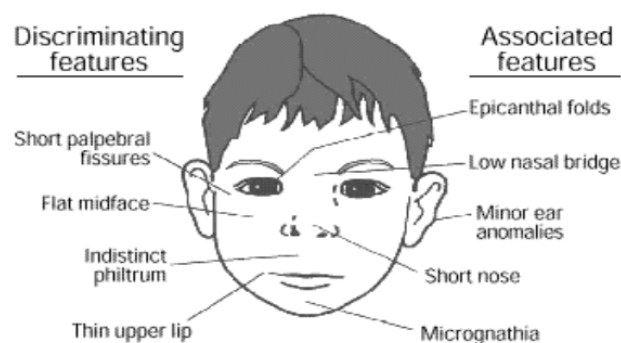


Illustration n°12 : Schéma représentant les caractéristiques faciales retrouvées dans les Syndromes d'Alcoolisation Foetale (33)

D'autres organes peuvent être endommagés pendant la phase d'organogénèse et être source de malformations congénitales dans 10 à 30% des cas. Des cardiopathies peuvent être retrouvées, des anomalies relatives au système nerveux (spina bifida, hydrocéphalie⁴⁹, ...), ainsi que des anomalies du squelette. Au niveau des membres et du squelette, des anomalies au niveau de os et des articulations peuvent être observées. Les extrémités se retrouvent quelques fois endommagées en présentant un mauvais développement des ongles des mains ou des pieds. La coordination des yeux et des mains peut être altérée. Les troubles peuvent aussi toucher les sens avec une baisse de l'ouïe et/ou de la vision. Certains enfants présentent aussi une tolérance à la douleur très élevée, à tel point que leur santé pourrait être mise en danger.

➤ **Les atteintes mentales et comportementales**

Les troubles mentaux et comportementaux sont très liés, mais très variables d'un enfant à un autre. Ils peuvent se traduire par un caractère hyperactif, impulsif, intrépide, obstiné voire irritable. Des insomnies sont aussi souvent constatées. D'autres troubles ont été recensés tels que des difficultés à s'adapter au changement et à s'organiser. Des enfants souffrent parfois d'hypersensibilité au bruit et au toucher. D'autres, au contraire, ont un caractère bien plus passif. Ces derniers souffrent souvent de dépression ou de repli sur eux-mêmes. Plus tardivement, des troubles d'ordre sexuel peuvent être décelés.

Beaucoup de ces enfants présentent des difficultés d'apprentissage. En effet, leur capacité de raisonnement ainsi que la mise en application de certaines tâches peuvent être altérées. Les enfants peuvent avoir les connaissances sans pour autant savoir se débrouiller en pratique. Leur apprentissage peut se faire par phases, c'est à dire des périodes d'apprentissage faciles suivies de périodes plus compliquées. Cela peut être pris pour du « manque d'effort » de la part de l'enfant, d'autant plus que les difficultés de concentration sont très présentes. Ces difficultés d'apprentissage s'expliquent souvent par des retards de développement. Ces troubles se traduisent parfois par des problèmes de mémorisation, des retards de langage ou bégaiements, des difficultés à s'organiser ou à planifier. Il a été montré que les enfants atteints de SAF présentaient plus de troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA ou TDAH) que les enfants non exposés. Ces enfants auraient du mal à appréhender les matières de logique et/ou les mathématiques. Ceci concerne aussi les concepts abstraits, l'argent ou la notion du temps. Ces altérations du comportement ont bien évidemment des conséquences sur leur vie en société. Leur comportement peut sembler quelques fois inapproprié de par l'altération de leurs capacités de raisonnement. Ces personnes ont bien souvent du mal à évaluer les conséquences de leurs actes et de leurs attitudes. Leur capacité de jugement est très souvent médiocre.

Ils ne sont pas spécialement sensibles aux subtilités et aux sous-entendus, ce qui peut leur porter préjudice. Du point de vue de leurs pairs, ils semblent immatures et en décalage par rapport à eux.

En grandissant, ces problèmes comportementaux peuvent avoir des lourdes conséquences. Effectivement, nombreux sont ceux qui se retrouveront dans des situations compliquées (délinquance, violence, chômage chronique, dépression, accoutumance, ...).

Les enfants atteints de SAF ne montrent pas que des caractéristiques péjoratives. Ils possèdent tout autant de talents et de qualités que les autres enfants. Cependant, le rôle et le soutien de leur famille est primordial pour leur bon épanouissement. Ils peuvent tout à fait se montrer joviaux, affectueux, généreux, loyaux, curieux et persistants. Ils sont souvent dotés d'une intelligence créative. (36)

II.2.2.2. La mort subite du nouveau-né (MSN)

➤ Définition générale

La MSN correspond à la mort inattendue d'un enfant âgé de plus d'une semaine mais de moins d'un an. On ne peut parler de MSN uniquement s'il y a eu des analyses ainsi qu'une autopsie. Cette dernière, après une investigation approfondie, n'identifie pas de cause de décès. Cependant, la MSN pose des soucis d'interprétation, notamment chez les enfants exempts de toute pathologie ou malformation connue. Cependant, la MSN s'avérerait, quand même, être liée à une anomalie du contrôle de la respiration. En effet, les nouveau-nés décédés de MSN montrent très souvent des signes de mauvaise oxygénation du sang ainsi que des périodes d'apnée. (37)

➤ Caractéristiques concernant la MSN

La tranche d'âge où la mortalité est la plus importante chez les enfants de moins de dix ans est celle des moins d'un an. Le pic d'incidence de MSN se situe entre le 2^{ème} et le 4^{ème} mois de vie. Cette tranche d'âge est très meurtrie par les mauvais traitements, qui dans certains cas mènent au décès de l'enfant. Malheureusement, les incertitudes diagnostiques demeurent importantes. Le taux de mortalité chez les enfants de moins d'un an est préoccupant. En effet, le taux de décès de causes « inconnues » ou « non déclarées » est non négligeable. Le taux de décès « accidentels » non liés aux accidents de la circulation est assez fort. Ceci est d'autant plus suspect que les enfants de cette tranche d'âge ne sont pas en capacité d'être les auteurs de l'accident en question. De plus, même dans la tranche d'âge de « tous les dangers », c'est à dire celle des 1-4 ans, la proportion d'accidents est moindre. Ensuite, le nombre annuel d'homicide est très faible comparé aux milliers de cas de mauvais traitements signalés tous les ans. De nombreux décès de ces enfants sont donc classés comme « mort inexplicable du nourrisson » (MIN). Dans ces cas de morts inexplicables, nous allons nous intéresser uniquement à la mort subite du nourrisson (MSN).

Une étude CESDI-SUDI menée en Angleterre par Fleming et al. a été menée sur 500 000 naissances vivantes. Le taux de MIN en période post-périnatale, soit de la 1^{ère} à la 52^{ème} semaine de vie, est de 0,09%. Ce taux représente 456 décès, dont 80% de MSN et 20% de décès dont la cause a été élucidée. Dans 14% des cas de décès, un mauvais traitement de l'enfant a été mis en évidence. Le mauvais traitement de l'enfant s'avère donc être un facteur contributif à une MSN. Par ailleurs, dans la proportion de décès expliqués, 10% des enfants ont subi un mauvais traitement. Les autres enfants sont décédés de pathologies respiratoires, métaboliques, cardio-vasculaires, digestives, neurologiques, infectieuses ou traumatiques.

➤ **Les différents facteurs « protecteurs » ou « aggravants »**

Le principal facteur aggravant est celui de la position de couchage sur le ventre. En effet, la position sur le dos est celle qui engendre le moins de risques. Une position sur le côté est considérée comme un « risque intermédiaire ». Par ailleurs, la fumée de tabac représente elle aussi un facteur de risque. Les risques sont augmentés si le bébé a été soumis à un tabagisme durant la grossesse, sont liés à la dose et sont proportionnels au nombre de personnes fumant dans le foyer. De plus, un berceau ancien ou dangereux ainsi qu'un environnement non sécurisé du lieu de sommeil de l'enfant augmente la probabilité de MSN. Afin de sécuriser cette zone, il est recommandé de bannir les matelas trop mous ou « à eau », les couettes, les couvertures, les linges libres et les jouets dans le berceau. La pièce où le bébé dort ne doit pas être surchauffée. Le partage de lit ou « co-dodo » est aussi considéré comme une pratique qui augmente les risques de survenue d'une MSN, surtout si les parents sont sous l'emprise de tabac, d'alcool ou autres drogues. Ne serait-ce qu'une fatigue extrême peut représenter un comportement à risque dans ces circonstances.

D'autres facteurs de risques ont été mis en évidence comme : un frère ou une sœur lui aussi décédé d'une MSN, un retard de croissance, le sexe masculin et surtout la consommation de tabac ou autres drogues lors de la grossesse.

En revanche, le partage de chambre réduirait ce risque de MSN, surtout pendant les six premiers mois de vie de bébé. La vaccination réduirait aussi les risques de MSN. En effet, les bébés non immunisés sont plus à risque. Des études auraient prouvé le rôle protecteur de la tétine. Par exemple, une étude américaine menée en Californie du Nord par Li et al. Cette étude est une étude cas-témoin. Elle intègre 185 cas décédés de MSN et 185 témoins présentant des variabilités sociales et géographiques. Les chercheurs se sont intéressés à un sommeil de référence, afin de repérer les bébés ayant dormi avec une tétine.

Pour les cas, le sommeil étudié est le dernier sommeil des bébés. Cependant, pour les bébés témoins le sommeil étudié est le sommeil précédant l'interview des parents. Il a été démontré que le risque de MSN serait diminué de 90% si le bébé dormait avec une tétine. En revanche, cette étude présente des limites comme : le caractère « cas-témoins », la taille de l'échantillon et la compréhension insuffisamment maîtrisée sur les mécanismes de la succion de la tétine pendant le sommeil et du réel effet protecteur. (38)

II.2.2.3. Le syndrome du bébé secoué (SBS)

➤ **Définition générale**

Ce syndrome regroupe, par définition, l'ensemble des traumatismes crâniens infligés ou non accidentels (TCNA) dans lesquels un secouement seul ou associé à un impact provoque un traumatisme crâno-cérébral. Le syndrome du bébé secoué (SBS) est l'une des conséquences d'un mauvais traitement de l'enfant.

➤ **Caractéristiques et mise en évidence du SBS**

La symptomatologie clinique des bébés secoués amenés aux urgences pédiatriques s'illustre généralement par une détresse vitale (convulsions, hypothermie, coma). Généralement, l'histoire de la maladie est similaire d'un cas à un autre : l'enfant allait très bien pendant la journée jusqu'à qu'il fasse un malaise ou chute. D'autres signes crâniens sont mis en évidence comme un périmètre crânien augmenté et une fontanelle tendue.

Des ecchymoses, hématomes et autres signes cutanés (plaies, griffures, égratignures, ...) complètent souvent le tableau clinique. Il faut rechercher ces signes cliniques sur tout le corps, y compris le cuir chevelu, les plis d'articulations et l'intérieur de la bouche. Cependant, toute la difficulté réside dans le fait que ces marques s'atténuent au fil du temps sans forcément laisser de cicatrice visible. (39)

Le scanner permet souvent de confirmer le diagnostic en révélant soit un hématome sous-dural, soit un hématome sous-arachnoïdien ainsi que des hémorragies rétiniennes bilatérales récidivantes. Une errance du regard définit souvent ces bébés ainsi qu'un fond de l'œil généralement anormal. Dans certains cas, les bébés peuvent montrer des hydrocéphalies⁴⁹ externes et des saignements intra-crâniens plus ou moins diffus. Les bébés secoués de manière répétitive souffrent de vomissements, de somnolence anormale avec troubles du sommeil, de pâleur, d'apathie et d'irritabilité.

Afin de confirmer la piste de mauvais traitement des examens radiologiques du squelette complet sont souvent programmés en parallèle. Ils ont pour objectif de déceler d'éventuelles : fractures crâniennes suspectes, fractures de côtes consécutives à la compression thoracique par l'auteur des secousses ou encore de lésions épiphyso-métaphysaires de type arrachement (au niveau des genoux, chevilles et/ou coudes) qui sont les marques d'appui sur les membres de l'enfant lors des secousses.

➤ **Les facteurs de risques**

Les facteurs de risques suivants ont été mis en évidence :

- Les bébés de sexe masculin,
- Les bébés prématurés ou ayant connu des complications médicales périnatales, sachant que le risque est majoré s'il y a eu une séparation avec la mère,
- Des grossesses multiples, rapprochées ou non désirées,
- Les pleurs inconsolables et les troubles du sommeil du bébé, ou encore les difficultés alimentaires de ce dernier,
- Les interventions antérieures des services sociaux.

De 1996 à 1998, une étude a été menée à Paris sur 118 bébés secoués âgés de 3 à 8 mois. Les deux tiers étaient des garçons. Le taux de décès au sein de ce groupe de bébés est de 9%. Parmi les 91% survivants, différentes évolutions des séquelles ont été mises en évidence. Un tiers des bébés ont gardé de lourdes séquelles telles que des handicaps moteurs, des pathologies épileptiques ou encore une cécité. Un tiers des bébés souffrent de séquelles intermédiaires, mais sans réel handicap. Enfin, le dernier tiers ne montre pas de séquelle.

Dans cette étude, les trois quarts des parents étaient en couple, des familles bien insérées avec des professions et des niveaux d'études intermédiaires voire supérieurs. Seul, un quart des parents avaient des antécédents d'enfance douloureuse ou des situations psychosociales vulnérables. De plus, la moitié des ménages faisaient appel à une assistante maternelle, mais aucun bébé n'était placé en collectivité. Il n'y a donc pas de lien ni de raccourci systématique à faire entre le niveau social et le risque de syndrome du bébé secoué. Tous les milieux culturels, sociaux et économiques peuvent être touchés. Néanmoins, cette étude date de quelques années. De plus, l'échantillon reste de petite échelle. (38)

Dans différentes situations, les professionnels de santé mais aussi ceux de la petite enfance doivent être alertes sur la supposition d'un potentiel TCNA par secouement. Par exemple, les enfants présentant des retards de recours aux soins ou encore dans l'errance médicale doivent faire l'objet d'une surveillance approfondie lors des examens médicaux. Les parents qui minimisent à plusieurs reprises les symptômes de leur enfant ou encore qui décrivent un scénario incohérent avec les signes cliniques ou le stade de développement de l'enfant doivent être repérés. Pour cela, les professionnels de santé doivent rester lucides et identifier les situations où le traumatisme raconté semble minime comparé aux lésions observées. Des décès inexplicables au sein de la fratrie peuvent eux aussi mettre en garde les professionnels sur la prise en charge de ces enfants.

II.2.3. Surveillance depuis la grossesse et suivi ultérieur de l'enfant

Pendant la grossesse, l'exactitude de l'atteinte foétale est compliquée à établir. Elle est néanmoins corrélée à plusieurs variables qui sont : la dose ingérée, le terme et la durée d'exposition ainsi que le rythme des consommations. La consommation pendant le premier trimestre est directement liée aux risques de malformations et de dysmorphies. Une consommation pendant les deux derniers trimestres aurait plutôt une influence sur le développement neurocomportemental. Par ailleurs, il a été démontré qu'une prise en charge psychomotrice précoce améliorerait le pronostic. Il est donc important de diagnostiquer ces enfants le plus tôt possible afin de les prendre en charge dans les plus brefs délais. (40)

A la naissance, les enfants souffrant de SAF peuvent décrire un syndrome d'abstinence à la naissance (SAN). En effet, pendant la grossesse, l'enfant qui est exposé à l'alcool, habitue son organisme à recevoir la substance. Alors qu'après la naissance, cette exposition s'arrête brutalement. Le syndrome de manque apparaît alors.

Au cours de la petite enfance, le sommeil des enfants est plutôt perturbé. Ils sont plus irritables et sont souvent nourris de plus d'émotions négatives que les enfants non exposés. La sensibilité et les stimulations maternelles peuvent être diminuées, ce qui a évidemment un impact sur le bon développement de l'enfant. Ces enfants peuvent développer, dès leur jeune âge, un sentiment d'insécurité voire des syndromes dépressifs.

Malheureusement, les perturbations mises en évidence pendant la petite enfance perdurent. Ces enfants restent irritables et très réactifs. Les troubles de l'attention, s'ils se développent, apparaissent à cette période. Ainsi, les difficultés sur le plan neurocomportemental émergent. Les enfants commencent à se distinguer par des déficits intellectuels, de mémorisation et de langage. De plus, les fonctions exécutives sont bien souvent altérées. Ces enfants se montrent susceptibles. Ils n'ont pas spécialement de facilités d'adaptation et commencent à développer des problèmes de comportement. Les difficultés rencontrées rendent donc la scolarité de ces enfants plus complexe.

A l'adolescence et à l'âge adulte, le SAF ne cesse d'avoir un impact. L'effet le plus documenté est celui des troubles de l'humeur et de la personnalité. Par conséquent, des problèmes de comportement et des actes de délinquance sont assez communs au sein de cette population. Beaucoup ont des conduites antisociales, inadaptées voire illégales. Des dérives de mauvais comportements sexuels sont recensées. Ils sont plus susceptibles de faire face à des problèmes socio-émotionnels et professionnels, tout en sachant moins les gérer. La consommation de substances est plus accrue chez cette population. (41)

Afin de prendre en charge au mieux ce syndrome de SAF, la meilleure solution serait bien évidemment d'éradiquer toute consommation d'alcool chez les femmes qui planifient ou vivent une grossesse. Cependant, ceci semble utopique, malgré les recommandations des professionnels de santé et des organisations de la santé. Le message prônant l'abstinence pendant la grossesse devrait être bien plus absolu afin qu'il ne puisse plus être contredit ou remis en doute. En effet, ceci laisse place à une grande confusion. Une stratégie de dépistage devrait être systématiquement mise en place, en menant des interventions brèves auprès des femmes susceptibles d'être concernées.

Il a été montré que l'efficacité était meilleure lorsque que le partenaire de la femme était impliqué dans ces interventions. Ceci sous-entend bien-sûr que les professionnels de santé doivent être formés et informés à ces actions. Une classification des différents profils de SAF permettrait d'établir des arbres décisionnels de prise en charge et de garantir une meilleure efficacité sanitaire.

La difficulté principale est le non établissement de seuil de consommation d'alcool en dessous duquel les risques pour le bébé sont nuls. C'est pour cela que les autorités de santé et les professionnels de santé recommandent par précaution l'abstinence.

III. Une prise en charge globale

III.1. Les différents établissements concernés

III.1.1. Les maternités

(cf partie II.2.1.1.1.)

III.1.2. Les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI)

Les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) sont des structures médico-sociales du service public qui ont été créées en 1945, à la fin de la Seconde Guerre mondiale. Leur objectif initial était de réduire les mortalités maternelles et infantiles tout en diminuant les inégalités sociales dans le domaine médical. Ces structures sont ouvertes à toutes les femmes sans restriction, ni condition et sont gratuites. De plus, elles offrent des soins ainsi que des services de surveillance sanitaire. Cependant, ces centres sont gérés sous l'autorité du président du conseil départemental. Ce qui entraîne de fortes disparités entre les différents départements en fonction des priorités choisies.

Ces établissements sont ouverts à toute la population mais ils sont davantage axés sur les populations les plus précaires. En effet, l'objectif est de repérer les populations les plus en difficulté et vulnérables afin de leur apporter une aide et un soutien supplémentaire.

Ces structures ont une double mission : la prévention et la protection. Les actions de prévention ne se limitent pas seulement au repérage mais au développement d'un véritable soutien auprès des parents. Des actions concernant la planification familiale sont aussi proposées. D'autre part, les centres de PMI mènent aussi des actions de prévention sur la maltraitance infantile.

Leurs services sont réservés principalement aux femmes enceintes, aux nourrissons et aux enfants de moins de 6 ans. Dans ces établissements sont automatiquement rattachés : des médecins gynécologues, des pédiatres, des médecins traitants, des sage-femmes, des infirmières, des puéricultrices. Dans certains centres, il est possible de retrouver des assistants sociaux, des psychologues et mêmes dans certaines structures des conseillers conjugaux. Le travail pluridisciplinaire au sein de ces structures est bien souvent sous-estimé.

De nos jours, les femmes enceintes sont systématiquement rattachées à un centre de PMI. En effet, l'équipe médicale qui suit la femme enceinte transmet une déclaration au centre de PMI de référence du secteur. Par la suite, le centre de PMI recontacte la future mère. Le premier rendez-vous se déroule généralement aux alentours du 4^{ème} mois de grossesse. Les autres consultations prénatales pourront par la suite être menées au sein de la PMI si la femme enceinte le souhaite.

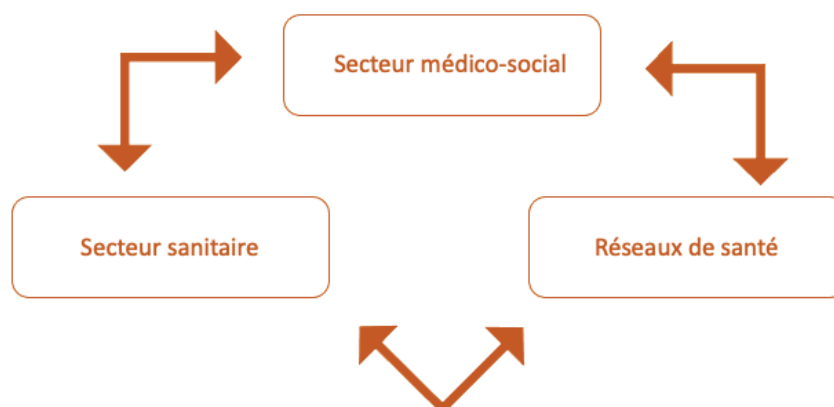
En parallèle, d'autres services sont proposés comme, par exemple, des cours de préparation à l'accouchement. Après l'accouchement, un soutien pour l'allaitement est proposé. Concernant, les consultations post-natales, les femmes bénéficient d'un suivi et d'autres examens médicaux lors des 2 mois qui suivent l'accouchement.

Ces centres offrent donc de nombreux avantages, en particulier dans les quartiers populaires des zones urbaines et dans les communes plus rurales ou littorales, plus éloignées des centres de soins ordinaires spécialisés. Ils apportent une plus-value dans le contact humain grâce à une réelle présence, une écoute et une disponibilité. Ces centres apportent un soutien dans le développement du lien parent-enfant et dans l'élaboration du rôle parental grâce à des conseils pratiques et des ateliers en groupe disponibles. De plus, ils s'inscrivent dans un véritable parcours de soins et d'aide sociale, grâce à des actions individuelles et collectives. Leur atout est leur présence géographique sur tout le territoire et leur accès non dépendant de conditions sociales ou culturelles. (42)

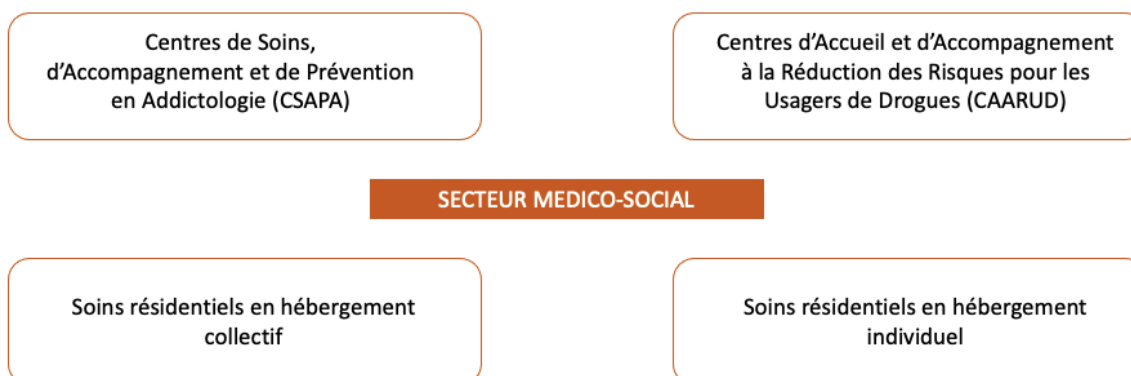
III.1.3. Les centres d'addictologie

Différentes branches peuvent accompagner les personnes souffrant de dépendance :

- **Le secteur médico-social** : notamment avec les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD) pour des soins ambulatoires. Des soins en hébergement résidentiel peuvent aussi être proposés, soit en hébergement collectif, soit en hébergement individuel.
- **Le secteur sanitaire** avec des propositions de consultations hospitalières ou en ambulatoire en hôpital de jour. Des Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) ainsi que des Services de Soins de suites et de Réadaptation en Addictologie (SSRA) existent.
- **Les réseaux de santé** dédiés aux pathologies d'addiction.



➤ Le secteur médico-social



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

Ces centres sont réservés aux personnes, mineures ou majeures, qui ont une consommation à risque, un usage nocif ou une dépendance vis-à-vis d'une substance psychoactive ou non associée à une substance, ainsi qu'à leur entourage. Ces structures sont financées par l'Assurance Maladie majoritairement. Des associations et des établissements publics peuvent aussi leur donner des subventions. Ces établissements répandus sur l'ensemble du territoire peuvent donc accueillir des patients sans que ces derniers ne fassent d'avance de frais.

