



HAL
open science

État des lieux des pratiques professionnelles autour des addictions en périnatalité au sein du centre hospitalier intercommunal de Poissy Saint-Germain et de son bassin libéral

Pauline de Manheulle

► To cite this version:

Pauline de Manheulle. État des lieux des pratiques professionnelles autour des addictions en périnatalité au sein du centre hospitalier intercommunal de Poissy Saint-Germain et de son bassin libéral. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01002249

HAL Id: dumas-01002249

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01002249>

Submitted on 5 Jun 2014

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

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

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

PAULINE DE MANHEULLE

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

**ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES AUTOUR
DES ADDICTIONS EN PÉRINATALITÉ AU SEIN DU CENTRE
HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE POISSY SAINT-GERMAIN ET
DE SON BASSIN LIBÉRAL**

Soutenu le : 7 Avril 2014

JURY

Docteur Michel Crouzet, praticien hospitalier, responsable de l'Unité Fonctionnelle d'Addictologie, Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy Saint-Germain (Directeur de mémoire)

Madame Sophie Prudhomme, sage-femme enseignante, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines (Co-directrice de mémoire)

Numéro national d'étudiant : 21007586

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est 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 toute poursuite pénale.

Remerciements

Au Docteur Michel Crouzet, mon directeur de mémoire, pour m'avoir fait découvrir et aimer l'addictologie, et pour m'avoir si bien accompagné dans la réalisation de ce mémoire.

À Sophie Prudhomme, ma co-directrice et responsable pédagogique, pour sa disponibilité, sa gentillesse, son écoute, son soutien, sa capacité à redonner confiance, sa bienveillance, son optimisme. Et d'avoir su me donner la force de croire en moi depuis presque 2 ans.

À Christine Etchemendigaray, directrice du département de maïeutique, pour ces quatre années de partage.

Aux sages-femmes et médecins gynécologues-obstétriciens ayant répondu à mon questionnaire.

À mes parents, pour leur soutien et pour avoir toujours cru en moi.

À Margot, ma petite sœur, pour ces 18 années de complicité.

À ma Mamie, pour tout l'amour qu'elle me porte.

À Elsa, Marie et Noémie, mes amies de toujours, pour leur soutien et l'amitié qu'on partage depuis tant d'années.

À ma bande du lycée, sans qui je ne serais rien.

À mes futures collègues, Juliette, Hélène et Constance, pour ces années d'études passées ensemble.

À ma petite Marie, partie trop tôt. Il ne se passe pas un jour sans que je ne pense à toi.

Table des matières

AVERTISSEMENT	II
REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIERES	IV
LISTE DES FIGURES	VI
LISTE DES ANNEXES	VIII
TITRE ET RESUME	IX
TITLE AND ABSTRACT	X
1 INTRODUCTION	1
1.1 Epidémiologie	2
1.2 Mécanisme et physiopathologie des substances	4
1.3 Complications	6
1.3.1 Complications obstétricales	6
1.3.2 Complications fœtales et néonatales	7
1.4 Repérage et évaluation des conduites addictives	12
1.4.1 Outils	12
1.4.2 Marqueurs biologiques	15
1.5 Prise en charge des conduites addictives	16
1.5.1 Entretien motivationnel	17
1.5.2 Traitements de substitution	17
1.6 Allaitement maternel	19



2	MATERIEL, METHODES ET RESULTATS	21
2.1	Matériel et méthodes	21
2.2	Résultats	23
2.2.1	Population de l'étude	23
2.2.2	Formation	24
2.2.3	Dépistage	25
2.2.4	Evaluation de la consommation	29
2.2.5	Prise en charge	31
2.2.6	Diffusion d'informations médicales concernant le nouveau-né	36
3	DISCUSSION	38
3.1	Forces et faiblesses de l'étude	38
3.2	Dépistage systématique des produits addictifs	39
3.3	Dépistage ciblé en cours de grossesse	41
3.4	Outils de dépistage	43
3.5	Connaissances sur les addictions	44
3.6	Prise en charge	46
3.7	Information à délivrer	49
	CONCLUSION	51
	BIBLIOGRAPHIE	53
	ANNEXES	59

Liste des figures

Figure 1 : Quelle est votre catégorie professionnelle ? (n=60)	23
Figure 2 : Dans votre activité professionnelle, êtes-vous formé(e) en addictologie ? (n=60)	24
Figure 3 : Évaluez-vous dans le cadre du dépistage systématique : (n=60)	25
Figure 4 : La consommation de quels produits recherchez-vous systématiquement ? (n=60)	26
Figure 5 : Au cours de la grossesse, effectuez-vous un dépistage ciblé sur signe d'appel ? (n=60)	27
Figure 6 : Sur quels signes d'appel ? (n=41)	27
Figure 7 : Évaluez-vous dans le cadre du dépistage ciblé (n=41)	28
Figure 8 : Demandez-vous une sérologie hépatite C ? (n=60)	29
Figure 9 : Quels outils utilisez-vous pour évaluer la consommation d'une patiente ? (n=60)	29
Figure 10 : Interrogez-vous à chaque consultation, les patientes sur l'évolution de leurs consommations et leur comportement addictif ? (n=60)	30
Figure 11 : La prise en charge d'une patiente présentant une addiction est le plus souvent (n=58)	31
Figure 12 : Que proposez-vous comme prise en charge à une patiente ayant une conduite addictive ? (n=60)	31
Figure 13 : A quelle catégorie professionnelle adressez-vous ces patientes ? (n=59)	32



Figure 14 : Face à une patiente en post-partum présentant des conduites addictives sans prise en charge pendant la grossesse, que faites-vous ? (n=60)33

Figure 15 : Déconseillez-vous l’allaitement maternel en cas de consommation de tabac, de consommation d’alcool ou de médicaments de substitutions aux opiacés ? (tabac n=60 ; alcool n=58 ; MSO n=55)34

Figure 16 : Prescrivez-vous des substituts nicotiques à une patiente ? (n=60)35

Figure 17 : La base de remboursement des substituts nicotiques par la sécurité sociale chez la femme enceinte est de (n=51)35

Figure 18 : Est-il éthique pour vous de noter une éventuelle conduite addictive de la mère pendant la grossesse dans le carnet de santé du nouveau-né pour son suivi ? (n=50)36

Figure 19 : Est-il pertinent pour vous d’adresser un courrier au médecin traitant/pédiatre qui suivra l’enfant en cas de conduite addictive de la mère pendant la grossesse ? (n=50)37



Liste des annexes

Annexe I : Score de Finnegan	56
Annexe II : Score de Lipsitz	57
Annexe III : Test de Fagerström	58
Annexe IV : Questionnaire DETA	59
Annexe V : Questionnaire AUDIT-C	60
Annexe VI : Questionnaire T-ACE	61
Annexe VII : Questionnaire CAST	62
Annexe VIII : Entretien motivationnel	63
Annexe IX : Protocole de substitution nicotinique chez la femme enceinte de l'hôpital Louis Mourier	64
Annexe X : Questionnaire de notre étude destiné aux professionnels du CHIPS	65
Annexe XI : Questionnaire de notre étude destiné aux professionnels libéraux	69

Titre et résumé

Objectifs

Evaluer les pratiques des sages-femmes et gynécologues-obstétriciens en matière de dépistage, repérage, évaluation et prise en charge de toutes les conduites addictives pendant la grossesse.

Matériel et méthodes

Notre étude a été réalisée par questionnaire destiné aux sages-femmes et gynécologues-obstétriciens du Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy Saint-Germain et de son bassin libéral d'octobre à décembre 2013.

Résultats

Nous avons analysé 60 questionnaires. Les professionnels sont 21,7% à rechercher systématiquement une consommation de tous les produits psychoactifs, seulement 26,7% d'entre eux recherchent une consommation de substances psychoactives chez le conjoint et 66,7% procède à un dépistage ciblé sur signe d'appel, et ce principalement sur signes non obstétricaux. Concernant les outils, ils sont seulement 13,3% à utiliser un test d'évaluation des consommations, en l'occurrence celui de Fagerström. En termes de prise en charge, 93,3% des professionnels interrogés adressent leurs patientes à des équipes spécialisées et 63,3% ne prescrivent pas de traitements substitutifs à la nicotine car ils ne connaissent pas les posologies. Ils sont respectivement 69% et 65,5% à déconseiller l'allaitement maternel en cas de consommation d'alcool ou de prise de médicaments de substitution aux opiacés.

Mots-clés : Grossesse, Addiction, Pratique professionnelle, Prise en charge, Sage-femme

Title and Abstract

Objective

To assess the practice of midwives and gynecologists-obstetricians in screening, identification, assessment and management of pregnant women with drug addiction.

Methods

Our study was conducted by questionnaire for midwives and gynecologists-obstetricians who work in Poissy Saint-Germain Hospital and around it.

Results and conclusion

We analyzed 60 questionnaires. Professionals are 21,7% to systematically seek a consumption of all psychoactive substances, only 26,7% of them are looking for a substance use among spouse and 66,7% conduct a targeted screening if there are signs of appeal, mainly on non-obstetric signs. The professionals are 13,3% to use an assessment of consumption test, only the Fagerström test. In terms of management, 93,3% of them send their patients to specialized teams and 63,3% do not prescribe nicotine replacement therapy because they do not know the dosage. They are respectively 69% and 65,5% to discourage breastfeeding in cases of alcohol or medication for opioid substitution.

Keyword : Pregnancy, Substance Abuse, Professionnal Practice, Management, Midwives



1 Introduction

L'addiction est définie comme un trouble caractérisé par un processus récurrent comprenant un comportement de consommations répétées de produits psychoactifs jusqu'à l'installation progressive d'une dépendance s'accompagnant de signes de sevrage et d'un besoin compulsif de consommer en dépit des conséquences négatives.

A l'origine d'une addiction, il y a soit une conduite de recherche de sensation et de plaisir soit une tentative répétée de régulation des tensions et de réparation des blessures. Ces conduites deviennent pathologiques quand elles n'apportent plus les satisfactions attendues, qu'elles provoquent des dommages et que l'utilisateur perd ses capacités à jouir de la vie dans une compulsion de répétition.

Les produits psychotropes à l'origine d'addiction sont nombreux, licites ou illicites : tabac, alcool, cannabis, cocaïne, opiacés, amphétamines, et médicaments psychotropes (benzodiazépines principalement). Il peut s'agir de consommation d'une seule substance ou bien d'une poly-consommation. Il est également admis l'existence nosographique d'addiction sans produit : troubles du comportement alimentaire, jeux d'argent, écrans.

Complexe, la prise en charge des personnes ayant des conduites addictives l'est d'autant plus chez la femme enceinte où les santés maternelles et fœtales sont en jeu. Il nous a alors paru utile de faire un état des lieux sur les prises en charge proposées par les spécialistes de la périnatalité. Ce travail reflète cette interrogation.

Après avoir, dans un premier temps, effectué une revue de la littérature, nous exposerons nos résultats de l'enquête auprès des professionnels sur ces prises en charge. Ces résultats seront analysés dans une troisième partie. Enfin en conclusion nous proposerons une modification de la partie du dossier obstétrical sur les conduites addictives.



1.1 Epidémiologie

Le tabac est le produit d'addiction licite le plus consommé en France. Dans la population générale, nous comptons 29,1% de fumeurs quotidiens¹. L'Enquête Nationale Périnatale de 2010² montrait une prévalence de fumeuses quotidiennes avant le début de leur grossesse s'élevant à 30,5% et une prévalence de fumeuses quotidiennes à l'accouchement s'élevant à 17,1%. Dans une enquête européenne sur la santé périnatale, la France est le pays d'Europe où la prévalence des femmes enceintes qui fument pendant toute leur grossesse est la plus élevée³. Malgré le décret de 2006 interdisant de fumer dans les lieux publics, le tabagisme passif reste un problème de santé publique puisque 19,4% des non fumeurs déclarent y être exposés à domicile⁴, les femmes enceintes y étant elles aussi confrontées.

L'alcool, deuxième produit d'addiction licite le plus consommé avec 8,8 millions d'usagers réguliers⁵, est culturellement et socialement intégré. Les femmes en âge de procréer (18-34 ans) sont moins de 1% à consommer quotidiennement des boissons alcoolisées⁴. Dans une enquête de 2005, portant sur les femmes enceintes, 11% déclaraient avoir consommé de l'alcool au cours de la semaine précédant l'enquête⁶.

Le « binge drinking », correspondant à la consommation d'au moins cinq verres d'alcool en une occasion (nommé, en France, épisode d'Alcoolisation Ponctuelle Importante, API) est un phénomène de plus en plus courant en France. Dans une étude multicentrique⁷, 13,7% des femmes enceintes déclaraient un épisode de « binge drinking » pendant leurs grossesses et 5,3% déclaraient une consommation régulière d'un verre au moins une fois par semaine.

Paul Lemoine est le premier pédiatre à avoir décrit le Syndrome d'Alcoolisation Foétale (SAF) en 1968 : « *C'est un faciès très particulier, une hypotrophie staturo-pondérale considérable, une grande fréquence de malformations et de perturbations psychomotrices* ». Avec un nombre de 1144 à 1602 SAF diagnostiqués au Canada tous les ans, le coût en terme de prise en charge, qui n'a jamais été évalué en



France, s'élèverait de 3,6 millions et 5,2 millions de dollars (estimation basse) à 5 millions et 7,3 millions de dollars (estimation haute) par an⁸.

Le SAF toucherait 700 à 3 000 nouveau-nés par an sur les 750 000 naissances annuelles en France et serait la 1^{ère} cause non génétique de retard mental évitable⁹.

Une étude¹⁰ s'est attachée à décrypter les connaissances des Français sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse et l'évolution de celles-ci entre 2004 et 2007. Ils étaient 33% à penser qu'il était conseillé de boire un verre de vin de temps en temps pendant la grossesse (pourcentage égal en 2004), 32,1% à penser que les risques apparaissaient à partir d'une consommation quotidienne (40% en 2004) et seulement 31,8% (21% en 2004) à savoir qu'il n'existait pas de consommation d'alcool sans risque pour le fœtus. Cette amélioration des chiffres, qui n'est toujours pas idéale, peut être expliquée par les actions mises en place par l'Etat par l'Article L3311-3 du Code de Santé Publique en Aout 2004 relatif à la campagne de prévention du SAF et l'Article L3322-2 du Code de Santé Publique datant d'Octobre 2006 relatif au message à caractère sanitaire préconisant l'absence de consommation d'alcool par la femme enceinte, et l'Arrêté du 2 Octobre 2006 relatif à l'obligation de la présence du pictogramme « pas d'alcool pendant la grossesse » sur les étiquettes de toutes les boissons alcoolisées.

Le cannabis est le produit illicite le plus consommé en France avec 1,2 million de consommateurs quotidiens et 4% des jeunes femmes entre 18 et 25 ans sont des usagères quotidiennes de cannabis⁵. La prévalence d'usage de cannabis chez la femme enceinte reste inconnue en France. Les seules données dont nous disposons sont nord-américaines et estimeraient la prévalence de l'usage de cannabis pendant la grossesse entre 10% et 30%¹¹.

Six pour cent des femmes âgées de 18-25 ans et 8% de celles âgées de 26-34 ans auraient déjà expérimenté l'usage de cocaïne¹², 2^{ème} produit illicite le plus consommé.

Nous ne disposons pas de donnée concernant la prévalence des femmes enceintes consommant de la cocaïne pendant leur grossesse. Mais il est noté chez les femmes



consommatrices de cocaïne une fréquence plus accrue de poly-consommation, de situations sociales défavorables, de suivi de grossesse insuffisant et d'infections sexuellement transmissibles¹³.

L'incidence des femmes enceintes héroïnomanes actives ou sous médicaments de substitution aux opiacés (MSO) est d'environ 0,3%¹⁴. Quarante-vingt seize pour cent de ces femmes consommaient plusieurs autres substances en plus des opiacés¹⁴ (les trois principales étant le tabac, le cannabis et les benzodiazépines). Le taux de grossesses non désirées chez les usagères d'héroïne est supérieur à 80%¹⁵ (31% à 47% dans la population générale) et les découvertes de grossesse sont souvent tardives (aménorrhées chez les héroïnomanes), ne facilitant pas le suivi de ces grossesses à risque.

1.2 Mécanisme et physiopathologie des substances

Les deux principales substances toxiques contenues dans la fumée de cigarette et responsables de complications obstétricales et fœtales sont le monoxyde de carbone et la nicotine.

Le monoxyde de carbone (CO) se fixe à l'hémoglobine maternelle et fœtale avec une forte affinité, ce qui entraîne une diminution de l'oxygénation du sang fœtal. Quant à la nicotine, ses effets vasoconstricteurs altèrent la circulation materno-fœtale. Ces mêmes effets vasoconstricteurs sont aussi retrouvés dans la cocaïne par action stimulante sur le système nerveux sympathique.

Les mécanismes impliqués dans la survenue de l'embryo-foetopathie alcoolique sont une inhibition de la prolifération, de la différenciation et de la migration neuronale, une action inhibitrice sur certains neurotransmetteurs en particulier les NMDA-glutamate et activation des récepteurs GABA provoquant une dégénérescence neuronale par apoptose pendant la synaptogénèse (6^{ème} mois de grossesse)¹⁶. Une étude sur l'animal montre un taux d'apoptose de 5% à 30% si exposition in-utéro à l'alcool contre 0,13% à 1,55% si non-exposition in-utero : le taux

d'apoptose dépendant de la quantité d'alcool ingéré et de la durée pendant laquelle elle était ingérée¹⁷.

Les deux autres mécanismes sont, une influence négative sur la synthèse de l'acide rétinolique, lui même modulateur des gènes HOX architectes du cerveau primitif et une cytotoxicité au niveau des cellules trophoblastiques par activation des voies de l'apoptose entraînant des altérations fonctionnelles du placenta (cytotoxicité aussi retrouvée dans les neurones du SNC)¹⁶.

Le composant actif du cannabis est le THC. Ce dernier passe la barrière placentaire¹⁸. Des récepteurs cannabinoïdes se trouvent au niveau du cerveau (y compris foetal) mais aussi au niveau du placenta expliquant ainsi la diminution de la perfusion utéroplacentaire et donc une réduction de la croissance foetale¹⁹.

Le métabolisme de la cocaïne est modifié pendant la grossesse¹³. Le bas poids moléculaire et les propriétés chimiques de la cocaïne permettent un passage transplacentaire rapide par simple diffusion. L'activité de la cholinestérase plasmatique diminuant physiologiquement pendant la grossesse, cela entraîne une diminution de la métabolisation de la cocaïne en composé inactif et une augmentation de la métabolisation en norcocaïne. Une inhibition de la recapture de norépinephrine par la cocaïne est également observée, provoquant une diminution du flux sanguin utérin et placentaire entraînant une vasoconstriction placentaire et donc une insuffisance utéroplacentaire, une hypoxie et une acidose foetale. La cocaïne a également un rôle vasoconstricteur directement sur le foetus.

