



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

UNIVERSITE DE LORRAINE
2018

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée
Par

Bérénice FANJEAUX

Le 15 Juin 2018

Suivi obstétrical et pronostic périnatal chez les femmes enceintes toxicomanes.

Examineurs de la thèse

M. le Professeur MOREL Olivier

M. le Professeur PAILLE François

M. le Professeur JUDLIN Philippe

Mme le Docteur MARTINI Prisca

Mme le Docteur GAUCHOTTE Emilie

Président du Jury

Juge

Juge

Juge

Juge - Directrice de Thèse



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Président de Conseil Pédagogique : Pr Bruno CHENUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Karine ANGIOI-DUPREZ

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Mathias POUSSEL

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL -
Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY -
Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard
FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Professeur Jean-Luc
GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles
GROSIDIER - Oliéro GUERCI
Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François
KÖHLER
Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain
LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN -
Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET -
Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD -
François PLENAT - Jean-Marie POLU
Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD
Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC -
Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard
VAILLANT - Paul VERT
Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Pierre BEY - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE^[1]_[SEP] Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Michèle KESSLER - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU Professeur Jacques LECLERE - Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUUEL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Antoine VERGER (stagiaire)

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIERE

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Cédric BERBE - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

À notre Président,
Monsieur le Professeur Olivier MOREL,
Professeur de Gynécologie-Obstétrique.

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail et nous vous en remercions.

Merci pour le riche enseignement dont vous nous faites bénéficier pendant ces années d'internat.

Veillez trouver dans ce travail le témoignage de notre considération et de notre profond respect.

À notre Juge,

Monsieur le Professeur François PAILLE,

Professeur de Thérapeutique.

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse.

Veillez trouver dans ce travail le témoignage de notre profond respect et de notre sincère reconnaissance.

À notre Juge,

Monsieur le Professeur Philippe JUDLIN,

Professeur de Gynécologie-Obstétrique.

Vous nous faites l'honneur de participer à notre jury de thèse et de juger notre travail.

Nous vous remercions pour votre bienveillance et vos enseignements au cours de notre internat.

Que ce travail soit le témoin de notre profond respect et de notre considération.

A notre Juge,

Madame le Docteur Prisca MARTINI,

Docteur en Pédiatrie.

Tu m'as fait l'honneur d'accepter de juger ce travail. J'espère qu'il sera à la hauteur de tes attentes.

Je te remercie pour ta gentillesse et ta bienveillance.

Que ce travail me permette de t'exprimer tout mon respect et mon admiration.

À notre Juge et Directrice de Thèse,
Madame le Docteur Emilie GAUCHOTTE,
Docteur en Gynécologie-Obstétrique,

Je te remercie sincèrement d'avoir accepté de diriger ce travail.

Merci pour ton encadrement, ta disponibilité et tes précieux conseils dans la réalisation de cet article.

Merci pour ta bienveillance et ton dynamisme inconditionnel que j'ai pu observer de jour comme de nuit.

Que cette thèse soit le témoignage de ma sincère admiration et de ma profonde reconnaissance.

Aux personnes qui ont contribué à ce travail,

A Madame Clerc-Urmès,

Pour votre patience et votre rigueur dans la réalisation des statistiques de cette étude. Vous avez ma sincère reconnaissance.

A Sonia.

A cette amitié sincère et précieuse née sur les bancs de la fac (et de la BU !) il y a plus de 15 ans. Pour ces abstracts demandés pour la veille, réalisés en temps record, merci.

A Madame le Docteur Fresson, à Madame le Docteur Hubert, à Madame Romestaing, ainsi qu'au service des archives et au secrétariat d'obstétrique.

Pour toute l'aide apportée, merci.

A toutes les personnes rencontrées au cours de notre internat et qui ont participé à notre formation,

A l'ensemble des Professeurs, Praticiens Hospitaliers et Chefs de clinique,

Avec toute ma reconnaissance et mon profond respect.

Et notamment:

A l'équipe de la Maternité Régionale de Nancy,

Merci pour ce que j'ai pu apprendre à vos côtés.

Dr Dandachi : Pour ces gardes partagées, ta pédagogie et ta gentillesse.

Dr Routiot : Pour votre bonne humeur, votre soutien et votre enseignement.

Dr Zaccabri : Pour vos qualités humaines et nos discussions de sortie de garde à Blum.

Aux Chefs de clinique et Assistants qui se sont succédés : Marie, Marion, Elise, Ludivine, Ronan, Sophie, Anne-Claire, Matthieu, Claire, Anaïs, Sophie, Charline... Un grand MERCI pour votre enseignement, votre soutien et votre confiance !!!

A l'équipe de la Maternité de Toul,

Merci pour cet encadrement bienveillant et ces bases précieuses que vous m'avez enseignées au cours de mon premier semestre.

Dr Michel : La clinique et le bon sens d'abord !

A l'équipe de la Maternité de Bel air,

Que dire... « Oui 3 semestres avec vous et vivement le prochain ! »

Un grand Merci pour ces journées de travail dans la joie et bonne humeur.

Dr Olieric : Juste parfaite ! Avec toute mon admiration.

Dr Collin : A ces séances de simulation sur mannequin très formatrices. Et ... aux barbecues !

Dr Moza : A cette rigueur de travail et cette polyvalence que j'admire.

Dr Ferdilus : Ma première HVV ! Et cette règle numéro 1 en obstétrique d'anticiper, pour toujours avoir un temps d'avance ! Merci Docteur Nélío !!!

Dr Roesch : Merci pour toutes ces gardes ensemble, à Thionville ou à Briey, joyeuses et moins joyeuses, où j'ai appris tellement grâce à toi.

Dr Matuszewski : Vieux semestre modèle au début de mon internat, et assistante en or ensuite. Merci pour ton dynamisme et ton engagement dans notre formation.

A l'équipe de chirurgie de Sarreguemines,

A ces folles nuits de garde et à ces cours de platt.

Dr Firtion : Il n'y a pas un bloc où je n'ai pas appris. Merci pour votre enseignement et votre bienveillance.

A l'équipe de chirurgie de Toul,

A ce magnifique semestre avec vous, à ces sushis party répétées ! Merci pour votre accueil chaleureux dans le service comme au bloc.

Dr Tortuyaux : Un humanisme sans faille. Merci pour votre pédagogie, votre patience et votre bienveillance.

Dr Nominé : Merci pour ton enseignement et ta gentillesse. Avec toute mon amitié.

A tous mes co-internes,

Merci pour tous ces moments passés ensemble.

Et en particulier,

A Axelle : Ahhhhh mon « boulet » ! Une belle rencontre !!! L'internat aurait été bien moins drôle sans toi. Un unique semestre partagé, mais une amitié très précieuse. A nos soirées apéros passées et futures ! Ne change surtout pas !!!

A Delphine, pour ces supers semestres à tes côtés ! Ta motivation et ton dynamisme m'épatent. Pour ton soutien et tes conseils précieux, merci.

A Martine, Pierre Jean et Alexandre. A notre rencontre en D1, à ces moments partagés, à nos cas de conscience... « Si c'était à refaire... »

À ma famille,

A mes parents : Pour votre amour. Vous êtes le soutien et le réconfort le plus important qu'il soit. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir soutenue depuis toujours. Merci de m'avoir supportée tout au long de ce 2^{ème} cursus, promis après j'arrête !

A mon frère, mes sœurs et leurs maris : Tant de bons moments passés ensemble et de futurs à venir ! Merci pour votre réconfort si précieux. Je vous souhaite le meilleur pour les années à venir.

A Louise, Martin, Anne-Lou, Marceau et Armand : Je vous aime les arsouilles !

A mes grands-parents : Avec toute mon affection. Merci de m'avoir donné cette enfance si heureuse.

A Pierre : Avec tout mon amour. Merci pour tes relectures, parce qu'effectivement on ne fait pas de phrase sans verbe... Merci pour ton soutien et ta patience ces dernières années. Ca y est, on en voit le bout ! Le meilleur est à venir !!!

A Françoise H : *partie trop tôt. Merci d'avoir cru en moi. Que ce travail soit le témoignage de ma sincère reconnaissance et de mon admiration.*

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX.....	21
LISTE DES FIGURES.....	21
ABREVIATIONS	22
INTRODUCTION.....	23
I/ Périnatalité et Addiction	24
1/ Définitions	24
2/ Politique de réduction des risques et Traitements de substitution aux opiacés.....	26
3/ Véritable problème de santé publique : chiffre / évolution	28
4/ Grossesse et toxicomanie : grossesse à risque.....	29
5/ Evolution des modalités de prise en charge des femmes enceintes toxicomanes et de leurs enfants.....	33
6/ Protocole de prise en charge à la MRUN	34
II/ Article.....	36
Introduction	37
Matériels et Méthodes	38
Résultats.....	40
Discussion.....	45
Conclusion	50
III/ Conclusion et Perspectives.....	51
BIBLIOGRAPHIE	53
ANNEXES	57
Annexe 1. Grille de recueil de données.....	58
Annexe 2. Procédure médicale de prise en charge des patientes toxicodépendantes et de leur(s) nouveau-né(s) à la MRUN.	65
Annexe 3. Score TMSP	73
Annexe 4. Article.....	76

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Drogues : Risques obstétricaux, foetaux et néonataux.	31
Tableau 2. Caractéristiques obstétricales et néonatales.	41
Tableau 3. Caractéristiques selon la qualité du suivi obstétrical observé.	42
Tableau 4. Caractéristiques selon le pronostic périnatal	44

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Répartition départementale des ventes de MSO en dose journalière/10 000 habitants âgés de 20 à 49 ans en 2016	28
---	----

ABREVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

BHD : Buprénorphine Haut Dosage

BZD : Benzodiazépine

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

FCS : Fausse Couche Spontanée

GEU : Grossesse Extra-Utérine

HRP : Hématome Rétro Placentaire

MAP : Menace d'Accouchement Prématuro

MFIU : Mort Fœtale In Utero

MRUN : Maternité Régionale Universitaire de Nancy

MSO : Médicament de Substitution aux Opiacés

MTD : Méthadone

OFDT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

RPM : Rupture Prématuro des Membranes

SA : Semaine d'Aménorrhée

SDN : Salle De Naissance

SSNN : Syndrome de Sevrage du Nouveau-Né

USI : Unité de Soins Intensifs

TMSP : Toxicomanie, suivi Médical, statut Socioprofessionnel, approche Psychiatrique

TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Un monde sans drogue est illusoire. De tous les temps, dans toutes les sociétés, la drogue a toujours existé, quelques soient les politiques de répression mises en place, aussi drastiques soient elles.

Il nous faut donc nous résigner, apprendre à vivre avec, à vivre mieux avec... De cette pensée est née la politique de réduction des risques (et des dommages).

Apprendre aussi à remettre en cause nos certitudes, comme celle qui consiste à croire que seuls le sevrage et l'abstinence sont la preuve d'une réelle guérison de la personne dépendante et que ce n'est qu'affaire de volonté. Ou celle qui considère que les Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO) ne font que prolonger la dépendance et se résument à remplacer l'illicite par le licite.

Ces traitements permettent aux patients de modifier leurs consommations et leurs habitudes de vie pour recouvrer une meilleure santé et une meilleure qualité de vie. Une efficacité socio-sanitaire qui n'est aujourd'hui plus à démontrer (1).

En 2016, on estimait le nombre de patients sous TSO en France à 180 000, dont un quart au moins était des femmes, en âge de procréer pour la plupart (2). Soit environ 50 000 femmes toxicomanes, pouvant potentiellement être enceintes. Ce chiffre est une sous-estimation puisque tous les toxicomanes ne sont pas substitués.

La grossesse d'une femme toxicomane est une grossesse à risque, avec les complications médico-psycho-sociales bien connues de la toxicomanie, auxquelles s'ajoutent les risques obstétricaux, fœtaux et néonataux liés à l'usage de drogues (3).

Le suivi d'une grossesse chez une femme toxicomane était un phénomène rare il y a encore 20 ans, car non suivie, toxicomanie cachée, ou dévoilée avec un rejet de la société important de ces patientes. Même si l'image de la « sorcière », de la « mauvaise mère » persiste parfois, les regards semblent évoluer. Bien que l'accès aux soins reste limité pour les femmes toxicomanes (3), elles sont de plus en plus nombreuses à être suivies dans les maternités depuis l'avènement d'une politique de réduction des risques en France et la mise à disposition des TSO.

I/ Périnatalité et Addiction

1/ Définitions

Le terme **Toxicomanie** est issu du grec « toxikon », poison pour la pointe des flèches et de « mania », folie ; soit une folie délirante d'usage de poisons. Il s'agit d'un mode de consommation d'une substance ou d'un médicament caractérisé par un usage compulsif de drogues, par une tolérance au produit, et par des symptômes de manque qui apparaissent et disparaissent avec l'arrêt et la reprise de la consommation (sevrage). Souvent remplacé par le terme addiction, plus récent (4, 5).

Les **addictions** sont des pathologies cérébrales définies par une dépendance à une substance ou à une activité, avec des conséquences délétères. Ce terme s'applique à tous les produits (tabac, alcool, médicaments psychotropes, drogues illicites) et recouvre certaines conduites (jeux de hasard et d'argent, jeux vidéo...). L'addiction inclut donc la notion de dépendance, mais aussi celle d'abus (5).

Dès 1990, A. Goodman définissait l'addiction comme une condition selon laquelle un comportement susceptible de donner du plaisir et de soulager des affects pénibles est utilisé d'une manière qui donne lieu à deux symptômes clés : l'échec répété de contrôler ce comportement et la poursuite de ce comportement malgré ses conséquences négatives (6).

Les critères diagnostiques proposés par A. Goodman ont peu changé.