Les principales missions de ces centres sont, dans un premier temps, d'offrir un accueil aux personnes dans le besoin qui en font la demande et de les informer. Ensuite, des évaluations médicales, psychologiques et sociales sont menées afin de les orienter au mieux, eux et leur entourage. Ces établissements promeuvent la réduction des risques associés à la consommation par des prises en charge médicales, psychologiques, sociales mais aussi éducatives. En effet, les patients sont ici diagnostiqués et des prestations de soins adaptées leur sont proposées. Ils sont donc accompagnés sur le chemin de la consommation contrôlée ou du sevrage avec ou sans traitement substitutif. (43)

Ces établissements offrent une prise en charge globale pendant la durée du sevrage et même après avec une aide pour le maintien de l'abstinence. Ils aident aux démarches pour l'accès aux droits sociaux, aident à l'insertion ou à la réinsertion. Ces centres proposent aussi bien des soins en ambulatoire qu'en hospitalisation. L'avantage des hospitalisations est de sécuriser le sevrage des patients. (44)

Les CSAPA sont aussi en relation avec des réseaux de soins proposant des **Consultations Jeunes Consommateurs** (CJC). Ce type de consultation spécifique a été créé en 2005. On en retrouve sur l'ensemble du territoire et dans tous les départements. Le public visé par ces organisations sont les adolescents ou les jeunes adultes qui présentent des addictions à une substance (dont l'alcool) ou des addictions dénuées de substance. Ces consultations sont prises en charge et sont réalisées sous couverture de l'anonymat. Ces consultations sont toujours menées en inter-professionnalité.

Les objectifs de ces CJC sont d'éviter les conséquences néfastes des consommations quel que soit le stade de consommation, d'éviter le développement d'une addiction ainsi que de faciliter l'accès aux soins des jeunes qui en ont besoin. Leurs missions générales s'articulent autour de la dispensation d'informations et de conseils aux jeunes ainsi qu'à leurs familles. Dans un premier temps, un bilan des consommations est estimé. Puis, l'orientation vers d'autres professionnels spécialisés est organisée si besoin.

- **Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD)**

Ces centres se différencient des centres de soins classiques par la population qu'ils prennent en charge. En effet, la majorité des patients pris en charge dans ces structures sont des personnes socialement précaires voire marginalisées, pour qui le système de soins classique ne convient pas. Ces établissements sont financés de la même manière que les CSAPA. Ici aussi, les patients sont accueillis de manière anonyme et sans avance de frais.

Les patients alors pris en charge ont des consommations plus problématiques et bien moins contrôlées que celles des usagers habituellement suivis. La prise en charge est globale et renforce l'accès au système de soins, l'accès à leurs droits sociaux, à un logement et les accompagne dans leur réinsertion professionnelle.

Ces établissements participent aussi à des actions de recherche, de prévention et de formation sur les évolutions dans les pratiques de consommation et sur les nouvelles substances disponibles sur le marché.

En parallèle, des actions de Réduction Des Risques (RDR) sont mises en œuvre. Ces actions visent notamment à réduire le risque de contaminations virales, d'infections et de favoriser l'accès aux soins. Ces actions n'ont pas uniquement pour objectif de mettre un terme à la consommation des usagers mais de la sécuriser et de la maîtriser grâce à de la dispense d'informations. (45)

- **Les soins résidentiels en hébergement collectif**

Ces soins sont proposés aux personnes pour qui les simples consultations en ambulatoire s'avèrent être insuffisantes.

Les Centres Thérapeutiques Résidentiels (CTR) sont des lieux de soins et d'hébergement collectifs proposés en post-cure. L'objectif de prise en charge dans ces établissements est de consolider et de renforcer le sevrage voire la mise en place d'un traitement de substitution, s'il est nécessaire. Ils offrent un cadre protégé propice à la construction d'un projet individuel et d'une réinsertion sociale. Ces soins peuvent durer de quelques semaines, mois voire se prolonger jusqu'à un an.

Les Communautés Thérapeutiques (CT) sont aussi des centres de soins d'hébergement collectif. Ils fonctionnent sur une dynamique et un fonctionnement par les pairs (les autres résidents). En effet, cette thérapie repose sur la vie en communauté, les activités de groupe et les interactions avec les pairs se révèlent alors être un véritable moteur.

Les Centres d'Accueil d'Urgence et de Transition (CAUT) sont aussi des centres d'accueil d'hébergement collectif. Cependant, les séjours proposés sont des séjours de courte durée. Ces séjours ont pour objectif de mettre en place ou de renforcer un projet de soins et/ou d'insertion. Ces structures conviennent principalement aux personnes issues du milieu carcéral. En effet, ces centres concernent principalement les personnes en marge du cadre habituel et familial.

- **Les soins résidentiels en hébergement individuel**

Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) créés en 2002 destinés aux personnes souffrant de pathologies chroniques invalidantes, telles que les addictions. A la création de ces lieux en 1994, ils étaient destinés aux personnes atteintes par le VIH et bien souvent stigmatisées. Ces logements sont des hébergements temporaires destinés aux personnes avec des fragilités psychologiques et sociales. Ils offrent cependant un véritable suivi médical, une coordination des soins et veillent à une bonne observance thérapeutique. L'accompagnement psychologique et la réinsertion sociale se révèlent être aussi des axes primordiaux.

Les Appartements Thérapeutiques Relais (ATR) sont réservés aux personnes pouvant gérer un minimum leur quotidien, pouvant subvenir à leurs besoins fondamentaux et vivre seules. Ces prises en charge offrent, tout de même, des accompagnements thérapeutiques, médicaux, psychologiques et éducatifs. Ces appartements sont réservés aux personnes souffrant d'addictions et/ou en situation sociale précaire.

Des familles d'accueil peuvent aussi se proposer pour accompagner des personnes en rupture avec le quotidien et le système de soins classique. En effet, cela permet aux personnes de vivre dans un schéma stable et familial. Par ailleurs, cela leur permet aussi de se familiariser à nouveau avec les autres et de nouer des liens sociaux et interindividuels. Ces familles d'accueil peuvent se révéler comme être un bon compromis entre les hébergements collectifs et les appartements thérapeutiques.

➤ **Le secteur sanitaire**



- **Les Équipes de Liaison de Soins en Addictologie (ELSA)**

Ces équipes ont été créées en 1996, mais leurs missions n'ont réellement été définies que le 8 septembre 2000 dans une Directive Générale de la Santé (DGS). (46) Ces équipes travaillent en milieu hospitalier et sont considérées aujourd'hui comme des acteurs incontournables de la prise en charge des patients dépendants. Elles sont composées *a minima* d'un médecin et d'une infirmière, et dans certains cas d'un psychologue, d'un assistant social et/ou d'un diététicien. Ces équipes ont pour rôle de contribuer à la formation et au déploiement des prises en charge en addictologie.

Pour cela, ces équipes forment, accompagnent et conseillent les différents soignants des différents services et des différentes structures non spécialisées en addictologie. Elles renforcent les actions de dépistage, de diagnostic, de prise en charge et d'orientation des patients. Ces interventions peuvent avoir lieu lors de leur admission aux urgences ou plus tard dans les différents services. L'objectif est de créer du lien entre les différents acteurs du secteur hospitalier et en dehors, afin d'améliorer la prise en charge et le suivi des patients dépendants. (47)

- **Les services de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie (SSRA)**

Ces services accueillent des patients souffrant de tout type de dépendance, que ce soit une dépendance pharmacologique à une substance (comme l'alcool) ou non liée à une substance (comme le jeu pathologique, les addictions sexuelles, ...). Ces services prennent notamment en charge des profils que l'on ne prenait pas avant : comme par exemple le *Binge Drinking* qui correspond à une façon de consommer l'alcool de manière ponctuelle mais excessive.

Ces services se renouvellent sans cesse et se renseignent en permanence sur les nouveaux modes de consommation et les nouvelles substances afin d'y apporter des réponses cohérentes.

Ils offrent une prise en charge individualisée basée sur des objectifs personnalisés en espérant aboutir à un rétablissement stable et durable. La prise en charge est, ici aussi, dite « globale ». En effet, les patients ont droit à un suivi médical, psychologique et social. Cependant, les projets de soins sont établis par les médecins psychiatres addictologues. Plusieurs types de thérapies coexistent : les thérapies de groupe et les thérapies individuelles. Ces prises en charge s'inscrivent dans la durée et peuvent se poursuivre sur plusieurs mois.

Ces services permettent aux patients d'améliorer leur état physique et psychique. En parallèle, ils font une réelle introspection afin d'identifier, de comprendre ainsi que d'accepter leur problématique et de prendre conscience de leur mode de vie et de leur vécu. Ce travail de réflexion leur permet de trouver leurs propres sources de motivation et de les renforcer tout au long de la thérapie.

➤ **Les réseaux de santé dédiés aux pathologies d'addiction** : cf partie III.3.1.

III.2. Les différentes prises en charge à mettre en place

III.2.1. Les enjeux et l'adaptation individuelle de la prise en charge

III.2.1.1. L'initiation de la prise en charge

Toute prise en charge débute avec un dialogue avec les femmes enceintes concernant leur potentielle consommation éthylique. En effet, la grossesse marque un instant décisif de prise de conscience et de mise en place de mesures en terme de sevrage afin de prévenir une exposition prénatale à l'alcool. *A minima*, une réduction de la consommation maternelle est espérée avec la mise en place d'une stratégie de réduction.

Durant le suivi d'une grossesse, un dépistage précoce devrait être systématiquement mené, afin d'exposer clairement les risques encourus. Malheureusement, les professionnels de santé concernés (gynécologues-obstétriciens, sages-femmes et pédiatres) sont trop peu formés pour cet exercice ainsi que pour adopter une démarche adaptée avec les futurs parents vis-à-vis de leur consommation d'alcool. Il est cependant primordial de repérer les grossesses à risques, et ce le plus précocement possible.

De plus, tous les professionnels de santé en lien avec les futures mères consommatrices d'alcool doivent maîtriser le concept d'évaluation des risques. Cela revient à assurer la sécurité de la femme enceinte et celle de son enfant. Cette évaluation des risques doit se poursuivre sur toute la durée de la grossesse. Elle doit donc prendre en compte l'évolution de la situation sur la durée. (48)

III.2.1.1.1. Quand initier la prise en charge

La prise en charge doit être initiée dès qu'une consommation éthylique a été mise en évidence. Il est aussi intéressant de sensibiliser, plus généralement, les femmes en âge de procréer afin de prévenir la survenue d'éventuelles grossesses à risques.

➤ **Chez les femmes en âge de procréer**

Les professionnels de santé en contact avec cette population sont encouragés à les interroger sur leur consommation d'alcool en dehors de la grossesse. En effet, cette conversation peut avoir lieu lors d'une consultation en vue d'une mise en place ou de renouvellement de contraception ou alors lorsque celle-ci exprime un désir de grossesse. Le sujet peut aussi être abordé avec les femmes qui souffrent d'alcoolodépendance lors d'une consultation en cure ou en post-cure.

D'autre part, si la femme qui est déjà mère, a un enfant qui souffre de retard de croissance intra-utérin, de microcéphalie⁵⁰, de malformations, de troubles du développement, de troubles de l'apprentissage ou d'autres signes qui peuvent faire évoquer un ETCAF ou SAF. Si un tel diagnostic est posé sur l'enfant en question, une prise en charge sera aussi proposée à la mère dans le but d'éviter la récurrence lors d'une grossesse ultérieure.

➤ **Chez toutes les femmes enceintes**

En théorie, la piste devrait être investiguée pour chaque grossesse. Cependant, dans la pratique ce n'est pas mis en œuvre de manière systématique. La déclaration de grossesse, l'entretien prénatal précoce ou encore les différentes consultations de suivi de grossesse peuvent être propices à ce dépistage.

En effet, les enjeux d'une telle prise en charge sont importants et la responsabilité de détecter une éventuelle alcoolisation incombe au professionnel de santé. (49)

III.2.1.1.2. Comment aborder la problématique d'une consommation éthylique

Le professionnel de santé peut être amené à interroger la femme enceinte sur sa consommation d'alcool. Pour cela il devra utiliser des questions simples et claires, sans connotation morale ou d'un quelconque jugement. Il devra toujours faire preuve d'une écoute empathique, sans porter de jugement de valeur ou de menace. Souvent, il est encouragé de dédramatiser la situation sans la banaliser. Cette approche est souvent mieux vécue par la patiente.

Cependant, le rôle du professionnel de santé est ici crucial, car s'il n'évoque pas la consommation d'alcool, cela pourrait revenir à laisser penser que l'usage de ce dernier est anodin, à tort.

Des outils existent pour aider à la mise en place de ce dialogue. Des questionnaires ou des questionnaires autodirigés. Nous allons en détailler 3 : le test FACE, l'AUDIT et de T-ACE (cf annexes 2, 3 et 4).

- **Le test FACE** (Formule pour Approcher la Consommation d'alcool par Entretien) consiste à interroger le patient sur son type de consommation, sur l'évaluation de la fréquence et de la quantité de boisson consommée, sur l'intensité de la dépendance et sur l'impact social.
- **L'AUDIT** (Alcohol Use Disorders Test) est un outil d'aide au repérage des consommations pathologiques. Ce questionnaire permet d'interroger sur la fréquence et la quantité des consommations alcooliques, sur les capacités d'autorégulation, sur l'intensité de la dépendance ainsi que sur l'impact social.
- **Le T-ACE** (dont le sigle signifie : Tolérance Agacement Cessation Éveil) questionne sur ces notions. Ce test est sûrement le plus adapté aux femmes enceintes. En effet, ce test est le plus court, le moins impactant psychologiquement qui peut s'inscrire naturellement dans une conversation.

Les professionnels de santé devront être formés afin d'acquérir des compétences. Une sensibilisation ainsi qu'une formation sur les conduites addictives et sur l'ETCAF. Il est fondamental de savoir accueillir les difficultés parentales et de savoir déterminer les aides nécessaires. Pour cela, la meilleure option est celle de l'inter-disciplinarité afin d'offrir un meilleur suivi médical, un meilleur accompagnement et d'organiser un parcours de soins cohérent et continu.

Il est crucial de rappeler les risques, que ce soient les risques malformatifs et/ou cognitifs mais aussi les risques ultérieurs lors du développement de l'enfant.

Si la femme est dans le déni vis-à-vis de sa situation, il ne faut pas la forcer afin d'affiner son usage de l'alcool pour connaître le degré d'addiction. Il est plus pertinent de valoriser une relation de confiance. En revanche, la construction d'une relation de confiance peut prendre du temps. (49)

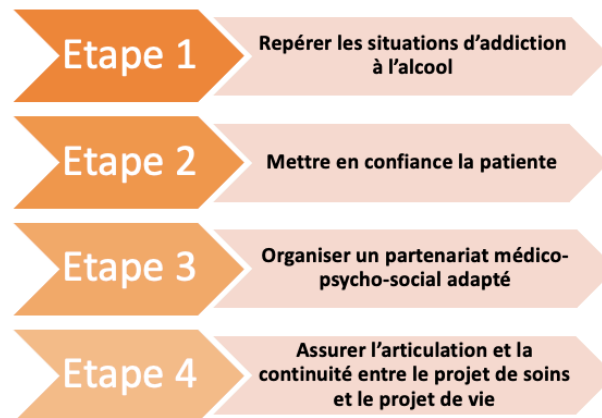
III.2.1.2. L'individualisation de la prise en charge

La difficulté des prises en charge en addictologie réside dans la diversité de l'ensemble des situations. Il faut prendre en compte l'ensemble des facteurs qui influent sur la consommation de la patiente. Il a été mis en évidence deux grands types de patientes. Le premier type de patientes correspond à la majorité des femmes enceintes qui consomment de l'alcool.

Ces femmes ne perçoivent pas la dangerosité de leur alcoolisation, souvent par épisodes occasionnels. Le deuxième type de patientes représente les femmes souffrant d'alcoolodépendance qui vont vivre une grossesse. Dans ces cas, la grossesse est alors identifiée comme un épiphénomène de la pathologie addictive. Il faut d'autant plus redoubler de vigilance chez les femmes poly-consommatrices.

Cependant dans la pratique, ce n'est pas aussi franc, certaines patientes se retrouvent dans des « situations frontalières ». Cela signifie que ces femmes vont cumuler plusieurs difficultés dont leur consommation éthylique. Malheureusement, cette consommation peut s'accroître si aucune prise en charge ne leur est proposée.

Si un plan de prise en charge universel était généralisé, il serait alors basé sur un modèle semblable au suivant :



- 1- **Repérer les situations d'addiction à l'alcool.**
- 2- **Mettre en confiance la patiente** en faisant preuve d'empathie, de disponibilité et en lui fournissant les informations nécessaires.
- 3- **Organiser un partenariat médico-psycho-social adapté** avec les spécialistes nécessaires ainsi que les différents acteurs de proximité qui assureront la continuité du suivi de la grossesse et sa prise en charge même après l'accouchement. Pour faciliter ce partenariat, un professionnel sera désigné comme « professionnel référent médical de proximité ». Dans la plupart des cas, ce poste est occupé par le médecin généraliste. Un « professionnel spécialiste référent » celui lui aussi nommé et assurera le suivi de la grossesse. Durant toute la prise en charge, le consentement de la patiente et de sa personne de confiance sera requis. Cette personne de confiance occupe vraiment une place fondamentale. Son rôle est de faire le lien entre les professionnels de santé et la patiente, de l'accompagner durant toute la prise en charge, puis en cas de problème, et de les alerter en cas de rechute.
- 4- **Assurer l'articulation et la continuité entre le projet de soins et le projet de vie** de la patiente. La prise en charge, pour être efficace, se doit d'être cohérente et de s'inscrire dans la durée. Cet accompagnement devra répondre de manière rapide en cas d'accidents éventuels. (49)

III.2.1.2.1. Les situations simples

Ces situations sont qualifiées de « simples » mais ne sont pas pour autant anodines. Dans cette catégorie sont retrouvées les femmes qui boivent au maximum deux verres standardisés d'alcool par jour. Ce comportement est bien évidemment à risque et nécessite une prise en charge médicale.

La majorité des patientes dans ces situations cessent toute consommation après avoir reçu les informations sur les risques inhérents à la poursuite d'une consommation éthylique pendant la grossesse et sur les conséquences pouvant impacter la croissance du bébé.

L'INPES a mis à disposition des outils afin de faciliter le dialogue, par exemple :

- « Guide Alcool : ouvrons le dialogue »
- Guide pour les médecins formateurs au Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB).

La conduite à tenir dans les situations dites « simples » :

- 1- **Informé sur la connaissance des risques et des conséquences sur la grossesse.**
Il faut donner des objectifs de consommation à la patiente en prônant le « zéro alcool » et établir un réel suivi lors des prochains rendez-vous médicaux. De plus, ces grossesses feront l'objet d'une surveillance jusqu'au terme de la grossesse.
- 2- **Renforcer le suivi obstétrical** et prêter une attention particulière au suivi morphologique lors des échographies. Il est primordial d'informer le pédiatre en charge de l'enfant à naître qui examinera l'enfant à la naissance et sur la durée. (49)

III.2.1.2.2. Les situations complexes

Dans les situations dites « complexes », les professionnels de santé vont devoir faire face à des patientes ayant des consommations nocives, souvent avec dépendance. Ces patientes peuvent être dans le déni, ce qui complexifie l'initiation de la prise en charge. Le type de consommation n'est pour autant pas tout le temps identique. Les alcoolisations peuvent aussi bien être aiguës et répétées que quotidiennes même en ayant connaissance de la grossesse.

Leur prise en charge sera donc un peu plus spécifique :

- 1- **Mettre en place une consultation avec un gynécologue-obstétricien, sage-femme ou même avec le médecin traitant.** Dans un premier temps, l'objectif reste d'informer la patiente sur les risques. Puis dans un second temps, le but sera d'évaluer si la patiente avait connaissance et conscience des risques qu'elle encourait.
- 2- **Renforcer le suivi obstétrical** en ayant dans ces situations aussi une attention particulière sur la croissance morphologique du bébé lors des échographies. Il est important de vérifier à chacun de ces rendez-vous la courbe de croissance du bébé afin de déceler un éventuel retard de croissance intra-utérin. En fonction des résultats, une surveillance échographique supplémentaire peut s'avérer être nécessaire ainsi qu'une surveillance par *monitoring* à domicile. Cette surveillance peut être assurée par une sage-femme de PMI ou libérale. La surveillance par *monitoring* permet de surveiller le rythme cardiaque du bébé *in utero* et, par ailleurs, de mesurer l'intensité des contractions. L'appareil utilisé est un cardiotocographe. Il est utilisé avec deux capteurs, l'un qui mesure le rythme cardiaque, l'autre, l'intensité des contractions utérines. Le premier fonctionne avec à des ultra-sons et fonctionne selon « l'effet Doppler ». Le second capteur est un « tocomètre » placé directement sur l'abdomen au niveau de la face antérieure du fond utérin.
- 3- **Organiser une consultation anténatale avec le pédiatre.** Ce pédiatre informera alors la patiente et initiera un suivi précoce et spécialisé de l'enfant à la naissance et sur le long terme. Un examen approfondi sera mené à la naissance afin de déceler un ETCAF ou un SAF. L'objectif de cette séance est aussi de préparer au mieux le retour à domicile. Le pédiatre pourra aussi examiner les autres enfants de la fratrie pour s'assurer de l'absence de troubles chez ces derniers, sinon, d'initier une prise en charge particulière.
- 4- **Organiser une consultation avec un médecin addictologue** afin de fournir à la patiente les conseils nécessaires et de trouver la méthode la plus adaptée pour débiter une prise en charge personnalisée avec des objectifs concrets. Cette consultation est primordiale pour prendre en charge au mieux la patiente et maximiser ses chances de cesser sa consommation. Un suivi régulier sera alors mis en place. Cependant, si la patiente éprouve des difficultés à l'arrêt de sa consommation, un travail comportemental sera proposé en parallèle. L'intérêt est cependant de faciliter l'accès à ces consultations pour la patiente. Pour cela, cette prise en charge avec l'équipe de liaison de soins en addictologie (ELSA) peut être organisée à la maternité directement.
- 5- **Travailler en interdisciplinarité** se révèle être un outil réellement efficace. Pour cela, il est intéressant de nommer un « professionnel de confiance » comme référent (généralement le médecin traitant). Il y a aussi une possibilité, dans le cadre du réseau de santé en périnatalité, de désigner un professionnel spécialiste référent pour la grossesse. Ces actions permettent de fluidifier la coordination des soins et les échanges entre les différents intervenants. (49)

III.2.1.2.3. Les situations de grande détresse

Les situations de grande détresse correspondent aux cas de situations complexes qui présentent en plus des facteurs de vulnérabilité. Ces facteurs de vulnérabilité se trouvent bien souvent être liés à des facteurs sociaux, tels que : le chômage, la précarité (parfois jusqu'à la grande précarité des sans domicile fixe), les dettes, les signalements aux services de protection infantile (PMI) pour maltraitance voire aux placements d'autres enfants de la fratrie.

III.2.1.2.3.1. Exemples de facteurs de vulnérabilité

Ces facteurs de vulnérabilité peuvent émaner de relations conjugales problématiques (par exemple : les cas de violence conjugale). En effet, ces patientes se retrouvant dans ces situations sont, pour la plupart du temps, isolées et habitées par un sentiment d'insécurité car elles manquent du soutien de leur entourage ou s'en sont elles-mêmes éloignées.

Par ailleurs, nous retrouverons dans cette catégorie les patientes souffrant de troubles psychiatriques et/ou psychologiques (syndromes dépressifs, déficiences mentales, troubles de la personnalité, troubles bipolaires, ...). De plus, les femmes poly-consommatrices de substances sont elles aussi à prendre en charge plus spécifiquement et plus intensément.

➤ Les cas de maltraitance domestique

En routine, les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens sont encouragés à questionner les femmes qu'ils examinent sur ce sujet lors des consultations. Pour cela, il est souvent préférable d'avoir au moins une consultation en tête à tête avec la patiente. Dans ces conditions, il est donc plus facile pour elle de se livrer. La maltraitance domestique est tristement liée avec la consommation de substances, en particulier l'alcool. Toute violence est dangereuse pour la femme enceinte, pour son bébé et pour les autres enfants de la fratrie s'il y en a.

Cette maltraitance domestique peut se décliner sous différentes formes d'abus. Il y a les abus d'ordre physique, ceux d'ordre sexuel puis ceux d'ordre psychologique ou encore financier. La violence peut aussi perdurer avec la distance via des courriels, des appels téléphoniques, les réseaux sociaux, ...

Ces actes de violence vont alors plonger la femme dans un isolement social. Le Royal College of Midwives (RCM) 2009 a montré que la grossesse était malencontreusement une période où la violence pouvait être exacerbée. Le RCM est une organisation professionnelle britannique pour les sage-femmes.

En effet, un tiers des violences domestiques débute ou s'intensifie pendant la grossesse ou à la naissance du bébé. Cependant, ces actes violents sont corrélés à des risques directs pour le bébé en augmentant l'éventuelle survenue de fausse couche, de blessure ou de décès de ce dernier. Des risques indirects pour le bébé sont aussi décrits via une augmentation des consommations de la mère notamment en tabac et en alcool. (50)

La violence domestique est répandue mais très peu dénoncée et très tabou.

