



HAL
open science

Evaluation de la prise en charge des patientes toxicomanes à la MRUN en 2008 en comparaison avec le CHU de Montpellier

Aurore Galmiche

► **To cite this version:**

Aurore Galmiche. Evaluation de la prise en charge des patientes toxicomanes à la MRUN en 2008 en comparaison avec le CHU de Montpellier. Médecine humaine et pathologie. 2010. hal-01885927

HAL Id: hal-01885927

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01885927>

Submitted on 2 Oct 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

*Évaluation de la prise en charge des patientes
toxicomanes à la MRUN en 2008 en comparaison
avec le CHU de Montpellier.*

Mémoire présenté et soutenu par

Aurore GALMICHE

Promotion 2006-2010

SOMMAIRE

Sommaire	2
Préface.....	5
Introduction	6
Partie 1	7
1. historique [23].....	8
2. Définitions[22] [23].....	9
2.1. Addiction.....	9
2.2 Usages de substances psychoactives ou pharmacodépendance.	9
2.3 Usages, abus, dépendance.	10
3. Les drogues ou substances psychoactives[2] [3] [7] [8] [9] [10] [12] [20]	11
3.1. Sédatif ; opium, morphine et héroïne	11
3.1.1. La morphine	11
3.1.2. L'héroïne	12
3.2. Stimulant ; cocaïne et crack	13
3.2.1. La cocaïne	13
3.2.2. Le crack.....	14
3.3. Perturbateur ; le cannabis, ecstasy.	15
3.3.1. Le cannabis, marijuana, huile.	15
3.3.2. Ecstasy	16
3.3.3. Les amphétamines.....	16
3.4. Récapitulatifs.....	17
3.5. Risques liés aux types d'usages	17
3.5.1. Risques pour la patiente	17
Parmi tous les risques, on retiendra les suivants:.....	17
3.5.2. Risques pour le fœtus	18
3.5.3. Risque pour le nouveau-né.....	18
4. Traitements et substitution [20] [22] [23].....	20
4.1. Qui concernent-ils ?	20
4.2. Objectifs	21
4.3. Les deux traitements proposés :	21
4.3.1. Chlorhydrate de méthadone (méthadone)	21
4.3.2. Buprénorphine haut dosage (subutex).....	22
4.4. Place du traitement chez la femme enceinte	23
4.4.1. Intérêts généraux de la prise en charge particulière	23
4.4.2. Méthadone et subutex : l'utilisation.....	23
5. Psychopathologie [11] [13] [27] [29] [31].....	25
5.1. D'abord une femme consommatrice	25
5.1.1. Leurs histoires	25
5.1.2. Complications médicales	26
5.1.3. Sexualité et rapports aux corps	26
5.2. Environnement général	27
5.3. Survenue d'une grossesse	28

5.3.1.	Diagnostic tardif et découverte de la grossesse.....	28
5.3.2.	Contexte psychologique lié à la grossesse	29
5.3.3.	Et le père ?.....	31
5.4.	Rôle de la sage-femme dans la prise en charge [5] [6] [10] [16] [17] [24] [26]	32
5.4.1.	Dépistage.....	33
5.4.2.	Organisation du suivi	34
5.4.3.	Le suivi d'une grossesse à haut risque.....	34
Partie 2.....		36
6. Présentation de l'enquete		37
6.1.	L'expérience à la MRUN	37
6.2.	Mon expérience à Montpellier [5] [20] [22] [24].....	38
6.3.	Méthode	40
6.4.	Résultat de l'enquête	40
6.4.1.	Conditions socio-économiques	40
6.4.2.	Prise de substances	42
6.4.3.	Antécédents gynécologiques.....	45
6.4.4.	Antécédents obstétricaux	45
6.4.5.	Rencontre et suivi durant la grossesse	46
6.4.6.	Variable étudié dans le protocole mis en place à la MRUN	48
6.4.7.	Accouchement.....	51
6.4.8.	Suites de couches	53
6.5.	Résumé des tendances.....	55
partie 3.....		56
7. Analyse et discussion.....		57
7.1.	Analyse de l'étude.....	57
7.1.1.	Conditions socio-économiques	58
7.1.2.	Antécédents	58
7.1.3.	Suivi de la grossesse.....	59
7.1.4.	Protocole mis en place à la MRUN.....	59
7.1.5.	Accouchement.....	60
7.2.	Axes d'amélioration	61
7.2.1.	Transfert	61
7.2.2.	Information à l'ensemble du personnel de la maternité.....	62
7.2.3.	Pédiatre.....	62
7.2.4.	Réseau à la MRUN	62
7.2.5.	Staff avec les assistantes sociales.....	62
7.2.6.	Bains enveloppés de bébé	62
7.2.7.	Informations aux étudiants sages-femmes	62
7.3.	Discussion : devenir à moyen et long terme	63
7.3.1.	Les enfants	63
7.3.2.	La mère	64
7.3.3.	Les mesures de placements	64
7.3.4.	Autres alternatives.....	66
Conclusion.....		67
Bibliographie		68
TABLE DES MATIERES		72

ABREVIATIONS	I
Annexe 1	III
Risques obstétricaux	IV
Effets sur le fœtus et le nouveau-né	IV

PREFACE

Durant mes études de sages-femmes, j'ai remarqué le malaise du personnel médical (sages-femmes et soignants) face à ces femmes consommatrices de substances psycho actives. Malaise menant parfois au désintérêt, même à l'évitement de ces femmes par les sages-femmes.

C'est en m'intéressant à ce phénomène que j'ai pu remarquer qu'un certain nombre d'équipes françaises s'était penché sur cette problématique tant médicale que sociale : la toxicomanie chez les femmes enceintes.

J'ai également effectué un stage au CHU de Montpellier, où existe depuis 1997 une cellule « périnatalité et usage de drogues ». J'y ai suivi Corinne Chanal, sage-femme initiatrice du projet « femmes enceintes addictives », avec qui j'ai pu suivre de nombreuses femmes prises en charge par son équipe.

Introduction

Depuis toujours et partout dans le monde, la toxicomanie suscite de nombreuses questions, et cela, dans tous les domaines : sociaux, médicaux, judiciaires....

Depuis quelques années, la prise de conscience de la forte toxicomanie féminine, et donc des femmes enceintes, a bouleversé les services médicaux, et mis à mal les services d'obstétriques. Elles représentent ainsi 25 à 30 % des 150 000 à 300 000 toxicomanes en France.

Le questionnement de ce travail étant : quelle prise en charge est utilisée à la MRUN face aux patientes consommatrices ? De plus, est ce que la sage-femme peut être actrice au sein de cette prise en charge, et plus largement, en ce qui concerne l'évolution nécessaire des mentalités dans ce domaine ?

Dans une première partie nous développerons les différents types de produits ainsi que la psychopathologie des patientes.

Dans une deuxième partie nous étudierons les dossiers des patientes toxicomanes à la MRUN en 2008, pour évaluer la prise en charge, ainsi que la place que la sage-femme se donne dans cette prise en charge.

Dans une troisième partie nous constaterons qu'il est possible de modifier les pratiques afin d'humaniser l'accueil de ces futures mères, d'améliorer le pronostic de ces grossesses à risques, mais aussi de favoriser la création du lien mère-enfant. J'ai donc voulu montrer, à travers ce mémoire, que la prise en charge des femmes consommatrices de substances psychoactives n'est malheureusement pas encore acquise dans toutes les maternités, cependant à la MRUN depuis 2ans un protocole a été mis en place pour suivre de manière optimale ses patientes.

Partie 1

TOXICOMANIE ET GROSSESSE

1. HISTORIQUE [23]

La toxicomanie est un phénomène ancien qui touche essentiellement, en ce qui concerne les pays occidentaux, les adolescents et les adultes jeunes, tant les femmes que les hommes dans tous les milieux socio-économiques. C'est pourquoi nous devons, pour comprendre quels moyens utiliser pour une bonne prise en charge des patientes enceintes ayant des conduites addictives, reprendre l'évolution historique des drogues.

L'évolution médicale tient une grande place dans la naissance du phénomène. En effet, la douleur était autrefois recherchée car signal d'un désordre. Elle était également considérée comme envoyée de dieu, et donc recherchée plutôt que combattue. A partir du 19^{ème} siècle, l'évolution de l'individu, son unité et son importance dans la société, font de l'abolition de la douleur une priorité. Le rapport à la douleur est radicalement modifié, aidé par les progrès technologiques en chimie.

Débutons ainsi cette partie par les définitions, et les différents types de drogues pour nous montrer l'impact que cela a sur la grossesse.

2. DEFINITIONS [22] [23]

2.1. Addiction

Terme dérivé du latin qui appartenait au vocabulaire juridique médiéval pour désigner une relation de domination, d'esclavage par dette associée à une contrainte par le corps.

L'addiction se définit par l'impossibilité répétée, pour un sujet, de contrôler un comportement qui vise à produire un plaisir ou écarter une sensation de malaise interne et la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance des conséquences négatives.

Ce comportement concerne le plus souvent la consommation de substances psychoactives (drogues illicites et licites, tabac, alcool...), mais il existe également des addictions comportementales, sans substances psycho actives, par exemple le jeu pathologique. La notion d'addiction recouvre en pratique 2 types de comportements pathologiques ; l'abus (ou l'usage nocif) et la dépendance.

2.2 Usages de substances psychoactives ou pharmacodépendance.

Selon la définition de l'OMS de 1957, l'exposition à la toxicomanie correspond comme étant un état psychique et aussi physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un médicament (ou drogue), se caractérisant par des modifications du comportement et par d'autres réactions qui comprennent toujours une pulsion (besoin) à prendre le médicament (ou la drogue) de façon continue ou périodique afin de retrouver ses effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance. Un même individu peut être dépendant de plusieurs médicaments.

Cette définition permet de mettre de côté toute connotation sociale, économique, et toute idée de contrôle. En revanche, elle met en relief l'aspect de dépendance psychique, physique, de tolérance (processus d'adaptation d'un organisme à une substance).

2.3 Usages, abus, dépendance.

L'usage concerne toute consommation de substances psycho actives (SPA) n'entraînant ni complication, ni dommage. Ce terme est utilisé tant pour les produits licites que illicites. Ce n'est pas pour cela que l'usage ne représente pas de danger, en effet il faut distinguer de l'usage nocif. Ainsi consommer un psychotrope en étant enceinte constitue un usage à risque.

L'abus ou usage nocif, correspond à une consommation inadéquate et répétée d'une substance psychoactive, conduisant à une altération du fonctionnement de la personne ou à une souffrance cliniquement significative. Les dommages peuvent être de nature sanitaire, sociale, ou judiciaire. En addictologie on parle d'abus lorsque les symptômes n'ont jamais atteint les critères de la dépendance. L'abus peut ainsi se comprendre comme une forme prodromique de la dépendance.

La dépendance, selon l'OMS, correspond à un état psychique et aussi physique résultant de la rencontre avec le produit pour diminuer la souffrance, la douleur. La privation d'un produit entraîne une sensation de malaise, d'angoisse allant parfois jusqu'à la dépression.

La dépendance physique correspond à la privation de certains produits qui engendre un état de manque qui se traduit par des symptômes physiques qui varient selon le produit.

Exemple ; héroïnes et opiacés provoquent des sueurs, courbatures, tremblements, nausées, insomnie, agitation.

La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance consiste en un désir souvent puissant, parfois compulsif d'utiliser une substance psychoactive (consommer des drogues illicites, de l'alcool, fumer du tabac, ou prendre une autre substance psychoactive).

A la suite des ses différentes définitions, expliquons maintenant les différents types de drogues et leurs effets sur la grossesse.

3. LES DROGUES OU SUBSTANCES PSYCHOACTIVES.[2] [3] [7] [8] [9] [10] [12] [20]

Comme nous l'avons remarqué précédemment, le terme "drogues" était autrefois synonyme de "médicaments". Aujourd'hui, nous savons que l'ensemble des produits agissant sur le cerveau est désigné par le terme "substances psychoactives" (SPA).

Une substance psycho-active se caractérise par 3 effets indissociables: modification des perceptions et des états de conscience (effet psychoactif), capacité d'induire une pharmacodépendance (effet addictogène) et capacité d'induire des dommages immédiats et /ou différés (nocivité et toxicité). En addictologie, ce terme remplace celui devenu obsolète de "drogue", et désigne aussi bien des substances illicites que des substances licites (alcool, tabac, médicaments, y compris médicaments de substitution aux opiacés).

Chaque substance possède des effets distincts sur le système nerveux central (SNC). Ainsi comment classer ses différents produits?

Nous pouvons remarquer que les SPA font l'objet de toutes sortes de classements; selon leur caractère licite ou illicite, le type de produit, leur famille d'appartenance (classification de Louis Lewin), leurs effets. Nous utiliserons ici ce dernier. Ainsi nous observons les trois effets principaux ; sédatif, stimulant, perturbateur pour établir un classement que nous schématisons en annexe 1.

Décrivons maintenant succinctement les produits dont l'usage est le plus courant, tout en conservant cette classification que nous venons de voir.

3.1. Sédatif ; opium, morphine et héroïne

Ces différentes substances proviennent toutes d'une même plante, le pavot.

La morphine

Son nom vient de MORPHEE, Dieu grec fils de la Nuit et du Sommeil. C'est le principal alcaloïde de l'opium, et sa découverte se situerait vers 1803-1808 par

DEROSME, Charles SEGUIN (armée de Napoléon) ou Friedrich de SERTURNEN (Allemagne).

Son visage ne prend dimension que suite à l'invention de la seringue par Charles Gabriel PRAVAZ (chirurgien Lyonnais) à la fin de la première moitié du XX^{ème} siècle. D'abord utilisé comme antalgique mais aussi pour lutter contre la fatigue et la dépression lors des guerres de Crimée et de Sécession, l'utilisation abusive de la morphine va s'étendre rapidement. A partir de 1880, la mode est à son apogée est touchée alors non seulement le milieu médical mais aussi les milieux bourgeois et littéraire. Dès 1870, les abus et les syndromes de sevrage sont décrits.

De 1880 à 1890, les premières cures de sevrage apparaissent avec l'apparition du premier traitement de substitution grâce à l'invention de l'héroïne.

La morphine présente des effets analgésiques largement utilisés en médecine, déprime la fonction respiratoire et déclenche des nausées et des vomissements. Son effet dure environ six heures. Elle s'injecte en IM ou en IV. De nombreux dérivés de synthèse sont employés en médecine (Eubine, Palfium, Fortal, Méthadone, Temgésic...). Ces derniers intoxiquent également rapidement et ne sont délivrés que sur carnet à souche. Sont utilisés aussi des antitussifs à base de codéine (néocodion) et des sirops (laudanum).

La rapidité et l'intensité des effets cliniques de la morphine sont moindres que l'héroïne.

Ce sera en 1859 que la morphine arrivera en France sous forme injectable. A cette époque, les chimistes pensent avoir créé un antalgique (morphine), et un antitussif (codéine), mais ne se doutent pas encore du potentiel addictif de la morphine.

L'héroïne

Dérivé de la morphine, l'héroïne n'est que le diacétylmorphine ou diamorphine. Elle fut introduite en médecine en 1898 par un chimiste allemand Heinrich Dreiser qui en recommande l'emploi comme médication de la tuberculose en raison de son activité antalgique et antitussive.

Des campagnes publicitaires l'ont popularisé en France et aux Etats-Unis. En 1923 la société des Nations la déclare dangereuse.

L'utilisation non médicale de l'héroïne est prohibée aux Etats-Unis en 1924 et sa prescription fut interdite en 1956 en France.

L'héroïne est un agoniste opiacé (c'est à dire qu'elle active les récepteurs), obtenue à partir de la morphine, dérivée de l'opium.

Il s'agit d'une poudre, qui peut-être soit injectée en intraveineux (IV), soit sniffée ou fumée.

Elle s'apparente à un anxiolytique et un antidépresseur, dont la prise entraîne l'apaisement de l'usager. Puis s'installe la dépendance au produit tant sur le plan physique que psychique, provoquant ainsi le passage d'un état d'euphorie intense à un état de manque anxiogène.

De plus il apparaît une tolérance nette au produit, l'effet diminuant au fil du temps, tant sur le plan qualitatif que quantitatif. Le sujet n'a alors qu'un but, se procurer de l'héroïne, tout en étant conscient des conséquences néfastes de son usage, la vie de l'usager tourne totalement autour du produit et de la recherche.

Effets sur la grossesse

- Fausse-couche spontanée (FCS)
- MAP induite par les épisodes de manque
- Retard de croissance in utero (RCIU)
- Souffrance fœtale chronique (SFC) liée à l'alternance manque-surdose, avec augmentation des liquides teintés.

Effets sur le nouveau-né

- Prématurité pouvant entraîner une détresse respiratoire
- Hypotrophie
- Syndrome de manque du nouveau-né (SSNN), (60% à 90%) dans les 24/48 heures après la naissance, certains signes pouvant persister 6mois.

3.2. Stimulant ; cocaïne et crack

La cocaïne

La cocaïne, tirée de la coca en 1859, est d'abord utilisée au cours de rites, religieux dans les Andes. Ses effets psychostimulants participeront ensuite à la création de boissons (coca-cola, vin tonique). Elle sera également utilisée en anesthésie et

comme traitement des morphinomanes en 1885. Ses effets toxiques seront ensuite découverts et dénoncés.

La cocaïne est extraite de cocaïer, elle se présente sous la forme d'une poudre blanche, qui peut être pure ou coupée par d'autres substances (elle est alors plus dangereuse).

Cette poudre est alors sniffée, fumée ou injectée en IV.

Elle provoque une sensation de puissance intellectuelle et physique, qui fera ensuite place à un état dépressif et anxieux, amenant parfois à la consommation d'une autre substance telle que l'héroïne.