Le **DSM-5**, 5^{ème} édition du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, définit l'addiction comme l'existence d'au moins 2 des critères suivants, sur une période de 12 mois :

- Une consommation de substances importante, ou sur une période plus longue que prévue
- Des efforts infructueux pour essayer de réduire ou de contrôler sa consommation
- Un temps important passé à essayer d'obtenir ou de consommer une substance
- Une envie irrésistible (craving), un fort désir ou un besoin urgent de consommer une substance
- Un usage récurrent de substances altérant les obligations professionnelles, scolaires ou domestiques

- La persistance de l'usage d'une substance malgré des problèmes causés ou exacerbés par ses effets
- L'abandon ou la réduction des activités récréatives, sociales, occupationnelles à cause de l'usage d'une substance
- L'usage récurrent d'une substance dans des situations physiquement dangereuses
- La poursuite de l'usage d'une substance malgré la connaissance de problèmes physiques ou psychologiques persistants ou récurrents causés ou exacerbés par cette substance
- Un phénomène de tolérance (augmenter les doses pour retrouver les effets plaisants du début)
- Un sevrage.

La sévérité du trouble est définie par le nombre de symptômes : Léger si 2 ou 3 ; Modéré si 4 ou 5 ; Sévère si plus de 6 critères.

Les notions d'usage, d'abus et de dépendance auparavant décrites (DSM-IV), qui graduaient l'évolution de la relation de l'individu avec le produit, ont disparu pour laisser place aux troubles liés à l'usage ou addiction. Mais la problématique reste la même, celle décrite par C. Olievenstein, c'est-à-dire la rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'un moment socio-culturel (7). Ce passage d'un usage, d'une envie, d'un plaisir à une impossibilité d'arrêter, à un besoin, à une consommation malgré des conséquences négatives physiques, psychiques et sociales connues. « Il n'y a pas de drogués heureux » (8).

La **polyconsommation** désigne la consommation d'au moins deux substances psycho-actives, que l'usage soit successif ou concomitant, quelle que soit la finalité de l'association (5). Ainsi la notion de mélanges « organisés » est apparue, pour définir des associations de produits dont le but est de potentialiser, d'équilibrer, de contrôler certains effets négatifs ou encore de substituer une drogue manquante (9). La majorité des patients toxicomanes est polyconsommatrice (1, 4). Comme en population générale, les trois produits les plus consommés sont l'alcool, le tabac, le cannabis ; auxquels viennent s'ajouter les médicaments psychotropes (benzodiazépines (BZD) majoritairement, TSO obtenus au marché noir, analgésiques opioïdes ou non) et les produits illicites (cocaïne, amphétamines, LSD, ecstasy...).

Ce phénomène de polyconsommation, signalé dès les années 2000, est retrouvé aujourd'hui chez la majorité des usagers de drogues (10). Il aggrave le pronostic des patients avec une majoration des risques de complications aiguës (surdose, déshydratation, mort subite...) et chroniques (hépatites, traumatologie, troubles cognitifs, cancers) par multiplication des risques relatifs de chaque produit. Il complique également la prise en charge thérapeutique de ces patients tant les associations peuvent être variées et les motivations diverses. Chez les patients substitués, on observe une diminution des consommations illicites pour des produits licites (alcool, médicaments psychotropes...)

2/ Politique de réduction des risques et Traitements de substitution aux opiacés

La substitution aux opiacés est apparue en France il y a 20 ans, avec l'obtention d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) en Mars 1995 pour la méthadone (MTD) et en Février 1996 pour la buprénorphine (BHD) (11). En retard par rapport à ses voisins frontaliers, la prise en charge des patients toxicomanes en France était jusque-là marquée par l'idéologie du sevrage et de l'abstinence comme seul traitement valable, dont la réussite n'était qu'affaire de volonté (1, 4, 11).

Face à l'échec de sa politique de répression mise en place en 1970, l'augmentation du nombre de toxicomanes, du nombre de décès par overdose, et l'épidémie de SIDA grandissante, les médicaments de substitution aux opiacés (MSO) ont été mis sur le marché pour lutter contre la toxicomanie dans le cadre d'une politique de réduction des risques.

La politique de réduction des risques et des dommages concernant les usagers d'opiacés vise à prévenir les complications sanitaires et sociales liées à l'usage, comme la transmission des infections, la mortalité par overdose, les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie (1, 4). Elle repose sur le constat que les usagers de drogues peuvent modifier leurs pratiques si on leur en donne la possibilité. Le programme consiste pour l'essentiel à faciliter l'accès aux seringues stériles, mais aussi au dépistage (VIH, VHC...) et aux soins.

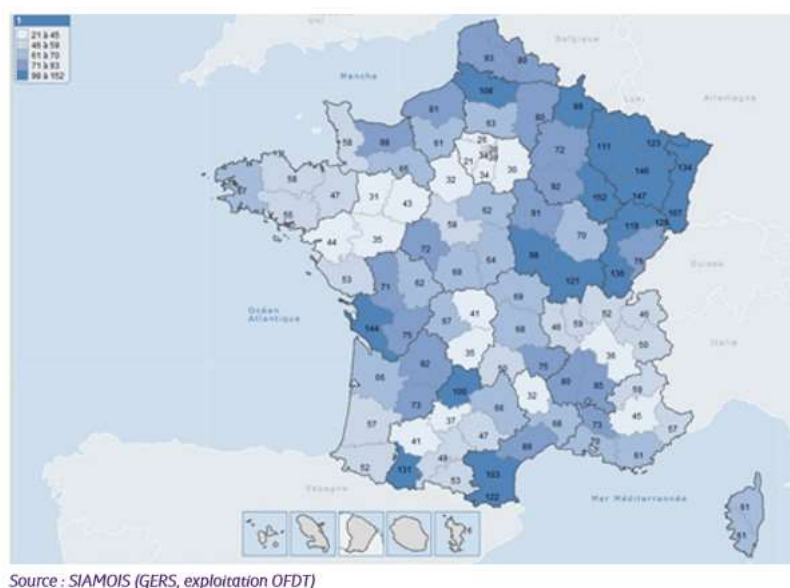
Le TSO correspond à une prise en charge globale médicale, psychologique et sociale pour les usagers dépendants aux opiacés dont la mise à disposition de MSO n'est qu'une partie, dans le but de réduire les risques liés à la consommation d'opiacés illicites (1, 4).

Il existe aujourd'hui sur le marché 3 MSO ayant l'AMM comme « traitement substitutif de la pharmacodépendance aux opioïdes, dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge. Traitement réservé aux adultes et adolescents de plus de 15 ans, volontaires pour recevoir un traitement de la dépendance aux opioïdes » (2, 12-14).

- La MTD (Méthadone AP-HP®) sous forme sirop et gélule. Agoniste pur des récepteurs aux opiacés, appartenant à la liste des stupéfiants dont la réglementation de prescription et de délivrance est stricte.
- La BHD (Subutex®) sous forme de comprimé sublingual. Agoniste-antagoniste des récepteurs aux opiacés, médicament de liste 1, assimilé stupéfiant, dont la prescription et la délivrance sont plus souples.
- L'association BHD/Naloxone (Suboxone®) sous forme de comprimé sublingual. Dernier MSO arrivé sur le marché en 2012, dont l'accès est identique à celui du Subutex®. Contre-indiqué pendant la grossesse.

Aujourd'hui, la France affiche un haut niveau de diffusion des MSO, en grande partie grâce à l'accessibilité à la BHD, et se situe ainsi parmi les pays européens ayant le plus grand nombre de patients sous TSO rapporté à sa population. En effet, elle se distingue de la plupart des autres pays européens par un ratio 2BHD/1MTD, alors que dans le reste de l'Europe, près des deux tiers des patients en traitement de substitution reçoivent de la MTD (2, 11).

On note toutefois des disparités dans l'accessibilité aux MSO sur le territoire. Les ventes de MSO rapportées à la population sont les plus élevées dans le Grand-Est et la Bourgogne-Franche-Comté (1, 2, 15).



3/ Véritable problème de santé publique : chiffre / évolution

En France en 2013, on évaluait approximativement le nombre d'utilisateurs problématiques aux opiacés à 210 000 (de 150 000 à 300 000) dont 80% bénéficieraient d'un TSO (16).

Le tableau de bord annuel 2018 « Traitements de substitution aux opiacés » réalisé par l'OFDT évalue à 180 000 le nombre de personnes ayant eu une prescription de MSO (2). D'après les données de remboursement de l'assurance maladie, un tiers des patients seraient sous MTD dont la moitié sous forme sirop et l'autre sous forme gélule (52%). Les 2/3 restants sous BHD, dont plus de la moitié (54%) sous BHD princeps (Subutex®), et 5% sous Suboxone®.

Toujours d'après les données de l'assurance maladie, on estime que les femmes représentent un quart des patients se faisant rembourser un TSO. Selon la synthèse RECAP 2012 (17), elles représentent 20% de la file active des CSAPA et CAARUD. Les études montrent que la population féminine toxicomane est plus vulnérable, fortement stigmatisée avec un recours aux soins plus faible que les hommes. Une part importante de ces femmes est polyconsommatrice (3).

On évalue approximativement le nombre de femmes toxicomanes aux opiacés à 50 000, en âge de procréer pour la plupart (2).

En 2015, 5 % des femmes âgées de 15 à 44 ans et bénéficiaires d'un MSO ont accouché.
Soit environ 2500 à 3000 naissances par an (2).

4/ Grossesse et toxicomanie : grossesse à risque

Les dommages liés à la consommation de drogues sont d'ordre sanitaire, social et judiciaire. Ils varient en fonction des produits consommés, du mode d'administration et du mode de vie (1, 4, 10, 14, 18, 19).

Les complications sanitaires sont de nature :

- Somatiques :
 - Complications nutritionnelles.
 - Complications infectieuses : virales (VIH, HVB, HVC...), bactériennes ou mycotiques : abcès, endocardites, pneumopathies...
 - Complications circulatoires avec mauvais état du réseau veineux, maladie thromboembolique secondaire (thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire...).
 - Complications cardiovasculaires et neurologiques en cas de consommation de tabac, d'alcool, de cocaïne, ou d'amphétamines.
 - Complications pulmonaires en cas de consommations de tabac, de cannabis.
 - Complications cancérologiques (poumon, VADS, foie) en cas de consommation de tabac et d'alcool.
 - Complications traumatologiques : accidents de la route, domestiques, de travail.
- Psychiatriques : dépression, risque suicidaire, attaque de panique, état délirant aigu, troubles cognitifs...

Socialement, les complications sont l'isolement, la rupture familiale, des difficultés professionnelles, une marginalisation, une prostitution, de la délinquance...

Au niveau judiciaire, les complications sont des infractions relatives à l'usage et au trafic de stupéfiants, des infractions à la sécurité routière liées à l'usage d'alcool ou de stupéfiants.

Les conséquences périnatales de la toxicomanie sont, elles aussi, fonction des produits consommés, du mode d'administration et du mode de vie (3, 18, 20-28).

Pour les opiacés, elles sont marquées par :

- Des complications obstétricales, du fait de grossesses découvertes tardivement, souvent non désirées, au suivi obstétrical aléatoire, avec risque de menace d'accouchement prématuré (MAP).
- Des risques fœtaux et néonataux marqués par des épisodes d'anoxie fœtale aigüe, voire de mort in utero en cas de syndrome de manque maternel, de prématurité, de retard de croissance in utero (RCIU), d'infections néonatales, de syndrome de sevrage néonatal (SSNN).
- Des troubles de l'attachement mère-enfant et des risques de séparation.

À cette consommation d'opiacés s'associent presque toujours un tabagisme et/ou des consommations d'alcool, de cannabis, de cocaïne, de médicaments psychotropes (BZD surtout), d'où le cumul de complications périnatales dues à l'effet propre des produits consommés ; Notamment une tératogénicité certaine de l'alcool, discutée pour la cocaïne, des risques d'avortements spontanés, de mort fœtale in utero, de placenta prævia, d'hématome rétro-placentaire, de prématurité, d'hypotrophie fœtale, de RCIU, de MAP, de rupture prématurée des membranes (RPM)... (3, 18, 20-28)

Tableau 1. Drogues : Risques obstétricaux, foetaux et néonataux.

Substances	Térotogénicité	Risques Obstétricaux	Risques Foetaux et Néonataux
Tabac	Controversé	FCS, GEU HTA, Pré-éclampsie, HRP RCIU, hypotrophie, MFIU MAP, RPM HPP Corrélation dose/effet +++	Hypotrophie Mort subite du nourrisson, affections bronchiques et ORL « Syndrome foetal tabagique »
Alcool	OUI 1 ^{ère} cause de malformation évitable	FCS RCIU MFIU	ETCAF (5/1000) SAF (1 à 2/1000)
Cannabis	NON	Idem Tabac	Idem Tabac Troubles du développement et du comportement ?
Héroïne / Opiacés	NON	FCS RCIU MFIU MAP	Prématurité Hypotrophie Mort subite du nourrisson SSNN
BZD	Controversé		Prématurité Syndrome d'imprégnation (sommolence, hypotonie, hypothermie, difficulté de suction) Majoration du SSNN
Cocaïne	Controversé	Toxicité vasculaire ++ FCS RCIU, HRP MAP, RPM MFIU	Malformations (urinaires, cardiaques, neurologiques, des extrémités...) Prématurité, hypotrophie Syndrome d'imprégnation transitoire avec hypertonie musculaire, tremblement, irritabilité, hyperexcitabilité...
Amphétam ines / Ecstasy	OUI	RCIU HRP MFIU MAP	Neurotoxicité avec diminution du volume sous cortical, déficit cognitif Syndrome de sevrage avec irritabilité, somnolence, troubles de la suction

Le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) se caractérise dans sa forme complète par un RCIU harmonieux, avec une microcéphalie. Une dysmorphie faciale typique est observée avec une face allongée, un philtrum long et bombant, une lèvre supérieure fine, un petit menton, des petites fentes oculaires, un pli d'épicanthus, un ptosis des paupières, une hypoplasie nasale, avec ensellure marquée, des oreilles basses implantées et mal ourlées, une hypertrichose. Des malformations cardiaques, squelettiques, oculaires peuvent être associées. A distance, peuvent apparaître un retard mental, des troubles cognitifs et comportementaux.