➤ **Les femmes sans abri ou sans domicile fixe**

Les femmes étant dans cette grande précarité vivent avec un stress supplémentaire. Ce stress n'est pas bénéfique au bon déroulement de la grossesse. Ces femmes sont invitées et peuvent être accompagnées pour se rapprocher des services sociaux. Des centres d'accueil existent pour loger les femmes enceintes sans ressource financière. Ces établissements fonctionnent avec les services sociaux et peuvent aussi héberger les femmes étudiantes enceintes, les femmes maltraitées, ... (51)

➤ **Les femmes en dehors du système de santé qui n'ont donc pas de médecin traitant**

Les femmes enceintes non suivies médicalement et n'ayant pas de médecin traitant déclaré sont encouragées à en désigner un le plus rapidement possible. Des démarches peuvent être entreprises avec leur caisse de régime obligatoire. (50)

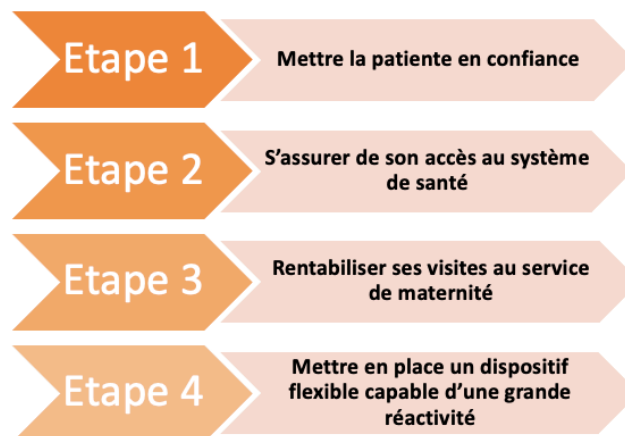
➤ **Les problèmes de santé mentale de la patiente et/ou de son partenaire**

Les problèmes de santé mentale sont aussi souvent liés aux pathologies addictives. Une majorité des personnes alcoolodépendantes montre des pathologies psychiatriques légères à sévères qui peuvent être la cause ou la conséquence de leur consommation. Les troubles généralement recensés sont les troubles anxieux, dépressifs, bipolaires, psychotiques, ... (50)

Cependant, ces patientes sont souvent déjà connues de nombreux services sociaux et hospitaliers. Malheureusement, cela n'empêche pas qu'une grande partie de ces femmes échappe aux mesures de prévention. La problématique addictive de ces femmes enceintes est bien souvent découverte tardivement, soit au moment de l'accouchement, soit bien plus tard lors de la mise en évidence des troubles de développement des enfants.

III.2.1.2.3.2. Modèle de prise en charge des situations de grande détresse

L'initiation de prise en charge de ces femmes n'est pas simple de par le discours et leurs idées préconçues. Ces femmes ont perdu confiance en le système de soins qui les a délaissées, ne les a pas écoutées ou protégées dans diverses situations. Elles éprouvent un sentiment de honte vis-à-vis de leurs consommations et préfèrent se réfugier dans le silence. Elles n'ont pas de repère et le système administratif de demande d'aides s'avère complexe. De plus, les démarches à suivre sont bien lourdes. Pour autant, ces femmes se sentent coupables. Coupables pour la prise de risque qu'elles imposent à leurs enfants et se dévalorisent face à leurs échecs dûs à l'accumulation des difficultés. Tout l'enjeu de leur prise en charge réside dans le fait de définir un objectif cohérent et global, pour cela on pourrait faire appel à un plan s'inspirant du suivant :



- 1- **Mettre en confiance la patiente** en repérant les facteurs de vulnérabilité lors des consultations pré-conceptionnelles et prénatales, ou lors des séances de préparation à l'accouchement.
- 2- **S'assurer de son accès au système de santé** en proposant des prises en charge compatibles avec ses problématiques et ses contraintes.
- 3- **Rentabiliser ses visites au service de maternité** lors des différents rendez-vous médicaux. Différentes consultations pourront être programmées le même jour, celles pour la mère ainsi que celles pour les enfants. Ces entrevues seront aussi l'occasion de préparer le retour à domicile.
- 4- **Mettre en place un dispositif flexible capable d'une grande réactivité** face à une possible exacerbation des facteurs de vulnérabilité. Tout devra être mis en œuvre pour préserver la continuité des soins. Cette continuité d'accompagnement doit allier le projet de soins avec le projet de vie. Le projet de soins est encadré par les professionnels de santé des divers établissements sanitaires et libéraux, les services de PMI ainsi que les services médico-sociaux. Le projet de vie, quant à lui, s'articulera avec la famille, les travailleurs sociaux, les diverses associations et l'Education Nationale pour les enfants scolarisés.

Ces situations de grande détresse restent compliquées à encadrer car le lien entre la patiente et les professionnels en charge de sa prise en charge est très fragile. Une grande part de la réussite de cet accompagnement réside dans l'établissement d'une relation de confiance. Pour cela, il est crucial de rassurer la patiente et de lui rappeler que tous les professionnels sont tenus légalement au respect du secret médical. Surtout, les professionnels devront redoubler de bienveillance et de disponibilité.

Toute prise en charge a pour objectif de prendre en considération la patiente comme une future mère qui veut garder son enfant. Pour cela, il est important d'orienter la prise en charge vers une valorisation du rôle de mère, le bien-être fœtal et les avantages de la grossesse. De plus, ces femmes doivent être accompagnées au plus près pour toutes les démarches administratives, et notamment les rendez-vous médicaux relatifs au suivi de la grossesse. (49)

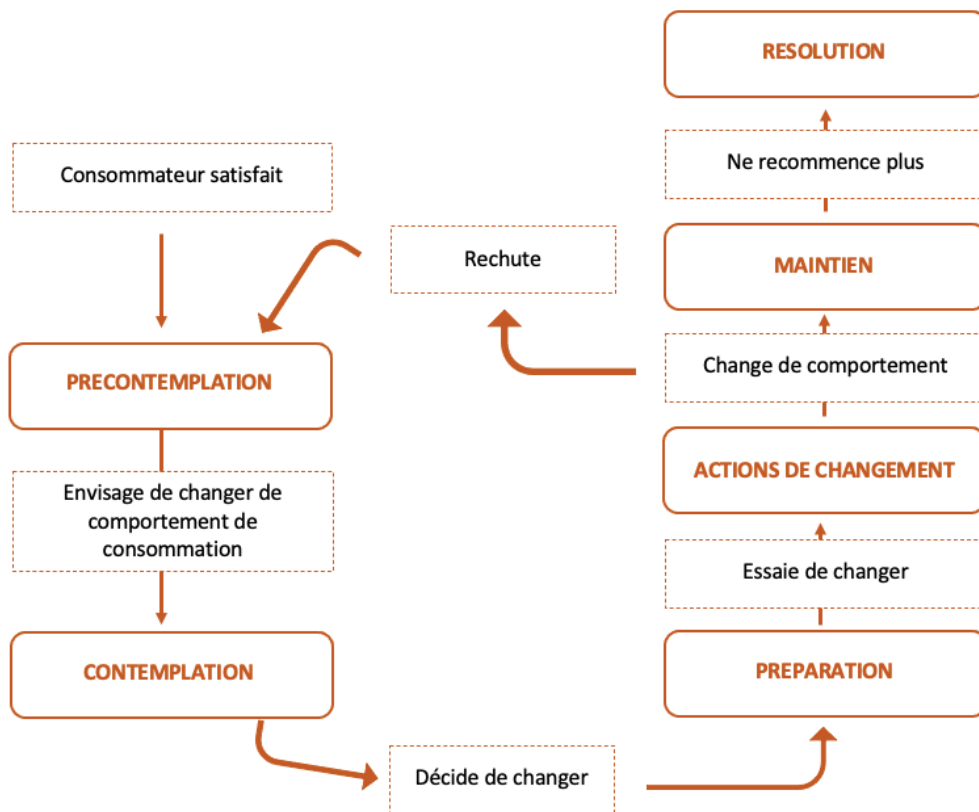
III.2.2. La prise en charge thérapeutique de la dépendance

III.2.2.1. Les principes de base de la prise en charge médicale en addictologie

Les pathologies addictives sont des pathologies à part entière qu'il faut accompagner dans leur globalité. Ce type de pathologie ne se résume pas à un dysfonctionnement organique. En effet, ces pathologies nécessitent des prises en charge thérapeutiques chimiques mais aussi psychologiques et psychiatriques. Cette prise en charge globale est fondamentale pour une guérison optimale et pérenne.

Afin d'accompagner ces patientes dans leur globalité, il faut tenir compte des facteurs individuels, du produit consommé ainsi que ceux qui découlent de son environnement. Chaque individu a ses propres facteurs de vulnérabilité et de résistance. Ceux-ci dépendent notamment de facteurs génétiques, biologiques, psychiatriques et psychologiques. De plus, en fonction du produit consommé (ou des produits consommés, si poly-consommation il y a), le « type » de dépendance et les complications sanitaires seront différentes. L'environnement a aussi un fort impact sur la consommation et le type de consommation. L'identification des secteurs familiaux, professionnels et amicaux sont des éléments clés dans la prise en charge des patientes.

En effet, les pathologies addictives sont des pathologies chroniques qui sont orchestrées par des actions répétées via un processus complexe. Cependant, d'autres comorbidités sont bien souvent associées. Afin d'améliorer les résultats de la prise en charge un suivi sur le long terme est à privilégier. En effet, Le cheminement de guérison dans les pathologies addictives suit généralement le cycle de Prochaska et DiClemente (cf le schéma ci-dessous).



Afin de définir le stade d'évolution du patient, le professionnel de santé (souvent le médecin addictologue ou psychiatre) met en place un entretien motivationnel. Cet entretien est un entretien collaboratif centré sur le patient. Cette méthode d'entretien est basée sur une méthode de communication visant à préparer le patient à un éventuel changement. Cette consultation a pour objectif d'augmenter la motivation intrinsèque par un travail d'auto-exploration et d'introspection du patient. On cherche à résoudre l'ambivalence de ce dernier.

Pour cela, le patient cherche en lui-même les arguments en faveur d'un changement. Pour améliorer l'adhésion du patient, ces entretiens se déroulent dans une ambiance empathique. Ceci permet d'éviter les situations de confrontation et de persuasion qui peuvent devenir des facteurs de résistance au changement. Le professionnel de santé doit accompagner et valoriser chaque argument dans la bienveillance.

Le travail en interdisciplinarité est l'une des clés de la réussite des prises en charge des patientes dépendantes. Cependant, afin d'assurer une cohérence et une concordance des soins, ces derniers doivent établir le même diagnostic concernant le stade d'évolution où se situe la patiente au temps T. En parallèle, les objectifs seront définis en fonction du stade d'évolution. Afin de maximiser les chances de sevrage pérennes, les objectifs thérapeutiques et le projet de soins devront être en adéquation avec le projet de vie de la patiente.

III.2.2.2. La prise en charge thérapeutique de l'alcoolodépendance

Différentes molécules peuvent être prescrites et utilisées dans le traitement de la dépendance éthylique, telles que l'acamprosate, le baclofène, le disulfirame, le nalméfène ou encore la naltrexone. Ces traitements doivent être prescrits sur ordonnance par le médecin traitant de la patiente ou par un médecin rattaché à un CSAPA ou à un autre service hospitalier. Il est primordial de garder à l'esprit que la prise en charge thérapeutique ne se suffit souvent pas à elle-même et nécessite un accompagnement psychosocial (en CSAPA ou en service spécialisé). Cet accompagnement peut, par exemple, revenir à des séances de psychothérapie ou alors à des réunions de groupe de soutien.



➤ L'acamprosate AOTAL® (Laboratoire Merck santé®) 333 mg

▪ Mécanisme d'action

Le mécanisme d'action de l'acamprosate ou acétylhomotaurinate de calcium n'a pas été clairement élucidé. Cependant, sa structure chimique est proche de celle de neurotransmetteurs tels que le GABA et la taurine. L'acamprosate traverse la barrière hémato-encéphalique grâce à une acétylation. De plus, il exerce une action stimulatrice sur les transmissions inhibitrices GABAergiques mais antagonise les transmissions excitatrices, particulièrement celles du glutamate. L'acamprosate tend donc, par son mécanisme d'action, à diminuer la consommation volontaire chez le patient alcoolodépendant, comme des études menées sur des rats ont pu le démontrer. Ce traitement est uniquement utilisé chez les patients sevrés afin de maintenir l'abstinence. L'acamprosate n'entraîne pas d'effet antabuse¹³. (52)

- **Pharmacocinétique**⁵¹

L'acamprosate est modérément et lentement absorbé au niveau digestif. De plus, il y a une grande variabilité interindividuelle concernant son absorption. Une administration avec de la nourriture retarde et diminue son absorption, il est donc conseillé de le prendre à jeun.

Aujourd'hui nous ne savons pas si l'acamprosate traverse la barrière placentaire, cependant nous le suspectons du fait de son non-métabolisme hépatique, de sa longue demi-vie d'élimination⁵² et du fait qu'il ne soit pas lié aux protéines plasmatiques. En effet, sa demi-vie d'élimination⁵² serait comprise entre 15 et 33 heures. Le fait qu'il ne soit pas métabolisé au niveau hépatique permet de traiter les patients sans tenir compte de l'altération de leur foie.

L'élimination plasmatique est comprise entre 3 et 7 jours. Son élimination est exclusivement rénale et sous forme inchangée. (52)

- **Risques inhérents à la grossesse**

Aucun rapport d'étude n'a été publié sur l'utilisation de l'acamprosate chez les femmes enceintes. Des études ont été expérimentées sur des rats, souris et lapins. Chez les rats, l'effet tératogène était visible pour des doses égales aux doses journalières maximales recommandées. Des conséquences rénales et ophtalmologiques ont été mises en évidence (hydronéphrose²⁶, malformations de l'iris, dysplasie rétinienne⁵³). Le seuil non tératogène chez les rats a été établi à un cinquième de la dose journalière maximale recommandée et ce seuil est de la moitié de la dose maximale journalière chez les souris. En revanche, chez les lapins, les résultats démontrés sont différents. Les cas d'hydronéphroses²⁶ ont été mis en évidence chez ceux qui avaient reçu trois fois la dose maximale journalière recommandée. Concernant les lapins de Nouvelle-Zélande, aucun effet tératogène n'a été mis en évidence, et ce même pour des doses huit fois supérieures aux doses journalières maximales recommandées.

Le Service d'Information en Tératogénicité (Teratology Information Service (TIS)), a publié quelques résultats sur 18 grossesses exposées à l'acamprosate pendant le premier trimestre en France. 2 femmes ont vécu des avortements spontanés, 3 ont eu le choix d'avorter (pour des raisons médicales), 1 fœtus et 1 un nouveau-né sont nés avec d'importantes malformations, 1 nouveau-né est né avec des malformations mineures et les 10 autres grossesses ont donné naissance à des nouveau-nés en bonne santé.

Les données recueillies chez l'animal ont donc montré des effets tératogènes, cependant comme peu de données sont disponibles chez les humains, nous ne connaissons pas réellement les conséquences de son usage sur les fœtus. En revanche, l'alcool étant une molécule tératogène, on préférera quand même traiter la femme enceinte avec de l'acamprosate et qu'elle soit abstinentes plutôt qu'encore consommatrice.

Le rapport bénéfice/risque est donc en faveur de l'utilisation de l'acamprosate chez les femmes enceintes. (53)

Dans la pratique, selon la commission de transparence de la HAS du 17 octobre 2018, il est primordial de garantir l'abstinence éthylique chez la femme enceinte. Si une femme dépendante émet un désir de grossesse, l'acamprosate doit être poursuivi s'il existe un risque de rechute à l'arrêt de la thérapeutique. Si la grossesse est découverte après l'initiation du traitement, il faut rassurer la patiente. En effet, la femme enceinte peut continuer son traitement d'acamprosate tout au long de la grossesse, quel que soit le terme, s'il existe un risque de rechute. (54) (55)

- **Risques inhérents à l'allaitement**

L'acamprosate est excrété dans le lait chez l'animal. Aucun rapport n'a été publié à ce jour sur l'usage de l'acamprosate chez les femmes allaitantes. Cependant, le poids moléculaire, le non-métabolisme hépatique, la non-liaison aux protéines plasmatiques et la longue demi-vie d'élimination laissent suggérer un réel potentiel passage de la molécule dans le lait maternel. Cette demi-vie d'élimination⁵² longue augmente donc le risque d'accumulation dans le lait maternel ainsi que dans les organes des enfants allaités. En revanche, les effets sur les enfants exposés à un lait maternel contenant de l'acamprosate ne sont pas connus.

La patiente peut alors soit arrêter l'acamprosate si sa consommation éthylique est arrêtée, soit continuer son traitement afin de ne pas rechuter. En effet, l'alcool est bien connu pour être excrété dans le lait maternel et être une neurotoxine. Le rapport bénéfice-risque est, ici encore, en faveur de l'usage de l'acamprosate plutôt que celui de la consommation éthylique. Mais par précaution, l'allaitement est déconseillé.

- **Le baclofène LIORESAL® (laboratoire Novartis Pharma®) BACLOCUR® (laboratoire Ethypharm®) 10, 20, 30, 40 mg**

- **Mécanisme d'action**

Le baclofène est un myorelaxant à action centrale. Il peut être utilisé par voie orale ou par voie intrathécale⁵⁴, dans le traitement de la spasticité. Le baclofène est un analogue du GABA.

Le GABA est un neurotransmetteur ayant une action dans la régulation comportementale et émotionnelle, ainsi que dans celle de l'anxiété et du circuit de la récompense.

▪ Législation du baclofène

Le baclofène a fait l'objet d'une Recommandation Temporaire d'Utilisation (RTU) dans la prise en charge des patients alcoolo-dépendants. Cette RTU a été lancée le 17 mars 2014 et a été abrogée le 15 février 2021. Cette RTU ne concernait uniquement que les spécialités LIORESAL® 10 mg ainsi que son médicament générique Baclofène ZENTIVA® 10 mg pris par voie orale.

En effet, en 2018 BACLOCUR® 10 mg a reçu son autorisation de mise sur le marché (AMM) par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM). Cette AMM a été octroyée pour l'indication suivante :

- Réduction de la consommation d'alcool chez les patients alcoolo-dépendants (40 mg/jour pour les femmes et 60 mg/jour chez les hommes),
- Réduction du phénomène de *craving*²³. (56)

Depuis le mois de décembre 2020, le BACLOCUR® 10 mg a été commercialisé. C'est pourquoi les RTU de l'autre spécialité et de son générique ont été abrogées. (57)

Le baclofène n'est pas prescrit en première intention mais en cas d'échec ou d'impossibilité d'utiliser les autres traitements disponibles sur le marché.

Le baclofène est initialisé à une faible posologie. En général, cette posologie varie entre 15 et 20 mg/jour. Puis, on augmente progressivement par palier de 10 mg afin d'obtenir un dosage efficace. La posologie maximale quotidienne est de 80 mg.

Cette posologie maximale quotidienne a fait l'objet d'un procès, le 4 mars 2021, au tribunal administratif de Cergy-Pontoise (jugement 1908658). En effet, au vu des conditions normales d'utilisation et d'efficacité de ce médicament, les patients et leurs prescripteurs, appuyés sur leurs résultats d'expériences cliniques, aucun fait n'a été établi afin de montrer une majoration du risque. Cependant, pour ces posologies, des conditions d'utilisation encadrées et un suivi régulier et personnalisé sont recommandés. Lors de ce projet, seuls les dosages de 10, 20 et 40 mg étaient inquiétés. En effet, celui de 30 mg n'a pas fait l'objet de requête. La décision du tribunal, au jour du 4 mars 2021 était la suivante :

- Annulation de la limitation de posologie maximale quotidienne de 80 mg de BACLOCUR® pour les dosages concernés chez les patients atteints de d'alcoolo-dépendance,
- Obligation de l'ANSM de supprimer la posologie maximale quotidienne de 80 mg dans les AMM des médicaments concernés ainsi que la révision des doses sous un délai de 6 mois.

L'ANSM, à l'issu de ce procès, fait appel. (58)

Il faut être d'autant plus vigilant, car le baclofène, s'il est arrêté brutalement, entraîne un syndrome de sevrage. Pour tout arrêt de traitement avec baclofène, les doses seront donc progressivement diminuées sur une période s'étalant de 2 à 3 semaines. Le baclofène peut être utilisé même si la patiente n'est pas sevrée totalement et consomme encore de l'alcool. (59)

- **Pharmacocinétique**⁵¹

Le baclofène administré par voie orale est complètement et rapidement absorbé par voie digestive.

Concernant la phase de distribution, son volume de distribution est de 0,7 L/kg et son taux de liaison aux protéines plasmatiques est estimé à 30%. Le baclofène traverse la barrière placentaire et est également retrouvé dans le lait maternel. Sa demi-vie plasmatique est comprise entre 3 et 4 heures.

Le baclofène est faiblement métabolisé au niveau hépatique. Son principal métabolite est issu d'une désamination. Ce dernier se nomme l'acide b-4-hydroxybutirique, en revanche, il est dépourvu d'action pharmacologique. Les patients alcoolo-dépendants peuvent avoir une fonction hépatique altérée. Cependant, pour le baclofène, il n'est pas nécessaire d'ajuster la posologie.

Le baclofène est majoritairement éliminé par voie rénale. En effet, 75% de la dose ingérée est retrouvée au bout de 72 heures dans les urines. Seulement 5% de la forme excrétée via les urines est sous forme métabolisée. Le reste de la dose ingérée est éliminé par voie fécale. (60)

- **Risques inhérents à la grossesse**

Peu d'études ont été menées chez les femmes enceintes traitées par baclofène. De plus, la plupart des études chez ces patientes concernent l'administration par voie intrathécale⁵⁴. Cependant, pour des administrations majoritairement lors du premier trimestre, aucun événement réellement inquiétant n'a été révélé.

Une femme enceinte traitée par baclofène doit être rassurée. Dans le cadre de la spasticité, les administrations peuvent être reprises à partir de 10 SA, c'est à dire après la phase d'organogénèse. Cependant, des malformations chez les nouveau-nés ayant été exposés au baclofène pendant la grossesse ont été reportées, telles que : des anomalies du système nerveux central¹, des anomalies squelettiques ou encore des omphalocèles⁵⁵. L'omphalocèle⁵⁵ correspond à une absence de fermeture de la paroi abdominale. Concernant, la dépendance alcoolique, il n'y a pas de donnée, mais le rapport bénéfice/risque est en faveur de l'utilisation de baclofène plutôt qu'à la consommation d'alcool.

Si la mère poursuit son traitement jusqu'à l'accouchement, le nouveau-né subira alors un syndrome de sevrage néonatal décrit par une irritabilité, une hypertonie, des cris aigus et des trémulations. Ce syndrome peut se déclarer jusqu'à plusieurs jours après l'accouchement. Il est donc préférable de prévenir les professionnels de santé qui encadreront l'accouchement de l'usage maternel de baclofène afin de prendre en charge dans les meilleures conditions le nouveau-né.

Un traitement thérapeutique par baclofène ne doit pas être initié pendant une grossesse. Cependant, l'alcool est aussi tératogène. Donc, si le médecin qui suit la patiente juge que cette dernière est stabilisée avec le baclofène avant d'être enceinte ou lors de la découverte d'une grossesse. Alors, le traitement peut être poursuivi s'il est justifié et si les bénéfices sont supérieurs aux risques (dont le principal est la rechute de consommation). Si le traitement est poursuivi, une surveillance particulière et un suivi renforcé de la croissance du bébé seront mis en place. Pour conclure, le baclofène est donc à éviter chez la femme enceinte, sauf en cas de nécessité absolue. (52)

Pour toute patiente, il est primordial d'évaluer l'état psychiatrique de la patiente, notamment en ce qui concerne la sphère dépressive, les idées et les comportements suicidaires. En effet, le baclofène peut aggraver les pathologies dépressives. Si la patiente est à risque, il est donc crucial de lui apporter un suivi régulier. Si l'impact du médicament est notable sur l'aspect psychiatrique, il faudra donc arrêter le traitement par baclofène.

- **Risques inhérents à l'allaitement**

Peu d'études ont été réalisées sur l'usage de baclofène chez les femmes allaitantes et sur leurs enfants allaités. Mais, des résultats ont quand même été communiqués. Des traces de baclofène aurait été retrouvées dans le lait maternel pour une concentration estimée entre 4 et 6% de la dose orale maternelle. Cependant, aucun élément inquiétant n'a été rapporté chez la population des enfants allaités. Par principe de précaution, l'allaitement est déconseillé dans ces conditions.

➤ **Le disulfirame ESPERAL® (Laboratoire Sanofi-Aventis France®) 500 mg**

- **Mécanisme d'action**

Ce médicament est prescrit et utilisé dans le maintien de l'abstinence chez le patient alcoolodépendant. Le disulfirame est un inhibiteur de l'acétaldéhyde-déshydrogénase. En cas de consommation d'alcool, le disulfirame entraîne un effet antabuse¹³. Une consommation d'alcool entraîne donc une élévation de la concentration de l'acétaldéhyde, qui est l'un des métabolites de l'alcool. Ceci est donc à l'origine de cet effet antabuse¹³. Un effet antabuse¹³ entraîne de grandes conséquences sur les fœtus.