Une augmentation de la contractilité du myomètre utérin est observée chez les patientes consommant de la cocaïne. Cette complication est expliquée par la stimulation des récepteurs alpha adrénergiques du myomètre liée à l'augmentation des catécholamines circulantes, l'inhibition de la liaison aux récepteurs bêta adrénergiques, l'altération de la production de prostaglandines et la mobilisation intracellulaire du calcium¹³.



1.3 Complications

1.3.1 Complications obstétricales

Les complications obstétricales liées à la consommation de tabac seraient : des hémorragies, des fausses couches spontanées (FCS), des grossesses extra-utérines (GEU), des placentas praevia et des décollements placentaires, des accouchements prématurés (AP) avec ou sans une rupture prématurée des membranes (RPM)²⁰.

Une consommation d'alcool pendant la grossesse peut entraîner des FCS, des MAP et des HRP²¹.

Les complications obstétricales liées à la consommation de cannabis seraient des FCS, des placentas praevia et des MAP¹⁹. Il est cependant difficile de les identifier en raison du tabac, souvent consommé avec le cannabis, qui devient donc un facteur confondant.

La consommation de cocaïne aurait comme conséquence¹³ : des fausses couches tardives (FCT), des hématomes rétro-placentaires (HRP) (incidence 3%), des placentas praevia (le risque est 2,3 à 4 fois celui de la population générale), des RPM. Il n'y aurait pas plus d'AP que dans la population générale si le suivi de la grossesse est bon. Ces complications dépendent de la dose consommée, de la fréquence et de la durée des consommations, et de l'âge gestationnel au moment de la consommation. Le risque relatif de complication est de 4,55¹³.

Les signes cliniques d'une intoxication aiguë à la cocaïne peuvent être semblables à ceux d'une crise d'éclampsie¹³ : hypertension artérielle, protéinurie et convulsions, sans anomalies du bilan sanguin retrouvées.

Des FCS, des infections à risque de transmission materno-foetale (VIH, VHC, HBV) et des MAP (le manque provoquant des épisodes de contractions utérines) sont retrouvées chez des patientes consommant des opiacés²².

Dans une méta-analyse, la principale complication obstétricale retrouvée d'une consommation d'amphétamines serait l'AP²³.

1.3.2 Complications fœtales et néonatales

1.3.2.1 Tabac

Dans une étude sur l'exposition in-utero au tabac, le poids moyen de naissance des nouveau-nés dont la mère a arrêté de fumer pendant sa grossesse (3556g) est semblable à celui des nouveau-nés dont la mère ne fumait pas (3464g) alors qu'il est significativement inférieur de 11% chez les nouveau-nés dont les mères ont fumé toute la grossesse (3162g)²⁴.

Une diminution du poids de naissance (PN) est aussi observée chez les nouveau-nés dont les mères ont été exposées au tabagisme de leur conjoint (tabagisme passif) : diminution de l'ordre de 9% du PN si la consommation du conjoint est d'un paquet de cigarettes fumées par jour par rapport aux nouveau-nés dont les mères n'ont pas été exposées au tabagisme passif²⁵.

Ces deux études prouvent le lien entre le tabagisme actif ou passif et la diminution du PN et donc les retards de croissance intra-utérin (RCIU).

La mort subite du nouveau-né (MSN) est aussi corrélée au tabagisme de la mère pendant la grossesse particulièrement si la consommation était supérieure à 10 cigarettes par jour mais aussi corrélée au tabagisme passif.

L'effet vasoconstricteur du tabac explique le risque d'hypoxie fœtale et donc de mort fœtale in-utéro (MFIU). Dans une étude étudiant les conséquences du tabagisme actif ou passif de la mère, le pourcentage d'anomalies du rythme cardio-fœtal (ARCF) est multiplié par quatre pour un tabagisme maternel à partir de 10 cigarettes par jour²⁵.



Un syndrome de sevrage néonatal (SSNN) tabagique, similaire à celui aux opiacés, peut être observé. Et le risque pour que l'enfant soit hyperactif est trois fois plus élevé si il a été exposé in-utéro au tabac²⁶.

1.3.2.2 Alcool

L'alcool éthylique et son métabolite l'acétaldéhyde sont des substances « tératogènes ».

Il a été décrit un ensemble de troubles causés par l'alcoolisation foetale regroupant le SAF complet ou partiel, les troubles neuro-développementaux liés à l'alcool (TNDLA) et les anomalies congénitales liées à l'alcool (ACLA)²⁷.

A l'échographie, des signes peuvent être évocateurs de syndrome d'alcoolisation foetale²⁸ : des os longs courts (longueur fémorale (LF) inférieure au 5^{ème} percentile) au 2^{ème} trimestre, une diminution significative du rapport périmètre crânien (PC)/périmètre abdominal (PA) et du diamètre transcerebelleux, une dysgénésie du corps calleux, des cardiopathies (anomalies septales, transposition des gros vaisseaux, tétralogie de Fallot), des malformations rénales et intestinales, un RCIU harmonieux ou un syndrome dysmorphique évocateur.

Les critères diagnostiques du syndrome d'alcoolisation foetale complet sont²⁷ :

- Une exposition prénatale à l'alcool confirmée
- Un retard de croissance prénatal ou postnatal (au moins un des aspects suivants) poids ou taille à la naissance $\leq 10^{\text{ème}}$ percentile pour l'âge foetale, taille ou poids $\leq 10^{\text{ème}}$ percentile pour l'âge ou rapport poids/taille trop faible
- Une dysmorphie faciale (présence simultanée des trois anomalies faciales suivantes) : fentes palpébrales étroites, filtrum lisse convexe avec disparition des piliers et de la gouttière médiane et la lèvre supérieure mince
- Une atteinte du système nerveux central (SNC) (avec au moins un des trois troubles suivants) : troubles neurologiques légers et profonds, microcéphalie



ou malformations cérébrales, déficience mentale, difficultés dans l'apprentissage scolaire, troubles de la communication, déficience des fonctions exécutives, troubles de la mémoire, de l'attention, des facultés d'adaptation et des conduites sociales

- S'y associent parfois des malformations telles que cardiaques (CIV, CIA), rénales, du squelette, des organes génitaux (hypospadias), oculaires (microphthalmie), auditives (implantation basse), faciales (fentes labiales et/ou palatines).

Le SAF partiel se définit par une exposition prénatale à l'alcool confirmée ou très probable et s'y associent des éléments de dysmorphie faciale et surtout un dysfonctionnement cérébral²⁷.

Les troubles neuro-développementaux liés à l'alcool (TNDLA) se définissent par une exposition prénatale à l'alcool confirmée ou très probable et des atteintes du SNC avec au moins trois des troubles décrits dans le cadre du SAF²⁷.

Ces troubles peuvent survenir pour des alcoolisations prénatales modérées et encore plus souvent lorsque la grossesse a été émaillée de crises d'ivresse.

Les anomalies congénitales liées à l'alcool (ACLA) se définissent par une exposition prénatale à l'alcool confirmée ou très probable et des malformations congénitales (uniquement dues à l'alcool)²⁷.

Les facteurs modulant les risques de complications fœtales et néonatales seraient l'intensité des pics d'alcoolémie, le moment précis du/des pics pendant la grossesse, et la durée d'exposition²⁰.

Une étude a montré que l'échographie trans-fontanelle (ETF) pourrait servir au diagnostic d'exposition anténatale à l'alcool¹⁷. Réalisée en période post-natale (maximum 17 semaines de vie), une baisse significative de l'angle entre le grand axe du corps calleux et le bulbe terminal serait retrouvée chez les nouveau-nés exposés in utero à l'alcool.



Le SSNN, suite à une exposition in-utéro à l'alcool, se traduirait par le tableau clinique suivant : apnées ou bradypnées centrales, hypoglycémie, hyperexcitabilité, trémulations, pleurs inconsolables, troubles du sommeil, de la succion et de la déglutition²⁹.

1.3.2.3 Cannabis

Le cannabis n'a pas d'effet tératogène. Mais, lui aussi étant un vasoconstricteur puissant, des complications foétales et néonatales telles que des RCIU, des poids, tailles et périmètres crâniens à la naissance diminués peuvent être observés. Ces complications sont aussi la conséquence du monoxyde de carbone liée à la combustion du cannabis. Sa concentration est six fois plus élevée que dans celle d'une cigarette³⁰.

1.3.2.4 Cocaïne

Dans une étude 29,4% des nouveau-nés exposés in-utéro à la cocaïne sont hypotrophes versus 13,5% des nouveau-nés non exposés. Le PN serait diminué de 536g, la taille à la naissance de 2,6cm et le PC à la naissance de 1,5cm³¹.

La cocaïne a aussi un effet délétère sur le cerveau¹³ : microcéphalie et malformations cérébrales (anomalies de la prolifération et de la migration neuronale) sont retrouvées chez les nouveau-nés exposés in utero à la cocaïne.

Ces derniers nécessitent plus de gestes de réanimation que les nouveau-nés non exposés (10,6 versus 7,3%)³¹.

La cocaïne n'entraîne pas de SSNN mais un syndrome d'imprégnation transitoire chez un tiers des nouveau-nés se traduisant par des trémulations, des cris aigus, une irritabilité et une hypersuccion ne nécessitant pas obligatoirement de traitement³¹.

Dans l'exposition in-utéro à la cocaïne tout comme dans celle à l'alcool, l'ETF pourrait montrer un intérêt. En effet dans une étude portant sur l'échographie chez les nouveau-nés exposés à la cocaïne in-utéro 34,9% présenteraient des kystes

sous épendymaires, des hémorragies sous épendymaires, et des kystes du plexus choroïdes³².

1.3.2.5 Opiacés

Aucun effet tératogène n'a été décrit chez les fœtus exposés in-utéro aux opiacés. Cependant dû à l'effet vasoconstricteur des opiacés, des anoxies fœtales voir des MFIU ainsi que des RCIU ont pu être observés. La complication néonatale principale est le SSNN aux opiacés²⁰.

Les MSO, pour les femmes enceintes opiodépendantes, qui n'ont pas d'effet tératogène, permettent de prévenir les variations d'opiacés dans la circulation materno-fœtale. Mais ces traitements ne préviennent pas les SSNN, qui peuvent quand même être observés.

Le SSNN est traduit par le tableau clinique suivant²⁰ :

- Sur le plan neurologique : trémulations, agitation, hyperréactivité, lésions cutanées de frottement, cris aigus, troubles du sommeil, myoclonies, convulsions vraies (rares)
- Sur le plan digestif : troubles de la succion, vomissement, diarrhée
- Sur le plan respiratoire : tachypnée irrégulière, apnées, rhinorrhées, éternuements, bâillements

Pour évaluer la sévérité du SSNN, deux échelles sont utilisées : le score de Finnegan³³ (Annexe I) avec 21 critères et le score de Lipsitz³⁴ (Annexe II) avec 11 critères. Un traitement sera mis en place si un des deux scores est supérieur à 8-10¹⁵.

D'après une revue de la Cochrane Library : le traitement initial du SSNN se fait à base d'opiacés pour réduire l'incidence des convulsions³⁵ et il est possible d'ajouter un sédatif (le phénobarbital, préférable au diazépam) pour réduire l'intensité du sevrage³⁶. Dans une étude européenne³⁷, 78,5% des centres hospitaliers français ayant répondu à l'enquête prescrivaient du chlorhydrate de morphine en première



intention (bien que n'ayant pas l'autorisation de mise sur le marché pour traiter les syndromes de sevrage néonatal).

Il a été prouvé dans une étude³⁸, que la durée du traitement et d'hospitalisation sera plus faible si le nouveau-né est traité auprès de sa mère dans une Unité Kangourou, que si il est traité en unité de néonatalogie séparé de sa mère.

La survenue du SSNN serait plus tardive chez les nouveau-nés dont la mère est sous méthadone (MTD) comme MSO que chez ceux dont la mère est sous buprénorphine haut dosage (BHD) (80h versus 66h)³⁹. Le taux de SSNN sous BHD serait plus faible que sous MTD et moins sévère. Il faut cependant noter que ces résultats ne sont pas retrouvés dans toutes les études³⁹.

Si la mère a consommé des benzodiazépines, en plus d'opiacés ou de MSO, une augmentation significative de la probabilité de recourir à un traitement et une augmentation de la durée du traitement du SSNN (+14,4 jours de traitement) seront retrouvées⁴⁰.

1.3.2.6 Amphétamines :

Dans une méta-analyse, des RCIU et des hypotrophies (-279g par rapport à la population non exposée) ont été décrites comme complications fœtales et néonatales⁴¹.

1.4 Repérage et évaluation des conduites addictives

1.4.1 Outils

L'outil principal utilisé pour le repérage et l'évaluation des conduites addictives est la déclaration de la patiente. Mais cette dernière peut, pour différentes raisons, omettre de déclarer une éventuelle addiction au professionnel face à elle. Soit de manière volontaire par peur du jugement ou des conséquences, principalement celle de voir son enfant lui être retiré à la naissance. Elle peut aussi le faire de manière involontaire car elle n'est pas consciente que cette conduite est addictive et nocive.



Dans une étude portant sur l'analyse des métabolites de la cocaïne dans le méconium des nouveau-nés, 1,6% des nouveau-nés dépistés positifs étaient nés de mères n'ayant déclaré aucune consommation³¹.

Il est important aussi pour le professionnel de santé prenant en charge des femmes enceintes de savoir repérer les patientes à risque. Des antécédents de troubles psychopathologiques, des antécédents d'usage ou de mésusage de produits alcoolisés, une consommation de tabac, voire un traitement de substitution aux opiacés, une précarité sociale, des antécédents d'enfants nés avec un SAF (le risque de récurrence s'élève à 80%), des séquelles personnelles d'un SAF, des antécédents familiaux de dépendance à l'alcool, doivent être identifiés par le professionnel de santé comme facteurs de risque d'une éventuelle consommation d'alcool persistante²⁸.

Le CO testeur permet d'évaluer le dosage du monoxyde de carbone dans l'air expiré et donc l'intoxication récente par la fumée de tabac, aussi bien par tabagisme actif que passif. La mesure du CO expiré est simple et rapide²⁵ :

« la parturiente prend en main le CO analyseur sur lequel on ajuste un embout jetable individuel en carton ; elle inspire et reste en apnée pendant 10 secondes puis expire lentement et le plus longtemps possible pour vider ses poumons afin que la cellule de mesure de l'analyseur de CO soit mis en contact de l'air alvéolaire. La lecture est immédiate ; l'appareil indique le taux de CO instantané de l'air alvéolaire exprimé en particules par million (ppm) de particules d'air ».

Une valeur entre 0 ppm et 5 ppm est retrouvée chez les non-fumeurs. Le tabagisme passif ou un fumeur peu fréquent peut avoir une valeur entre 5 ppm et 10 ppm. Au dessus de 10 ppm le tabagisme est actif : entre 15 ppm et 25 ppm environ 20 cigarettes fumées par jour, et entre 50 ppm et 80 ppm environ 60 cigarettes fumées par jour⁴². La conférence de consensus, « grossesse et tabac », de 2004 a affirmé que le CO testeur est un outil facilement utilisable au cours de toute consultation pré ou post-natale⁴³. Cependant dans une étude portant sur les pratiques



professionnelles en matière de prise en charge du tabagisme pendant la grossesse, seules 5% des maternités interrogées disposent d'un équipement optimal en CO testeur (c'est à dire un appareil pour 200 accouchements) et 41% d'aucun CO testeur⁴⁴.

Le professionnel de santé peut également utiliser, pour évaluer l'importance des conduites addictives, différents questionnaires en fonction des produits recherchés. Si la patiente a une consommation active ces questionnaires permettent d'évaluer le niveau de soins.

Le test de Fagerström⁴⁵ (Annexe III) évalue essentiellement la dépendance physique à la nicotine. Il repose sur six questions dont les résultats donneront un score total allant de 0 à 10. Il n'existe pas de dépendance si le score est compris entre 0 et 2, une dépendance faible entre 3 et 4, une dépendance moyenne entre 5 et 6, et une forte à très forte dépendance entre 7 à 10.

Le DETA (Annexe IV) (Diminuer-Entourage-Trop-Alcool) équivalent du CAGE (Cut down - Annoyed-Guilty - Eye opener) en anglais, est un questionnaire composé de quatre questions à réponse binaire (oui/non). Une réponse positive à deux questions est un bon critère prédictif d'un problème de consommation d'alcool. Sa sensibilité est de 75% et sa spécificité est de 90%⁴⁶. Ce questionnaire est recommandé dans les pays anglo-saxons mais reste peu adapté en obstétrique²⁸.

L'AUDIT est un questionnaire permettant d'évaluer une addiction à l'alcool, actuelle ou antérieure à la grossesse. Il est composé de 10 questions. Si le score est supérieur à 9, une consommation nocive sera suspectée et s'il est supérieur à 13, une dépendance à l'alcool sera évoquée. Aucun seuil de score prédictif n'a pour l'instant été établi. Sa spécificité et sa sensibilité sont supérieures aux autres questionnaires, c'est pourquoi il est recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé, l'INSERM et la Société Française d'Alcoologie. Du fait de sa longueur, l'AUDIT ne semble pas être adapté à la pratique en obstétrique mais une adaptation, l'AUDIT-C (Annexe V) regroupant les trois premières questions, permet de quantifier le risque foetal⁴⁷.



Le T-ACE (Tolérance, Agacée, Diminuer, Boire au Réveil) (Annexe VI) est un questionnaire créé pour les professionnels de santé en périnatalité pour évaluer les conduites à risque en terme de consommation d'alcool. Il est composé de quatre items (T, A, C, E). Si le score est supérieur ou égal à deux, il existe un risque pour le fœtus. La sensibilité de ce test est de 70% et sa spécificité de 85%²⁸.

Le CAST (Cannabis Abuse Screening Test) (Annexe VII) est l'un des tests les plus utilisés en Europe pour évaluer une dépendance au cannabis. Il s'agit d'une échelle à six items, les modalités sont codées de 0 à 4. Un score inférieur à 3 traduit une absence de risque de dépendance ; un score entre 3 et 6, un risque faible ; et un score supérieur ou égal à 7, un risque élevé⁴⁸.

1.4.2 Marqueurs biologiques

Différents marqueurs biologiques, prélevés chez la mère ou chez le nouveau-nés peuvent être utilisés pour évaluer la consommation d'une patiente.

