

UNIVERSITE DE NANTES

UFR DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'état de Sage-femme

Grossesse et opiacés

Prise en charge du couple mère-enfant au CHU de Nantes

Marion PANOUILLOT

Née le 21 Avril 1987 à Saint-Doulchard (18)

Directeur de mémoire : Dr Cécile BOSCHER

Année universitaire 2010-2011

SOMMAIRE

Introduction.....	1
Première partie : Généralités.....	2
I Données épidémiologiques.....	2
I.1. Epidémiologie.....	2
I.2 Aspect psycho- social.....	2
II Les opiacés.....	3
II.1 Présentation.....	3
II.2 Pharmacologie.....	4
II.3 Héroïne.....	5
II.4 Morphine.....	5
II.5 Traitements de substitution.....	6
II.5.1 Méthadone.....	7
II.5.2 Buprénorphine haut dosage.....	8
II.6 Mésusage.....	9
III Conséquences de la toxicomanie et prise en charge de la femme enceinte.....	10
III.1. Complications périnatales.....	10
III.1.1 Conséquences maternelles.....	10

III.1.2 Conséquences fœtales.....	11
III.1.3 Conséquences néonatales.....	12
III.2 Suivi de la grossesse.....	13
III.2.1 Grossesse à risque de complications.....	13
III.2.2 Equipe pluridisciplinaire.....	14
III.2.3 Fonctionnement en réseau ville-hôpital.....	15
III.2.4 Mise en place d'un programme de substitution.....	15
III.2.4.1 Méthadone.....	16
III.2.4.2 Buprénorphine haut dosage.....	17
III.3 Allaitement maternel et opiacés.....	17
IV. Prise en charge de la mère et de l'enfant.....	18
IV.1 Syndrome de sevrage du nouveau-né.....	19
IV.2 Favoriser le lien mère-enfant.....	19
IV.3 Devenir du couple mère-enfant.....	20
Deuxième partie : Etude.....	21
I. Objectifs et méthodes.....	21
II. Recueil de données.....	22

III.	
Résultats.....	22
1) Données médico-psycho- sociales.....	23
2) Données périnatales.....	26
3) Caractéristiques du syndrome de sevrage du nouveau- né.....	29
4) Comparaison des groupes selon la nature du traitement de substitution.....	31
Troisième partie :	
Discussion.....	33
I. Données médico-psycho- sociales.....	33
II. Données périnatales.....	34
III. Caractéristiques du syndrome de sevrage du nouveau- né.....	35
IV. Comparaison des groupes selon la nature du traitement de substitution.....	37
V. Devenir des enfants à long terme.....	38
Quatrième partie : Rôle de la sage-femme.	42
Conclusion.....	45
Bibliographie	
Annexes	

Introduction

L'addiction aux opiacés pose un réel problème de santé publique en France. Ce problème repose sur la complexité des situations des personnes dépendantes aux opiacés : en particulier la multiplication inquiétante des poly-consommations, la confusion entre dépendance à des drogues illicites produits de substitution, et les difficultés rencontrées par les professionnels et l'entourage des patients.

Longtemps sous-évalués en France, les problèmes liés à la maternité des toxicomanes commencent à être mieux reconnus dans notre pays. La toxicomanie se féminise de plus en plus, et la prise en charge des femmes enceintes toxicomanes n'est pas toujours adaptée. On a souvent tendance à oublier la maman et à ne se préoccuper que du bébé ; or c'est dans sa globalité que la femme enceinte doit être prise en charge.

C'est dans cette optique que nous insisterons tout au long de ce travail sur la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire de ces grossesses particulières et d'un travail en réseau.

Dans un premier temps, nous rappellerons les principaux opiacés utilisés en toxicomanie et leur mode d'action pharmacologique, les complications engendrées par la prise d'opiacés et enfin le mode de prise en charge de la femme enceinte et du nouveau-né face à la survenue d'un syndrome de sevrage.

Dans un deuxième temps, nous verrons les caractéristiques des femmes enceintes dépendantes aux opiacés et des enfants hospitalisés au CHU de Nantes ainsi que les caractéristiques du syndrome de sevrage du nouveau-né selon son exposition in utero à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage.

Enfin, nous comparerons nos résultats aux différentes études déjà parues dans la littérature médicale.

Première partie : Généralités

I Données épidémiologiques

I.1 Epidémiologie

En France, les dernières évaluations en 2007 font état de l'existence de 150 000 à 300 000 usagers problématiques de drogues opiacées, dont 25 à 30% sont des femmes [32]. Il s'agit là, d'une tendance à la féminisation car elles ne représentaient que 10% de la population toxicomane dans les années 1970. Environ 1/3 de ces toxicomanes sont des femmes jeunes donc susceptibles d'être enceintes. On estime qu'il y a 500 à 2500 grossesses menées à terme chaque année par des mères dépendantes aux opiacés en France. [11,21]

Le plus souvent, les femmes enceintes abusant de substances psycho-actives, sont aussi des polyconsommatrices : en effet elles sont dépendantes des opiacés tels que l'héroïne, la méthadone et la buprénorphine haut dosage (dans le cadre d'un programme de substitution ou illégalement), cependant à cette consommation d'opiacés s'associent très souvent une consommation de tabac ainsi qu'une consommation plus ou moins importante d'alcool, de cannabis, de cocaïne ou de benzodiazépines. [32]

I.2 Aspect psycho-social

Si tous les milieux socio-économiques sont concernés, la toxicomanie génère rapidement une marginalisation des individus, les plongeant dans la précarité et de ce fait, dans une situation d'exclusion sociale.

Cependant plusieurs études ont été consacrées aux conditions de vie des femmes toxicomanes dans leur enfance, montrant une très grande fréquence de familles désunies, de maltraitance, d'abus sexuels, de toxicomanie ou d'alcoolisme, avec une reproduction transgénérationnelle

des comportements déviants, qui n'est pas propre à la toxicomanie mais qui se retrouve de manière plus générale dans les familles marginales. [34]

De leur côté, les usagers de drogues sont souvent porteurs d'une image négative au sein de la société, tant auprès des professionnels de santé, de l'administration, de la justice, des centres d'accueil et d'hébergement, que des services sociaux généraux.

Les services de pédiatrie et de maternité sont souvent perçus par les toxicomanes comme des institutions où on ne prend pas en compte leur pharmacodépendance et où on a le « placement facile ». Le caractère illicite de la toxicomanie et les préjugés de la société expliquent la réticence des futures mères toxicomanes à « avouer » leur toxicomanie et à se faire suivre durant leur grossesse, de peur qu'on leur enlève leur bébé. La consommation de drogues est une question qui fait partie de l'interrogatoire lorsque l'on reçoit une patiente pour la première fois, mais comme les professionnels de santé ne savent pas toujours comment aborder ce sujet, la question est très souvent mise à l'écart. [60]

II Les opiacés

La grande famille des opiacés est dominée par l'opium et l'héroïne, mais contient aussi des morphiniques et morphino-mimétiques. Aujourd'hui la morphine est le produit de référence de cette famille et le terme opiacé désigne l'ensemble des substances ayant un effet de type morphinique.

II.1 Présentation [59]

Les opiacés présentent un très fort potentiel de dépendance psychique et physique.

En France, ils se trouvent sous diverses formes : certaines substances illicites, comme l'héroïne, l'opium ou le rachacha sont produites clandestinement. L'héroïne a été dans le passé l'opiacé le plus utilisé en tant que drogue, son action qui est très rapide procure un effet beaucoup plus puissant que celui de la morphine. Il existe également des médicaments à base

d'opiacés, dont la production légale s'effectue par des laboratoires pharmaceutiques. On peut les classer selon deux groupes : tout d'abord, les médicaments indiqués pour le traitement des douleurs intenses ou rebelles aux autres analgésiques (sulfates de morphine, codéine), et les traitements de substitution aux opiacés (méthadone et BHD).

Certains opiacés sont produits de façon semi-synthétique comme l'héroïne et la buprénorphine haut dosage (BHD ou Subutex®) ou totalement synthétique comme la méthadone.

II.2 Pharmacologie [59]

Certains dérivés morphiniques activent des récepteurs cellulaires opioïdes après fixation, ce sont des agonistes aux opiacés : morphine, codéine, héroïne, méthadone... Il existe plusieurs types de récepteurs aux opiacés : μ , κ et δ .

Les opiacés agissent au niveau des cellules après fixation sur des récepteurs opioïdes.

Les récepteurs μ sont les plus nombreux et représentent la cible privilégiée des morphiniques. Suite à cette fixation on observe une inhibition du relargage des neurotransmetteurs des voies nociceptives afférentes, provoquant une analgésie ainsi qu'une hyperdopaminergie avec renforcement positif de l'expérience, expliquant le développement d'une dépendance psychique majeure. Ce sont les récepteurs μ qui sont responsables des effets analgésiques majeurs des morphiniques, des effets euphorisants, dépresseurs respiratoires, ainsi que de l'induction de la pharmacodépendance. Les récepteurs κ et δ jouent un rôle dans le contrôle de l'humeur, et participent aux effets de renforcement et à la régulation de la fonction ventilatoire.

Les dérivés morphiniques qui se fixent sur les récepteurs sans déclencher d'action sont des antagonistes. Certaines molécules sont à la fois agonistes et antagonistes suivant les récepteurs, c'est le cas de la buprénorphine haut dosage. En effet, elle est agoniste partiel pour les récepteurs μ et antagoniste pour les récepteurs κ . La buprénorphine ne provoque donc pas d'overdose, en revanche elle crée une véritable dépendance.

II.3 Héroïne [59]

Depuis le début des années 1990 et jusqu'à aujourd'hui, la consommation d'héroïne concerne environ 1% des 18-44 ans [4]. On observe une régression de l'administration par voie intraveineuse au profit du sniff et de la fumette.

C'est une substance de synthèse qui est obtenue à partir de la morphine. La désignation de l'héroïne est 3,6 diacétylmorphine. Les fonctions acétyl font que l'héroïne est très soluble dans les lipides, ce qui explique sa grande rapidité d'action, quasiment immédiate au niveau cérébral, le cerveau étant constitué essentiellement de phospholipides. C'est également ce qui explique « le flash » recherché par les toxicomanes.

Elle se présente sous la forme de poudre de différentes couleurs suivant sa qualité (blanche, brune, noir ou rose), conditionnée au détail en sachets dont la concentration en héroïne est très variable du fait de l'utilisation de produits de coupage allant du talc à l'aspirine. La voie d'administration la plus fréquente est intraveineuse (le *shoot*, le *fix*) bien que l'usage de la voie nasale (le *sniff*) est en augmentation, le produit franchissant ainsi la muqueuse nasale avant de gagner le sang. L'héroïne sous forme de base libre peut-être fumée (« chasser le dragon »). L'administration orale n'est pas utilisée car l'activité est trop réduite pour les toxicomanes : l'héroïne subit un effet de premier passage hépatique souvent important venant considérablement diminuer sa biodisponibilité.

La prise d'héroïne entraîne un flash lors de l'injection, puis une sédation, euphorie importante, baisse de vigilance, dépression respiratoire. Ces effets sont en rapport direct avec l'absence de contrôle des doses prises. L'activité analgésique de l'héroïne est deux fois plus importante que celle de la morphine.

II.4 Morphine [59]

La morphine est un alcaloïde naturel de l'opium. Elle est présente dans plusieurs spécialités pharmaceutiques sous différentes formes galéniques : comprimés, gélules (Skénan®, Actiskénan®), solution buvable ou injectable. Toutes ces spécialités sont utilisées en médecine comme analgésique ; par exemple pour les soins post-opératoires et plus

particulièrement pour les soins palliatifs des patients en fin de vie. La morphine est parfois détournée de sa fonction anti-douleur dans le but d'obtenir des effets psychotropes ou de calmer un manque. Elle a plus ou moins les mêmes effets que l'opium ; elle serait cependant 5 fois plus forte et aurait des effets de plus courte durée.

II.5 Traitements de substitution [54]

La communauté médicale française a longtemps conservé une appréhension voire une répulsion envers l'utilisation des morphiniques, y compris dans leur indication pourtant majeure de l'antalgie. Au début des années 1990, la France était ainsi l'un des seuls pays occidentaux qui n'avait pas mis en place de grands programmes de traitement par la méthadone.

L'épidémie de SIDA a bouleversé cette situation. En effet, l'échange de seringues entre consommateurs d'héroïne a fortement participé à la propagation du virus. Les autorités et les acteurs de terrain ont dû se mobiliser pour promouvoir le développement d'une politique de réduction des dommages qui a notamment consisté, au milieu des années 1990, à l'autorisation de mise sur le marché (AMM) de deux traitements de substitution des opiacés : la méthadone et la buprénorphine haut dosage, commercialisée sous le nom de Subutex®.

Outre le fait d'avoir pour but de minimiser l'échange de seringues, la mise en place d'un traitement de substitution a également pour objectif de sevrer les héroïnomanes. En effet, en quelques années, l'utilisation de ces traitements dans le cadre d'une prise en charge médico-psycho-sociale s'est imposée comme la stratégie thérapeutique de choix dans la toxicomanie aux opiacés. La France est ainsi passée de quelques poignées de personnes traitées avant 1995 à plus de 100 000 en 2008.

