



Le point sur

Femmes, mères, enfants et consommation de drogues

par Catherine Caron

Moins touchées par la toxicomanie que les hommes, les femmes consommatrices de drogues n'en constituent pas moins un groupe particulièrement vulnérable: leur état de santé est plus dégradé que celui des hommes et elles sont plus fragiles psychologiquement (29% d'entre elles ont fait une tentative de suicide). Souvent issues de familles déchirées, nombre d'entre elles ont subi des violences physiques, voire sexuelles dans leur jeune âge. Des enquêtes menées sur d'importantes cohortes ont montré que les femmes ayant subi des abus sexuels restent dépendantes de drogues licites ou illicites 4 fois plus longtemps que celles qui n'ont pas eu de tels traumatismes. Les femmes demeurent minoritaires chez les usagers de drogue incarcérés et les études récentes constatent une aggravation des comorbidités au niveau des maladies infectieuses et de la psychopathologie.

Pourtant, malgré cette situation critique, les femmes en tant que telles intéressent peu les enquêteurs. Et si on dispose de données les concernant, c'est presque toujours parce que les femmes... peuvent aussi être des mères. En l'état actuel des connaissances, parler de la femme toxicomane, c'est donc parler de la mère toxicomane.

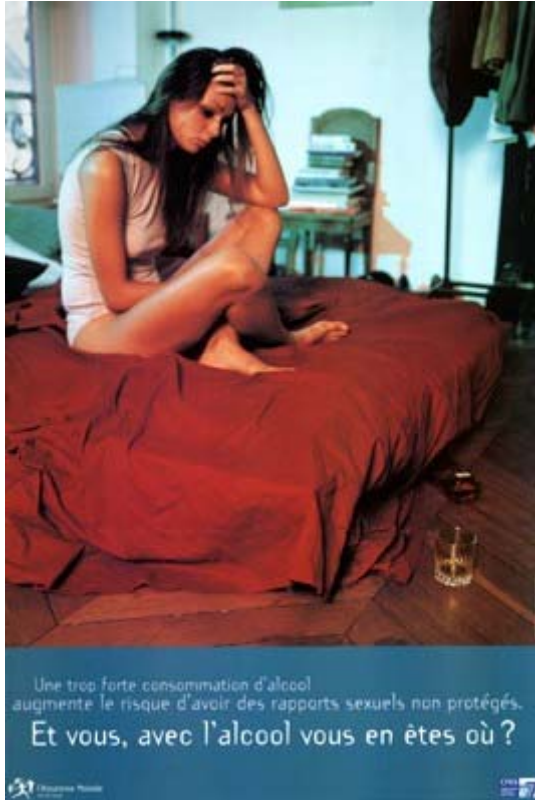
Evaluer la consommation de drogues

2500 jeunes femmes, consommatrices d'héroïne surtout, mais aussi d'alcool, de cocaïne et de psychotropes, accouchent chaque année en France. 75% de ces mères ont moins de 26 ans et la moitié d'entre elles ont plusieurs enfants. Elles sont célibataires dans un tiers des cas et vivent souvent dans des conditions de très grande fragilité. Malgré la découverte tardive de la grossesse -généralement au quatrième ou cinquième mois-, une femme toxicomane sur deux souhaite la mener à son terme. Il s'agit, avant tout, du désir de retrouver des sensations corporelles oubliées, d'acquiescer la force d'arrêter la consommation de drogue, ou d'être reconnue par leur propre mère, voire de renouer avec elle.

L'évaluation de la consommation de drogues est des plus importantes afin de proposer l'accompagnement et le suivi le mieux adapté en ne perdant pas de vue que le projet thérapeutique pendant la grossesse ne peut être dissocié du projet thérapeutique post-partum. L'évaluation doit prendre en compte les types de produit, les doses utilisées, la fréquence des injections (la moitié des femmes seraient injectrices), la consommation solitaire ou en groupe, le coût de l'intoxication, le degré d'implication dans le milieu, si le père est connu ou pas, usager de drogue ou non, et s'il existe une altération du comportement social.

Face à l'ampleur d'un tel sujet qui dépasse le cadre d'un seul article, nous avons choisi de nous

limiter ici aux effets des substances psychotropes chez la femme enceinte et le nouveau-né. Le choix des produits retenus procède de leur prévalence, de leur utilisation illicite, de leur prescription médicale ou de leur dangerosité.