La cocaïne fait l'objet d'une grande dépendance psychique, mais d'une moindre dépendance physique, et possède une grande toxicité cardiovasculaire (tachycardie, hypertension artérielle) et neurologique (diminution du seuil épileptogène).

Elle agit en empêchant la réception de la dopamine au niveau des synapses, et augmente la présence et donc l'effet de la dopamine dans les synapses au niveau du cerveau, des émotions.

Le crack

Dérivé de la cocaïne, le crack est un mélange de cocaïne, de bicarbonate de soude et d'ammoniaque.

Sous forme de cailloux, l'usager les chauffe et en inhale la fumée.

Sous cette forme, les effets en sont plus intenses et plus rapides, ainsi que les dommages importants (cerveau, voies respiratoires).

La dépendance psychique est là encore très élevée.

Effets sur la grossesse

- Retard de croissance intra-utérin
- Menace d'accouchement prématuré
- Fausse couche spontanée

Effets sur le nouveau-né

1. Risque de malformation

3.3. Perturbateur ; le cannabis, ecstasy.

Le cannabis, marijuana, huile.

Le cannabis, d'abord connu dans le cadre du textile (chanvre indien), sera considéré comme médicament avant que ses propriétés psychoactives ne soient découvertes.

Il s'agit d'une plante (chanvre) cultivée depuis des millénaires en Asie et Moyen Orient, ce sont les soldats de l'armée de Napoléon qui le ramène en Europe au XIXème siècle.

Le chanvre est dioïque. Les pieds mâles produisent plus de résine que les pieds femelles. Cette résine est riche en substances chimiques de la famille des cannabinoïdes.

Le principe actif dominant responsable de la propriété psychoactive du cannabis est le tétrahydrocannabinol (THC). Il se présente sous trois aspects:

- l'herbe, ou marijuana, composé de sommités fleuries séchées. Elle se fume, mélangée à du tabac.
- la résine, haschich ou shit, plaque de résine obtenue à partir des sommités fleuries de la plante. Le haschich est fréquemment coupé avec d'autres substances, telles que du henné, de la paraffine, du caoutchouc.... Il se fume mélangé à du tabac.
- l'huile alors plus concentrée en principes actifs, est consommée le plus souvent à l'aide d'une pipe.

Le cannabis peut également s'ingérer.

Son effet peut être à type d'ivresse, provoquant euphorie, levée d'inhibitions et se terminant généralement par une somnolence allant jusqu'au sommeil. Une consommation de cannabis fortement concentré en tétrahydrocannabinol peut également entraîner des bouffées délirantes aiguës, des crises d'angoisses, de paranoïa, d'autant plus si le sujet se trouve à l'origine dans un état de mal-être.

L'usage répété et l'abus de cannabis entraînent une dépendance psychique moyenne, tandis que la dépendance physique reste minime.

Ecstasy

L'ecstasy désigne un produit (comprimé, gélule, poudre) comprenant une molécule de la famille chimique des amphétamines, la MDMA (méthylènedioxymétamphétamine), responsable des effets psychoactifs qui combinent certains effets stimulants et ceux des hallucinogènes.

L'ecstasy se présente généralement sous la forme de comprimés de couleurs et de forme variées, ornés d'un motif ou d'un logo qui change régulièrement. Le contenu d'un comprimé est souvent incertain ; neuf fois sur dix lors des analyses toxicologiques, les comprimés contiennent bien des molécules amphétaminiques (de la MDMA dans 85% des cas), mais on trouve aussi de la caféine, des médicaments, des sucres.

Les amphétamines

Les amphétamines sont des psychostimulants et anorexigènes puissants, utilisées récemment encore comme coupe faim ou pour empêcher le sommeil, dans certaines circonstances. Leur toxicité ainsi que la forte dépendance psychique qu'elles entraînent expliquent que la plupart des amphétamines soient classées comme stupéfiants depuis 1967.

Il existe un dérivé puissant de l'amphétamine aux effets particulièrement dangereux : la métamphétamine, appelée encore Crystal, ice ou yaba et dont la consommation est très marginale en France.

Effets des produits sur la grossesse et le nouveau-né

- Ecstasy

Incertitude sur une tératogénicité potentielle, et effets sur la grossesse inconnus par le manque de recul et la présence de trop nombreuses formes du produit.

- Cannabis

Les conséquences observées sont principalement liées au tabac qui lui est ajouté. Il s'agira donc, non pas des effets du cannabis, mais du tabac sur la grossesse et le nouveau-né.

Ainsi on note une augmentation du risque de FCS, de grossesse extra-utérine (GEU), de RCIU et d'hypotrophie.

Les risques à long terme sont à ce jour encore méconnus.

3.4. Récapitulatifs

Nous notons ainsi dans la majorité des cas pour le fœtus, des risques de malformation, retard de croissance intra utérin et de mort fœtale in utéro. Concernant les risques obstétricaux nous remarquons un risque majoré de menace d'accouchement prématuré.

Voir tableau récapitulatif en annexe 2.

Cependant, l'abus de substances peut engendrer des risques majeurs liés aux types d'usages. Ses risques concernent la patiente, le fœtus et le nouveau-né.

3.5. Risques liés aux types d'usages

Risques pour la patiente

Parmi tous les risques, on retiendra les suivants:

Les injections par voie IV exposent l'usager à un risque de contamination par le virus de l'hépatite B, C, et par le VIH et autres bactéries. En effet, l'échange de seringue, la réutilisation de sa propre seringue, l'absence de désinfection, des conditions d'hygiène précaires, sont autant de situations, exposant à un risque potentiel de transmission d'infections. Ainsi 25 % des injecteurs sont atteints par le VIH et 60 % à 70% sont contaminés par l'hépatite C. ces résultats, certes encore trop élevés, font suite à la politique de réduction des risques mise en place à partir de 1987, visant à diminuer la contamination des usagers par le virus du sida (mise en vente libre des seringues, accès aux traitements de substitution...).

Les injections par voie IV peuvent également provoquer des abcès au niveau des sites d'injections. Les différents produits injectés (héroïne, cocaïne, buprénorphine pilée, dérivés morphiniques solubles dans l'eau, ou psychotropes écrasés) entraînent des traumatismes cutanés et vasculaires responsables d'infection locales (menant parfois à des greffes de peau).

Le partage de la paille, lors de l'inhalation de cocaïne ou d'héroïne, peut également entraîner une contamination par le VIH, des hépatites B et C. d'autant plus que ce mode de contamination est souvent méconnu des usagers.

L'overdose est également un des risques majeurs dû à l'abus et correspond à l'apparition de manifestations pathologiques secondaires à la présence en quantité excessive d'un produit.

Risque majoré d'interactions médicamenteuses. Par exemple par l'association buprénorphine- benzodiazépine et/ou alcool.

Le tableau le plus tragique étant le décès.

Risques pour le fœtus

Le risque d'infection par le VIH existe lorsque la mère est elle-même atteinte pour le fœtus.

Un risque de syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) lorsqu'il y a une consommation d'alcool surajoutée.

Risque pour le nouveau-né

Risque majoré de syndrome de sevrage :

Il s'agit de "*l'ensemble des symptômes cliniques en rapport avec la privation brutale à la naissance d'une intoxication chronique in utero essentiellement par opiacés*" (Pr. Lejeune).

Il touche 60 à 90% des nouveau-nés, de mères dépendantes aux opiacés, sa précocité et sa gravité étant imprévisible. Il peut, dans ses formes les plus sévères, mettre en jeu le pronostic vital de l'enfant.

De plus, il existe des facteurs aggravant le SSNN:

- polyintoxication maternelle pendant la grossesse,
- consommation de cocaïne surajoutée,
- en cas de prise simultanée de benzodiazépine ou gardéнал, qui peut le prolonger, et augmenter le risque de convulsions.
- consommation maternelle d'alcool, qu'il y ait un SAF ou non.

Il existe de nombreux signes du SSNN, pouvant apparaître de manière totalement aléatoire.

L'étude du GEGA rapporte que le score de Lipstiz (annexe1) est significativement lié à l'indice de toxicomanie (calculé d'après le score de gravité des héroïnomanies, soit TMSP). Mais elle montre également que la dose d'opiacé consommée par la femme au cours de sa grossesse n'est pas corrélée avec l'intensité du SSNN.

Cette caractéristique fait du SSNN un événement redouté par les parents, qui attendent alors la naissance dans un sentiment d'angoisse fort. C'est pour cela qu'il est essentiel, lors de la prise en charge prénatale, d'organiser une **rencontre avec le pédiatre**. En effet, cela permet d'expliquer les différents symptômes pouvant survenir, les moyens qui seront utilisés, la surveillance particulière, pour faire de la mère et du père (s'il est présent) des "partenaires" de soins de l'enfant.

Les différents signes sont donc classés en fonction du système atteint:

- système nerveux central (SNC), dans quasiment 100% des cas
- système respiratoire
- système nerveux autonome.

A plus long terme, un risque majoré de mort subite du nourrisson, dû à l'exposition in utero au tabac et au tabagisme passif post-natal, fréquent chez les femmes consommatrices de SPA.

Cependant pour limiter la consommation de certaines drogues, un traitement de substitution peut-être mis en place même durant la grossesse. Il existe 2 types de traitement qui seront énoncé par la suite.

4. TRAITEMENTS ET SUBSTITUTION [20] [22] [23]

En France, l'intérêt pour la méthadone débuta dans les années 70, mais gardera un statut expérimental jusqu'à l'apparition de l'épidémie de sida, dans les années 90. Ce réel enjeu de santé publique imposait d'accepter un tel outil d'accès aux soins. Les traitements par méthadone ont ainsi été confiés aux centres soins et d'aides aux personnes addictives (CSAPA), tandis qu'un nouveau traitement à base de buprénorphine haut dosage (subutex) fût mis à disposition de la médecine de ville.

4.1. Qui concernent-ils ?

Le traitement de substitution concerne les patients dépendants aux opiacés uniquement.

Cependant il existe actuellement une recherche pour les usagers de cocaïne.

Le traitement de substitution prend en compte plusieurs aspects de l'individu:

- Son parcours en tant qu'usager de SPA, son histoire personnelle, son profil psychique.
- La mise en place d'un traitement de substitution doit entrer dans un projet médico-psycho-social connu et désiré par le sujet et pourra faire intervenir de nombreux acteurs de disciplines différentes, tant médicaux (médecins généralistes, CSAPA) que sociaux (assistante social, éducateurs, association d'auto-support...) afin de rétablir une structure solide autour de lui.

Elle s'adresse aux usagers en quête d'identité, d'un mieux-être et désirant mettre fin à l'emprise devenue ingérable de l'héroïne.

Dans le cadre de la prise en charge médico-psycho-sociale, les médicaments de substitution aux opiacés permettent de traiter pharmacologiquement le phénomène de dépendance; ils suppriment le syndrome de sevrage, et réduisent l'envie et le besoin

d'héroïne suffisamment pour délivrer le patient de la contrainte de consommation que représente la dépendance.

4.2. Objectifs

D'après la conférence de consensus de 2004, les objectifs sont;

- la réponse à court terme à la souffrance physique et morale, parfois dans l'urgence.
- une prise en charge de la dépendance aux opiacés avec trois objectifs;

Diminuer et si possible arrêter la consommation dans une perspective de réduction des risques en s'accommodant du maintien de la pharmacodépendance

Aboutir à une abstinence complète d'opiacé le traitement est alors conçu comme une étape vers le sevrage de toute substance opiacée. Il peut cependant être nécessaire à long terme voire à aboutir in fine à l'abstinence complète de toute SPA illicite ce qui demande une évolution personnelle, du temps et un accompagnement.

Ainsi il faudrait :

- permettre à l'usager de stabiliser la consommation de substance afin de l'inscrire dans une dynamique de soins
- éviter l'apparition de signes de sevrage suite à l'arrêt de l'héroïne.
- ouvrir l'usager sur le monde extérieur, lui permettre de retrouver de retrouver des repères de vie, par une réinsertion globale et une sortie du cadre de l'illégalité
- limiter les risques médicaux liés à la consommation d'héroïne (risques infectieux locaux et généraux)
- limiter également les problèmes sociaux et les risques juridiques liés à l'utilisation de produits dit "illicites" à coûts élevés (vols, prostitution, perte de logement..)

4.3. Les deux traitements proposés :

Chlorhydrate de méthadone (méthadone)

Agoniste pur des récepteurs opioïdes (risque d'overdose, de surdose accidentelle chez l'enfant qui est mortelle).

Faisant partie des stupéfiants, elle est prescrite sur ordonnance sécurisée. Elle a obtenu l'autorisation de mise sur le marché (AMM) le 31/03/1995.

Elle se présente sous forme d'un sirop sucré et alcoolisé buvable (20mg, 40mg, 60mg), et nécessite une administration unique par jour (demi-vie plasmatique de 15heures à 25 heures après répétition des prises) à une posologie variable (5mg=3.75 ml) le plus souvent entre 60 et 120 mg par jour. Il n'existe pas d'effet "flash" comme l'héroïne, mais simplement une sensation amoindrie d'euphorie.

La présentation de méthadone limite le risque d'être injectée.

Elle existe également sous forme de gélule depuis mai 2008 avec comme dosage 1mg. Cette forme galénique est ainsi plus facile pour faciliter le sevrage. Pour l'utiliser il faut être depuis plus d'un an sous sirop et être abstinent de tous produits illicites. La femme enceinte est le sujet idéal (pas de consommation d'alcool, et de sucre).

Buprénorphine haut dosage (subutex)

Cette substitution thérapeutique consiste à remplacer l'héroïne (opiacé procurant un effet "flash" et de courte durée d'action) par un opiacé sans effet flash et offrant une longue durée d'action. La longue durée d'action permet d'assurer des concentrations stables d'opiacés dans le sang, évitant les "pics" et les "trous" d'effet caractéristiques des opiacés à demi-vie courte. L'absence d'effet flash permet de lutter contre un des mécanismes de pérennisation de la dépendance, l'effet renforçant.

Le subutex fait l'objet d'une législation renforcée (prescription sur ordonnance sécurisée, règle des 28 jours).

Le subutex se présente sous forme de comprimés sublinguaux dont la posologie varie selon la consommation antérieure d'opiacés, et peut aller jusqu'à 16mg par jour. Sa demi-vie plasmatique est courte (3à 5heures), et il existe un effet plafond empêchant une overdose.

Le problème posé par ce traitement est sa présentation, qui mène parfois à en détourner son utilisation, en l'injectant ou en le snifant.

Tableau récapitulatif annexe 3 des différents traitements de substitution

4.4. Place du traitement chez la femme enceinte

Intérêts généraux de la prise en charge particulière

L'idée d'un traitement de substitution lors d'une grossesse chez une femme dépendante aux opiacés est primordiale en regard de l'importance du nombre de femmes consommatrices d'héroïne en âge de procréer. En effet, sur une population estimée en France à 150 000-300 000 usagers d'héroïne, un tiers sont des femmes. De plus, la consommation d'héroïne expose, comme nous l'avons vu précédemment, la grossesse et le fœtus à de nombreuses complications liées aux phases de manque, aux risques infectieux et aux conditions de vie souvent précaires.

Le traitement de substitution est indiqué en premier lieu pour prévenir et réduire la consommation d'héroïne (et ainsi réduire les risques pour la grossesse et le fœtus), mais le suivi régulier imposé par la mise en place de ce traitement (renouvellement des prescriptions) permet également une meilleure prise en charge globale de ces patientes. Ainsi l'entrée dans un système de soins peut aboutir à une prise en charge pluridisciplinaire prenant en compte tous les aspects de vie de la femme enceinte.

La mise en place d'un traitement de substitution permet également une réduction des risques en limitant la survenue d'infections liées à l'injection, en diminuant le risque d'overdoses ou d'interactions entre plusieurs substances (lorsqu'il y a une polyconsommation). De même, cela évite les sevrages brutaux autogérés par les femmes enceintes, dont le risque principal est la MAP.

La conduite actuelle est donc de ne pas effectuer de sevrage pendant la grossesse ni à l'héroïne, ni aux produits de substitutions, mais plutôt de mettre en place ou de poursuivre un traitement de substitution.

Méthadone et subutex : l'utilisation

La méthadone possède l'AMM pendant la grossesse, de même que le subutex. Celui-ci, bien que l'AMM se soit fait plus tardivement, était le plus souvent poursuivi pendant la grossesse. Une femme sous subutex en antéconceptionnel, conservait ainsi ce traitement durant toute la grossesse, s'il était bien pris, non détourné, sans autres substances surajoutées.

Les posologies sont à adapter en fonction de la symptomatologie de manque chez la mère, et doit limiter au maximum le risque de prise concomitante d'autres

produits induite par un sous dosage en traitement de substitution. Ainsi, au troisième trimestre, il n'est pas rare de devoir augmenter les posologies en raison des modifications physiologiques de la grossesse, d'autant plus qu'une chute du taux sanguin de ces traitements pourrait être responsable de contractions utérines et de souffrance fœtale.

La substitution outre qu'elle favorise l'établissement d'une prise en charge pluridisciplinaire, et ainsi l'amélioration de la prise en charge de la grossesse, limite également la prématurité et le RCIU.

L'allaitement chez les femmes substituées fait l'objet de nombreuses erreurs. En effet, il n'est pas rare de voir l'allaitement refusé à des mères sous traitement de substitution. Certes, le traitement de substitution n'a pas l'AMM pour l'allaitement, mais les études (GEGA, Montpellier) et la revue de la littérature montrent que l'allaitement n'a pas d'effets secondaires chez l'enfant, le taux lacté étant trop faible (il en est de même pour les autres SPA). De même, l'allaitement n'évite pas un syndrome de sevrage éventuel. Il n'est donc pas un traitement au SSNN. Cependant, le contact, la proximité de la mère pendant la mise au sein apporte à l'enfant en crise un réconfort, un apaisement non négligeable. Il améliore également la mise en place du lien mère-enfant, à condition que l'allaitement soit un choix de la mère. Il conviendra tout de même de l'informer des risques d'une prise massive de produits sur son enfant.