Ce sont principalement des médecins généralistes qui effectuent ces prescriptions et ces suivis. A savoir que, contrairement au Subutex®, la première prescription de méthadone doit avoir lieu dans un centre de soins spécialisé en toxicomanie (CSST), par contre le renouvellement (après 14 ou 28j selon le produit) peut se faire par un médecin généraliste.

On a donc remarqué une nette amélioration de la qualité de vie des usagers d'héroïne, une meilleure insertion sociale et un accès facilité à une activité professionnelle. Les traitements

de substitution ne doivent pas être prescrits en dehors d'une prise en charge globale, associant à la fois une prise en charge médicale, sociale et psychologique.

II.5.1 Méthadone

La méthadone est un opiacé puissant, à longue durée d'action. C'est un agoniste complet, d'une grande efficacité et simple d'usage. Avec un dosage adéquat, il permet d'éviter totalement les signes de sevrage ou une sédation excessive. Cependant le sevrage est long et il existe un risque potentiel d'overdose, si le dosage est trop élevé. La méthadone est un morphinique de synthèse, employé avant tout comme analgésique et antitussif. C'est un puissant agoniste des récepteurs, plus sélectif que la morphine ou ses dérivés immédiats qui agissent sur l'ensemble des récepteurs aux opiacés. De ce fait, la méthadone développe une action analgésique, environ deux fois plus puissante que celle de la morphine. La tolérance est moins importante qu'avec la morphine ou l'héroïne. Elle possède une pharmacocinétique intéressante (courbe dose/réponse linéaire indiquant un effet proportionnel à la dose ingérée) et une longue demi-vie d'élimination, de 13 à 47 heures chez l'utilisateur régulier, ce qui autorise une seule administration quotidienne pour la majorité des cas. On la trouve sous forme de sirop.

Elle provoque un effet sédatif central (analgésie, sédation, et en cas de surdosage une dépression respiratoire). Elle a également un effet central stimulant (myosis, bradycardie...) Elle agit sur les systèmes hormonaux notamment thyroïdien, cortico-surrénalien et sexuel. Des intoxications peuvent survenir en cas d'administration trop importante mais ces effets sont moindres chez les personnes dépendantes aux opiacés. Chez le sujet non dépendant, la dose létale est d'environ 1 milligramme par kilo de poids corporel.

Administrée à doses adéquates, la méthadone permet d'éviter à la fois les sensations de flash et d'euphorie d'une part et les symptômes de manque et d'abstinence d'autre part. Elle permet également un sevrage en douceur mais il faut que la diminution soit suffisamment lente et progressive.

II.5.2 Buprénorphine haut dosage

La buprénorphine est un opiacé de synthèse dérivé de la thébaine, alcaloïde de l'opium. Elle est apparue dans les années 1970 aux Etats-Unis, en tant qu'alternative thérapeutique à la méthadone. Depuis 1996, la buprénorphine a reçu une autorisation de mise sur le marché, elle est commercialisée sous le nom de Subutex®. A la fois agoniste et antagoniste des récepteurs opiacés, la buprénorphine est relativement bien absorbée par voie sublinguale qui évite le premier passage hépatique.

Elle se présente sous forme de comprimés dosés à 0,4 milligrammes, 2 ou 8 milligrammes. On observe un pic plasmatique en 90 minutes, et une demi-vie d'élimination de 2 à 5h mais, du fait de la stabilité de sa liaison aux récepteurs, sa durée d'action et sa phase d'élimination sont longues (20 à 25 heures). Une seule prise quotidienne est nécessaire.

Les effets secondaires de la buprénorphine sont liés à l'action morphinomimétique de la molécule : constipation, céphalées, insomnie, asthénie, sudations, nausées, vertiges...

La buprénorphine est un agoniste partiel, qui présente divers avantages : un sevrage plus court et peu de risques de surdosage. Le plafonnement de l'effet peut-être un désavantage pour des dépendances très importantes.

Par ailleurs, il faut comprendre que le choix entre l'induction d'un traitement substitutif par méthadone ou par Subutex®, ne se fait pas uniquement en fonction de la molécule. Il faut prendre en compte le profil de la patiente : on va favoriser le traitement par méthadone si elle est très dépendante des sensations somatiques, si elle évolue dans un contexte de précarité et si elle montre des troubles psychosociaux lourds imposant une prise en charge institutionnelle. Le mode de délivrance de la méthadone étant plus strict que celui du Subutex®, cela permet un suivi plus rigoureux de la patiente. La prescription de buprénorphine haut dosage se fera à condition qu'il n'y ait pas d'autres comorbidités associées à la dépendance aux opiacés car l'absence de contrôle de la prise expose au mésusage. [61,62]

Grâce à leur action prolongée et à une prise journalière de méthadone ou de Subutex®, les personnes dépendantes aux opiacés peuvent ainsi mener une vie normale. Mais, bien que leurs effets en tant que drogues soient beaucoup plus faibles que ceux de l'héroïne, ces médicaments opiacés font parfois l'objet de consommations dérivées.

II.6 Mésusage

En France de nombreuses études portent sur les usages détournés de buprénorphine : utilisation par voie veineuse ou nasale, marché noir et usage de rue. Cet usage détourné semble être directement lié à la forte disponibilité du traitement. Il concerne essentiellement des populations marginalisées consultant plusieurs prescripteurs en même temps. Les données issues de l'assurance maladie montrent que la majorité des patients ne consultent qu'un médecin et ne se fournissent qu'auprès d'une seule pharmacie. [13]

Un problème important est celui lié à l'usage de la buprénorphine par voie intraveineuse. Ce détournement pose le problème des comportements à risque liés à l'injection, des complications médicales (en particulier risque accru de toxicité hépatique), et de l'association à d'autres substances (risque accru d'overdose). Il serait favorisé par un dosage insuffisant en buprénorphine. [10]

Parmi les patients s'injectant régulièrement de la buprénorphine, ce produit est le seul opiacé qu'ils utilisent. Les « injecteurs » irréguliers de buprénorphine s'administrent majoritairement de l'héroïne ou de la cocaïne. Ce dernier groupe présente plus de polyconsommations et de comportements à risque ainsi qu'une moins bonne insertion sociale. [42]

Le mésusage de la méthadone s'observe moins, en effet comme elle existe sous forme d'un sirop épais, elle est difficilement injectable. Des stratégies visant à réduire le mésusage des produits de substitution ont été mis en place. Le développement des réseaux de soins pourrait jouer un rôle crucial, notamment en soutenant les professionnels impliqués dans la prise en charge, et en favorisant le lien entre les structures spécialisées et les soins dits de première ligne. [50]

III Conséquences de la toxicomanie et prise en charge de la femme enceinte

III.1 Complications périnatales

III.1.1 Conséquences maternelles

Sur le plan gynécologique, il existe fréquemment un dérèglement hormonal qui provoque une **aménorrhée**, soit par augmentation de sécrétion de la prolactine, soit par diminution de sécrétion des hormones gonadotrophines, soit encore par l'association des deux mécanismes. Ces aménorrhées ont pour conséquences majeures de méconnaître souvent le début d'une grossesse, de retarder ainsi le suivi obstétrical ou l'interruption volontaire de grossesse lorsqu'elle est souhaitée par la patiente. [14]

Fausses couches et avortements spontanés : La fréquence des avortements spontanés est élevée dans cette population, et varie selon les études entre 15 et 30 %. La fréquence serait probablement plus importante, car elle est sous-estimée par les nombreuses difficultés des études épidémiologiques. A noter aussi que les perturbations hormonales avec notamment les aménorrhées, rendent difficile l'évaluation précise de la fréquence des fausses couches. [34, 35].

Accouchements prématurés : Comme pour la plupart des toxicomanies, les opiacés sont responsables d'un taux élevé de prématurité qui varie de 20 à 56 % selon les travaux. Il est évident que les fréquentes difficultés de vie de ces futures mères ont un rôle dans la genèse des accouchements prématurés. L'action des opiacés a également un rôle, notamment, en provoquant des contractions utérines au cours des différents épisodes de manque. [34, 35]

Conséquences obstétricales : Il semblerait qu'il existe dans cette population féminine un accroissement du taux de césarienne et du taux d'extraction instrumentale. Au cours de l'accouchement, la durée du travail de ces femmes est souvent plus courte que la moyenne générale. De nombreuses femmes arrivent en salle de travail à une dilation cervicale très avancée, par crainte de survenue d'un sevrage et de l'absence d'analgésie. Il est donc

recommandé de mettre en place une analgésie péridurale dès que possible chez ces patientes [53]

Anémie : C'est l'une des complications les plus fréquentes, en effet elle est essentiellement due à la malnutrition. [35]

Conséquences psychologiques : Dans certains cas, on peut constater une diminution de la consommation de drogues pendant la grossesse . Celle-ci peut, chez certaines toxicomanes qui ont une personnalité fragile, bouleverser un fonctionnement psychique préalablement perturbé. [53]

III.1.2 Conséquences fœtales [53]

Tous les opiacés traversent facilement et passivement le placenta pour atteindre le fœtus, en effet le placenta ne joue pas son rôle de barrière vis-à-vis de la plupart des drogues. De nombreuses études chez l'animal ont permis d'analyser la pharmacologie des opiacés. Trois minutes après une injection intraveineuse d'héroïne, environ 55% de la concentration plasmatique de la mère est retrouvée dans le sang du cordon ombilical. Le pic de concentration au niveau placentaire est atteint après quelques minutes de l'administration à la mère. En moins d'une heure, le taux sanguin de la drogue chez le fœtus est plus élevé que celui de la mère. Il va métaboliser et excréter les substances opiacées qu'il reçoit par la voie transplacentaire. Chez le fœtus, le métabolisme de ces produits est principalement hépatique et la concentration des opiacés dans son foie s'élève rapidement mais diminue également rapidement. Les reins fœtaux permettent l'excrétion des produits après leur métabolisme. Ils peuvent alors être mis en évidence dans le liquide amniotique.

Les opiacés ont une action particulière chez le fœtus, notamment pendant les différentes périodes de manque maternel. En effet, on observe une augmentation des mouvements fœtaux lors d'une imprégnation aux opiacés et aussi lors de leur période de sevrage. Ces deux phénomènes répétés sont sources d'agression à l'origine d'une souffrance fœtale chronique. Ces agressions fœtales récidivantes, source d'un véritable « stress » chez le futur enfant peuvent se révéler par une anoxie aiguë avec excrétion méconiale voire une mort in utéro. Cependant, aucune action tératogène n'a été rapportée.

III.1.3 Conséquences néonatales

Il n'est pas toujours aisé de préciser chez un nouveau-né les conséquences d'une toxicomanie maternelle aux opiacés. En effet de nombreux facteurs contribuent à ces difficultés : la consommation de multiples produits toxiques d'une part et les fréquents problèmes socioéconomiques et familiaux d'autre part.

Retard de croissance intra-utérin : le phénomène est observé chez environ 30 à 50 % des nouveau-nés. Bien entendu, plusieurs facteurs interviennent dans la genèse de ce trouble de la croissance du fœtus. On retrouve souvent une polytoxicomanie associant plusieurs drogues nocives, une hypoxie chronique et aigue lors des shoots, une malnutrition voire une véritable dénutrition de ces mères se répercutant sur le fœtus, et la consommation très fréquente d'alcool et de tabac. [53]

Prématurité : Les naissances prématurées des nouveau-nés de mères héroïnomanes ont une fréquence estimée entre 25 et 56 % selon les études. Il est évident que les conditions de vie parfois extrêmement pénibles de ces mères ont un rôle direct dans la survenue de ces prématurités. Les épisodes de manque vont provoquer, avec une intensité variable, des épisodes de contractions utérines qui peuvent entraîner un déclenchement prématuré de l'accouchement. Les interactions mère-enfant seront d'autant plus difficiles que l'enfant sera prématuré avec souvent une grande culpabilité maternelle. [6, 34, 35].

Troubles métaboliques : le nouveau-né est à risque d'hypoglycémie et d'hypocalcémie. [12]

Le syndrome de sevrage néonatal (SSNN) est présent chez 40 à 90 % des nouveau-nés de mère ayant consommé des opiacés pendant la grossesse. Il apparaît le plus souvent au cours des 24 à 36 premières heures de vie pour l'héroïne et la buprénorphine haut dosage alors qu'il est un peu plus tardif pour la méthadone, entre le 2^e et 7^e jour de vie. A partir du moment où il débute, sa durée peut varier sur une période de 1 à 3 semaines, avec une moyenne de 10 jours.

La sévérité et la précocité du syndrome de sevrage dépendent principalement de l'importance et de l'ancienneté de la toxicomanie de la mère et aussi d'une éventuelle consommation maternelle peu avant l'accouchement. D'autres toxiques pris par la mère pendant la grossesse influencent également la symptomatologie néonatale. Bien qu'il n'y ait pas de véritable risque vital chez le nouveau-né, ce syndrome de sevrage doit être pris en charge rigoureusement.

Il associe des signes neurologiques : irritabilité, hyperactivité, hyperexcitabilité, trémulations, mouvements anormaux, hypertonie, troubles du sommeil, succion et bâillements excessifs, cris aigus ; des signes neurovégétatifs : tachypnées, apnées, hyperthermie, hypersudation, rhinorrhée ; et des signes digestifs : difficultés d'alimentation, régurgitations et vomissements, diarrhée.

