



**État des lieux des modalités de dépistage et
d'orientation des femmes présentant des conduites
addictives pendant la grossesse dans la région
Hauts-de-France**

Christina Ferreira

► **To cite this version:**

Christina Ferreira. État des lieux des modalités de dépistage et d'orientation des femmes présentant des conduites addictives pendant la grossesse dans la région Hauts-de-France. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01535020

HAL Id: dumas-01535020

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01535020>

Submitted on 8 Jun 2017

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.

UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES D'AMIENS
ANNÉE 2016

Christina FERREIRA

État des lieux des modalités de dépistage et d'orientation des femmes présentant des conduites addictives pendant la grossesse dans la région Hauts-de-France
--

MÉMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGES-FEMMES

REMERCIEMENTS

Au Docteur René Faure, maître de ce mémoire pour m'avoir accompagné dans la réalisation de ce projet.

À l'École de Sages-Femmes d'Amiens pour m'avoir guidé pendant ces quatre années d'étude et plus particulièrement à sa directrice, Madame Marie-Agnès Poulain, pour m'avoir donné l'envie de faire ce métier, il y a 5 ans déjà.

À tous les professionnels ayant pris le temps de répondre à cette étude

Aux secrétaires du service de consultations du CHU d'Amiens pour leur aide dans cette étude.

À Kelly et Floriane, mes merveilleuses rencontres dans cette école, pour leur bonne humeur et leur soutien pendant ces 4 années.

À ma famille et à mes amis

Et à toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à ce travail

Je vous adresse mes profonds remerciements

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
I. LES CONDUITES ADDICTIVES : GÉNÉRALITÉS	4
1.1. DÉFINITIONS	4
1.1.1. Définition selon la CIM-10.....	4
1.1.2. Définition selon Goodman.....	4
1.2. LES COMPLICATIONS DE L'ADDICTION	6
1.2.1. Complications obstétricales	6
1.2.1.1. Tabac	6
1.2.1.2. Alcool	6
1.2.1.3. Cannabis	6
1.2.1.4. Opiacés	7
1.2.1.5. Cocaïne	7
1.2.2. Complications fœtales et néonatales	7
1.2.2.1. Tabac	7
1.2.2.2. Alcool	8
1.2.2.3. Cannabis	9
1.2.2.4. Opiacés	9
1.2.2.5. Cocaïne	9
1.2.2.6. Médicaments psychotropes	10
1.3. LE PLAN GOUVERNEMENTAL DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LES CONDUITES ADDICTIVES	10
1.3.1. Les actions de prévention	10
1.3.2. Concernant la prise en charge	11
1.3.3. La formation des professionnels	12
1.4. REPÉRER ET INTERVENIR PRÉCOCEMENT	13
1.4.1. Le repérage précoce	13
1.4.2. Mesure du CO dans l'air expiré.....	14
1.4.3. L'intervention brève	14
1.5. PRENDRE EN CHARGE L'ADDICTION	14
1.5.1. L'entretien motivationnel	15
1.5.2. Les différents substituts	15
1.5.2.1. Les traitements nicotiques de substitution (TNS)	16
1.5.2.2. Les médicaments de substitution aux opiacés (MSO).....	16
1.6. LES STRUCTURES EXISTANTES	17
1.6.1. Le secteur sanitaire	17
1.6.2. Le secteur médico-social	18
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	18
2.1. PROBLÉMATIQUE.....	18

2.2. HYPOTHÈSES	19
2.3. OBJECTIFS	19
2.3. TYPE D'ÉTUDE	19
2.4. QUESTIONNAIRE	19
III. RÉSULTATS.....	21
3.1 POPULATION DE L'ÉTUDE ET LIEU D'EXERCICE	21
3.2. REPÉRAGE ET INFORMATION	22
3.4. CONNAISSANCE DES OUTILS DE REPÉRAGE.....	28
3.3. PRISE EN CHARGE.....	29
3.5. FORMATION DES PROFESSIONNELS	31
IV. DISCUSSION	32
4.1. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	32
4.1.1. Biais de sélection	32
4.1.2. Biais de déclaration.....	32
4.1.3. Forces de l'étude.....	32
4.2. REPÉRAGE SYSTÉMATIQUE DES CONDUITES ADDICTIVES	33
4.3. REPÉRAGE CIBLE DES CONDUITES ADDICTIVES	34
4.3. INFORMATION DES FEMMES ENCEINTES.....	35
4.4. CONNAISSANCE DES OUTILS DE REPÉRAGE.....	36
4.4.1. Le repérage précoce et l'intervention brève	36
4.4.2. Le test de mesure du monoxyde de carbone (CO) expiré.....	37
4.5. PRISE EN CHARGE.....	38
4.6. LA FORMATION DES PROFESSIONNELS	39
4.7. PROPOSITIONS	40
CONCLUSION.....	42
BIBLIOGRAPHIE.....	43
ANNEXES	47
GLOSSAIRE	54