Le SSNN associe des signes neurologiques (trémulations, hypertonie, troubles du sommeil, succion frénétique, agitation, pleurs et cris aigus, convulsions), des signes digestifs à type de vomissements, diarrhées et perte de poids, et des troubles neuro-végétatifs et respiratoires (hypersudation, fièvre, éternuements, bâillements). Il s'évalue par le score de Finnegan ou de Lipsitz.

5/ Evolution des modalités de prise en charge des femmes enceintes toxicomanes et de leurs enfants.

Les objectifs des TSO ont été définis par la circulaire du 31 mars 1995 (29), selon 3 axes :

- Un axe thérapeutique. Les objectifs étant «de favoriser l'insertion dans un processus thérapeutique et de faciliter le suivi médical d'éventuelles pathologies associées à la toxicomanie d'ordre psychiatrique et/ou somatique ».
- Un axe concernant la prévention et la réduction des risques. Le traitement de substitution devant «aider à la réduction de la consommation de drogues issues du marché illicite et favoriser un moindre recours à la voie injectable ».
- Un axe social, en contribuant «à l'insertion sociale» des usagers dépendants.

L'efficacité des TSO est aujourd'hui clairement établie en population générale. Ils favorisent l'accès aux soins des usagers de drogues dépendants aux opiacés et diminuent la morbidité, la mortalité et les dommages sociaux, grâce à une prise en charge globale : médicale, psychologique et sociale (4, 10, 11, 16).

Il en est de même chez les femmes enceintes toxicomanes (3, 18, 19, 21, 22).

En permettant un suivi global, multidisciplinaire de ces grossesses à risque, la substitution a entraîné une diminution des complications périnatales, notamment en termes de :

- Prématurité (10 % versus 30 à 40 %)
- Hypotrophie, RCIU
- Souffrance fœtale secondaire à l'alternance d'épisodes de pics et de périodes de manque
- Transmission de maladies infectieuses (VIH, VHC...),
- SSNN imprévu
- Et une amélioration du lien mère-enfant avec une diminution des séparations précoces (4% versus 30 à 50%).

L'amélioration du pronostic périnatal a été possible grâce à un travail multidisciplinaire, permettant :

- Une surveillance précoce et régulière, considérant ces grossesses comme des grossesses à risque, et non péjorativement, avec mépris et sentiment de culpabilité, de fait, renforcé chez la patiente.
- L'application des principes de la politique de RDR, c'est-à-dire la gestion des consommations selon la dangerosité des produits, instauration ou ajustement du TSO et soutien médico-psycho-social.
- Un travail sur le lien parents-enfant précoce, avec anticipation du SSNN.

6/ Protocole de prise en charge à la MRUN

La procédure de prise en charge des femmes enceintes toxicodépendantes et de leur(s) nouveau-né(s) en vigueur à la MRUN reprend les objectifs fondamentaux d'accueil et de prise en charge sans jugement de ces grossesses à risque, la nécessité d'un travail cohérent et coordonné en réseau avec une continuité des soins entre l'anté- et le post natal, dans le but de favoriser le lien mère-enfant. (Annexe 2)

Les modalités de prise en charge stipulent un suivi régulier avec des consultations tous les 15 à 21 jours, avec une 1^{ère} consultation avec la sage-femme référente en toxicomanie le plus précocement possible, tout comme avec l'assistante sociale et au moins une consultation obstétricale au cours de la grossesse (si grossesse physiologique). Une consultation avec la pédopsychiatre est proposée au cours du suivi. Une consultation pédiatrique anténatale au 7^{ème} ou 8^{ème} mois, une consultation d'anesthésie au 8^{ème} mois. Quatre échographies au minimum (à 12-14SA, 22-24SA, 29SA et 34SA), plus si besoin. Un soutien relationnel à domicile avec le passage hebdomadaire d'une sage-femme à domicile dès 34 SA est prescrit. Chaque dossier est présenté au staff parentalité (mis en place en 2010) au moins une fois au cours de la grossesse.

La conduite à tenir en cas d'hospitalisation est décrite, avec information de la sage-femme référente en toxicomanie le plus précocement possible.

Sont rappelés les principes de prise en charge en période :

- Anténatale : pas d'arrêt d'un TSO, proposition d'instauration si absence, et de moyens de réduction des risques et des dommages. Soutien, information et explications, valorisation de la patiente. Faire une synthèse exhaustive de la toxicomanie, mais aussi des axes médico-psycho-sociaux de la patiente, répéter les sérologies de début de grossesse vers 36-37 SA, anticiper la contraception. Mesure de CO expiré et recherche de toxiques urinaires au 6^{ème} mois sont proposées au cours du suivi. Création du dossier « ROSE » / staff parentalité de la patiente.
- A l'accouchement : Information et explications régulières sur la prise en charge. Recherche de toxiques urinaires à l'entrée en salle de naissance proposée.
- Post natale : Hospitalisation systématique en Unité Kangourou : service intermédiaire entre la néonatalogie et les suites de couches permettant une surveillance rapprochée, lorsqu'une situation le nécessite, tout en évitant la séparation mère-enfant (ouverture de l'unité en 2010). Accompagnement des parents auprès de leur enfant si hospitalisation en néonatalogie, USI ou Réanimation néonatale pour favoriser le lien. Recherche de toxiques urinaires chez le nouveau-né dans les 48 premières heures de vie et surveillance de l'apparition d'un SSNN par le score de Lipsitz. Information et explications régulières aux parents avec rendu des résultats de toxiques urinaires de la mère et du nouveau-né. Sortie organisée à partir de J7, avec proposition de contraception, consultation pédiatrique et du post partum à un mois.

II/ Article

Suivi obstétrical et pronostic périnatal chez les femmes enceintes toxicomanes.

B.Fanjeaux ^(1,2), A.Braconnier ^(1,2), I.Clerc-Urmès ⁽³⁾, O.Morel ^(1,2), E.Gauchotte ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Maternité, CHRU de Nancy, 10 Rue Du Docteur Heydenreich, 54042 Nancy Cedex, France

⁽²⁾ Université de Lorraine, Faculté de médecine, 9 avenue de la Forêt de Haye, CS 50184, 54505 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex, France

⁽³⁾ Unité MDS, plateforme d'aide à la recherche clinique, CHRU de Nancy, Nancy, France.

Ce travail a fait l'objet de différentes communications :

- Publication : Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie, Volume 46, Issue 2, February 2018, Pages 99-104 (Annexe 4)

La Revue Sage-Femme, Available online 30 April 2018

- Poster : 26^{ème} Rencontres Nancéiennes de Gynécologie-Obstétrique, 2016

Introduction

La toxicomanie aux opiacés est un véritable problème de santé publique. Sa prévalence en population générale, mais plus encore chez les femmes enceintes est difficile à évaluer et fort probablement sous-estimée. En effet, les dispositifs de repérage sont faibles et les données quant à un usage de produit illicite sont rarement déclarées. (30, 31). On constate cependant une augmentation du problème qui devient de plus en plus préoccupant, avec une banalisation de l'usage des substances psychoactives conduisant à une polyconsommation de plus en plus fréquente, et des consommations féminines, qui bien qu'inférieures, tendent à rejoindre celles des hommes, laissant supposer une majoration de cette file active dans les maternités au cours des années à venir (19). On compte aujourd'hui 150 à 300 000 toxicomanes aux opiacés en France dont un quart sont des femmes en âge de procréer pour la plupart (16, 32). Les grossesses de ces femmes sont des grossesses à risque, avec les complications médico-psycho-sociales bien connues de la toxicomanie, auxquelles s'ajoutent les risques obstétricaux et néonataux liés à l'usage des drogues (3, 10, 18, 23). La politique de réduction des risques et la mise à disposition des traitements de substitution aux opiacés (TSO) en France, depuis 20 ans, a profondément modifié la prise en charge et amélioré le pronostic obstétrical et néonatal de ces grossesses (3, 11, 18, 21- 28). Le lien entre précarité sociale, mauvais suivi de grossesse et survenue de complications périnatales est bien démontré dans la littérature depuis plusieurs décennies (34). La grossesse chez une femme toxicomane apparaît comme un moment privilégié pour mettre en place ou renforcer une prise en charge multidisciplinaire (3, 21-23, 25-28). Le suivi obstétrical permet de réduire le risque de complications périnatales (risque infectieux, de prématurité, d'hypotrophie, de séparation mère-enfant précoce) (3, 11, 18, 21-23, 25-28).

L'objectif de notre étude a été d'identifier les facteurs associés à un bon suivi obstétrical et à un bon pronostic périnatal, à partir de l'analyse des données des patientes suivies dans notre maternité de type 3 sur une période de 3 ans, afin d'adapter le protocole existant de prise en charge de ces grossesses.

Matériels et Méthodes

Recueil de données

L'étude était rétrospective, réalisée à partir des dossiers obstétricaux et pédiatriques associés, de femmes ayant accouché à la maternité du CHRU de Nancy (maternité de type 3) entre janvier 2012 et décembre 2014. Après autorisation d'exploitation des données du PMSI par les chefs de services correspondants, une liste nominative des patientes et des nouveau-nés nous a été fournie par le médecin responsable du département d'information médicale. Le recueil des données a été réalisé de façon anonyme sur grille de recueil papier, puis retranscrit sur tableur Excel pour les analyses statistiques. La recherche a fait l'objet d'une inscription au registre CNIL (R2017-07), ainsi que d'une demande d'avis au comité d'éthique du CHRU de Nancy. Aucune patiente ne s'est opposée à l'utilisation et à la transmission, à des fins de recherche dans le domaine de la santé, des informations administratives et médicales la concernant. De fait, nous n'avons ni refus de participation à l'étude ni perdue de vue.

Toutes les femmes enceintes avec une toxicomanie aux opiacés, avec ou sans TSO, avec ou sans consommation d'opiacés licites ou illicites, quel que soit le terme d'accouchement, au-delà du seuil de viabilité de 22 SA, ont été incluses.

Les critères de non-inclusion étaient toutes toxicomanies autres (cannabis, ecstasy et amphétamines, cocaïne, médicaments tels que les benzodiazépines) sans consommation d'opiacés, ni prise de TSO.

Le recueil des données a été réalisé à partir des dossiers obstétricaux. Dossiers utilisés en routine à la maternité de Nancy, complétés par le personnel soignant en charge de la patiente au cours de sa grossesse (consultations de suivi, consultations aux urgences, hospitalisation anténatale le cas échéant, staff parentalité, séjour d'accouchement en post partum) à partir des données déclarées par la patiente, des comptes rendus médicaux d'hospitalisation et de suivi, les ordonnances de traitement habituel (dont le TSO). Les items de consommation « Tabac », « Alcool », et « Toxicomanie » font partie des habitudes de la patiente à renseigner dans le dossier obstétrical.

Les données recueillies portaient sur des critères sociodémographiques maternels mais concernaient aussi le conjoint et l'entourage familial si présents. Les données médicales ont été relevées dans les dossiers obstétricaux, concernant la toxicomanie, la substitution si présente, les consommations associées. Les comorbidités ont également été recherchées. De

nombreuses variables caractérisant les périodes anténatales, per- et post-partum ont été colligées dans la grille de recueil. Enfin les caractéristiques néonatales classiques (telles que les mensurations, l'Apgar ou le pH à la naissance...) mais aussi plus spécifiques (comme la recherche de toxiques urinaires, la présence d'un syndrome de sevrage, ou la durée d'hospitalisation...) ont été renseignées à partir des dossiers néonataux. Les résultats des recherches de toxiques urinaires ont été collectés directement au laboratoire de Pharmacologie-Toxicologie. Le diagnostic de comorbidité psychiatrique a été réalisé selon la classification internationale des maladies (CIM-10). Le score TMSP (Toxicomanie, suivi Médical, Socio-personnel et suivi Psychiatrique) a été calculé pour chaque patiente, permettant une identification plus précise selon leurs profils de toxicomanie (axe 1), d'insertion sociale (axe 2), de suivi médical (axe 3), et de psychiatrie (axe 4). Chaque axe est coté 1, 2 ou 5 selon la gravité. Le score TMSP est défini comme étant la somme de ces 4 axes, conférant aux patientes un score total allant de 4 à 20, définissant 4 stades de gravité croissante (de A (faible gravité) à D (forte gravité)). (35) (Annexe 3)

Dans un premier temps, afin d'identifier les facteurs associés à un bon suivi obstétrical observé, nous avons comparé les caractéristiques des patientes entre deux groupes : « bon suivi » et « mauvais suivi ». Un bon suivi obstétrical observé a été défini comme un diagnostic précoce avant 15 semaines d'aménorrhée (SA), 3 échographies minimum et 7 consultations prénatales minimum.

Nous avons cherché dans un deuxième temps à mettre en évidence les facteurs associés à un bon pronostic périnatal en analysant les données des deux groupes : « bon pronostic périnatal » et « mauvais pronostic périnatal ». Un bon pronostic périnatal a été défini comme étant une naissance à terme (≥ 37 SA), sans pathologie néonatale, un nouveau-né eutrophe et une sortie à domicile avec sa mère.

Les données manquantes sont représentées par les informations non renseignées dans les dossiers consultés et concernent essentiellement les données caractérisant l'entourage familial de la patiente, le nombre de consultations anténatales et l'analyse des toxiques urinaires en anténatal (du fait d'un suivi en partie extérieur à la maternité de Nancy pour certaines patientes).