Là encore, l'existence d'un syndrome de sevrage néonatal peut rendre plus difficile la relation mère-enfant du fait de l'angoisse générée. En l'absence de prise en charge néonatale, l'évolution peut se faire vers la mort par déshydratation aigüe et troubles cérébraux graves tels que convulsions et troubles respiratoires. [6]

III.2 Suivi de la grossesse

La qualité de l'accueil et du soutien médico-psycho-social qui va être proposé à ces familles à l'occasion d'une grossesse, va influencer leur devenir. Ces dernières années, il y a eu beaucoup de changements dans la prise en charge de ces patientes, grâce notamment à un accueil plus humain.

III.2.1 Grossesses à risque de complications

Ces grossesses doivent être considérées en tant que grossesses à risque de complications périnatales, mais sans toutefois faire référence au caractère illégal de l'usage de drogues. Dès les premières consultations, il faut essayer d'établir une relation de confiance pour permettre un suivi personnalisé, en fonction des problèmes médicaux, sociaux et psychologiques de chaque femme. La surveillance précoce et aussi rapprochée que possible de ces grossesses, permet ainsi la prévention des complications périnatales, et notamment de mettre en place une prise en charge préventive autour des femmes enceintes toxicomanes séropositives pour le VIH, afin de limiter au maximum la transmission materno-fœtale. [53]

III.2.2 Equipe pluridisciplinaire

Ainsi de nombreux intervenants doivent collaborer (les obstétriciens, les sages-femmes, les pédiatres, les centres de soins spécialisés en toxicomanie, les pharmaciens, les anesthésistes, la protection maternelle et infantile...). [31]

Les obstétriciens et les sages-femmes devront établir une relation de confiance, une relation privilégiée, avec la patiente, afin qu'elle puisse avoir une personne de référence qui la suivra jusqu'à sa sortie de la maternité.

Durant la période anténatale, la patiente a la possibilité de rencontrer un pédiatre. Cela permet de parler avec elle de sa relation avec son enfant, de lui expliquer le syndrome de sevrage, et comment il sera pris en charge. Il est important de lui rappeler que l'objectif principal est de favoriser l'attachement entre elle et son enfant. Et c'est dans cet objectif qu'il faut lui expliquer comment elle va pouvoir participer aux soins du nouveau-né et qu'elle a la possibilité d'allaiter son enfant si elle le désire. La future mère ne doit pas se sentir délaissée lors de la prise en charge de son bébé, il est très important qu'elle y participe et qu'elle sente que le personnel peut lui faire confiance. Et dans la perspective d'une future collaboration avec l'équipe soignante, il est préférable qu'elle soit préparée à l'avance à tous les soins qui seront apportés à son enfant. [51]

Depuis la mise sur le marché de la méthadone puis du Subutex® en 1995, les pharmaciens trouvent leur place dans la stratégie des traitements de substitution mise en place par les pouvoirs publics, dans le cadre d'une politique de réduction des risques liés à la toxicomanie. Dans la mise en place et le suivi des traitements de substitution, le pharmacien joue un rôle essentiel, en prenant le relais du médecin après la prescription du produit substitutif. Il est donc important que le pharmacien travaille en réseau avec les médecins pour un meilleur suivi et une meilleure prise en charge du patient.

Chacun, dans son domaine et à des moments divers de la grossesse, va être amené à intervenir. Ce qui semble distinguer la qualité de la prise en charge, c'est ce travail en commun effectué par chacun à son niveau. Il est donc indispensable de développer un véritable partenariat afin d'offrir aux patientes l'aide et les services adaptés à leurs besoins. C'est la reconnaissance mutuelle du rôle, de la spécificité et des limites de chacun qui permet une articulation suffisamment souple des différentes interventions. La nature de

l'accompagnement médical peut avoir une action particulièrement favorable sur la qualité des interactions mère-enfant. Il s'agit donc pour les professionnels d'un travail d'accompagnement vers la maternité. Plus le suivi sera régulier, plus il sera facile d'évaluer les capacités de la patiente à faire face aux difficultés. [21]

III.2.3 Fonctionnement en réseau-ville hôpital [33]

La notion de réseau correspond tout d'abord à une demande des patients d'une prise en charge globale.

Le fonctionnement en réseau ville-hôpital pendant la période périnatale permet de tisser des liens de confiance avec les médecins généralistes et avec les Centres de Soins Spécialisés en Toxicomanie (CSST) qui suivent ces femmes. En effet, le réseau ville-hôpital, la PMI et les associations, permettent la mise en place d'un soutien à domicile avant et après l'accouchement car la prise en charge de ces femmes doit être prolongée sur plusieurs années, avant et surtout après la grossesse.

La mise en place et le suivi d'un traitement de substitution aux opiacés sont l'occasion de réunir les différents intervenants travaillant en réseau ville-hôpital tels que les CSST, les médecins généraux, les pharmaciens, avec lesquels l'équipe obstétrico-pédiatrique doit temporairement collaborer pendant la grossesse.

III.2.4 Mise en place d'un programme de substitution

La mise en place d'un traitement de substitution aux opiacés doit s'intégrer dans une prise en charge périnatale et médico-psychosociale et en réseau ville-hôpital. Une prise en charge globale diminue significativement la fréquence des complications périnatales, particulièrement la prématurité, le retard de croissance et la survenue du syndrome de sevrage.

Le sevrage a pour objectif de mettre fin à la pharmacodépendance aux opiacés. Cependant s'il supprime la dépendance physique, la dépendance psychique demeure la même. Le syndrome de manque chez l'adulte dépendant aux opiacés ne représente pas un danger vital, mais pendant la grossesse, il s'accompagne d'un important stress fœtal, pouvant provoquer une

mort in utéro. Les sevrages en cours de grossesse sont contre-indiqués et ce, surtout durant le premier et troisième trimestre où ils sont associés à un risque accru d'avortement spontané ou d'accouchement prématuré.

Avec unanimité, l'ensemble des spécialistes est d'accord pour considérer que la mise en place d'un traitement de substitution est la meilleure conduite à tenir chez une femme dépendante aux opiacés, au mieux avant une grossesse désirée ou voire au 2^e trimestre. [34]

III.2.4.1 Méthadone

C'est une substance synthétique présentant les principales propriétés des opiacés. La substitution par la méthadone possède plusieurs avantages :

- Un meilleur suivi médical et obstétrical. En effet, les traitements de substitutions ayant pour la plupart des durées de prescription restreintes, la future mère est obligée d'être vue régulièrement par un professionnel de santé, d'autant que la première prescription doit se faire en centre spécialisé (CSST).
- Une meilleure accessibilité sociale : sortir de la marginalité, du deal et de la prostitution pour certaines, renouer des liens familiaux, voire professionnels.
- Diminuer l'utilisation de la voie intraveineuse permettant de protéger la mère des complications infectieuses et donc de minimiser les risques de transmission d'une infection virale au fœtus.
- Initier l'établissement d'une relation mère-enfant cohérente, durable et stable.

La mise en route du traitement de substitution par la méthadone doit absolument être pleinement acceptée par la patiente. La posologie initiale chez la femme enceinte est habituellement d'environ 30 mg par jour, et les jours suivants, la posologie est adaptée quotidiennement par des paliers de 10 mg, selon la tolérance clinique et les états de manque persistants. La posologie de la méthadone chez la femme enceinte sera nécessairement adaptée tout au long de sa grossesse du fait des modifications physiologiques du métabolisme. La dose d'équilibre se situe habituellement entre 40 et 80 mg par jour chez la femme enceinte, mais il est fréquent de devoir prescrire des posologies plus élevées, notamment en fin de

grossesse ou le volume de distribution de la méthadone augmente et donc sa concentration plasmatique va diminuer. [17, 25, 28, 53]

La mise en place d'un lien mère-enfant solide doit rester le principal objectif de cette prise en charge, Il apparait donc primordial que ces femmes soient le mieux équilibrées possible pendant la période à risque du post-partum. [19, 28, 36]

Même si il n'existe aucun consensus sur les posologies idéales au cours de la grossesse, il semble que des doses élevées au cours du premier trimestre favoriseraient un meilleur développement du fœtus, ces données soulignent donc l'intérêt d'un traitement de substitution précoce au cours de la grossesse.

III.2.4.2 Buprénorphine haut dosage

Elle est disponible en France depuis 1984, comme antalgique (Temgesic®) et depuis 1995 à hautes doses comme traitement de substitution (Subutex®).

La dose de substitution moyenne se situe, chez la femme enceinte, autour de 8 mg. La buprénorphine n'est pas tératogène, ses effets semblent comparables à ceux de la méthadone : stabilité de l'imprégnation fœtale en opiacés, diminution de la morbidité périnatale, amélioration des relations mères-enfant, prématurité. [31, 52]

La grossesse est clairement un moment privilégié pour la mise en place ou le renforcement d'un soutien pluridisciplinaire qui améliore le pronostic périnatal et la qualité de vie. Il faut savoir que le mésusage de la buprénorphine existe aussi chez la femme enceinte substitué par Subutex®. Le traitement de substitution aux opiacés n'est qu'un élément de cette prise en charge ; le plus important est un changement de regard, plus humain qu'autrefois.

III.3 Allaitement Maternel et opiacés

La notion que les opiacés passent abondamment dans le lait maternel circule beaucoup, ce qui aboutit, certains contre-indiquent l'allaitement maternel, et d'autres, au contraire, le recommande dans l'espoir de minimiser le syndrome de sevrage du nouveau-né. De nombreux travaux ne confirment pas ces notions en montrant un passage faible de la

méthadone et de la buprénorphine haut dosage dans le lait maternel. La plupart des équipes françaises encouragent donc l'allaitement maternel, en dehors de la séropositivité VIH, compte tenu du rôle que peut jouer l'allaitement au sein pour favoriser le lien mère-enfant chez ces femmes vulnérables; une entente presque générale s'est établie pour autoriser l'allaitement maternel chez les femmes séropositives pour les VHC, même si elles sont PCR positives : plus de 80% des anciennes toxicomanes intraveineuses sont VHC+ dont environ 60% ont une PCR positive. [30, 38, 39, 48]

IV Prise en charge de la mère et de l'enfant

IV.1 Syndrome de sevrage du nouveau-né [63]

Les modalités du traitement dépendent de la gravité du syndrome de sevrage du nouveau-né, qui est appréciée à l'aide de plusieurs scores cliniques établis en 1975 : score de Finnegan (Annexe 1) ou score de Lipsitz (Annexe 2) dont l'utilisation est recommandée par l'académie Américaine de pédiatrie. En pratique, lorsqu'un nouveau-né a été exposé in utéro aux opiacés, le score est mesuré dès la naissance, et renouvelé au moins toutes les 12h.

En cas de syndrome de sevrage, modéré (Score de Finnegan ou de Lipsitz inférieur à 10), des mesures simples pourront être mises en place afin de soulager l'enfant : diminution des stimulis sonores et lumineux, emmaillotage, alimentation enrichie et fractionnée, éventuellement du lait épaissi anti-régurgitations, bercements, mise en contact en peau à peau au mieux par la mère, câlins. Il ne faut pas réveiller le nouveau-né pour les soins et les repas. En cas de déshydratation ou de dénutritions sévères, on mettra en place un gavage gastrique en continu ou une alimentation parentérale.

En cas de score plus élevé, on pourra mettre en place un traitement médicamenteux. La mise en place de ce traitement, se fait en général, lorsque au moins 2 scores consécutifs sont supérieurs à 8, à 2 heures d'intervalle, d'autant plus en cas de troubles digestifs sévères ou de convulsions confirmées à l'EEG. Le traitement médicamenteux se fait en plusieurs étapes, on

recherche d'abord la posologie minimale nécessaire jusqu'à obtenir un palier de stabilisation, puis il faut envisager une décroissance lente et progressive.

Le traitement le plus souvent utilisé se fera à l'aide de chlorhydrate de Morphine.

Le chlorhydrate de morphine est une solution analgésique per-os sous forme d'ampoules de 10 ml= 10 mg (soit 1ml=1mg). La dose initiale est de 0,5 mg/kg/jour répartis en 6 prises, éventuellement augmentée à 0,75 voire 1 mg/kg/jour. La posologie est ensuite progressivement diminuée par paliers de 2 à 4 jours selon le suivi au moins biquotidien du score. L'objectif est d'atteindre un score inférieur à 8. En général, on observe rapidement une nette amélioration du score.

Deux autres médicaments peuvent être utilisés : le Gardéнал® ou Phénobarbital® sera utilisé en cas de convulsions mises en évidence par l'EEG et le Largactil® qui serait surtout efficace sur les troubles digestifs (0,5 mg/kg toutes les 6 heures). Il possède un temps d'élimination assez long et une demi-vie de 3 jours. Les nombreux effets secondaires limitent son utilisation chez le nouveau-né.

L'utilisation de Valium® est contre-indiquée.

Même en présence d'un traitement médicamenteux, les soins de nursing restent primordiaux.

IV.2 Favoriser le lien mère-enfant

L'investissement de la grossesse puis de l'enfant doit servir de support pour soutenir, étayer et développer les compétences maternelles. Les signes de sevrage du nouveau-né peuvent entraîner un sentiment d'incompétence de la part de la mère, l'impression que son bébé la rejette, une aggravation de la culpabilité face au manque, une mise en évidence de la relation de dépendance qu'elle a connue. Chez la femme toxicomane, ces sentiments sont aggravés par des troubles narcissiques, par un déficit de l'estime de soi, et de mauvaises images parentales intériorisées par identification lors de sa propre enfance. C'est pourquoi il faut anticiper les relations précoces entre la mère et le nouveau-né.