Le taux de gammaglutamyl-transférase (γ GT) n'est pas physiologiquement modifié pendant la grossesse. En cas d'alcoolisation chez la patiente, une élévation est prédictive d'effet de l'alcool sur le fœtus dans 61,5% des cas avec un risque relatif de 2,4. C'est un marqueur sensible d'alcoolisation chronique mais non spécifique²⁸.

Le volume globulaire moyen (VGM) est aussi un marqueur biologique pouvant attester d'une alcoolisation, principalement si il est compris entre 92% et 95%²⁸ mais reste non spécifique.

La Carbonate Deficient Transferrin (CDT) est spécifique d'une consommation chronique d'alcool mais elle est augmentée physiologiquement par la grossesse, rendant donc son utilisation non pertinente chez les femmes enceintes.

Bien que non utilisé en routine, le dosage des éthyl-esters d'acide gras dans le méconium des nouveau-nés serait un marqueur attestant d'une alcoolisation pendant la grossesse⁴⁹.

La consommation de cocaïne et son principal métabolite, le benzoecgogine, peuvent être détectés dans l'urine maternelle (prise récente dans les trois à cinq jours), l'urine et le méconium du nouveau-né (en cas de consommation dans la deuxième moitié de la grossesse ; les concentrations y sont plus élevées que dans les urines), les cheveux de la mère ou du nouveau-né (la sensibilité est trois à quatre fois supérieure à celle dans l'urine)¹³.

1.5 Prise en charge des conduites addictives

Les conduites addictives se déclinent en :

- Usage simple, quand il est socialement réglé et sans dommage,
- Usage à risque, quand il peut entraîner des dommages (grossesse, conduites d'engins, troubles caractériels),
- Usage nocif, quand il y a présence de dommages physiques, psychiques et sociaux,
- Dépendance quand il y a une quasi-impossibilité à s'arrêter.

Même si un usage à risque ou nocif n'évolue pas obligatoirement vers une dépendance et si, comme tous les professionnels de santé le savent, l'état de grossesse rend l'usage de fait à risque, il est utile et nécessaire pour ceux-ci de repérer et d'intégrer ces différents modes de comportements afin d'adapter la prise en charge. Cette approche permet des actions de repérage précoce et de prévention, l'utilisation d'outils comme l'entretien motivationnel, les médicaments de substitution, mais aussi l'alliance thérapeutique, le soutien et l'accompagnement au changement.

La prise en charge d'une conduite addictive est pluridisciplinaire dans une approche médico-psychosociale. Elle ne se limite pas uniquement à la prescription de produits de substitution. Elle va tenter de réduire les risques.

1.5.1 Entretien motivationnel

L'entretien motivationnel⁵¹ consiste en un soutien de désir de changement ; une aide pour comprendre et gérer les processus de changement ; reconnaître, susciter et soutenir les désirs de changement ; encourager la motivation au changement ; faire preuve d'empathie ; influence favorablement le résultat de conseils ou de prescriptions (Annexe VIII). Il rentre dans la prise en charge globale de toutes les conduites addictives.

1.5.2 Traitements de substitution

En complément de l'entretien motivationnel et en présence d'une dépendance, les médicaments de substitution seront proposés pour obtenir l'arrêt ou la diminution des consommations.

Si le sevrage tabagique n'est pas possible en cas de forte dépendance malgré une prise en charge adaptée, il peut être envisagé la mise en place d'un traitement substitutif nicotinique quel que soit le terme de la grossesse, qui n'est pas différent de celui de la femme non enceinte, en utilisant des substituts disponibles sous différentes formes : timbres (patch), gommes, pastille sublinguales, inhalateurs, spray. Ces substituts, bien qu'eux aussi libèrent de la nicotine, permettent une diffusion linéaire en évitant les « pics » de nicotine de l'usage de la cigarette dans la circulation materno-foetale. Aucun effet malformatif ni foetotoxique n'ont été observés.

La maternité Louis Mourier, de Colombes, a mis en place un protocole de prescription des TSN (Annexe IX) afin d'aider les professionnels de périnatalité à en prescrire.

Grâce à la Mesure 10 du Plan Cancer 2009-2013, l'Assurance Maladie prend en charge les traitements par substituts nicotiques (TSN) à hauteur de 150€ par grossesse depuis le 1^{er} septembre 2011 (ce qui correspond à la prise en charge de trois mois de traitement de substitution).



Le bupropion et la varénicline, également utilisés dans le sevrage tabagique, ne sont pas indiqués chez la femme enceinte, il est préférable de ne pas les utiliser⁵².

Le grand intérêt de la mise en place d'un traitement de substitution aux opiacés (TSO) chez la femme enceinte opiodépendante est de stabiliser les patientes sur le plan médico-psychosocial. Il permet en particulier sur le plan neurobiologique une stabilisation de son taux d'opiacés. Il ne s'agit pas d'un sevrage puisque la dépendance aux opiacés est maintenue par les MSO pendant la grossesse. Ces MSO sont administrés afin de prévenir les épisodes d'anoxie fœtale lors des périodes de manque. Mais également leur mise en place favorise l'entrée de ces jeunes femmes en grande difficulté dans un parcours de soins permettant un meilleur suivi de leur grossesse, de faire diminuer les co-consommations et les risques de transmission verticale du VIH ainsi que de favoriser le lien mère-enfant. La seule complication qui ne peut pas être prévenue par les MSO est le SSNN, qui sera plus sévère et prolongée que sous héroïne.

Les MSO sont proposés aux opiodépendants depuis de nombreuses années non sans mal au début dans une méfiance partagée par les professionnels de la santé et les autorités. La première utilisation dans un cadre expérimental de la MTD date de 1973 ; en 1995 elle obtient l'autorisation de mise sur le marché ; et en 2008 la primo-prescription par les addictologues des centres spécialisés est étendue aux médecins hospitaliers, le relais pouvant se faire ensuite en médecine de ville. L'utilisation de la BHD (Subutex ®) comme MSO date, elle, de 1996 et peut être prescrite par tous les médecins, institutionnels et libéraux mais pas par les sages-femmes. Le premier MSO à avoir été prescrit aux femmes enceintes est la MTD. Mais depuis quelques années, la BHD peut, elle aussi, être prescrite. D'après une revue de 21 études par Johnson et al. en 2003, le traitement par BHD est très bien toléré et efficace chez les femmes enceintes⁵³.

Sur le plan clinique, il est nécessaire d'augmenter les posologies des MSO pendant la grossesse et de fractionner les prises, en particulier au troisième trimestre du fait de l'induction enzymatique hépatique et de l'augmentation de l'espace de



dilution¹⁵. Malgré le fait que certaines études décrivent un SSNN dépendant des doses de MTD reçues par la mère, les posologies doivent être ajustées au besoin de la patiente pour éviter de nouvelles consommations¹⁵. Il est également important de s'assurer la manière dont la patiente se procure son MSO : par ordonnance et dans le cadre d'un suivi ou dans la rue.

Les antagonistes aux opiacés (naloxone, naltrexone) ne sont pas indiqués pendant la grossesse¹⁵.

La prise en charge d'une patiente ayant des conduites addictives liées à l'alcool, le cannabis ou la cocaïne devra être réalisée dans le cadre d'un accompagnement spécialisé. Le sevrage sera conduit comme pour tout usager. Pour cela seront prescrits en outre pour diminuer le syndrome de sevrage des benzodiazépines, avec une préférence pour l'oxazépam chez la femme enceinte, à dose efficace minimale

1.6 Allaitement maternel

Les MSO ne sont pas une contre-indication à l'allaitement⁵⁴ (mais rappelons que si il existe une séropositivité au virus de l'immunodéficience humaine l'allaitement est fortement déconseillé). La concentration du MSO dans le lait maternel est faible et indétectable dans le plasma du nouveau-né. L'allaitement maternel diminue la sévérité, la durée et le besoin de traitement du SSNN en favorisant principalement le lien mère-enfant⁵⁵.

La tératogénicité de l'alcool pour le nouveau-né demeure dans les premiers mois de vie. Pour un pic d'alcoolémie à 0,3g/L dans le sang maternel, une concentration nulle d'alcool dans le lait sera obtenue 175 minutes après l'ingestion (la formule générale de décroissance étant de 90mg/h)²⁸. L'allaitement maternel peut être encouragé pour favoriser le lien mère-enfant et dans le cas de nouveau-né hypotrophe mais des conseils doivent être donnés à la mère en reprise d'usage de

boissons alcoolisées comme privilégier la consommation de produits alcoolisés juste après la tétée.

La promotion de l'allaitement doit être fait y compris auprès des mères fumeuses ou sous traitement substitutif nicotinique⁴³. Cependant il existe une corrélation entre la concentration de nicotine dans le lait et le moment où la patiente a fumé une cigarette. Le pic lacté de nicotine se produit 5 à 10 minutes après avoir fumé et 30 minutes après avoir utilisé une gomme sachant que la demi-vie de la nicotine est de 30 minutes à 2 heures. D'après les recommandations⁵⁶ il sera préférable d'utiliser des gommes plutôt que les timbres (la cinétique de ces derniers semble être moins adaptée à l'allaitement maternel au vu de la diffusion en continue par les timbres versus les pics de nicotine obtenus avec les autres TSN). La prise d'une gomme, d'une pastille, l'utilisation de l'inhalateur ou du spray doivent avoir lieu juste après la tétée (au moins deux heures avant la prochaine tétée). Les conseils donnés à la patiente qui continue de fumer sont à maintenir.

2 Matériel, méthodes et résultats

2.1 Matériel et méthodes

Afin de diminuer les conséquences obstétricales, fœtales et néonatales inhérentes aux conduites addictives, leurs prises en charge pluridisciplinaires en périnatalité sont capitales. Pourtant, elles ne semblent pas si faciles à mettre en place. Nous avons donc voulu faire un état des lieux des pratiques professionnelles dans le champ des addictions. Pour cela, trois hypothèses ont été posées :

- Les professionnels de santé en périnatalité évaluent systématiquement les consommations de tabac et/ou d'alcool chez la femme enceinte mais pas des autres produits psychoactifs.
- Les professionnels de santé en périnatalité au cours du suivi de la grossesse n'interrogent pas ou ne réinterrogent pas les patientes, sur leurs conduites addictives éventuelles en cas d'apparition de signes cliniques évoquant la consommation de produits psychoactifs.
- Les professionnels de santé en périnatalité manquent de connaissances pour prendre en charge leurs patientes dans le champ des addictions.

Les objectifs de cette étude sont d'évaluer les connaissances des professionnels de santé dans le domaine de l'addictologie et leurs pratiques professionnelles dans la prise en charge des pratiques addictives par rapport aux diverses recommandations.

Deux questionnaires ont été créés pour répondre à ces hypothèses. Le premier (Annexe X), comprenant 25 questions, a été distribué auprès des sages-femmes et des gynécologues obstétriciens du Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy Saint-Germain (CHIPS). Le second (Annexe XI) destiné au bassin libéral ne reprenait que 23 des 25 questions car deux, portant sur la diffusion des informations médicales

concernant le nouveau-né à la sortie de la maternité, étaient inadaptées à leur pratique professionnelle. Le retour des questionnaires s'est fait du 16 octobre au 31 Décembre 2013.

Pour les professionnels du CHIPS, une première diffusion par mail a été faite avec une relance le mois suivant. Au vu du faible nombre de réponses, une troisième relance a été nécessaire avec distribution du questionnaire directement dans les services sur une période d'un mois. Ont été ainsi obtenu au total 51 réponses sur 116 questionnaires distribués soit un pourcentage de réponse s'élevant à 44 %.

La diffusion pour les professionnels du bassin libéral s'est effectuée par mail pour les sages-femmes avec une relance au bout d'un mois : sept réponses ont été reçues sur 19 questionnaires diffusés soit un pourcentage de réponses de 37%. Quant aux gynécologues-obstétriciens de ville le questionnaire a été envoyé par courrier et trois sur les onze l'ont retourné, soit un pourcentage de réponse de 27%.

Au total, sur 146 questionnaires envoyés, 61 ont été récupérés soit 42%. Un seul questionnaire était inexploitable au vu du faible nombre d'items remplis.

Les résultats portent donc sur l'exploitation de 60 questionnaires. Les données ont été collectées sur 1 grille de recueil et analysées en utilisant le logiciel Excel.



2.2 Résultats

2.2.1 Population de l'étude

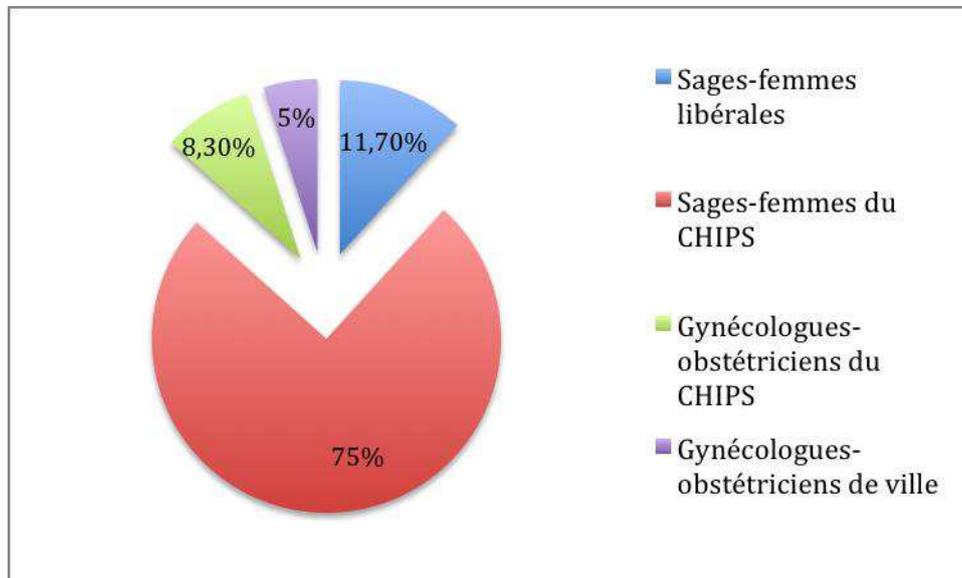
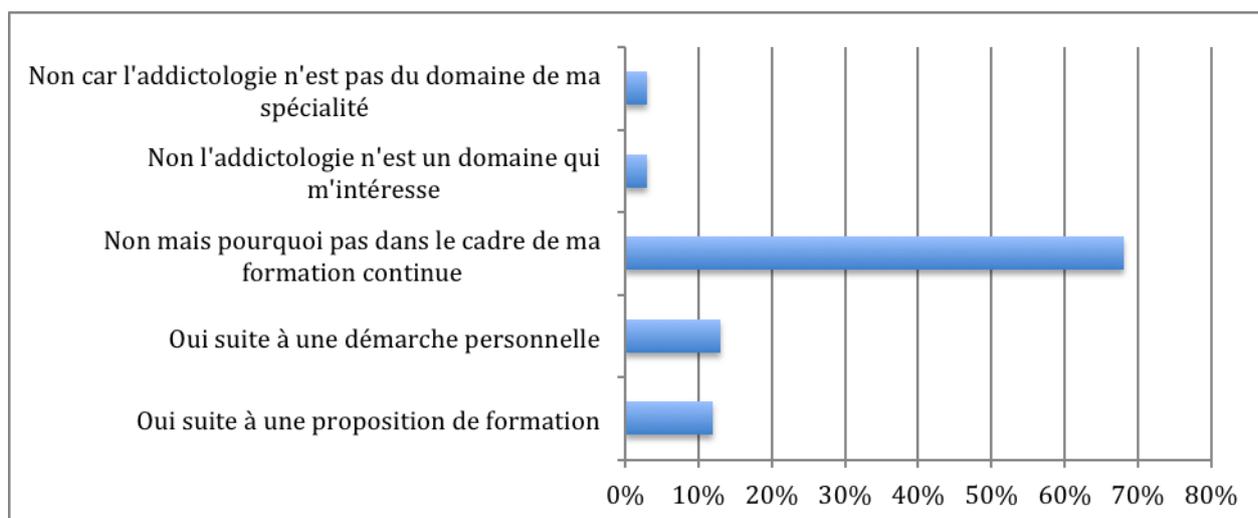


Figure 1 : Quelle est votre catégorie professionnelle ? (n=60)

Les professionnels ayant répondu sont à 86,7% des sages-femmes et 13,3% des gynécologues-obstétriciens.

2.2.2 Formation



*Figure 2 : Dans votre activité professionnelle, êtes-vous formé(e) en addictologie ?
(n=60)*

Vingt-cinq pour cent des professionnels sont formés en addictologie (11,7% suite à une proposition de formation et 13,3% dans le cadre d'une démarche personnelle). Soixante huit pour cent l'envisagent dans le cadre de leur formation continue et 6,6% déclarent que l'addictologie n'est pas un domaine qui les intéresse ou qu'elle ne relève pas de leur spécialité (3,3% respectivement).

Consommation de tabac	13
Consommation d'alcool	9
Consommation de produits illicites	9
Mésusage des médicaments psychotropes	2

Tableau 1 : Si vous êtes formé(e)s, pour quelles conduites addictives ? (n=15)

Aucun des professionnels formés ne l'est à toutes les conduites addictives liées aux substances, et le mésusage des médicaments psychotropes est celui pour lequel les professionnels sont le moins formés (2/15).

2.2.3 Dépistage et repérage

Dans leurs activités professionnelles, la totalité des praticiens déclare interroger et/ou repérer systématiquement les comportements addictifs éventuels de leurs patientes et juge que le repérage des patientes ayant des conduites addictives est utile en périnatalité.