De plus, une surveillance particulière est à réaliser avec ce médicament. En effet, un contrôle biologique des fonctions hépatiques est à pratiquer avant la mise en place du traitement, puis régulièrement, soit au moins une fois par mois. Le dosage des transaminases est réalisé. Si au cours, des trois premiers mois de traitement, le taux de transaminases se révèle être 3 fois supérieur au taux physiologique, alors le traitement par disulfirame doit être arrêté sans délai et définitivement. (62)

- **Pharmacocinétique**⁵¹

L'absorption du disulfirame par le tractus digestif est rapide mais incomplète. La dose absorbée est estimée entre 70 et 90% de la dose orale ingérée.

Le poids moléculaire du disulfirame est faible. Alors même si aucune étude n'a prouvé qu'il traversait la barrière placentaire, il reste très probable que les embryons/foetus soient en contact avec la molécule si la mère en fait usage.

Le disulfirame est métabolisé et réduit au niveau hépatique. Son métabolite est le diéthyl-dithiocarbamate. Ce métabolite peut être éliminé sous deux formes. Soit il subit une glucuro-conjugaison avant d'être éliminé. Ou alors, il peut être transformé en diéthylamine et sulfure de carbone.

Le sulfure de carbone est partiellement éliminé par voie pulmonaire, tandis que les autres métabolites sont excrétés par voie rénale. (63)

- **Risques inhérents à la grossesse**

Ici encore, peu d'études ont été menées sur les animaux et les femmes enceintes. Aucun événement n'a été recensé en France. Par ailleurs, peu de résultats ont été exprimés, mais le disulfirame ne semblerait pas être une molécule tératogène. Le disulfirame doit être prescrit chez les patientes sevrées. Cependant, il peut arriver que certaines d'entre-elles rechutent ou consomment occasionnellement.

Par ailleurs, 38 grossesses ont cependant fait l'objet d'une étude d'exposition au disulfirame. 11 foetus ont développé des malformations congénitales, 1 femme a subi un avortement spontané, 14 nouveau-nés n'avaient aucune séquelle et les autres ont quitté l'étude avant la naissance. Cependant, il a été démontré après la naissance que certaines de ces malformations étaient, en réalité, dues à une consommation éthylique. (64)

En France, selon la commission de transparence de la HAS du 17 octobre 2018, que ce soit pour une femme n'utilisant pas de contraception efficace, un désir de grossesse, le suivi d'une femme enceinte alcoolo-dépendante ou une découverte de grossesse chez une femme traitée initialement par disulfirame, on préférera adapter la thérapeutique et traiter la femme enceinte avec de l'acamprosate ou de la naltrexone afin d'éviter les effets antabuses¹³ délétères pour les fœtus. (65)

- **Risques inhérents à l'allaitement**

Aucune étude n'a été menée et donc aucun résultat n'existe concernant l'usage et les conséquences du disulfirame pendant l'allaitement. Comme précisé précédemment, le poids moléculaire du disulfirame étant faible, il serait attendu de le retrouver dans le lait maternel excrété. En revanche, les effets chez les enfants allaités demeurent inconnus. L'allaitement pour les mères traitées par disulfirame est donc déconseillé par précaution.

- **Le nalméfène SELINCRO® (Laboratoire Lundbeck®) 18 mg**

- **Mécanisme d'action**

Le nalméfène agit comme un modulateur du système opioïde afin d'entraîner une réduction de la consommation d'alcool chez le sujet alcoolo-dépendant de par son action de modulation des fonctions méso-cortico-limbiques⁵⁶. Le nalméfène n'entraîne pas d'effet antabuse¹³. Il aurait une action de modulation sur les récepteurs⁹ μ , κ et δ . Il aurait un rôle antagoniste des récepteurs⁹ μ et δ et agoniste partiel des récepteurs⁹ κ . (66)

Le nalméfène ne serait pas, selon les études menées jusqu'à présent, addictogène.

- **Pharmacocinétique⁵¹**

Le nalméfène possède une biodisponibilité⁵⁷ orale de 41%. La prise avec des aliments en forte teneur en matières grasses augmenterait son absorption mais la retarderait. Il n'est pas donc pas forcément pertinent de le prendre avec des aliments de ce type.

Le nalméfène a un taux de fixation aux protéines plasmatiques estimé à 30%. De plus, il traverse la barrière hémato-encéphalique facilement.

Après être absorbé, il est rapidement métabolisé au niveau hépatique. Son métabolite principal est le nalméfène-3-O-glucuronide. Les deux autres métabolites plus faiblement retrouvés sont le nalméfène-3-O-sulfate, par réaction de sulfatation, et le nor-nalméfène par réaction avec le CYP 3A4/5. Mis à part le nalméfène-3-O-sulfate, leur activité pharmacologique est faible.

Leur élimination est essentiellement rénale après des réactions de glucorono-conjugaison. (66)

- **Risques inhérents à la grossesse**

Très peu de données ont été remontées concernant l'usage du nalméfène chez les femmes enceintes, cependant aucun événement nocif n'a été reporté. Le nalméfène n'est pas tératogène chez l'animal. Cependant, des résultats chez l'animal ont montré une toxicité sur la reproduction, son usage est donc déconseillé chez la femme enceinte ou émettant un désir de grossesse.

En France, les procédures de prises en charge tendent à traiter les femmes enceintes ou émettant un désir de grossesse initialement traitées par nalméfène par de l'acamprosate ou de la naltrexone. En effet, l'objectif est dans un premier temps d'essayer de sevrer totalement ces femmes. Si la femme n'est pas encore enceinte, l'objectif principal est d'obtenir un sevrage total avant la conception et d'arrêter l'usage du nalméfène sauf s'il existe un risque de rechute. Par ailleurs, si la femme découvre sa grossesse et est déjà traitée par du nalméfène, il faut dans un premier temps la rassurer. Puis dans un second temps, il faudrait obtenir une abstinence totale et la traiter alors de l'acamprosate ou de la naltrexone. (67)

- **Risques inhérents à l'allaitement**

Très peu de données existent concernant l'usage de nalméfène chez les femmes allaitantes et chez les enfants allaités.

Chez l'animal le nalméfène et ses métabolites ont été retrouvés dans le lait. Aucune étude n'a été menée chez les femmes allaitantes, on ne sait donc pas s'il peut être retrouvé dans le lait maternel humain. Cependant, on ne peut pas exclure la potentielle exposition des enfants allaités.

Les femmes qui souhaitent allaiter doivent contraindre leur usage de nalméfène si elles sont en capacité de contrôler leur consommation d'alcool. Sinon, par principe de précaution, il est conseillé de ne pas allaiter.

➤ **La naltrexone REVIA® (Laboratoire Bristol-Myers Squibb®) 50 mg**

▪ **Mécanisme d'action**

La naltrexone est un antagoniste des récepteurs⁹ centraux aux opioïdes et est indiquée dans le maintien du sevrage des patients alcool-dépendants. Sa structure est un analogue de l'oxymorphone. Il faut être particulièrement vigilants chez les patientes aussi dépendantes aux opiacés. En effet, une administration de naltrexone entraîne alors un syndrome de sevrage chez ces personnes, avec des conséquences majeures pour la mère et le fœtus. Par ailleurs, chez les patientes traitées par des antalgiques opiacés, le traitement par naltrexone devra être interrompu. Cependant, la naltrexone n'entraîne pas d'effet antabuse.

▪ **Pharmacocinétique⁵¹**

L'absorption de la naltrexone est rapide et quasi-complète.

La naltrexone est faiblement liée aux protéines plasmatiques (taux de fixation estimé à 21%). La naltrexone traverse la barrière placentaire chez les rats, mais il n'a pas été prouvé qu'elle la passait chez les humains. En revanche, son poids moléculaire étant faible, étant peu liée aux protéines plasmatiques et connaissant sa longue demi-vie d'élimination⁵², on suppose que la naltrexone pourrait la franchir.

La naltrexone est métabolisée au niveau hépatique. Son principal métabolite est le 6-β-natrexol. Son activité pharmacologique est proche de celle de la naltrexone. Un métabolite est aussi produit : le 2-hydroxy-3-méthoxy-6-β-naltrexol.

La demi-vie d'élimination⁵² de la naltrexone est de 4 heures et celle de son principal métabolite est de 13 heures. L'élimination majoritaire se fait par voie urinaire. (68)

▪ **Risques inhérents à la grossesse**

Malgré une toxicité démontrée sur la reproduction, et d'après les quelques études menées, la naltrexone ne semble pas être une molécule tératogène, pour une administration pendant la phase d'organogénèse. En effet, la naltrexone n'entraînerait pas la survenance de lourdes malformations. Cependant, son usage peut altérer certains neurorécepteurs aux opioïdes au niveau cérébral, ce qui engendrerait des conséquences à long terme.

Chez les rats, l'incidence de cas de pseudo-grossesses a fortement augmenté en dépit du taux de grossesse. La fertilité serait impactée et réduite pour des doses 16 fois supérieures à la dose journalière recommandée chez les humains. Une hausse significative de fausse couche précoce a été mise en évidence, chez les rats pour une dose 5 fois supérieure à la dose journalière recommandée, et chez les lapins pour une dose 18 fois supérieure à celle-ci. En revanche, aucun signe de tératogénicité ou de toxicité embryonnaire n'a été rapporté. Cependant, le métabolisme de la naltrexone n'est pas identique chez les rats que chez les humains et le principal métabolite retrouvé chez les humains n'a pas été décelé chez les rats. (69)

Dans les cas de désirs de grossesses, de poursuite de traitement chez une femme enceinte ou de découverte de grossesse chez une femme traitée par naltrexone, il est conseillé de poursuivre le traitement (selon la balance bénéfique/risque) et de rassurer la patiente. En effet, il est déconseillé d'arrêter la prise en charge thérapeutique du fait du risque de rechute. Pour conclure, toute prescription de naltrexone chez une femme enceinte repose sur la responsabilité du prescripteur, qui évalue la balance bénéfique/risque de la thérapeutique. (70)

- **Risques inhérents à l'allaitement**

La naltrexone et son principal métabolite ont été retrouvés dans le lait maternel. Une étude a été menée et a retrouvé respectivement chez les enfants allaités 0,03% des doses ingérées de naltrexone et 0,83% de son métabolite de la dose maternelle dans leur organisme. Cependant, une seule étude ne permet pas d'établir des faits, mais par mesure de précaution l'allaitement est déconseillé.

III.2.3. La prise en charge sociale

Il est socialement admis que la grossesse est une étape privilégiée dans la vie d'une femme, d'un couple et d'une famille. Cependant, pour les femmes en situation sociale précaire et/ou les femmes souffrant d'addictions, cette période se révèle être un véritable bouleversement.

III.2.3.1. La prise en charge sociale destinée aux femmes pendant leur grossesse

Ces femmes généralement isolées, ne vivent pas un rapport serein avec le système de soins classique. En effet, la peur du jugement, du regard des autres ainsi que la peur d'être séparées de leur enfant sont omniprésentes. Il est donc d'autant plus difficile d'établir une relation de confiance avec ces patientes pleines de méfiance à l'égard du corps médical. Ces femmes vivent souvent les premiers mois de leur grossesse hors du système médical. En effet, elles ne se présenteraient en moyenne qu'aux alentours du 6^{ème} mois de grossesse.

Ce court délai laisse donc une faible marge de manœuvre aux travailleurs sociaux afin de gérer toutes les demandes d'aide sociale dont la famille pourrait bénéficier. Dans un premier temps, la priorité est de faciliter l'accès aux soins afin de surveiller la grossesse et le développement de l'enfant. Pour cela, la femme enceinte doit avoir des droits sociaux actifs. Malheureusement, souvent leurs droits sont inactivés ou inexistantes. Les premiers services sociaux à contacter sont donc ceux de l'Assurance Maladie. Cependant, pour activer ces droits-là, la femme doit apporter de nombreux documents administratifs. Celles se retrouvant dans les situations les plus précaires (sans domicile fixe ou sans résidence fixe, pièce d'identité, ...) peuvent se décourager face à ces formalités administratives.

Les 3 secteurs à prioriser dans ces situations-là sont les suivantes :

L'accès au système de soins et à la protection sociale

L'accès à un hébergement et à des ressources financières

La protection de l'enfant

➤ L'accès au système de soins et à la protection sociale

Dès la déclaration de la grossesse, une étude de droits est envoyée à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) dont la patiente dépend. Ici, nous nous intéresserons uniquement au régime obligatoire majoritaire en France métropolitaine soit celui de la CPAM.

- **L'Assurance Maladie (AM)**

La prise en charge des frais médicaux et des produits pharmaceutiques évolue au cours de la grossesse. En effet, jusqu'au 5^{ème} mois de grossesse, le forfait maternité offre les mêmes conditions de remboursement que pour la population générale. Cependant, dès le premier jour du 6^{ème} mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement, les femmes enceintes bénéficient d'une prise en charge à 100 %. Elles basculent alors dans le « forfait maternité ».

Cette prise en charge englobe les frais médicaux remboursables, qu'ils soient relatifs à la grossesse ou non. Ces soins regroupent les frais d'analyse médicale, les examens en laboratoire, l'appareillage, les frais d'hospitalisation, ...

A la pharmacie, il est important de vérifier la mise à jour des droits dès le début du 6^{ème} mois et de vérifier qu'ils se terminent 12 jours après l'accouchement (date du terme prévu) afin d'éviter les rejets lors de la télétransmission des subrogations à la CPAM. (71)

- **La Complémentaire de Santé Solidaire (C2S)**

La C2S offre une couverture complémentaire proposée aux personnes avec de faibles ressources. Cette C2S est la fusion entre l'ancienne CMU-c (Couverture Maladie Universelle complémentaire) et l'ACS (Aide au paiement d'une Complémentaire Santé). L'ACS n'existe plus aujourd'hui. Les personnes qui en bénéficient ou qui auraient pu aujourd'hui en bénéficier, bénéficient aujourd'hui de la C2S. Cela leur simplifie les démarches administratives. De plus, ces personnes sont mieux prises en charge car leurs garanties sont revues à la hausse. En effet, les médicaments remboursés à 15 % par l'Assurance Maladie leur sont maintenant pris en charge.

Cette complémentaire facilite donc l'accès au système de soins des personnes les plus précaires ainsi que les personnes résidant régulièrement en France. Ces résidents peuvent en faire la demande s'ils sont sur le territoire depuis au moins 3 mois consécutifs.

La C2S prend en charge le ticket modérateur. Ceci correspond à la partie non remboursée des médicaments remboursables par l'Assurance Maladie, des honoraires ainsi que des frais d'hospitalisation. Les bénéficiaires de la C2S sont exonérés de la participation de 1€ sur les consultations médicales, les examens radiologiques, les analyses médicales et les actes médicaux.

La C2S correspond donc à une protection supplémentaire couvrant la part complémentaire à hauteur de 100%. Cette protection est sans avance de frais et renouvelable. (72)

- **L'Aide Médicale de l'Etat (AME)**

Cette aide est proposée aux personnes étrangères en situation irrégulière afin qu'ils puissent accéder au système de soins. Cette aide est cependant attribuée sous condition de résidence et de ressources. Pour en bénéficier, la patiente doit résider en France depuis plus de 3 mois et ne doit pas posséder de titre de séjour ou en avoir fait la demande. En revanche, les enfants mineurs bénéficient sans délai de l'AME même si la famille réside en France depuis moins de 3 mois.

Si elle est accordée, elle est alors valable pendant une durée d'un an. Son renouvellement doit donc être demandé chaque année. Cette AME offre une prise en charge à 100 % des soins médicaux, produits pharmaceutiques (sauf les médicaments avec Service Médical Rendu (SMR) faible remboursé à 15 %) et hospitaliers sans avance de frais.

En cette période de pandémie à COVID-19, les droits d'AME sont, généralement, prolongés de 3 mois. L'actualisation des droits est cependant tenue à jour sur le portail d'Acquisition des Droits Intégrés (ADRI). (73)

- **La prise en charge des soins urgents**

Cette prise en charge s'adresse essentiellement aux personnes n'ayant pas d'AME car les autres citoyens ont généralement *a minima* une CMU. Cette prise en charge s'adresse donc aux personnes étrangères en situation irrégulière résidant en France depuis moins de 3 mois, à ceux qui ont fait la demande d'AME mais qui attendent encore la validation ou encore à ceux pour qui elle a été refusée.

Les soins pris en charge concernent les interruptions de grossesses volontaires ou sous motif médical, tous les soins d'une femme enceinte ainsi que ceux des nouveau-nés (ainsi que l'accouchement en lui-même). Les soins indispensables dont l'absence pourrait mettre en jeu le pronostic vital ou altérer gravement et durablement celui de la femme enceinte ou de son enfant à naître sont aussi éligibles à une prise en charge. Pour ces soins, l'assurance maladie prend en charge intégralement les frais engendrés. Les patientes n'ont donc aucune avance de frais à faire. (74)

- **La permanence d'accès aux soins de santé (PASS)**

La permanence d'accès aux soins a vu le jour en 1998 grâce à la loi relative à la lutte contre l'exclusion. (75) Les PASS ont donc vu le jour lors de l'élaboration des Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS). A la base, ils avaient été lancés pour une période transitoire mais sont toujours en vigueur. Il s'avère que l'affectation de l'accès au système de soins par les personnes en précarité financière et/ou sociale est une véritable priorité de santé publique.

De plus, un guide de recommandations sur l'organisation des PASS existe afin d'améliorer la qualité et l'efficacité des services fournis. Ces services de PASS sont retrouvés exclusivement dans des établissements hospitaliers. Ces PASS ne doivent cependant pas se substituer aux autres offres de soins ni devenir un service spécialisé.

Ces PASS ont 5 principales missions :

- **L'accueil** des personnes sans condition et de les accompagner dans le système de santé car ces personnes n'ont généralement pas de couverture médicale ou une couverture médicale partielle afin de faciliter leur accès aux soins.
- **L'information** : les patientes qui consultent aux PASS seront accompagnées dans les démarches administratives nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.
- **La prévention et l'orientation** : les patientes seront prises en charge sur les plans médicaux et sociaux. En effet, il a été mis en évidence que ces patientes appartenaient à un public relativement compliqué à suivre à la suite de ces soins du fait des répercussions des difficultés sociales sur leurs problèmes de santé et de leur accès aux soins.
- **Les soins**, tels que : des consultations médicales générales ou spécialisées, des soins odontologiques, des soins infirmiers, la mise à disposition d'un plateau technique (imagerie, laboratoire) et la délivrance de médicaments.

Le travail en interdisciplinarité entre les branches médicales et sociales est donc primordial et essentiel au sein de ces services de PASS.

Ces PASS sont gérées au niveau régional par les Agences Régionales de Santé (ARS). Les dotations financières sont estimées et versées en fonction de l'activité des PASS dans les hôpitaux en question, de l'organisation, des effectifs de personnels impliqués, des prestations, ... (76) (77)

- **Les Équipes Mobiles de Psychiatrie-Précarité (EMPP)**

Le circulaire du 23 novembre 2005 encadre la création d'équipes mobiles de psychiatrie pour les personnes en situation précaire. (78) Ces équipes comprennent majoritairement des médecins psychiatres, des infirmiers, des psychologues et dans certains cas des travailleurs sociaux. Ces équipes sont retrouvées sur l'ensemble du territoire de la France métropolitaine.

Leurs actions sont menées en dehors des établissements de soins. D'une part, elles ont pour objectif de guider les patients dans leur parcours de soins. D'autre part, ces actions apportent une aide aux travailleurs sociaux afin de mieux appréhender et accompagner les personnes souffrant de troubles psychiatriques. Ce sont généralement les médecins psychiatres qui organisent les projets de soins et qui coordonnent les équipes mobiles. (79)

- **Les centres de PMI** : cf partie III.1.2.

➤ **L'accès à un hébergement et à des ressources financières**

Si les femmes enceintes vivent dans des environnements précaires propices à la consommation d'alcool, il peut être envisagé d'héberger ces femmes autrement, au moins jusqu'à la fin de la grossesse. Cependant, la mère doit avoir une protection sociale pour avoir accès à ces différents établissements.

Les établissements qui semblent le mieux convenir aux femmes enceintes sont les Centres Thérapeutiques Résidentiels (CTR), les Appartements Thérapeutiques Relais (ATR) et les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) décrits dans la partie III.1.3.

Par ailleurs, des centres maternels existent. Ce sont des structures réservées aux femmes enceintes et aux jeunes mamans avec un enfant âgé de moins de trois ans, qu'elles soient mineures ou majeures. Ces établissements sont réservés aux femmes isolées, sans soutien familial et qui présentent des difficultés matérielles. Ces structures proposent des suivis médicaux, psychologiques et sociaux.

L'objectif principal des centres maternels est de promouvoir l'insertion des femmes en situation précaire. Dans un premier temps, il est primordial de rompre leur isolement, de les héberger dans ces logements sociaux et de leur apporter l'aide matérielle dont elles ont besoin tout en favorisant leur autonomie. Concernant, les femmes enceintes, des cours de préparation à l'accouchement peuvent être donnés, que ce soit en vue d'une future maternité ou d'une adoption. Si la mère fait le choix de garder le bébé, le lien mère-enfant sera encouragé par les psychologues. Puis l'objectif sera d'aider la future maman dans ses démarches administratives et de lui trouver un logement avant les trois ans de son enfant.

III.2.3.2. La prise en charge sociale destinée à l'enfant

La majorité des femmes enceintes dépendantes à l'alcool éprouvent de l'inquiétude face à une éventuelle orientation vers un ou plusieurs services sociaux ou face à l'orientation de leur bébé (ou autre enfant de la fratrie) vers les services sociaux. Ouvrir le dialogue avec la mère se révèle alors comme étant une étape clé de la prise en charge de ces enfants. L'objectif étant de nouer une relation de confiance entre la mère et le professionnel de santé.

Dans un premier temps, il faut rassurer la femme enceinte en lui spécifiant qu'une consommation d'alcool seule ne permet pas d'évaluer les capacités parentales à elle seule et de justifier une garde d'enfant inadaptée. Il faut bien leur préciser que beaucoup de facteurs influent sur le développement des enfants et que la consommation de la mère (et/ou des parents) n'est qu'un facteur parmi tant d'autres. En revanche, cette consommation n'est pas à banalisée car elle peut réellement avoir un impact sur la sécurité et le bien-être de l'enfant. Cette évaluation sera menée par les travailleurs sociaux.

Il a été prouvé que l'usage de substances psychoactives n'entraînait pas forcément de négligence ou de maltraitance à l'égard des enfants. Cependant, il a aussi été montré que les capacités parentales en pâtissent souvent et les signalements aux services sociaux sont plus fréquents.

Les nouveau-nés sont les plus vulnérables face à ces actes de négligence et/ou de maltraitance. De réelles séquelles peuvent impacter leur développement physique et/ou émotionnel sur le long terme.

Par ailleurs, il est crucial de préciser que l'arrêt de consommation de substances psychoactives ne suffit pas pour considérer de nouveau les parents comme aptes à être de « bons parents ». Ces parents qui mettent un terme à leur usage de substances psychoactives ne sont pas forcément des parents plus sûrs ou de meilleurs parents. Les services sociaux doivent, là aussi, évaluer leurs nouvelles capacités à avoir la responsabilité ou non de la garde de leurs enfants. (80)

III.2.3.2.1. Les difficultés sociales éventuelles

Lorsque le bien-être et la sécurité d'un enfant sont questionnés, il est indispensable d'approfondir le sujet. En effet, une évaluation des risques sera mise en place afin de repérer d'éventuelles incertitudes sur la mère (et/ou le père) à élever leurs enfants. Il est important de ne pas laisser trainer le sujet et de l'aborder le plus tôt possible, dès le moindre doute. Par ailleurs, les professionnels de santé ont la responsabilité et le devoir d'agir lorsque le risque de mauvais traitement ou de quelconque danger pour la santé de l'enfant et son développement existe. La première approche peut être celle, où le professionnel de santé encourage la famille à contacter elle-même les services sociaux. En revanche si cette méthode se montre insuffisante, ils doivent prendre eux-mêmes contact avec les services sociaux afin de mettre en place les mesures nécessaires. Les professionnels de santé peuvent se retourner dans un premier temps vers des associations. En effet, ces associations de bénévoles sont souvent initialement perçues moins stigmatisantes pour les familles que les services sociaux classiques. (80)

Il faut cependant avoir bien conscience que tout est mis en œuvre afin de maximiser le respect des besoins et du bien-être de l'enfant. Pour cela, le choix préférentiel est de promouvoir l'éducation et le maintien de l'enfant dans sa famille biologique. Le dernier recours est le placement de l'enfant dans une famille d'accueil ou dans un centre d'hébergement. Si le risque est majeur pour l'enfant à naître, un plan de protection doit être réfléchi et abouti vers la 28^{ème} SA afin de d'organiser son placement dès la naissance.