INTRODUCTION

Selon l'enquête nationale périnatale de 2010, 17.1 % des femmes déclaraient avoir fumé au moins une cigarette par jour pendant leur grossesse et 22.8 % des femmes affirmaient avoir consommé de l'alcool au moins une fois pendant leur grossesse. [1]

Or, les conduites addictives pendant la grossesse sont un problème majeur de santé publique. En effet les femmes enceintes représentent une population à risque, notamment au vu de la morbidité néonatale et maternelle entraînée en cas d'addiction et au coût élevé que cela peut engendrer.

De plus, selon l'Agence régionale de santé (ARS) la Picardie présente le troisième taux de mortalité le plus important sur le territoire français pour les pathologies liées à l'alcoolisme. Il est aussi constaté une surmortalité de 14.3 % par rapport à la moyenne nationale pour les pathologies liées au tabac et la région picarde présente une consommation en médicaments psychotropes plus importante que la moyenne française. [2]

De même, selon l'ARS, la région Nord-Pas-de-Calais est considérée comme la région la plus impactée par les problématiques liées aux addictions. Il est notamment retrouvé une surmortalité de 25 % pour les pathologies liées au tabac et à l'alcool dont 8 % de mortalité prématurée évitable. [3]

La région Hauts-de-France issue de la fusion de ces deux régions devient donc un territoire de choix pour la réalisation de notre étude. Nous allons donc dans ce mémoire effectuer un état des lieux des modalités de dépistage et d'orientation, effectué par les professionnels de santé, des femmes présentant des conduites addictives pendant la grossesse dans la région Hauts-de-France.

I. LES CONDUITES ADDICTIVES : GÉNÉRALITÉS

1.1. DÉFINITIONS

1.1.1. Définition selon la CIM-10

Une conduite addictive, aussi appelée dépendance, est définie selon la classification internationale des maladies (CIM -10) comme la manifestation d'au moins trois signes parmi les suivants sur une période d'un an et ayant persisté au moins un mois ou étant survenus de manière répétée [4].

Les signes sont donc :

- Un désir compulsif de consommer le produit
- Des difficultés à contrôler la consommation
- L'apparition d'un syndrome de sevrage en cas d'arrêt ou de diminution des doses ou une prise du produit pour éviter un syndrome de sevrage
- Une tolérance aux effets (augmentation des doses pour obtenir un effet similaire)
- Un désintérêt global pour tout ce qui ne concerne pas le produit ou sa recherche
- Une poursuite de la consommation malgré la conscience des problèmes qu'elle engendre

1.1.2. Définition selon Goodman

Un psychiatre anglais nommé Aviel Goodman décrivait les addictions comme « un processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sous un mode caractérisé par l'échec répété dans le contrôle de ce comportement et la persistance de ce comportement en dépit des conséquences négatives significatives » [5].

Il définit des critères pour définir les addictions comportementales que nous allons énumérer.

Les quatre caractéristiques principales :

- L'impossibilité de résister à l'impulsion de s'engager dans le comportement
- La tension croissante avant d'initier le comportement
- Le plaisir ou soulagement au moment de l'action
- La perte de contrôle sur le comportement.

On peut y ajouter 9 critères secondaires :

- La préoccupation fréquente pour le comportement ou l'activité qui prépare celui-ci
- Les efforts répétés pour réduire ou arrêter
- Le temps considérable passé à réaliser le comportement
- La réduction des activités sociales, professionnelles, familiales du fait du comportement
- L'engagement dans ce comportement qui empêche de remplir des obligations sociales, familiales, professionnelles
- La poursuite malgré la connaissance des dommages associés
- La tolérance marquée
- L'agitation ou irritabilité s'il est impossible de mettre en œuvre le comportement.

Dans cette classification il inclut donc la notion de dépendance sans produits contrairement à la classification de la CIM-10. De ce fait nous pouvons classer les conduites addictives en deux grandes parties : la consommation de produits licites ou illicites et la consommation sans produits. Dans ce travail, nous nous intéresserons seulement aux conduites addictives aux produits et plus spécifiquement au tabac, à l'alcool, au cannabis, aux opiacés, à la cocaïne, aux drogues de synthèse et aux médicaments psychotropes.

1.2. LES COMPLICATIONS DE L'ADDICTION

1.2.1. Complications obstétricales

Les conduites addictives pendant la grossesse sont associées à une hausse des complications que nous allons détailler en fonction de l'addiction concernée.