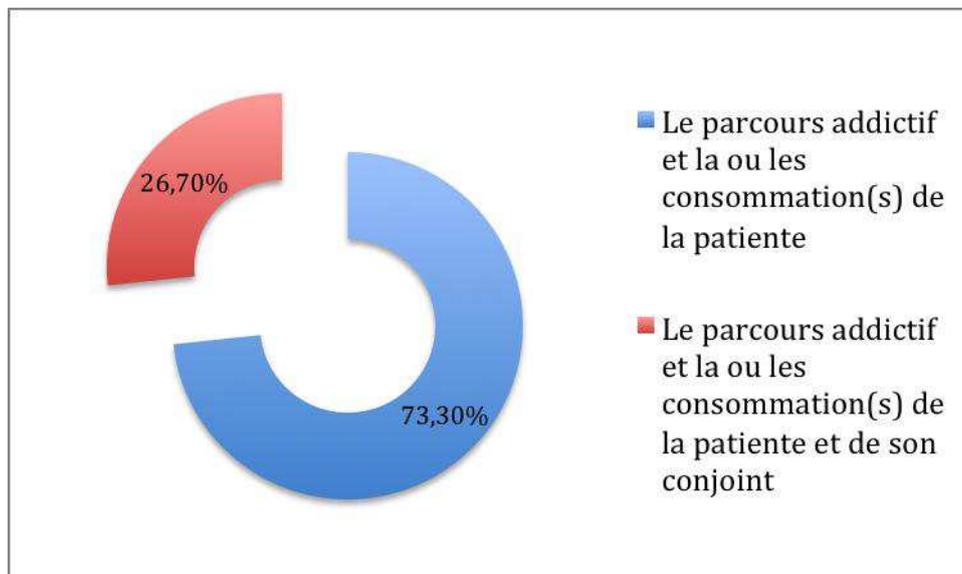
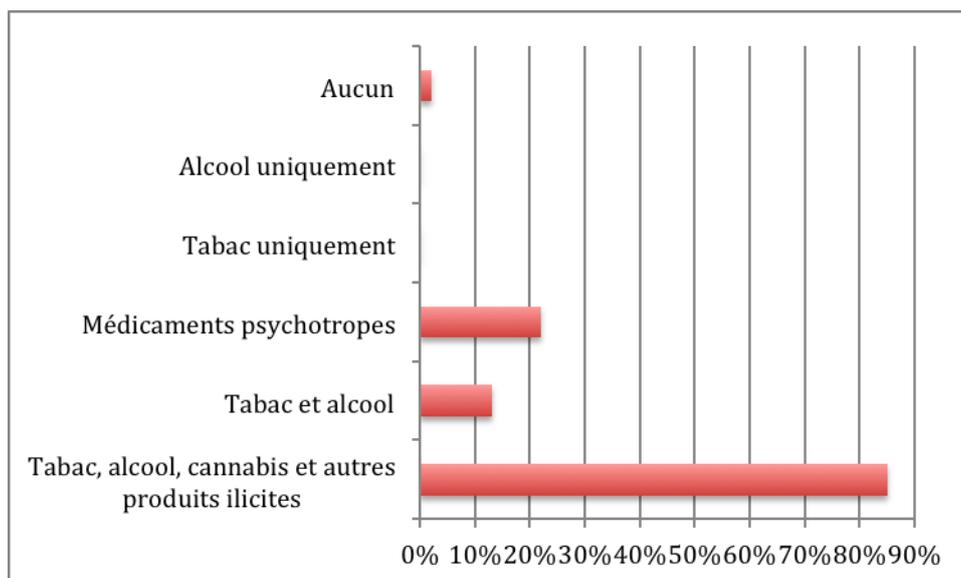


Figure 3 : *Evaluez-vous dans le cadre du dépistage systématique : (n=60)*

Dans le cadre du dépistage systématique, 73,3 % des professionnels évaluent le parcours addictif et la ou les consommations de la patiente uniquement.



*Figure 4 : La consommation de quels produits recherchez-vous systématiquement ?
(n=60)*

A la question sur le type de produits dont la consommation est recherchée systématiquement l'un d'entre eux déclare ne rechercher aucun des produits addictifs, 21,7% recherchent tous les produits puisque tous ceux qui dépistent une consommation de médicaments psychotropes recherchent tous les autres produits et 63,3% recherchent une consommation de tabac, d'alcool, de cannabis et d'autres produits illicites mais pas de médicaments psychotropes.

Sur les huit praticiens ne dépistant que les consommations de tabac et d'alcool, la totalité évoque comme raison principale un sujet difficile à aborder ; l'un d'eux évoque aussi un manque de temps tandis qu'un autre parle de la peur de ne savoir le prendre en charge.

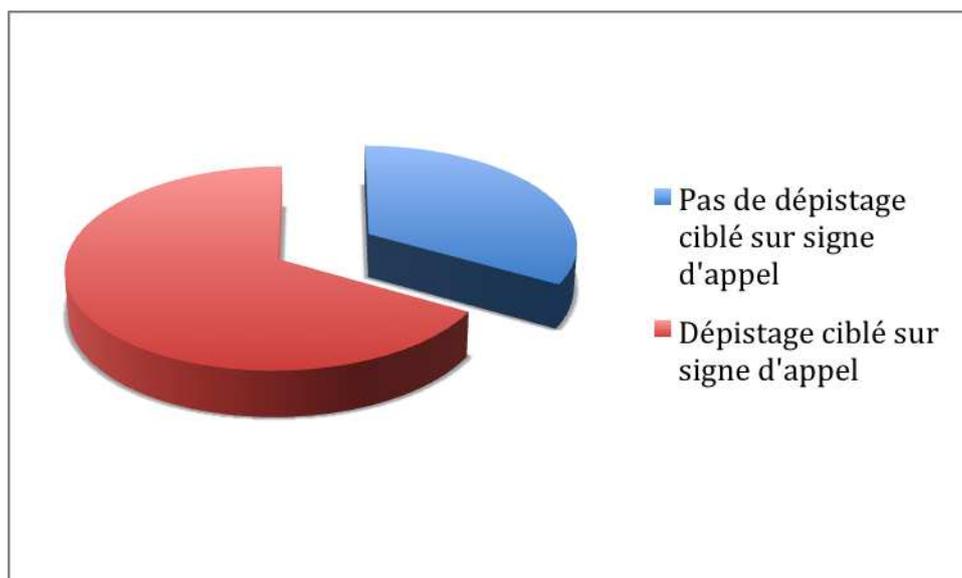


Figure 5 : Au cours de la grossesse, effectuez-vous un dépistage ciblé sur signe d'appel ? (n=60)

Les praticiens en périnatalité sont 66,7% à faire un dépistage ciblé sur signes d'appel.

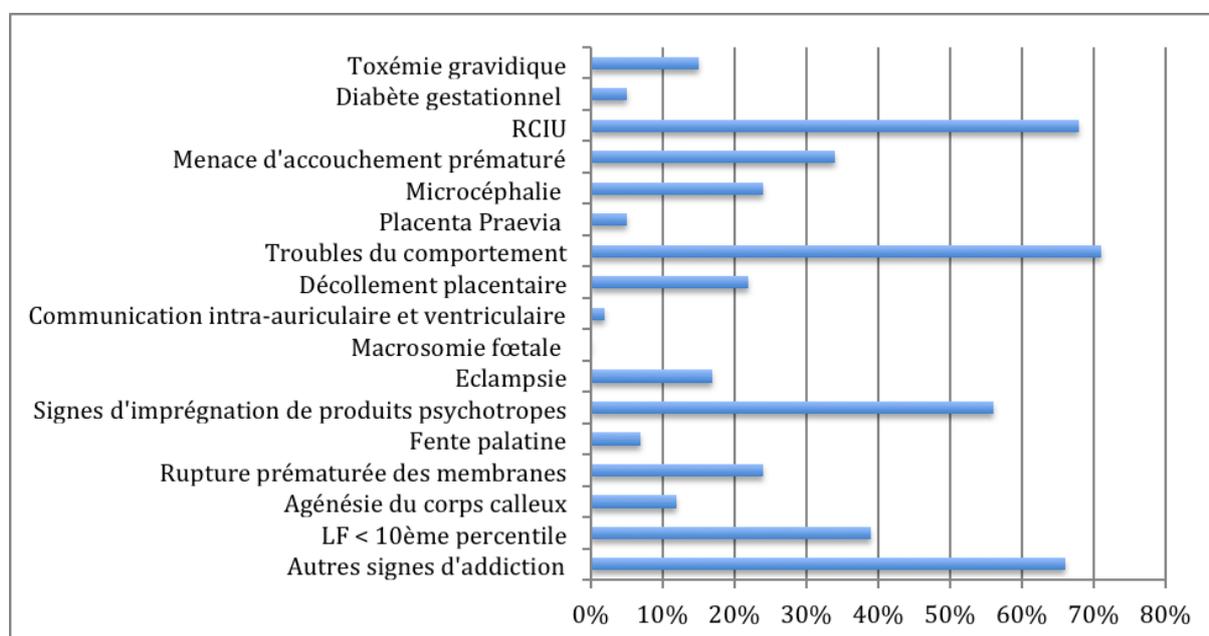


Figure 6 : Sur quels signes d'appel ? (n=41)



Les signes d'appel identifiés sont majoritairement un retard de croissance intra-utérin et des signes non obstétricaux du registre addictologique. Le diabète gestationnel, qui n'est pas une complication obstétricale d'une conduite addictive, est identifié par 4,9% des professionnels comme un signe d'appel d'un dépistage ciblé.

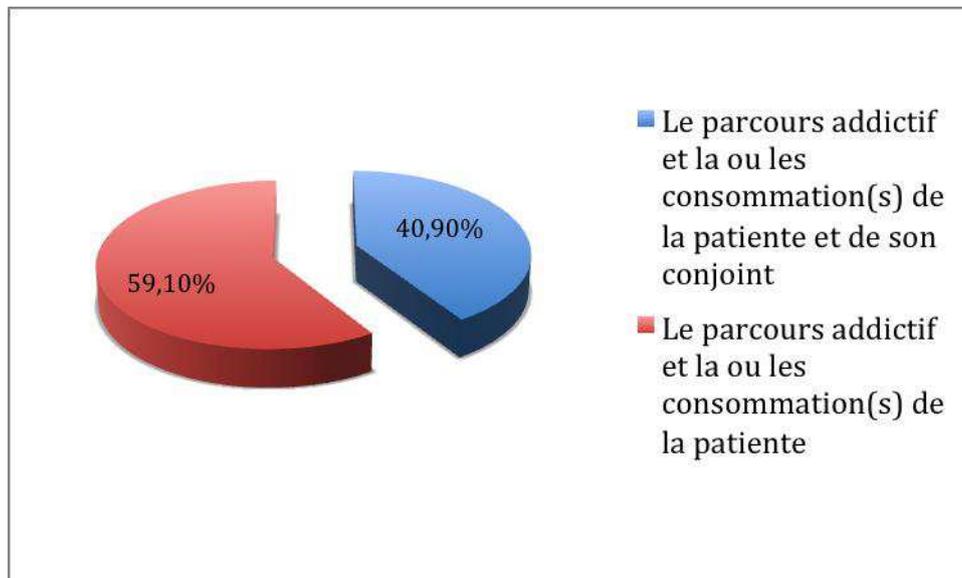


Figure 7 : Évaluez-vous dans le cadre du dépistage ciblé : (n=41)

Dans le cadre du dépistage ciblé, 59,1 % des professionnels évaluent le parcours addictif et la ou les consommations de la patiente uniquement.

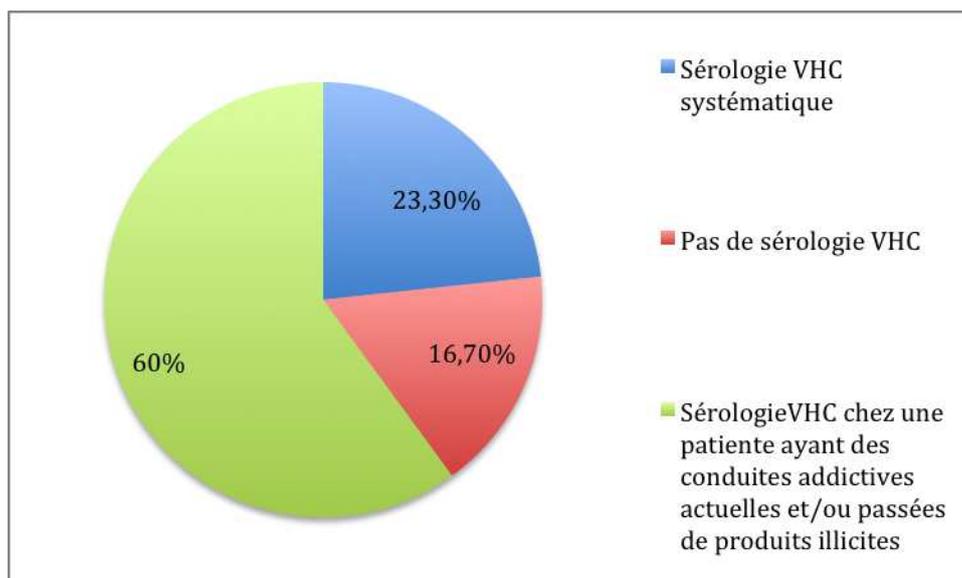


Figure 8 : Demandez-vous une sérologie Hépatite C ? (n=60)

Les professionnels sont 16,7% à ne pas prescrire de sérologie VHC, malgré la connaissance de conduites addictives actuelles et/ou passées de produits illicites chez leurs patientes.

2.2.4 Evaluation de la consommation

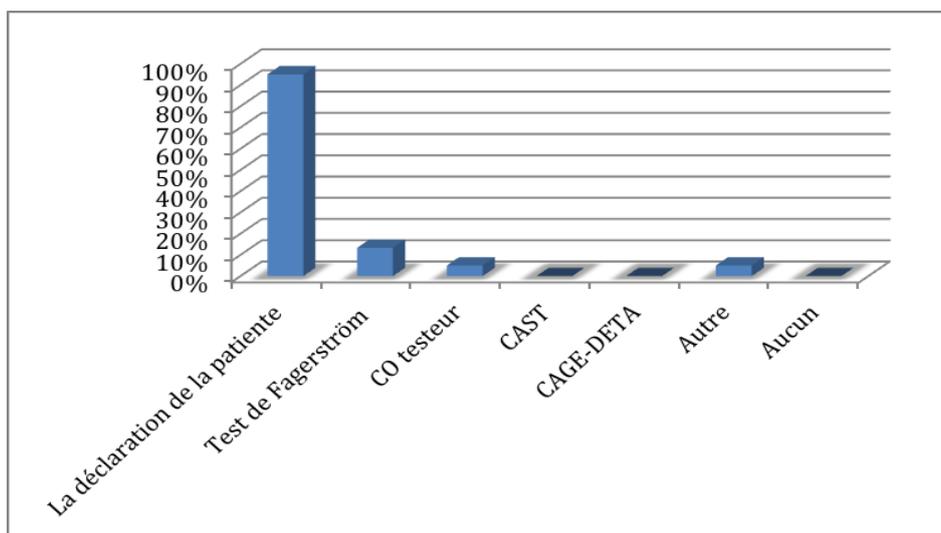


Figure 9 : Quels outils utilisez-vous pour évaluer la consommation d'une patiente ?

(n=60)

Les professionnels de santé se basent principalement sur la déclaration de la patiente pour évaluer ses consommations. Dans la réponse « autre » sont identifiés les dosages sanguins et urinaires.

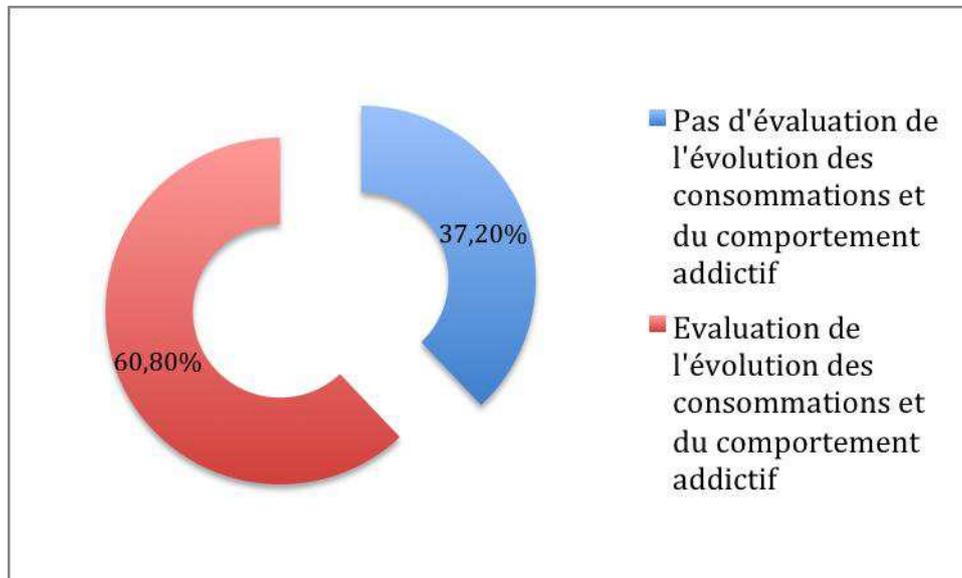


Figure 10 : Interrogez-vous à chaque consultation, les patientes sur l'évolution de leurs consommations et leur comportement addictif ? (n=60)

L'évaluation de l'évolution des consommations et du comportement addictif à chaque consultation est pratiquée à 60,8% et 43,3% des professionnels déclarent proposer un accompagnement à leurs patientes.

Dans la population libérale ils sont sept sur dix à l'évaluer à chaque consultation et 27 sur 50 au CHIPS.

2.2.5 Prise en charge

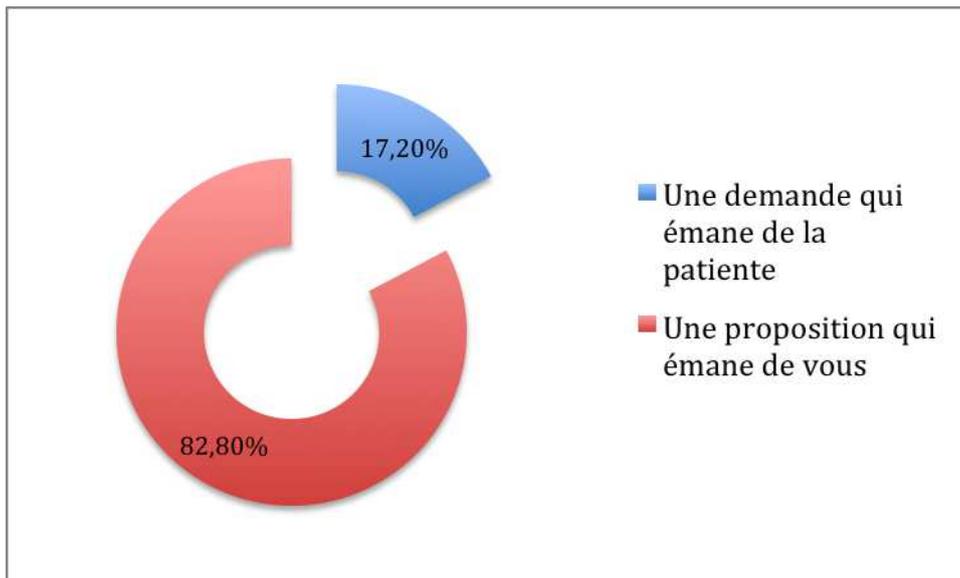


Figure 11 : La prise en charge d'une patiente présentant une addiction est, le plus souvent (n=58)

La prise en charge d'une patiente présentant une addiction est dans la majorité des cas une proposition qui émane du professionnel de santé. L'un des professionnels ayant répondu à l'enquête n'a pas répondu et un autre a coché les deux items.