Notons que certains antalgiques sont contre-indiqués lors de la prise de méthadone. Ainsi, le Diantalvic® sera à proscrire. De même, pour l'analgésie péridurale (APD), des interactions médicamenteuses existent avec la méthadone et le subutex. La consultation prénatale avec l'anesthésiste est donc primordiale pour organiser la prise en charge de la douleur lors de l'accouchement et les suites de couches (SDC).

(annexe3)

Les patientes toxicomanes sont des patientes fragiles psychologiquement, souvent avec des histoires difficiles vécues. Nous allons ainsi expliquer leurs histoires, les conditions de vie dans laquelle elle se trouve, et la survenue d'une grossesse qui parfois reste inaperçu.

5. PSYCHOPATHOLOGIE [11] [13] [27] [29] [31]

Nous retrouvons chez les usagers de nombreux troubles pouvant être liés autant à l'état psychique initial de l'individu qu'aux effets des produits ou à son environnement. Il ne s'agit pas de dire qu'il existe un type de personnalité commun à tous, mais plutôt des aménagements communs en phase d'intoxication masquant parfois les traits de caractère sous-jacents.

Ainsi nous pouvons décrire à différents niveaux ces points communs :

- Développement psychologique
 - des antécédents de carences affectives, des abandons, des histoires de maltraitances ou de relations fusionnelles et/ou abandonniques à la mère.
 - une structure narcissique altérée, allant jusqu'à une dévalorisation narcissique.
 - -une tendance à la dépression, pouvant aller jusqu'à un état de "border line", ou "limite".
- Comportements
 - des difficultés relationnelles, des troubles du comportement, impulsivité, intolérance à la frustration et à la solitude.
 - transgression des limites, de la loi, sentiment de toute puissance ou au contraire tendance à la dévalorisation, prise de risques
 - primauté de l'acte sur la parole souvent sans valeur.
 - besoin important de l'autre, manque d'autonomie
 - individu dans le besoin et non dans le désir
 - besoin et donc recherche du produit qui possède un coût. Dans des situations de grandes précarité, cela peut mener l'usager à la prostitution et ainsi à l'exposer au risque d'infection sexuellement transmissibles (IST).

5.1. D'abord une femme consommatrice

Leurs histoires

Après avoir écouté ces femmes raconter leur histoire, leur enfance, nous sommes amené à constaté qu'un certain nombre d'éléments semblables les rapproche.

Nous retrouverons chez un grand nombre de femmes violences physiques ou verbales, abus sexuels, incestes, ruptures familiales, négligences...

Nous retrouvons parfois une consommation d'alcool ou de substances par un parent.

Les structures familiales de l'enfance sont souvent instables, marquées par un manque d'attention, de confiance, des placements répétés en foyers, des colères violentes, qui renvoient à l'enfant une image parentale négative.

Ainsi, l'individu, modelé par son histoire, par son vécu propre, sera, en fonction de ses capacités psychiques, plus ou moins fragile. Cela pourra se traduire par la dépression, la colère, des comportements d'autodestruction...et par une consommation de SPA, dont le but serait alors de masquer la souffrance, de se créer une nouvelle identité.

Complications médicales

Comme nous avons pu le voir précédemment, les conditions de vie parfois difficiles et instables des femmes dépendantes sont à l'origine de troubles, parmi lesquels la malnutrition, les carences, pouvant être responsables d'anémies, d'un mauvais état bucco-dentaire, mauvais état respiratoire par tabagisme passif ou actif.

De plus l'usage IV entraîne de nombreuses complications somatiques:

- Infectieuses:
 - IST
 - Hépatite B, C
 - séropositivité VIH
 - autres: abcès, pyélonéphrite, cellulite, pneumonie, abcès du poumon
- Neurologiques : mononévrite, polynévrite....
- Thromboemboliques

Sexualité et rapports aux corps

a) sexualité:

Comme nous l'avons remarqué, l'activité des personnes dépendantes est régie par la recherche et la consommation du produit. Cette emprise dont elles font l'objet fait que, très souvent, leur sexualité est limitée.

De plus, de nombreuses substances ont pour effet de diminuer la libido, et toutes, en provoquant une sensation décrite comme "orgasmique", devient la course de plaisir sexuel vers un plaisir lié au produit. L'individu oublie donc, physiquement et psychiquement, la vraie signification du plaisir.

La sexualité peut, lorsque la demande de produit est telle que le budget est insuffisant, devenir le moyen d'obtention du produit. Elle perd alors sa signification réelle.

Parfois encore, il s'agit d'une sexualité compulsive, apparentée à la consommation du produit. Elle est alors le plus souvent sans plaisir, quelquefois avec des partenaires multiples, avec conduites à risques (rapports non protégés).

b) rapport au corps:

Il y a, chez certaines femmes, une mise à l'écart du corps. Le corps est agressé, négligé. Il fait l'objet d'une méconnaissance globale, d'autant plus s'il est associé à des violences physiques et/ou sexuelles dans l'enfance.

Le produit vient alors prendre une place dans cette relation au corps. Il permet au corps d'exister dans la souffrance du manque ou l'anesthésie du produit. Cette femme exerce ainsi une puissance destructrice sur son propre corps, qui est à la fois source de plaisir et de souffrance.

5.2. Environnement général

Beaucoup de femmes dépendantes rencontrées évoluent dans un univers particulier. En effet, il ne nous a pas été rare de parler avec des femmes qui, pour échapper à un univers familial défavorable ou à un cadre de trop précaire, se sont rendues dans des centres d'accueil ou elles ont élu domicile. Ces centres sont pour elles un lieu fixe d'écoute, de prise en charge sociale, parfois médicale, dont elles sont très dépendantes car ils représentent pour elles un élément de stabilité.

Un autre aspect de leur environnement est important à évoquer également: le couple. Plusieurs situations peuvent être évoquées:

- le couple peut évoluer dans un même milieu ("marginal" ou non), et être tout deux consommateurs de SPA. Leur usage peut être uniquement "festif", occasionnel, ou bien ancré réellement dans un processus de dépendance. Dans ce dernier cas, la vie de couple même est basée sur le produit, sa recherche et sa consommation.

- la femme est parfois seule consommatrice dans le couple. Se pose alors une question lors de leur prise en charge, à savoir, le conjoint est-il ou n'est il pas au courant de l'usage de sa compagne? Et si oui, comment le vit-il?
- la relation au corps et la sexualité de ces femmes peut être telle que l'idée même de "couple" leur est inconnue. Les relations étant alors basées sur un mode compulsif, sans attachement réel.

5.3. Survenue d'une grossesse

Diagnostic tardif et découverte de la grossesse

Les femmes dépendantes vivent dans un faux sentiment de confiance résultant des cycles irréguliers, voire d'aménorrhée, induit par les produits. Ce qui les amène souvent à se croire stériles. La contraception est alors souvent inexistante. Ceci en grande partie due à l'aménorrhée induite par la prise de substance, mais aussi à l'accès difficile aux soins qui ne leur permet pas d'être informées des différentes méthodes et d'être suivie régulièrement.

Ainsi l'étude du GEGA montre une faible maîtrise de la fécondité des femmes consommatrices (la moitié n'avait pas prévu la grossesse en cours et 10 fois plus souvent que dans la population générale, elles ont connu des IVG).

Les distorsions cognitives qui existent chez ces femmes font que les "signes sympathiques" de la grossesse (nausées, vomissements, fatigue) sont assimilés aux symptômes de manque (ce qui peut parfois entraîner une prise plus importante de substance).

De plus, les troubles du schéma corporel, la relation qu'elles entretiennent avec leur corps, sont responsables d'une diminution de la proprioception des modifications intracorporelles (début des mouvements actifs fœtaux, contractions utérines...).

Tous ces éléments peuvent retarder le diagnostic et, par cela, le début du suivi. Elles devront, face à cette grossesse, faire un choix: poursuivre leur consommation ou modifier leur comportement.

Le plus souvent, elles décideront de diminuer la consommation de SPA, trouvant enfin une réelle motivation : elles portent en elles leur futur enfant. Mais il arrive que le sentiment de culpabilité, la peur, la honte d'elle même soient tels, qu'elles ne parviennent pas à investir cette grossesse de manière satisfaisante, ce qui les amène parfois à consommer davantage (pour supprimer ce malaise).

Il existe cependant de nombreuses grossesses désirées, faisant partie intégrante d'un projet de couple. Elles sont alors souvent planifiées, encadrées par les différents intervenants possibles (médecin référent en toxicomanie, médecin généraliste, gynécologue, services sociaux...).

Dans la majorité des cas, la grossesse sera pour ces femmes une parenthèse à la toxicomanie, permettant une réduction de leur consommation, une modification de leur style de vie, et surtout une reprise de contact avec les intervenants médicaux et sociaux.

Contexte psychologique lié à la grossesse

a) L'enfant imaginaire

Lorsque la grossesse est investie par la future mère, l'enfant à naître prend une place importante et singulière dans l'imaginaire de celle-ci. Son rôle est parfois surestimé, idéalisé.

Il peut alors constituer, au cours de la grossesse, le soutien narcissique nécessaire à la mère que se sent souvent dévalorisée.

Cet enfant sera également celui qui va "réparer". Réparer les conflits familiaux, défendre la future mère contre l'agressivité et les sentiments de culpabilité qu'elle a développée à l'égard de sa propre mère.

Le "rôle" qui peut lui être attribué est celui d'enfant thérapeutique, qui viendrait modérer l'appétence toxique en comblant le désir de plénitude recherché. Attendre un enfant peut-être considéré par ces femmes comme un critère de normalisation. Ainsi, l'enfant à venir leur apparaît comme la "clé" d'entrée dans une vie nouvelle, "acceptée" par la société.

Ainsi la femme enceinte dépendante voit en l'enfant à naître un être d'espoir, réconfortant, protecteur. Une sorte de "bonne mère", répondant aux besoins lorsque cela est nécessaire. On peut rapprocher la place qu'ont ces enfants dans l'esprit des femmes à celle des "mères suffisamment bonnes" décrites Winnicott, c'est à dire un enfant comblant, répondant à ses attentes, totalement satisfaisant.

POINTS ESSENTIELS: l'enfant imaginaire

- **Sauveur**, qui permet de passer du statu de toxicomane à celui de mère, réduisant toutes consommations de produits, et d'entrer dans les "normes".
- **Réparateur**, en effaçant les avatars de la toxicomanie. Permet à la future mère de s'excuser de sa dépendance, de son existence de fille, et donne à sa propre mère un moyen de réparer sa faute de mère incompétente.
- **"bonne mère"**, apportant espoir, protection, s'adaptant aux besoins de la future mère.

b) L'enfant réel ; l'accouchement

L'enfant imaginaire idéal va faire place à un enfant réel bien incapable de tenir tous ces rôles, d'autant plus s'il souffre d'un syndrome de sevrage.

L'accouchement en lui-même représente une période difficile pour ces femmes. Il est, pour un grand nombre de femmes dépendantes, un moment de réactualisation de l'angoisse d'abandon, et ce d'autant plus que le nouveau-né devient le centre d'intérêt général.

Puis arrivent les premières demandes de ce nouveau-né, qui reste encore un être idéalisé pour sa mère. Il n'est donc pas cet être comblant, mais un être dépendant d'elle, exclusif. Ce comportement « je veux tout, tout de suite » peut être vécu difficilement par la mère qui voit en son enfant son propre fonctionnement.

De plus, les principaux besoins du nouveau-né sont corporels, or nous pouvons penser que pour une femme dépendante, dont le corps est parfois désinvesti, s'identifier aux besoins physiques de son enfant n'est pas une chose évidente. Cependant, cette difficulté est moindre lorsque la femme est sous traitement de substitution (étude de GEGA).

Lorsque le nouveau-né présente un syndrome de sevrage, la mère est non seulement dans une désillusion totale et brutale, mais également dans une culpabilité intense. Voir son enfant souffrir « à cause d'elle sans qu'il n'ait rien demandé » leur est insupportable. S'ajoute à cette culpabilité le sentiment d'impuissance face aux demandes accrues de l'enfant (« je suis une mauvaise mère » rapportent ainsi certaines femmes).

Points essentiels : face à l'enfant réel

- réactualisant de l'angoisse d'abandon
- désillusion : l'enfant réel n'est pas le « héros » imaginé.
- Nouveau-né dans l'immédiateté : miroir de son propre fonctionnement toxicomane
- Difficulté d'empathie et d'identification de la mère envers son enfant, d'autant plus s'il s'agit des besoins corporels.
- Culpabilité intense face à un nouveau-né présentant un syndrome de sevrage.

c) Comportements et craintes

Lors des consultations prénatales, nous pouvons constater à quel point ces futures mères sont angoissées, leurs principales inquiétudes portant sur les conséquences de leurs consommations de SPA ou de traitement de substitution sur le fœtus. La possibilité de malformations est une question fréquemment posée, et l'angoisse qui en résulte prend toute son importance au moment des échographies, qui deviennent ainsi redoutées par les parents. Un accompagnement est alors très important.

Elles se sentent également coupables de prendre des produits qui peuvent avoir des effets néfastes sur le fœtus, coupables d'être une « mauvaise mère » qui fait souffrir son enfant. Cette culpabilité est plus ou moins évoquée, mais toujours perçue à travers les questionnements sur les risques pour l'enfant à naître, ou au contraire sur un comportement trop positif « tout va bien, il n'y a aucun problème » et à l'extrême, la fuite (rendez-vous oubliés).

Toutes ces angoisses, ces craintes sur les risques pour le fœtus, peuvent aboutir à différentes réponses de leur part, allant de la demande d'une prise en charge (substitutive si prise d'opiacés), jusqu'à l'arrêt intempestif de consommation, provoquant alors manque maternel et souffrance fœtale, voir menace d'accouchement prématuré (MAP).

Il est donc primordial d'encadrer au maximum ces femmes, de dépister les situations génératrices d'angoisses, et d'aborder tous les aspects de cette grossesse avec elles.

Et le père ?

La place laissée au père dans la fonction parentale est souvent difficile et faible dans le discours de la patiente.

S'il s'agit d'un couple consommateurs, il est souvent construit sur un mode fraternel, soudé dans l'appartenance de groupe plutôt que sur la différenciation sexuelle. C'est alors un couple à trois: madame, monsieur, la drogue. Dans ce cas, la volonté de changements de la future mère (par rapport à sa consommation, à son mode de vie...) peut modifier les relations qu'elle entretient avec son conjoint. Le passage de la triade à 3 à la diade à 2, parfois très problématique, peut également mettre en danger la patiente lorsque son conjoint ne désire aucune évolution dans leur vie. La femme prendra parfois des distances face à cela pour se protéger, ce qui ne permettra pas d'établir un lien réel avec le futur père.

Il est possible de proposer au conjoint une prise en charge en parallèle pour faciliter la mise en place d'une relation satisfaisante, favorable au développement futur d'une triade père-mère-enfant.

Même si le père ne consomme aucun produit, sa place n'est pas toujours investie facilement, celle-ci dépendant en particulier de la mère. Pendant la grossesse, il est donc important de redonner au futur père sa juste fonction, qui est bien souvent oubliée par la patiente, en l'invitant aux divers rendez-vous.

De plus, après la naissance, la mère entretient souvent avec son enfant une relation proche de la fusion qui laisse encore le père dans l'impossibilité de s'investir. Il est important là encore d'accompagner cet apprentissage de la parentalité, et de soutenir les compétences maternelles, ainsi que l'aménagement de la triade nouvellement formée.

Ainsi ses patientes doivent être entourées. Leur prise en charge est particulière et tente à limiter les risques. Ainsi la sage-femme est au centre de cette prise en charge et nous allons expliquer son rôle succinctement.

5.4. Rôle de la sage-femme dans la prise en charge [5] [6] [10] [16] [17] [24] [26]

La sage-femme doit tenir plusieurs rôles dans cette prise en charge particulière. Elle doit les accueillir et les encadrer, organiser le suivi, créer un réseau avec les autres professionnels et le coordonner. Elle doit également organiser la sortie en postpartum.

Chaque rôle s'adressant à la sage-femme concernée à un moment donné, c'est à dire la sage-femme de consultation, de salle de naissance, de suites de couches...

Dépistage

La sage-femme sera amenée à rencontrer les femmes le plus tôt possible dès qu'elle découvre la grossesse. Son rôle sera avant tout d'établir une relation de confiance, de respect afin de réintégrer ces femmes dans un système de soins.

La sage-femme sera le maillon de cette entrée dans un réseau de soins, et devra ainsi dépister les patientes usagères de SPA. Cependant, il est évident que ce dépistage n'est pas toujours facile, parfois tardif.

En effet, les femmes, si elles ne sont pas déjà inscrites dans un réseau de soin, peuvent être méfiantes face au personnel médical. Méfiantes, elles se confieront difficilement.

Le rôle de la sage-femme prend alors toute son importance. Selon l'HAS, il est recommandé que le suivi de ces femmes soit assuré si possible et idéalement par une personne. Souligner l'importance de la coordination entre les professionnels afin de ne pas multiplier les intervenants, les consultations et les examens. Etablir un climat de confiance, accueillir les femmes avec bienveillance, empathie, sans jugement. Cela d'autant plus si le comportement de la patiente laisse paraître un malaise, une tension.

La sage-femme devra ainsi s'adapter à chaque situation, à chaque femme, afin d'établir un lien de confiance indispensable à l'investissement de la femme dans la prise en charge de sa grossesse.

Il s'agira lors du premier contact, de :

- reprendre l'histoire de la patiente, en abordant d'abord les grossesses précédentes, son mode de vie, ses antécédents personnels, familiaux...
- avant d'évoquer les consommations de différentes substances (alcool, tabac, psychotropes). Faire préciser depuis quand? Comment ? Combien ? À quels moments? Parler de "prise de médicament", de "psychotropes", d'alcool, de drogues, de tabac, afin de dépister éventuellement une polyconsommation.