En cas de sevrage néonatal aux opiacés, le nouveau-né doit bénéficier de soins particuliers nécessitant du temps et de l'attention, et qui ne pourront donc pas être dispensés

par le personnel du service de maternité par manque de temps face à la charge de travail que représente un service de suites de couches. L'existence d'une unité kangourou sur le lieu de naissance permet donc d'accompagner la mère et l'enfant sur les plans médical, psychologique, social et éducatif, de favoriser l'établissement du lien parents-enfants, et de favoriser l'autonomie de l'enfant mais aussi l'autonomie des parents dans la prise en charge de leur enfant. L'hospitalisation de la mère et du bébé en Unité Kangourou a pour but d'encourager l'allaitement maternel lorsqu'il est souhaité par la maman, d'instaurer des moments privilégiés où l'enfant est seul avec ses parents, et de proposer autant que possible la pratique du peau à peau. [49]

IV.3 Devenir du couple mère-enfant [58]

La qualité du devenir de ces enfants (enfance, adolescence et âge adulte) dépend en très grande partie de l'entourage dans lequel ils seront amenés à se développer. La poursuite d'une vie marginalisée, confrontée à la toxicomanie de la mère, voire de la famille, risque fort d'entraîner des troubles évidents du développement physique et intellectuel de l'enfant. Chez les enfants nés de mères toxicomanes aux opiacés mais aussi d'autres drogues, on constate une fréquence élevée de séparations mère-enfant accompagnées souvent de placements multiples qui ne peuvent que nuire au bon développement d'un enfant. Lorsque le père est présent, il faudra veiller à ce qu'il s'investisse dans la prise en charge de son enfant. En effet, il représente un atout majeur dans la qualité du devenir de l'enfant et de son maintien au domicile des parents.

Deuxième partie : Etude

L'association entre opiacés et grossesse n'est pas fréquente, il semblait donc intéressant d'étudier les caractéristiques du syndrome de sevrage et le mode de prise en charge du nouveau-né exposé in utero à l'héroïne, à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage.

I. Objectifs et méthodes

Notre étude a pour objectifs :

- Evaluer le contexte psycho-social des parents.
- Evaluer le suivi et les caractéristiques de la grossesse.
- Evaluer les conséquences des traitements de substitution sur le nouveau-né : caractéristiques du syndrome de sevrage, mode de prise en charge, qualité du lien mère-enfant et devenir des enfants.

Nous avons réalisé une étude descriptive des dossiers obstétricaux des mères et des dossiers pédiatriques des nouveau-nés.

Nous avons retenu les dossiers des patientes ayant consommé des opiacés pendant leur grossesse et ayant accouché au CHU de Nantes entre le 1^{er} Janvier 2008 et le 31 décembre 2010.

Les dossiers n'ont pas pu être retrouvés via le PMSI. La consultation des cahiers d'accouchements correspondant à cette période a permis de retrouver toutes les patientes concernées, la consommation de toxiques étant précisée dans la synthèse du déroulement de la grossesse.

Au total, nous avons retenu 15 patientes et 16 nouveau-nés (une grossesse gémellaire) hospitalisés au CHU au cours de cette période.

II. Recueil des données

Les dossiers ont été consultés sur le site des archives du CHU, « la Chauvinière », à l'aide d'une grille de recueil (Annexe 3).

La description des cas se fera avec des variables qualitatives exprimées en moyennes et les variables quantitatives en fréquences.

III. Résultats

Dans notre étude, 15 femmes enceintes ont été incluses dont 7 ont reçu un traitement de substitution par la méthadone et 8 par buprénorphine haut dosage.

1) Evaluation du contexte médico-psycho-social :

	Méthadone (n= 7) 43%	BHD (n=8) 53%	Total (n=15)
Age moyen lors de la grossesse (Ans)	25,9	29,4	27,8
Origine étrangère (%)	14	0	7
Activité salariée (%)	43	37	40
Parité moyenne (nombre)	0,3	0,9	0 ,6
En couple (%)	100	75	87
Toxicomanie du conjoint (%)	29	33	31
Revenus du conjoint (%)	86	67	77
Age moyen au début de la toxicomanie (Ans)	19,3	21	20,2
Délai entre début toxicomanie et début de substitution (Ans)	3,5	2	2,7
Substitution avant grossesse (%)	71	75	73
Consommations associées (%)	86	100	93
Tabac	100	100	100
Alcool	16	13	14
Cannabis	50	13	29
Autres	33	13	21
VIH + (%)	0	0	0
VHC + (%)	14	0	7

Tableau I : Données médico-sociales des parents

- Age pendant cette grossesse

La moyenne d'âge au moment de cette grossesse est 27,8 ans (Tableau I) avec une valeur médiane de 27 ans.

- Origine géographique

Sur les 15 patientes, 14 étaient d'origine Française, une patiente seule était d'origine étrangère (Tunisienne) soit 7%.

- Revenus d'activité

Malgré un biais de sélection en rapport avec le fait de rentrer dans un programme de substitution, le contexte social reste fragile avec seulement 6 patientes sur 15 ayant des revenus d'activité. Parmi les 9 autres patientes, 6 sont déclarées chômeuses et les 3 autres n'ont jamais exercé d'activité professionnelle.

- Vie de couple

Cependant, 13 patientes sur les 15 vivaient en couple, et parmi les 13 conjoints, 10 avaient des revenus issus du travail, 2 étaient déclarés chômeurs et seulement 1 n'avait jamais exercé d'activité professionnelle. Parmi les 13 conjoints, 4 étaient toxicomanes, 1 au cannabis, 2 sous méthadone et 1 sous buprénorphine haut dosage.

- Toxicomanie et substitution

En moyenne, la durée de toxicomanie active avant le début de la substitution, était de 2,7 ans avec une valeur médiane de 2 ans. Pour 11 patientes sur 15, le traitement de substitution avait été instauré avant le début de la grossesse en cours.

- Consommations associées

Sur les 15 patientes, 14 d'entre elles avaient des consommations associées au traitement de substitution déjà mis en place. Elles consommaient toutes du Tabac, 2 d'entre elles avaient

une consommation d'alcool quotidienne (arrêt en cours de grossesse), 4 fumaient du cannabis, 2 patientes avaient encore une consommation d'héroïne et 1 patiente sous buprénorphine haut dosage faisait du mésusage (sniffée, fumée).

- Profil sérologique

Sur 14 patientes, aucune de ces femmes n'était séropositive pour le VIH et seulement 1 d'entre elle était positive pour le virus de l'hépatite C (VHC). 1 patiente n'avait pas de sérologies connues.

2) Données périnatales

	Méthadone (n= 7) 43%	BHD (n=8) 53%	Total (n=15)
Bon suivi de la grossesse (>7 CS)	100	63	80
IMC (Avant grossesse)	21,3	20,1	20,7
Prise de poids pendant grossesse (kgs)	11,9	13,8	12,9
Césarienne ou AVB instrumentale (%)	43	25	33
Analgésie péridurale (%)	67	75	71
Age gestationnel (semaines)	38,8	38,6	38,7
Poids de naissance (g)	2794	2785	2789
PN < 10^e p (%)	71	44	56
Taille < 10^e p (%)	57	22	38
PC < 10^e p (%)	43	22	31
Apgar à 1 min de vie	8,3	9,1	8,8
Apgar à 5 min de vie	9,7	9,9	9,8
Allaitement maternel (%)	43	11	25
Bonne relation mère-enfant (%)	71	89	81
Sortie avec la mère (%)	100	100	100

Tableau II : Données périnatales

- Suivi de la grossesse

Un suivi de grossesse correct, c'est-à-dire une première consultation réalisée avant 15 SA et 7 consultations totales pour un accouchement à terme, a pu être obtenu pour 12 patientes (Tableau II).

Parmi les 3 patientes restantes, 1 patiente a découvert sa grossesse gémellaire à 16 SA et a réalisé sa première échographie à 20 SA et 5 jours, une autre a découvert sa grossesse à 22 SA, et la dernière n'a pas fait suivre sa grossesse, elle a réalisé sa première échographie à 31 SA et 2 jours.

- IMC et prise de poids durant la grossesse.

En moyenne, l'Indice de Masse Corporel de ces femmes était de 20,7, avec une valeur médiane identique. A la fin de la grossesse, on observe une prise de poids moyenne de 12,9 kilogrammes (médiane=11).

- Accouchement

5 patientes ont bénéficié d'une césarienne ou d'un accouchement voie basse avec extraction instrumentale de l'enfant : 3 césariennes pour suspicion d'hématome rétro-placentaire (césarienne avant mise en travail), stagnation de la dilatation à 9cm et anomalies du rythme cardiaque fœtal associées à une présentation podalique, et 2 extractions instrumentales, 1 pour défaut de progression et 1 pour anomalies du rythme cardiaque fœtal alors que l'enfant était engagé dans le bassin. Parmi les 14 patientes en travail, 10 ont bénéficié d'une analgésie péridurale (71%), parmi les 4 patientes n'ayant pas eu de péridurale, 3 patientes sont arrivées à une dilatation trop avancée pour pouvoir en poser une, et une patiente ne souhaitait pas d'analgésie.

Le poids de naissance moyen était de 2789 g et l'âge gestationnel moyen de 38,7 SA (valeur médiane = 39,3 SA), avec 3 enfants nés en dessous de 37 SA, dont un enfant né avec un âge gestationnel inférieur à 34 SA. Certains enfants avaient des mensurations inférieures au 10^e percentile des courbes de Leroy et Lefort : le poids de naissance était concerné 9 fois, la taille 6 fois, et le périmètre crânien 5 fois.

En moyenne, le score d'APGAR à 1 minute de vie est de 8,8 et de 9,8 à 5 minutes de vie. Les valeurs médianes sont égales à 10 pour ces deux paramètres.

- Post-partum

Il n'y a pas eu de complications maternelles dans le post-partum.

- Allaitement Maternel

Seulement 4 enfants sur 16 ont bénéficié d'un allaitement maternel (25%) sachant qu'au CHU de Nantes, le taux d'allaitement maternel pour la population générale est de 62%.

- Relation mère-enfant

13 fois sur 16, la relation entre la mère et l'enfant a été jugée bonne voire excellente par l'équipe soignante. Pour les 3 femmes qui ont mal fait suivre leur grossesse, il n'a pas été remarqué de corrélation entre la qualité du lien mère-enfant et la qualité de ce suivi.

- Sortie avec la mère

Tous les enfants ont rejoint le domicile de leurs parents. Un enfant a eu une hospitalisation à domicile pendant 11 jours et un autre a eu la visite de la protection maternelle et infantile une fois par semaine.

3) Caractéristiques du syndrome de sevrage et évaluation de la prise en charge du nouveau-né :

	Méthadone (n= 7, 44%)	BHD (n=9,56%)	Total (n=16)
Score de Finnegan > 0	100	78	88
Age au début du SSNN (h)	36	33	35
Score maximum	10,6	14,3	12,5
Age au score maximum (h)	98	68	83
Mise en place d'un traitement (%)	29	43	36
Durée du traitement (j)	21	12	16
Durée du SSNN (j)	11	9	10
Durée d'hospitalisation (j)	17	12	14
Age moyen de reprise de poids (j)	6	5	5

Tableau III : Caractéristiques du syndrome de sevrage néonatal

- Syndrome de sevrage du nouveau-né (SSNN)

Une symptomatologie discrète ou plus sévère, en rapport avec un syndrome de sevrage néonatal (Tableau 3) a été constatée chez 14 nouveau-nés sur 16. L'équipe du CHU de Nantes a utilisé le score de Finnegan à chaque reprise pour quantifier l'intensité de ce syndrome de sevrage.

- Age moyen du début du SSNN

Ces symptômes sont apparus en moyenne à la 35^e heure de vie (médiane = 30^e heure de vie)

- Age moyen du score maximum

En moyenne, le score maximum de Finnegan a été atteint à la 83^e heure de vie, il était de 12,5.

- Mise en place et durée du traitement

5 nouveau-nés sur les 14 ayant présenté des signes de syndrome de sevrage néonatal sévère, ont eu un traitement médicamenteux constitué de morphine (Oramorph 10®). Le traitement par sulfate de morphine a duré 16 jours en moyenne. Les autres nouveau-nés ont été traités par Doliprane 2,4%, en systématique toutes les 6 heures en cas de besoin. On observe une durée moyenne de 10j du syndrome de sevrage (médiane= 8,5j).

Tous les enfants ont bénéficié de soins de soutiens : Peau à peau, bain relaxant, succion non nutritive, bercements, emmaillotage. Les soins étaient réalisés au mieux par les parents, ou à défaut par l'équipe soignante.