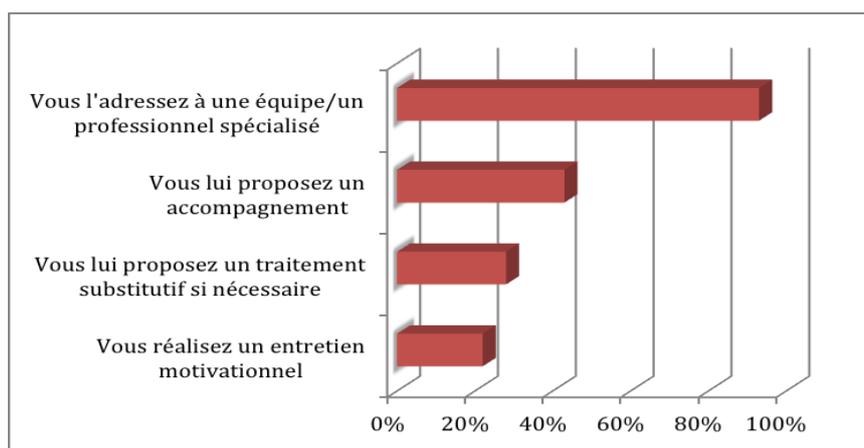


Figure 12 : Que proposez-vous comme prise en charge à une patiente ayant une conduite addictive ? (n=60)

En périnatalité, la prise en charge d'une patiente ayant une conduite addictive consiste majoritairement à l'adresser à une équipe ou un professionnel spécialisé.

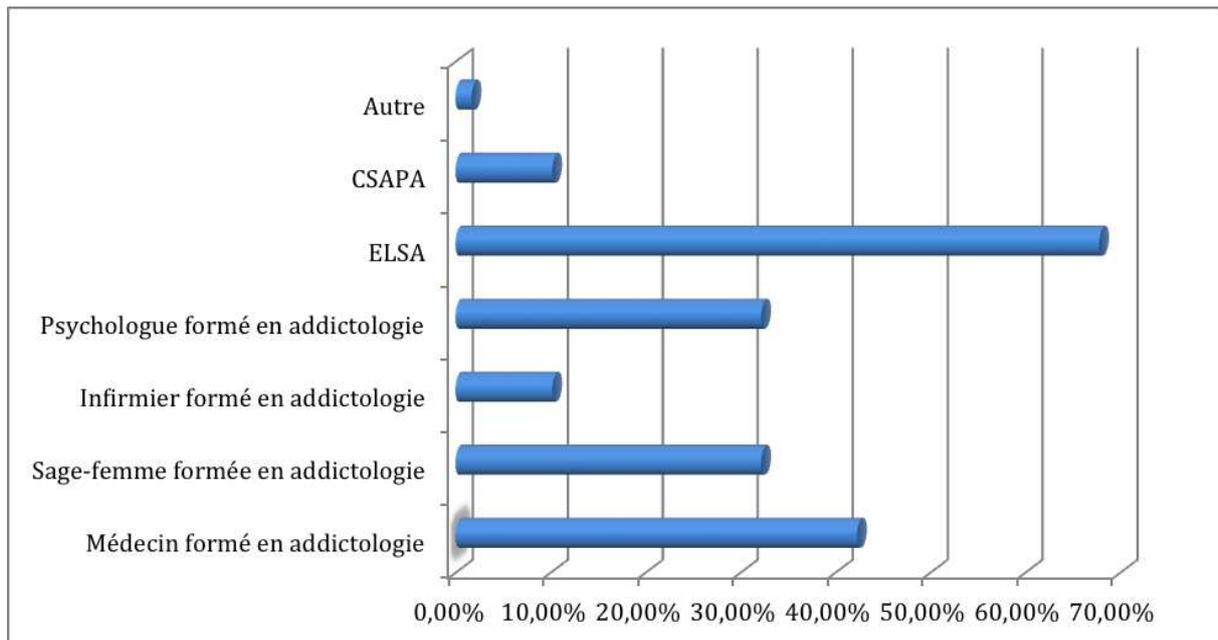


Figure 13 : A quelle catégorie professionnelle adressez-vous ces patientes ? (n=59)

Les professionnels adressent principalement leurs patientes à une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) et non à des CSAPA. L'un des praticiens n'a pas répondu à cette question. Comme autres professionnels spécialisés à qui la patiente est adressée, l'un des praticiens a cité le médecin traitant et la psychologue du service de la maternité.

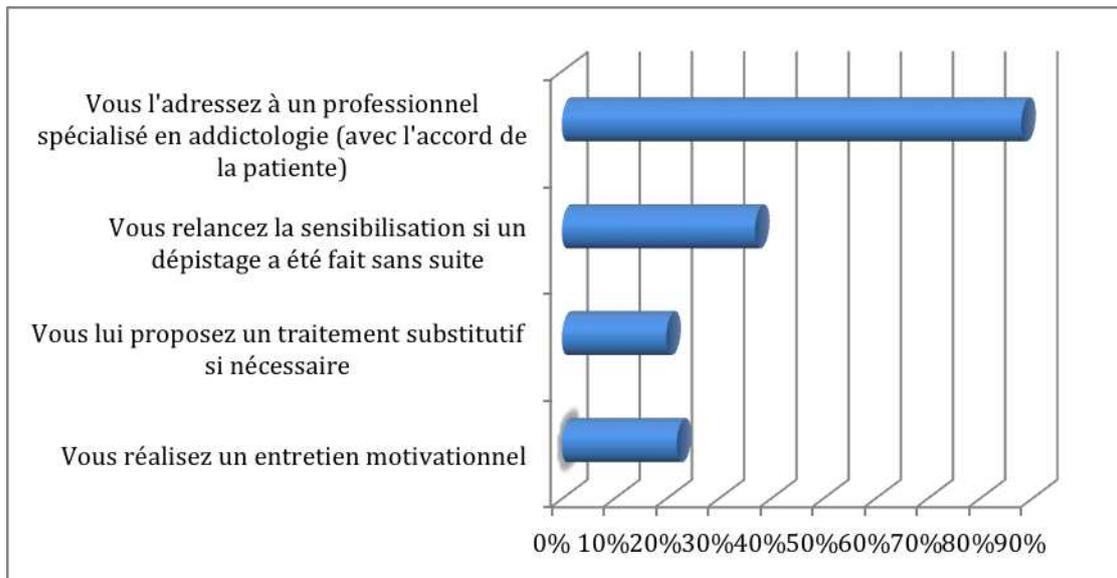


Figure 14 : Face à une patiente en post-partum présentant des conduites addictives sans prise en charge pendant la grossesse, que faites-vous ? (n=60)

Tout comme pendant la grossesse, la majorité des professionnels de santé adresse les patientes à un professionnel spécialisé en addictologie en post-partum. Pour les professionnels du CHIPS le post-partum correspond au séjour en suite de couche, et pour les professionnels libéraux à toutes les consultations jusqu'à 6 à 8 semaines après l'accouchement.

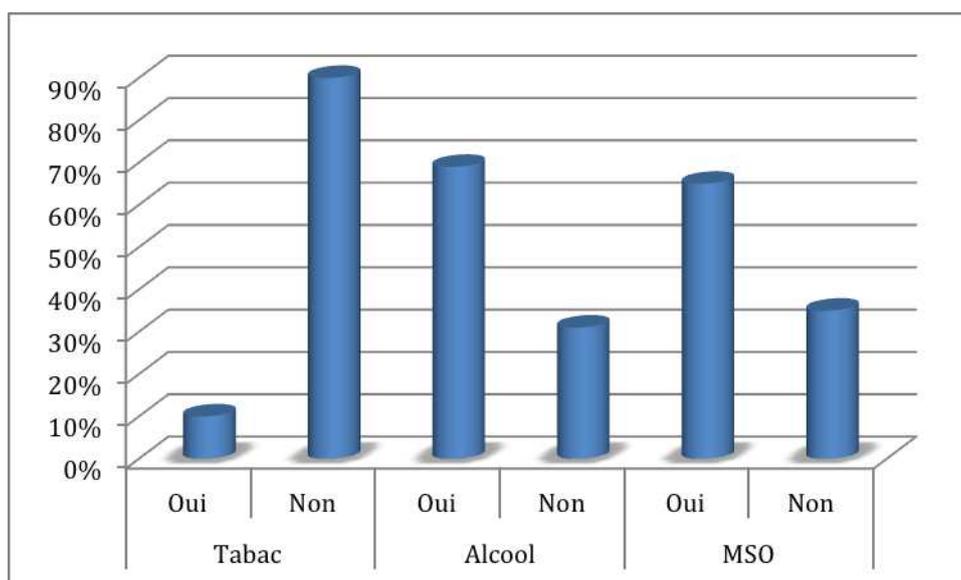


Figure 15 : Déconseillez-vous l'allaitement maternel en cas de consommation de tabac, de consommation d'alcool ou de médicaments de substitution aux opiacés ? (tabac n=60 ; alcool n=58 ; MSO n=55)

Les professionnels déconseillent l'allaitement maternel en cas de consommation d'alcool et de MSO mais pas en cas de consommation de tabac. Respectivement deux et cinq professionnels n'ont pas répondu à la question concernant une consommation d'alcool et d'opiacés.

Dans les conseils donnés aux mères en prévention de la mort subite, 16,7% des professionnels ne parlent pas du risque en cas de tabagisme passif. Rappelons qu'ils sont 26,70% à dépister dans le cadre du dépistage systématique le parcours addictif et la ou les consommations du conjoint.

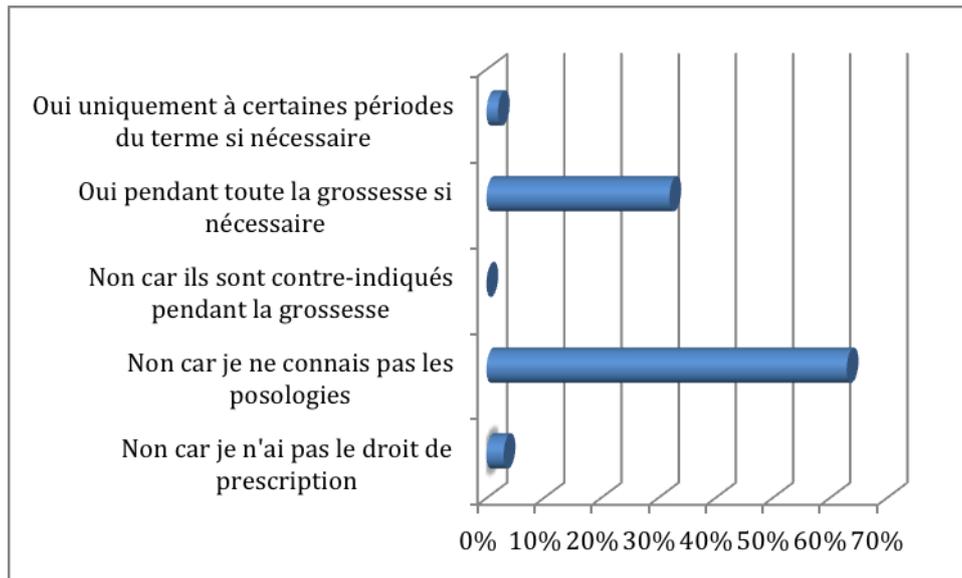


Figure 16 : Prescrivez-vous des substituts nicotiques à une patiente ? (n=60)

Parmi les professionnels, 3,3% ne prescrivent pas de TSN car ils estiment qu'ils n'ont pas le droit de prescription, 63,3% car ils ne savent pas quelles posologies prescrire et 31,7% savent qu'ils peuvent en prescrire tout au long de la grossesse.

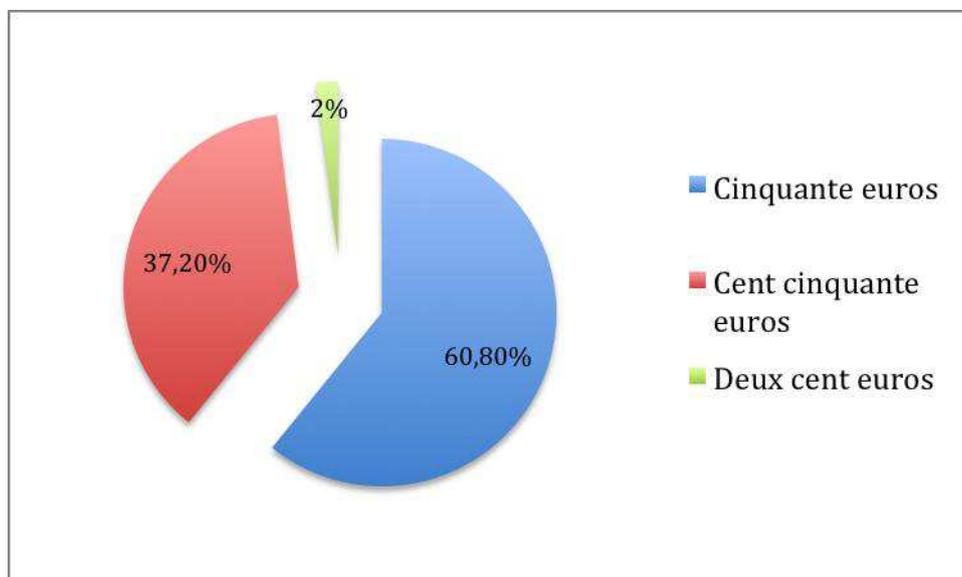


Figure 17 : La base de remboursement des substituts nicotiques par la sécurité sociale chez la femme enceinte est de : (n=51)

La base de remboursement des TSN par la sécurité sociale chez la femme enceinte n'est pas connue par 62,8% des professionnels.

2.2.6 Diffusion d'informations médicales concernant le nouveau-né

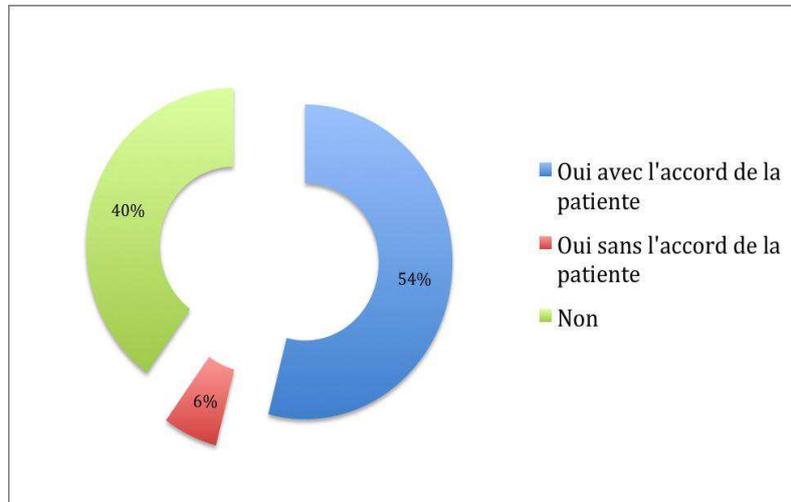


Figure 18 : Est-il éthique pour vous de noter une éventuelle conduite addictive de la mère pendant la grossesse dans le carnet de santé du nouveau-né pour son suivi ?
(n=50)

Cette question ne figurait que sur le questionnaire destiné aux professionnels du CHIPS. Ils sont 54% à être pour le fait d'annoter dans le carnet de santé du nouveau-né, avec l'accord de la patiente, une éventuelle conduite addictive.

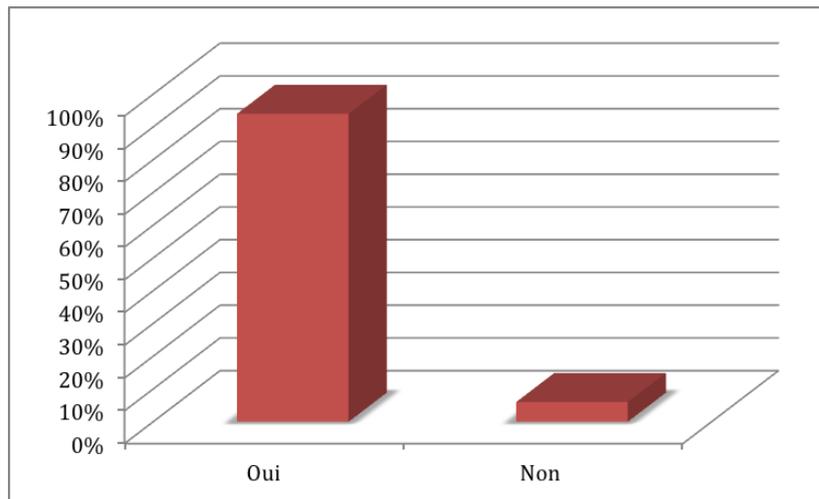


Figure 19 : Est-il pertinent pour vous d'adresser un courrier au médecin traitant/pédiatre qui suivra l'enfant en cas de conduite addictive de la mère pendant la grossesse ? (n=50)

Quatre vingt quatorze pour cent des professionnels estiment qu'il est pertinent d'adresser un courrier au médecin traitant ou au pédiatre qui suivra l'enfant.

3 Discussion

3.1 Forces et faiblesses de l'étude

Le biais principal est notre population d'étude. En effet 83,3% des professionnels ayant répondu à l'enquête sont issus du CHIPS contre 16,7% de libéraux. Il faut noter qu'au CHIPS les patientes sont souvent vues en consultation plus tardivement dans la grossesse qu'en milieu libéral et que le suivi n'est pas systématiquement assuré par la même personne, que ce soit gynécologue-obstétricien ou sage-femme.

Le second biais découle du questionnaire. À certaines questions, une réponse « ne sait pas » aurait peut-être été nécessaire : son absence peut sûrement expliquer l'absence de réponses à quelques items, par exemple à la question sur l'allaitement maternel.

A noter qu'aucun contact n'a pu être établi avec la Clinique Saint Louis de Poissy disposant également d'une maternité.

L'échantillon de notre population est faible et donc les résultats ne sont pas extrapolables à l'ensemble des professionnels de la périnatalité. Le contexte actuel ne nous a pas permis, malgré plusieurs relances, d'obtenir un taux de réponses plus important.

Nous aurions pu alors élargir notre étude, mais nous voulions rester dans le même bassin. En effet les services d'addictologies (comme il en existe un au CHIPS) ne sont pas présents dans tous les centres hospitaliers et les réseaux « ville-hôpital », pas toujours encore bien organisés quant à la prise en charge des patients présentant des addictions, ce qui aurait pu créer un biais de recrutement.

Un des points forts de notre étude est, par contre, d'avoir pu évaluer les connaissances de chacun et les prises en charge des professionnels d'un même réseau pour y repérer une éventuelle homogénéité.



Notre étude concerne toutes les formes d'addiction avec produits, ce qui est assez peu courant dans la littérature où les études s'intéressent le plus souvent à une ou deux addictions (tabac et alcool principalement).