Apprendre à connaître cette femme en temps que personne ayant une histoire, car il s'agit avant tout d'une femme enceinte.

Organisation du suivi

La sage-femme est au centre de la prise en charge de ces femmes.

Leur rôle est de réduire les risques médico-psycho-sociaux par un suivi personnalisé, adapté aux besoins de la patiente.

Elle doit également développer l'accès aux soins tout au long de la grossesse, en soutenant la femme dans la prise des rendez-vous.

En effet, nous avons remarqué le rapport au temps particulier de certaines femmes consommatrices, qui peut rendre difficile le suivi, d'autant plus si leur entourage est insuffisant.

Elle doit aussi :

- ouvrir le suivi à d'autres professionnels. Penser à toujours en discuter avec la patiente, en expliquer les raisons, afin de maintenir le climat de confiance établi au fil du temps.
- évaluer les besoins médico-psycho-sociaux de la femme pour adapter la prise en charge et proposer, en fonction de cela, une AS, un psychologue, une diététicienne, ou d'autres médecins.
- reprendre également les différentes rencontres que la patiente aura eu avec d'autres professionnels, pour retravailler d'éventuelles difficultés, afin d'avancer dans la prise en charge.

Le suivi d'une grossesse à haut risque

La sage-femme assure une consultation en alternance avec un gynécologue-obstétricien choisi avec la patiente.

Une consultation par mois au premier et deuxième trimestre, puis une consultation tous les quinze jours à partir du troisième trimestre.

La surveillance du RCF sera à adapter. Elle pourra se faire à l'hôpital, ou mieux, à domicile une sage-femme libérale, ce qui permettra l'ouverture sur un réseau de proximité, nécessaire pour la sortie de la mère et de l'enfant.

La sage-femme de PMI s'assure du bien-être à la maison et présente la puéricultrice de PMI à la fin de la grossesse à la patiente.

Le suivi échographique sera approfondi, avec une surveillance des dopplers. La fréquence des échographies dépendra de l'évolution de la grossesse. Il est cependant conseiller d'en effectuer une de plus à 28SA.

La sage-femme a pour rôle d'organiser et coordonner les rencontres avec les différents professionnels.

(annexe 5)

Ainsi:

- une visite sera effectuée avec le pédiatre vers 30 SA, afin de donner les informations sur les risques pour l'enfant à venir, expliquer le SSNN, et surtout, déculpabiliser et redonner confiance à ces futures mères.

- il pourra être proposé une rencontre avec un psychologue de la maternité, et parfois avec un pédopsychiatre. Ceci dans le but de favoriser l'établissement du lien mère-enfant.

- une rencontre avec l'AS sera également à prévoir dans certaines situations, d'autant plus si la patiente n'est pas déjà prise en charge par les services sociaux.

Vers 36 SA, la sage-femme anticipe sur l'accouchement et les suites de couches:

- l'anesthésiste sera vu, pour organiser la prise en charge de la douleur en salle de naissance et en suite de couche.

- elle fera visiter à la mère (ou au couple) la salle de naissance, le service de suites de couches, et présentera les différentes équipes.

- un appel téléphonique au médecin référent de la toxicomanie est effectué pour qu'il envoie un courrier précisant les traitements de la patiente.

Ces traitements qui devront être apportés par la patiente pour les 48 premières heures afin d'éviter tout désordre.

Elle prépare également la sortie à domicile qui se fera après le séjour en suite de couches: prise de contact avec la PMI, la sage-femme à domicile, la puéricultrice de PMI....

La sage-femme accompagne ainsi le couple ou la patiente tout au long de la grossesse. Elle sera au centre de cette prise en charge particulière.

Maintenant, étudions 34 dossiers de patientes consommatrices ayant accouché en 2008 afin d'évaluer la prise en charge de la MRUN.

PARTIE 2

**Enquête, analyse de 34 dossiers en 2008 à la MRUN en
comparaison avec le CHU de Montpellier**

6. PRESENTATION DE L'ENQUETE

A la maternité régionale de Nancy (54), un protocole à été mis en place par un gynécologue-obstétricien (Dr Thiebaugeorges), un pédiatre (Dr Hubert), et une sage-femme (Mme Romestaing) en mai 2008 s'intitulant : « prise en charge des patientes toxicomanes enceinte à la MRUN ». Il permet d'établir un suivi des patientes de manière rigoureuse et la mise en place d'une collaboration avec tout le personnel médical et soignant susceptible d'améliorer les conditions de grossesse des patientes.

A chaque consultation, l'intervenant doit y indiquer les informations de la patiente autour de sa grossesse et de sa prise de toxiques, s'il y a mise en place d'une substitution (soit par l'UFAT ou le médecin traitant), un suivi auprès du pédopsychiatre de la maternité, un suivi de l'enfant par un pédiatre est envisagé...

Le CHU de Montpellier quand à lui, étudie et prend en charge de manière optimale les patientes toxicomanes depuis plus de 15ans (mise en place en 1993).

6.1. L'expérience à la MRUN

On remarque une volonté de l'établissement et de tous ses professionnels qui tente à améliorer la prise en charge des patientes toxicomanes. Madame Romestaing, sage-femme en consultation est ainsi devenue la référente, elle dispose du DU périnatalité et addiction. Un créneau horaire de consultation le lundi après-midi, mardi matin, et jeudi après-midi a été spécialement instauré à cet effet d'une durée d'une heure par patiente.

Pour améliorer le suivi de la grossesse et limiter les risques, la sage-femme référente crée autour de la patiente un réseau pluridisciplinaire (à l'intérieur de la MRUN, mais également extra MRUN). Chaque professionnel de santé est ainsi acteur de la grossesse.

Durant la grossesse, la patiente rencontre un médecin, le docteur Thiebaugeorges (médecin référent) lors des consultations de grossesse à haut risque. La sage-femme référente et le médecin suivent la grossesse en binôme.

La sage-femme référente organise la prise en charge substitutive. Elle demande l'autorisation à la patiente pour contacter le prescripteur et l'insère au dossier obstétrical. Elle remplit ainsi tous les champs inclus dans le protocole. (Voir annexe 6)

Elle organise également l'hospitalisation en secteur mère-enfant, et le retour à domicile. Elle demande à la patiente de réfléchir au professionnel de santé qui va par la suite suivre l'enfant (pédiatre, médecin généraliste) et demande de l'en informer.

Elle effectue également des informations dans les différents secteurs de la MRUN, pour informer le personnel de la mise en place du protocole.

Elle rend visite dans le secteur mère-enfant à ses patientes, et travaille en collaboration avec la sage-femme prenant en charge la patiente.

Un climat de confiance ainsi s'instaure entre la sage-femme et la patiente ce qui permet un suivi régulier de la grossesse.

6.2. Mon expérience à Montpellier [5] [20] [22] [24]

C'est pour faire face à ce climat défavorable et néfaste pour les femmes qu'une sage-femme du CHU de Montpellier, Corinne Chanal (sage-femme coordinatrice), prit l'initiative de monter un projet pour améliorer l'accueil et la prise en charge des femmes enceintes ayant un problème de toxicomanie.

Ce projet, effectué avec le soutien d'un gynécologue-obstétricien, d'un pédiatre et d'un pédopsychiatre, s'appuyait sur la politique de réduction des risques liés à l'usage de drogues (débuté en France dans les années quatre-vingt). Afin de permettre la prise en charge du nouveau-né auprès de sa mère, une unité de soins en berceau est créée en parallèle.

Ainsi apparut la cellule "parentalité et usage de drogues"

Il m'a semblé intéressant d'effectuer un stage auprès de cette sage-femme. J'ai donc eu la chance d'être à ses côtés pendant trois semaines, lors de mon stage à option, en fin de troisième année.

J'ai alors pris conscience du travail réalisé, tant auprès des femmes enceintes, des mères, des conjoints, qu'auprès des professionnels, permettant une réelle évolution des mentalités et des pratiques.

Tous les aspects ont été abordés:

Une meilleure prise en charge des parents, sur un plan social psychologique et médical est basée sur la réduction des risques.

L'accès aux soins est développé et l'accompagnement est mis en place. La création du lien parent-enfant (triade) est anticipée puis les couples sur le plan de la dépendance sont soutenues et orientés.

Mais là ne s'arrête pas le rôle de la sage-femme. Elle est aussi, grâce à la confiance qui a pu s'établir entre elle et les parents ou la femme, le "noyau" autour duquel gravitent tous les autres professionnels. Ainsi, elle est le lien, c'est elle qui transmet, anticipe, ouvre le réseau qui peut alors se créer autour de cette future mère.

Elle soutient également les équipes, reprenant des situations difficiles afin de ne pas enkyster une image négative au sein d'une équipe. Faire face aux difficultés, les comprendre en les analysant, pour enfin mieux avancer et progresser.

Ce travail est effectué auprès de toute l'équipe obstétrico-pédiatrique et sociale, mais également auprès des étudiants sages-femmes (ainsi qu'infirmières et puéricultrice).

La sage-femme coordinatrice effectue le suivi de la grossesse avec l'ensemble des médecins du CHU. Ainsi cela permet à l'ensemble des médecins de suivre quelques patientes toxicomanes durant l'année, et ainsi leur permet d'être sans cesse au courant des avancées de la prise en charge.

Chaque mardi, des réunions de concertation avec l'ensemble du personnel médical prenant en charge une patiente se réunissent pour discuter des conduites à tenir face à cette grossesse.

Le secteur mère-enfant à Montpellier dispose d'une unité kangourou, ce qui permet aux patientes de garder leur enfant, même si syndrome de sevrage, présent auprès d'elle. Une puéricultrice est spécialement disponible pour la prise en charge de ses enfants dans le secteur et favorise la relation mère-bébé.

Cependant, j'ai pu me rendre compte qu'à Montpellier, la drogue était accessible et abordable pour tous. Un réseau de toxicomanie important se trouve au centre ville. Les patientes que j'ai pu rencontrer avouaient acheter toutes leurs consommations sur la place principale de la ville. Un « trafic » important de produit de substitution a également lieu à cet endroit. Une association a été créée par Corinne Chanal pour

limiter les risques et se rend chaque jour à cet endroit pour distribuer des kits d'injection entre 18h et 20h.

La population de patiente toxicomane est différente de la MRUN. Elles sont plus nombreuses et sont polyconsommatrices.

6.3. Méthode

Nous allons effectuer une étude comparative de dossier de manière rétrospective en comparaison avec la prise en charge du CHU de Montpellier, pour évaluer la prise en charge des patientes toxicomanes à la MRUN.

L'étude de Montpellier à été réalisé par un gynécologue obstétricien lors de l'élaboration de sa thèse ; Docteur Charlotte Brulet qui nous autorise à utiliser son étude [33].

En 2008, 34 cas de patientes toxicomanes ont été recensés et ont accouché dans l'établissement, tandis qu'à Montpellier 114 patientes sur une durée de 5ans sont retenues.

A noter que compte tenu de la taille de l'échantillon, une comparaison simple critère à critère peut ne pas être pertinente.

Les pourcentages entre parenthèse sont ceux recueillis à Montpellier.

6.4. Résultat de l'enquête

Conditions socio-économiques

Nous allons tout d'abord étudier les conditions socio-économiques ainsi que leurs antécédents.

- Logement

Nous remarquons que 97.06% des patientes vivent en appartement alors qu'à Montpellier on nous indique environ 90%.

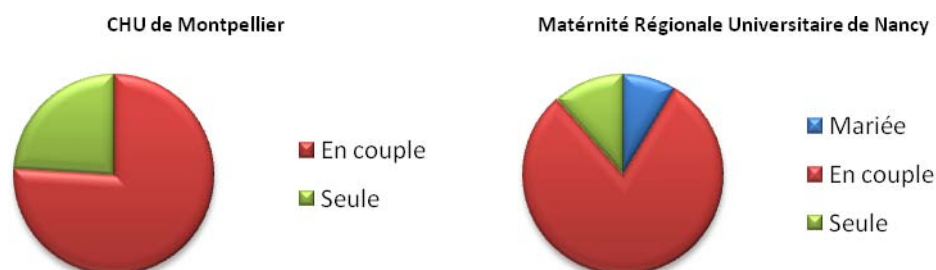
Les populations de ses 2 villes disposent des mêmes conditions de vie, ils sont locataires et non propriétaires de leur logement.

- Vie de couple

8.82% des patientes sont mariées, 82% vivent en couple et 11.76% sont seules durant la grossesse. A Montpellier 76% vivent en couple, et 24% sont seules.

Ainsi une patiente sur cinq à la MRUN vit seul sa grossesse, nous constatons le double au CHU de Montpellier.

Tableau 1 : Statut marital



- Profession de la patiente

52.94% des patientes sont sans profession durant leur grossesse, tandis qu'à Montpellier nous recensons environ 50% des patientes sans profession durant la grossesse.

- Profession du compagnon de la patiente

65% des compagnons disposent d'une activité professionnelle durant la grossesse (45%).

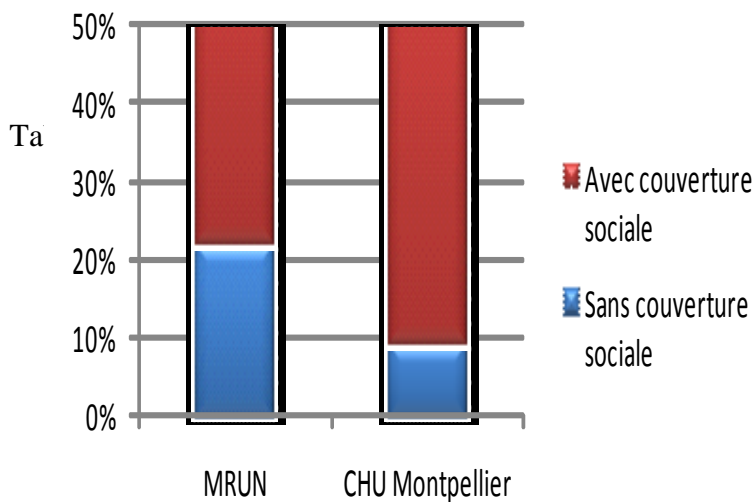
Les personnes consommatrices sont alors pour la plupart socialisé. Cependant on observe un recul social important dû à la consommation.

- Couverture sociale

A la MRUN, 22% des patientes ne disposent pas de couverture sociale, tandis qu'à Montpellier seulement 9.6% sont dans ce cas.

Les patientes suivies à la MRUN en début de grossesse, était en cours de démarche pour disposer d'une couverture sociale.

Le travail social fut efficace car les 100% ont été assuré en fin de grossesse à la MRUN et à Montpellier.



Prise de substances

- Avant la grossesse

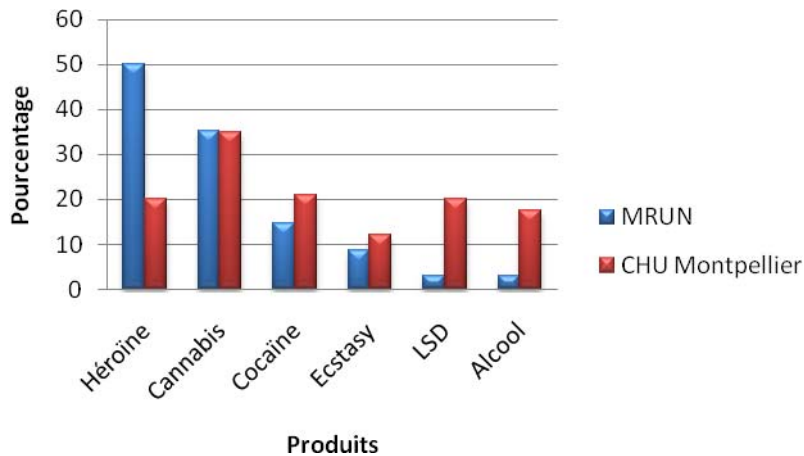
Concernant cette variable, j'ai pris en compte le pourcentage de chaque produit consommé, ce qui prend en compte les poly consommations et représente 29.41 % de l'échantillon.

20.58 % des patientes sont également substitués avant le début de la grossesse.

Nous remarquons que 50% de la population de notre échantillon est consommateur d'héroïnes durant la grossesse (20%), 35.29% des patientes fument du cannabis (35%), 14.70% sont consommatrices de cocaïne (21%), 8.82% sont dépendantes de l'ecstasy (12%), 2.94% consomment du LSD et 2.94% consomme de l'alcool (17.54%).

Les populations sont différentes. A Nancy, l'échantillon consomme en majorité de l'Héroïne et du cannabis, tandis qu'à Montpellier la cocaïne et le cannabis sont les plus consommés. Le bord de la Méditerranée dispose d'un réseau de drogue plus développé dû au port, et à la frontière Espagnole.

Tableau 3 : Prise de substance

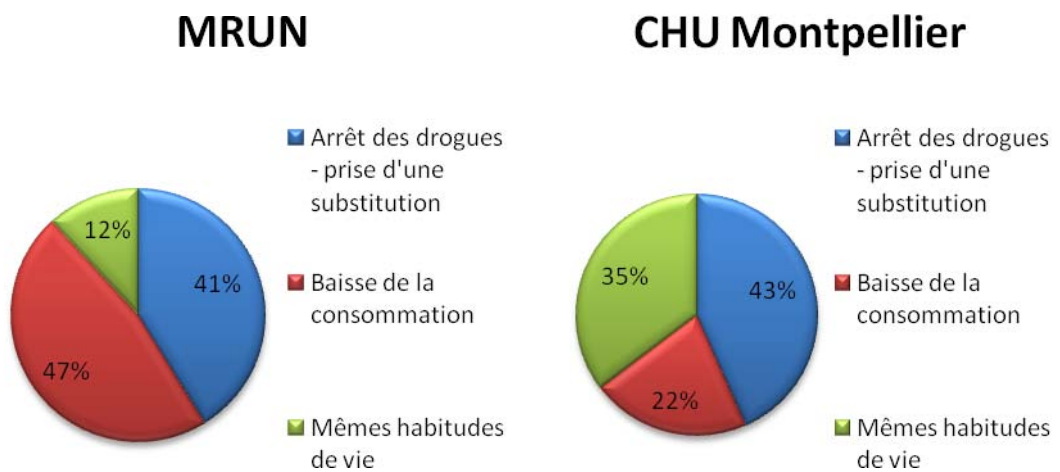


- Evolution de la consommation durant la grossesse :

41.17% des patientes ont stoppé leur consommation de produit et entamée une substitution (40.4%), 47.07% ont diminué leur consommation (20%) tandis que 11.76 % ont gardé les mêmes habitudes de vies (32.93%).