- Lieu d'hospitalisation et durée moyenne d'hospitalisation

2 enfants n'ont pas fait de syndrome de sevrage : le premier est resté dans le service de maternité, le deuxième a été hospitalisé en néonatalogie pour présence de communication inter-auriculaire et suspicion de coarctation de l'aorte. 1 enfant a été hospitalisé uniquement en néonatalogie pour cause de prématurité et 7 enfants ont été hospitalisés uniquement en Unité Kangourou. 2 enfants ont été hospitalisés dans le service de maternité dans un premier temps, puis en unité kangourou à la survenue du syndrome de sevrage. Enfin, 3 enfants ont été hospitalisés d'office en unité kangourou puis ont rejoint le service de néonatalogie en cours de séjour car leur mère n'avait personne pour s'occuper de la fratrie. La durée moyenne de séjour a été de 14 jours (valeur médiane =11,5j).

- Pathologie néonatale

Un enfant possède une communication inter-auriculaire avec une suspicion de coarctation de l'aorte C'est le seul enfant qui a présenté une malformation. Un autre bébé a fait une détresse respiratoire transitoire à 20 minutes de vie, cependant il présentait un examen clinique normal.

4) Comparaison des groupes selon la nature du traitement de substitution

Compte tenu de notre faible échantillon, les résultats observés ne sont pas significatifs il est impossible de conclure sur la relation entre les drogues consommées et les différents problèmes qu'elles engendrent.

Deux groupes de femmes ont donc été formés selon la nature du traitement de substitution reçu : 7 patientes sous méthadone et 8 patientes sous buprénorphine haut dosage.

Les caractéristiques sociodémographiques des familles dans les 2 groupes n'étaient pas significativement différentes, en dehors d'un nombre plus élevé de femmes en couple et de conjoints ayant des revenus issus du travail dans le groupe méthadone. Les femmes du groupe buprénorphine haut dosage étaient en moyenne plus âgées (29,4) que celles du groupe méthadone (25,9).

L'âge de début de la toxicomanie et le délai avant la mise en route de la substitution n'étaient pas différents. La substitution n'a pas été plus souvent commencée avant la grossesse pour la méthadone (71%) que pour la buprénorphine haut dosage (75%).

Il n'y avait pas de différence entre les 2 groupes concernant la séropositivité pour le VIH, et pour le VHC, seulement une patiente était positive, elle appartenait au groupe méthadone. La fréquence concernant les consommations de produits associés n'est pas très différente, 6 patientes sur les 7 du groupe méthadone et toutes les patientes du groupe buprénorphine avaient des consommations associées. En effet, toutes les patientes consommaient du tabac, on peut cependant remarquer que sur les 6 patientes du groupe méthadone, 3 consommaient du cannabis contre seulement 1 patiente sur les 8 du groupe Subutex®.

Le suivi de grossesse était meilleur pour le groupe méthadone, cette différence est due à des grossesses de découverte tardive pour le groupe buprénorphine haut dosage de notre échantillon.

Les patientes sous buprénorphine avaient pris plus de poids (+1,9 kg en moyenne) que celles du groupe méthadone, pour un IMC au début de grossesse à 20,1 pour le groupe Subutex® et à 21,3 pour les patientes sous méthadone. La prise de poids n'est pas un critère de comparaison valable entre les deux groupes de substitution, car 2 patientes dans chaque groupe ont débuté leur traitement substitutif en cours de grossesse. Le taux de recours à la

césarienne et à l'accouchement par voie basse instrumentale était plus élevé dans le groupe méthadone (3 patientes sur 7) que dans le groupe buprénorphine (2 patientes sur 8) mais cette différence est d'origine multifactorielle. Le taux d'accès à l'analgésie péridurale n'était pas très différent entre le groupe Subutex® (6 patientes sur 8) et le groupe méthadone (4 patientes sur 6). Ces trois derniers critères ont montré des chiffres favorables par rapport à la population générale du CHU de Nantes.

L'âge gestationnel au moment de l'accouchement, le poids de naissance et le score d'APGAR des enfants étaient semblables entre les 2 cohortes. Les mensurations néonatales des bébés exposés in utéro à la méthadone, étaient plus souvent inférieures au 10^e percentile que celles du groupe BHD.

Le taux d'allaitement maternel est plus élevé dans le groupe méthadone (3 patientes sur 7) que dans le groupe buprénorphine haut dosage (1 patiente sur 9), il n'a pas été retrouvé d'explications à cette différence. La qualité du lien mère-enfant était semblable dans les 2 groupes.

En ce qui concerne le syndrome de sevrage néonatal, sur les 16 enfants seuls 2 n'ont pas fait de syndrome de sevrage, ils ont été exposés in utéro à la buprénorphine haut dosage. On remarque une différence dans l'âge au moment du score de Finnegan maximum : il était plus tardif dans le groupe méthadone (98h, valeur médiane 92h) que dans le groupe Subutex® (68h, valeur médiane 45 h). Le nombre d'enfants traités était quasiment identique (2 enfants traités sur les 7 pour le groupe méthadone et 3 sur 7 pour le groupe buprénorphine), avec un score maximum plus élevé dans le groupe buprénorphine (14,3 vs 10,6). Cependant, la durée du syndrome de sevrage néonatal et la durée d'hospitalisation étaient plus élevées dans le groupe méthadone. Une tendance non significative existait pour un syndrome de sevrage plus tardif et plus prolongé sous méthadone (11j valeur médiane 9j) que sous buprénorphine haut dosage (9j valeur médiane 8j). En effet, la durée du traitement mis en place était beaucoup plus longue dans le groupe méthadone de notre échantillon (21j) que dans le groupe buprénorphine (12j). L'âge moyen de reprise de poids n'est significativement pas différent entre les deux groupes.

Troisième partie : Discussion

Compte tenu du faible nombre de cas que nous avons, les résultats observés ne sont pas significatifs, nous ne pouvons donc pas conclure sur une éventuelle corrélation entre le produit de substitution utilisé et l'intensité du syndrome de sevrage du nouveau-né. Cependant, nous pouvons comparer nos données avec la revue de la littérature médicale.

1) Données médico-psycho-sociales

Dans notre cohorte, l'âge pendant cette grossesse était de 27,8 ans en moyenne (20-37 ans). Dans les études similaires, l'âge moyen de ces mères était de 29,7 ans (24-35 ans) et 28,6 ans la même année sur une population de 246 femmes substituées par méthadone ou buprénorphine haut dosage. [31,35]

Dans son étude, 246 femmes ont été incluses. Le contexte social restait précaire avec seulement 17% des femmes ayant des revenus (40% au CHU de Nantes). Cependant, 61% d'entre elles vivaient en couple (87% dans notre cohorte). Dans l'étude de Claude Lejeune en 1997, 80% des conjoints étaient présents. [35]

Le traitement de substitution était prescrit par un centre spécialisé pour 53% des femmes et par un médecin généraliste pour 69% (double suivi fréquent) Ce paramètre n'a pas pu être inclus dans notre description, car le lieu de suivi de grossesse avant les consultations au CHU de Nantes, n'était pas précisé dans le dossier obstétrical. Pour un travail en réseau ville-hôpital efficace, il serait intéressant que cette information apparaisse dans le dossier. Dans 79% des cas, le traitement de substitution avait été instauré avant le début de la grossesse en cours et dans 73% dans notre échantillon. [31]

Dans notre cohorte, aucune des patientes n'était séropositive pour le VIH et une seule patiente était positive pour le virus de l'hépatite C. La transmission verticale est diminuée par le suivi régulier de la grossesse. La mise en place des traitements de substitution a largement contribué à l'amélioration de la situation sanitaire des consommateurs d'opiacés : en effet, dans l'étude de Claude Lejeune et al. menée en 1998 et 1999, 5% des femmes étaient séropositives pour le VIH contre 27% à la fin des années 1980. Par contre, l'incidence des infections à VHC reste élevée, en effet 66% des femmes étaient contaminées. [30,31,36]

Dans notre étude descriptive, 93% des femmes avaient des consommations associées : toutes les femmes consommaient du tabac (100%), 2 femmes sur 14 de l'alcool (14%) et 4 du cannabis (29%). Lejeune retrouve les mêmes résultats [34]. Contrairement à nous, dans sa cohorte un enfant présentait un syndrome d'alcoolisation fœtale modéré.

2) Données périnatales

▪ Suivi de grossesse

En 2001, un suivi de grossesse correct a pu être obtenu pour 46% des femmes (80% au CHU de Nantes de 2008 à 2010) [31]. On ne peut pas prendre en compte cette différence, le nombre de femme qui constitue les échantillons étant trop différent.

▪ Accouchement

Concernant l'accouchement, 88% des femmes avaient bénéficié de l'analgésie péridurale (71% pour notre cohorte vs 74% d'analgésie péridurale dans la population générale du CHU de Nantes). Malgré la recommandation de privilégier l'analgésie péridurale afin qu'elle soit en place dès le début du travail cette différence par rapport à la population générale s'explique par l'arrivée souvent tardive de ces femmes en salle de travail. [31, 34,55]

L'accouchement se déroule en général sans complication majeure [6]. On note une fréquence plus élevée de présentation podalique (liée à la prématurité) un liquide amniotique plus fréquemment teinté et un raccourcissement de la durée du travail. Le taux de césarienne et d'extraction instrumentale est semblable entre les deux populations. Les complications du post-partum ne sont pas plus fréquentes chez les femmes dépendantes aux opiacés que dans la population générale. [53]

▪ Caractéristiques du nouveau-né

Les caractéristiques du nouveau-né sont semblables entre notre population et celles des études similaires : Le poids de naissance moyen était de 2838g pour un âge gestationnel moyen de 38,7 SA également et un taux de prématurité de 13%. Selon les séries, le taux de prématurité

varie de 10 à 56% mais la mise en place des traitements de substitution a fait baisser le taux de prématurité de 34% à 12,6%. Ce taux serait cependant significativement ($p=0,001$) plus élevé dans le groupe méthadone (17%) que dans le groupe buprénorphine (10%), mais cette différence aurait une explication multifactorielle. [7, 34, 35, 36]

Dans la plupart des études, on retrouve en grande proportion des mensurations néonatales inférieures au 10^e percentile. En effet, pour Marquet, les opiacés ont un effet sur la croissance fœtale en diminuant le transport actif transplacentaire des acides aminés. Le poids de naissance des enfants est souvent faible, par prématurité ou hypotrophie dans environ 30 à 40 % des cas. Le tabac en est le principal responsable. La prise de traitements de substitution est également associée à une diminution du poids de naissance, mais qui est nettement moindre que celle occasionnée par l'héroïne. [6, 18, 29,35, 56]

3) Syndrome de sevrage du nouveau-né

- Caractéristiques du syndrome de sevrage

Le syndrome de sevrage du nouveau constitue le problème le plus important décrit. [22]

La prise en charge après l'accouchement en unité mère-enfant ou unité kangourou s'impose nécessaire avec comme objectif d'éviter un placement, en favorisant l'établissement d'un lien mère-enfant solide. Au CHU de Nantes, un protocole de prise en charge des nouveaux-nés exposés in utéro aux opiacés a été mis en place (Annexe 4).

Dans l'étude de Claude Lejeune, un syndrome de sevrage néonatal a été constaté chez 65% des nouveaux-nés ; les symptômes sont apparus en moyenne à la 40^e heure de vie et le score de Lipsitz maximum étant atteint, en moyenne, à la 78^e heure de vie. La moitié des nouveaux-nés ayant présenté des symptômes de sevrage ont eu un traitement médicamenteux d'une durée moyenne de 17jours. Un tiers des enfants ont été transférés en néonatalogie, avec une durée moyenne de séjour de 26 jours. [31]

Dans notre étude, 14 nouveau-nés sur 16 (soit 88%) ont présenté une symptomatologie discrète ou plus sévère. Ces symptômes sont apparus en moyenne à la 35^e heure de vie. Le score maximum de Finnegan a été atteint à la 83^e heure de vie. 5 nouveau-nés sur les 14 ayant présenté des signes de syndrome de sevrage néonatal sévère, ont eu un traitement médicamenteux. Le traitement par chlorhydrate de morphine a duré 16 jours en moyenne et la

durée d'hospitalisation a été de 14 jours. Dans notre cohorte la durée d'hospitalisation est beaucoup plus courte. Cependant, dans notre étude la très grande majorité des couples mères-enfants ont été hospitalisés en unité kangourou.

Dans l'étude de Lejeune, les enfants ont été transférés en néonatalogie, le nouveau-né a donc été séparé de sa mère. Or, il a été démontré que l'hospitalisation de l'enfant dans la même unité que sa mère, diminue significativement le besoin de traitement du syndrome de sevrage, se traduit par un séjour plus court et la probabilité pour l'enfant de quitter l'hôpital avec sa maman est plus élevée [2].

- Relation mère-enfant

Dans 93% des cas, la relation mère enfant a été jugée très bonne (81% dans notre étude). Ce critère est très aléatoire, en effet il dépend essentiellement du jugement de l'équipe soignante. Parmi les mères ayant une mauvaise relation avec leur bébé (7% des mamans), 75% avaient mal fait suivre leur grossesse. [31]

Dans notre étude, cette corrélation n'a pas été prouvée.