Sans stigmatiser les parents, diverses situations éveillent plus de préoccupations et de doutes, comme :

- 1- Des problèmes sociaux multiples et/ou complexes, des parents déjà connus des services sociaux pour leurs aptitudes parentales, des enfants de la fratrie déjà placés,
- 2- Des pathologies ou troubles mentaux importants,
- 3- Une désorganisation de la vie de famille qui entraîne un absentéisme lors des consultations médicales,
- 4- Des consultations prénatales en état d'ébriété ou sous l'effet d'autres substances,
- 5- Un logement inadapté voire dangereux pour des enfants,
- 6- Un environnement violent avec ou sans isolement social,
- 7- Des épisodes criminels ou des condamnations pénales graves.

La garde des enfants peut être mise en péril du fait de la conduite des parents vis-à-vis de ces derniers. L'une des causes de mauvais traitement peut être la consommation problématique de substance psychoactive, en revanche, cet élément ne suffit pas à remettre en question la garde des enfants. Plusieurs éléments ont été mis en évidence chez les enfants dont les parents étaient consommateurs, par exemple :

- Une hygiène incohérente,
- Une supervision non adaptée,
- Un manque de stimulation,
- Un logement inadéquat et/ou dangereux,
- Une exposition à la violence et/ou à un comportement criminel,
- D'autres négligences ou abus émotionnels et/ou physiques.

Ces éléments peuvent être à l'origine de lourdes conséquences sur le développement de l'enfant que ce soit d'ordre physique, émotionnel et/ou intellectuel. Ces enfants peuvent aussi être sujets à des blessures accidentelles plus fréquentes. Des difficultés comportementales ainsi qu'une mauvaise intégration sociale peuvent être retrouvées. (80)

III.2.3.2.2. Les solutions à ces difficultés sociales en France

La première préoccupation des professionnels de santé qui prennent en charge ces enfants doit être celle de leur bien-être. Pour aider ces professionnels à repérer les situations dangereuses pour l'enfant, chaque professionnel devrait avoir connaissance des procédures locales qui mettent en relation les différents services de protection de l'enfance.

Une collaboration entre les services d'aide à l'enfance et les services spécialisés en addictologie ainsi que les services de santé pédiatrique se révèle être fondamentale. Des réunions ont généralement lieu toutes les semaines.

La protection de l'enfance est une administration qui met en œuvre des mesures de prévention en faveur de l'enfant et de ses parents. Elle doit aussi repérer et prendre en charge les situations de danger ou à risque de danger pour l'enfant. Pour cela, la protection de l'enfance s'appuie sur des systèmes administratifs et judiciaires afin de permettre leur protection et leur sécurité. Elle doit être en mesure d'apporter un soutien affectif, intellectuel, social et au développement physique des enfants qu'elle encadre tout en préservant les droits de ces derniers.

Deux lois majeures encadrent la protection de l'enfance, celle du 5 mars 2007 (loi 2007-293) et celle du 14 mars 2016 (loi 2016-297). La loi de 2007 définit clairement pour la première fois les objectifs et les champs d'action de la protection de l'enfance en s'appuyant sur des mesures de prévention. (81) Tandis que celle de 2016 la complète en apportant une réponse aux besoins fondamentaux des enfants. Pour cela, elle se base sur un repérage plus précoce des enfants à risque et offre aux enfants déjà placés un parcours plus stabilisant. Dès lors, le Conseil National pour la Protection de l'Enfance (CNPE) voit le jour afin de simplifier la coordination entre les différents acteurs. (82) Les conseils départementaux sont les responsables de la mise en place de la politique de la protection de l'enfance.

De plus, **un pacte pour l'enfance 2019-2022** est en place. Il a pour objectif de palier la lenteur et la complexité des mesures en vigueur. En effet, ce système manque de coordination entre les différents acteurs ainsi qu'entre les services nationaux et locaux. Ce plan donne davantage de valeur à la parole de l'enfant dans son parcours de prise en charge ainsi que lors de son placement. En effet, faire entendre sa voix pour un enfant est très complexe, surtout pour ceux qui ne sont pas accompagnés. Ce plan a pour objectif de renforcer la prévention des violences faites aux enfants et d'élaborer un véritable plan de lutte contre ces violences. Ce plan a aussi pour ambition d'améliorer les conditions des enfants déjà pris en charge et de garantir leurs droits, que ce soit dans le domaine de la santé, de l'éducation, de la sécurité affective ou dans l'autonomie après 18 ans. (83)

Un numéro vert anonyme (0 800 05 1234), national et gratuit existe en France métropolitaine ainsi que dans les territoires d'outre-mer. Ce numéro vert offre un suivi psychologique dans un premier temps. Puis dans un second temps, un rendez-vous avec un juriste en cas de recours juridique. (84)

III.3. Le rôle des différents professionnels de santé

➤ Concernant la protection de l'enfance :

Tous les professionnels de santé pouvant être confrontés à des situations où soit la femme enceinte consomme de l'alcool ou soit l'enfant qu'ils prennent en charge a été soumis à une alcoolisation *in utero* devraient être formés à gérer ces situations. Si ce n'est pas le cas, ces derniers sont invités à se renseigner sur les procédures de protection de l'enfance et sur les méthodes d'évaluation des risques en faisant des recherches. Ceci permet d'avoir conscience et connaissance des différents indices pouvant mener à suspecter une maltraitance infantile. L'interdisciplinarité est, ici encore, la clé pour protéger les enfants au mieux.

Il semblerait intéressant que chacun d'entre eux possèdent des notions sur les principes phares de la protection de l'enfance, tels que :

- 1- Les éléments de base pour sécuriser un enfant ainsi que plus largement sur le rôle et la responsabilité des professionnels de santé impliqués dans le suivi des enfants,
- 2- Les indices, les signes et les symptômes de négligence, de maltraitance physique et/ou émotionnelle ou encore d'abus sexuel,
- 3- Le cadre légal qui encadre la protection de l'enfance ainsi que les précisions sur le partage d'informations et son statut confidentiel,
- 4- Les indications pratiques, lors de consultations avec des enfants issus de familles avec des problématiques de consommation de substances psychoactives, pour la protection et le soutien de ces enfants,
- 5- La liste des professionnels spécialisés à contacter en cas de suspicion de maltraitance infantile. (85)

III.3.1. Le rôle des différents soignants impliqués et/ou réseaux de soins

Les médecins traitants sont des médecins généralistes qui suivent sur le long terme leur patientèle. Les médecins généralistes sont souvent les premiers interlocuteurs médicaux que l'on va consulter. Ils ont une place privilégiée dans notre système de soins. Premièrement, ils font partie des professionnels de santé qui connaissent le mieux leur patientèle car la plupart est suivie sur le long terme. Deuxièmement, le système de remboursement des frais médicaux encourage une visite médicale préalable chez son médecin traitant avant d'être orienté vers un spécialiste. A travers leurs interrogatoires cliniques et leurs auscultations, ils examinent et diagnostiquent des pathologies. Leur rôle est de prise en charge passe par la prescription d'un traitement et si cela n'est pas suffisant ou pas adapté, ils ont pour responsabilité d'orienter leur patientèle dans le système de soins. Ils ont donc une vision globale de l'état de santé de leur patientèle car les médecins spécialistes lui transmettent leurs comptes rendus. C'est aussi sa responsabilité d'établir un protocole de soins à suivre en cas d'affection longue durée. Les médecins traitants sont donc les interlocuteurs privilégiés.

Les médecins gynécologues sont les spécialistes, à part entière, de l'appareil génital féminin, de la physiologie féminine qui encadrent la grossesse, l'accouchement ainsi que les suites de l'accouchement. Cependant, les médecins gynécologues obstétriques ont pour responsabilité de suivre la grossesse ainsi que l'évolution du développement de l'embryon puis du fœtus. Ils ont une activité spécialisée autour de la grossesse. Divers examens peuvent être menés sur les fœtus afin de dépister les risques de malformations. Des examens génétiques par prélèvement de liquide amniotique peuvent être prescrits. Les médecins gynécologues assurent aussi le suivi gynécologique des femmes non enceintes, en âge de procréer ou non. Ils ont, en parallèle, un rôle de prévention, d'éducation et d'information sur les méthodes de contraception.

Les sage-femmes sont des spécialistes du suivi gynécologique physiologique de la femme et des grossesses normales. Ces professionnels de santé peuvent travailler aussi bien en milieu, hospitalier qu'en extra hospitalier avec par exemple un exercice libéral, ou même travailler en PMI. Elles commencent à suivre les femmes bien avant leur grossesse et délivrent déjà des informations de prévention, de dépistage ainsi que sur les méthodes de contraception. Elles encadrent les grossesses depuis le diagnostic jusqu'à l'accouchement. Ce suivi est réalisé seul si la grossesse est dite « normale ». Sinon, elles orienteront vers un médecin gynécologue obstétrique puis travailleront en collaboration avec ce dernier. Les sage-femmes veillent jusqu'à la fin de l'accouchement à la santé et au bien-être de la femme enceinte et de son bébé. Elles ont un rôle fondamental dans la prise en charge des femmes enceintes.

Les médecins psychiatres sont les spécialistes des souffrances psychiques, psychologiques et des troubles du comportement. Ils ont aussi un rôle clé dans les troubles anxieux, les états de dépendances et des troubles relationnels. Les médecins psychiatres peuvent exercer dans beaucoup de structures de type différent. Ces derniers établissent un diagnostic après de longs échanges et consultations avec leurs patients afin de mettre en place le traitement le plus adapté, personnalisé et efficace. Cependant, cela est bien souvent insuffisant et de la psychothérapie est conseillée en parallèle. Dans les situations les plus extrêmes, des hospitalisations sont mises en place. Les médecins psychiatres doivent faire preuve de grandes qualités d'écoute et être dotés d'un équilibre émotionnel stable.

Les médecins addictologues sont des médecins ayant validé un Diplôme Universitaire (DU) en addictologie ou un Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires (DESC) en addictologie. Ces professionnels de santé sont spécialistes des troubles addictifs et de l'ensemble de leurs prises en charge. Leur exercice concerne aussi bien les addictions liées à une substance que les addictions qui dérivent d'un trouble du comportement. Les prises en charge se révèlent être multiples et dépendent du type d'addiction, du comportement du patient vis-à-vis de cette dernière, du degré de dépendance, de la situation médico-sociale, ... Ils encadrent la prise en charge de sevrage de leur patientèle qu'ils définissent selon des solutions adaptées, individualisées en fonction des objectifs à atteindre.

Les infirmiers sont des personnels de santé spécialisés dans les soins spécifiques de santé et d'hygiène. Nous pouvons les retrouver en secteur hospitalier et en extra hospitalier. Nous détaillerons deux spécialisations du corps infirmier : les infirmiers travaillant en ELSA et les infirmières puéricultrices.

Les infirmiers travaillant en ELSA sont des infirmiers qui participent aux consultations et aux soins spécialisés en addictologie. Ils évoluent au sein d'une équipe pluridisciplinaire et participent activement à la prise en charge des patients au sein de leurs services et/ou structures. Ils interviennent dans l'évaluation des patients en ambulatoire ou hospitalisés. Ils accompagnent et forment les différentes équipes de soins. Ils prennent part aux interventions précoces en abordant les sujets de la consommation et participent à l'aide apportée. Ils font véritablement partie du suivi-médico social des patients souffrant de dépendance.

Les infirmières puéricultrices sont spécialisées dans les soins de santé prodigués aux enfants. Elles peuvent exercer leur métier dans les services de pédiatrie, en maternité ou encore en PMI. Ces professionnels de santé peuvent avoir des fonction de « référente » ou de « coordinatrice » au sein des différents services. Elles ont un rôle crucial dans la prévention, l'éducation et la protection des enfants. Elles assistent aux consultations spécialisées infantiles, et participent au dépistage de retard psychomoteur. En parallèle, elles jouent un rôle majeur dans les suspicions de situations de danger ou de maltraitance.

Les réseaux de soins en addictologie jouent un rôle important dans la prise en charge des patients souffrant de dépendance. Leur activité est encadrée par l'article L.6321-1 du code de la santé publique. (86) Ce sont des organisations qui, sur un territoire défini et à un moment défini, offrent une réponse organisée et adaptée grâce à un ensemble de professionnels de santé et/ou de structures. Leur objectif est de favoriser l'accès au système de soins tout en valorisant la coordination des différents acteurs impliqués et l'interdisciplinarité. Ils exercent des missions d'éducation, de prévention et de réduction des risques, de diagnostic et de soins. Dans certains cas, ils peuvent être invités à réaliser des missions de santé publique.

Leurs missions principales s'articulent autour de l'accueil des patients, de l'évaluation de leur état ainsi que de la prise en charge qui leur est proposée. Ces organisations facilitent l'accès au parcours de soins du patient et optimisent la coordination entre les différents acteurs.

III.3.2. Le rôle du pharmacien d'officine

Le pharmacien d'officine est un professionnel de santé à part entière grâce à ses connaissances et à sa formation.

Le pharmacien d'officine, autrefois, limité à la préparation et à la dispensation d'ordonnances avec conseil pharmaceutique, de produits et de dispositifs médicaux a vu son métier complété par de nouvelles missions, notamment depuis la réforme de l'Hôpital relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (loi HPST) du 21 juillet 2009. (87)

Aujourd'hui les missions des pharmaciens d'officine sont, selon l'article L5125-1-1 A du Code de la Santé Publique (CSP), de :

- « **Contribuer aux soins de premier recours**, tels que : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients grâce à la dispensation de produits et/ou de dispositifs médicaux accompagnés de conseils pharmaceutiques. Le pharmacien d'officine oriente les patients dans le système de soins et promeut l'éducation thérapeutique.
- **Participer à la coopération entre professionnels de santé**, par exemple via le dossier pharmaceutique (DP) et le dossier médical partagé (DMP). Tous les renseignements sont confidentiels, si les professionnels de santé échangent par écrit, ceci doit se faire par une messagerie sécurisée avec l'accord du patient,
- **Participer à la mission de service public de la permanence des soins**. En effet, ceci correspond aux services de gardes (ouvertures en dehors de jours d'ouverture habituels) et aux services d'urgence (ouvertures en dehors des heures d'ouvertures habituelles),
- **Concourir aux actions de veille et de protection sanitaire** organisées par les autorités de santé. En effet, le pharmacien est dans l'obligation légale de déclarer les potentiels effets indésirables liés à des médicaments aux centres de pharmacovigilance ou pharmacodépendance. Ceci concerne aussi les dispositifs médicaux avec la matériovigilance ainsi que les autres produits retrouvés en officine aux centres de cosméto-vigilance ou nutri-vigilance. Le pharmacien doit aussi rédiger des fiches d'intervention pharmaceutique dès qu'il constate un problème lié à une prescription lors de son analyse pharmaceutique.
- **Participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients**. Ce sont des actions facultatives comprenant les bilans de médications et les entretiens pharmaceutiques (concernant les traitements anti-vitamine K, les traitements anticoagulants par voie orale et les traitements antiasthmatiques).
- **Assurer la fonction de pharmacien-référent ou pharmacien-correspondant** dans certains cas et certaines conditions. Le pharmacien-correspondant peut, dans le cadre d'un exercice coordonné, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques et ajuster, au besoin, leur posologie,
- **Proposer des conseils et des prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes**,
- **Effectuer les vaccinations autorisées selon certaines conditions**. Ces vaccinations ne concernent uniquement un certain public et notamment la vaccination antigrippale et anti-COVID 19 actuellement.
- **Délivrer pour certaines pathologies certains médicaments encadrés selon des protocoles** inscrits dans le cadre d'un exercice coordonné : c'est la « dispensation sous protocole ». Le décret relatif à cette dernière est le décret n°2021-23 du 12 janvier 2021. (88) » (89)

De plus, selon l'article 4235-2 du CSP le pharmacien doit « contribuer à l'information et à l'éducation en matière sanitaire et sociale. » Par ailleurs, il doit aussi participer à la lutte contre la toxicomanie, les maladies sexuellement transmissibles et le dopage. (90)

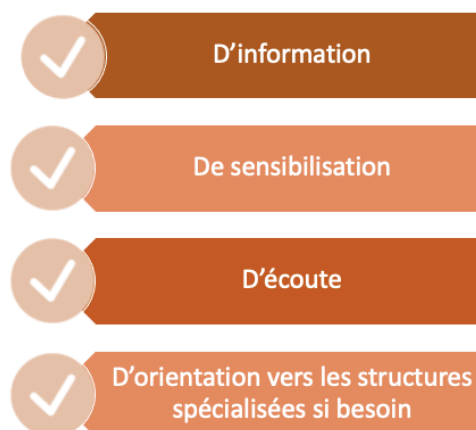
La profession possède plusieurs avantages bénéfiques à sa pratique tels que :

- **L'accessibilité de la pharmacie** : possibilité d'aller à la pharmacie selon la plage horaire de l'officine et sans rendez-vous,
- **La proximité et la situation géographique** : pas de désert pharmaceutique sur le territoire français métropolitain grâce au solide maillage officinal,
- **La disponibilité des professionnels de santé** : à la pharmacie directement, ou par communication téléphonique ou écrite (par mail via l'adresse sécurisée ou par le chat/messagerie si la pharmacie possède un site internet),
- **La relation de confiance avec la patientèle de la pharmacie,**
- **La connaissance des patients** : au niveau personnel, social et médical (grâce à l'historique thérapeutique renseigné sur les logiciels de gestion officinale).

Au comptoir, il serait donc pertinent d'aborder le sujet de la grossesse avec une patiente enceinte ou évoquant un désir de grossesse. Nous pouvons entamer un dialogue avec des questions ouvertes, comme par exemple : « Comment se passe votre grossesse ? Si vous avez des questions ou des doutes sur certains sujets, je serai ravie de pouvoir y répondre. »

De plus, nous pouvons communiquer autrement, notamment grâce à des affiches ou des brochures mises à disposition. Ces documentations ne sont pas obligées de se restreindre à la consommation d'alcool pendant la grossesse mais aussi d'informer sur les autres drogues ou produits toxiques.

Le pharmacien a donc un rôle clé :



IV. Retour de questionnaire

J'ai créé un questionnaire de 22 questions destiné aux professionnels de santé en collaboration avec M. VILLEGGER. Ce questionnaire a été diffusé sur format papier et sur format numérique sur mes réseaux sociaux puis partagé grâce à des hashtags. Il est resté en ligne quelques mois. A la clôture de ce questionnaire, 121 réponses sur les 123 reçues sont considérées comme exploitables. En effet, l'une des personnes ayant répondu au questionnaire n'était pas un professionnel de santé, et l'autre n'avait pas répondu à toutes les questions. Ces réponses ont donc été manuellement supprimées afin d'obtenir les statistiques les plus précises possibles.

Ce questionnaire visait à interroger les professionnels de santé (qu'ils soient diplômés ou encore étudiants) sur leur vision de la prise en charge des femmes enceintes vis-à-vis de l'alcool. Certaines questions posées portaient sur des principes théoriques. D'autres interrogeaient davantage sur une composante sensible, et peut-être, sur des *a priori* personnels que ces derniers pouvaient porter à l'égard de cette population. Il est vrai que les femmes enceintes se retrouvent souvent à être observées, critiquées voire jugées sur leur manière de vivre leur maternité, et ce, parfois dès le début de la grossesse. Les femmes enceintes dépendantes à l'alcool portent donc généralement ce « double fardeau ».

➤ Question n°1

Êtes-vous ?

- Un homme ?
- Une femme ?

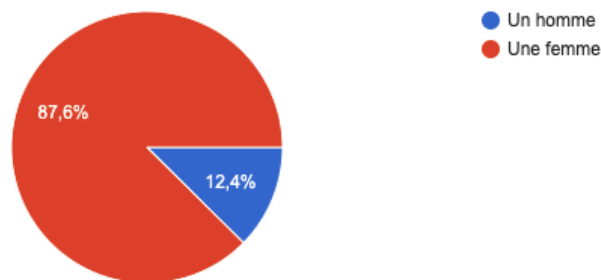


Illustration n°13 : Diagramme circulaire représentant les réponses à la question n°1

Cette question a été posée dans l'objectif d'identifier les personnes ayant répondu au questionnaire. Une majorité de femmes a répondu au questionnaire, soit 87,6 %. Seulement 12,4 % (soit 15 réponses) des réponses ont été données par des hommes.

Plusieurs hypothèses peuvent être mises en avant :

- Le questionnaire a plus intéressé les femmes que les hommes,
- Les professions de santé qui ont répondu majoritairement (voir question 2) sont majoritairement représentées par des femmes,
- Le milieu de la santé est un secteur qui tend à recruter et à intéresser de plus en plus de femmes.

➤ Question n°2

Quelle profession exercez-vous ? (Étudiant ou diplômé)

- Médecin gynécologue ?
- Sage-femme ?
- Infirmière / Aide-soignante ?
- Médecin addictologue ?
- Pharmacien / Préparateur ?
- Psychiatre ?
- Psychologue ?
- Médecin d'une autre spécialité ?

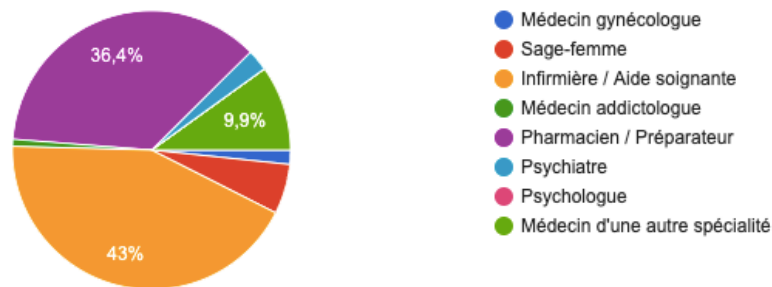


Illustration n°14 : Diagramme circulaire représentant les réponses à la question n°2

Tout comme la question 1, celle-ci avait pour but de renseigner sur la filière professionnelle des personnes ayant émis une réponse.

Majoritairement, avec 43 % des réponses, le corps infirmier a participé à ce questionnaire. Puis, les pharmaciens et préparateurs en pharmacie se sont mobilisés avec un taux de participation de 36,4 %. Les médecins sont représentés par 9,9 % des réponses.

Ensuite, les taux de participation des autres professions sont de :

- 5,8 % pour les sages-femmes,
- 2,5 % pour les psychiatres,
- 1,7 % pour les médecins gynécologues,
- Et seul un médecin addictologue a répondu au questionnaire.

Plusieurs hypothèses pourraient expliquer ces différences de mobilisation :

- Le corps infirmier est un secteur important dans notre système de santé, de plus, sur mes réseaux sociaux plusieurs poursuivent dans cette formation ou sont déjà diplômés. Ces derniers ont donc pu répondre au questionnaire et le faire circuler à leur tour à leur école et/ou collègues.
- Les pharmaciens et préparateurs représentent ma filière, des personnes de ma promotion et les équipes avec qui j'ai pu travailler ont répondu à ce questionnaire. D'autres ont pu le remplir directement sur le net.
- Lors de mon stage en « grossesses pathologiques » à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant (HME) de Limoges en 5^{ème} année hospitalo-universitaire, j'avais fait tourner mon questionnaire auprès des sages-femmes, des médecins et des internes en gynécologie.
- Les autres personnes ayant répondu au test l'ont donc forcément trouvé sur le net.

➤ Question n°3

A quelle tranche d'âge appartenez-vous ?

- 20 – 30 ans ?
- 30 – 40 ans ?
- 40 – 50 ans ?
- 50 – 60 ans ?
- Plus de 60 ans ?

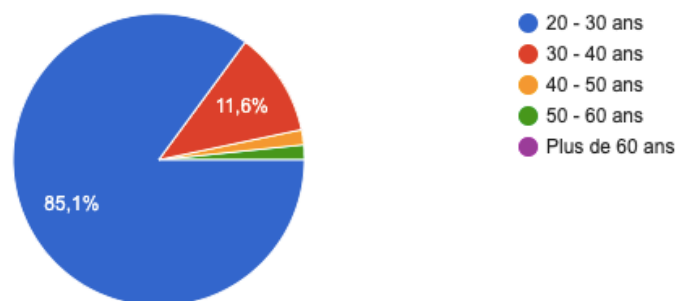


Illustration n°15 : Diagramme circulaire représentant les réponses à la question n°3

Toujours dans la même optique d'identification de l'échantillon, cette question a permis de recueillir des informations sur l'âge des personnes ayant répondu.

Cette question a été posée afin de repérer, s'il y en a, des différences au niveau de la prise en charge et des *a priori*, en se basant sur l'expérience professionnelle et la maturité personnelle. L'écart générationnel permet aussi de mettre en perspective certaines pratiques ou manières d'interagir avec les patientes.

La tranche d'âge la plus représentée est celle des 20-30 ans avec 85,1 % des réponses. Puis, suivies de :

- 11,6 % de 30-40 ans,
- 1,7 % de 40-50 ans,
- 1,7 % de 50-60 ans
- Cependant aucune personne de plus de 65 ans n'a répondu au questionnaire.

Ceci peut s'expliquer par plusieurs hypothèses :

- Les questionnaires proposés dans le cadre des thèses ou des mémoires sont souvent remplis par des personnes jeunes, car il s'agit souvent d'un format numérique.
- De plus, le fait de l'avoir partagé sur mes réseaux sociaux a pu biaiser sur la destination du type de public. En effet, ma communauté est relativement jeune ou de ma génération.
- Le fait de l'avoir publié sur les réseaux sociaux s'adresse principalement à une certaine tranche de la population.