Il parait plus difficile pour les patientes de Montpellier de diminuer leur consommation. Cependant cela peut s'expliquer par la facilité d'accès au produit en ville et sur le marché noir.

Tableau 4 : Evolution de la consommation durant la grossesse.



- **Prise d'une substitution**

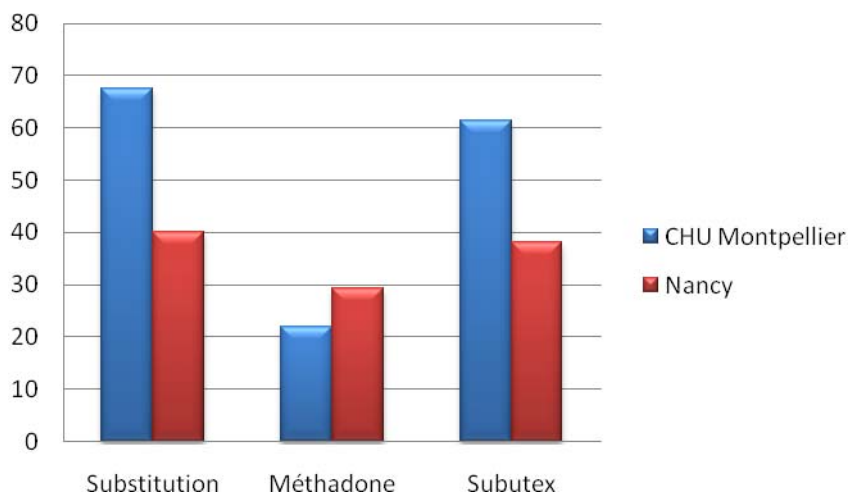
67.64% de l'échantillon dispose d'un traitement de substitution (40%).

Concernant l'échantillon de patientes sous traitement 29.41% sont traitées par méthadone (22%) et 38.23% par subutex (61.4%).

A la MRUN, la proposition de substitution est efficace grâce à la présence de l'UFATT (Unité Fonctionnelle d'Accueil et de Traitement des Toxicomanes) se trouvant à proximité de la maternité (moins de 300mètres). La baisse de consommation s'explique également car la sage-femme référente effectue les consultations et travaille en réseau avec l'UFATT.

L'augmentation de substitution à Montpellier est expliquée par la prise de « drogues dures ».

Tableau 4 : Prise d'une substitution



- **Consommation du conjoint**

50% des conjoints de notre échantillon sont consommateurs de drogues ou substitué (54%), tandis que les 50% restant sont soit méconnu ou non consommateur.

- **Comorbidité**

20.58% de l'échantillon est porteur de l'hépatite C (69.3%). De plus à Montpellier 3.50% de la population étudié sont porteurs de l'HIV tandis qu'aucune patiente à Nancy n'a été porteuse.

Antécédents gynécologiques

- Troubles du cycle menstruel

62% des patientes sont en aménorrhées ou présentent de troubles du cycle. (35%)

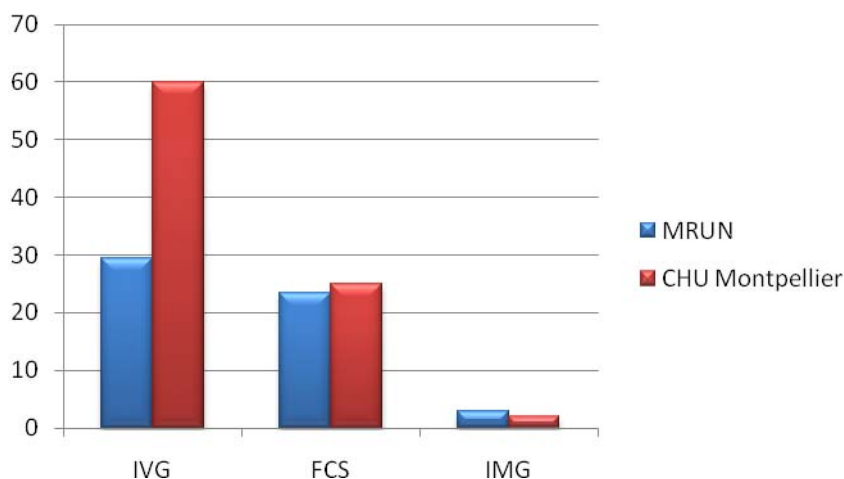
- Contraception précédant la grossesse

Seulement 38% des patientes disposaient d'une contraception avant leur grossesse (40%).

- Grossesse ultérieure

Nous notons que 29.41% ont déjà eu recours à la pratique de l'IVG (60%), 23.52% dispose d'antécédents de fausse-couche spontanée (25%), et 2.94% de cette population à du procéder à une interruption médicale de grossesse (2%).

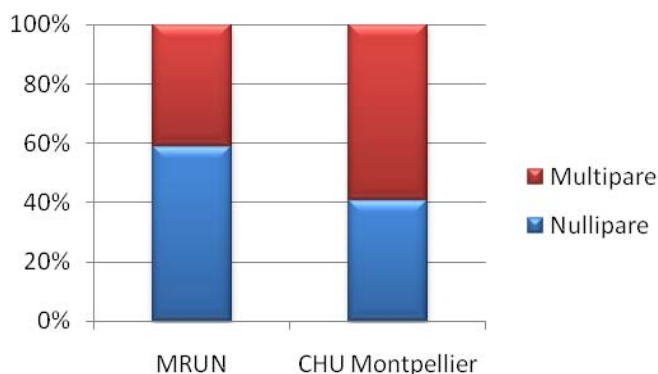
Tableau 5 : Grossesses ultérieures



Antécédents obstétricaux

58.82% de la population étudiée est nullipare (41%), tandis que 41.18 % sont multipares (59%).

Tableau 6 : Gestité

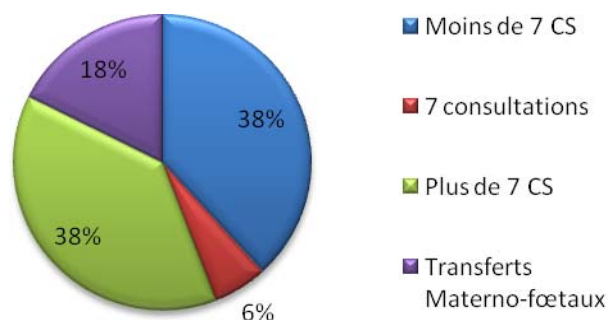


Rencontre et suivi durant la grossesse

- Suivi de la grossesse

38.24 % des patientes ont disposé de moins de 7 consultations prénatales à la maternité. 5.88% des patientes se sont rendus à 7visites, et 38.23% ont pu disposer de plus de 7 visites. On note également 6 patientes soit 17.65% avec moins de 7 consultations qui sont des transferts materno-fœtaux.

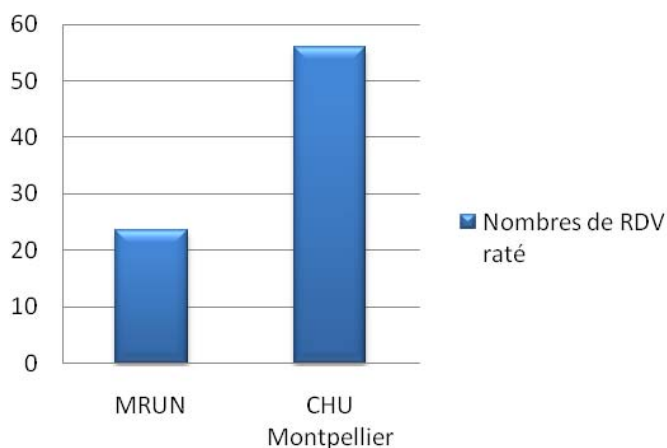
Tableau 7 : Suivi de la grossesse



- Proportion de patiente ayant raté des rendez-vous

A travers notre échantillon, nous retrouvons 23.56% des patientes qui ne se sont pas rendu à leur rendez-vous (un ou plusieurs) sans prévenir le personnel médical (56%).

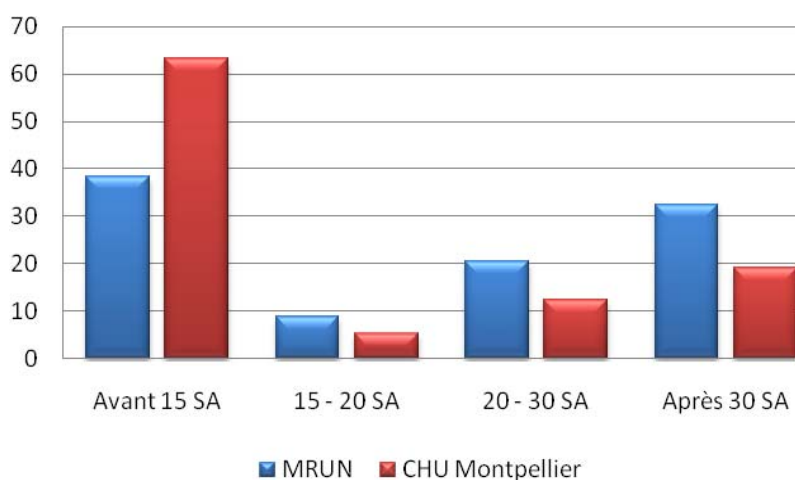
Tableau 8 : Proportion de patiente ayant raté des rendez-vous



- Age de la grossesse lors de la 1^{ère} consultation

A travers l'étude des dossiers j'ai pu constater que 38.23% des patientes ont consultés avant le délai maximum pour effectuer la déclaration de grossesse de 15SA à la MRUN (63.15%), 8.82% entre 15 et 20 SA (5.26%), 20.58% de la population entre 20 et 30 SA (12.4%) et 32.35% après 30 SA (dont 6 pour transfert materno-fœtal) (19,19 %).

Tableau 9 : Age gestationnel de la première consultation



Sur les 34 patientes observées, on observe une tendance : plus une patiente consulterait précocement, plus elle accouchera proche du terme grâce à la prise en charge qui en découle. Ce constat est statistiquement pertinent : un test du khi deux permet d'observer avec une marge de 5% qu'une relation existe entre la date de première consultation et la date d'accouchement. En effet, si on faisait l'hypothèse d'une indépendance entre ces deux éléments, on devrait retrouver par le biais d'un test

de khi deux un écart entre les patientes suivies et une répartition théorique d'au maximum 7.81 unités (pour un test à 5% avec 3 degrés de libertés). Or l'écart constaté s'élève à 11.22, ce qui nous permet de rejeter l'hypothèse d'indépendance (avec 5% de marge d'erreur).

Variable étudié dans le protocole mis en place à la MRUN

Le protocole étant récent, il peut ainsi être méconnu du personnel.

Le protocole indique que chaque patiente sous l'emprise de drogue doit être orientée vers Madame ROMESTAING sage-femme en consultation qui dispose du Diplôme Universitaire grossesse et addiction. Elle accompagne ses patientes en collaboration avec le Docteur THIEBAUGEORGES médecin référent.

- **Praticien lors de la première consultation**

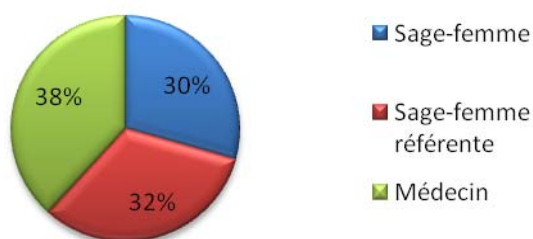
A la MRUN, lors de la première rencontre avec le personnel médical, 29.41% ont rencontré une sage-femme, 32.36% la sage-femme référente (Madame Romestaing), et 38.23% un médecin.

- **Praticien pour toute la grossesse**

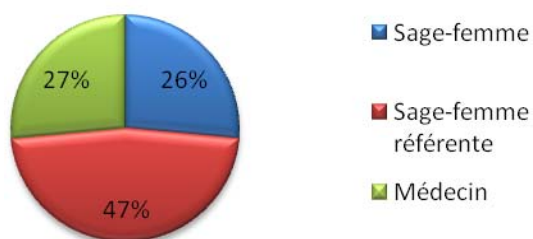
A la MRUN, nous remarquons qu'en 2008, 26.47% des patientes toxicomanes ont été suivis par une sage-femme, 47.05% par Madame Romestaing, et 26.48% ont été suivis exclusivement par un médecin.

Le personnel médical en 2008 peut être ignorant du protocole récent. Cependant Madame Romestaing prend en charge près de la moitié de l'échantillon étudié ce qui est encourageant car lors de la première consultation le résultat était inférieur. Ceci nous prouve que les professionnels de la MRUN savent travailler en réseau.

Praticien première consultation



Praticien durant la grossesse



- Rencontre avec l'assistante sociale

52,94% des patientes ont pu disposer d'un entretien avec l'assistante sociale durant la grossesse (45%).

- Aide psychologique

44% des patientes ont eu l'opportunité de rencontrer le pédopsychiatre de la maternité.

- Soutien relationnel

Le réseau sage-femme libérale et sage-femme de la protection maternelle infantile a été mis en place chez 74% des patientes (65%).

- Rencontre avec le pédiatre

Seulement 23.52% des patientes en 2008 ont eu l'opportunité de rencontrer le pédiatre durant leur grossesse (70%).

- Préparation à la naissance prophylactique

33% de notre population a suivi des cours de préparation à la naissance (28%).

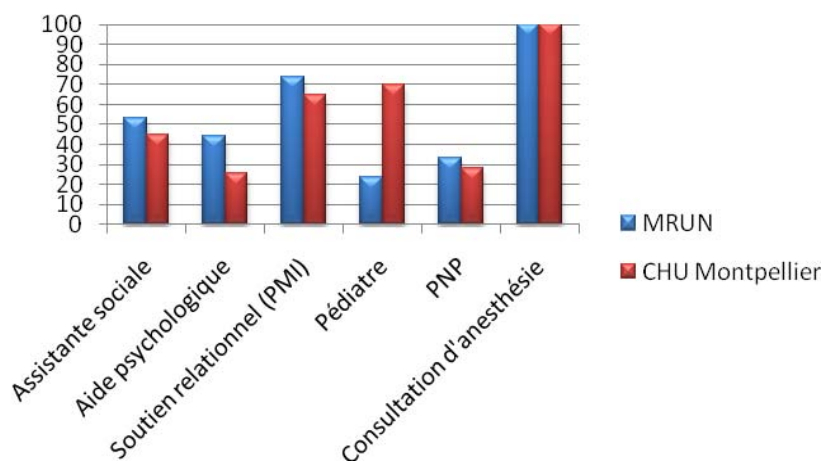
- Consultation d'anesthésie

L'ensemble de la population s'est rendu à la consultation d'anesthésie.

6 consultations d'urgences ont eu lieu pour les transferts materno-fœtaux.

Nous pouvons ainsi constater que malgré un protocole mise en place de manière récente, on remarque une volonté de l'établissement qui tente à améliorer la prise en charge des patientes avec la collaboration de plusieurs professionnels. Cependant la mise en place de la consultation avec le pédiatre reste encore à améliorer.

Tableau 10 : Protocole mis en place à la MRUN

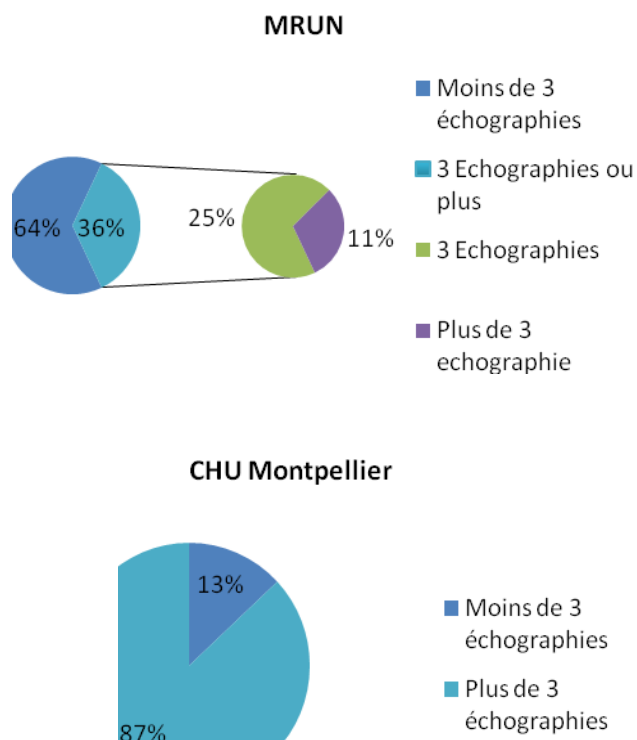


- Nombre d'échographie

3 échographies durant la grossesse sont conseillées, j'ai pris ainsi en compte les patientes ayant eu moins de 3 échographies, c'est-à-dire 8.82% (12.68%), 29.41% ont fait 3 échographies, et 61.71% ont eu l'opportunité d'en effectuer plus de 3. (85% au CHU de Montpellier en ont fait 3 ou plus).