- Allaitement maternel

Dans la cohorte de Claude Lejeune, 23% des enfants ont bénéficié d'un allaitement maternel (25% au CHU de Nantes). Quoiqu'il en soit, l'allaitement maternel chez les mères sous traitement de substitution aux opiacés n'est pas contre-indiqué s'il n'y a pas de contre-indication par ailleurs : uniquement une infection maternelle par le VIH, le virus de l'hépatite C ne semblant pas être transmis par l'allaitement. [24]

Dans tous les cas, l'allaitement maternel est à encourager. Certains auteurs pensent que l'allaitement maternel par une mère substituée retarderait la survenue du syndrome de sevrage et diminuerait à la fois son intensité et la nécessité de mettre en place un traitement. [1]

- Devenir des enfants à court terme

Au total dans la cohorte de Lejeune comprenant 246 nouveau-nés, 92% des enfants sont sortis avec leur mère, les autres enfants ont rejoint leur famille sans leur mère ou bien ont été placés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), après signalement judiciaire [31]. Dans notre cohorte, tous les enfants sont sortis avec leur mère.

Deux groupes de femmes ont donc été formés selon la nature du traitement de substitution reçu : méthadone (93 cas, soit 38%) ou buprénorphine haut dosage (153 cas, soit 62%). [31]

4) Comparaison des groupes selon la nature du traitement de substitution.

La comparaison de ces deux groupes a montré comme différences significatives, que la substitution est plus souvent débutée avant la grossesse pour les patientes sous buprénorphine haut dosage que pour les patientes sous méthadone ($p < 0,03$); la méthadone est plus souvent prescrite par un centre spécialisé de soins aux toxicomanes(CSST) et le Subutex® par un médecin généraliste libéral ($p < 0,001$);

Concernant le déroulement de la grossesse, les études menées sur la prise de buprénorphine haut dosage ne constatent aucune différence avec les grossesses menées sous méthadone.[20, 27]

L'étude de Claude Lejeune a également montré que le taux de prématurité était un peu plus élevé sous méthadone (18 %) que sous buprénorphine (9 %) ($p < 0,04$) et que l'âge moyen au score maximum était plus élevé (92^e heure) sous méthadone que sous buprénorphine (70^e heure) ($p < 0,001$). Aucune corrélation n'a été démontrée entre la posologie de la méthadone et la sévérité du syndrome de sevrage du nouveau-né mais par contre il y a une relation entre le dosage de la dernière prise maternelle de méthadone et la survenue du syndrome de sevrage : le risque de syndrome augmente de 17% lorsque le dosage de méthadone augmente de 5mg. Le syndrome de sevrage était un peu plus tardif et prolongé sous méthadone [5, 36,37, 41].

En 1999, Auriacombe a montré au cours d'un essai randomisé en double aveugle que le pourcentage de nouveaux-nés ayant nécessité un traitement, la posologie du traitement et la durée d'hospitalisation étaient plus élevés pour l'un et plus long pour l'autre lorsque le nouveau-né avait été exposé in utero à la méthadone plutôt qu'à la buprénorphine [3].

De plus, le traitement par chlorhydrate de morphine permet de réduire le délai entre la naissance et l'âge de reprise de poids du nouveau-né, mais il accroit le nombre de jours d'hospitalisation. Il faut donc privilégier les soins de nursing et mettre en place le traitement uniquement en cas de syndrome de sevrage néonatal sévère. [43]

En revanche le score maximal de sévérité du syndrome de sevrage semble être équivalent entre buprénorphine et méthadone. [26]

La faiblesse de notre échantillon ne nous permet pas d'avoir des résultats significatifs, en revanche nous avons effectué les mêmes observations.

5) Devenir des enfants à long terme

- Lien mère-enfants

Toutes les études montrent qu'une prise en charge précoce, par une équipe obstétricale et pédiatrique ayant l'expérience du suivi de ces patientes, réduit considérablement toutes les morbidités associées. [31, 45]

Cependant, les troubles respiratoires et l'inhalation méconiale constituent la première cause de mortalité du nouveau-né. Ils sont aujourd'hui beaucoup mieux prévenus par la prise en charge précoce des patientes dépendantes.

Dans son étude Lejeune retrouve un taux de mortalité avant un an de 5% dans sa cohorte : sur les 59 nouveaux-nés de mères toxicomanes accueillis en néonatalogie à la naissance, un enfant est décédé à 31h de vie, un enfant est décédé de mort subite du nourrisson à 2 mois et un enfant de noyade accidentelle à 8 mois. En parallèle 6 mères sur les 51 (12%) étaient décédées au moment de l'enquête. La mort subite du nourrisson est 4 à 10 fois plus élevée dans ces populations que dans la population générale mais des données récentes semblent bien montrer que ce risque est essentiellement dû à l'exposition in utero au tabac et au tabagisme passif post-natal. [35]

La prescription d'un traitement de substitution et le soutien médico-psycho-social qui doit l'accompagner sont donc des outils qui se sont avérés très efficaces en cas de dépendance aux opiacés. [47]

Le sevrage est rarement possible en cours de grossesse et n'est d'ailleurs pas conseillé. Claude Lejeune a mis en évidence en 1997, une augmentation de la fréquence de rechutes graves de la toxicomanie dans les premières semaines qui suivent l'accouchement chez les femmes plus ou moins sevrées en cours de grossesse.

Dans la série de JS DASHE et coll. qui comprenait 34 femmes enceintes, le sevrage a été possible sans complications sous méthadone dans 59% des cas, mais une rechute de

consommation d'opiacés est survenue dans 10 cas et un maintien sous substitution par méthadone dans 4 cas. [15]

La cohabitation avec la mère pourrait faciliter la transition du nouveau-né exposé aux opiacés vers la vie extra-utérine et promouvoir un maternage plus efficace.

Dans l'expérience des équipes de Montpellier de Louis Mourier et de l'étude multicentrique du GEGA, l'amélioration de prise en charge des femmes substituées et de leur enfant s'accompagne d'une augmentation très nette du nombre d'enfants pris en charge par leur mère dès la sortie de la maternité : le taux de placements du nouveau-né est passé de 37% à 4%, le lien mère-enfant a été jugé bon ou excellent dans 92% des cas et 59% des pères étaient présents et participaient activement aux soins du bébé, contre seulement 23% en 1997. [33, 35, 36, 40]

En effet, les troubles de l'attachement mère-enfant et les risques de séparation et de maltraitance étaient dus non seulement à des interactions négatives entre une mère perturbée et un nouveau-né en souffrance mais aussi, et surtout, à des modalités inadaptées de prise en charge par les équipes obstétrico-pédiatriques. [35, 57]

Dans le nord des Hauts-de-Seine, une enquête rétrospective a été menée de 1988 à 1993 et a montré qu'en absence d'une prise en charge adéquate, on observe des résultats médiocres sur le plan social : seulement un tiers des enfants ont été élevés par leur mère [35]

La prise en charge médico-sociale qui accompagne le programme de substitution est corrélée à une diminution du taux de séparation mère-enfant. [33]

Cependant, l'environnement aurait un rôle prépondérant sur le pronostic socio-familial et sur le développement de ces enfants : dans l'étude rétrospective de Lejeune sur le devenir médico-social de 59 nouveau-nés de mères toxicomanes, un quart seulement des mères vivaient en couple au moment de la naissance de l'enfant et un tiers seulement vivaient dans un logement stable. [35]

En outre, l'abondante littérature sur le devenir des nouveaux-nés de mères abusant des opiacés, met bien en évidence les difficultés méthodologiques. En effet, on observe différents modes d'inclusion des cohortes et un pourcentage élevé des perdus de vue. [36]

- Développement psychomoteur

De Cubas et Field ont comparé à l'âge scolaire, les enfants ayant été exposés in utero à la méthadone et 20 témoins appariés. Ils n'ont constaté aucune différence significative aux tests cognitifs, mais une fréquence plus élevée de troubles comportementaux. [16]

En effet, Bunikowski a cependant mis en évidence un risque augmenté de retard de développement psychomoteur à un an chez les enfants exposés in utero aux opiacés. Ces données étaient significatives après contrôle des facteurs environnementaux (statut socio-économique, niveau d'éducation, placement ou non de l'enfant). Les enfants exposés à l'héroïne et dont la mère n'était pas traitée avaient des scores plus bas que les enfants dont les mères étaient substituées. [9]

Enfin de nombreux auteurs ont montré une incidence plus importante de troubles du comportement et de retard du développement neurologique chez les enfants exposés in utero aux opiacés durant la petite enfance. [8, 23, 46]

Dans la série rétrospective de 1988-1993, les seuls enfants présentant un trouble grave du développement étaient 5 prématurés, dont en particulier 2 séquelles neuro-sensorielles de leucomalacies périventriculaires et une dysplasie broncho-pulmonaire grave. [35]

Globalement, la consommation d'opiacés au cours de la grossesse n'est pas en soi, source de complications majeures, ni pour la mère, ni pour l'enfant. Les complications obstétricales sont le fait de la poursuite de la toxicomanie, à l'origine d'une alternance de pics de concentration « flash » et périodes de manque, des toxicomanies associées, et du manque de suivi obstétrical.

Afin de réduire les risques maternels et infantiles, il est primordial de mettre en place une prise en charge sérieuse de ces futures mères toxicomanes au cours de leur grossesse, notamment dans les centres périnatals spécialisés où il existe une participation médicale, psychologique et sociale. Le suivi du couple mère- enfant se fera dès la naissance, et même au domicile sur une très longue période, car la mère est susceptible de vivre dans le post-partum une période complexe pendant laquelle peuvent se déclencher des troubles dépressifs et anxieux avec une reprise de drogues ou de détournement des produits de substitution.

Cette étude nous a donc permis de montrer que la grossesse chez la femme dépendante aux opiacés était un moment privilégié pour la mise en place d'un traitement de substitution, dans le cadre d'une action pluridisciplinaire, en réseau ville-hôpital car il permet d'améliorer le pronostic à long terme de l'enfant et de sa mère mais aussi à court terme, en favorisant des mensurations néonatales en rapport avec le terme en réduisant le risque de prématurité, et en améliorant la qualité du suivi. On a également vu que les grossesses menées sous méthadone se traduisent par un taux de prématurité plus élevé, par un syndrome de sevrage du nouveau-né plus tardif et plus long se traduisant ainsi par une durée d'hospitalisation plus longue. Le traitement des bébés développant un syndrome de sevrage nécessite des posologies plus élevées que si la grossesse avait été menée sous Subutex®. Cependant, le choix du traitement de substitution se fait surtout en fonction du profil de la patiente, dont le principal critère concerne le mésusage, existant sous buprénorphine haut dosage et impossible sous méthadone compte tenu de l'épaisseur du sirop mais on privilégiera quand même le traitement instauré avant le début de la grossesse.

Quatrième partie: Rôle de la Sage-femme

La prise en charge de la grossesse chez une patiente consommant des opiacés fait intervenir la sage-femme à pratiquement tous les niveaux. En effet, elle a un rôle à jouer dans la prise en charge pluridisciplinaire de ces patientes. Elle peut participer pleinement à ce suivi et ainsi accompagner ces femmes tout au long d'un parcours souvent difficile. En effet, exercer le métier de sage-femme nécessite d'intégrer la prise en charge des conduites addictives quelque soit le secteur d'activité dans lequel on reçoit la patiente et le moment de la grossesse dans lequel elle se trouve.

1) La période prénatale

Les patientes dépendantes aux opiacés sont, pour la majorité, adressées à la maternité par des centres de soins spécialisés pour toxicomanes. Mais il arrive également qu'elles arrivent en urgence à la maternité sans avoir jamais consulté. Il s'agit d'une période de prise de connaissance et la notion de parentalité est essentielle dans la mise en place et la pertinence du cadre thérapeutique. Cette grossesse, qu'elle soit désirée ou non, constitue souvent pour la femme une période angoissante avec une prise de conscience de son parcours de vie et de sa toxicomanie. La sage-femme va favoriser la verbalisation de ces angoisses actuelles et réactualisées souvent en lien avec des situations d'abandon ou de rejet : c'est un moment important pour l'établissement d'une relation de responsabilisation et de confiance, privilégiée et adaptée, entre la maman et une personne du corps médical. La sage-femme a un rôle à part entière au sein de l'équipe pluridisciplinaire nécessaire à une prise en charge satisfaisante d'une femme enceinte dépendante aux opiacés. Elle intervient également dans le cadre des cours de préparation à la naissance et à la parentalité, où elle va permettre aux couples de se projeter dans l'avenir. Ainsi durant la période prénatale, s'élaborent déjà la coordination de la prise en charge et une évaluation de la situation qui seront affinées durant l'hospitalisation à la maternité. La sage-femme fera visiter et présentera le service de maternité, de néonatalogie et d'unité kangourou à la maman tout en expliquant l'organisation des soins qui pourront être apportés à l'enfant en cas de syndrome de sevrage.

La sage-femme aura également pour rôle de dépister les situations à risque de complications qui peuvent survenir au cours de ces grossesses : menace d'accouchement prématuré, retard de croissance intra-utérin, mort fœtale in utéro et de préparer psychologiquement la patiente à une éventuelle hospitalisation en cours de grossesse, dans le cas où une de ces complications surviendrait.

Pendant la grossesse, la sage-femme va donc avoir pour rôle principal d'accompagner les femmes enceintes dépendantes au sein d'un réseau spécialisé.