L'alcool

La prévalence de la consommation excessive d'alcool chez les femmes de 20 à 40 ans varie de 5 à 10%. Or, une femme enceinte prend des risques pour son enfant, même si elle ne consomme qu'occasionnellement de l'alcool en quantité excessive (cinq verres à une fête). De même, l'absorption de deux à trois verres de vin par jour tout au long de la grossesse expose le fœtus à des risques. Au cours des premiers mois de gestation, il suffit de 20 g quotidiens d'éthanol (2 verres) pour mettre l'enfant en danger. Et il n'existe pas de dose seuil en deçà de laquelle le risque foetal serait nul.

L'effet tératogène de l'alcool est connu de longue date, mais ses conséquences sur le fœtus ne sont évaluées que depuis 30 ans. On sait aujourd'hui que son action toxique peut entraver le développement de tous les organes, en particulier du système nerveux central. Les conséquences de l'intoxication sont variées, généralement proportionnelles à la consommation: accouchements prématurés, faible poids de naissance, retard de croissance intra-utérin, retards

intellectuels, troubles du comportement, voire altérations sévères du développement psychomoteur, sont les troubles les plus fréquents. L'atteinte la plus grave demeure le syndrome d'alcoolisme foetal. Présent chez 30 à 40% des nouveau-nés dont la mère a une consommation d'alcool très élevée, il est caractérisé par des malformations cranio-faciales, un retard de croissance, ainsi que des handicaps comportementaux et cognitifs. Les concentrations d'alcool dans le liquide amniotique et dans le sang foetal sont identiques à l'alcoolémie de la mère et le taux d'éthanol dans le lait maternel est de 10% supérieur à la concentration sanguine.

Affiche : Une campagne de prévention de l'alcoolisme du CFES

Le cannabis

3 à 16% des mères consomment du cannabis, souvent en association avec du tabac, de l'alcool, ou d'autres drogues. Ces associations rendent difficile l'évaluation de l'effet direct du tétrahydrocannabinol (THC, le principe actif du cannabis) sur le fœtus. D'autant que les risques d'exposition aux pesticides et aux herbicides présents dans le cannabis n'ont jamais été étudiés. Il n'existe pas de syndrome de sevrage ni d'effet tératogène spécifiquement connus.

Le tabac

30% des femmes en âge de procréer sont fumeuses; 10 à 30% d'entre elles arrêtent leur consommation pendant la grossesse et 25% fument 10 cigarettes par jour. Le nombre de grossesses extra-utérines et d'avortements spontanés augmente chez les femmes qui fument. Il

semble, par ailleurs, que le tabagisme passif accentue la fréquence des insertions anormales de placenta. En outre, le tabac a un effet négatif sur la fécondité et la conception. Les enfants de mères fumeuses pèsent en moyenne 200 g de moins que les autres à la naissance. Mais il n'existe pas de syndrome de sevrage, ni d'effet tératogène. En revanche, une étude statistique a désigné la consommation de tabac, pendant la gestation et après l'accouchement, comme facteur de risque principal de mort subite du nourrisson.

La cocaïne et le crack

Il est difficile de déterminer l'usage de crack et de cocaïne, dans la mesure où ces produits n'entraînent pas de symptômes de manque physique. Néanmoins, consommés pendant la grossesse, ils sont à l'origine de nombreuses et graves complications obstétricales.

L'usage de la cocaïne et de ses dérivés constitue donc une situation à risque majeur et la prise en charge -pour aboutir à un sevrage- s'avère absolument nécessaire. Selon certaines études, on dénombre 51% d'accouchements prématurés chez les patientes qui n'ont pas été suivies au cours de leur grossesse, alors qu'il n'existe aucune différence significative de prématurité lorsque les mères ont régulièrement consulté.

Par ailleurs, ces substances ayant des conséquences sur la circulation placentaire et des effets anorexigènes conduisant à une malnutrition, on observe un retard de croissance intra-utérin : on note une diminution du poids, de la taille et surtout du périmètre crânien du nouveau-né. L'existence de malformations néonatales est très controversée. Si la cocaïne et le crack ont des effets neurotoxiques chez le fœtus, il n'existe toutefois pas de syndrome de sevrage. En revanche, le taux de mort subite est plus élevé (15%) chez les nourrissons exposés à ces produits pendant leur vie intra-utérine.