A l'échographie dans 8.82% des cas, une malformation a été détectée.

Tableau 11 : Nombre d'échographie à la MRUN et au CHU de Montpellier



- Hospitalisation en urgence

53.52% des patientes ont dû être hospitalisés en urgence pour les motifs suivant : RPM. Pré-éclampsie, MAP, RCIU, déclenchement, altération du rythme (60%).

Accouchement

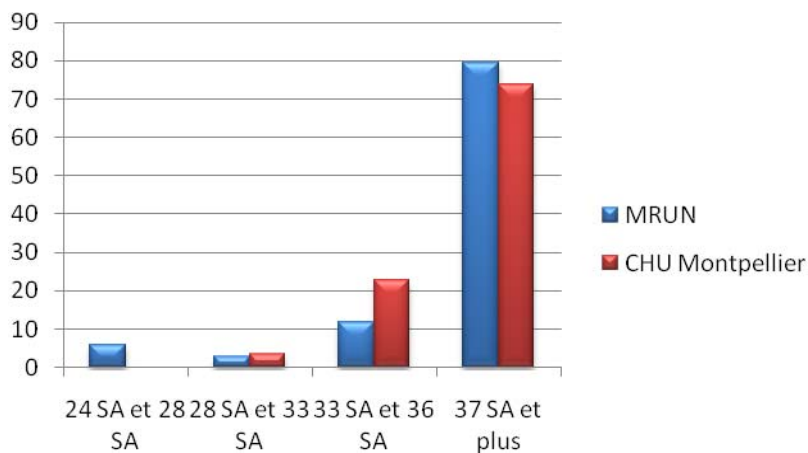
- Terme

Prenons en compte les critères de prématurité.

Ainsi 5.88% des patientes ont accouché entre 24SA et 28SA(0%), 2.94% entre 28SA et 33SA (3.5%), 11.76% entre 33SA et 36SA +6j (22.7%). On remarque donc que 79.41% des patientes ont accouchés à 37SA et plus (73.8%).

Le terme moyen d'accouchement à la MRUN est de 37SA +5J.

Tableau 12 : Terme d'accouchement



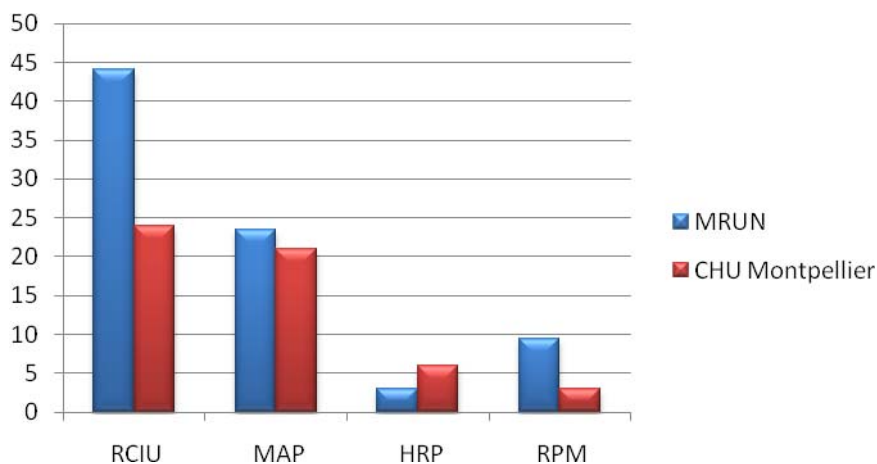
- Pathologie de la grossesse

Nous constatons :

44.11% de RCIU (24%), 23.53% de MAP (21%), 2.94% de HRP (6%), et 9.41% de RPM (3%).

Les pathologies décelées sont identique dans les deux villes. Un test de khi 2 a été effectué et n'est pas significatif.

Tableau 13 : Pathologie de la grossesse



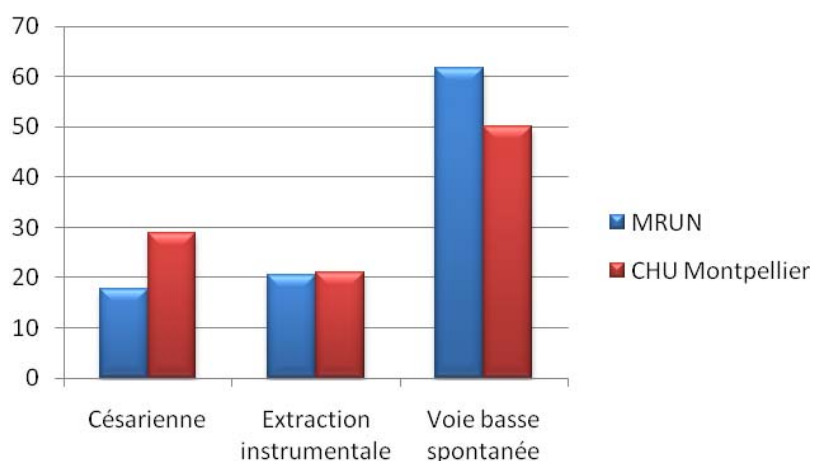
- Mode d'accouchement

Nous constatons ;

Que 17.64% des patientes ont accouché par césarienne (28.90%), 20.58% voie basse avec extraction instrumentale (21%), et 61.78% voie basse spontanée (50.1%).

Un test de khi 2 a été effectué est n'est pas significatif.

Tableau 14 : Mode d'accouchement



- Anesthésie

93% des patientes ont pu bénéficier de l'analgésie loco-régionale (90%).

Suites de couches

- Durée du séjour

La durée moyenne du séjour à la maternité à la suite de l'accouchement est d'environ 7 jours (12j)

- Syndrome de sevrage

38.23% des enfants dans les suites de l'accouchement ont été hospitalisés suite à un syndrome de sevrage (78%).

On peut également imaginer qu'une première consultation précoce serait susceptible de diminuer le risque de syndrome de sevrage. Un test de khi deux permet de montrer avec une marge de 5% que ce lien est loin d'être clair. Le test tend en effet à prouver une indépendance statistique entre ces deux paramètres.

- Poids de naissance de l'enfant

Définissons des variables de poids de naissance ;

14.70% des enfants sont nés pesant plus de 3300g

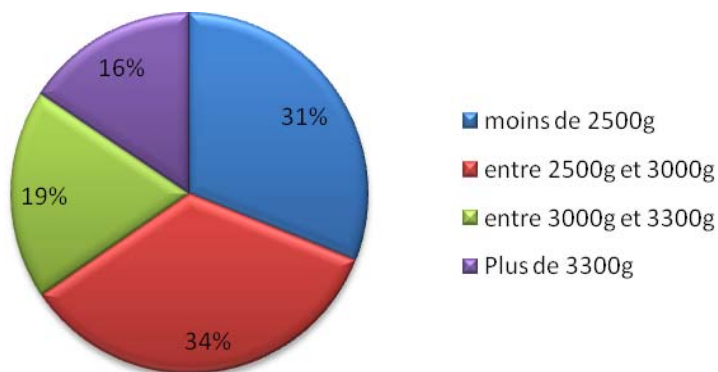
17.64% pesait entre 3000g et 3300g

32.35% entre 2500g et 3000g

29.11% pèse moins de 2500g

Le poids moyen de naissance est estimé à 2593g. A Montpellier celui-ci est estimé à 2790g.

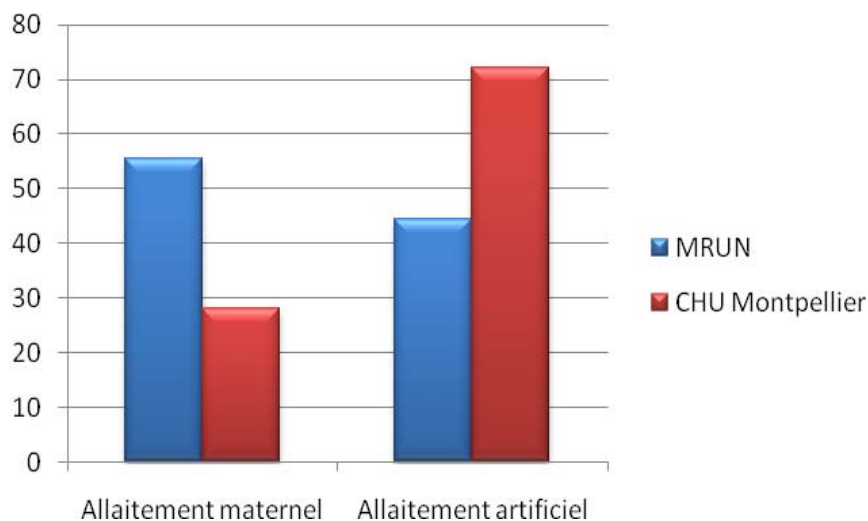
Tableau 15 : Poids de naissance à la MRUN



- Allaitement

55.5% des patientes décident d'allaiter leur enfant (28%).

Tableau 16 : Allaitement



- Contraception

A la sortie de la maternité, 1 seule patiente a refusé la mise en place d'une contraception c'est-à-dire 2.94%.

55.88% ont reçu une ordonnance pour une pilule, et 41.17% avec la mise en place d'un implanon dans les suites de couches.

- Consultation du post-partum

45% des patientes ont effectués la consultation du post-partum à la MRUN.

6.5. Résumé des tendances

A travers cette étude, nous remarquons qu'à la MRUN, une prise en charge pluridisciplinaire des patientes toxicomanes a été mise en place. Celle-ci favorise la diminution des risques liés à la consommation durant la grossesse.

La grossesse favorise également la diminution ou l'arrêt de consommation et ainsi que la mise en place d'un traitement de substitution. Les patientes s'investissent durant la grossesse.

Les résultats que nous évoquons sont en corrélation avec le CHU de Montpellier, ce qui est satisfaisant.

Cependant nous remarquons que certaines variables restent à améliorer.

PARTIE 3

Analyse et discussion

7. ANALYSE ET DISCUSSION

La grossesse chez une femme dépendante doit être considérée comme à risques. Elle nécessite pour cela une prise en charge particulière au sein de laquelle la sage-femme tient toute son importance.

En effet, il a été observé que la toxicomanie chez les femmes enceintes est une problématique médicale, sociale et psychologique ayant été pendant longtemps fuie. Les appréhensions des soignants face à ces patientes empêchaient toute mobilisation de leur part, et bloquaient ainsi toute possibilité de prise en charge. De même, la crainte et le manque de confiance des femmes dépendantes envers les services de soins ne permettaient pas une prise en charge au long court.

Les placements judiciaires étaient alors très fréquents, et faisaient suite à une grossesse non suivie, un accouchement rapide, une sortie précoce.

Ces situations étaient évitées, redoutées par le personnel.

Ce constat, fait par de nombreuses équipes médicales, a abouti à une mobilisation de la part de celles-ci (hôpital Louis Mourier, CHU de Montpellier...).

La sage-femme est ainsi un pilier dans cette prise en charge, aux différents moments de la grossesse, analysant les besoins de la femme pour y répondre au mieux.

Elle a ainsi un rôle autant de dépistage, d'information et d'organisation du suivi (de la grossesse et du post-partum), de lien interprofessionnel. Ces différents rôles s'organisant autour de l'accompagnement, du soutien, de l'écoute dont fera preuve la sage-femme.

7.1. Analyse de l'étude

L'observation des pratiques et l'analyse des résultats de l'enquête, montrent qu'il existe toujours des aspects méconnus par le personnel médical dans cette prise en charge particulière, cependant le protocole a été mis en circulation en mai 2008, ce qui explique qu'il peut être méconnu du personnel médical.

Au départ de notre étude, nous avons émis l'hypothèse que la prise en charge des patientes toxicomanes était adaptée, et favorisait la réduction des risques liés à la consommation.

Conditions socio-économiques

Concernant les conditions socio-économiques de notre échantillon, nous remarquons que pour la plupart celle-ci sont socialisés, cependant une patiente sur deux est sans emploi et une sur cinq ne dispose pas de couverture sociale. La prise de toxiques est néfaste pour leur socialisation et leur recherche d'emploi. Il est difficile pour elle d'être consommatrice de substances psycho-actives et d'entrer dans la vie active.

Cependant la grossesse est l'élément déclencheur leur permettant de prendre conscience des risques dû à leur type d'usage. En effet elles réussissent durant la grossesse à stopper ou diminuer leur consommation, et ont la volonté d'être traité en débutant une substitution. Ainsi la grossesse a une place importante dans la vie d'une toxicomane.

Dans la plupart des cas le conjoint et lui-même consommateur ou substitué. La grossesse lui permet également dans la plupart des cas pour accompagner sa compagne de stopper ou diminuer la prise de drogues. Le couple agit ensemble. Très peu de patiente vivent seule leur grossesse à la MRUN, cependant à Montpellier 1 patientes sur 4 est dans ce cas. Le père tien un rôle important, cependant la grossesse permettant de mettre en avant les risques liés aux types d'usage, parfois provoque la séparation du couple car le père n'est pas prêt à changer ses habitudes.

Antécédents

Concernant les antécédents gynécologiques, nous retrouvons dans la plupart des cas des interruptions volontaires de grossesse, et fausse couche spontanée. Ce sont les risques dû au type d'usage comme l'indique la littérature. La grossesse était-elle désirée ? Avait-elle dépassée la date de terme pour avoir recours à la pratique de l'IVG ? ce sont des questions que nous pouvons nous poser face à ses antécédents.

La plupart des patientes étant en aménorrhée, celle-ci ne trouve pas l'utilité de la contraception, c'est pourquoi seulement la moitié des patientes utilisaient une méthode contraceptive avant la grossesse.

Suivi de la grossesse

La grossesse de notre population est suivie de manière optimale, en effet nous constatons que plus de la moitié des patientes ont consultés 7 fois ou plus la sage-femme ou l'obstétricien. Un climat de confiance a été instauré entre les patientes et les professionnels de santé, ce qui rassure les patientes et favorise le dialogue. Nous constatons qu'il est quand même parfois difficile pour ses patientes de se rendre au rendez-vous, et ne prévienne pas de leur absence. A la MRUN 1 patiente sur 4 ne s'est pas rendu à au moins un rendez-vous. Cependant au CHU de Montpellier, les chiffres sont plus importants, mais cela peut s'expliquer. En effet la population du bassin méditerranéen est une population différente tant au niveau des consommations, qu'au niveau du suivi (1 retard d'une heure ne sera pas inquiétant à Montpellier, tandis qu'à la MRUN la patiente sera appelé). La rigueur des horaires n'est pas respecté tant pour les patientes que pour les praticiens dans le sud (comportement méditerranéen).

Nous constatons que les patientes consultent précocement et s'investissent car elles souhaitent mener à bien leur grossesse et diminuer les risques pour le fœtus. Elles sont conscientes des risques encourues et font confiance au professionnel de santé. Les transferts materno-fœtaux sont envoyé à la MRUN après 6 mois et demi de grossesse lorsque les risques pour le fœtus sont visibles. Plus une patiente consulte précocement, plus la diminution des risques est importante ; suite à une étude statistique, celle-ci met en évidence que plus une patiente rencontre un professionnel de la grossesse précocement, plus elle accouchera tardivement et proche du terme.

Protocole mis en place à la MRUN

Le protocole quant à lui est mis en place est appliqué par tous les professionnels. Il est mis en évidence que les professionnels de la grossesse adressent les patientes toxicomanes à la sage-femme référente. Les résultats n'atteignent pas les 100%, mais cela s'explique car le protocole a été récemment mis en place et méconnu de tous. Les résultats retenus sont alors encourageant.

La sage-femme référente utilise celui-ci pour chaque patiente. Il est suivi et accepté des patientes et favorise la socialisation des patientes, l'extériorisation des craintes, et améliore la prise en charge. Cependant nous constatons que seulement une patiente sur cinq a pu rencontrer le pédiatre de la maternité avant l'accouchement. Cette

consultation permet à la patiente de poser toutes les questions qu'elle souhaite concernant le devenir de l'enfant, les risques encourus....

Pour prévenir des risques, et diminuer le risque d'accouchement prématuré, les patientes sont hospitalisées et permet une prise en charge optimale. Elle diminue ainsi le temps de l'hospitalisation leur consommation de tabac, et le repos instauré est bénéfique. On recense durant la grossesse 2 pathologies récurrentes ; la menace d'accouchement prématuré et le retard de croissance intra utérin. Les patientes toxicomanes sont pour la plupart victime de malnutrition, d'anorexie (contexte socio-économique), qui sont des étiologies de la MAP. Le retard de croissance intra utérin est pour la plupart des cas liés à la consommation de tabac en parallèle importante.

Accouchement

En ce qui concerne l'accouchement, le terme moyen de l'échantillon est de 37SA+5J. Ce résultat est très encourageant et prouve que la prise en charge est adaptée aux besoins de chaque patiente. Les résultats sont identiques au CHU de Montpellier. Le mode d'accouchement est identique à un accouchement sans pathologie. Cependant à Montpellier on observe une augmentation du nombre de césarienne. La plupart des patientes peuvent bénéficier de l'analgésie locorégionale. Le suivi régulier, la préparation à la naissance favorise l'entrée en travail des patientes à moins de 5cm, ce qui permet la facilité de l'anesthésie. Il y a 10ans les patientes arrivaient pour la plupart en phase expulsive, la sensibilité à la douleur étant diminué par la prise de toxique, il était difficile pour elle d'identifier le début du travail.

Le poids de naissance de l'enfant est en moyenne estimé à 2593g. Celui-ci plus élevé à Montpellier. Ceci s'explique suite aux différentes pathologies de la grossesse. En effet les risques dû à la consommation sont diminués mais présent.