➤ Question n°4

Vous suspectez une consommation d'alcool chez une femme enceinte :

- Vous essayez d'aborder le sujet ?
- Vous attendez le prochain RDV pour en parler ?
- Vous l'adrezsez à un médecin addictologue ?

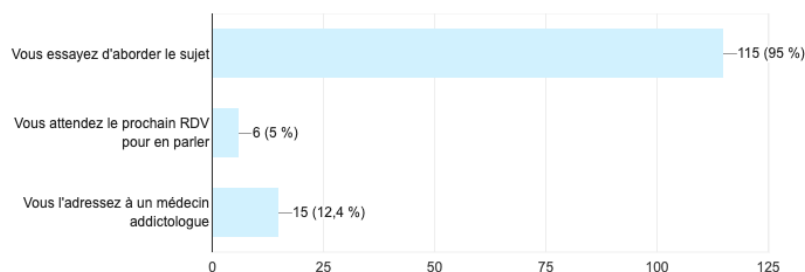


Illustration n°16 : Histogramme en barres représentant les réponses à la question n°4

La question n°4 permet de connaître qu'elle serait l'approche des professionnels de santé face à cette situation.

La grande majorité (95 % des réponses) dit essayer d'aborder le sujet dès la suspicion de consommation. 12 de ces personnes l'orientent aussi directement vers une consultation avec un médecin addictologue. Les 5 % ne souhaitant pas aborder directement le sujet ne sont pas à blâmer. Ces professionnels de santé ne sont peut-être pas totalement à l'aise avec cette problématique. Ils peuvent programmer un autre rendez-vous rapproché avec la patiente. Ce laps de temps leur laissera alors du temps pour se former sur la démarche d'approche, les solutions à apporter et les orientations à proposer.

Une grande partie de la prise en charge se joue à cette étape. En effet, car elle correspond à l'entrée de la patiente dans son parcours de soins. Si elle n'y adhère pas, se sent jugée ou stigmatisée, il y a peu de chance pour que la prise en charge soit optimale et bien menée.

➤ Question n°5

Vers quel professionnel l'orientez-vous en première intention ?

- Un médecin addictologue ?
- Son gynécologue ?
- Une infirmière d'équipe de liaison en addictologie (ELISA) ?
- Son médecin traitant ?
- Son pharmacien ?
- Un psychiatre ?
- Un psychologue ?

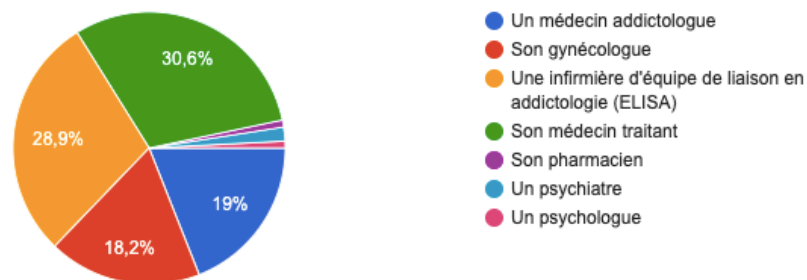


Illustration n°17 : Diagramme circulaire représentant les réponses à la question n°5

La question n°5 avait pour objectif de connaître chez les professionnels de santé ceux qu'ils estimaient les plus légitimes ou en capacité de prendre en charge les femmes enceintes consommant de l'alcool.

Nous pouvons constater que 4 types de professionnels de santé se distinguent des autres :

- Les médecins généralistes (30,6 %),
- Les Infirmières d'Équipe de Liaison en Addictologie (ELISA) avec 28,9 % des voix,
- Les médecins addictologues (19 %),
- Les psychologues (18,2 %).

Les médecins généralistes recueillent presque un tiers des voix. Ceci montre le rôle clé de cette profession et la considération des autres professionnels de santé à son égard. En effet, ils sont souvent reconnus comme les professionnels de santé de référence pour chacune de leurs patientes.

Les infirmières, qui grâce à leurs qualités d'écoute, d'empathie et de leurs compétences, sont reconnues comme des intervenants clé dans le suivi de ces patientes. De plus, leur formation dans la prise en charge des pathologies addictives les rend d'autant plus indispensables dans ces parcours de soins.

Les médecins addictologues sont aussi des professionnels de santé vers qui l'orientation est primordiale surtout dans les cas avérés et avancés de consommation où la prise en charge doit être rapide.

Les psychologues représentent un aide clé dans ces parcours de soins. Leur intervention peut ne pas se suffire à elle-même mais elle permet d'orienter et d'adapter la prise en charge de la patiente. Les psychologues offrent les clés et les outils nécessaires aux patientes, ce qui augmente les chances de réussite de la prise en charge.

➤ Question n°6

Selon vous, combien de femmes enceintes seraient susceptibles de consommer de l'alcool au cours de leur grossesse ?

- Moins de 5 % ?
- 5 – 10 % ?
- 10 – 30 % ?
- 30 – 50 % ?

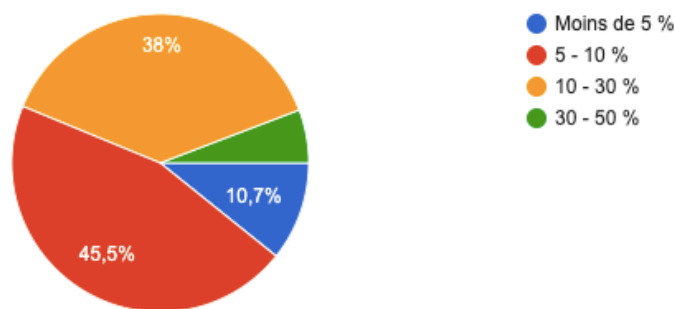


Illustration n°18 : Diagramme circulaire représentant les réponses à la question n°6

La question n°6 n'est pas précise sur le fait qu'était sous-entendu le fait que la grossesse était connue et que, par conséquent, la mère était consciente de cette dernière. Cette question ne se base pas sur une recherche de fait mais plutôt sur les *a priori* que nous, professionnels de santé, pouvons avoir.

La question porte sur la « susceptibilité de consommer de l'alcool ». Ici, nous ne parlons donc pas de dépendance avérée ou de consommation habituelle. Nous avons cherché à questionner sur la proportion de femmes enceintes qui seraient donc susceptibles de consommer de l'alcool pendant leur grossesse, ne serait-ce que lors d'un événement unique.

Sur les personnes interrogées :

- 13 personnes ont voté pour moins de 5 %,
- 55 personnes ont voté pour 5 à 10 %,
- 46 personnes ont voté pour 10 à 30 %,
- 7 personnes ont voté pour 30 à 50 %.

Une majorité de professionnels de santé pense donc que 5 à 30% des femmes enceintes seraient susceptibles de consommer de l'alcool au cours de leur grossesse. Ce pourcentage estimé est très conséquent. Cette réflexion nous amène donc à renforcer nos actions et nos discours de prévention en faveur du « zéro alcool » auprès de cette population.

➤ Question n°7

Avez-vous déjà suivi une femme enceinte consommatrice d'alcool ?

- Oui ?
- Non ?

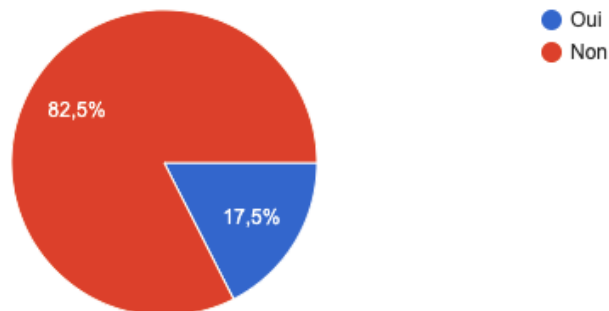


Illustration n°19 : *Diagramme circulaire représentant les réponses à la question n°7*

La question n°7 sous-entend que le professionnel de santé était au courant d'une situation d'alcoolisme, d'un événement éthylique ayant eu lieu ou d'une pathologie diagnostiquée. Cependant, ce sujet reste très tabou dans notre société. Il n'est donc pas toujours simple d'identifier les femmes qui consomment, notamment celles qui consomment peu. Les professionnels santé qui ont été interrogés ont donc totalement pu prendre en charge des patientes avec cette problématique sans en avoir eu le moindre doute.

Sur les 121 professionnels de santé ayant répondu au questionnaire 21 ont répondu positivement à la question soit 17,5 %. Cette part est donc importante et incite encore à développer nos actions de prévention.

➤ Question n°8

Selon vous, quelle tranche d'âge serait la plus touchée ?

- Moins de 20 ans ?
- 20 – 25 ans ?
- 25 – 30 ans ?
- Plus de 30 ans ?
- Ne se prononce pas

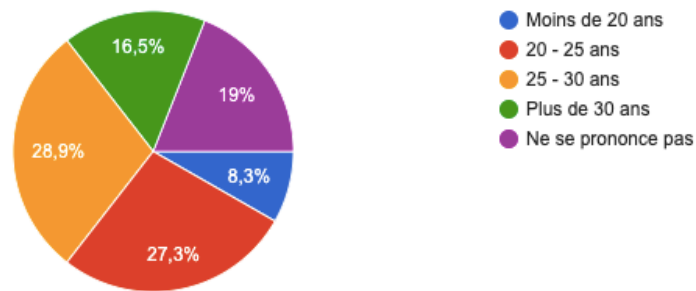


Illustration n°20 : Diagramme circulaire représentant les réponses à la question n°8

Comme pour la question précédente, ici nous questionnons les professionnels de santé sur leurs *a priori* ou sur les situations auxquelles ils ont fait face dans leur exercice professionnel.

Selon leurs réponses, la tranche d'âge la plus touchée serait les femmes :

- De moins de 20 ans selon 8,3 %,
- Âgées entre 20 et 25 ans selon 27,3 %,
- Âgées entre 25 et 30 ans selon 28,9 %,
- De plus de 30 ans selon 16,5 %,
- 19 % des personnes ayant répondu au questionnaire ne se prononcent pas.

Les personnes qui ont sélectionné la tranche d'âge des moins de 20 ans estiment certainement que l'éducation par les pairs, la maturité et la solitude souvent associées à ces grossesses peuvent jouer sur la consommation d'alcool.

La tranche des 20-25 ans représente les jeunes femmes qui pour la plupart vivent leur première grossesse. Les 25-30 ans représente la tranche d'âge moyenne des premières ou grossesses ultérieures. L'expérience et l'éducation par les pairs existe. Les plus de 30 ans représentent les femmes qui ont souvent eu d'autres enfants ou qui ont plus d'expérience et qui sous-estiment peut être les dangers de l'alcool.

➤ Question n°9

Cherchez-vous à recueillir des informations sur son cadre social et/ou son entourage ?

- Oui ?
- Non ?

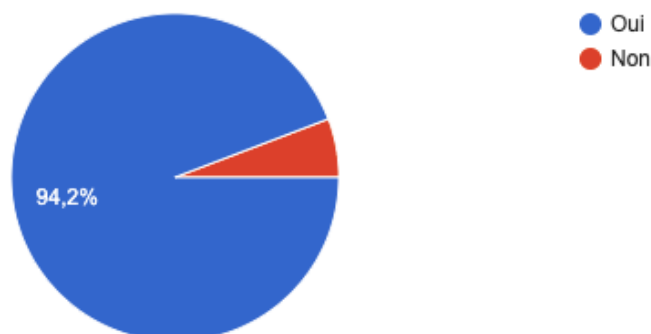


Illustration n°21 : Diagramme circulaire représentant les réponses à la question n°9

94,2 % des professionnels de santé ayant répondu au questionnaire estiment qu'il est préférable d'obtenir des renseignements sur l'entourage de la femme enceinte qui consommerait de l'alcool.

Cette question se pose particulièrement pour les femmes qui ont une consommation fortement suspectée ou avérée. De plus, on cherchera d'autant plus à recueillir des renseignements sur le cadre de vie de la consommatrice régulière avec ou sans consommation importante. Pour toute personne traitée en addictologie, une recherche d'identification du profil de l'entourage sera effectuée. Tout d'abord, l'entourage peut être une raison ou un facteur déclenchant de la consommation.

Pour optimiser les chances de réussite de prise en charge, il est donc primordial d'apporter les clés à la personne dépendante. Parfois, il se peut que la meilleure solution soit d'éloigner du cercle social proche auquel la personne dépendante appartenait. Et parfois, au contraire, l'entourage s'avère être un moteur incontestable dans la réussite vers l'abstinence. L'alliance entre les professionnels de santé et l'entourage de la patiente peut alors être très intéressante à mettre en place.

➤ Question n°10

Selon vous, les femmes les plus susceptibles d'être touchées sont :

- En couple avec le père de l'enfant ?
- Seules avec des enfants à charge ?
- Célibataires ?
- Les 3 situations sans distinction ?

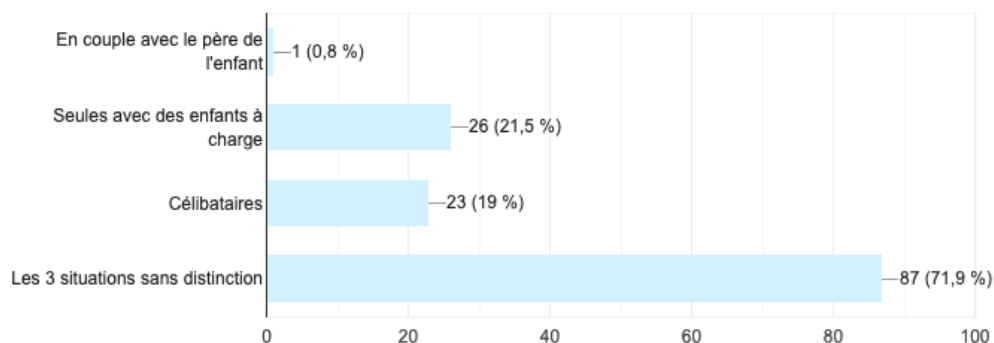


Illustration n°22 : Histogramme en barres représentant les réponses à la question n°10

Nous pourrions être amenés à croire que la consommation d'alcool pourrait être directement corrélée aux difficultés liées au quotidien et se révéler être une échappatoire, une solution. Les mères célibataires et/ou seules avec un ou plusieurs enfants à charge seraient donc considérées comme ayant plus de charge mentale et donc d'épuisement moral. De plus, en étant seules, les ressources financières semblent être plus faibles.

Dans l'imaginaire collectif une mère étant encore en couple avec le père de son ou ses enfants représente une situation plus stable.

Cependant, quand on regarde les réponses de la question n°10, la grande majorité (71,9% des réponses) ne fait pas de distinction entre les femmes en couple, seules ou avec enfant(s) à charge. Les consommations d'alcool à risque puisent bien souvent dans des origines plurifactorielles.

➤ Question n°11

Selon vous, quelle classe sociale serait susceptible d'être la plus touchée ?

- La classe ouvrière ?
- La classe moyenne ?
- La classe aisée ?
- Les 3 classes sociales sans distinction ?

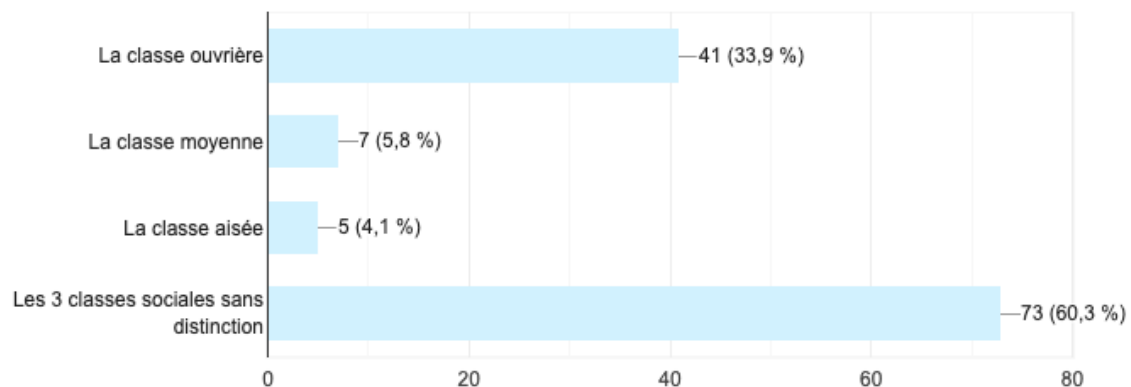


Illustration n°23 : Histogramme en barres représentant les réponses à la question n°11

Cette question a été posée afin d'objectiver la consommation d'alcool au sein des différentes classes sociales. Nous pourrions croire que la classe ouvrière soit plus susceptible de consommer de l'alcool pendant la grossesse par manque d'information, distance avec le professionnel de santé ou le système de soins, les difficultés financières favoriseraient la consommation. Au contraire, la classe aisée serait plus à risque car les femmes de ce milieu connaissent probablement des femmes ayant consommé pendant leur grossesse sans conséquence visible. Cela est encore plus tabou que dans les autres classes sociales car cette sphère peut paraître très basée sur les apparences. En réalité, ce milieu enferme souvent les femmes dans un univers solitaire. Et en parallèle, la classe moyenne serait à la frontière entre ces deux sphères sociales.

Or l'alcool est un toxique accessible financièrement et admis dans notre société. Il est synonyme de fête, de convivialité, de partage et de plaisir. Toute personne quelle que soit sa classe sociale peut avoir accès à cette substance. Comme 60,3 % des personnes ayant répondu à ce questionnaire le suggère, toutes les classes sociales sont impactées sans distinction.

➤ Question n°12

Selon vous, à partir de combien de verres d'alcool bus par jour considèreriez-vous qu'il y a une consommation à risque chez une femme ?

- 1 verre ?
- 2 verres ?
- 3 verres ?
- Plus de 3 verres ?

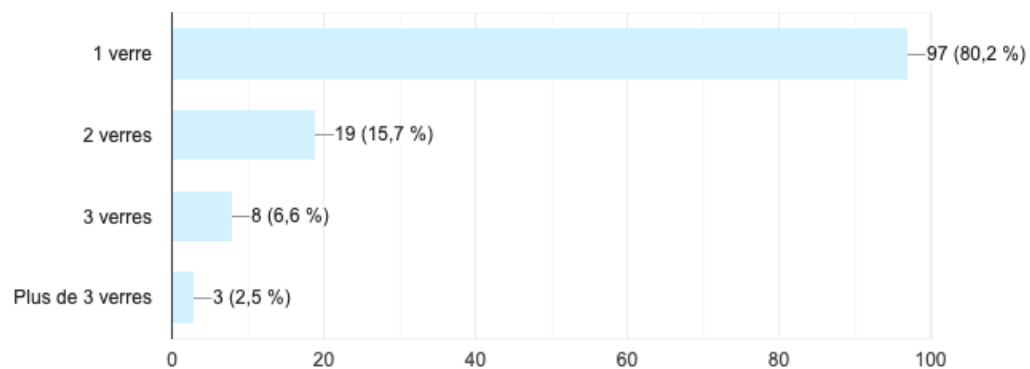


Illustration n°24 : Histogramme en barres représentant les réponses à la question n°12

Cette question offrait un choix multiple de réponses, 95 personnes ont seulement coché la réponse « 1 verre ». 7 personnes ont pour la plupart répondu « 2 verres » et « 3 verres ».

Cependant, il est primordial d'insister après de la population générale et surtout auprès des professionnels de santé que la consommation d'alcool chez la femme enceinte peut être néfaste dès le premier verre d'alcool. Il est donc important d'appuyer sur le « zéro alcool pendant la grossesse ». Dans cette question n°12, toutes les situations doivent alerter car dans cette question, on parle de consommation quotidienne !

➤ Question n°13

Selon vous, une consommation d'alcool est à risque chez la femme enceinte quand elle est ?

- Quotidienne ?
- Hebdomadaire ?
- Mensuelle ?
- Les 3 situations sont à risque ?

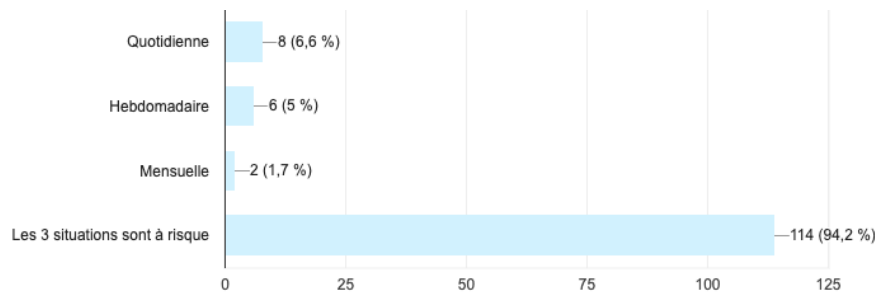


Illustration n°25 : Histogramme en barres représentant les réponses à la question n°13

Pour les mêmes raisons que pour la question précédente, toute consommation d'alcool est à éviter lors de la grossesse.

94,2 % des réponses sont en faveur du dernier item. Mais en regard des réponses qui visent uniquement les consommations hebdomadaires et mensuelles, il est important de continuer de former et d'informer sur le sujet.

➤ Question n°14

Selon vous, quel alcool est le plus néfaste pour la même dose ?

- Vodka ?
- Bière ?
- Whisky ?
- Ils sont tous aussi néfastes ?

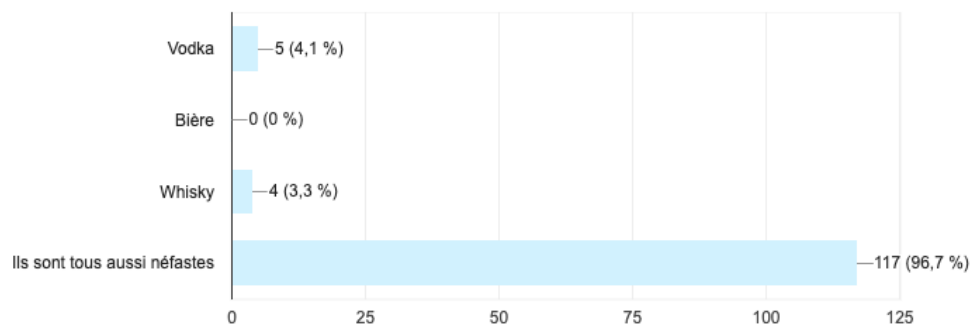


Illustration n°26 : Histogramme en barres représentant les réponses à la question n°14

Cette question 14 avait pour but de faire la distinction entre la dose d'alcool pur ingérée et le degré d'alcool. La vodka et le whisky sont qualifiés « d'alcools forts » car leur degré d'alcool est en moyenne de 40°. La bière, quant à elle, a un degré d'alcool bien plus faible. En effet, la majorité des bières consommées en France sont des bières à 5° d'alcool pur. Cependant, il est important de préciser que certaines peuvent être bien plus fortes.

En revanche, l'énoncé de la question interrogeait sur la « dose d'alcool » et non le degré. C'est à dire que quel que soit l'alcool consommé, pour une même dose d'alcool ingérée, les risques seront identiques. Que la femme enceinte consomme de la vodka, de la bière ou du whisky, la quantité totale de liquide ne sera donc pas la même contrairement à la quantité d'alcool pur, si l'on se fie à des doses standardisées.

96,7 % des professionnels de santé ne font donc pas la différence entre le type d'alcool consommée et à la dose d'alcool ingérée. Ceux qui n'ont pas coché cette réponse avaient sélectionné « vodka » et/ou « whisky ».

➤ Question n°15

Concernant la prise en charge, quelle option vous paraît être la meilleure ?

- Stabiliser la consommation d'alcool à une quantité constante, l'objectif consiste seulement à ne pas augmenter les doses ?
- Diminuer par palier jusqu'à stabiliser la consommation ?
- Diminuer par palier jusqu'à l'arrêt total ?
- L'arrêt brutal ayant pour but final : le sevrage ?

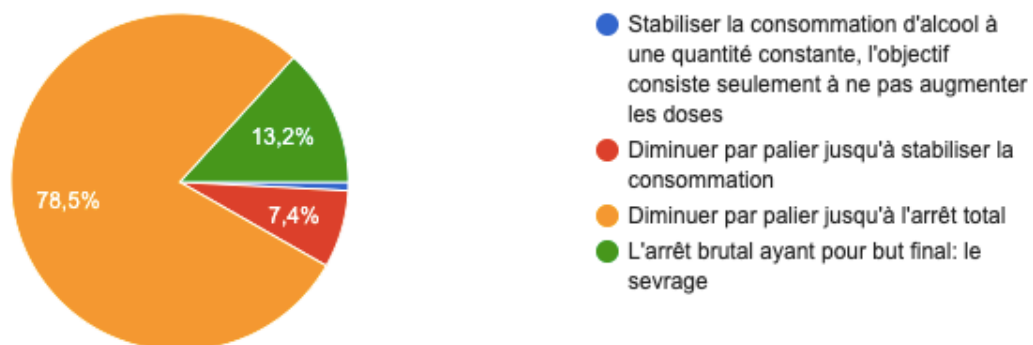


Illustration n°27 : Diagramme circulaire représentant les réponses à la question n°15

La majorité des professionnels de santé à 78,5% pense qu'une diminution par palier jusqu'à l'arrêt total est la meilleure option concernant la prise en charge chez les femmes enceintes. En effet, contrairement à ce que 13,2% pensent que l'arrêt brutal de la consommation n'est pas recommandé surtout pour les consommations d'alcool avec un important volume.