2) L'accouchement et les suites de couches

En salle d'accouchement, la sage-femme va permettre un soutien psycho-social et un meilleur investissement de l'enfant à naître de la part des parents par une prise en charge globale du couple en répondant aux inquiétudes concernant le syndrome de sevrage du nouveau-né qui devient alors de plus en plus concret. La sage-femme a pour rôle d'identifier un contexte d'anxiété annonciateur de quelques difficultés dans le post-partum et de permettre à la patiente de bénéficier d'une mise en place précoce de l'analgésie péridurale, qui est fortement conseillée chez ces patientes. Dans l'idéal la patiente sera hospitalisée en Unité Kangourou afin de favoriser le lien mère-enfant et de ménager la place du père. La durée d'hospitalisation est un temps essentiel pour l'établissement de la relation mère-enfant, notamment par le biais de l'allaitement maternel, rigoureusement encadré par la sage-femme. Ce séjour sera également l'occasion pour elle, de reprendre avec la patiente le vécu de son accouchement, ses sentiments envers son enfant et son entourage. Un séjour de dix jours environ, en chambre seule, est possible permettant le traitement du sevrage du bébé avec une participation active de la maman par le biais des soins de nursing qui accompagnent le traitement du sevrage néonatal. En intervenant régulièrement et en coordination avec l'équipe soignante de maternité, la sage-femme va accompagner cet apprentissage de la parentalité en soutenant les compétences de la mère et l'aménagement de la dyade ou de la triade nouvellement formée avec le bébé et son ou ses deux parents. Ce temps permet une évaluation dynamique et interactive de la qualité de la parentalité et des différents besoins déjà repérés en période prénatale et qui conditionneront les modalités de sortie.

3) Modalités de sortie et devenir

Le retour à domicile, angoissant pour ces femmes qui peuvent appréhender de se retrouver seule avec leur bébé, nécessite souvent un accompagnement psycho-social important. Pour s'assurer d'un suivi ultérieur adapté, il est possible d'envisager selon les cas la mise en place de différentes modalités d'intervention : Il est parfois nécessaire de demander des mesures de protection de l'enfant lorsque les parents montrent trop de difficultés à s'adapter aux besoins du bébé. La sage-femme se devra de préserver la parentalité dans ces situations et donc de tenter de faire comprendre aux parents que les mesures demandées ont pour but d'apporter un soutien dont ils peuvent se saisir, plutôt que de le vivre comme une sanction. Il est donc nécessaire, en tant que sage-femme, de consacrer du temps aux échanges, à l'information et à la réflexion concertée avec l'équipe médicale au complet, afin de préserver une continuité de soins cohérente.

Il est capital que la sage-femme évalue à ce moment les interactions mère-enfant pour permettre la mise en place d'un réseau de soutien lors du retour au domicile. La sortie de la maternité du couple mère enfant ne doit pas être une rupture brutale avec l'équipe ayant assuré le suivi prénatal. Un certain nombre de mères expriment, lors du retour au domicile, un "syndrome de sevrage affectif", comme si, avec leur "ventre vide", elles ne suscitaient plus l'attention dont elles bénéficiaient lors des consultations prénatales. Il s'agit là d'une période à risque de rechute, qu'il faudra prévenir par le maintien des liens entre la mère et les professionnels de la santé : jamais la place des sages-femmes de PMI (protection maternelle et infantile) n'a été aussi importante.

Conclusion

La grossesse chez une femme enceinte toxicomane est une situation à risque pour la patiente et surtout pour le fœtus, même si l'héroïne et les opiacés posent moins de problèmes de toxicité materno-fœtale que la cocaïne ou les benzodiazépines. Tous les acteurs médico-sociaux doivent travailler main dans la main pour un accompagnement médical, psychologique et social de la femme enceinte. Cette prise en charge optimale de la grossesse se fera grâce à un suivi multidisciplinaire et par la mise en place d'un réseau de soin ville-hôpital. Le traitement de substitution par la méthadone ou la buprénorphine haut dosage permet un suivi médical régulier de la grossesse et la disparition de la quasi-totalité des complications obstétricales liées à la toxicomanie. Seul le syndrome du nouveau-né persiste, mais il ne pose pas de gros problèmes s'il existe une étroite collaboration entre l'équipe soignante et les parents. La prise en charge optimale du couple mère-enfant se fera en fonction des représentations que le personnel a des drogues, de la toxicomanie, de la femme enceinte toxicomane, de ses capacités maternelles et de la prise en charge de la toxicomanie. Il ne faut pas se précipiter pour expliquer toutes difficultés psychiques ou relationnelles entre la mère et son enfant par la consommation antérieure de drogues : les professionnels de santé doivent donc travailler dans un esprit d'ouverture et de tolérance. Pendant le séjour, la participation du père de l'enfant, si cela est possible, est importante car il ne doit pas se sentir exclu, il doit être encouragé à investir son rôle de parent car il représente une aide importante pour le maintien de l'enfant à domicile.

Il est donc indispensable que les professionnels de la périnatalité soient mieux informés sur les enjeux et les modalités de prise en charge des femmes enceintes dépendantes aux opiacés et formés à utiliser le réseau de soins en addictologie

BIBLIOGRAPHIE

Articles de revues scientifiques

[1] **Abdel-Latif ME, Pinner J, Clews S, Cooke F, Lui K, Oei J.**

Effects of breast milk on the severity and outcome of neonatal abstinence syndrome among infants of drug-dependent mothers.

Pediatrics, 2006 Jun; 117(6): e1163-9.

[2] **Abrahams RR, Kelly SA, Payne S, Thiessen PN, Mackintosh J, Janssen PA.**

Rooming-in compared with standard care for newborns of mothers using methadone or heroin.

Can Fam Physician. 2007 Oct; 53(10):1722-30.

[3] **Auriacombe M, Afflelou S, Lavignasse P, Lafitte C, Roux D, Daulouède JP, Tignol J.**

Pregnancy, abortion and delivery in a cohort of heroin dependent patients treated with drug substitution (methadone and buprenorphine) in Aquitaine.

Presse Med, 1999. 28(4): p. 177.

[4] **Beck F, Legleye S, Spilka S.**

Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005. Exploitation des données relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte.

Tendances n°48, 2006.

[5] **Berghella V, Lim PJ, Hill MK, Cherpes J, Chennat J, Kaltenbach K.**

Maternal methadone dose and neonatal withdrawal.

Am J Obstet Gynecol. 2003 Aug; 189(2): 312-7.

[6] **Bongain A, et al.**

Toxicomanie et grossesse.

Encyclopédie médico-chirurgicale, 2000 (5-048-P-10).

[7] **Bongain A, Huss M, Gillet JY.**

Drug addiction and pregnancy.

Rev Prat, 1992; 42(8): p. 1004-9.

[8] **Bouchez J, Coppel A, Touzeau D.**

Approche descriptive des difficultés des enfants de toxicomanes : une nécessité de soins préventifs spécifiques ?

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 1997. 45: p. 298-302.

- [9] **Bunikowski R, Grimmer I, Heiser A, Metze B, Schäfer A, Obladen M.**
Neurodevelopmental outcome after prenatal exposure to opiates. Eur J Pediatr.
1998 Sep;157(9):724-30.
- [10] **Carrieri MP, Amass L, Lucas GM, Vlahov D, Wodak A, Woody GE.**
Buprénorphine use : the international experience.
Clin Infect Dis, N° 43 (suppl 4), 2006, p. S197-S215.
- [11] **Cassen M, Delile JM, Pohier E, Facy F, Villez M, Gachie JP.**
Maternité et toxicomanies : Enquête sur 171 mères toxicomanes et leurs 302 enfants.
Alcoologie et Addictologie 2004 ; 26 (2) : 87-97.
- [12] **Ciraru-Vigeneron A, et al.**
Toxicomanie et grossesse.
J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1989; 18: p. 637-648.
- [13] **Claroux-Bellocq D, De Bailliencourt S, Saint-Jean F, Chinaud F, Vallier N, Weill A, et al.**
Les traitements de substitution aux opiacés en France métropolitaine en 2000 : les données du régime général de l'assurance maladie.
Rev Med Ass Maladie, n° 34, 2003, p. 93-102.
- [14] **Cohen J.**
Effects of psychotropic drugs on testicular and ovarian function and reproduction
J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1981; 10(3): p.249-58
- [15] **Dashe JS, Jackson GL, Olscher DA, et al.**
Opioid detoxification in pregnancy.
Obstet Gynecol 1998; 92 : 854-8
- [16] **De Cubas MM, Field T.**
Children of methadone-dependent women: developmental outcomes.
Am J Orthopsychiatry. 1993 Apr; 63(2):266-76.
- [17] **Drizdick J, Berghella V, Hill MK, Kaltenbach K.**
Methadone trough levels in pregnancy.
Am J Obstet Gynecol 2002 ; 187 : 1184-8.
- [18] **[Fajemirokun-Odudevi O](#), [Sinha C](#), [Tutty S](#), [Pairaudeau P](#), [Armstrong D](#), [Phillips T](#), [Lindow SW](#).**
Pregnancy outcome in women who use opiates.
[Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.](#) 2006 Jun 1; 126(2): 170-5.

[19] **Finnegan LP, Oehlberg SM, O'Malley-Regan D.**

Evaluation of parenting, depression and violence profiles in methadone maintained women.
Child Abuse Neglect, 1981 5 : 267-73.

[20] **Floch-Tudal C, Simonpoli AM, Montamat S, Couettoux MP, Crenn-Herbert C, Lejeune C.**

Syndrome de sevrage néonatal chez des jumeaux d'une mère sous traitement de substitution par méthadone.

Ann Med Interne (Paris) 2000 ; 151 (Suppl B) : 30-3

[21] **Franchitto M, et al.**

Toxicomanie, femmes enceintes et maternité : une nécessaire évolution de la prise en charge.
Revue documentaire toxibase, 2000.2 : p.1-12.

[22] **Guyon L. De Koninck M.,Morisette P., Chayer L.**

Toxicomanie et maternité : un projet possible. Une synthèse des connaissances actuelles.
Québec, Comité Permanent de Lutte à la toxicomanie, 1998, 112p.

[23] [Hunt RW](#), [Tzioumi D](#), [Collins E](#), [Jeffery HE](#).

Adverse neurodevelopmental outcome of infants exposed to opiate in-utero.
[Early Hum Dev](#). 2008 Jan; 84(1): 29-35.

[24] **Jansson LM, Choo R, Velez ML, Harrow C, Schroeder JR, Shakleya DM, Huestis MA.**

Methadone maintenance and breastfeeding in the neonatal period.
Pediatrics, 2008 Jan; 121(1):106-14.

[25] **Jarvis MA , Wu-Pong S , Kniseley JS , Schnoll SH.**

Alterations in methadone metabolism during late pregnancy.
J Addict Dis 1999 ; 18 : 51-61.

[26] **Jones HE, Johnson RE, Jasinski DR, O'Grady KE, Chisholm CA, Choo RE, et al.**

Buprenorphine versus methadone in the treatment of pregnant opioid-dependent patients: effects on the neonatal abstinence syndrome.
Drug Alcohol Depend. 2005 Jul; 79(1): 1-10.

[27] **Kahlila H, et al.**

A prospective study on buprenorphine use during pregnancy : effects on maternal and neonatal outcome.

Acta Obstet Gynecol Scand, 2007. 86(2): p.185-90

[28] **Kandall SR, Doberczak TM, Jantunen M, Stein J.**

The methadone-maintained pregnancy.

Clin Perinatol 1999; 26 : 173-83.

[29] **[Keegan J](#), [Parva M](#), [Finnegan M](#), [Gerson A](#), [Belden M](#).**

Addiction in pregnancy.

[J Addict Dis](#). 2010 Apr; 29(2): 175-91.

[30] **Latt NC, Spencer JD, Beeby PJ, et al.**

Hepatitis C in injecting drug-using women during and after pregnancy.

J Gastroenterol hepatol, 2000. 15 : 175-81.

[31] **Lejeune C, Aubisson S, Simmat-Durand L, Cneude F, Piquet M, Gourardier L, et al.**

Syndrome de sevrage des nouveau-nés de mères toxicomanes substituées par la méthadone ou la buprénorphine haut dosage : étude multicentrique prospective de 246 cas.

Ann Med Interne, 2001 ; 152 (Suppl 7) : 21-7

[32] **Lejeune C et Groupe d'Etudes Grossesse et Addictions – G.E.G.A**

Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins. Spécificité de prise en charge de certaines populations : Grossesse et périnatalité.

Audition publique de l'HAS des 1 et 2 février 2007

[33] **Lejeune C, Floch-Tudal C, Crenn-Hebert C, Simonpoli AM.**

Réseaux ville-hôpital et projet social : l'expérience des réseaux périnatal et toxicomanie du nord des Hauts de Seine autour des femmes enceintes abusant de substances psycho-actives.

J Gynécol Obstet Biol Reprod 2004 : 33 (suppl au n°1): 1S67-70.

[34] **Lejeune C, Floch-Tudal C, Montamat S, Crenn-Herbert C, Simonpoli AM.**

Prise en charge des femmes enceintes toxicomanes et de leurs enfants.

Arch Pediatr 1997; 4(3): 263-70.

[35] **Lejeune C, Ropert JC, Montamat S, Floch-Tudal C, Mazy F, Wijkhuisen N, et al.**

Devenir médico-social de 59 nouveau-nés de mère toxicomane.

J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1997; 26(4): 395-404.

[36] **Lejeune C, Simmat-Durand L, Gougarier L, Aubisson S - GEGA**

Prospective multicenter observational study of 260 infants born to 259 opiate-dependant mothers on methadone or high-dose buprenorphine substitution.