3.2 Dépistage systématique des produits addictifs

Dans le guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse élaboré par le réseau de prévention des addictions (RESPADD)⁵⁷, il est recommandé, chez la femme enceinte, d'évaluer systématiquement l'usage de substances psychoactives comprenant le tabac, l'alcool, les drogues injectables, et l'usage de médicaments prescrits ou en vente libre. Dans notre étude, seuls 21,7% des professionnels suivent ces recommandations concernant tous les produits recherchés chez toutes les patientes. Une part non négligeable de notre population d'étude (13,3%) dépiste uniquement une consommation d'alcool et de tabac et ils sont très peu à dépister l'utilisation de médicaments psychotropes. Par contre les professionnels qui dépistent ces derniers, recherchent une consommation de tous les autres produits. L'usage ou plutôt le mésusage de ces médicaments est très peu reconnu par les professionnels comme étant un produit addictif d'usage courant. Peut-être que l'idée qu'un médicament psychotrope puisse être le produit d'une addiction, n'est peut-être pas encore suffisamment assimilée : un médicament est prescrit ou pris pour soigner et voire guérir, il n'est pas censé être délétère dans un mésusage en créant une dépendance et en ayant des conséquences obstétricales, fœtales et néonatales comme des risques malformatifs et des SSNN. Quand les professionnels sont conscients des dangers, il n'est pas étonnant qu'ils recherchent tous les autres produits licites et illicites. Nous pouvons donc nous demander s'il s'agit en effet d'un manque de connaissances des professionnels ou une autre raison comme décrit ci-dessous.

Les professionnels interrogeant uniquement sur la consommation d'alcool ou de tabac pendant la grossesse évoquent principalement un sujet difficile à aborder. Le tabac et l'alcool étant bien culturellement inscrits dans notre société, interroger sur



ces consommations n'est pas forcément vu par la patiente comme un jugement de la part des professionnels de santé, bien que l'usage de boissons alcoolisées puisse être un sujet parfois sensible à évoquer par la femme. Mais le repérage d'une consommation de produits illicites peut être perçu par la patiente comme un jugement négatif, pouvant entraîner un rejet, voire une persécution, et les professionnels peuvent craindre ainsi une rupture de la relation de confiance soignant-soigné.

Ils évoquent aussi un manque de temps, justifié par des créneaux à l'hôpital très courts pour les consultations, donnant l'impression de consultations « à la chaîne » et, en libéral, ce sont les notions d'organisation et de disponibilité qui peuvent être évoquées.

Même si elle n'a été rapportée qu'une fois dans les réponses à notre questionnaire, la peur de ne pas savoir prendre en charge la patiente est une notion retrouvée dans le guide à l'usage des professionnels « *alcool et grossesse, parlons en* »⁴⁷. Ne pas interroger sur une éventuelle consommation problématique chez une patiente, c'est ne pas avoir à la prendre en charge. Cependant 82,8% des professionnels interrogés déclarent que la prise en charge d'une patiente ayant des conduites addictives est une proposition qui émane d'eux.

Il est également conseillé, toujours dans le guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse⁵⁷, d'évaluer systématiquement le parcours addictif et la ou les consommation(s) du partenaire ceux-ci pouvant avoir des conséquences sur l'enfant à naître, le tabagisme passif principalement mais aussi la consommation d'alcool du conjoint avec des troubles possibles dans le couple, de drogues et de médicaments. Or seulement 26,7% des professionnels de notre étude s'y intéressent.

Dans une étude portant sur l'évaluation de la prise en charge du tabac chez la femme enceinte par les professionnels médicaux libéraux, 68,6% des praticiens interrogent sur la consommation de tabac chez le conjoint si la patiente fume et seulement 33,9% si la patiente ne fume pas⁵⁸. Nos résultats ne sont pas concordants



avec cette étude mais nous n'avons pas, dans notre questionnaire, proposé ces différents scénarii, ce que nous aurions pu faire. Nous pouvons donc nous demander si dans notre étude, les professionnels dépistent un parcours addictif chez le conjoint, uniquement si la patiente en déclare elle-même un.

Il faut aussi noter que seuls 60,8% des professionnels évaluent l'évolution des consommations et du comportement addictif à chaque consultation. Au CHIPS, seulement la moitié des praticiens le fait : en structure hospitalière les patientes sont souvent vues par des professionnels différents à chaque consultation. Ces derniers ont peut être du mal à évaluer l'évolution s'ils ne connaissent pas la patiente. Il est pourtant important face à une patiente que le professionnel ne connaît pas, de regarder le dossier obstétrical dans sa globalité. De même qu'il regarde par exemple la prise de poids de la patiente à chaque consultation, il serait souhaitable que l'intervenant en fasse autant avec l'évolution d'une éventuelle consommation de substances psychoactives.

Cependant cette hypothèse ne semble pas totalement juste, puisqu'en libéral, alors qu'il est proposé un suivi par le même praticien, ils sont 3 sur 10 à ne pas interroger leurs patientes sur l'évolution de leurs consommations. Dans l'étude portant sur l'évolution de la prise en charge du tabac chez la femme enceinte par les professionnels médicaux libéraux, respectivement 30% et 37,5% des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes réévaluaient les consommations⁵⁸. Ce qui est nettement inférieur aux chiffres obtenus dans notre étude. Ce meilleur résultat peut être expliqué par la faible puissance de notre échantillon mais peut-être aussi par le réseau ville-hôpital qui a sensibilisé les professionnels à une telle pratique.

3.3 Dépistage ciblé en cours de grossesse

Dans notre étude, les professionnels sont 33,3% à ne pas réaliser de dépistage ciblé sur signe d'appel. Nous pouvons nous demander s'ils ne le font pas volontairement pour les mêmes raisons qu'ils ne dépistent pas tous les produits



(manque de temps, peur ne pas savoir le prendre en charge) ou parce qu'ils ignorent que ce sont les signes d'appel d'une éventuelle consommation.

Les signes pathologiques trouvés à l'échographie pouvant être une conséquence d'une consommation de substances psychoactives pendant la grossesse, sont parmi les signes d'appel les moins cités par les professionnels (exceptés le RCIU et une longueur fémorale (LF) inférieure au 10^{ème} percentile), ceci peut être expliqué par le peu de professionnels qui pratiquent l'échographie dans leur exercice. Cependant, même s'il ne pratique pas, le professionnel, qu'il soit sage-femme ou gynécologue-obstétricien est formé à la pathologie et devrait systématiquement dans le cadre du bilan, se renseigner sur la consommation de produits psychoactifs. Le pourcentage le plus étonnant est celui de la fente palatine : seuls 7,3% procède à un dépistage ciblé sur ce signe d'appel, alors que dans une étude en population générale il est connu que la fente palatine est une conséquence d'une consommation d'alcool pendant la grossesse¹⁰.

Même si le RCIU est l'un des signes d'appel le plus cité par les professionnels (68,3%), nous pouvons nous demander la consommation de quels produits recherchent-ils s'ils sont confrontés à ce signe. Dans une thèse portant sur les connaissances, la représentation et les pratiques des gynécologues-obstétriciens au sujet de l'alcool pendant la grossesse⁵⁹, un RCIU leur fera rechercher principalement une consommation de tabac ou une hypertension artérielle mais pas une consommation d'autres produits qui pourtant ont comme conséquence cette complication foétale.

L'évaluation dans le cadre du dépistage ciblé du parcours addictif du conjoint en plus de celui de la patiente est plus réalisée que dans le cadre du dépistage systématique mais elle reste toujours inférieure à celle de la patiente seule. Les praticiens devraient pourtant connaître les effets du tabagisme passif (entre autre) sur le fœtus et qu'ils réalisent qu'avoir des informations sur la consommation du conjoint peut aider à identifier une éventuelle consommation chez la patiente, à évaluer le climat familial et le futur lien parents-enfant.



3.4 Outils de dépistage

Pour évaluer la consommation de la patiente, les professionnels interrogés se basent principalement sur sa déclaration. Cependant celle-ci ne permet pas d'évaluer correctement les conduites addictives et leur degré de gravité : la patiente peut très bien estimer ne pas être dépendante à un produit alors qu'elle l'est peut-être, ne pas être consciente des usages ponctuels pouvant être délétères pour la grossesse ou ne oser pas le dire au professionnel face à elle par crainte du jugement ou encore être dans le déni psychique à l'image du déni de grossesse.

Comme outils d'évaluation ou de repérage, les praticiens interrogés déclarent n'utiliser que le test de Fagerström et seulement 13,3% d'entre eux l'utilisent. Ce test est pourtant préconisé par la HAS dans les stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique, pour l'évaluation de la dépendance à la nicotine et donc l'adaptation de la posologie des TSN qui pourraient être prescrits. Ce chiffre est corrélé aux 63,3% des professionnels ayant répondu à notre questionnaire qui ne prescrivent pas de TSN car ils ne connaissent pas les posologies. La sous-utilisation du test de Fagerström et des autres questionnaires d'évaluation des consommations, peut aussi être expliqué par le fait qu'ils n'apparaissent pas dans le dossier obstétrical et ne sont pas disponibles en documents annexes (feuilles volantes) dans les services de consultations.

Dans une enquête auprès des professionnels des maternités et des services de néonatalogie⁶⁰, 11,2% et 8,5% des professionnels déclaraient utiliser respectivement l'AUDIT et le DETA comme questionnaire d'évaluation des consommations d'alcool. Dans notre étude, aucun des professionnels ne déclare les utiliser, pas plus que le questionnaire T-ACE (spécifiquement adapté à la grossesse) préconisé par la Société Française d'Alcoologie.

La conférence de consensus grossesse et tabac de 2004, recommande l'utilisation du CO testeur comme outil d'évaluation de l'exposition au tabac en consultation pré et post-natale⁴³. Dans notre étude, 5% des professionnels déclarent



l'utiliser. Cet appareil n'étant pas disponible au service de consultation obstétricale du CHIPS, il est donc utilisé par les professionnels libéraux ayant répondu à l'enquête. Il est interpellant que la maternité du CHIPS n'en soit pas équipée (son coût raisonnable pour un usage clinique validé).

Comme autres outils d'évaluation de la consommation, les professionnels ont cité les dosages sanguins et urinaires. Cependant, ces dosages permettent d'évaluer une consommation récente et non une consommation chronique. Avec une biologie sanguine, rappelons que la CDT (Carbohydre Deficient Transferrin) n'est pas utilisable chez les femmes enceintes, mais que l'augmentation du VGM et la perturbation du bilan hépatique peuvent orienter⁶¹.

3.5 Connaissances sur les addictions

D'après la Conférence de consensus Grossesse et tabac de 2004⁴³, « *il est nécessaire d'inclure un enseignement de tabacologie dans la formation continue des professionnels de santé* ». Dans notre étude, seuls 25% des professionnels sont formés et jamais dans le cadre de leur formation initiale, et sur les 15 praticiens concernés, 13 ne le sont que pour la consommation de tabac. Ces chiffres prouvent le manque de formation, et donc de connaissances des professionnels de périnatalité en matière d'addiction. Les études de sages-femmes connaissent, avec la mise en place de la réforme LMD, une véritable réorganisation de leur enseignement, il serait donc pertinent d'y inclure une formation théorique et pratique solide en addictologie.

Pourtant la totalité des professionnels interrogés dans notre étude juge que le repérage des patientes ayant des conduites addictives est utile en périnatalité et 91% de ceux n'étant pas formés, l'envisagent dans le cadre de leur formation continue. Nous pouvons donc nous demander pourquoi le nombre de professionnels formés est si faible. D'après la liste éditée par l'Association nationale des étudiants sages-femmes (Anesf), les universités des principales grandes villes françaises proposent des diplômes inter universitaires de tabacologie et d'aide au sevrage tabagique, et une université parisienne (Paris Diderot) propose un diplôme universitaire



« périnatalité et addictions ». Il est donc pertinent de se demander si l'offre de formation est optimale puisqu'un seul diplôme forme à toutes les addictions. Des formations peuvent aussi être proposées par les hôpitaux, ou par les réseaux de santé. Par exemple le réseau MYPPA, dont dépendent le CHIPS et son bassin libéral, a proposé aux sages-femmes hospitalières et libérales une formation le 5 décembre 2013 sur le thème « grossesse, addiction et travail en réseau ». Notre questionnaire ayant été diffusé du 16 octobre jusqu'au 31 Décembre 2013, il est étonnant que si peu de sages-femmes aient répondu ne pas être formées, cependant nous ne connaissons pas le taux de participation à cette formation.

Avec la mise en place du PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile (PRADO), consistant en deux visites à domicile par une sage-femme libérale après l'accouchement (le lendemain de la sortie et 48h après), la formation de ces dernières est d'autant plus importante, principalement en ce qui concerne le dépistage du SSNN. Nous avons vu précédemment que ce syndrome peut apparaître quelques jours après la naissance, et, si la patiente bénéficie du PRADO, la sage-femme libérale la prenant en charge doit être capable de le reconnaître en l'associant en effet à des conduites addictives maternels⁵⁷.

Pour pouvoir prendre en charge de manière optimale une patiente, il faut que les professionnels de santé aient des connaissances, théoriques et pratiques solides, aussi bien en matière de dépistage que d'évaluation ou que de propositions de prise en charge. Il faut également qu'ils s'inscrivent dans un réseau de soins.

Les pourcentages des complications obstétricales ou fœtales citées par les professionnels en périnatalité restent faibles. Notons que l'une des complications ciblée comme signe d'appel (le diabète gestationnel) est citée par 4,9% des professionnels alors qu'elle n'est pas une complication due à une consommation de substances psychoactives pendant la grossesse. Dans une enquête auprès des professionnels des maternités et des services de néonatalogie, sur la grossesse et l'alcool, seulement 21% des gynécologues-obstétriciens et 16,3% des sages-femmes ont été capables de citer les 3 critères du SAF (à savoir un retard de croissance pré et/ou post-natal, une dysmorphie craniofaciale, et une atteinte du système nerveux



central). Ces chiffres montrent le manque de connaissances des professionnels concernant les conséquences d'une éventuelle consommation de substances psychoactives pour la grossesse et donc une sous-estimation du pourcentage de dépendance.

Dans le guide concernant l'usage des substances psychoactives durant la grossesse, il est recommandé d'effectuer une sérologie pour le virus de l'hépatite C (VHC) à la première consultation car même si la patiente ne déclare pas de consommation pouvant l'exposer au VHC, la poly-consommation est courante chez les consommateurs de substances psychoactives⁵⁷. Dans notre étude 42,4% des professionnels, malgré la connaissance de conduites addictives actuelles et/ou passées, ne la prescrivent pourtant pas.

3.6 Prise en charge

Dans notre étude, des différences de prise en charge en pré et post-natale ont été retrouvées.

Pendant la grossesse, 93,3% des professionnels adressent leur patiente à une équipe ou un professionnel spécialisé en addictologie. Ils ne sont plus que 88,3% en post-partum. Cette baisse est peut être due au fait que certains des professionnels estiment qu'après la naissance, la prise en charge d'une conduite addictive ne relève plus de leurs responsabilités. Cette idée peut aussi être retrouvée lorsque nous notons que seulement 36,7% des praticiens relancent la sensibilisation dans le post-partum si un dépistage a été fait sans action de prise en charge.

Les professionnels disent adresser en majorité leurs patientes à l'Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA). Cette équipe est présente au sein du CHIPS et les professionnels du bassin libéral peuvent leur adresser des patientes pour avis, évaluation et orientation. Il est donc étonnant que la totalité des professionnels interrogés ne l'ait pas citée comme équipe partenaire dans le dispositif sanitaire du bassin. Nous pouvons donc nous demander si l'ELSA est



connue de tous. Notons que lorsque l'ELSA est interrogée, elle signale une faible file active de patientes enceintes. Est-ce le résultat d'un faible repérage, la difficulté des patientes à s'adresser à des spécialistes des addictions ou le peu de conviction du professionnel dans l'adressage et l'accompagnement de ces personnes. Dans le guide à l'usage des professionnels « alcool et grossesse, parlons en », la conduite à tenir face à une patiente présentant des consommations d'alcool pendant la grossesse est de proposer une consultation d'addictologie avec une ELSA, une rencontre avec un psychologue et de faire le lien avec le médecin traitant⁴⁷. Dans notre étude, un seul praticien a d'ailleurs cité comme autres spécialistes le médecin traitant et la psychologue du service de la maternité.

Il est aussi constaté une baisse de la prescription de traitements substitutifs nicotiques et opiacés dans le cadre d'une prise en charge : en prénatal 28,3% des praticiens en prescrivent alors qu'ils ne sont plus que 20% à le faire en post-natal. Mais le questionnaire ne permettait pas de préciser pour quelle dépendance (tabac ou opiacés). Ces chiffres montrent à nouveau que certains des professionnels de santé estiment que la prise en charge s'arrête à l'accouchement.

Rappelons que les substituts nicotiques peuvent être prescrits par une sage-femme et ceci depuis l'arrêté du 23 Février 2004 modifié par l'arrêté du 12 Octobre 2005 fixant la liste des médicaments qu'elles peuvent prescrire, et par un médecin. Ils sont néanmoins 3,3% à déclarer ne pas avoir le droit de prescription des TSN. Rappelons également que les sages-femmes ne sont pas autorisées à prescrire les MSO, ce qui est peut être à regretter pour celles qui sont formées à l'addictologie, et que la primo-prescription de méthadone peut être faite par tout médecin, aussi bien d'un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ou d'un établissement de santé avec un relais en ville possible ensuite ; la buprénorphine haut dosage, quant à elle, peut être prescrite par tous les médecins hospitaliers et libéraux.

D'après la conférence de consensus grossesse et tabac de 2004⁴³, « *les professionnels doivent être formés à la prise en charge du sevrage tabagique chez la femme [...] pendant la grossesse et après l'accouchement* » et « *le traitement de*



substitution à la nicotine peut être prescrit à tout moment de la prise en charge d'une femme enceinte ». Dans notre étude, seuls 31,7% des praticiens déclarent prescrire des traitements substitués nicotiniques et ce pendant toute la grossesse, et 63,3% n'en prescrivent pas car ils ne connaissent pas les posologies. Pour palier à ce manque de connaissance face aux posologies, certains hôpitaux ont mis en place un protocole de substitution nicotinique chez la femme enceinte. Au CHIPS, les services de psychiatrie et de l'unité adolescent utilisent des protocoles spécifiques. Il serait souhaitable que les services de périnatalité du CHIPS y ait accès. Actuellement, l'association ELSA France élabore des protocoles spécifiques à chaque conduite addictive pour une large diffusion dans les établissements hospitaliers à travers un langage commun homogène.