Cependant, dans certaines situations et chez certaines femmes, le sevrage total ne sera pas obtenu. Dans ces situations-là, l'objectif sera alors de contrôler la consommation. Tout d'abord en la réduisant, par palier. La stabilisation de la consommation pourrait s'avérer être une option intéressante si la consommation atteinte est la consommation minimale possible. Cette consommation minimale sera établie par le médecin addictologue en fonction du mode de consommation et des quantités ingérées de la patiente.

Toute prise en charge sera différente en fonction des patientes, de leur environnement et de leur consommation.

➤ Question n°16

Quelle thérapeutique vous paraît être la plus adaptée ?

- Baclofène (LIORESAL®) ?
- Acamprosate (AOTAL®) ?
- Nalméfène (SELINCRO®) ?
- Conseils hygiéno-diététiques ?

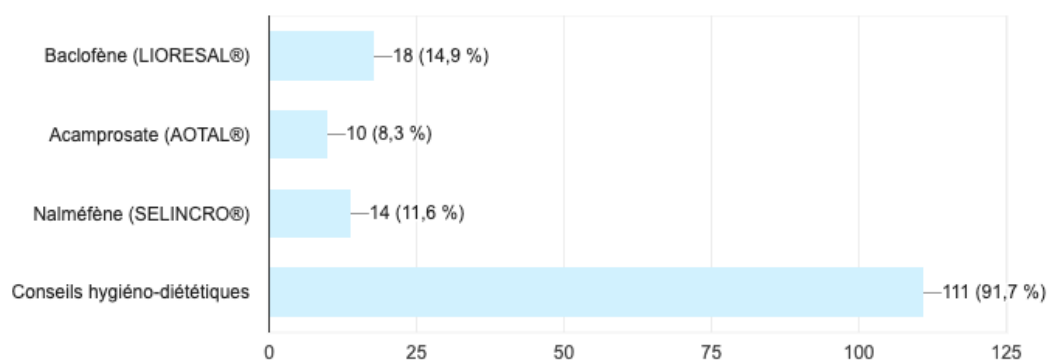


Illustration n°28 : Histogramme en barres représentant les réponses à la question n°16

Les différents médicaments utilisés dans le sevrage ou le maintien de l'abstinence alcoolique sont développés dans la sous-partie III.2.2.2.

L'acamprosate et le naltrexone seraient les molécules à privilégier dans le cadre d'une grossesse. Cependant, la responsabilité repose sur le prescripteur. Si ce dernier estime que la patiente est équilibrée avec un autre traitement, ce traitement peut être poursuivi si la balance bénéfique/risque est favorable.

Chaque patiente, chaque grossesse et chaque situation est différente. Le schéma thérapeutique sera donc propre à chaque femme et à son prescripteur en complément de conseils hygiéno-diététiques adaptés.

➤ Question n°17

Concernant les risques, quels effets attendez-vous concernant le bébé ?

- Croissance normale ?
- Malformations ?
- Altérations cognitives ?
- Poids normal ?

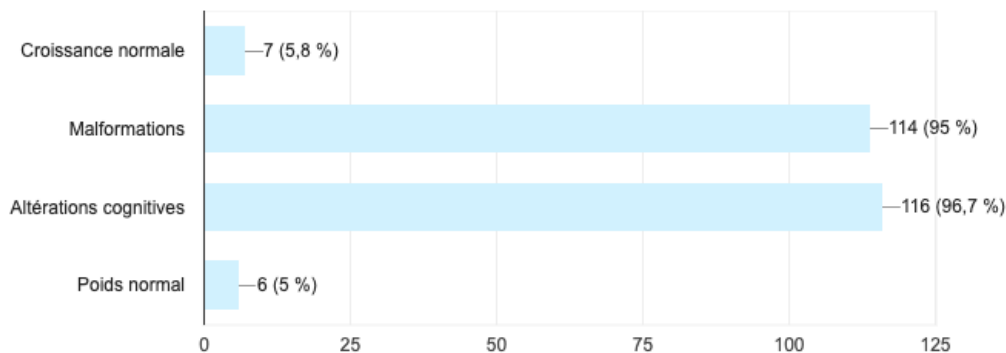


Illustration n°29 : Histogramme en barres représentant les réponses à la question n°17

La question n°17 interroge sur les potentielles séquelles d'une consommation d'alcool in utero sur les bébés à naître. Il est important de rappeler que la dose d'alcool ingérée pendant la grossesse et/ou fréquence de consommation sans risque pour l'enfant à naître n'est pas connue. Par principe de précaution, le « zéro alcool » pendant la grossesse est recommandé.

Cependant, les bébés en contact avec l'alcool *in utero* ont des caractéristiques spécifiques communes. Même si une différence interindividuelle existe des caractéristiques sont très souvent retrouvées chez ces bébés comme :

- Une croissance ralentie, tant physiquement qu'intellectuellement,
- Des malformations, notamment au niveau du visage avec des traits spécifiques,
- Un faible poids du nouveau-né à la naissance.

➤ Question n°18

La consommation d'alcool augmenterait-elle le risque de fausses couches ?

- Oui ?
- Non ?

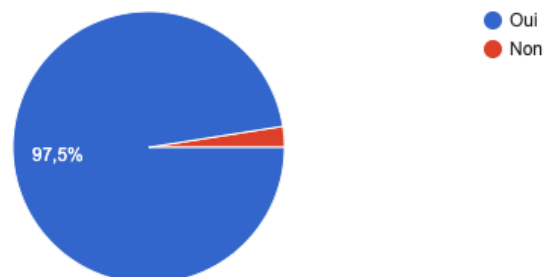


Illustration n°30 : Diagramme circulaire représentant les réponses à la question n°18

La consommation d'alcool pendant la grossesse, comme 97,5% des réponses l'avancent, augmente le risque de fausses couches.

Les questions n°19, n°20 et n°21 n'ont pas de réponse théorique. Ces questions ont uniquement été posées afin de connaître le ressenti et les idées des professionnels de santé ayant répondu à ce questionnaire.

Il est indispensable de rappeler que toute consommation de toxique, quel qu'il soit, constitue un potentiel risque pour le développement de l'enfant à naître ainsi que pour le bon déroulement de la grossesse.

➤ Question n°19

Selon vous, est-ce plus grave qu'elle boive plutôt qu'elle fume pendant la grossesse ?

- Oui ?
- Non ?
- Ne se prononce pas

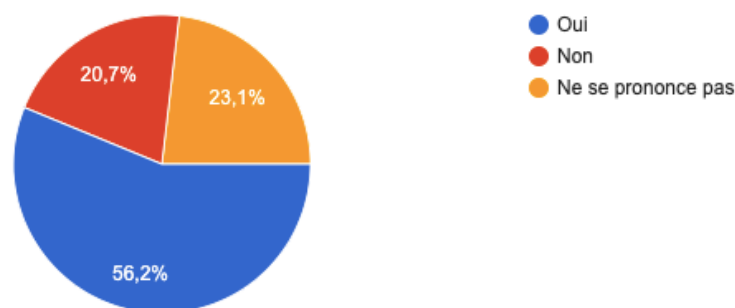


Illustration n°31 : Diagramme circulaire représentant les réponses à la question n°19

Le tabagisme est néfaste pour le bon déroulement de la grossesse ainsi que sur le développement du fœtus.

En effet, le tabagisme augmenterait le risque de fausses couches et est un facteur favorisant le risque d'accouchement prématuré. De plus, le tabagisme actif pendant la grossesse favoriserait une implantation basse du placenta, ce qui augmente le risque d'hémorragies et de formation d'hématomes rétro-placentaires.

En ce qui concerne le fœtus, tout son développement est impacté par le tabagisme car le fœtus est moins bien oxygéné. De plus, il est en contact avec le monoxyde de carbone présent dans le sang maternel. La nicotine est un vasoconstricteur qui va agir sur les artères qui irriguent le placenta, les échanges materno-fœtaux sont donc fortement impactés. Les fœtus exposés au tabac pendant la grossesse, sont généralement des petits gabarits à la naissance car ils peuvent être sujet à un retard de croissance intra-utérin.

Les risques de malformations sont eux-aussi augmentés. Même après la naissance, les risques demeurent. Les nouveau-nés ayant été exposés pendant la grossesse ont plus de risque de développer des troubles respiratoires voire de décéder d'une « mort subite du nourrisson ».

➤ Question n°20

Selon vous, est-ce moins grave qu'elle boive plutôt qu'elle consomme de la drogue (cannabis, héroïne, cocaïne, ...) ?

- Oui ?
- Non ?
- Ne se prononce pas

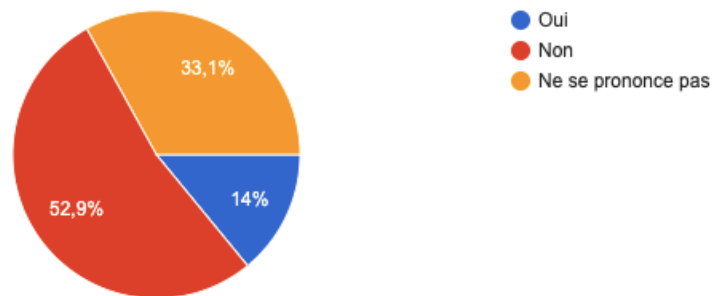


Illustration n°32 : Diagramme circulaire représentant les réponses à la question n°20

L'alcool est un toxique dévastateur pour le bon déroulement de la grossesse et le bon développement du fœtus.

Cependant, les autres drogues, qu'elles soient dites « dures » ou pas, engendrent elles aussi de terribles conséquences. La consommation de certaines drogues est bien souvent corrélée à une addiction et à une perte de contrôle délétère pour le fœtus.

➤ Question n°21

Selon vous, est-ce plus grave de boire un verre de whisky plutôt qu'un verre de bière ?

- Oui ?
- Non ?
- Ne se prononce pas

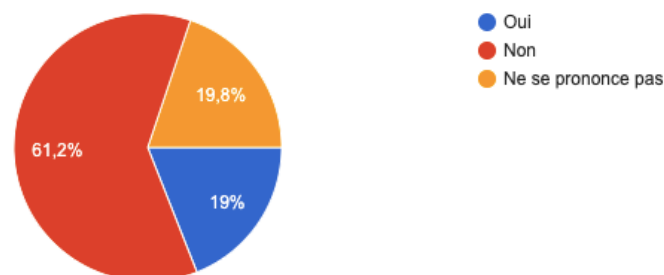


Illustration n°33 : Diagramme circulaire représentant les réponses à la question n°21

Cette question se rapproche de la question n°14. On confond souvent dans le langage courant « dose d'alcool » et « degré d'alcool ».

L'important c'est la dose d'alcool pur ingéré. Toute consommation d'alcool constitue un risque pour le fœtus, quel que soit le type de boisson alcoolisée ingérée. Cependant, au regard des résultats recueillis cela ne semble pas être clair pour tous les professionnels de santé.

➤ Question n°22

Selon vous, à la naissance, si ces femmes sont dépendantes, seront-elles capables d'assumer leur enfant ?

- Oui, il n'y a pas de lien avec le fait d'être une bonne mère ?
- Oui, avec aide si besoin ?
- Non, il faut faire appel à des structures sociales ?
- A évaluer ?

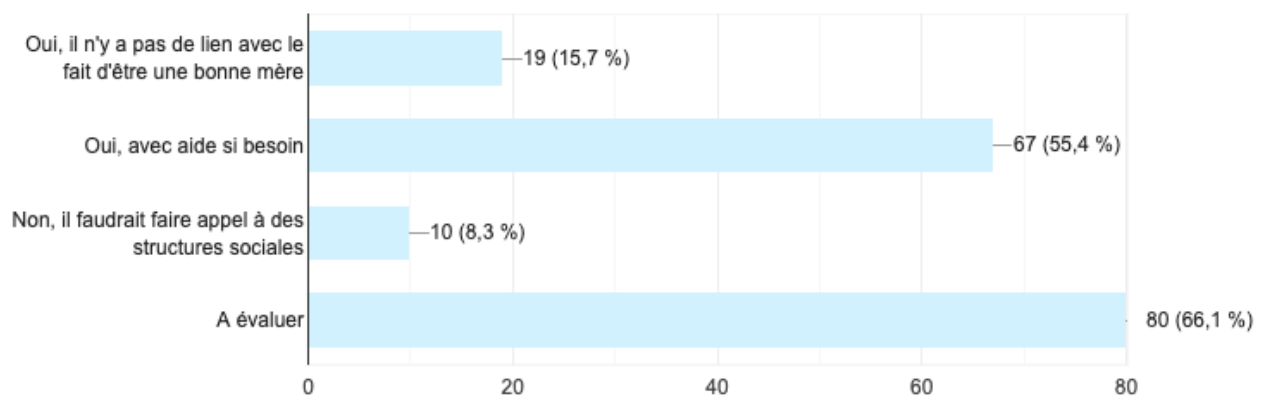


Illustration n°34 : Histogramme en barres représentant les réponses à la question n°22

Ce questionnaire était réservé aux professionnels de santé. Il est important de rappeler que cette question concernent les femmes qui sont dépendantes à l'alcool. Dans cette question n°22, on ne parle pas de consommation, qu'elle soit régulière ou non, mais de dépendance.

En tant que professionnel de santé, il est indispensable de concevoir l'addiction comme une pathologie à part entière. En effet, toutes les formes d'addictions et de dépendances sont souvent stigmatisées et réduites à un manque de volonté de la part des patients. Cette pensée s'appuie sur l'hypothèse que « quand on veut vraiment arrêter une consommation ou un comportement, on peut ». Cette pensée populaire revient à renier toute la composante scientifiquement prouvée sur les phénomènes addictifs, ainsi que les divers impacts sur le cerveau et l'ensemble du système neurologique.

Comme pour toute pathologie, une prise en charge est nécessaire par les professionnels compétents. Les professionnels concernés dans ces situations-là travaillent aussi bien dans le milieu médical que social. Les pathologies liées à la dépendance sont des pathologies complexes qui nécessitent des suivis spécifiques.

Ces suivis ne peuvent être fructueux que si les différents intervenants travaillent en interdisciplinarité. Le parcours de soins sera aussi unique à chaque patiente.

Il n'y a donc pas de lien entre la dépendance à un toxique, quel qu'il soit et le fait d'aimer son enfant. Cependant, si la dépendance n'est pas prise en charge, la femme ne sera pas dans de bonnes conditions pour accueillir cet enfant et lui accorder tout le temps qui devrait lui être dédié, car ce temps peut être parasité par la recherche, la consommation et la fuite de la sensation de manque. Aux yeux de la société le fait « d'être une bonne mère » peut alors être remis en question. Cependant, si la prise en charge est adaptée et que les professionnels s'occupant de la patiente lui offrent un parcours de soins correspondant à ses besoins, toutes les chances de réussite sont présentes. Néanmoins, il faut garder à l'esprit que ces prises en charge s'inscrivent dans la durée. L'entraide entre les professionnels de santé et les travailleurs sociaux doit être optimale.

Conclusion

L'alcool est néfaste pendant la grossesse quel que soit le terme ou le type de boisson alcoolisée consommée.

Concernant la quantité à risque d'alcool ingérée, aucun seuil minimal de consommation qui garantirait une innocuité totale sur le futur nouveau-né n'est établi. Par principe de précaution, l'abstinence totale est préconisée chez la femme enceinte et pendant l'allaitement.

Le passage de la barrière placentaire induit une exposition directe du fœtus au toxique. Cette exposition va avoir un impact direct sur le bon déroulement de la grossesse. En effet, les risques d'avortements spontanés et de fausses couches sont augmentés, tout comme les éventuelles complications au moment de l'accouchement. Par ailleurs, le développement physiologique du fœtus est aussi mis en jeu. Tout au long la grossesse, quel que soit le terme, l'alcool pourra avoir des retentissements sur son développement. De plus, les conséquences pourront se répercuter sur son développement futur, notamment s'il souffre du Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF).

Si une femme enceinte déclare consommer de l'alcool ou s'il l'on repère une consommation chez une autre : il ne faut jamais émettre de jugement mais proposer son aide mais offrir la thérapie la plus individualisée et adaptée possible afin de maximiser les chances de réussite du sevrage et d'abstinence.

Les professionnels de santé s'occupant des femmes enceintes consommatrices et/ou dépendantes doivent faire preuve de vigilance et être à l'écoute de ces dernières. Dans tous les cas, ils ne doivent pas laisser place à leurs préjugés. Pour cela, une formation peut leur être proposée afin d'acquérir les réflexes et les connaissances adéquates. Ensuite, les professionnels de santé doivent être en capacité de pouvoir garder un équilibre et un contrôle émotionnel afin d'apporter l'aide la plus bénéfique et efficace à leurs patientes. Ces derniers devront s'adapter et exprimer une véritable rigueur dans leur travail. La clé d'une bonne prise en charge des patientes souffrant d'addictions est la communication entre les différents professionnels impliqués et donc le travail en interdisciplinarité.

Le dépistage de ces consommations d'alcool pendant la grossesse représente un véritable enjeu de santé publique. En effet, les femmes enceintes ne consultent et/ou ne communiquent pas dès le début de la consommation à risque, ni au début de la perte de contrôle mais souvent dès que les conséquences commencent à apparaître ou sont installées.

Nous, professionnels de santé, quel que soit notre domaine de compétence, avons tous un rôle à jouer, que ce soit pour informer, pour dialoguer, pour dépister ou prendre en charge ces femmes.

Références bibliographiques

1. ADDICA - Réseau Addictions de Champagne-Ardenne - Page Internet - Réseaux de Santé ADDICA et CARÉDIAB - Consulté le 12 novembre 2019.
2. Code de la santé publique - Article L3342-1. Code de la santé publique - Legifrance - Article de loi - Consulté le 10 décembre 2020.
3. Code de la santé publique - Article L3331-3. Code de la santé publique - Legifrance - Article de loi - Consulté le 10 décembre 2020.
4. LOI no 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. 91-32 le 10 janvier 1991 - Legifrance - Article de loi - Consulté le 10 décembre 2020.
5. Code de la santé publique - Article L3323-2. Code de la santé publique - Legifrance - Article de loi - Consulté le 10 décembre 2020.
6. Code de la santé publique - Article L3322-2. Code de la santé publique - Legifrance - Article de loi - Consulté le 10 décembre 2020.
7. Grossesse et alcool : risques de l'alcool chez la femme enceinte - Alcool Info Service - Page Internet - Consulté le 16 décembre 2020.
8. Campagne « Alcool : Nouveaux repères de consommation à moindre risque » - Page Internet - Consulté le 17 décembre 2020.
9. Une campagne pour rappeler les repères de consommation - Alcool Info Service - Page Internet - Consulté le 17 décembre 2020.
10. Support de cours, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) - Page Internet - Consulté le 4 janvier 2021.
11. Arrêté du 2 octobre 2006 relatif aux modalités d'inscription du message à caractère sanitaire préconisant l'absence de consommation d'alcool par les femmes enceintes sur les unités de conditionnement des boissons alcoolisées - Legifrance - Article de loi - Consulté le 26 septembre 2021.
12. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) - Item 20 : Prévention des risques foetaux - Alcool et grossesse - Page Internet - Rédaction 2010/2011 - Consulté le 7 janvier 2021.
13. Carnet de santé maternité (ou carnet de grossesse) - Page Internet - Consulté le 7 mars 2021.
14. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Paris). Alcool: effets sur la santé. Paris: INSERM; 2003 - Page Internet - Consulté le 10 janvier 2021.
15. Abrégé d'hépatogastro-entérologie et de chirurgie digestive-CDU-HGE : Chapitre 1 : item 145 (UE3 éditions Elsevier Masson-2015) - Page Internet - Consulté le 12 janvier 2020.
16. Peut-on faire une overdose à l'alcool ? (Quertmont E.8) - Page Internet - L'alcool en questions. Mardaga - 2015 - Consulté le 19 juillet 2020.
17. S. Noui, A. Dervaux. - Syndrome de sevrage à l'alcool: quoi de neuf ? - Rédigé le 7 juillet 2017
18. Migault L. - Exposition maternelle aux champs électromagnétiques, prématurité et petit poids de naissance pour l'âge gestationnel: données des cohortes Elfe et Epipage 2. :295 - Consulté le 17 juillet 2020.
19. Dr Maillard Thierry. Alcool et grossesse. Réseau Prévention Syndrome d'Alcoolisation Foetale - Page Internet - Rédaction en juin 2011 - Consulté le 6 octobre 2020.
20. Avortement spontané - Gynécologie et obstétrique - Page Internet - Édition professionnelle du Manuel MSD - Consulté le 4 janvier 2021.
21. Maconochie N, Doyle P, Prior S, Simmons R. - Risk factors for first trimester miscarriage results from a UK population based case-control study. BJOG Int J Obstet Gynaecol. - Rédaction en 2007;114(2):170-86 - Consulté le 5 janvier 2021.
22. Delabaere A, Huchon C, Deffieux X, Beucher G, Gallot V, Nedellec S, et al. - Épidémiologie

des pertes de grossesse. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod - Rédaction en décembre 2014;43(10):764-75. - Consulté le 6 janvier 2021.

23. Inserm. Prématurité - Page Internet - Inserm - La science pour la santé - Consulté le 6 octobre 2020.

24. Esteban 2014-2016 - Chapitre dosages biologiques des vitamines et minéraux : pas de déficit important ou de carence à grande échelle - Page Internet - Consulté le 19 septembre 2021.

25. Publication de l'Inserm - Expcol 2001 - Chapitre 13 : Consommation d'alcool et statut nutritionnel - Page Internet - Consulté le 4 octobre 2020.

26. Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles, Caroline Prunet, Béatrice Blondel - Consommation d'alcool pendant la grossesse et santé périnatale en France en 2010 - Inserm Unité 953 Université de Paris V. 7 mai 2013;BEH 16-17-18:180-5 - Page Internet - Consulté de 10 octobre 2020.

27. Service Public - Grossesse : examens médicaux - Page Internet - Consulté le 7 mars 2021.

28. Université Numérique Francophone - UE Puériculture, Néonatalogie et Pédiatrie - Chapitre le nouveau-né auprès de sa mère ou en unité pédiatrique en maternité : Plan périnatalité 2005-2007 - Page Internet - Consulté le 9 octobre 2020.

29. Solidarités Santé (site du gouvernement) Rapport d'évaluation du plan périnatalité - Page Internet - Consulté le 8 mars 2021.

30. Université Médicale Virtuelle Francophone - Cours UE Puériculture et Nouveau-né - Page Internet - Le nouveau-né auprès de sa mère ou en unité pédiatrique en maternité - Consulté le 29 septembre 2020.

31. Anne Whittaker. L'unité kangourou: un idéal pour l'accueil de la mère usagère de substances psychoactives et de son bébé. Livre : Guide à l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. RESPADD. p. 234.

32. Université Numérique Francophone. Cours UE Puériculture et Nouveau-né - Le nouveau-né auprès de sa mère ou en unité pédiatrique en maternité - Page Internet - Consulté le 12 octobre 2020.

33. Anne Maillard (Infirmière puéricultrice à l'hôpital de St Nazaire) Conséquences des différentes drogues maternelles pour le nouveau-né - Cours de Présentation - Consulté le 14 octobre 2020.

34. Suzanne Ménard - Consultante en Pratique Infirmière avancée - Nouveau-né à risque de syndrome d'abstinence néonatale - Cours de Présentation - Rédaction en 2017 - Consulté le 14 octobre 2020.

35. Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA) - Syndrome d'Alcoolisation Foetale (SAF) - Cours de Présentation - Rédaction en 2009 - Consulté le 16 décembre 2020.

36. Floyd RL, Denny C. - Syndrome d'Alcoolisation Foetale (SAF) - Encyclopédie sur le Développement des Jeunes Enfants - Rédaction - 2011-2017 - Consulté le 16 décembre 2020.

37. Edition professionnelle du Manuel MSD - Pédiatrie et Maladies diverses du Nourrisson - Syndrome de mort subite du nourrisson - Pédiatrie - Page Internet - Consulté le 12 octobre 2020.

38. Recommandations HAS - Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans). J Pédiatrie Puériculture - Rédaction juin 2008 - Consulté le 12 octobre 2020.

39. Haute Autorité de santé - Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien accidentel par secouement - Rédaction en Juillet 2017 - Recommandations de Bonnes Pratiques - Texte de Recommandations - Consulté le 9 octobre 2020.

40. Bloch J. Faisabilité de la surveillance du syndrome d'alcoolisation foetale, France - Etude en 2006-2008. BEH Thématique - Page Internet - Consulté le 28 août 2020.

41. May PA, Baete A, Russo J, Elliott AJ, Blankenship J, Kalberg WO, et al. Prevalence and Characteristics of Fetal Alcohol Spectrum Disorders. PEDIATRICS - Publication le 1 novembre 2014 - Consulté le 3 octobre 2020.