En secteur mère-enfant le protocole indique une hospitalisation des patientes consommatrices de 7 jours, ce qui est respecté. A Montpellier l'augmentation des jours d'hospitalisation est présente grâce à l'unité kangourou disponible dans le service. Les enfants restent auprès de la patiente, et la sortie s'effectue avec l'enfant. Ce qui n'est pas le cas à la MRUN, car les enfants en cas de syndrome de sevrage sont hospitalisés, et la patiente peut effectuer sa sortie sans son enfant.

L'ensemble des patientes à la sortie de la maternité reçoit une ordonnance de pilule ou durant son hospitalisation ou un implanon a été posé. La contraception est importante pour prévenir les risques de grossesse ultérieure. Cependant, concernant la pilule nous n'avons aucune garanti que celle-ci sera prise.

La consultation du post-partum est effectué par la moitié des patientes, c'est un résultat encourageant, et indique qu'un climat de confiance s'est instauré entre la sage-femme référente et la patiente. Elle permet d'évaluer le lien mère enfant, ou en est la consommation... C'est un moment pour faire le point sur l'accouchement et la santé du bébé, s'assurer que le suivi mis en place fonctionne bien.

Au vu des résultats favorables, nous pouvons en conclure qu'il existe une réelle volonté de l'établissement y compris par tous les acteurs d'améliorer la prise en charge des patientes toxicomanes. Les résultats sont très encourageants.

Nous pouvons en déduire que le protocole est appliquée, cependant nous ne disposons pas d'assez de recul étant donné sa parution récente pour affirmer qu'il est connu de tous.

La prise en charge est adaptée au vu de la réduction importante des risques recensés en 2008.

En comparaison avec la prise en charge effectué au CHU de Montpellier, les résultats nous prouvent que la mise en place du protocole a été bénéfique pour ce type de patiente, car ceux-ci sont identiques.

Cependant quelques points sont à améliorer. Nous allons ainsi les énoncer.

7.2. Axes d'amélioration

Transfert

Nous avons pu constater que lors de transfert il est parfois trop tard pour prendre en charge et diminuer les risques encourues, il serait ainsi intéressant d'informer les maternités du réseau périnatal lorrain du protocole mis en place à la maternité et de la démarche à suivre pour effectuer une prise en charge adapter à chaque patiente.

Information à l'ensemble du personnel de la maternité

Le protocole étant récent, il est peut-être méconnu du personnel médical. Il est important de le diffuser et d'effectuer si possible des réunions d'information dans les secteurs concernés (néonatalogie, consultation, secteur mère enfant, grossesse pathologique). Cette information permettrait de faire participer l'ensemble de l'établissement à la prise en charge des patientes de manière encore plus optimale.

Pédiatre

La consultation pédiatre ne peut être réalisée pour la plupart des cas, car il n'existe pas de créneau disponible pour le Docteur Claire Hubert pédiatre à la MRUN. Il serait intéressant de libérer du temps pour permettre de développer la consultation pédiatrique.

Réseau à la MRUN

Il est important d'insister sur le fait que l'ensemble du personnel médical de la MRUN travaille en réseau. Il serait intéressant d'approfondir la communication entre service pour optimiser le suivi des patientes. On observe parfois un réel manque de communication entre le secteur mère-enfant et le service de néonatalogie prenant en charge l'enfant.

Staff avec les assistantes sociales

Chaque mardi matin, un staff avec les assistantes sociales et la sage-femme référente ont lieu à la MRUN. Il serait intéressant d'y convier d'autre acteur de la prise en charge tel que le pédiatre en charge des consultations, la médecin référent...

Bains enveloppés de bébé

Mise en place récemment de bain de bébé enveloppés en secteur mère-enfant pour diminuer le risque de syndrome de sevrage, à développer d'avantage.

Informations aux étudiants sages-femmes

Sur le modèle de formation des étudiants sages-femmes, puis des sages-femmes de Montpellier, il serait intéressant d'inclure à la formation initiale des informations concernant les risques liés aux types d'usage et les conséquences sur la grossesse. La prise en charge doit également être abordée.

7.3. Discussion : devenir à moyen et long terme

Les enfants

La qualité du devenir de ces enfants dépend en grande partie de l'environnement dans lequel il sera amené à se développer.

Les études (du GEGA, de Montpellier) tendent à dire que si l'arrivée d'un enfant dans la vie de la mère (ou du couple) n'est pas accompagnée d'un changement de comportement face à la drogue, au rythme de vie... le développement physique et intellectuel de l'enfant risque de ne pas être optimal.

Ainsi nous pouvons citer quelques facteurs environnementaux péjoratifs pour le développement de l'enfant:

- sous-stimulation
- difficulté d'adaptation des parents face au rythme de l'enfant
- Interactions insuffisantes au sein de la triade, voire climat de violence intra-familiale, placements répétés, séparation
- persistance de consommation parentale, maternelle, ou paternelle; accompagnée parfois d'un décès par overdose ou infection.

Cependant l'étude du GEGA montre une nette amélioration du devenir de ces enfants lorsqu'il existe une prise en charge substitutive de la mère pendant, voire avant la grossesse. De plus il est démontré que le lien mère-enfant est nettement amélioré lorsqu'une telle prise en charge a eu lieu.

De plus, l'expérience de l'équipe de Montpellier (Mazurier), qui a étudié le devenir des enfants nés de mères dépendantes sur 5ans, montre qu'une prise en charge globale et pluridisciplinaire de ces femmes (substitués ou non) et de leurs enfants pendant et après la grossesse améliore la qualité d'investissement de la mère pour l'éducation de son enfant. Le schéma de prise en charge qu'elle a reçu pendant sa grossesse lui servant de modèle pour s'occuper le mieux possible de son enfant.

Au contraire lorsqu'aucune prise en charge satisfaisante n'a pu être mise en place, il pourra être observé des troubles de l'attention, une agitation marquée.

Ainsi, les études de Luthar et Coll (1993) soulignent leur vulnérabilité et leur fragilité.

La mère

La grossesse semble une bonne période pour entamer un tournant dans la trajectoire de dépendance de ces femmes. De nombreuses études, (GEGA, Montpellier..) montrent une diminution de consommation, une amélioration de la précarité, un lien maintenu avec les professionnels à la sortie de la maternité.

Cependant la vigilance de la part des intervenants reste de mise. En effet, le post-partum avec le retour à domicile, est une phase de transition qui reste délicate. Troubles anxieux, dépressifs, addictifs, ainsi que la reprise de consommation ne sont pas rares, et peuvent se manifester sous forme de crises aiguës. Par ce caractère temporaire, la séparation mère-enfant n'est pas indispensable, d'autant plus si le suivi pluridisciplinaire est toujours actif. Ainsi le rôle des réseaux mis en place est primordial.

Les mesures de placements

La décision de placement ne doit pas, dans la majorité des cas, se prendre pendant la grossesse. En effet, elle doit faire intervenir les aspects psychologiques, comportementaux, médicaux, sociaux de la mère, mais aussi la mise en place du lien mère-enfant, la capacité de la mère à s'adapter aux besoins de son enfant.

Ces derniers points imposent de prendre une décision dans le post-partum, en équipe pluridisciplinaires, et après s'être projeté dans l'avenir de cette famille. Il convient de donner toutes les chances possibles à une sortie à trois (voire à deux si le père n'est pas présent), dans un logement adapté.

Ainsi penser à faire le lien avec les PMI et l'AS de secteur proposer une travailleuse familiale, prévoir les consultations diverses. Souvent des problèmes de logement surviennent dans cette projection. Il faut alors prendre contact avec les unités mère-enfants, les structures d'accueil spécifiques... tant de mesures qui auront pour but de prévenir une évolution défavorable de l'enfant.

Ainsi dans l'étude du GEGA, les ordonnances de placements ont été essentiellement liées à une absence de logement personnel ou à une toxicomanie active problématique. Elle montre alors qu'une prise en charge globale reposant sur la réduction des risques, un travail en réseau, permet de réduire le taux de séparation à 4%

alors qu'il était de 30-50% dans les études faites sur une population où ces modalités de prises en charge n'existaient pas.

S'il est vrai que l'on peut être toxicomane et bonne mère, il ne faut pas oublier que la consommation active de substances peut rendre difficile la création et le maintien du lien mère-enfant et par cela mettre en danger l'enfant. De plus le rythme, la qualité de vie imposée par l'enfant, la temporalité et la projection dans l'avenir, les besoins sociaux et économiques liés à la venue d'un enfant... Toutes ces conditions nécessaires au bon développement psychique, physique, comportemental de celui-ci ne peuvent parfois être réunies.

Il est alors nécessaire de demander des mesures de protection de l'enfant.

Différents types de signalements peuvent être effectués : à la PMI ou au service social de secteur, signalement judiciaire en milieu ouvert débouchant sur une AEMO (assistance éducative en milieu ouvert) ou sur l'ouverture d'un dossier d'ASE (aide sociale à l'enfance), ou bien encore sur une OPP (ordonnance de placement provisoire). Ça sera au juge de prendre la décision d'une OPP et de la mesure éducative à prendre. Les mesures d'AEMO administratives pourront être demandées par les services sociaux ou par la mère. Le premier type permet le passage d'une puéricultrice (et parfois d'une AS) qui se rendra au domicile de la mère afin de vérifier que tout se passe bien. Elle accompagnera les parents ou la mère en leur apportant l'aide et le soutien nécessaire (cas le plus fréquent). Les placements réels, avec séparation mère-enfant dès la sortie de la maternité, sont rares, et sont principalement liés à une absence de logement, une consommation active très problématique, mais aussi, une psychopathologie importante ou un défaut de lien mère-enfant (même sans consommation problématique). Ils ne sont pas définitifs, mais font l'objet d'une réévaluation tous les six mois par l'ASE à qui le juge a confié l'enfant.

L'ASE fait alors une enquête et contacte les différents acteurs (PMI, médecins, éducateurs) qui auront eu des contacts réguliers avec la famille. Un rapport sera effectué à la suite de cette évaluation, et aboutira, selon la décision du juge, soit à reconduire le placement, soit à la mise en place d'une mesure d'aide à domicile.

Cependant, il n'est pas exclu, même lorsque l'enfant sort de la maternité avec sa mère, qu'ils soient plus tard séparés pour des durées plus ou moins longues.

Autres alternatives

Le séjour en maternité s'avère souvent trop court pour accompagner la mère et l'enfant dans cette découverte mutuelle. Les maternités ne sont pas toujours en mesure de suivre l'établissement du lien mère-enfant, qui reste souvent fragile lorsque la sortie est envisagée. De plus, elles sont parfois peu entourées (par de figures féminines, de mère, de grand-mère), et n'ont alors pas de soutien extérieur à l'hôpital tant pendant la grossesse qu'à leur sortie de maternité.

Lorsqu'un accompagnement de la mère s'avère nécessaire, il existe des structures adaptées : appartements thérapeutiques, hospitalisation du post-partum, séjours en famille d'accueil, centres maternels (encore peu nombreux à accueillir ces femmes)... Qui pourront prendre en charge cette femme pendant la grossesse parfois, et après l'enfant.

Ainsi, elle ne sera pas seule face à ses doutes, à ses craintes, et aura un soutien adapté qui lui permettra d'évoluer positivement avec son enfant.

Conclusion

"La grossesse est clairement un moment privilégié pour la mise en place ou le renforcement, dans le long et douloureux parcours d'une femme dépendante de drogues, d'un soutien pluridisciplinaire et en réseau ville-hôpital, qui améliore le pronostique périnatal et qui peut améliorer la qualité de vie de l'enfant et de ses parents."

Cette synthèse du Professeur C.Lejeune résume clairement les différents enjeux de la prise en charge particulière des femmes enceintes dépendantes. Particulière car il s'agit bien là d'une grossesse à risques.

En effet, l'élaboration de ce mémoire m'a permis de découvrir les divers retentissements de la consommation de SPA sur la grossesse, le fœtus, le nouveau-né. Mais également, et c'est peut-être là le point le plus important, le retentissement sur le lien parents-enfant.

Depuis plusieurs années, nous avons pu voir une nette amélioration de la prise en charge de ces femmes. Prise en charge plus humaine, meilleur accès aux soins... et mise en place du traitement de substitution, qui a nettement diminué la morbi-mortalité périnatale, en permettant une entrée dans un réseau de soins.

Les résultats très encourageants de quelques équipes (Montpellier, équipes du Pr. Lejeune...) nous incitent à généraliser ce mode de suivi des femmes dépendantes.

Les sages-femmes doivent, pour cela, bénéficier d'une formation suffisante, tant pendant leurs études que pendant leur carrière, afin d'offrir à ces femmes un accès à des soins de qualité.

C'est parce que la grossesse nécessite un suivi médical, et qu'elle est une parenthèse dans la vie de ces femmes, que nous nous devons d'en profiter pour mettre en œuvre une prise en charge globale, un réseau qui pourra perdurer au-delà de la grossesse.

Et la sage-femme, par sa qualité d'accompagnante, d'écoute, de soutien, de revalorisation de la femme et de lien interprofessionnel, tient une place primordiale au sein de cette prise en charge.

BIBLIOGRAPHIE

[1] « Grossesse, héroïne et substitution » P. Benos - La lettre du gynécologue - n°241 - avril 1999.

[2] « De la femme à l'enfant ; les liens interprofessionnels autour de la femme enceinte sous opiacés » E.Mazurier , C.Chanal c., M.Misraoui, R.M.Toubin - Arch Fr Pediatr 2000 ; 7 (suppl. 2) : S281-2.

[3] « Grossesse et toxicomanie » - F.Molénat (coord par) - Eres 2000, collection Prévention en maternité,145 p.

[4]« Cellule Parentalité et Usage de Drogues, résultats périnataux et psychosociaux » C.Chanal, R-M. Toubin, P.Benos, E.Mazurier, M.Misraoui, J.Clutier, P.Boulot, F.Molénat - 31èmes journées de la Société de Médecine Périnatale - Arnette 2001

[5] « Prise en charge des femmes enceintes toxicomanes au chu de Montpellier : résultats périnataux et psychosociaux » C.Chanal, R-M. Toubin, P.Benos, E.Mazurier, M.Misraoui, J.Clutier, P.Boulot, F.Molénat - La lettre du gynécologue - n°265, Octobre 2001, p. 15-43.

[6] « Enceinte et toxicomane : une expérience de suivi et d'accompagnement pluridisciplinaire » C.Chanal, R-M.Toubin, P.Benos, E.Mazurier, M.Misraoui, J.Clutier, P.Boulot, F.Molénat - Pharmacodépendances aux opiacés, grossesse et parentalité - LE FLYER, hors série n°1- Bouchara - juin/juillet 2003, 75 p.

[7] « Accueil des femmes enceintes toxicomanes : une expérience transmissible aux autres situations de vulnérabilité ? » C.Chanal - compte rendu scientifique de la journée de l'AFIREM 29 : Maltraitance aux enfants de moins de 18 mois.

- [8] Prévention, dépistage, prise en charge et travail avec les familles. Quelles réalités ? - Brest - Octobre 2003.
- [9] « Prévention : qui demande quoi ? » R-M.Toubin, C.Chanal, E.Mazurier, M.Misraoui, A-M.Parguel - Psychanalyse et périnatalité - Revue Naissances - Novembre 2003 - p.31-62.
- [10] « Prise en charge d'une femme enceinte toxicodépendante : accueil en maternité et travail en réseau » C.Chanal - Profession sage-femme - n°107 - juillet-août 2004.
- [11] BAUMLER M, KOJAYAN R, TOUBIN RM et coll. *Grossesse et troubles psychiatriques : recommandations de bonnes pratiques*. In : XXXVIIèmes Journées nationales de la Société Française de Médecine Périnatale. Arnette, Paris, 2007
- [12] FONAGY P, STEELE H, STEELE M. Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development* 1991, 62, 891-905
- [13] DAMASIO AR. *L'erreur de Descartes, la raison des émotions*. O. Jacob, Paris, 1995
- [14] SCHACHTER DL. Understanding implicit memory : a cognitive neuroscience approach. *Am Psychologist* 1992, 47, 559-569
- [15] TALGE NM et coll. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why ? *J Child Psychology and Psychiatry* 2007, 48 :3/4, 245-261
- [16] MOLENAT F. *Naissances : pour une éthique de la prévention*. Erès, Ramonville 2001
- [17] ROY J, MOLENAT F, TOUBIN RM. Guide de formation à l'entretien prénatal précoce. *Ministère de la Santé (DGS)*, Paris 2006

[18] ROY J, MOLENAT F, TOUBIN RM. Référentiel de formation en réseau.
Ministère de la Santé (DGS), Paris 2008

[19] MOLENAT F (coord par). *Grossesse et toxicomanie (ouvrage et vidéo)*. Erès,
Ramonville 2000

[20] bulletin épidémiologique hebdomadaire 10 mars 2009 thème femme et
addiction

[21] Groupe de travail pluridisciplinaire Périnatalité et addictions du LR
Coordination : P BOULOT - C CHANAL - G CRIBALLET
fiche technique grossesse et addiction

[22] ASNAFI-FARHANG S , HATCHUEL P , BOURHIS F , et al . Prévalence de
la consommation de cannabis et de tabac chez les patients d'un Centre
Méthadone . Evaluation par dosages urinaires . Ann Med Interne 2001 ;
152(suppl au n°3) : 1537-42 .

[23] Caroit-Cambazard Y. : Des produits et des femmes - Le courrier des
addictions 2005, 146-147.

[24] « Enceinte et toxicomane : une expérience de suivi et d'accompagnement
pluridisciplinaire » - Corinne Chanal, Rose Marie Toubin, Evelyne Mazurier,
Michèle Misraoui, Jocelyne Clutier, Pierre Boulot, Françoise Molénat -
Pharmaco-dépendance aux opiacés, grossesse et parentalité - Le Flyer - hors
série n°1 - juin/juillet 2003 - p.65-75.