La méconnaissance des TSN concerne également leur taux de remboursement par la sécurité sociale qui est connu par seulement 37,2% des professionnels. Souhaitons que le mauvais remboursement des TSN ne soit pas un frein à leur prescription.

Pourtant les risques perdurent, même s'ils sont différents, après l'accouchement. Rappelons que le tabagisme passif augmente le risque de MSN, les SSNN peuvent apparaître alors que la mère n'avait déclaré aucune consommation de substances psychoactives et que l'alcool reste tératogène les premiers mois de vie de l'enfant si la mère l'allait.

Seul l'entretien motivationnel a obtenu le même taux de réponse (21,7%) dans le cadre d'une prise en charge pendant la grossesse et en post-partum. Bien que l'entretien motivationnel soit une prise en charge élémentaire à proposer et facile à utiliser autant en prénatal qu'en post-partum, ces chiffres restent faibles et s'expliquent par la non-formation des professionnels à la réalisation à ce type de prise en charge.

Les professionnels semblent perdus face aux recommandations en ce qui concerne l'allaitement maternel et la consommation de substances psychoactives au vu des résultats et des échanges lors de la remise des questionnaires.



Peu importe l'addiction, toutes les études affirment que l'allaitement maternel doit être encouragé pour favoriser le lien mère-enfant. La seule contre-indication absolue est l'infection de la mère par le VIH.

Dans notre étude, les professionnels de santé déconseillent majoritairement l'allaitement maternel aux mères consommant de l'alcool ou étant traitée par MSO. Pourtant, d'après la conférence de consensus concernant les stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés de 2004⁵⁴, les MSO ne sont pas une contre-indication à l'allaitement maternel. D'après les recommandations concernant l'allaitement maternel de 2002⁶³, l'alcool n'est pas non plus une contre-indication à l'allaitement. Le guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse préconise de ne pas donner le sein dans les deux à trois heures suivant la prise d'une boisson alcoolisée (une unité d'alcool)⁵⁷. Et d'après la conférence de consensus grossesse et tabac⁴³, l'allaitement maternel doit être encouragé même chez les patientes qui fument ou qui sont sous TSN. Il est conseillé de fumer juste après la tétée et pas avant.

Néanmoins dans notre étude, le pourcentage des professionnels parlant du risque de tabagisme passif pour le nouveau-né est assez élevé (83,3%) comparé à l'étude sur l'évaluation de la prise en charge du tabac chez les femmes enceintes par les professionnels médicaux libéraux où seuls 54,5% des professionnels en parler⁵⁸. Il existe néanmoins une discordance dans les réponses de notre étude, car seuls 26,7% déclarent repérer une conduite addictive et une consommation chez le conjoint.

3.7 Information à délivrer

En ce qui concerne les informations médicales du nouveau-né, les professionnels sont majoritairement favorables à diffuser ces informations concernant les conduites addictives de la mère mais sont partagés sur le moyen utilisé (courrier au médecin qui suivra l'enfant ou le carnet de santé). Les professionnels sont 54% à ne pas être opposés à noter dans le carnet de santé une



éventuelle conduite addictive chez la mère mais avec son accord. Les professionnels rencontrés lors de la remise du questionnaire, évoquent principalement, lorsqu'ils y sont défavorables, le fait que le carnet de santé est souvent demandé pendant la scolarité de l'enfant (alors qu'en réalité seule une photocopie de la page des vaccinations peut être exigée par l'établissement scolaire). Par contre ils sont 94% à être d'accord pour adresser un courrier au médecin traitant ou au pédiatre qui suivra l'enfant, estimant cette forme d'information plus « confidentielle » que le carnet de santé. Mais peu de patientes savent à la sortie de la maternité quel médecin suivra l'enfant, il est donc difficile d'adresser ce courrier. Néanmoins il peut être remis à la mère qui décidera ou non de le remettre au médecin. Il faut noter que la conférence de consensus grossesse et tabac estime qu' « il est nécessaire d'inscrire l'exposition du bébé au tabagisme familial dans le certificat du 8^{ème} jour et dans les deux autres obligatoires (9^{ème} et 24^{ème} mois) »⁴³, le médecin qui réalisera ces examens doit donc être informé d'une exposition prénatale au tabac pour pouvoir remplir ces certificats mais aussi assurer le suivi le plus favorable à cet enfant.

Conclusion

Les résultats de notre étude prouvent que les professionnels de santé en périnatalité évaluent majoritairement les consommations de tabac et/ou d'alcool chez la femme enceinte, qui sont certes les plus courantes et licites, mais ne repèrent pas celles des autres produits psychoactifs qui peuvent également avoir des conséquences sur la grossesse. Ils n'interrogent ou ne réinterrogent pas les patientes, sur leurs conduites addictives éventuelles en cas d'apparition de signes cliniques évoquant la consommation de produits psychoactifs durant la grossesse. D'autres résultats de notre étude démontrent que les professionnels de santé en périnatalité manquent de connaissances pour prendre en charge leurs patientes dans le champ des addictions.

Pour palier à ce manque de connaissances, il serait essentiel de mettre en place différentes actions.

La première consisterait en la sensibilisation et la formation des futurs professionnels de périnatalité, en intégrant à leur cursus initial une formation en addictologie et en proposant des stages dans les ELSA ou les CSAPA, mais également à sensibiliser et former les professionnels, dans le cadre de leur formation continue. Cette formation pourrait être régulièrement proposée par une sage-femme référente, elle-même formée à l'addictologie par l'obtention d'un diplôme universitaire. Celle-ci travaillerait avec les services d'addictologie de manière à développer un partenariat entre ces derniers et le service de maternité.

La deuxième action qui pourrait être mise en place est l'amélioration des outils mis à disposition des professionnels dans les différents services de maternité, en commençant par une modification du dossier obstétrical. La partie relative aux conduites addictives serait composée d'un tableau permettant l'évaluation des conduites addictives en période préconceptionnelle et en période prénatale grâce à des outils de repérage (sous forme de questionnaires facilitant le dialogue).



Apparaîtraient alors : les produits psychoactifs (le tabac, l'alcool, le cannabis, l'héroïne, la cocaïne, les médicaments psychotropes et un item « autres substances psychoactives ») ; les modes de consommation (per os, fumer, sniffer, injecter) ; les parcours de soins (pas de suivi, suivi par le médecin traitant, par un psychiatre ou par un CSAPA) ; les périodes de sevrage et d'abstinence, les cures ; les traitements antérieurs ou en cours.

Les tests de Fagerström, T-ACE et CAST seraient respectivement utilisés comme outils pour l'évaluation des consommations de tabac, d'alcool et de cannabis. Des exemplaires vierges seraient disponibles dans les services.

Sous ce tableau seraient précisés, dans la continuité du suivi obstétrical, si un entretien motivationnel a été réalisé, si un traitement substitutif a été prescrit, et si une proposition de rencontre avec l'ELSA a été proposée et acceptée ou refusée par la patiente (date précisée).

Une partie serait aussi réservée aux conduites addictives du conjoint, avec précision du type de substances psychoactives consommées et suivi éventuel.

Dans les parties du dossier obstétrical réservées aux consultations, deux items seraient rajoutés concernant l'évolution des consommations et la mesure du monoxyde de carbone expiré mesuré à chaque consultation.

Notre étude s'est intéressée, ce qui est peu courant, à la prise en charge de toutes les substances psychoactives néanmoins l'effectif de notre population est trop faible pour être extrapolable à la population générale. Afin de confirmer ces résultats, une nouvelle étude pourrait être réalisée à plus grande échelle. Il pourrait aussi être intéressant de comparer notre étude à une étude similaire mais portant sur un bassin ne disposant pas d'un centre hospitalier avec une équipe de liaison et de soins en addictologie, pour voir si des différences significatives de prise en charge seraient retrouvées.



Bibliographie

1. Beck F et al. *Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre Santé, France 2010*. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 30 Mai 2011 ; n°20-21
2. Rapport rédigé par Blondel B. et Kermarrec M. *Enquête Nationale Périnatale 2010 : les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*. INSERM. Mai 2011
3. Zeitlin J. et al. *The Second European Perinatal Health Report : documenting changes over 6 years in the health of mothers and babies in Europe*. J Epidemiol Community Health. 2013 Dec 1 ; 67(12) :983-5
4. Baromètre Santé 2010. Inpes
5. Beck F. and al. *Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010*. Tendances n°76, OFDT, 6p. Juin 2011
6. Baromètre Santé 2005. Inpes
7. De Chazeron I. and al. *Is pregnancy the time to change alcohol consumption habits in France ?*. Alcohol Clin Exp Res. 2008 May ; 32(5) :868-73
8. Popova S. and al. *Cost of fetal alcohol spectrum disorder diagnosis in Canada*. PLoS One. 2013 Apr 4 ; 8(4)
9. Expertise Collective. *Alcool : effets sur la Santé*. Inserm 2001
10. Guillemont J. et Léon C. *Alcool et grossesse : connaissances du grand public en 2007 et évolutions en trois ans*. Evolutions Juin 2008 ; n° 15
11. Docteur Lejoyeux M. *Addictologie* : Elsevier-Masson, 2013, 376, Coll. Abrégés.

12. Observatoire Français des drogues et des toxicomanies. Produits – Cocaïne et crack, Site internet. Adresse URL : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/cocaine/conso.html> (date de consultation : 24 Février 2014)
13. Lejeune C. et al. *Conséquences obstétricales et pédiatriques de la consommation de cocaïne pendant la grossesse*. Archives de Pédiatrie 2009 ; 16 :56-63
14. Brulet C. and al. *Un suivi multidisciplinaire et un soutien psychosocial diminuent les complications de la dépendance aux opiacés chez les femmes enceintes : 114 grossesses suivies en 5 ans*. Presse Med. 2007 ; 36 :1571-80
15. Courty P et Nacache L. *Périnatalité en cas d'addictions*. Presse Med. 2012 ; 41:1241-1247
16. Vandendriesche D, and al. *Alcool et Grossesse*. Profession Sage-Femme n°197 : 21-32
17. Seror E, et al. *Alcool et Grossesse*. Archives de Pédiatrie 2009 ;16 :1364-1373
18. Huisink AC. *Prenatal cannabis exposure and infant outcomes : overview of studies*. Prog Neuropsychopharmacol Bio Psychiatry. 2013 Sep 27
19. Karila L, et al. *Conséquences à court et long terme d'une exposition prénatale au cannabis*. J GYnecol Obstet Bio Reprod 2006 ; 35 : 62-70
20. Lejeune C. Addictions et grossesse, Site internet. Adresse URL : <http://bearn-addictions.org/pdf/add/15.pdf?PHPSESSID=10a75a792d511dd51a86c1503313b9bd> (date de consultation : 22 Février 2014)
21. Birckel Emeline, *Enquête sur les connaissances et le mode de consommation d'alcool des femmes pendant la grossesse : 110 pages*, Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie : Université Henri Poincare – Nancy 1 : 4 avril 2011



22. Chereau E. *Gynécologie Obstétrique – Fiches de synthèse illustrées pour l'ECN*, Vernazobres-Grego, Paris : 2010, 149 pages, Coll. Inter Memo
23. Ladhani N, et al. *Prenatal amphetamine exposure and birth outcomes : a systematic review and metaanalysis*. Am J Obstet Gynecol. 2011 Sep ;205(3) :219
24. Himes SK, Et al. *Prenatal tobacco exposure, biomarkers for tobacco in meconium, and neonatal growth outcomes*. J Pediatr. 2013 May ; 162(5) :970-5
25. Delcroix M et al. *Grossesse et tabac : évaluation objective des effets du tabagisme par la mesure du monoxyde de carbone expiré, résultats de 13 330 mesures lors de l'accouchement*. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 2006 ; n°21-22
26. Linnet KM, and al. *Smoking during pregnancy and the risk for hyperkinetic disorder in offspring*. Pediatrics. 2005 Aug ; 116(2) :462-7
27. Docteur Lamblin D. *De nombreuses expressions cliniques*. SAF France
28. Collet M et Beillard C. *Dépistage et prise en charge des conduites d'alcoolisation gravidique*. Rev. Méd. Périnat. 2010 ; 2 : 140-155
29. Toutain S, et al. *Conséquences, pour l'enfant à naître, du maintien de la consommation d'alcool pendant la grossesse*. Archives de Pédiatrie 2010 ;17 :1273-1280
30. Fiche Repère. *Risque de cancers et cannabis : état des connaissances en date du 26 janvier 2009*. Institut National du Cancer.
31. Bauer CR, et al. *Acute neonatal effects of cocaine exposure during pregnancy*. Arch Pediatr Adolesc Med. 2005 Sep ; 159(9) : 824-34
32. Lucca J and Baldisserotto M. *Cerebral ultrasound findings in infants exposed to crack cocaine during gestation*. Pediatr Radio. 2013 Jan ; 43(2) : 212-8

33. Branger B, et al. *Recommandations sur la prise en charge d'un syndrome de sevrage des opiacés maternels chez un nouveau-né*. Réseau sécurité naissance. Version du 5 Décembre 2011.
34. Lejeune C. *Protocole de soin pour le syndrome de sevrage néonatal après exposition in utero aux opiacés*, Site internet. Adresse URL : http://www.apima.org/img_bronner/sevrage_neonatal_opiaces_lejeune_flyer_50.pdf (date de consultation : 1 Mars 2014)
35. Osborn DA et al. *Opiate treatment for opiate withdrawal in newborn infants*. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Oct 6 ;(10)
36. Osborn DA et al. *Sedatives for opiate withdrawal in newborn infants*. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Oct 6 ; (10)
37. Micard S and Brion F. *Management of the opioid withdrawal in the neonates : French and European survey*. Arch Pediatr. 2003 Mar ; (10) :199-203
38. Saiki T. and al. *Neonatal abstinence syndrome-postnatal ward versus neonatal unit management*. Eur J Pediatr. 2010 Jan ;169(1) :95-8
39. Lejeune C. et al. *Prospective multicenter observational study of 260 infants born to 259 opiate-dependent mothers on methadone or high-dose buprenorphine substitution*. Drug Alcohol Depend. 2006 May 20 ; 82(3) : 250-7
40. Seligman NS and al. *Predicting length of treatment for neonatal abstinence syndrome in methadone-exposed neonates*. Am J Obstet Gynecol. 2008 Oct ;199(4) :396
41. Ladhani NN. Et al. *Prenatal amphetamine exposure and birth outcomes : a systematic review and metaanalysis*. Am J Obstet Gynecol. 2011 Sep ;205(3) : 219

42. Le CRIPS Ile-de-France. Le Testeur de Monoxyde de Carbone, Site internet. Adresse URL : http://www.lecrips-idf.net/IMG/pdf/testeur_co.pdf (date de consultation : 2 Mars 2014)
43. Conférence de Consensus – Grossesse et tabac. ANAES. 7 et 8 Octobre 2004.
44. Delcroix MH et al. *Grossesse et tabac : les leçons de trois études pour améliorer les pratiques professionnelles*. La Revue de la Sage-Femme 2012 ;11 :81-86
45. Tabac info service. Test de Fagerström, Site internet. Adresse URL : http://www.lecrips-idf.net/IMG/pdf/testeur_co.pdf (date de consultation 22 Février 2014)
46. Malet L et al. *Systematic use in hospitals of a alcohol problems detecting questionnaire. The CAGE questionnaire*. Presse Med. 2005 Apr 9 ; 34(7) :502-5
47. Alcool et Grossesse, parlons en. Guide à l'usage des professionnels. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé.
48. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Détection des usages problématiques de cannabis : le Cannabis Abuse Screening test (CAST), Site Internet. Adresse URL : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxsst9.pdf> (date de consultation : 1 Mars 2014)
49. Bloch J et al. *Faisabilité de la surveillance du syndrome d'alcoolisation foétale, France, 2006-2008*. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 10 Mars 2009 ; n°10-11
50. Synthèse des recommandations professionnelles. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Haute Autorité de Santé. Mai 2007

51. Document élaboré avec la collaboration du Pr Mireille Becchio. L'Entretien motivationnel. Haute Autorité de Santé.
52. Site internet du Centre de Références sur les Agents Tératogènes (CRAT).
53. Johnson et al. *Use of buprenorphine in pregnancy : patient management and effects on the neonate*. Drug Alcohol Depend. 70(Suppl.2),S87-S101
54. Conférence de consensus. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. ANAES. Juin 2004
55. Abdel-Latif ME et al. *Effects of breast milk on the severity and outcome of neonatal abstinence syndrome among infants of drug-dependent mothers*. Pediatrics. 2006 Jun ;117(6)
56. Recommandation de Bonne Pratique. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non-médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Mai 2003
57. Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. Réseau de prévention des addictions (RESPADD). 2011
58. Papin-Groseil Justin, l'évaluation de la prise en charge du tabac chez la femme enceinte par les professionnels médicaux libéraux, 68 pages, Diplôme d'Etat de Sage-Femme : Université d'Angers : Mars 2010.
59. Gadeyne Sylvie, Alcool et grossesse : connaissances, représentations et pratiques des gynécologues obstétriciens, 128 pages, Master Professionnel pratiques et politiques locales de santé : université des Sciences et technologies de Lille : Octobre 2008.
60. Grossesse et alcool. Enquête auprès des professionnels des maternités et services de néonatalogie. Observatoire Régional de la Santé Haute Normandie. Janvier 2007.

Annexes

Annexe I : Score de Finnegan

Symptômes ^{*,**}	Cote	Date et heure	Date et heure	Date et heure
Cri aigu	2			
Cri incessant	3			
Sommeil < 3 h	1			
Sommeil < 2 h	2			
Sommeil < 1 h	3			
Moro marqué	2			
Moro +++	3			
Trémulations + aux stimuli	1			
+++ aux stimuli	2			
Trémulations + au repos	3			
+++ au repos	4			
Hypertonie	2			
Excoriations cutanées	1			
Myoclonies	3			
Convulsions	5			
Succion excessive	1			
Boit mal	2			
Régurgitations	2			
Vomissements	3			
Selles molles	2			
Selles liquides	3			
Sueurs	1			
Température 37°3 à 38°3	1			
≥ 38°4	2			
Bâillements fréquents	1			
Marbrures	1			
Encombrement nasal	1			
Eternuements	1			
Battement des ailes du nez	2			
Polypnée > 60	1			
Polypnée > 60 + tirage	2			
<i>Total maximum</i>	46			

Annexe II : Score de Lipsitz

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



Annexe III : Test de Fagerström

1. Le matin, combien de temps après vous être réveillé fumez-vous votre première cigarette ?

- Dans les 5 minutes	3
- 6 à 30 minutes	2
- 31 à 60 minutes	1
- Plus de 60 minutes	0

2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (par exemple cinémas, bibliothèques) ?