42. Déroff M-L, Desroches É. La PMI, au plus près de toutes les familles. Spirale - Publication en

2017 - Article de revue N° 82 - Consulté le 6 septembre 2020.

43. Drogues Info Service. Tout savoir sur les drogues : l'aide spécialisée ambulatoire - Page Internet - Consulté le 12 avril 2021.
44. CSAPA - Intervenir Addictions - Vers qui orienter ? - Page Internet - Consulté le 12 avril 2021.
45. ICAARUD - Intervenir Addictions - Le portail des acteurs de santé - Vers qui orienter ? - Page Internet - Consulté le 12 avril 2021.
46. Circulaire DHOS/O2 - DGS SD6B 2000/460 du 8 Septembre 2000 - Legifrance - Article de loi - Consulté le 12 avril 2021.
47. Solidarité-Santé.gouv - DGOS - Les équipes de liaison et de soins en addictologie - ELSA - Page Internet - Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 - Consulté le 12 avril 2021].
48. Anne Whittaker. Evaluation des risques pendant la grossesse - Livre : Guide concernant l'usage de substances psychotactives durant la grossesse. RESPADD. p. 204.
49. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé - Guide à L'usage des Professionnels - Alcool et grossesse : Parlons-en - Revue - Consulté le 1 février 2021.
50. Anne Whittaker. Evaluation des risques pendant la grossesse - Livre : Guide concernant l'usage de substances psychotactives durant la grossesse. RESPADD. p. 205.
51. SOSBébé.org - Solutions de logement et d'hébergement femmes enceintes en difficulté - Page Internet - Consulté le 1 février 2021.
52. Résumé des caractéristiques du produit - AOTAL 333 mg, comprimé enrobé gastro-résistant - Base de données publique des médicaments - Page Internet - Consulté le 14 mars 2021.
53. Gerald G. Buggs, Roger K. Freeman. Acamprosate - Livre : Drugs in Pregnancy and Lactation. Wolters Kluwer. p. 5-6
54. Haute Autorité de santé - Commission de la transparence - Acamprosate - Page Internet - Consulté le 7 avril 2021.
55. Le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT) Risque tératogène de l'acamprosate - Page Internet - Consulté le 14 mars 2021].
56. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de santé - Information de sécurité - Alcoolodépendance : fin de la RTU du Baclofène - Page Internet - consulté le 29 mars 2021.
57. VIDAL - Cochois I. Alcoolodépendance : fin de la RTU du baclofène, suite à la mise à disposition de BACLOCUR en officine - Page Internet - Consulté le 4 avril 2021.
58. Mareuse Sybille, Lemaitre François. Baclofène : légalité des autorisations de mise sur le marché et annulation de la posologie maximale à 80 mg par jour. - Page Internet - Tribunal administratif de Cergy-Pontoise. 2021 - Consulté le 4 avril 2021.
59. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de santé - Baclocur - Guide à l'attention des prescripteurs - Ethypharm - Page Internet - Consulté le 29 mars 2021.
60. Résumé des caractéristiques du produit - LIORESAL 10 mg, comprimé sécable - Base de données publique des médicaments - Page Internet - Consulté le 15 mars 2021.
61. Le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT) - Risque tératogène du baclofène - Page Internet - Consulté le 15 mars 2021.
62. Haute Autorité de Santé - Commission de la transparence - Disulfirame - Page Internet - Consulté le 7 avril 2021.
63. Résumé des caractéristiques du produit - ESPERAL 500 mg, comprimé - Base de données publique des médicaments - Page Internet - Consulté le 14 mars 2021.
64. Gerald G. Buggs, Roger K. Freeman. Disulfiram - Livre : Drugs in Pregnancy and Lactation. Wolters Kluwer. p. 420-1.
65. Le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes - Risque tératogène du disulfirame - Page Internet - Consulté le 14 mars 2021.
66. Résumé des caractéristiques du produit - Nalméfène - Page Internet - Consulté le 15 mars 2021.

67. Le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes - Risque tératogène du nalméfène - Page Internet - Consulté le 15 mars 2021.
68. Résumé des caractéristiques du produit - REVIA 50 mg, comprimé pelliculé sécable - Base de données publique des médicaments - Page Internet - Consulté le 15 mars 2021.
69. Gerald G. Buggs, Roger K. Freeman. Naltrexone - Livre : Drugs in Pregnancy and Lactation. Wolters Kluwer. p. 953-4.
70. Le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes - Risque tératogène de la naltrexone - Page Internet - Consulté le 14 mars 2021.
71. Ameli - Pharmacien et Exercice professionnel : Maternité : Dispensation et Prise en charge des frais médicaux et pharmaceutiques - Page Internet - Publication en 2020 - Consulté le 7 avril 2021.
72. Ameli - Professionnels de santé - CMU complémentaire: Prescription et Prise en charge - Page Internet - Publication 2020 - Consulté le 25 avril 2021.
73. Ameli - Service public - Qu'est-ce que l'aide médicale de l'État (AME) ? - Page Internet - Publication en 2021 - Consulté le 7 avril 2021.
74. Ameli - Aide médicale de l'État et soins urgents - Page Internet - Publication en 2019 - Consulté le 7 avril 2021.
75. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. 98-657 p. Articles 68 à 77 - Legifrance - Article de loi - Consulté le 10 avril 2021.
76. Solidarites-sante.gouv - Ministère des Solidarités et de la Santé - DGOS. Lutte contre l'exclusion - Précarité : accès aux soins aux personnes en situation de précarité - Page Internet - Publication en 2021 - Consulté le 7 avril 2021.
77. Agence Régionales de Santé - Les permanences d'accès aux soins de santé - Page Internet - Consulté le 7 avril 2021.
78. Circulaire interministérielle n° DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B/ n°521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en oeuvre d'équipe mobile précarité. - Légifrance - Consulté le 11 avril 2021.
79. Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) - Ministères des Solidarités et de la Santé - Précarité : accès aux soins aux personnes en situation de précarité - Page Internet - Publication en 2021 - Consulté le 8 avril 2021.
80. Anne Whittaker. Evaluation pendant la grossesse de la capacité parentale liée à la garde des enfants - Livre : Guide concernant l'usage des substances psychoactives pendant la grossesse. p. 243-5.
81. LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. 2007-293 mars 5, 2007 - Legifrance - Article de loi - Consulté le 12 avril 2021.
82. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant (1). 2016-297 mars 14, 2016 - Legifrance - Article de loi - Consulté le 12 avril 2021.
83. Vie publique - Protection de l'enfance : agir dans l'intérêt de l'enfant - Page Internet - Consulté 28 février 2021.
84. Enfance et Partage - Stop Maltraitance - Page Internet - Consulté le 1 mars 2021.
85. Anne Whittaker. Inquiétudes concernant le bien-être et la sécurité de l'enfant - Livre: Guide concernant l'usage des substances psychoactives durant la grossesse. RESPADD. p. 207-8.
86. Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du Code de la Santé Publique - Legifrance - Article de loi - Consulté le 1^{er} mars 2021.
87. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 21 juillet 2009 - Legifrance - Article de loi - Consulté le 4 mars 2021.
88. Décret n° 2021-23 du 12 janvier 2021 relatif aux conditions dans lesquelles les pharmaciens peuvent délivrer des médicaments pour certaines pathologies. 2021-23 janvier 12, 2021 - Legifrance -

Article de loi - Consulté le 4 mars 2021.

89. Article L5125-1-1 A - Code de la santé publique - L51215 27 juillet 2019 - Legifrance - Article de loi - Consulté le 4 mars 2021.

90. Article R4235-2 - Code de la santé publique - 6 avril 2021- Legifrance - Article de loi - Consulté le 10 mars 2021.

Lexique

Amphiphile²

Adjectif : Se dit d'une entité moléculaire présentant une double affinité, à la fois hydrophile et lipophile.

Angiome tubéreux³³

Nom masculin : Dysplasie vasculaire fréquente qui peut apparaître dès la naissance ou au cours des premières semaines de vie, se présentant comme une élevure rouge sang ou bleutée, à surface lisse, de consistance élastique et pouvant être superficiel ou s'accompagner de lésions profondes.

Anémie ferriprive³⁷

Nom féminin : Anémie par carence en fer due à une insuffisance d'apport ou suite à des saignements fréquents et/ou durables.

Ataxie¹⁸

Nom féminin : Absence ou difficulté de coordination des mouvements volontaires en conséquence d'une atteinte des fonctions nerveuses.

Automédication²⁰

Nom féminin : Utilisation volontaire de médicaments utilisés habituellement en thérapeutique, en dehors de toute prescription médicale ou sans avis médical ou pharmaceutique, de leur propre initiative.

Biodisponibilité⁵⁷

Nom féminin : Fraction de la dose administrée qui atteint finalement la circulation sanguine générale.

Cellule gliale²⁹

Nom féminin : Cellule constructrice de la névroglie qui est un tissu conjonctif de soutien du système nerveux retrouvé entre les neurones.

Choc hémorragique⁴⁰

Nom masculin : Choc hypovolémique dû à une hémorragie correspondant à environ un tiers de la masse sanguine. Son apparition est d'autant plus fréquente que la perte sanguine est rapide.

Chorion foetal⁴

Nom masculin : Appellation du trophoblaste, à partir du 2^{ème} mois de grossesse, qui présente un grand nombre de villosités placentaires lui donnant un aspect radié.

Craving²³

Nom masculin (anglicisme) : Terme utilisé en addictologie pour définir une envie irrésistible de consommer une substance ou d'exécuter un comportement.

Demi-vie d'élimination⁵²

Nom féminin : Temps nécessaire, en phase d'élimination d'un principe actif, pour que la concentration sanguine de ce dernier soit diminuée de moitié.

Diabète gestationnel³⁴

Nom masculin : Trouble de la tolérance glucidique de gravité variable survenant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse, quels que soient le traitement nécessaire ou son évolution post-partum.

Diaphorèse⁴⁸

Nom féminin : Transpiration plus abondante que la transpiration naturelle, souvent provoquée.

Dysplasie rétinienne⁵³

Nom féminin : État malformatif de la rétienne où son architecture perd son organisation habituelle.

Effet antabuse¹³

Nom masculin : Réaction provoquée chez un individu, suite à une consommation d'alcool, présentant une intolérance à l'alcool par exposition à certaines substances, médicamenteuses ou non.

Endomètre³

Nom masculin : Muqueuse tapissant la cavité de l'utérus.

Éthanolémie¹⁰

Nom féminin : Taux d'éthanol retrouvé dans le sang exprimé en grammes par litre.

Euthymique²¹

Adjectif : État physiologique des fonctions psychiques.

Examen histologique⁴³

Nom masculin : Analyse microscopique des différents tissus organiques pour la recherche de pathologies.

Fibrine¹⁶

Nom féminin : Protéine retrouvée dans le plasma contribuant à la coagulation en participant à la formation du caillot.

Fibrinogène¹⁷

Nom masculin : Protéine du plasma qui transforme la fibrine dans le processus de formation du caillot sanguin.

Fonction méso-cortico-limbique⁵⁶

Nom féminin : Circuit neurologique reliant le mésencéphale (aire tegmentale ventrale) au système limbique (avec le noyau accubens) et au cortex.

Hémoglobine³⁶

Nom féminin : Protéine contenue dans les hématies (globules rouges), donnant au sang sa coloration, qui fixe l'oxygène et le délivre aux différentes cellules de l'organisme.

Hépatomégalie²⁷

Nom féminin : Anomalie du foie se traduisant par une augmentation anormale de sa taille.

Hernie diaphragmatique³²

Nom féminin : Saillie anormale des viscères abdominaux dans le thorax s'insérant depuis un orifice diaphragmatique.

Hernie inguinale³¹

Nom féminin : Saillie anormale des viscères abdominaux à travers la paroi abdominale au niveau du canal inguinal.

Homéostasie³⁰

Nom féminin : Capacité de l'organisme à maintenir son équilibre physiologique interne en dépit des contraintes externes.

Hydrocéphalie⁴⁹

Nom féminin : Augmentation du volume de liquide intracérébral entraînant une distension des espaces liquidiens de l'encéphale et une hypertension intracrânienne.

Hydronéphrose²⁶

Nom féminin : Distension des cavités excrétrices du rein par accumulation d'urine survenant en cas d'obstruction des uretères.

Intrathécal⁵⁴

Adjectif : Correspond au compartiment intrarachidien.

Iso-enzyme¹²

Nom féminin : Enzyme présentant une séquence d'acides aminés qu'une autre enzyme mais qui catalyse la même réaction chimique.

Iso-immunisation fœto-maternelle⁴⁶

Nom féminin : Immunisation concernant le système Rhésus du groupe sanguin et par conséquent la fabrication d'anticorps dirigé contre l'antigène RhD chez la femme enceinte RhD négatif. Cette affection concerne uniquement les femmes enceintes Rhésus négatif.

Ligand²²

Nom masculin : Molécule se fixant sur le récepteur complémentaire afin de générer un effet.

Membrane basale⁸

Nom féminin : Ensemble de cellules d'aspect homogène, d'épaisseur variable, marquant l'interface entre l'endothélium, l'épithélium, les muqueuses glandulaires et les tissus conjonctifs de soutien sous-jacents.

Membrane plasmique⁷

Nom féminin : Paroi qui délimite une cellule, séparant l'intérieur de la cellule du milieu extérieur.

Microcéphalie⁵⁰

Nom féminin : Atteinte de la taille de la boîte crânienne dont le volume et le périmètre crânien sont inférieurs à ceux attendus pour des individus du même âge et du même sexe.

Mitochondrie¹¹

Nom féminin : Organite cellulaire, retrouvé dans le cytoplasme, indispensable aux réactions énergétiques dans la cellule.

Nécrose corticale⁴²

Nom féminin : Nécrose du tissu de la partie externe du rein (zone corticale) due à l'obstruction des petites artères irrigant le cortex, provoquant une lésion rénale aiguë.

Nécrose tubulaire⁴¹

Nom féminin : Maladie rénale provoquée par une lésion des cellules tubulaires rénales. Ces cellules ont pour rôle de réabsorber les liquides et les minéraux de l'urine.

Neurulation²⁵

Nom féminin : Passage de la forme gastrula à la forme neurula dans le développement embryonnaire qui correspond à la mise en place du système nerveux.

Nodule¹⁵

Nom masculin : Appellation générale désignant une image circonscrite, généralement arrondie, qui se distingue de son environnement par divers caractéristiques.

Omphalocèle⁵⁵

Nom féminin : Malformation congénitale caractérisée par l'absence de fermeture de la paroi abdominale.

Pellagre³⁸

Nom féminin : Maladie liée à une carence poly-vitaminique causée par une malnutrition, très rare dans les pays développés, caractérisée par l'association de symptômes cutanéomuqueux, digestifs et neuropsychiques.

Photothérapie⁴⁷

Nom féminin : Traitement de certaines affections par divers rayonnements.

Polynévrite¹⁹

Nom féminin : Trouble nerveux du système périphérique diffus comprenant les nerfs crâniens et des spinaux.

Pharmacocinétique⁵¹

Nom féminin : Devenir d'un principe actif médicamenteux dans l'organisme depuis son administration jusqu'à son élimination.

Plaquette³⁹

Nom féminin : Cellule sanguine dénuée de noyau qui joue un rôle crucial dans les phénomènes de la coagulation et de l'inflammation.

Pré-éclampsie³⁵

Nom féminin : Maladie de la grossesse associant une hypertension artérielle et une protéinurie.

Récepteur⁹

Nom masculin : Macromolécule pouvant lier un ligand et convertir cette interaction en effet.

Rubéole⁴⁵

Nom féminin : Maladie infectieuse, causée par un virus de la famille de Togaviridae. Elle est strictement humaine et immunisante.

Semaine d'aménorrhée²⁴

Nom féminin : Premier jour des dernières règles servant de repère pour le début de la grossesse.

Sténose du pylore²⁸

Nom féminin : Malformation congénitale caractérisée par des régurgitations causant des vomissements à chaque ingurgitation.

Syncytiotrophoblaste⁶

Nom masculin : Tissu qui sépare le sang du fœtus du sang maternel. Il contrôle les échanges des nutriments, des déchets et des gaz respiratoires entre la mère et le fœtus.

Système Nerveux Central¹

Nom masculin : Ensemble composé du cerveau et de la moelle épinière ayant pour fonction d'organiser, de contrôler et de réguler les fonctions essentielles de l'organisme.

Toxoplasmose⁴⁴

Nom féminin : Infection parasitaire à *Toxoplasma gondii* contractée suite à un contact avec un chat porteur du parasite ou suite à une consommation d'aliments souillés. Affection souvent asymptomatique mais pouvant être extrêmement nocive chez le fœtus.

Triglycéride¹⁴

Nom masculin : Molécule faisant partie de la catégorie des lipides.

Villosité⁵

Nom féminin : Un ensemble de villosités correspond à un ensemble de petites saillies filiformes tapissant certaines cavités de l'organisme.

Annexes

Annexe 1. Le Score de Finnegan

Annexe 2. Le test FACE

Annexe 3. Le test AUDIT

Annexe 4. Le test ACE

Annexe 1. Score de Finnegan

SCORE NEONATAL DE SYNDROME D'ABSTINENCE

Date :

Systèmes	Signes et symptômes	Score	Heures	
Dérèglements Système Nerveux central	Pleurs aigus	2		
	Pleurs aigus continus	3		
	Dort < 1 h après le repas	3		
	Dort < 2 h après le repas	2		
	Dort < 3 h après le repas	1		
	Réflexe de Moro marqué	2		
	Réflexe de Moro très marqué	3		
	trémulations discrètes à la stimulation	1		
	trémulations moyennes à sévères à la stimulation	2		
	trémulations discrètes spontanées	1		
	trémulations moyennes à sévères spontanées	2		
	Tonicité musculaire augmentée	2		
	Excoriations (préciser la zone)	1		
	Myoclonies	3		
	Convulsions généralisées	5		
Dérèglements Métaboliques Vasomoteurs Respiratoires	Transpiration	1		
	Température 37,2° - 38,4°	1		
	Température > 38,4°	2		
	Bâillements fréquents (> de 3 à 4 par épisodes)	1		
	Marbrures	1		
	Encombrement nasal	1		
	Eternuements (> de 3 à 4 par épisodes)	1		
	Battements des ailes du nez	2		
	Fréquence respiratoire > 60	1		
	Fréquence respiratoire > 60 avec tirage	2		
	Dérèglements	Succion excessive	1	
		Difficultés à s'alimenter	2	
		Régurgitations	2	
		Vomissements en jet	3	
		Selles étalées	2	
Diarrhée	3			
SCORE TOTAL				
INITIALES DU SOIGNANT				

*Finnegan P : *Neonatal Abstinence Syndrome Assessment and Pharmacotherapy Neonatal Therapy : An Update*, Rubatelli F.F. and Granati B. (Eds) *Excerpta medica*, Amsterdam-New York-Oxford, 1986.

Annexe 2. Test FACE HAS

Questionnaire FACE (Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien)

1. À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?

Jamais = 0 ; Une fois par mois ou moins = 1 ; Deux à 4 fois par mois = 2 ; Deux à 3 fois par semaine = 3 ; Quatre fois par semaine ou plus = 4 ; **Score :**

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

1 ou 2 = 0 ; 3 ou 4 = 1 ; 5 ou 6 = 2 ; 7 à 9 = 3 ; 10 ou plus = 4 ; **Score :**

3. Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?

Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

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

Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

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

Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

Interprétation du score total ; hommes (H) / femmes (F)

Risque faible ou nul : H moins de 5 ; F moins de 4 : **renforcement des conduites favorables à la santé**

Consommation excessive probable : H 5 à 8 ; F 4 à 8 : **intervention brève**

Dépendance probable : H et F plus de 8 : **proposer une consultation d'addictologie**

Annexe 3. Test AUDIT Alcool Info Service



QUESTIONNAIRE

QUESTIONNAIRE AUDIT

(ALCOHOL USE DISORDERS TEST)
REPERAGE DES CONSOMMATIONS PROBLÉMATIQUES

Les dix questions qui suivent doivent être de préférence posées sans reformulation, et notées selon les réponses spontanées des patients. En cas d'hésitation, proposer les modalités de réponses, en demandant de choisir « la réponse la plus proche de la réalité ».

Questions	Points				Score
	0	1	2	3	
1. À quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine
2. Combien de verre d'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus
3. À quelle fréquence buvez-vous six verres ou plus en une même occasion ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
5. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
6. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque



QUESTIONNAIRE AUDIT

Questions	Points				Score
	0	1	2	3	
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
9. Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année
10. Un parent, un ami, un médecin ou autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année

TOTAL

INTERPRÉTATIONS DU RÉSULTAT

- Un score supérieur ou égal à 7 chez l'homme et à 6 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool

- Un score supérieur à 12 chez l'homme et chez la femme serait en faveur d'une dépendance à l'alcool

Société Française d'Alcologie, 2015

Point d'attention : Ce test alcool bui, de repérer les personnes présentant des troubles de l'usage d'alcool et n'est pas basé sur les repères de consommation qui visent à présenter un seuil de consommation d'alcool à moindre risque pour la santé. Pour en savoir plus, rendez-vous sur le site alcool-info-service.fr

Annexe 4. Test T-ACE Alcool info service

Test T-ACE			
	Les questions	Les réponses	Le nombre de points
T = Tolérance	Combien de verres d'alcool consommez-vous avant d'en ressentir l'effet ?	1 ou 2 >2	1 point 2 points
A = Agacement	Vous est-il déjà arrivé d'être agacé quand quelqu'un vous a dit que vous devriez diminuer votre consommation d'alcool ?	Non Oui	0 point 1 point
C = Cessation	Avez-vous déjà pensé que vous devriez diminuer votre consommation ?	Non Oui	0 point 1 point
E = Eveil	Vous arrive-t-il de boire au réveil pour vous aider à démarrer ou pour vous remettre des conséquence d'une soirée trop arrosée ?	Non Oui	0 point 1 point
Résultat	Un score ≥ 2 indique probablement un problème d'alcool, une évaluation approfondie est nécessaire		

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.

Prise en charge thérapeutique, psychologique et sociale de la femme enceinte consommatrice d'alcool par les professionnels de santé

Aujourd'hui en France, la consommation d'alcool est souvent banalisée. L'alcool est synonyme de plaisir, de fête et de convivialité. Cependant, entre plaisir et danger la frontière est mince. Depuis des décennies, l'alcool séduit de plus en plus les femmes et les jeunes. Les femmes enceintes représenteraient donc une population à risque en termes de consommation. A ce jour, le seuil d'alcool ingéré pendant la grossesse qui n'entraînerait aucune séquelle chez l'enfant à naître n'est pas connu. Par précaution, les professionnels de santé recommandent donc le « zéro alcool » chez les femmes enceintes et allaitantes.

Malheureusement, la consommation d'alcool pendant la grossesse reste un sujet extrêmement tabou. Les femmes qui consomment, que ce soit occasionnellement ou de manière pathologique, n'informeront pas systématiquement les professionnels de santé qui les suivent, par méconnaissance ou par honte. Dans les situations les plus extrêmes, certaines femmes poursuivront leur grossesse hors de toute surveillance médicale. Les répercussions d'une consommation éthylique peuvent apparaître dès le début la grossesse entraînant des risques jusqu'à l'accouchement, et même plus tard, lors du développement de l'enfant. Les principaux troubles décrits chez les enfants exposés à l'alcool *in utero* sont retrouvés dans les Syndromes d'Alcoolisation Fœtale (SAF).

Les professionnels de santé doivent donc redoubler de vigilance lors du suivi médical des femmes enceintes car les répercussions sont loin d'être négligeables. Ces derniers doivent recevoir une formation adaptée afin d'acquérir les compétences et les connaissances nécessaires relatives au dépistage et à la prise en charge au mieux ces femmes et leurs bébés. Afin d'améliorer les résultats de prises en charge, le travail en interdisciplinarité est la clé et nous, professionnels de santé, avons tous un rôle à jouer.

Mots clés : femme enceinte, alcool, « zéro alcool », Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF), dépistage.

Therapeutic, mental and social cares for pregnant women with alcoholic disorders by healthcare professionals

Nowadays, alcohol consumption is very common in France. However, the boundary between pleasure and danger is thin. Over the past decades, alcohol has seduced more and more women and young people. Then, the population composed of pregnant women is at risk. Until now, no scientific study has found the alcohol consumption rate from which disorders may occur for the future baby. Hence, the health professionals promote the "zero alcohol" during pregnancy and breastfeeding.

Unfortunately, alcohol consumption during pregnancy is still a taboo. Health professionals won't always be aware of their patients' consumption. Moreover, that consumption can be either casual or pathological and leads to drug addiction. Alcohol can impact the success of the pregnancy from its beginning to the delivery. After birth, it may also have consequences on the child's growth. The main characteristic symptoms define the Fetal Alcohol Syndrome (FAS).

Health professionals have to be very careful in the medical monitoring. To be efficient, health professionals must learn the appropriate knowledge and skills. To take care of these women in the best way, they have to work as a team. As health workers, we all have a role to play to give information and help these women.

Keywords : pregnancy, alcohol, drug addiction, Fetal Alcohol Syndrome (FAS), medical monitoring.