[25] « Prévention : qui demande quoi ? » Rose-Marie Toubin, Corinne Chanal,
Evelyne Mazurier, Michèle Misraoui, Anne-Marie Parguel - Psychanalyse et
périnatalité - Revue Naissances - Novembre 2003 - p.31-62.

[26] « Prise en charge d'une femme enceinte toxicodépendante : accueil en maternité et travail en réseau » - Corinne Chanal - Profession sage-femme - septembre 2004

[27] "Périnatalité et toxicomanie : comment préserver la place des parents ?" - C.Chanal-

[28] Revue de l'INPES - 2007

[29] "Un suivi multidisciplinaire et un soutien psychosocial diminuent les complications de la dépendance aux opiacés chez les femmes enceintes ; 114 grossesses suivies en 5 ans"

[30] Charlotte Brulet¹, Corinne Chanal¹, Patrice Ravel², Evelyne Mazurier, Pierre Boulot¹, V.Faucherre -Presse Med. 2007; 36: 1571-80

[31] Ekeus C, Lindberg L, Lindblad F, Hjern A. Birth outcomes and pregnancy complications in women with an history of anorexia nervosa. BJOG 2006; 113(8): 925-8

[32] Harlow BL, Vitonis AF, Sparen P, Cnattingius S, Joffe H, Hultman CM. Incidence of hospitalization for postpartum psychotic and bipolar episodes in women with and without prior pregnancy or prenatal psychiatric hospitalizations. Arch Gen Psychiatry 2007; 64(1):42-8.

[33] Brulet C. Grossesses avec dépendance aux opiacés : données obstétricales et néonatales d'une prise en charge multidisciplinaire. Etude de 114 parturientes prises en charge au sein de la "Cellule Parentalité et Usage de Drogues" (thèse). Université de médecine de Montpellier 2003

TABLE DES MATIERES

Sommaire	2
Préface.....	5
Introduction	6
Partie 1	7
1. Historique	8
2. Définitions	9
3. Les drogues ou substances psychoactives	11
4. Traitements et substitution.....	20
5. Psychopathologie.....	25
Partie 2.....	36
6. Présentation de l'enquete	37
partie 3	56
7. Analyse et discussion.....	57
Conclusion.....	67
Bibliographie	68
TABLE DES MATIERES	72
ABREVIATIONS.....	I
Annexe 1.....	III
Annexe 2	III

ABREVIATIONS

AMM : autorisation de mise sur le marché

APD : analgésie péridurale

AS : assistante sociale

ATCD : antécédents

CSST : centre spécialisé de soins en toxicomanie

DU : diplôme universitaire

ECIMUD : équipe de coordination et d'intervention mobile auprès des usagers de drogues

FCS : fausse-couche spontanée

GEGA : groupe d'étude grossesse et addiction

HIV : virus de l'immunodéficience

HRP : hématome rétro placentaire

IST : infection sexuellement transmissible

IV : intraveineux

IVG : interruption volontaire de grossesse

MAP : menace d'accouchement prématuré

MRUN : maternité régionale universitaire de Nancy

RCF : rythme cardiaque fœtal

RCIU : retard de croissance intra utérin

SAF: syndrome d'alcoolisation fœtale

SFC : souffrance fœtale chronique

SNC : système nerveux central

SPA : substances psychoactives

SSNN : syndrome de sevrage du nouveau-né

ANNEXE 1

Tableau récapitulatif des effets des substances psychoactives :

	effets	produits
Sédatif	Diminue l'activité du SNC	- tranquillisants; benzodiazépine, barbiturique - hypnotique - neuroleptique - alcool - narcotiques ; opium, morphine, héroïne, codéïne, méthadone, buprénorphine, analgésique de synthèse
stimulant	Activation du SNC: Modification de l'humeur, De la vigilance (insomnie), De l'activité locomotrice (agitation) Et intellectuelle (excitation).	- stimulants mineurs:caféïne, cola, nicotine - antidépresseurs - amphétamines - cocaïne et ses dérivés (crack)
perturbateur	Déformation des perceptions sensorielles (hallucinations), troubles du cours de la pensée (délires)	- hallucinogènes ; LSD, champignons - cannabis ; herbe, haschisch, huile - solvants ; éther, acétone, trichloréthylène. - désigner drugs ("bricolées"); ecstasy, poppers, ice.

ANNEXE 2

Risques obstétricaux

produits	RCIU	FCS	MAP
Tabac	X	X	
Alcool	X	X	
Cocaïne	X	X	X
amphétamines		X	
Opiacés	X	X	X

Effets sur le fœtus et le nouveau-né

	Fœtus		Nouveau-né
Produits	Malformation	MFIU	SSNN
Tabac			
THC	X		
Benzodiazépines			X
Alcool	X		
LSD		X	
Cocaïne	X		
amphétamines	X		
Opiacés			X

ANNEXE 3

Tableau récapitulatif des différents traitements de substitution :

	méthadone	Subutex
Forme galénique	Sirop gélule	Comprimés sublinguaux 0.4, 2 et 8mg
Primo-prescripteur	CSAPA ou établissement de santé, puis relais médecin de ville	Médecin traitant
Prescription maximum	14jours ordonnance sécurisée	28 jours ordonnance sécurisée
dispensation	7jours	7jours
Injection	impossible	Possible
Risque d'overdose	oui	Impossible sauf si association avec benzodiazépine et/ou alcool

Grossesse et substitution :

	méthadone	Subutex
AMM et grossesse	oui	Oui
tératogénicité	Absence (recul de 30ans)	? (recul de 10ans)
analgésie	APD, morphinique	APD, nubain®
CAT	Consultations plus fréquentes, augmentation des dosages au 3 ^{ème} trimestre, RCF plus nombreux	Consultations plus fréquentes, RCF plus nombreux
Sevrage de l'enfant	Fréquent, indépendant du dosage maternel	Fréquent, indépendant du dosage maternel
allaitement	oui	Oui

ANNEXE 4

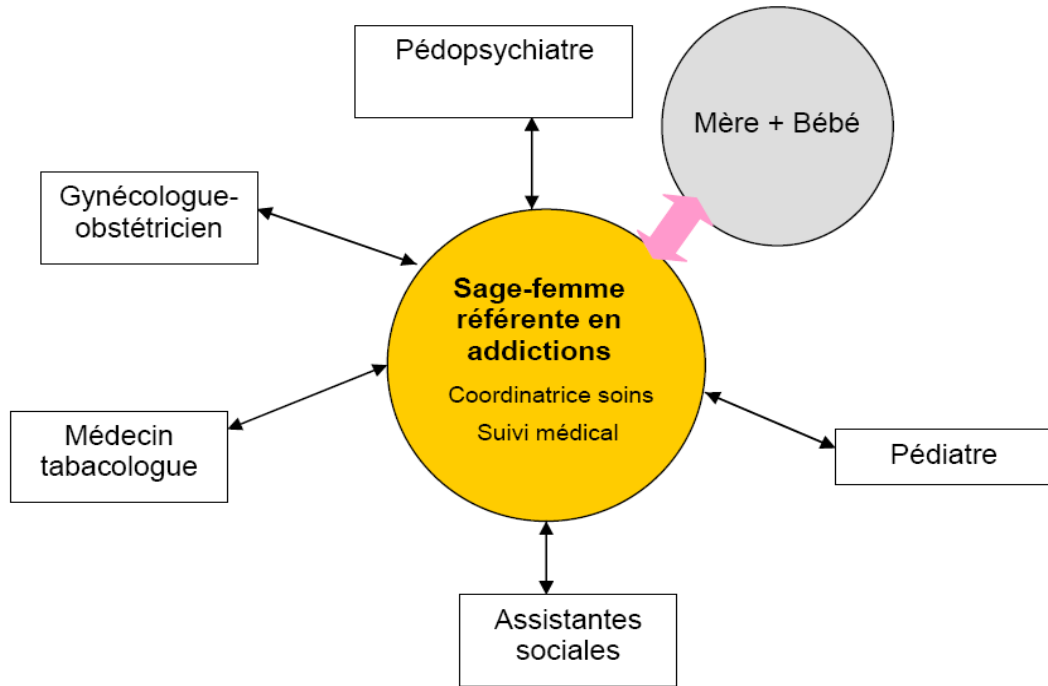
Score de lipstiz

SIGNES	Score						
Jour et Mois							
Heure							
SIGNES NEUROLOGIQUES							
Cris aigus	1						
Cris excessifs ++	2						
Cris aigus incessants	3						
Trémulations +	1						
Trémulations ++	2						
Trémulations +++ ou continues	3						
Irritabilité aux stimulations	1						
Irritabilité avec mouvements convulsifs	3						
Réflexes vifs	1						
Réflexes très vifs	2						
Hypertonie	1						
Hypertonie +++	2						
Irritations coudes genoux	1						
Erosions coudes genoux	2						
SIGNES DIGESTIFS							
Selles liquides en jet de fréquence normale	1						

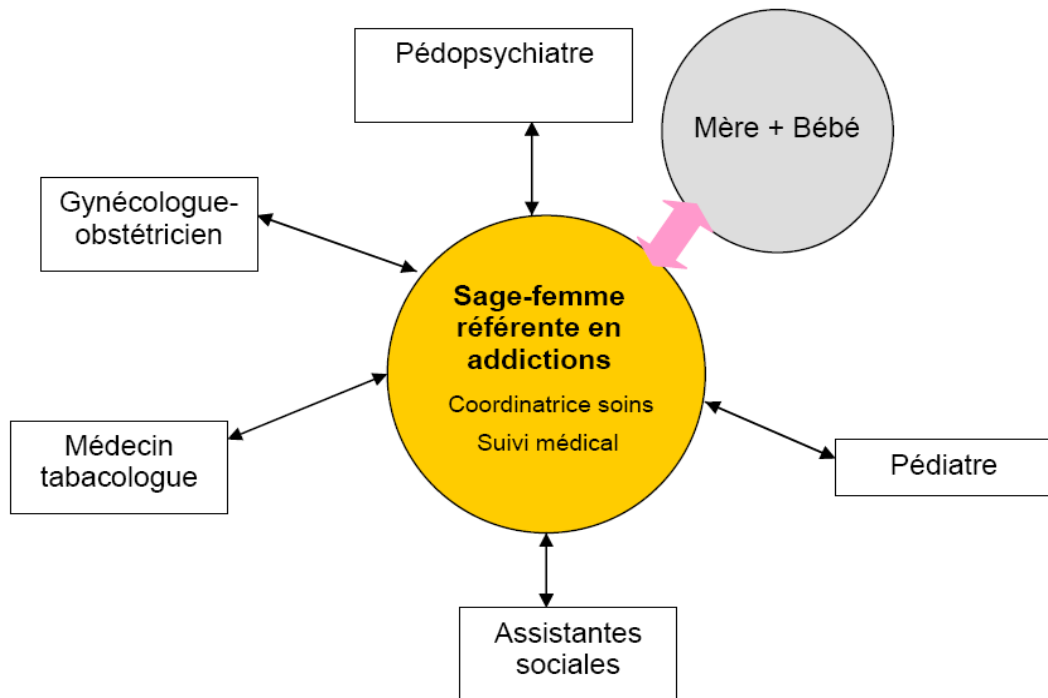
Selles liquides > 8/j	2						
Vomissements	1						
SIGNES RESPIRATOIRES, VEGETATIFS							
Eternuements répétés	1						
Bâillements répétés	1						
Hyperthermie	1						
Tachypnée 55-75/mn	1						
Tachypnée > 75/mn	2						
TOTAL							
Poids							
TRAITEMENT							

ANNEXE 5

Réseau intra maternité :



Réseau extra-maternité :



ANNEXE 6



Maternité Régionale
de Nancy

Nancy, le 07 décembre 2009

MATERNITE REGIONALE DE NANCY

**Adjointe du Chef de Missions
Coordination des Soins – Coordination des
Vigilances – Hygiène et Qualité**

Mademoiselle Aurore GALMICHE
Etudiante Sage Femme

DOSSIER SUIVI PAR : CHRISTINE GIRARDIN

POSTE : 03 83 34 29 25

NOS REF. : CGI/MDC 021/2009

**Objet : Procédure "Prise en charge des patientes toxico-dépendantes
de leur(s) nouveau-né(s)"**

Mademoiselle,

En réponse à votre demande, je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint la procédure mise en place dans notre Etablissement.

Je tiens tout particulièrement à vous rappeler quelques règles en vigueur au sein de la Maternité Régionale dans ce cas précis, de diffusion externe d'un tel support de réflexion :

- En aucun cas, vous ne pouvez utiliser ce document en l'état, il est la propriété de la Maternité Régionale de Nancy, et nous déclinons toute responsabilité quant à son utilisation.

En espérant que ce document sera, pour vous un bon support de travail,

Je vous prie d'agréer, Mademoiselle, l'expression de mes salutations les meilleures.

C. GIRARDIN



MATERNITÉ RÉGIONALE UNIVERSITAIRE DE NANCY

10, rue du Docteur Heydenreich - CS 74213 - 54042 NANCY Cedex - Tél. : 03.83.34.44.44. - Télécopie : 03.83.34.44.10

Code : DSS-402-PG-002	Version : 1	Titre : PRISE EN CHARGE DES PATIENTES TOXICO-DEPENDANTES ET DE LEUR(S) NOUVEAU-NE(S)	Date d'application : Mai 2008	Page 7/11
--------------------------	----------------	---	----------------------------------	--------------

ANNEXE 2

Transmissions pour l'équipe d'accueil et d'hospitalisation, faites en accord avec la patiente

Etiquette de la patiente :

Suivi à la MRAP par :

Terme prévu :

Parité :

Traitements actuels :

Prescrit par :

QSP :

-
-
-
-

Pharmacie :

Dates des Sérologies :

	Déclaration		Début du 9ème mois	
	Date	Résultat	Date	Résultat
VIH	... / ... / / ... /	
VHC	... / ... / / ... /	
VHB	... / ... / / ... /	
BW	... / ... / / ... /	

Confidentialité :

- Conjoint au courant : Oui Non
- Famille au courant : Oui Non

Réunion de synthèse : Oui Non

Personnes présentes :
.....
.....

Autres renseignements :

Autre(s) mesure(s) :



MATERNITÉ RÉGIONALE UNIVERSITAIRE DE NANCY

10, rue du Docteur Heydenreich - CS 74213 - 54042 NANCY Cedex - Tél. : 03.83.34.44.44. - Télécopie : 03.83.34.44.10

Code : DSS-402-PG-002	Version : 1	Titre : PRISE EN CHARGE DES PATIENTES TOXICO-DEPENDANTES ET DE LEUR(S) NOUVEAU-NE(S)	Date d'application : Mai 2008	Page 8/11
--------------------------	----------------	---	----------------------------------	--------------

ANNEXE 2 (suite)

Transmissions pour l'équipe d'accueil et d'hospitalisation, faites en accord avec la patiente

Grossesse :

- Consultation tabac :
 - Oui Nom : Lieu :
 - Non
- PMI prévenue :
 - Oui Nom : Lieu : Tel :
 - Non
- Entretien Assistante Sociale :
 - Oui Nom : Lieu : Tel :
 - Non
- CMU :
 - Oui
 - Non
 - En cours
- Mutuelle :
 - Oui
 - Non
 - En cours
- Gynéco-Obstétricien
 - Oui Nom : Lieu : Tel :
 - Non
- Suivi Psychologique
 - Oui Nom : Lieu : Tel :
 - Non
- Autres :
- Reconnaissance anticipée
 - Oui
 - Non
- Préparation à l'accouchement
 - Oui Lieu :
 - Non



MATERNITÉ RÉGIONALE UNIVERSITAIRE DE NANCY

10, rue du Docteur Heydenreich – CS 74213 - 54042 NANCY Cedex - Tél. : 03.83.34.44.44. - Télécopie : 03.83.34.44.10

Code : DSS-402-PG-002	Version : 1	Titre : PRISE EN CHARGE DES PATIENTES TOXICO-DEPENDANTES ET DE LEUR(S) NOUVEAU-NE(S)	Date d'application : Mai 2008	Page 9/11
--------------------------	----------------	---	----------------------------------	--------------

ANNEXE 2 (suite)

- Contraception abordée pendant la grossesse Oui Non
- Allaitement maternel souhaité Oui Non
- Allaitement maternel autorisé Oui Non
- Visite anténatale du pédiatre Oui Non
- Information Score Lipsitz Oui Non
- Information durée de séjour en SME plus longue Oui Non
- Pédiatre ou Médecin traitant qui suivra l'enfant :
-Puéricultrice de secteur à prévenir à la sortie :
- Prévenir le Médecin traitant à la sortie
- Prévenir le Pharmacien à la sortie

Aurore GALMICHE
Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme
Décembre 2009
Université Henry Poincaré Nancy I
Expert : Mme Romestaing
Directrice de mémoire : Mme Belgy

Titre du mémoire : évaluation de la prise en charge des patientes toxicomanes à la MRUN en comparaison avec le CHU de Montpellier.

Résumé

Les femmes enceintes abusant des substances psycho-actives forment un groupe à haut risqué de morbidité périnatale. Une prise en charge précoce et intensive, avec la mise en place d'un programme de substitution, par une équipe médico-psycho-sociale bien formée et motivée et travaillant en réseau ville-hôpital, peut prévenir les complications périnatales et la séparation de la mère et de son enfant. Les résultats d'un programme de prise en charge périnatale à la maternité sont présentés. Le pronostic périnatal de ces femmes et de leurs enfants est nettement amélioré, en comparaison avec le CHU de Montpellier.

Summary

Pregnant drug abusers are a group with very high risk of perinatal morbidity. Intensive prenatal care, with substitution maintenance programs, by medico-psycho-social team working in concert with ambulatory health and social workers may prevent perinatal complications and mother-infant separation. The results of such a perinatal program, in a suburban low-socioeconomic population, are described. In comparison with CHU of Montpellier, this approach appears to provide significant perinatal medical and social for pregnant prognosis for pregnant abusers and their neonates.