Analyse statistique

Les résultats ont été présentés sous forme d'effectifs et de pourcentages pour les variables qualitatives, de moyennes et d'écart-types pour les variables quantitatives. Des tests du chi-deux de Pearson (ou de Fisher exact) pour comparer les variables qualitatives et tests T de Student pour les variables quantitatives ont été effectués. Afin d'identifier les facteurs associés à un bon suivi obstétrical observé d'une part, à un bon pronostic périnatal d'autre part, des analyses de régression logistique bivariées puis multivariées ont été utilisées. La méthode de sélection des variables Stepwise a été utilisée avec un seuil d'entrée dans le modèle à 0,20 et un seuil de sortie à 0,05. Aucune variable n'a été contrainte dans les modèles. Le seuil de significativité des tests a été fixé à 5%. Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS version 9.4 (SAS Institute, Inc, Cary, N.C.).

Résultats

Population de l'étude

La période d'étude a permis d'inclure 104 femmes, ayant donné naissance à la maternité de Nancy à 104 nouveau-nés, sur une durée de trois ans. Soit une incidence de 1,05%.

Les femmes de notre cohorte étaient âgées en moyenne de 29,1 +/- 4,7 ans au moment de l'accouchement. Les critères de vulnérabilité sociale ont été recherchés. Elles étaient 64% à vivre en couple, 79% à avoir un logement personnel, 27% à exercer une activité professionnelle et 98% à bénéficier d'une couverture sociale en début de grossesse.

Quatre-vingt-dix-huit pourcents des patientes avaient une toxicomanie substituée en fin de grossesse, avec un TSO antérieur à la grossesse pour 86,5% d'entre elles. La substitution était prescrite par le médecin traitant dans 77,4% des cas. Soixante-cinq pourcents des patientes étaient sous méthadone (MTD), avec une posologie inférieure à 75mg/j dans 77% des cas, et 35% sous buprénorphine (BHD), avec une posologie inférieure à 8mg/j dans 75% des cas. Deux tiers des patientes ont conservé la même posologie tout au long de la grossesse, seuls 29% d'entre elles ont vu leur dose journalière augmentée. Les consommations associées au TSO étaient importantes et fréquentes, avec en moyenne 3,3 produits différents associés au TSO avant la grossesse contre 2,8 pendant la grossesse. La consommation de tabac était retrouvée chez toutes les patientes incluses.

Les comorbidités infectieuses étaient marquées par une sérologie VHC positive chez 9,6% des patientes, avec une hépatite C active pour 3,8% d'entre elles. Nous n'avons pas retrouvé de co-infection VIH, VHB, syphilis. Les comorbidités psychiatriques les plus fréquentes étaient des troubles de l'humeur (36,6%), de l'alimentation (9,6%), des troubles psychotiques (3,8%). Par ailleurs, ont été relevés dans les antécédents des patientes, une tentative de suicide pour 14,5%, une histoire personnelle marquée de violences et de maltraitements pour 12,5% d'entre elles.

Les caractéristiques obstétricales et néonatales sont rapportées dans le tableau 1.

A la sortie de la maternité, il n'y a pas eu de séparation mère-enfant dans 93% des cas (un retour à domicile pour 87%, et une sortie en centre maternel pour 6%). Un placement a été réalisé pour 7% des nouveau-nés. Au total, des mesures administratives et judiciaires ont été prises dans 16% des cas (information préoccupante, signalement judiciaire conduisant à une AEMO (action éducative en milieu ouvert) ou à un placement).

Tableau 2. Caractéristiques obstétricales et néonatales.

	n (%) ou μ +/- ET
Contraception précédant la grossesse	20/104 (19,23%)
Gestité	3,16 +/- 2,42
Parité	1,03 +/- 1,27
Grossesse non désirée	48/104 (46,15%)
Diagnostic précoce < 15SA	74/104 (71,15%)
Nombre d'échographies ≥ 3	88/104 (84,61%)
Nombre de consultations ≥ 7	43/86 (50,00%)
Hospitalisation anténatale	63/104 (60,58%)
Accouchement Voie Basse	79/104 (75,96%)
Instrumental	19/104 (18,27%)
Césarienne	25/104 (24%)
En urgence	22/104 (21,15%)
Analgésie	90/104 (86,54%)
Prématurité	29/104 (27,88%)
Hypotrophie	41/104 (39,42%)
Syndrome de sevrage néonatal	43/100 (43,00%)
Mortinatalité	3/104 (2,88%)
Mortalité néonatale	1/104 (0,96%)

Suivi obstétrical

Les deux groupes « mauvais suivi » et « bon suivi » étaient comparables pour les caractéristiques sociodémographiques, les comorbidités, la gestité et la parité. Il n'était également pas retrouvé de différences significatives concernant la nature du TSO ou son mésusage, les consommations associées déclarées avant et durant la grossesse.

Près d'un tiers de la population de l'étude a observé un bon suivi obstétrical, tel que nous l'avons défini. (Tableau 2)

Tableau 3. Caractéristiques selon la qualité du suivi obstétrical observé.

		Mauvais suivi (N=70) n (%) ou μ +/- ET	Bon suivi (N=34) n (%) ou μ +/- ET	P
Nature du TSO	MTD	46/70 (65,7%)	19/31 (61,3%)	0,6723
	BHD	24/70 (34,3%)	12/31 (38,7%)	
Présence du père		45/70 (64,3%)	28/32 (87,5%)	0,0182
Investissement du père		38/69 (55,1%)	27/32 (84,4%)	0,0041
Grossesse souhaitée		29/69 (42,0%)	26/34 (76,5%)	0,0015
1^{ère} consultation avec SF Tox		25/67 (37,3%)	20/34 (58,8%)	0,0626
Suivi par SF Tox + GO		20/67 (29,9%)	19/34 (55,9%)	0,0171
Terme < 37SA		25/70 (35,7%)	4/34 (11,8%)	0,0103
Poids de Naissance		2443,4 +/- 742,2	2738,3 +/- 494,6	0,0383
Réanimation en SDN		8/66 (12,1%)	1/34 (2,9%)	0,1612
Allaitement artificiel		42/66 (63,6%)	12/34 (35,3%)	0,0108
Retour à domicile avec leur enfant sans mesure		53/70 (75,7%)	33/34 (97,1%)	0,0057
Contraception à la sortie de la maternité		49/70 (70,0%)	31/34 (91,2%)	0,0428
SF libérale à la sortie		19/65 (29,2%)	17/34 (50,0%)	0,0498
Stade TMSP : B ou C		13/70 (18,6%)	1/34 (2,9%)	0,0838
Axe M	1	30/70 (42,9%)	33/34 (97,1%)	<0,0001
	2	36/70 (51,4%)	1/34 (2,9%)	
	5	4/70 (5,7%)	0/34 (0,0%)	

Dans le groupe « mauvais suivi », on retrouvait une première consultation avant 15 SA dans 57,1% des cas, un nombre de consultations prénatales ≥ 7 dans 17,3% des cas et un nombre d'échographies ≥ 3 dans 79,4% des cas.

En analyse bivariée, les facteurs associés à un « bon » suivi obstétrical observé étaient :

- Le caractère souhaité de la grossesse : OR = 4,5 [1,8-11,3], p = 0,0008
- La présence du père : OR = 3,9 [1,2-12,4], p = 0,0113
- L'investissement du père dans la grossesse : OR = 4,4 [1,5-12,8], p = 0,0029
- Un terme ≥ 37 SA : OR = 4,2 [1,3-13,2], p = 0,0072
- Des mesures administratives et judiciaires prises à la sortie du nouveau-né (signalement, sortie en centre maternel, placement) : OR = 0,10 [0-0,7], p = 0,0024

En analyse multivariée, aucun facteur associé au bon suivi obstétrical n'a été mis en évidence.

Pronostic périnatal

Les deux groupes « mauvais pronostic » et « bon pronostic » étaient comparables pour les caractéristiques sociodémographiques, les comorbidités, la gestité et la parité. Il n'y avait également pas de différences significatives concernant la nature du TSO.

Près d'un tiers des nouveau-nés avaient un « bon » pronostic périnatal tel que nous l'avions défini. (Tableau 3)

En analyse bivariée, les facteurs associés à un « bon » pronostic périnatal étaient :

- Des consommations associées < 3 durant la grossesse : OR = 2,6 [1,1-6,2], p = 0,0281
- Une recherche de toxiques urinaires négative à l'entrée en salle de naissance : OR = 2,9 [1,1-7,8], p = 0,0307

En analyse multivariée, aucun facteur associé au bon suivi obstétrical n'a été mis en évidence.

Tableau 4. Caractéristiques selon le pronostic périnatal

	Mauvais pronostic (N=73) n (%) ou μ +/- ET	Bon pronostic (N=31) n (%) ou μ +/- ET	P
Age de la mère	29,7 +/- 4,7	27,6 +/- 4,4	0,0336
Age de début de consommation	19,9 +/-4,2	22,8+/-5,5	0,1151
Nature des TSO	MTD 41/67 (61,2%)	24/34 (70,6%)	0,3566
	BHD 26/67 (38,8%)	10/34 (29,4%)	
Consommations associées durant la grossesse ≥ 3	43/73 (58,9%)	11/31 (35,5%)	0,0337
Consommation d'alcool durant la grossesse	36/73 (49,3%)	9/31 (29,0%)	0,0828
Recherche de toxiques urinaires positive à d'autres substances que le TSO en anténatal	41/55 (74,5%)	13/26 (50,0%)	0,0429
Recherche de toxiques urinaires positive à d'autres substances que le TSO à l'entrée en SDN	47/69 (68,1%)	15/31 (48,4%)	0,0760
Réanimation en salle de naissance	9/69 (13,0%)	0/31 (0,0%)	0,0536
Diminution de consommations associées (avant – durant la grossesse)	24/73 (32,9%)	18/31 (58,1%)	0,0247

Discussion

Notre étude a permis de mettre en évidence l'importance du caractère souhaité de la grossesse, de la présence et de l'investissement du père dans la qualité du suivi obstétrical observé, garant d'un accouchement à terme et d'une sortie de la maternité à domicile sans séparation mère-enfant plus fréquents. Elle a également confirmé que le pronostic périnatal était lié à des consommations moindres au cours de la grossesse, confirmées par une recherche de toxiques urinaires négative à l'entrée en salle de naissance.

Population de l'étude

La période d'étude a permis d'identifier 104 patientes présentant une toxicomanie aux opiacés. C'est une des plus importantes cohortes décrites sur un seul site et une durée si limitée à notre connaissance. Cela témoigne de l'ampleur de ce problème de santé publique dans notre région, confirmant les résultats des dernières enquêtes nationales. Les 4 départements lorrains sont touchés avec des prévalences d'usagers bénéficiant d'un TSO élevées, allant de 37 à 57/10 000 habitants, conférant à la Moselle et à la Meurthe et Moselle les prévalences maximales françaises (16, 11, 15).

Les caractéristiques sociodémographiques de notre population étaient semblables à celles des cohortes de la littérature en termes de statut conjugal et de logement (21, 22, 25, 26). Mais elle paraissait mieux insérée socialement avec un niveau scolaire supérieur, une activité professionnelle plus fréquente, une couverture sociale présente chez la quasi-totalité des patientes avant la grossesse (98%). Ce qui est soutenu par un axe S du score TMSP côté à 1 pour 78,8% d'entre elles (35).

Ceci est le témoin de l'efficacité de la politique de réduction des risques menée en France ces dernières décennies, qui en améliorant l'accès aux soins et la disponibilité des TSO, a permis une diminution des conséquences médico-psycho-sociales de la toxicomanie et la conservation d'une insertion socio-professionnelle.

Notre population était plus largement substituée que celles des études similaires que ce soit avant ou en fin de grossesse, avec la particularité d'un ratio français « 2BHD/1MTD » inversé, malgré une prescription du TSO assurée par le médecin traitant dans 78% des cas (16, 21, 22, 25-28). Ce fort taux de substitution reflète l'amélioration de la disponibilité des

TSO. D'après les enquêtes récentes sur la diffusion des TSO, la Lorraine apparaît comme une région où la BHD mais aussi la MTD y sont plus accessibles qu'ailleurs. (16, 11, 15) De plus, notre population était urbaine à près de 90% (Nancy ou proche couronne), donc avec un accès facilité aux centres de primo-prescription de MTD par rapport aux zones rurales. Enfin, jusqu'en 2005, la BHD n'avait pas l'autorisation de mise sur le marché (AMM) chez la femme enceinte. Il nous paraît plausible qu'une instauration préférentielle de MTD ait été réalisée par retard de changement des pratiques chez des femmes jeunes, en âge de procréer et explique la substitution par MTD majoritaire dans notre population.

Les posologies moyennes des TSO étaient faibles avec pour trois quarts des patientes des doses journalières inférieures à 8mg de BHD ou à 75 mg de MTD. Les deux tiers des patientes n'ont pas vu leur posologie modifiée même en fin de grossesse, ce qui explique au moins partiellement des consommations associées au TSO fréquentes et importantes, ainsi qu'un score de gravité de la toxicomanie avec un axe T côté à 2 dans 77,9% des cas.

Suivi obstétrical

Nos résultats concernant la qualité du suivi obstétrical (1^{ère} consultation précoce, nombre de consultations prénatales, et nombre d'échographies) étaient cohérents avec ceux retrouvés dans l'enquête nationale du Groupe d'études grossesse et addiction (GEGA) (21) et bien en deçà de ceux observés en population générale (34).

Un « bon » suivi obstétrical, tel que nous l'avons défini, a été observé par 32,7% des patientes. Taux très inférieur à celui observé dans d'autres cohortes (27, 28), avec moins de 7 consultations prénatales pour la majorité des patientes ayant un « mauvais » suivi obstétrical. Ceci a conforté notre volonté d'adapter le protocole de prise en charge de ces grossesses afin d'optimiser l'adhésion au suivi.