L'héroïne

La consommation d'héroïne entraîne diminution ou une disparition des règles, qui se traduit par un diagnostic tardif de grossesse. Le sevrage chez la femme enceinte n'est pas indiqué, même si la patiente le désire. Il peut provoquer des avortements (s'il est fait au premier trimestre), des risques de mort *in utero*, ou des accouchements prématurés (s'il est tenté au troisième trimestre).

Lors de l'accouchement, on note peu de problèmes - même si la présentation par le siège est plus fréquente, le liquide amniotique plus souvent teinté (témoin de la souffrance fœtale due à l'alternance surdosage-manque), et la durée du temps de travail plus courte. Les complications du post-partum ne sont pas plus fréquentes chez les héroïnomanes que dans la population générale.

Une prématurité est constatée dans 10 à 30% des cas, avec pour conséquence un poids de naissance plus petit (2600 g en moyenne).

L'héroïne n'a pas d'effet tératogène. Cependant, le produit peut être coupé avec certaines substances potentiellement toxiques pour le fœtus.

Le syndrome de manque chez le nouveau-né est imprévisible. Son apparition varie de quelques heures à 10 jours après l'accouchement, et peut être retardée par la prise concomitante de benzodiazépines.

La méthadone et la buprénorphine

La femme enceinte est une priorité en matière de traitement de substitution et celui-ci constitue un outil de suivi inévitable. Les modalités de prescription sont identiques à celles d'une femme non gravide.

Il est indispensable que le traitement soit poursuivi en post-partum, avec une dose suffisante pour parvenir à un bon équilibre - gage d'un possible lien de qualité entre la mère et l'enfant. Les mères bien équilibrées par le traitement substitutif et correctement préparées par une prise

en charge médico-psychosociale au cours de la grossesse participent davantage aux soins de leur nouveau-né qui font partie intégrante du traitement du syndrome de sevrage.

De façon certaine, la méthadone ne présente aucun risque tératogène. La buprénorphine, qui a pris une place importante dans les traitements de substitution, semble également dénuée d'effets toxiques sur le fœtus.

En l'absence d'une consommation associée de benzodiazépines, le syndrome de sevrage du nouveau-né paraît plus long si la mère est sous méthadone et moins sévère lorsqu'elle bénéficie d'une prescription de buprénorphine.

Toutes les études montrent qu'une prise en charge précoce par une équipe obstétricale et pédiatrique expérimentée réduit considérablement les morbidités associées.

Améliorer les connaissances

L'ensemble des éléments détaillés ici représente une synthèse des observations cliniques disponibles à ce jour. Nos connaissances, très imparfaites, soulignent donc les progrès qui restent à accomplir dans ce domaine !

De même, un recueil de données épidémiologiques chez les femmes consommant des drogues semble indispensable. En l'état actuel des choses, cette lacune nuit à la qualité de la prise en charge d'une population dont l'état de santé, on l'a vu, est très altéré - physiquement et psychologiquement.

Seule une meilleure évaluation des pratiques d'addiction et de consommation des patientes - ainsi qu'une meilleure compréhension de leurs conséquences délétères - permettra d'améliorer leur suivi médical.

Enfin, il est sans doute important de mettre en place, dans les lieux de soins et d'accueil existants, des stratégies qui tiennent compte des femmes et de leur environnement, notamment en cas de violences.

Références bibliographiques:

1. Lejeune C., Robert J.C., Montamat S., Floch-Tudal C. et al.
"Devenir médico-social de 59 nouveau-nés de mère toxicomane"
J Gynecol Obstet Biol Reprod 1997; 26: 395-404
2. "Femmes Toxicomanes : repères épidémiologiques "
F. Facy, Paris, 1996
3. Impact Médecin Hebdo N°322-10 Mai 1996
4. Journée Montpellier Grossesse et Toxicomanie, 30 Août 1995
5. Rapport Roques -La dangerosité des drogues- 1999
6. Wethington C.L., Roman A.B.
"Drug addiction research and the health of women",
Rockville, MD : NIDA, 1998.
7. Journée AP-HP Toxicomanie et Grossesse, 10 Mai 1996
8. Ebert J.,
"Maternité-toxicomanie: pour un abord plus objectif, le centre Horizons",
Interventions 1988; 17: 45-50
9. Finnegan L.P.,
"Problèmes lors du traitement des femmes dépendantes aux opiacés au cours de la période périnatale",
J Psychoact Drugs 1991; 23: 191-201
10. "Alcool-Effets sur la santé",
Ed. Inserm, Sep 2001.