Drug Alcohol Depend 2006; 82: 250-7

- [37] **Liu AJ, Jones MP, Murray H, Cook CM, Nanan R.**
Perinatal risk factors for the neonatal abstinence syndrome in infants born to women on methadone maintenance therapy.
J Obstet Gynaecol. 2010 Jun; 50(3): 253-8.
- [38] **Mac Carthy JJ, Posey BL.**
Methadone levels in human milk.
J Hum Lact 2000 ; 16 : 115-20
- [39] **Marquet P, Merle G, Lavignasse P, Lejeune C, au nom du Groupe d'Etudes Grossesse et Addictions (GEGA).**
Traitement de substitution par Subutex® et allaitement maternel : étude des quantités ingérées par les nourrissons. (Abstract des Journées Francophones de Recherche en Néonatalogie).
Arch Pédiatr 2004 ; 11 : 1118s
- [40] **Mazurier E, Chanal C, Misraoui M, et al.**
De la femme à l'enfant, les liens interprofessionnels autour de la femme enceinte toxicomane.
Arch Pédiatr 2000 ; 7 (suppl. 2): 281-2.
- [41] **Mc Carthy JJ, Leamon MH, Parr MS, Anania B.**
High-dose methadone maintenance in pregnancy: maternal and neonatal outcomes.
Am J Obstet Gynecol. 2005 Sep; 193(3 Pt 1): 606-10.
- [42] **Obadia Y, Perrin V, Feroni I, Vlahov D, Moatti JP.**
Injecting misuse of buprénorphine among french drugs users.
Addiction, n°96 (2), 2001, p. 267-272.
- [43] **Osborn DA, Jeffery HE, Cole MJ.**
Opiate treatment for opiate withdrawal in newborn infants.
Cochrane Database Syst Rev. 2010 Oct 6; (10): CD002059.
- [44] **Philipp BL, Merewood A, O'Brien S.**
Methadone and breastfeeding : new horizons.
Pediatrics.2003. 111 :1429-30.
- [45] **Randal T.**
Intensive prenatal care may deliver healthy babies to pregnant drugs abusers
JAMA 1991; 265: 2274-4.
- [46] **Sandtorv L, Reigstad H, Bruaroy S, Elgen I, Laegreid LM.**
Substitution treatment of drug addicts during pregnancy: consequences for the children?

The Journal of the Norwegian Medical Association, 2009 Feb 12; 129(4): 287-90.

[47] **Ward J, Hall W, Mattick RP.**

Role of maintenance treatment in opioid dependence.

Lancet 1999; 353 : 221-6.

[48] **Wojnar-Horton R, Kristensen JH, Yapp P, et al.**

Methadone distribution and excretion into breast milk of clients in a methadone maintenance programme.

Br J Clin Pharmacol 1997; 44: 54

Livres et mémoires

[49] **Andrieux Marion**

Unités Kangourou de l'hôpital Mère-Enfant de Nantes

Mémoire, 2006, Ecole de sages-femmes de Nantes

[50] **Auriacombe M.**

Quoi de neuf pour le traitement de la dépendance aux opiacés en France ? Quelles spéculations ?

Addictions, Paris, Masson, 2005, p. 207- 212.

[51] **Berrebi A, Connan L, Ayoubi JM, Thene M, Charitat H, Damase-Michel C.**

Prise en charge obstétricale d'une femme enceinte toxicomane.

Editions Arnette. Médecine Périnatale, 2001, Publié par Collet M et Treisser A.

[52] **Cambier P.**

Pharmacodépendance chez la femme enceinte : traitement de substitution par le Subutex®.

Thèse : Pharm : Université de Lille II : 1998 : 111

[53] **Ferraro F.**

La grossesse et les drogues

Edition Que sais-je ? ,1998

[54] **Jacques JP, Figiel C.**

Drogues et substitution, traitements et prise en charge du sujet.

Editions De Boeck Université, 2006.

[55] **Lejeune C, Pons JC.**

Toxicomanie et grossesse.

Paris : Doin, 1996.

[56] **Marquet P, Kintz P.**

Buprénorphine therapy of opiate addicts.

Human Press, 2002.

[57] **McCarthy JE, Siney C, Shaw NJ, Ruben SM.**

Outcome predictors in pregnant opiate and polydrug users.

Eur J Pediatr 1999; 158 : 748-9.

[58] **Molénat Françoise**

Grossesse et Toxicomanie

Editions Erès, 2000

[59] **Reynaud M.**

Traité d'Addictologie.

Editions Flammarion, 2006.

[60] **Simmat-Durand L.**

Grossesses avec drogues, entre médecine et sciences sociales.

Editions L'Harmattan, 2009.

Documents électroniques

[61] **Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps)**

Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés.

Recommandations pour la pratique clinique, Juin 2004.

[62] **Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), Fédération Française d'Addictologie.**

Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés: place des traitements de substitution.

Conférence de consensus, Juin 2004.

[63] **Claude Lejeune.**

Syndrome de sevrage néonatal après exposition in utero aux opiacés.

Protocole de soins, Hôpital Louis Mourier, Service de Néonatalogie, 2006.

ANNEXES

- Annexe 1 : Score de Finnegan.
- Annexe 2 : Score de Lipsitz.
- Annexe 3 : Grille de recueil des données obstétricales et pédiatriques.
- Annexe 4 : Protocole de prise en charge du syndrome de sevrage du nouveau-né aux opiacés.

- Annexe 1 : Score de Finnegan

SIGNES NEUROLOGIQUES	Score	
<i>Cris aigus</i>	2	
<i>Cris aigus incessants</i>	3	
<i>Sommeil < 1h après tétée</i>	3	
<i>Sommeil < 2h après tétée</i>	2	
<i>Sommeil < 3h après tétée</i>	1	
<i>Moro vif=2, très vif=3</i>	2-3	
<i>Trémulations légères à la stimulation</i>	1	
<i>Trémulations nettes à la stimulation</i>	2	
<i>Trémulations légères au repos</i>	3	
<i>Trémulations nettes au repos</i>	4	
<i>Hypertonie</i>	2	
<i>Convulsions</i>	5	
<i>Myoclonies</i>	3	
<i>Excoriations</i>	1	
SIGNES VEGETATIFS		
<i>Sueurs</i>	1	
<i>Eternuements répétés</i>	1	
<i>Baillements répétés</i>	1	
<i>Marbrures</i>	1	
<i>Encombrement nasal</i>	1	
<i>Battements des ailes du nez</i>	2	
<i>Hyperthermie 37,2°-38,3°</i>	1	
<i>Hyperthermie > 38,4°</i>	2	
<i>Tachypnée 60/min</i>	1	
<i>Tachypnée > 60/min + Tirage</i>	2	
SIGNES DIGESTIFS		
<i>Succion exagérée</i>	1	
<i>S'alimente mal</i>	2	

<i>Régurgitations</i>	2	
<i>Diarrhée ++</i>	2	
<i>Diarrhée +++</i>	3	
<i>Vomissements en jets</i>	3	

- Annexe 2 : Score de Lipsitz.

SIGNES	0	1	2	3
Trémulations : Activité musculaire des membres	Absentes	Légèrement augmentées par des stimulations ou par le jeûn	Augmentation modérée ou forte au repos, calmée par l'alimentation ou le berçage	Augmentation forte ou continue au repos +/- mouvements de type convulsifs
Irritabilité, cris excessifs	0	Légère augmentation	Augmentation modérée ou forte par des stimulations ou par le jeun	Forte augmentation même au repos
Réflexes	Normaux	Accentués	Très accentuées	
Tonus musculaire	Normal	Hypertonie	Rigidité	
Selles	Normales	Liquides en jet mais de fréquence normale	Liquides en jet et >8/j	
Lésions cutanées	0	Rougeurs genoux, coudes	Erosions	
FR/min	< 55	55-75	>75	
Eternuements répétés	Non	Oui		
Bâillements répétés	Non	Oui		
Vomissements	Non	Oui		
Fièvre	Non	Oui		

- Annexe 3 : Grille de recueil des données obstétricales et pédiatriques (feuille suivante)

N° IPP :

N° Dossier Bébé :

La mère

Date de naissance : / /

Nationalité : 1- France 2- Europe 3-Afrique
4- Asie 5-Amérique 6- Océanie

Statut marital : 1- Vit seule 2- En couple

Activité Professionnelle : 1- En activité 2-Chômage 3- Chômeur n'ayant jamais travaillé
Catégorie socioprofessionnelle :

1- Agriculteurs 2- Artisans 3- Cadres
4- Professions intermédiaires 5- Employé
6- Ouvrier 7- Etudiant 8- Autre _____

Poids : ____ kgs Taille : ____ m ____

Antécédents Obstétricaux : Gestité _____ Parité _____

Le père

Toxicomanie 1- Oui 2- Non

Profession : 1- En activité 2- Chômage 3- Chômeur n'ayant jamais travaillé

Déroulement de la grossesse :

AG de la découverte de la grossesse : SA

Nombre de consultations durant la grossesse :

AG de la première échographie : SA

Nombre d'échographies totales :

Sérologies :

Toxoplasmose	1- Immunisée <input type="checkbox"/>	3- Négative <input type="checkbox"/>	9- Non connue <input type="checkbox"/>
Rubéole	1- Immunisée <input type="checkbox"/>	3- Négative <input type="checkbox"/>	9- Non connue <input type="checkbox"/>
Syphilis	2- Positive <input type="checkbox"/>	3- Négative <input type="checkbox"/>	9- Non connue <input type="checkbox"/>
VIH	2- Positive <input type="checkbox"/>	3- Négative <input type="checkbox"/>	9- Non connue <input type="checkbox"/>
Hépatite B	2- Positive <input type="checkbox"/>	3- Négative <input type="checkbox"/>	9- Non connue <input type="checkbox"/> 4- Vaccinée <input type="checkbox"/>
Hépatite C	2- Positive <input type="checkbox"/>	3- Négative <input type="checkbox"/>	9- Non connue <input type="checkbox"/>

Prise de poids pendant la grossesse : + ____ kgs

Pathologies de la grossesse : Diabète
MAP
RCIU
Infection
Anémie
Autre :

Hospitalisations Nombre :
Motif :
Durée :

PEC pluridisciplinaire :

Sage-femme Gynécologue-Obstétricien Pédiatre Addictologue
Anesthésiste Médecin généraliste Assistante sociale PMI
Pédopsychiatre

Produits consommés pendant la grossesse :

Date de début de toxicomanie : / /
Date de début de la substitution : / / par
1- Héroïne 2- Méthadone 3- Buprénorphine haut dosage
Dosage :
Autres produits consommés : Tabac Nb de cig/j avt grossesse _____ Nb de cig/j pdt grossesse _____
Alcool Nombre de verres/ jour _____
Cannabis Benzodiazépines
Barbituriques

Accouchement :

Date : / / Heure : h min
Terme : SA
Travail 1- Spontané 2- Déclenché 3- Césarienne programmée
Rupture de la PDE 1- Spontanée 2- Artificielle
APD : 1- Oui 2- Non
Mode : 1- AVB 2- AVB + extraction instrumentale 3- Césarienne en urgence
AERCFC pendant le travail : Oui 2- Non
Liquide Amniotique : 1- Clair 2- Rosé 3- Teinté 4- Méconial
Durée du travail : ____ h
Durée de RPDE : ____ h
Hyperthermie pendant le travail : 1- Oui 2- Non
Antibiothérapie pendant le travail : 1- Oui 2- Non
Hémorragie de la délivrance : 1- Oui 2- Non
Suites de Couches : 1- Physiologiques 2- Autre

Nouveau-né :

Prénom : _____ Sexe : 1- Masculin 2- Féminin
Poids : _____ g Taille : _____ cm PC : _____ cm
Apgar : _____ à 1 min _____ à 5 min _____ à 10 min
pH au cordon : _____
Réanimation en salle de naissance 1- Oui 2- Non
Pathologie Néonatale :
Malformation Inhalation méconiale Anoxie cérébrale
Détrésses respiratoire Hypothermie Infection
Hypoglycémie Autre

Syndrome de sevrage

Date et heure de la dernière injection / prise de produits : / / à h min
Type d'hospitalisation : 1- SDC 2- Néonatalogie 3- Unité Kangourou 4- Réanimation
Délaï d'apparition du SS depuis naissance : / / à h min
Moyen d'évaluation : 1- Score de Finnegan 2- Score de Lipsitz 3- Les deux
Age du score maximal : _____ heures
Soins dispensés : Emmaillotage Berçage Peau à peau
Prévention de l'érythème fessier Alimentation enrichie et fractionnée
Traitement du Syndrome de sevrage :
1- Oramorph pendant _____ jours 3- Largactil pendant _____ jours 5- Autre
2- Doliprane pendant _____ jours 4- Gardenal pendant _____ jours
Durée du syndrome de sevrage : _____ jours
Qualité du lien mère-enfant :
1- Très bon 2- Bon 3- Moyen 4- Mauvais 9- NSP

Age de reprise de poids : _____ jours

Mode d'alimentation : 1- Allaitement maternel 2- Allaitement Artificiel

Date de sortie : / / Durée d'hospitalisation : _____ jours

Mode de sortie : Avec sa mère Placement

- Annexe 4 : Protocole de prise en charge du syndrome de sevrage du nouveau-né aux opiacés.