Il était important de rechercher les facteurs associés à un « bon » suivi obstétrical, garant d'une réduction des complications telles que les naissances prématurées, l'hypotrophie, les mesures administratives et judiciaires prises à la sortie de la maternité, un retour à domicile de la dyade « mère-enfant » avec une meilleure acceptation de l'étayage en post-partum (21, 22, 25-28). La compliance au suivi en maternité favorise l'établissement de liens durables d'accompagnement dans la petite enfance et est liée à l'état de santé des enfants à 5 ans (36).

Les facteurs associés retrouvés étaient le caractère souhaité de la grossesse, un père plus présent et plus investi dans la grossesse.

Le premier facteur paraît évident, mais il est pourtant fondamental à souligner dans cette population où les taux de grossesse non désirée sont très élevés (3, 21, 25). La présence et l'investissement du père dans la grossesse semblent retrouvés dans les cohortes de la littérature ayant les meilleurs résultats (27, 28).

Pronostic périnatal

Près de 30% de notre population appartenaient au groupe « bon pronostic périnatal ». Les mères de ce groupe étaient significativement plus jeunes de 2 ans. L'hypothèse d'une durée de toxicomanie plus courte avec mise en place rapide d'un TSO et une toxicomanie moins sévère en découlant, a été confirmée par un début de consommation retrouvé plus tardif chez ces femmes. Les consommations associées au TSO étaient significativement moins importantes, confirmées par des toxiques urinaires en anténatal et à l'entrée en salle de naissance moins souvent positifs à d'autres substances que le TSO. Pour plus de la moitié, ces femmes avaient diminué leurs consommations associées au cours de la grossesse, fait retrouvé dans d'autres études avec souvent un remplacement des drogues illégales par des psychotropes légaux (28). La consommation d'alcool, dont l'effet toxicologique direct est bien connu, était plus rare dans ce groupe. L'effet de la consommation de tabac a été impossible à identifier sur notre population car présente chez 100% des patientes, empêchant toute analyse sur les effets du tabac.

Peu d'études dans la littérature cherchent à mettre en évidence des facteurs associés à un bon suivi obstétrical ou à un bon pronostic périnatal chez les femmes toxicomanes aux opiacés. De nombreux articles rapportent une évaluation des pratiques professionnelles, quant à la prise en charge spécialisée mise en place et les résultats obstétricaux et néonataux obtenus (21, 22, 25-28). La mise à disposition des TSO, accompagnée d'une prise en charge globale et multidisciplinaire a permis une amélioration considérable du suivi obstétrical et des données périnatales.

On peut regretter un manque de données récentes, avec une littérature marquée par de nombreuses études datant de plus de 10 ans. Or si l'avènement des TSO a modifié profondément le pronostic de ces grossesses grâce à une prise en charge globale, médico-

psycho-sociale, nous devons prendre en compte l'évolution cette population dont l'incidence ne cesse d'augmenter, marquée par une polyconsommation de plus en plus fréquente et importante, et nous adapter (16, 30, 32, 33).

Propositions d'adaptation de la prise en charge

Le protocole de prise en charge des femmes enceintes toxicodépendantes et de leurs nouveau-nés en vigueur à la maternité régionale universitaire de Nancy depuis avril 2011 reprend les objectifs fondamentaux d'accueil et de prise en charge sans jugement de ces grossesses à risque, avec la nécessité d'un travail cohérent et coordonné en réseau avec une continuité des soins entre l'anté- et le post-natal. Il stipule un suivi régulier avec des consultations tous les 15j/21j et une consultation avec la sage-femme référente en toxicomanie la plus précoce possible, une prise en charge multidisciplinaire (assistante sociale, psychiatre, pédiatre, anesthésiste, soutien relationnel à domicile...) et une hospitalisation systématique en Unité Kangourou en post-natal. Cette procédure de prise en charge est optimale mais peu suivie (un tiers des patientes de l'étude avec un « bon suivi obstétrical »). Partant de l'observation que la multiplication des rendez-vous en diminue l'observance chez tout patient, ce qui est encore plus vrai dans cette population, la proposition est de maintenir un suivi obstétrical lourd tout en optimisant l'adhérence par l'introduction d'une hospitalisation de jour, de durée réduite sur une demi-journée, en alternance avec une consultation prénatale classique, tous les 15 jours. Cette hospitalisation permettrait une prise en charge globale, médico-psycho-sociale de la patiente, en faisant graviter autour d'elle tous les intervenants susceptibles de lui être nécessaire (sans interférer avec le réseau de professionnels déjà en place). La participation du père à ce suivi est à favoriser afin de promouvoir son investissement dans la grossesse, facteur de bon suivi obstétrical dans notre étude mais aussi de retour à domicile de la mère et de son enfant (28).

L'autre proposition d'adaptation concerne l'accès aux soins des femmes toxicomanes. Une contraception précédant la grossesse était retrouvée chez seulement 20 femmes de l'étude (contre 97,1% des femmes en population générale) (34). La grossesse n'était pas souhaitée dans la moitié des cas, donnée retrouvée dans d'autres études (3, 21, 25), rappelant le manque de suivi gynécologique de ces femmes, la difficulté d'accès aux soins soulignée dans les dernières enquêtes de l'OFDT (12). La prescription systématique d'une contraception à l'instauration d'un TSO, la création d'une plage de consultation dans les CSAPA avec sage-

femme et gynécologue, et de structures avec accès simplifié (sans rendez-vous) menant des actions de réduction des risques et des dommages spécifiques aux femmes (information, éducation, dépistage MST, contraception, distribution de préservatifs...) permettraient des grossesses désirées plus fréquentes, et donc mieux suivies.

Enfin une réévaluation plus fréquente du TSO au cours de la grossesse (utilisation du score TMSP), avec adaptation de la posologie notamment une majoration de la dose journalière en fin de grossesse si besoin, paraît nécessaire pour lutter contre des polyconsommations associées qui anéantissent les effets bénéfiques de la substitution. Devant l'amélioration de la prise en charge de ces grossesses permise par la politique de réduction des risques et l'avènement des TSO, certains auteurs n'hésitaient pas à considérer que seules les conditions sociales défavorables étaient véritablement déterminantes de mauvais résultats en termes de prématurité, de décès infantiles et de grossesse mal suivie. Les consommations ont évolué, avec des polyconsommations de plus en plus fréquentes et importantes, qui altèrent le pronostic périnatal dans notre population paraissant pourtant bien insérée socialement (26).

Limites de l'étude

Les limites de notre étude sont sa nature rétrospective et unicentrique. En effet, l'étude a été menée dans la seule maternité de type 3 de Lorraine, avec une population hétérogène, composée de femmes ayant un suivi exclusif à la maternité de Nancy et d'autres ayant un suivi mixte (externe et maternité de Nancy) avec pour la majorité un transfert réalisé pour prise en charge néonatale. Le caractère déclaratif des données de consommation recueillies est également un point faible même si notre étude a l'avantage d'avoir conforté ces données par l'analyse des toxiques urinaires. Il serait intéressant de vérifier si les facteurs associés qui ressortent de notre étude sont retrouvés dans d'autres centres hospitaliers.

Conclusion

La grossesse chez une femme toxicomane est une grossesse à risque, dont la prise en charge n'a cessé de s'améliorer ces vingt dernières années, mais reste optimisable. Notre étude a retrouvé que le caractère souhaité de la grossesse, la présence et l'investissement du père étaient des facteurs prédictifs d'un bon suivi obstétrical. Bon suivi, qui permettait un accouchement à terme quatre fois plus souvent et des mesures prises à la sortie du nouveau-né de la maternité dix fois moins fréquentes. Elle a également montré que des faibles consommations associées au TSO étaient gages d'un bon pronostic périnatal.

Il serait intéressant de mener ce travail dans d'autres centres hospitaliers et d'évaluer la pertinence de nos résultats.

III/ Conclusion et Perspectives

Notre étude a permis de mettre en évidence l'importance du caractère souhaité de la grossesse, de la présence et de l'investissement du père dans la qualité du suivi obstétrical observé, garant d'un accouchement à terme et d'une sortie de la maternité à domicile sans séparation mère-enfant plus fréquents. Elle a également confirmé que le pronostic périnatal était lié à des consommations moindres au cours de la grossesse, confirmées par une recherche de toxiques urinaires négative à l'entrée en salle de naissance.

Notre population apparaissait comparable à celle des études existantes, même si des spécificités notables ont été mises en évidence. Elle semblait mieux intégrée socialement, peu marquée par des comorbidités infectieuses que l'on aurait pu craindre. Nos patientes avaient une toxicomanie plus sévère malgré un score TMSP global semblable aux autres cohortes. Toxicomanie marquée par une polyconsommation fréquente, avec des consommations associées importantes. Le TSO majoritairement retrouvé était la MTD avec un ratio inverse à celui observé en France, dans la région et même dans le département.

Au niveau du suivi obstétrical, le diagnostic de grossesse était précoce dans la majorité des cas, le nombre d'échographies était très satisfaisant, mais le nombre de consultations prénatales était lui faible, confortant l'idée d'une adaptation du protocole de prise en charge basée sur une HDJ en alternance avec une consultation prénatale classique dans le but de favoriser l'adhésion des patientes au suivi obstétrical lourd pour ces grossesses à risques.

Au niveau néonatal, les données paraissaient en deçà de celles observées dans la littérature, avec un taux de prématurité plus important, des biométries en conséquence inférieures, une durée d'hospitalisation plus longue. Pour autant, le devenir des nouveau-nés à la sortie de la maternité était semblable à celui observé dans d'autres études, avec un retour à domicile avec la mère dans plus de 90% des cas.

Les comparaisons réalisées l'ont été avec des cohortes plus anciennes de 10 ans, ce qui peut expliquer certaines différences obtenues. Il serait pertinent de confronter nos résultats à ceux de cohortes plus récentes. De même, une nouvelle enquête nationale comme celle menée par le GEGA pour l'OFDT en 2003 serait intéressante.

Ces résultats nous semblent cependant utiles pour une adaptation de la prise en charge de ces patientes, en mettant l'accent sur l'amélioration de l'accès aux soins gynécologiques, sur une proposition de contraception dès l'instauration d'un TSO chez les jeunes femmes, sur un travail en partenariat avec les CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) et les médecins généralistes, principaux prescripteurs.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) FFA et ANAES. Conférence de consensus : stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution - 23 et 24 juin 2004, Texte des recommandations, Saint-Denis, FFA, 2004, 39 pages.
- 2) Brisacier A.C. Tableau de bord TSO 2018, Saint-Denis, OFDT, 2018, 17 p. Disponible sur <http://www.ofdt.fr>
- 3) Courty P, Nacache L. Perinatalité in the context of addictions. *Presse Méd.* 2012;41(12):1241-7.
- 4) Académie Nationale de Pharmacie. Bilan des politiques publiques en matière de substitution aux opiacés. Janvier 2009
- 5) <http://www.ofdt.fr/glossaire/>
- 6) Goodman A. Addiction: definition and implications. *British Journal of Addiction.* 1990;85: 1403-1408.
- 7) Blaise M, Rossé E. Monsieur Drogue. Claude Olievenstein, trente ans d'interventions médiatiques, *Psychotropes*, 2011;1 (17) : 57-82.
- 8) Olievenstein C. Il n'y a pas de drogués heureux, Paris, Laffont, 1977, 328p.
- 9) Beck F, Legleye S, Spilka S. Polyconsommation : une pratique peu répandue en population générale. *Baromètre santé 2005 : Attitudes et comportements de santé*, Editions Inpes, pp.228-238, 2007.
- 10) Touzeau D, Courty P. Opiates, harm reduction and polysubstance abuse. *Presse Med.* 2012;41(12):1192-200.
- 11) Robinet S, Wilquin M. 20 ans de traitement de substitution opiacée. *Le Flyer*, 2016;62:4-7 [en ligne]. Disponible sur <http://www.rvh-synergie.org>
- 12) <http://www.meddispar.fr/>
- 13) <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>
- 14) Conseil National de l'Ordre des Médecins, Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. Recommandations ordinales : prescription et dispensation des médicaments de substitution aux opiacés. Paris, 2017. 22p. Disponible sur <http://www.ordre.pharmacien.fr>
- 15) Wilquin M, Robinet S. Analyse de la répartition par département des patients recevant un traitement par BHD (Subutex® et ses génériques) et par méthadone en 2011. *Le Flyer*, 2012;46:4-15. Disponible sur <http://www.rvh-synergie.org>
- 16) Brisacier A-C, Collin C. Les traitements de substitution aux opiacés en France : données récentes. *Tendances* n° 94, 2014 [en ligne]. Disponible sur <http://www.ofdt.fr>

- 17) RECAP 2012. Tableaux statistiques. OFDT [en ligne]. Disponible sur <http://www.ofdt.fr>
- 18) Whittaker A. Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. Paris : Respadd, 2013 [en ligne]. Disponible sur <http://www.respadd.org>
- 19) INSERM. Usage des drogues en France et principaux dommages associés. In : Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Expertise Collective. Paris : INSERM Editions, 2010, p29-55. Disponible sur <http://hdl.handle.net/10608/87>
- 20) Nacache L, Cherrih B, Darreye A, Lejeune C. Méthadone et Grossesse, Revue de la littérature et données récentes. Le Flyer N°36, Mai 2009
- 21) Lejeune C, Simmat-Durand L, Aubisson S, Gourarier L, Piquet M. Grossesse et Substitution. Enquête sur les femmes enceintes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et caractéristiques de leurs nouveau-nés. OFDT, 2003 [en ligne]. Disponible sur <http://www.ofdt.fr>
- 22) Lejeune C. Spécificités de prise en charge de certaines populations. Femmes enceintes toxicomanes et périnatalité. *Alcoologie et Addictologie*. 2007;29(4):443-448.
- 23) Franchitto MC, Peyrefort E, Tellier G. Toxicomanie, femmes enceintes et maternité : une nécessaire évolution de la prise en charge. *Revue documentaire Toxibase*, 2000, 2:1-12 [en ligne]. Disponible sur <http://www.toxibase.org>
- 24) Simmat-Durand L, Miossec E, Toutain S, Vellut N, Lejeune C. Pregnancy and poly-drug use: changes in patient population and care, 1999-2008. *Sante Publique*, 2011;23(3):231-46.
- 25) Lejeune C, Genest L, Miossec E, Simonpoli A-M, Simmat-Durand L. Retrospective analysis of neonatal data in a monocentric cohort of 170 newborns of polydrug-using mothers, Île-de-France, 1999-2008. *Arch Pediatr*. 2013;20(2):146-55.
- 26) Brulet C, Chanal C, Ravel P, Mazurier E, Boulot P, Faucherre V. Multidisciplinary monitoring and psychosocial support reduce complications of opiate dependence in pregnant women: 114 pregnancies. *Presse Med*. 2007;36(11):1571-80.
- 27) Chanal C, Toubin R-M, Benos P, Mazurier E, Misraoui M, et al. Prise en charge des femmes enceintes toxicomanes au CHU de Montpellier : résultats périnataux et psycho-sociaux. *La Lettre du Gynécologue*, 2001, (265), 40-43.