- Oui	1
- Non	0

3. A quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?

- A la première de la journée	1
- A une autre	0

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

- 10 ou moins	0
- 11 à 20	1
- 21 à 30	2
- 31 ou plus	3

5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

- Oui	1
- Non	0

6. Fumez-vous lorsque vous êtes malades au point de rester au lit presque toute la journée ?

- Oui	1
- Non	0



Annexe IV : Questionnaire DETA

Questions	Réponse	
Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

http://www.tabac-info-service.fr/var/storage/upload/Q5_CAGE-DETA.pdf



Annexe V : Questionnaire AUDIT-C

1. A quelle fréquence consommez-vous des boissons alcooliques ?

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Jamais | 0 points |
| <input type="checkbox"/> Une fois par mois ou moins | 1 point |
| <input type="checkbox"/> 2 à 4 fois par mois | 2 points |
| <input type="checkbox"/> 2 à 4 fois par semaine | 3 points |
| <input type="checkbox"/> 4 fois par semaine ou plus | 4 points |

2. Lorsque vous consommez des boissons alcooliques, combien en consommez-vous un jour typique où vous buvez ? Une boisson alcoolique (= une boisson standard) correspond p. ex. à environ 3 dl de bière (5% vol.), à 1 dl de vin, de mousseux ou de champagne (12,5% vol.), à 2 cl d'eau-de-vie (55% vol.) ou à 4 cl de liqueur (30% vol.)

- | | |
|-------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> 1 ou 2 | 0 points |
| <input type="checkbox"/> 3 ou 4 | 1 point |
| <input type="checkbox"/> 5 ou 6 | 2 points |
| <input type="checkbox"/> 7 à 9 | 3 points |
| <input type="checkbox"/> 10 ou plus | 4 points |

3. Au cours d'une même occasion, combien de fois vous est-il arrivé de boire six boissons alcoolisées (= boissons standard) ou plus ?

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Jamais | 0 points |
| <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois | 1 point |
| <input type="checkbox"/> Une fois par mois | 2 points |
| <input type="checkbox"/> Une fois par semaine | 3 points |
| <input type="checkbox"/> Chaque jour ou presque chaque jour | 4 points |

Annexe VI : Questionnaire T-ACE

- Tolérance (Tolerance) - Combien de verres prenez-vous avant d'en ressentir l'effet? (*plus de 2 verres donnent un pointage de 2; 2 verres ou moins donnent un pointage de 0*)
- Dérangement (Annoyance) - Est-ce que les gens vous dérangent en critiquant votre consommation d'alcool? (*si Oui, pointage de 1*)
- Diminution (Cut Down) - Avez-vous déjà pensé que vous devriez diminuer votre consommation d'alcool? (*si Oui, pointage de 1*)
- Réveil (Eye Opener) - Avez-vous déjà eu le réflexe de prendre un verre dès votre réveil pour stabiliser vos nerfs ou éliminer votre gueule de bois? (*si Oui, pointage de 1*)



Annexe VII : Questionnaire CAST

Au cours des 12 derniers mois... <i>Une seule réponse par ligne</i>	Jamais	Rarement	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
1. Avez-vous fumé du cannabis <u>avant midi</u> ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Avez-vous fumé du cannabis <u>lorsque vous étiez seul(e)</u> ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Avez-vous eu des <u>problèmes de mémoire</u> quand vous fumiez du cannabis ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Des <u>amis</u> ou des <u>membres de votre famille</u> vous ont-ils <u>dit</u> que vous devriez <u>réduire</u> votre consommation de cannabis ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Avez-vous essayé de <u>réduire</u> ou d' <u>arrêter</u> votre consommation de cannabis <u>sans y arriver</u> ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Avez-vous eu des <u>problèmes à cause de votre consommation</u> de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultats à l'école...) ? Lesquels ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4



Annexe VIII : Entretien motivationnel



L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

L'entretien motivationnel est une façon d'être avec soi-même, particulièrement en matière de prise de décision et de choix d'engagement de comportement. Il s'agit de la santé (de soi, de soi-même, de son corps, de son esprit, de son cœur, de son âme, de son être). Il s'agit de la santé (de soi, de soi-même, de son corps, de son esprit, de son cœur, de son âme, de son être). Il s'agit de la santé (de soi, de soi-même, de son corps, de son esprit, de son cœur, de son âme, de son être).

Depuis il est bien établi que les facteurs de risque sont nombreux et que la prise de décision est difficile. Les facteurs de risque sont nombreux et que la prise de décision est difficile. Les facteurs de risque sont nombreux et que la prise de décision est difficile.

L'entretien motivationnel est un outil d'accompagnement de prise de décision et de choix d'engagement, pour :

- soutenir un choix d'engagement;
- reconnaître les processus d'engagement, l'articuler (réflexions qui accompagnent les choix, les caractéristiques du choix d'engagement),
- la résister;
- reconnaître, soutenir les choix d'engagement;
- agir et la décision d'engagement;
- agir et les capacités d'initiative de partie
- l'impact favorable de la décision de choix d'engagement.

Par ailleurs, l'entretien motivationnel est une façon d'être avec soi-même, particulièrement en matière de prise de décision et de choix d'engagement. Il s'agit de la santé (de soi, de soi-même, de son corps, de son esprit, de son cœur, de son âme, de son être).

L'entretien motivationnel est un outil d'accompagnement de prise de décision et de choix d'engagement, pour :

L'entretien motivationnel est un outil d'accompagnement de prise de décision et de choix d'engagement, pour :

L'entretien motivationnel est un outil d'accompagnement de prise de décision et de choix d'engagement, pour :

- 1. Marie-Laure Fédérat : L'entretien motivationnel : comment ça marche ? Paris : L'Harmattan, 2005
- 2. Miller & Rollnick : L'entretien motivationnel : Fais-le avec nous ! Paris : L'Harmattan, 2005
- 3. Miller & Rollnick : L'entretien motivationnel : Fais-le avec nous ! Paris : L'Harmattan, 2005



Annexe IX : Protocole de substitution nicotinique chez la femme enceinte de l'hôpital Louis Mourier

↳ Protocole de substitution nicotinique chez la femme enceinte

RÈGLES À RESPECTER :

Ordonnance à prescrire en mentionnant : produit prescrit dans un but thérapeutique en l'absence d'autre alternative.

- 1) Réévaluer la patiente les jours suivants : augmenter en cas de manque et baisser si surdosage.
 - 2) Ne pas patcher la femme sur 24 heures (sauf exceptions voir avec les tabacologues), retirer le patch la nuit, et avant ou au moment des tétées lors de l'allaitement (selon bénéfiques/risques).
- **Consommation < 5 cigarettes** : substituts oraux de 2 mg (gommes ou pastilles).
 - **Entre 5 et 10 cigarettes** : 1/2 patch de 21 mg/24 h à retirer la nuit + des gommes ou pastilles.
 - **Entre 11 et 15 cigarettes** : patch de 14 mg/24 h à retirer la nuit + gommes ou pastilles.
 - **Consommation > 15 cigarettes** : patch de 21 mg/24 h à retirer la nuit + des gommes ou des pastilles.

Signes de surdosages (rares)	Signes de sous-dosages
<ul style="list-style-type: none">• Nausées, anorexie• Céphalées• Tachycardie sinusale• Diarrhée• Insomnie	<ul style="list-style-type: none">• Manque, envie de fumer• Anxiété, nervosité• Diminution de la satiété• Humeur triste



Annexe X : Questionnaire de notre étude à destination des professionnels du CHIPS

1. **Quelle est votre catégorie professionnelle ?**
 - Gynécologue/Gynécologue-Obstétricien
 - Sage-femme

2. **Dans votre activité professionnelle, vous interrogez-vous et/ou repérez-vous les comportements addictifs éventuels de vos patientes ?**
 - Oui
 - Non

3. **Dans votre activité professionnelle, êtes-vous formé(e) en addictologie ?**
 - Oui suite à une proposition de formation
 - Oui suite à une démarche personnelle
 - Non mais pourquoi pas dans le cadre de ma formation continue
 - Non l'addictologie n'est pas un domaine qui m'intéresse
 - Non car l'addictologie n'est pas du domaine de ma spécialité

4. **Si oui, pour quelle(s) conduite(s) addictive(s) ? (Question à choix multiples)**
 - Consommation de tabac
 - Consommation d'alcool
 - Consommation de produits illicites
 - Mésusage des médicaments psychotropes

5. **Pensez-vous que le repérage des patientes ayant des conduites addictives est utile en périnatalité ?**
 - Oui
 - Non

6. **La consommation de quels produits recherchez-vous systématiquement ? (Question à choix multiples)**
 - Tabac, alcool, cannabis et autres produits illicites
 - Tabac et alcool
 - nts psychotropes
 - Tabac uniquement
 - Alcool uniquement
 - Aucun

7. **Dans le cadre du dépistage systématique, si vous ne questionnez que sur les items alcool et/ou tabac, pour quelles raisons ? (question à choix multiples)**
 - Par manque de temps
 - Sujet difficile à aborder
 - Par peur de ne pas savoir le prendre en charge
 - Par peur de ne pas savoir à qui l'adresser
 - Car cela ne fait pas partie de mon domaine de compétence



8. Évaluez-vous dans le cadre du dépistage systématique :

- Le parcours addictif et la ou les consommation(s) de la patiente
- Le parcours addictif et la ou les consommation(s) de la patiente et celle(s) de son conjoint

9. Au cours de la grossesse, effectuez-vous un dépistage ciblé sur signe d'appel ?

- Oui
- Non

10. Si oui, sur quels signes ? (Question à choix multiples)

- LF < 10^{ème} percentile
- Agénésie du corps calleux
- Rupture prématurée des membranes
- Fente palatine
- Signes d'imprégnation de produits psychotropes
- Eclampsie
- Macrosomie foetale
- Communication intra-auriculaire et ventriculaire
- Décollement placentaire
- Troubles du comportement
- Placenta praevia
- Microcéphalie
- Menace d'accouchement prématuré
- RCIU
- Diabète gestationnel
- Toxémie gravidique
- Autres signes d'addiction (traces d'injection, diamètre des pupilles, ...)

11. Évaluez-vous dans le cadre du dépistage ciblé :

- Le parcours addictif et la ou les consommation(s) de la patiente
- Le parcours addictif et la ou les consommation(s) de la patiente et celle(s) de son conjoint

12. Quels outils utilisez-vous pour évaluer la consommation d'une patiente? (Question à choix multiples)

- La déclaration de la patiente
- Test de Fagerström
- CO testeur
- CAST (Cannabis Abuse Screening Test)
- ADOSPA (Alcool et produits illicites)
- CAGE-DETA (alcool)
- Autre
- Aucun

13. La prise en charge d'une patiente présentant une addiction est, le plus souvent :

- Une proposition qui émane de vous
- Une demande qui émane de la patiente

14. Que proposez-vous comme prise en charge à une patiente ayant une conduite addictive? (Question à choix multiples)

- Vous réalisez un entretien motivationnel
- Vous lui proposez un traitement substitutif si nécessaire
- Vous lui proposez un accompagnement
- Vous l'adrez à une équipe/un professionnel spécialisé(e)



- 15. A quelle catégorie professionnelle adressez-vous ces patientes ? (Question à choix multiples)**
- Médecin formé en addictologie
 - Sage-femme formée en addictologie
 - Infirmier formé en addictologie
 - Psychologue formé en addictologie
 - Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)
 - CSAPA (Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)
 - Autre
- 16. Prescrivez-vous des substituts nicotiques à une patiente ?**
- Non car je n'ai pas le droit de prescription
 - Non car je ne connais pas les posologies
 - Non car ils sont contre indiqués pendant la grossesse
 - Oui pendant toute la grossesse si nécessaire
 - Oui uniquement à certaines périodes du terme si nécessaire
- 17. La base de remboursement des substituts nicotiques par la sécurité sociale chez la femme enceinte est de :**
- 50 €
 - 150 €
 - 200 €
- 18. Interrogez-vous, à chaque consultation, les patientes sur l'évolution de leurs consommations et leur comportement addictif?**
- Oui
 - Non
- 19. Demandez-vous une sérologie Hépatite C ?**
- Oui systématiquement
 - Oui chez une patiente ayant des conduites addictives actuelles et/ou passées de produits illicites
 - Non
- 20. Est-il éthique pour vous de noter une éventuelle conduite addictive de la mère pendant la grossesse dans le carnet de santé du nouveau-né pour son suivi ?**
- Oui avec l'accord de la patiente
 - Oui sans l'accord de la patiente
 - Non
- 21. Est-il pertinent pour vous d'adresser un courrier au médecin traitant/pédiatre qui suivra l'enfant en cas de conduite addictive de la mère pendant la grossesse ?**
- Oui
 - Non



22. Face à une patiente en suite de couche présentant des conduites addictives sans prise en charge pendant la grossesse, que faites-vous ? (Question à choix multiples)

- Vous réalisez un entretien motivationnel
- Vous lui proposez un traitement substitutif si nécessaire
- Vous relancez la sensibilisation si un dépistage a été fait sans suite
- Vous l'adrezsez à un professionnel spécialisé en addictologie (avec l'accord de la patiente)

23. En prévention de la Mort Subite du Nouveau-né, dans les conseils que vous donnez aux mères, parlez-vous du tabagisme passif ?

- Oui
- Non

24. Déconseillez-vous l'allaitement maternel en cas de :

- Consommation de tabac :
 - Oui
 - Non
- Consommation d'alcool :
 - Oui
 - Non
- Traitement de substitution aux opiacés
 - Oui
 - Non



Annexe XI : Questionnaire de notre étude destiné aux professionnels libéraux

1. **Quelle est votre catégorie professionnelle ?**
 - Gynécologue/Gynécologue-Obstétricien
 - Sage-femme
 - Médecin généraliste

2. **Dans votre activité professionnelle, vous interrogez-vous et/ou repérez-vous les comportements addictifs éventuels de vos patientes ?**
 - Oui
 - Non

3. **Dans votre activité professionnelle, êtes-vous formé(e) en addictologie ?**
 - Oui suite à une proposition de formation
 - Oui suite à une démarche personnelle
 - Non mais pourquoi pas dans le cadre de ma formation continue
 - Non l'addictologie n'est pas un domaine qui m'intéresse
 - Non car l'addictologie n'est pas du domaine de ma spécialité

4. **Si oui, pour quelle(s) conduite(s) addictive(s) ?**
 - Consommation de tabac
 - Consommation d'alcool
 - Consommation de produits illicites
 - Mésusage des médicaments psychotropes

5. **Pensez-vous que le repérage des patientes ayant des conduites addictives est utile en périnatalité ?**
 - Oui
 - Non

6. **La consommation de quels produits recherchez-vous systématiquement ?**
 - Tabac, alcool, cannabis et autres produits illicites
 - Tabac et alcool
 - psychotropes
 - Tabac uniquement
 - Alcool uniquement
 - Aucun

7. **Dans le cadre du dépistage systématique, si vous ne questionnez que sur les items alcool et/ou tabac, pour quelles raisons ?**
 - Par manque de temps
 - Sujet difficile à aborder
 - Par peur de ne pas savoir le prendre en charge
 - Par peur de ne pas savoir à qui l'adresser



- Car cela ne fait pas partie de mon domaine de compétence

8. Évaluez-vous dans le cadre du dépistage systematique :

- Le parcours addictif et la ou les consommation(s) de la patiente
- Le parcours addictif et la ou les consommation(s) de la patiente et celle(s) de son conjoint

9. Au cours de la grossesse, effectuez-vous un dépistage ciblé sur signe d'appel ?

- Oui
- Non

10. Si oui, sur quels signes ?

- RCIU
- LF < 10^{ème} percentile
- Agénésie du corps calleux
- Fente palatine
- Microcéphalie
- Macrosomie foetale
- Communication intra-auriculaire et ventriculaire
- Décollement placentaire
- Placenta praevia
- Menace d'accouchement prématuré
- Rupture prématurée des membranes
- Diabète gestationnel
- Toxémie gravidique
- Eclampsie

11. Évaluez-vous dans le cadre du dépistage ciblé :

- Le parcours addictif et la ou les consommation(s) de la patiente
- Le parcours addictif et la ou les consommation(s) de la patiente et celle(s) de son conjoint

12. Quels outils utilisez-vous pour évaluer la consommation d'une patiente?

- La déclaration de la patiente
- Test de Fagerström
- CO testeur
- CAST (Cannabis Abuse Screening Test)
- ADOSPA (Alcool et produits illicites)
- CAGE-DETA (alcool)
- Autres
- Aucun

13. La prise en charge d'une patiente présentant une addiction est, le plus souvent :

- Une proposition qui émane de vous
- Une demande qui émane de la patiente

14. Que proposez-vous comme prise en charge à une patiente ayant une conduite addictive?

- Vous réalisez un entretien motivationnel
- Vous lui proposez un traitement substitutif si nécessaire
- Vous lui proposez un accompagnement
- Vous l'adrez à une équipe/un professionnel spécialisé(e)

15. A quelle catégorie professionnelle adressez-vous ces patientes ?

- Médecin formé en addictologie
- Sage-femme formée en addictologie
- Infirmier formé en addictologie
- Psychologue formé en addictologie
- Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)
- CSAPA (Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)
- Autres



16. Prescrivez-vous des substituts nicotiques à une patiente ?

- Non car je n'ai pas le droit de prescription
- Non car je ne connais pas les posologies
- Non car ils sont contre indiqués pendant la grossesse
- Oui pendant toute la grossesse si nécessaire
- Oui uniquement à certaines périodes du terme si nécessaire

17. La base de remboursement des substituts nicotiques par la sécurité sociale chez la femme enceinte est de :

- 50 €
- 150 €
- 200 €

18. Interrogez-vous, à chaque consultation, les patientes sur l'évolution de leurs consommations et leur comportement addictif?

- Oui
- Non

19. Demandez-vous une sérologie Hépatite C ?

- Oui systématiquement
- Oui chez une patiente ayant des conduites addictives actuelles et/ou passées de produits illicites
- Non

20. Face à une patiente en post-partum présentant des conduites addictives sans prise en charge pendant la grossesse, que faites-vous ?

- Vous réalisez un entretien motivationnel et lui proposez un traitement substitutif si nécessaire
- Vous relancez la sensibilisation si un dépistage a été fait sans suite
- Vous l'adrez à un professionnel spécialisé en addictologie (avec l'accord de la patiente)

21. En prévention de la Mort Subite du Nouveau-né, dans les conseils que vous donnez aux mères, parlez-vous du tabagisme passif ?

- Oui
- Non

22. Déconseillez-vous l'allaitement maternel en cas de :

Consommation de tabac :

- Oui
- Non

Consommation d'alcool :

- Oui
- Non

Traitement de substitution
aux opiacés :

- Oui
- Non