- 28) Michel N, Riviere M, Le Bot N. Drug addiction in the pregnant woman. Specialised care at Port-Royal between 1998 and 2007. *La Revue Sage-Femme*. 2008;7(6):289-94.
- 29) Circulaire DGS/SP3/95 N°29 du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants des opiacés.
- 30) Lamy S, Thibaut F. Psychoactive substance use during pregnancy: a review. *Encéphale* 2010;36(1):33-8.
- 31) Dumas A, Lejeune C, Simmat-Durand L, Crenn-Hebert C, Mandelbrot L. Pregnancy and psychoactives substances: prevalence study based on the declared consumption. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2008;37(8):770-8.
- 32) Beck F, Richard J-B, Guignard R, Le Nézet O, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2014. *Tendances* n° 99, 2015 [en ligne]. Disponible sur <http://www.ofdt.fr>
- 33) Beck F. Drogues, Chiffres clés 2015, 6ème édition [en ligne]. Disponible sur <http://www.ofdt.fr>
- 34) Azria E. Social inequalities in perinatal health. *Arch Pediatr*. 2015;22(10):1078-85.
- 35) Lowenstein W, Gourarier L, Coppel A, Lebeau B, Hefez S. *La Méthadone et les traitements de substitution*. Paris : Doin, 1995.
- 36) Roy J, Toubin R-M, Mazurier E, Chanal C, Misraoui M, Brulet C, Molenat F. Devenir à 5 ans des enfants de mères dépendantes aux opiacés : effets d'un suivi multidisciplinaire pendant la grossesse. *Arch Pediatr*. 2011;18:1130-1138.

ANNEXES

Annexe 1. Grille de recueil de données.

Données sociodémographiques :

- **Mère**
 - Age au moment de l'accouchement : _ _ _ (en années)
 - Statut marital :
 - Célibataire
 - Mariée/pacsée
 - Concubinage
 - Séparée du père (absent, prison, divorce...)
 - Logement :
 - Personnel
 - Hébergée (famille, tiers)
 - Foyer/institution
 - SDF/squat
 - Autre
 - Distance par rapport à Nancy :
 - Nancy
 - Couronne < 30km
 - > 30km
 - Niveau d'étude :
 - Primaire
 - Secondaire
 - Supérieur
 - Ressources financières :
 - Activité professionnelle
 - Chômage
 - RSA, aides et allocations
 - Aucune
 - Autre
 - Couverture sociale :
 - Sécurité sociale
 - Mutuelle
 - CMU
 - AME
 - Aucune
 - Séjour en prison : oui non (+ cause : _ _ _)
- **Père**
 - Présence : oui non
 - Investissement actif dans la grossesse : oui non
 - Consommation :

- Toxicomanie active
- Toxicomanie substituée
- Toxicomanie substituée avec consommation illicite
- Non consommateur
- Conduites délinquantes : oui non ; prison : oui non (+ cause : __ __)
- Ressources financières :
 - Activité professionnelle
 - Chômage
 - RSA, aides et allocations
 - Aucune
 - Autre
- Violences conjugales : oui non
- **Entourage familial (grands parents maternels, paternels, autres...)**
 - Présent : oui non
 - Avisé de la toxicomanie : oui non
 - Soutenant : oui non

Données médicales :

- **Addictologiques :**
 - Age de début de consommation : __ __ (en années)
 - Prise de substances (drogues licites et illicites) avant la grossesse :
 - Héroïne (IV, Sniff...)
 - Cocaïne
 - Ecstasy/amphétamines
 - Cannabis
 - Alcool
 - Tabac
 - Médicaments (Benzodiazépines et apparentés, barbituriques, codéine...) : __ __
 - Automédication
 - Sur prescription
 - Consommation (drogues licites et illicites) durant la grossesse :
 - Héroïne (IV, Sniff...)
 - Cocaïne
 - Ecstasy/amphétamines
 - Cannabis
 - Alcool
 - Tabac
 - Médicaments (Benzodiazépines et apparentés, barbituriques, codéine...) : __ __
 - Automédication

- Sur prescription
- Substitution :
 - Date de début :
 - Avant la grossesse
 - 1^{er} trimestre
 - 2^{ème} trimestre
 - 3^{ème} trimestre
 - Nature :
 - Méthadone
 - Buprénorphine Haut Dosage
 - Sulfate de morphine
 - Autre : _ _ _
 - Posologie :
 - En début de grossesse : _ _ _
 - En fin de grossesse : _ _ _
 - Nombre de prises journalières : _ _ _
 - Prescription :
 - Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)
 - Médecin Généraliste
 - Hôpital
 - Autre
 - Notion de mésusage : oui non (+ type : _ _ _)
- Score TMSP (score de gravité de la toxicomanie maternelle): total : _ _ /20

Toxicomanie	Suivi médical	Statut socio-professionnel	Approche psychiatrique
1	1	1	1
2	2	2	2
5	5	5	5

▪ **Comorbidités**

- Somatiques/ Hépatogastro : _ _ _
- Infectieuses : VIH VHB VHC Autres : _ _ _
- Psychiatriques : _ _ _

▪ **Gynéco-Obstétriques :**

- Contraception précédant la grossesse : _ _ _
- Antécédents obstétricaux :
 - Gestité : _ _ _
 - Grossesse (s) ultérieure (s) :
 - Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)
 - Fausse Couche Spontanée (FCS)

- Mort Fœtale In Utéro (MFIU)
 - Grossesse Extra Utérine (GEU)
 - Interruption Médicale de Grossesse (IMG)
- Remarque :
- Parité : _ _ _
- Nombre d'enfants déjà eu :
 - Vivant avec la mère : _ _ _
 - Vivant avec le père : _ _ _
 - Vivant dans la famille : _ _ _
 - Placés : _ _ _
 - Mesures éducatives : _ _ _ (+ type)
 - Décédés : _ _ _ (+ cause)
 - Autre : _ _ _
- Rencontre et suivi de la grossesse :
 - Date du diagnostic de grossesse en SA : _ _ _
 - Grossesse souhaitée : oui non
 - Si accidentelle : acceptée ou non
 - Déné de grossesse : oui non
 - Age gestationnel à la 1^{ère} consultation en SA : _ _ _
 - Praticien rencontré lors de la 1^{ère} consultation : _ _ _ , pour le suivi obstétrical : _ _ _
 - Nombre de consultations prénatales : _ _ _
 - Nombre d'échographies : _ _ _
 - Nombre de rendez vous ratés : _ _ _
 - Nombre d'hospitalisations : _ _ _ durée : _ _ _ secteur : _ _ _ (+/- Hospitalisation A Domicile) motif : _ _ _
 - Pathologie gravidique : (+ date de diagnostic en SA)
 - Retard de Croissance In Utéro (RCIU) (Motif : _ _ _)
 - Menace d'Accouchement Préaturé (MAP) (Hospitalisation : _ _ _ ; Durée : _ _ _ ; Nombre : _ _ _ ; Corticothérapie : _ _ _)
 - Rupture Préaturée des Membranes (RPM)
 - Mort Fœtale In Utéro (MFIU) (Etiologie : _ _ _)
 - Autre : _ _ _
 - Recherche de toxiques urinaires réalisée en période prénatale : oui non
 - Recherche positive (A quelle substance : _ _ _)
 - Recherche négative
 - Rencontre en période prénatale avec :
 - Sage-femme référente en addicto
 - Assistante sociale
 - Psychiatre
 - Pédiatre
 - Pédopsychiatre
 - Anesthésiste

- Autre : _ _ _
 - Soutien relationnel : Sage-femme libérale, Sage-femme de PMI, HAD
 - Présentation de la situation au staff parentalité : oui non
- Accouchement
 - Déclenchement : oui non
 - Si oui, motif : _ _ _
 - Dilatation cervicale à l'admission en SDN : _ _ _
 - Recherche de toxiques urinaires à l'entrée en SDN : oui non
 - Recherche positive (A quelle substance : _ _ _)
 - Recherche négative
 - Terme en SA : _ _ _
 - Durée du travail : _ _ _ (en heures)
 - Mode d'accouchement:
 - Voie Basse non instrumentale
 - Voie Basse instrumentale (+ indication : _ _ _)
 - Césarienne en urgence (+ indication : anomalies du rythme cardiaque fœtal, stagnation de la dilatation, non engagement de la présentation, autre : _ _ _)
 - Césarienne programmée (+ indication : _ _ _)
 - Analgésie :
 - Analgésie Péridurale (APD)
 - Rachianesthésie (RA)
 - Anesthésie Générale (AG)
 - Autre
 - Aucune
 - Sexe : féminin masculin
 - Taille (TN) : _ _ _ (en cm)
 - Poids (PN) : _ _ _ (en grammes)
 - Périmètre Crânien (PCN) : _ _ _ (en cm)
 - APGAR (1,5 et 10 min) : _ _ _
 - pH au cordon : _ _ _
 - réanimation (ventilation, intubation, Massage Cardiaque Externe) en salle de naissance : oui non
- Suites de couches :
 - Rencontre avec :
 - Assistante sociale
 - Pédiopsychiatre
 - Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)
 - Protection Maternelle et Infantile (PMI)
 - Sage-femme référente en addictologie

- Autre : _ _ _
- Allaitement :
 - Artificiel
 - Maternel
 - Mixte
- Durée de séjour :
 - Mère : _ _ _ (en jours)
 - Nouveau-né : _ _ _ (en jours) dont _ _ _ (en jours) en réanimation
- Recherche de toxiques urinaires chez le nouveau-né : oui non
 - Recherche positive (A quelle substance : _ _ _)
 - Recherche négative
- Syndrome de Sevrage du Nouveau-Né (SSNN) : oui non
 - Age de début des 1ers symptômes : _ _ _ (en jours)
 - Score de Lipsitz maximal : _ _ _
 - Traitement : _ _ _
 - Service d'hospitalisation :
 - Unité Kangourou (UK)
 - Médecine Néonatale (MNN)
 - Unité de soins intensifs (USI)
 - Réanimation (Réa)
- Pathologie néonatale (SSNN exclu):
 - Aucune
 - Malformation : _ _ _
 - Autre : _ _ _ (inhalation méconiale, anoxie cérébrale, infections)
 - Décès : date : _ _ _ cause : _ _ _
- Contraception : _ _ _
- Sortie de la maternité :
 - De la mère :
 - Précoce (< 72h)
 - Classique (>72h)
 - Contre avis médical
 - Du nouveau-né
 - A domicile (+ type de logement : _ _ _)
 - Placement
 - Aide Educative en Milieu Ouvert (AEMO)
 - Confié à l'adoption
 - Décédé
 - Autre : _ _ _
 - Lien avec :

- PMI
- Sage -femme libérale à domicile
- Travailleuse familiale
- Centre Médico-Psychologique (CMP)
- CSAPA
- Médecin généraliste
- Pédiatre libéral
- Autre : _ _ _

- Consultation obstétricale du post partum honorée : oui non
- Consultations pédiatriques honorées :
 - A 1 mois : oui non
 - A 9 mois : oui non
 - Réseau RAFAEL : oui non

Annexe 2. Procédure médicale de prise en charge des patientes toxicodépendantes et de leur(s) nouveau-né(s) à la MRUN.



MATERNITE REGIONALE UNIVERSITAIRE DE NANCY

10, rue du Docteur Heydenreich – CS 74213 – 54042 NANCY Cedex – Tél. : 03.83.34.44.44. – Télécopie : 03.83.34.36.74

Code :	Versión :	Titre :	Date d'application :	Page :
DSS.402.PG.002	2	PRISE EN CHARGE DES PATIENTES TOXICO-DEPENDANTES ET DE LEUR(S) NOUVEAU-NE(S)	Avril 2011	1/8

	Rédacteur	Vérificateur	Approbateur
Fonction	Praticien Hospitalier Sage Femme diplômée en Périnatalité et Addictions	Praticien Hospitalier Responsable de filière Obstétrique	Responsable du Pôle de Gynécologie-Obstétrique et Reproduction
Nom	C. HUBERT D. ROMESTAING	O. MOREL	Pr. P. JUDLIN
Date	Avril 2011	Avril 2011	Avril 2011
Visa			

HISTORIQUE

Date	Nature des modifications
Mai 2008	Création
Février 2011	Mise à jour

Classement : Classeur "Procédures médicales"
--

I. OBJET

Cette procédure définit la prise en charge, par le personnel, des femmes enceintes dépendantes de psychotropes ou toxico-dépendantes (substituées ou non) et de leur(s) bébé(s), de la période anténatale à la période post-natale.

II. DOMAINE D'APPLICATION

Cette procédure s'applique à tout le personnel des différents secteurs de la Maternité prenant en charge des femmes enceintes ou accouchées toxicomanes et leur(s) enfant(s) : personnels soignants, sages-femmes, médecins et étudiants (médecins, sages-femmes, puéricultrices, infirmières..).

III. DOCUMENTS et REFERENCES

- Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médicaux-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L-595-1 du Code de la Santé Publique
- Score de LIPSITZ (voir en annexe n°1) : Score réalisé chez le nouveau-né afin d'évaluer l'intensité du syndrome de sevrage.



Code :	Version :	Titre :	Date d'application :	Page :
DSS.402.PG.002	2	PRISE EN CHARGE DES PATIENTES TOXICO-DEPENDANTES ET DE LEUR(S) NOUVEAU-NE(S)	Avril 2011	2/8

IV. ABREVIATIONS ET DEFINITIONS

CEIP : Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance et l'Addictovigilance

CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention de l'Addictologie

CSCT : Centre de Soins et de Consultation de Toxicomanes

GHR : Grossesse à Haut Risque

Mesure de CO : Mesure du monoxyde de Carbone

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SA : Semaine d'Aménorrhée

UFATT : Unité Fonctionnelle d'Accueil et de Traitement des Toxicomanes

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine.

Sevrage : Arrêt de la consommation de drogue chez un sujet dépendant ; ne doit pas se faire brutalement ; nécessite parfois une surveillance en hospitalisation.

Substitution aux opiacés : Remplacement de l'héroïne par une prescription médicale d'opiacés de substitution (Subutex®, Méthadone). Les objectifs de ce traitement sont de prévenir les symptômes physiques de sevrage, de réduire les risques liés à la consommation (risques infectieux, repli social, ...), de diminuer voire d'arrêter la consommation d'héroïne, de retrouver une stabilité socio-professionnelle, familiale,

Toxicomanie : Usage répété et excessif d'une ou plusieurs substances psycho-actives (héroïne, cocaïne, cannabis, ecstasy,...). Cet usage s'accompagne d'une dépendance psychologique et parfois physique, d'une envie irrépressible de consommer et de conséquences néfastes sur la vie quotidienne du sujet.

V. DESCRIPTION DU PROCESSUS

5.1 Objectifs

- Accueillir et prendre en charge les femmes (enceintes, en travail ou accouchées) addictives à des drogues, au tabac, à l'alcool et aux médicaments psychotropes sans jugement
- Coordonner le travail en réseau et veiller à la cohérence des interventions
- Eviter la discontinuité entre l'ante et le postnatal
- Accompagner les professionnels en charge de ces patientes
- Favoriser un maximum le lien mère – enfant.

5.2 Modalités de prise en charge

La grossesse d'une femme toxicomane, substituée ou non, est une grossesse à risques.

Il est souhaitable d'observer un suivi régulier tous les 15 jours à 3 semaines.

Au sein du service des consultations, Mme Dominique ROMESTAING est la sage-femme référente pour le suivi des patientes toxicodépendantes ; elle est également la référente pour les avis en hospitalisation si besoin (Anténatal, post-natal, gynécologie).



MATERNITE REGIONALE UNIVERSITAIRE DE NANCY

10, rue du Docteur Heydenreich – CS 74213 – 54042 NANCY Cedex – Tél. : 03.83.34.44.44. – Télécopie : 03.83.34.36.74

Code :	Version :	Titre :	Date d'application :	Page :
DSS.402.PG.002	2	PRISE EN CHARGE DES PATIENTES TOXICO-DEPENDANTES ET DE LEUR(S) NOUVEAU-NE(S)	Avril 2011	3/8

■ Consultations :

- Première consultation souhaitable le plus tôt possible avec la sage-femme référente
Consultation spécifique le lundi après-midi, mardi matin, jeudi après-midi (durée : 1 heure)
- Prévoir une consultation obstétricale pendant la grossesse avec le Docteur O. MOREL (si grossesse physiologique)
- Consultation avec une assistante sociale le plus tôt possible pendant la grossesse
- Consultation proposée pendant la grossesse avec la pédopsychiatre de la Maternité : le Docteur S. ROTHENBURGER
- Consultation pédiatrique anténatale au 7^{ème} ou 8^{ème} mois avec le Dr C. HUBERT souhaitée : pour préparer les parents à la prise en charge de l'enfant (surveillance, syndrome de sevrage, soutien des parents, suivi de l'enfant)
- Consultation anesthésie : au début du 8^{ème} mois.

■ P.M.I. :

- Prévenir, avec l'accord de la patiente, la sage femme de PMI.

■ Echographie :

A effectuer à :
- 12-14 SA,
- 22-24 SA
- puis surveillance de la croissance à 29 et 34 SA, plus si besoin (sur avis médical).

- Suivi monitoring : à domicile par sage-femme libérale dès 34 SA, 1 fois par semaine et plus si besoin (sur avis médical).
- Dossier de la patiente présenté en staff de parentalité.

■ En cas d'hospitalisation de la patiente :

- ❖ Joindre par mail le plus rapidement possible la Sage Femme référente en addictions (d.romestaing@maternite.chu-nancy.fr)
- ❖ Demander la totalité de la substitution de la patiente et la mettre en réserve dans le tiroir des toxiques (en aucun cas, n'utiliser la substitution de la patiente)
- ❖ Commander la substitution de la patiente à la pharmacie de la Maternité pour la durée du séjour (Pharmacie joignable même le week-end et jours fériés)
Effectuer correctement la traçabilité dans le dossier de soins en notant :
 - Le nom du produit utilisé ainsi que la dose
 - L'heure, la date, le service
 - Le nom, en toutes lettres, du professionnel qui a donné la substitution



Code :	Version :	Titre :	Date d'application :	Page :
DSS.402.PG.002	2	PRISE EN CHARGE DES PATIENTES TOXICO-DEPENDANTES ET DE LEUR(S) NOUVEAU-NE(S)	Avril 2011	4/8

- ❖ S'assurer que le traitement substitutif, donné par la sage-femme est pris directement par la femme devant la sage-femme et ensuite vérifier la bouche
- ❖ Rendre, à la sortie, la substitution de la patiente et prévenir le médecin prescripteur ainsi que la pharmacie qui a délivré les produits, du nombre de comprimés ou flacons rendus à la patiente.

5.3 Organisation d'un suivi en réseau de la période anténatale à la période postnatale

Le suivi à la Maternité est organisé du Lundi au Vendredi.

Les Samedi, Dimanche et jours fériés : laisser un mail à la Sage Femme référente en Addictions (d.romestaing@maternite.chu-nancy.fr).

La sage-femme référente (ou sa remplaçante) prendra contact avec le personnel soignant en charge de la patiente dès son retour.

- Quels partenaires (avec l'accord de la patiente) : Il y a les partenaires déjà en place avant la grossesse et ceux mis en place pendant la grossesse.
 - Médecin généraliste référent prescripteur de la substitution
 - CSAPA (ou UFATT) : Centre ouvert tous les jours de la semaine de 09h à 17h30
Tél. : 03-83-37-05-72
 - Centre Méthadone ouvert les Lundi, Mardi, Mercredi et Vendredi
De 09h à 13h : Tél. : 03-83-85-27-42
 - Assistantes sociales de secteur et de la Maternité Régionale
 - Pédiopsychiatres et Psychologues
 - PMI : médecin, sage-femme, puéricultrice
 - Sages-femmes libérales
 - Pharmacien d'officine et de la Maternité Régionale
 - +/- Tabacologues, alcoologue, gastro-entérologue, ...
 - Pharmacien du CEIP.

Ces partenaires doivent apparaître sur le dossier rose (référéncé OBS.203.SE.001 Fiche médico psycho-sociale). Dossier rempli par la sage femme D. ROMESTAING quand elle voit la patiente ou dossier rempli en staff de parentalité.

- Analyse de la situation de la mère et/ou du couple par la sage-femme référente ou la sage-femme qui suit la grossesse
- Maintien des intervenants extérieurs choisis par les parents
- Orientation vers les professionnels intra-hospitaliers et extra-hospitaliers les plus adaptés au besoin des parents
- Suivi de ces orientations et collaborations interprofessionnelles tout au long de la grossesse et du post-partum, assuré par D. ROMESTAING, Sage Femme référente en Addictions.



Code :	Version :	Titre :	Date d'application :	Page :
DSS.402.PG.002	2	PRISE EN CHARGE DES PATIENTES TOXICO-DEPENDANTES ET DE LEUR(S) NOUVEAU-NE(S)	Avril 2011	5/8

5.4 Suivi des patientes

- Ne pas arrêter la substitution pendant la grossesse car risque de syndrome de manque chez le fœtus et risque de mort fœtale in utero.
- Si dépendance à une drogue illicite (héroïne surtout) : proposer un traitement de substitution pour limiter les risques (en collaboration avec le médecin généraliste ou les centres de soins spécialisés en toxicomanie).

• Période anténatale

- Apporter un soutien aux parents / les valoriser
- Prévenir la mère et/ou le couple de toutes décisions ou actions (recherche toxiques dans les urines, etc...)
- Impliquer le père au maximum durant la grossesse
- Expliquer à la mère et/ou au couple le mode de surveillance de l'enfant (Ex : score de Lipsitz cf. annexe n°1)
- Réduire les risques de la toxicomanie sur la grossesse
- Etablir un bilan des prises de psychotropes depuis la conception (type, quantité, modes d'usage...). Si besoin, évaluer si une modification du traitement est nécessaire en collaboration avec le CSAPA.
- Noter les modalités de l'administration du traitement (exemple : Subutex® injecté interdit en milieu hospitalier, comment prendre le traitement...)
- Remplir la fiche de suivi (fiche rose codifiée OBS.203.SE.001 Fiche médico psycho-sociale) et la placer à l'intérieur du dossier obstétrical
- Au 8^{ème} mois, faxer l'ordonnance officielle du médecin prescripteur de la substitution à la pharmacie de la Maternité, la photocopier et placer cette photocopie dans le dossier obstétrical pour faciliter la commande après l'accouchement de la patiente.
- Effectuer les sérologies à la déclaration puis réitérer à 36-37 SA (syphilis, hépatites B et C, VIH)
- Anticiper la contraception vers la consultation du 8^{ème} mois et la prescrire si besoin (surtout si NEXPLANON®).
- Mesurer le CO expiré (par testeur) à chaque consultation et/ou proposer une consultation anti-tabac
- Réaliser une recherche des toxiques urinaires à la mère au 6^{ème} mois (en précisant : recherche de Subutex® ou Méthadone) ou quand il existe un doute concernant les prises de produits illicites (type de substance, dose...) et donner les résultats à la patiente.
- Le dossier de toute personne toxicomane sera présenté au moins une fois pendant la grossesse au staff de parentalité.



MATERNITE REGIONALE UNIVERSITAIRE DE NANCY

10, rue du Docteur Heydenreich - CS 74213 - 54042 NANCY Cedex - Tél. : 03.83.34.44.44 - Télécopie : 03.83.34.36.74

Code :	Version :	Titre :	Date d'application :	Page :
DSS.402.PG.002	2	PRISE EN CHARGE DES PATIENTES TOXICO-DEPENDANTES ET DE LEUR(S) NOUVEAU-NE(S)	Avril 2011	6/8

- **Accouchement**

- Prévenir la mère et/ou le couple de toutes décisions ou actions
- Favoriser au maximum le lien mère-enfant
- Réaliser une recherche de toxiques urinaires à la mère à l'entrée en salle de Naissances
- Vérifier les résultats des dernières sérologies.

- **Période post-natale**

- **Nouveau-né**

- Surveiller le nouveau-né systématiquement en Unité Kangourou
- Accompagner les parents en cas d'hospitalisation en Médecine Néonatale de l'enfant (favoriser et maintenir le lien mère-enfant)
- Allaitement non contre-indiqué sauf si pathologie associée
- Impliquer le père dans les soins à l'enfant
- Rechercher les toxiques urinaires chez l'enfant avant 48 heures de vie en précisant : recherche de Subutex® ou Méthadone
- Dépister un éventuel syndrome de manque (ou sevrage) par le score de Lipsitz (Cf. annexe 1) et l'expliquer aux parents
- Si le score de Lipsitz est strictement supérieur à 8 : discuter de l'hospitalisation avec le pédiatre pour la mise en route d'un traitement par morphine
- Examiner l'enfant en vue de la sortie à partir du 7ème jour et pas avant (risque de syndrome de sevrage tardif)
- Prévoir une visite avec le pédiatre (Docteur C. HUBERT) 3 semaines après la sortie.

- **Mère**

- Si l'enfant est hospitalisé en réanimation néonatale, ne pas précipiter la sortie de la mère
- Prévenir la mère et/ou le couple de toutes décisions ou actions
- S'assurer que le traitement substitutif, donné par la sage-femme est pris directement par la femme à heure régulière et vérifier la bouche
- Prévoir la pose ou le suivi de la contraception en fonction du choix de la patiente
- Donner les résultats à la mère de ses toxiques urinaires et ceux du bébé



MATERNITE REGIONALE UNIVERSITAIRE DE NANCY

10, rue du Docteur Heydenreich – CS 74213 - 54042 NANCY Cedex - Tél. : 03.83.34.44.44. - Télécopie : 03.83.34.36.74

Code :	Version :	Titre :	Date d'application :	Page :
DSS.402.PG.002	2	PRISE EN CHARGE DES PATIENTES TOXICO-DEPENDANTES ET DE LEUR(S) NOUVEAU-NE(S)	Avril 2011	7/8

- Organiser la sortie avec le réseau : prendre contact avec les différents partenaires (CSAPA, PMI, assistantes sociales, pédopsychiatres, médecin traitant, ... coordonnées indiquées sur la fiche de suivi spécifique à chaque patiente "Fiche médico psycho-sociale codifiée OBS.203.SE.001)
- **Favoriser la visite post-natale (avec médecin ou sage-femme référente) conjointement avec une visite avec le pédiatre (Dr C. HUBERT) le lundi après midi.**

Il est rappelé qu'un(e) infirmier(e) du CSAPA se déplace facilement à la Maternité pour discuter avec la jeune mère, en l'absence de Madame ROMESTAING.

➤ **Nouveau né de mère cannabinoïde**

Si la patiente fume 3 joints ou plus de cannabis par jour, surveiller le nouveau-né en Unité Kangourou et pas de sortie avant J5.



MATERNITE REGIONALE UNIVERSITAIRE DE NANCY

10, rue du Docteur Heydenreich - CS 74213 - 54042 NANCY Cedex - Tél. : 03.83.34.44.44. - Télécopie : 03.83.34.36.74

Code :	Version :	Titre :	Date d'application :	Page :
DSS.402.PG.002	2	PRISE EN CHARGE DES PATIENTES TOXICO-DEPENDANTES ET DE LEUR(S) NOUVEAU-NE(S)	Avril 2011	8/8

ANNEXE 1

SCORE DE LIPSITZ					Etiquette enfant							Date et Heure							
SIGNES	SCORE																		
	0	1	2	3															
Trémulations activité musculaire des membres	Normale	Légèrement ↗ par stimulations ou jeûne	↗ modérée ou forte au repos calmée par alimentation ou berrage	↗ forte ou continue au repos ± mouvements de type convulsifs															
Irritabilité cris excessifs	0	↗ légère	↗ modérée ou forte par stimulations ou jeûne	↗ forte même au repos															
Réflexes	Normaux	↗	Très ↗																
Tonus musculaire	Normal	↗	rigidité																
Selles	Normales	Explosives mais fréquence normale	Explosives et > 8 par jour																
Lésions cutanées	0	Rougeurs genoux, coudes	érosions																
Fréquence respiratoire/mn	< 55	55-75	> 75																
Eternuements répétés	non	oui																	
Bâillements répétés	non	oui																	
Vomissements	non	oui																	
Fièvre	non	oui																	
TOTAL																			

Evaluation 1 h 30 après chaque tétée

Si score > 8 → Traitement

Annexe 3. Score TMSP

Score de gravité des héroïnomanies ; intérêt dans les indications et le suivi des traitements de substitution. (W. Lowenstein et L. Gourarier , Méthadone et les traitements de substitutions, 1995)

C'est un score de gravité donnant une « note sur 20 », reproductible d'un médecin à l'autre, explorant les 4 axes diagnostiques principaux (histoire toxicomaniaque, suivi médical, situation personnelle et sociale et approche psychiatrique) et permettant de classer les patients en 4 stades (A, B, C et D) pour, éventuellement, guider les indications thérapeutiques (suivi du patient par le médecin généraliste ou le centre spécialisé, et choix des traitements de substitution ou de leur modification au cours de l'évolution).

Chaque patient se voit attribuer, dans chaque axe diagnostique, une note pouvant être 1, 2 ou 5 (pas de note 3, ni de note 4) :

Axe « toxicomanie » (T) :

1 POINT si : monotoxicomanie par voie nasale ; peu ou pas d'utilisation de benzodiazépines, d'amphétamines ou de barbituriques et de cocaïne ; pas d'alcoolisme ; partenaire non toxicomane ; pas de deal ou délinquance induits par la dépendance.

2 POINTS si : héroïnomanie par voie intraveineuse ou poly-toxicomanie (intoxications médicamenteuses chroniques ; alcoolisme modéré) ; usage fréquent de cocaïne, de crac ou d'amphétamines) ou partenaire toxicomane ou héroïnomanie > à 10 ans ou deal et délinquance favorisés par la dépendance.

5 POINTS si : polytoxicomanie par voie veineuse avec désocialisation majeure, antécédents ou risques actuels de complications médicales majeures (surdosages, infections, accidents de la voie publique et traumatismes importants) ou de complications judiciaires (incarcérations) à répétition ; ou alcoolisme grave associé.

Axe « suivi médical » (M) :

1 POINT si : suivi médical régulier et observance des traitements prescrits.

2 POINTS si : suivi médical irrégulier et difficultés d'observance thérapeutique.

5 POINTS si : pas de suivi médical (pas de connaissance des statuts sérologiques ; aucune vaccination faite ou à jour ; pas de traitement prophylactique etc.).

Axe « socio-personnel » (S) :

1 POINT si : situation sociale, professionnelle et familiale non inquiétante ou satisfaisante.

2 POINTS si : problèmes sociaux (pas d'hébergement personnel ; papiers non à jour ; procès ou jugements en cours non suivis ; pas de ressources personnelles et légales ou endettement majeur) ou familiaux (perte du contact avec les parents et/ou les enfants).

5 POINTS si : errance quotidienne (SDF ou squatt) avec marginalisation complète et situation « abandonnique » et risques judiciaires majeurs.

Axe « approche psychiatrique » (P) :

1 POINT si : pas de troubles notables de la personnalité.

2 POINTS si : troubles de la personnalité modérés ou suivis et non décompensés (pas de TS ou passages à l'acte depuis au moins 6 mois).

5 POINTS si : troubles de la personnalité importants (TS, actes violents ou séjours en hôpital psychiatrique à répétition) nécessitant une prise en charge en milieu spécialisé.

L'addition des points dans chaque axe donne un score total de 4 à 20 points ; 4 étant le score minimal et 20 le score le plus grave. Il est à noter que la cotation « 1, 2 ou 5 » ne permet pas, mathématiquement, d'obtenir les totaux de 15, 18 et 19 points et que, seule la note 8/20 peut être obtenue par deux cotations différentes : (2 + 2 + 2 + 2) ou (5 + 1 + 1 + 1).

L'addition des points définit, selon la note sur 20, 4 stades de gravité croissante :

Stade A : score < à 8

Stade B : score < à 12 (et > à 7)

Stade C : score < à 16 (et supérieur à 11)

Stade D : score supérieur ou égal à 16.

Cette cotation est réalisable à la fin de chaque consultation ou à des temps de consultation pré-définis (par exemple : 1^{ere} consultation puis consultation à J15, J30, J60, J90 puis à 6 mois, 1 an, 2 ans, etc.).

L'utilisation du score de gravité TMSP devrait permettre :

- d'évaluer systématiquement les 4 axes évitant de fâcheux oublis dans une catégorie (par exemple oubli de mise à jour d'une vaccination contre l'hépatite B ou de la prévention des infections opportunistes au cours de la maladie HIV...),

- de cerner des priorités à prendre en charge (situation sociale ou psychiatrique par exemple) ou de noter la persistance (ou l'émergence de problématiques spécifiques à un axe ;
- de comparer les scores au fil des consultations et d'apprécier l'efficacité des traitements ;
- de communiquer plus clairement et plus rapidement ; la réalisation du score et des stades étant, dans notre expérience, reproductible entre médecins quelle que soit la spécialité ou l'exercice généraliste de celui-ci ;
- de mieux cerner les indications thérapeutiques substitutives ainsi que les modalités de prise en charge (médecin généraliste ou centre spécialisé pour l'initiation du traitement et la stabilisation ?

Le score de gravité TMSP, facile et rapide à calculer, reproductible d'un médecin à l'autre, d'une consultation à l'autre, paraît un outil appréciable dans la pratique quotidienne comme dans la volonté d'évaluer et de surveiller l'efficacité des traitements de substitution ; il devrait permettre de mieux connaître la gravité des patients suivis dans les centres « spécialisés » et par les médecins généralistes ainsi que de cerner les indications des traitements ou des techniques (sevrage ; abstinence ; substitution).



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Suivi obstétrical et pronostic périnatal chez les femmes enceintes toxicomanes



Obstetrical follow-up and perinatal prognosis in drug addict pregnant women

B. Fanjeaux^{a,*,b}, A. Braconnier^{a,b}, I. Clerc-Urmès^c, O. Morel^{a,b}, E. Gauchotte^a

^aService de maternité, CHRU de Nancy, 10, rue du Docteur Heydenreich, 54042 Nancy cedex, France

^bFaculté de médecine, université de Lorraine, 9, avenue de la Forêt-de-Haye, CS 50184, 54505 Vandœuvre-lès-Nancy cedex, France

^cUnité MDS, plateforme d'aide à la recherche clinique, CHRU de Nancy, 54511 Vandœuvre-lès-Nancy, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 18 juin 2017
Disponible sur Internet le 17 janvier 2018

Mots clés :
Toxicomanie
Méthadone
Buprénorphine
Grossesse
Périnatalité

RÉSUMÉ

Objectif. – Identifier les facteurs associés à un bon suivi obstétrical et à un bon pronostic périnatal, afin d'adapter la prise en charge des femmes enceintes avec une toxicomanie aux opiacés.
Méthodes. – Étude rétrospective incluant 104 patientes toxicomanes aux opiacés, substituées ou non, avec ou sans consommations associées, quel que soit le terme d'accouchement au-delà de 22 SA, menée dans notre maternité entre janvier 2012 et décembre 2014.
Résultats. – Un bon suivi obstétrical a été observé par 32,7% des femmes. La présence (OR = 3,9 ; $p = 0,0113$) et l'investissement du père dans la grossesse (OR = 4,4 ; $p = 0,0029$), tout comme le caractère souhaité de la grossesse (OR = 4,5 ; $p = 0,0008$) apparaissaient associés à la qualité du suivi observé. Les accouchements prématurés (11,8 versus 35,8% ; $p = 0,0103$), ainsi que les mesures sociales prises à la sortie du nouveau-né de la maternité (2,9 versus 24,3% ; $p = 0,0057$) y étaient moins fréquents. Un bon pronostic périnatal a été retrouvé pour 29,8% des cas. Les consommations associées < 3 (OR = 2,6 [1,1–6,2] ; $p = 0,0281$), confirmées par des toxiques urinaires négatifs (OR = 2,9 [1,1–7,8] ; $p = 0,0307$) y étaient plus nombreuses.
Conclusion. – Bien que le suivi et le pronostic périnatal de ces grossesses se soient considérablement améliorés ces dernières années, il apparaît nécessaire d'optimiser encore leur prise en charge.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objective. – To identify the factors associated with a good obstetric follow-up and a good perinatal prognosis, in order to adapt the management of pregnant women with addiction to opiates.
Methods. – A retrospective study was carried out in our maternity between January 2012 and December 2014, including 104 women who were addicted to opiates, whether or not they were substituted, with or without associated consumptions, regardless of the term of delivery beyond 22 weeks of amenorrhea.
Results. – A good obstetrical follow-up was observed by 32.7% of women. The father's presence (OR = 3.9 ; $P = 0.0113$) and investment in pregnancy (OR = 4.4 ; $P = 0.0029$), as well as the desired character of the pregnancy (OR = 4.5 ; $P = 0.0008$) appeared to be associated with the quality of the observed follow-up. Preterm deliveries (11.8 versus 35.8% ; $P = 0.0103$), and social measures taken at the discharge of the newborn from the maternity (2.9 versus 24.3% ; $P = 0.0057$) were less frequent. A good perinatal prognosis was found for 29.8% of the cases. Associated consumptions < 3 (OR = 2.6 [1.1–6.2] ; $P = 0.0281$) confirmed by negative urine drug screening (OR = 2.9 [1.1–7.8] ; $P = 0.0307$) were more numerous.
Conclusion. – Although the follow-up and the perinatal prognosis of these pregnancies have improved considerably in recent years, it seems necessary to further optimize their management.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords:
Drug addiction
Methadone
Buprenorphine
Pregnancy
Perinatality

VU

NANCY, le **16 avril 2018**
Le Président de Thèse

NANCY, le **16 avril 2018**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Olivier MOREL

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 10243

NANCY, le **24 avril 2018**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RESUMÉ DE LA THÈSE

Objectif. Identifier les facteurs associés à un bon suivi obstétrical et à un bon pronostic périnatal, afin d'adapter la prise en charge des femmes enceintes avec une toxicomanie aux opiacés.

Méthodes. Etude rétrospective incluant 104 patientes toxicomanes aux opiacés, substituées ou non, avec ou sans consommations associées, quel que soit le terme d'accouchement au-delà de 22 SA, menée dans notre maternité entre janvier 2012 et décembre 2014.

Résultats. Un bon suivi obstétrical a été observé par 32,7% des femmes. La présence (OR = 3,9 ; p = 0,0113) et l'investissement du père dans la grossesse (OR = 4,4 ; p = 0,0029), tout comme le caractère souhaité de la grossesse (OR = 4,5 ; p = 0,0008) apparaissaient associés à la qualité du suivi observé. Les accouchements prématurés (11,8 versus 35,8% ; p = 0,0103), ainsi que les mesures sociales prises à la sortie du nouveau-né de la maternité (2,9 versus 24,3% ; p = 0,0057) y étaient moins fréquents. Un bon pronostic périnatal a été retrouvé pour 29,8% des cas. Les consommations associées ≥ 3 (OR = 0,4 ; p = 0,0281), confirmées par des toxiques urinaires positifs (OR = 0,3 ; p = 0,0307) y étaient moins nombreuses.

Conclusion. Bien que le suivi et le pronostic périnatal de ces grossesses se soient considérablement améliorés ces dernières années, il apparaît nécessaire d'optimiser encore leur prise en charge.

TITRE EN ANGLAIS : Obstetrical follow-up and perinatal prognosis in drug addict pregnant women

THÈSE : MÉDECINE - GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE - ANNÉE 2018

MOTS CLÉS : Toxicomanie - Méthadone - Buprénorphine - Grossesse -Périnatalité

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LÈS NANCY Cedex