1.2.1.1. Tabac

Les études montrent tout d'abord une baisse de la fertilité chez les fumeuses avec un allongement du délai de conception de plus d'un an par rapport aux femmes non-fumeuses. On retrouve aussi une augmentation du risque de grossesse extra-utérine, s'expliquant par la baisse de la mobilité ciliaire des trompes utérines due au tabac. On peut noter aussi un taux de fausse couche spontanée (FCS) multiplié par 2 à 3, une augmentation des retards de croissance intra-utérin, un taux d'hématome rétro placentaire (HRP) multiplié par 1.5 [6], un taux de rupture prématurée des membranes (RPM) avant 34SA qui est doublé, un risque d'accouchement prématuré multiplié par deux par rapport aux femmes qui ne fument pas et enfin une augmentation du risque de développer une hypertension artérielle gravidique [7].

1.2.1.2. Alcool

On retrouve une baisse de la fertilité qui est proportionnelle au degré d'intoxication, en effet la consommation d'alcool entraîne une dysovulation voire une anovulation [8].

Il est décrit aussi une augmentation du taux de fausse couche, de mort fœtale in utero (MFIU) et d'accouchement prématuré.

1.2.1.3. Cannabis

Les données concernant le cannabis restent assez contradictoires, en effet on retrouve une augmentation du risque d'accouchement prématuré, de FCS, de MFIU, de RCIU... Mais il existe une association du cannabis au tabac, donc ces données sont difficilement interprétables.

1.2.1.4. Opiacés

La consommation d'opiacés engendre une baisse de la fertilité et place souvent les femmes en aménorrhée. De ce fait, cela peut entraîner une découverte tardive de la grossesse et donc un suivi obstétrical faible.

On retrouve une augmentation des infections virales (VIH, hépatite B et C) comme l'utilisation des substances ce fait par voie intraveineuse. On aura aussi une majoration du taux d'anémie entraîné par la malnutrition associée. On retrouvera aussi une augmentation du taux de FCS, de MFIU et d'accouchement prématuré (allant d'une hausse 20 à 56 % selon les auteurs) [8].

1.2.1.5. Cocaïne

La cocaïne possède un effet hypertenseur démontré. De ce fait, la consommation pendant la grossesse est associée à un sur risque de développer une hypertension artérielle gravidique pouvant entraîner des complications de type d'hématome rétro placentaire ou encore de prééclampsie [8].

On retrouve aussi une hypercontractilité utérine associant des risques de FCS, d'accouchement prématuré et de travail rapide. Il existe aussi un risque augmenté de MFIU.

1.2.2. Complications fœtales et néonatales

1.2.2.1. Tabac

La consommation de tabac pendant la grossesse entraîne une baisse du flux placentaire notamment par un phénomène de vasoconstriction ce qui peut engendrer des anomalies du rythme cardiaque fœtal [8].

De plus, on constate chez les patientes fumeuses une baisse du poids fœtal (allant de 150 à 250 g) qui est proportionnelle à la quantité de cigarette fumée et au degré d'intoxication au monoxyde de carbone [9].

Le tabagisme maternel est aussi la première cause toxique d'infirmité motrice cérébrale ce qui est dû à l'hypoxie chronique entraînée par le tabac.

Il existe une relation de cause à effet entre le risque de mort subite du nourrisson et la consommation de tabac, en effet, le risque est doublé en cas de consommation tabagique. [10]

On peut aussi noter le risque de développer par la suite des pathologies respiratoires comme la bronchiolite du nourrisson ou encore de l'asthme.

1.2.2.2. Alcool

Les conséquences de la consommation d'alcool pendant la grossesse peuvent être regroupées sous le nom d'ETCAF (ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale) [11].

L'ETCAF comprend les diagnostics suivants :

- Le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF)
- Le syndrome d'alcoolisation fœtale partielle (SAFp)
- Les troubles neurologiques du développement liés à l'alcool (TNDLA)
- Les anomalies congénitales liées à l'alcool (ACLA)

Le syndrome d'alcoolisation fœtal étant la forme la plus grave. En France il concerne environ 1.3 pour mille naissances vivantes.

Il est caractérisé par :

- Un retard de croissance intra-utérin précoce
- Une dysmorphie cranio-faciale où l'on peut retrouver des signes tels que : des fentes palpébrales étroites, un épicanthus, un ptosis, une microphthalmie, un hyperthélorisme, une hypoplasie de l'étage moyen, une lèvre supérieure fine, un microrétrognathisme, des oreilles basses implantées ou encore un hirsutisme frontal.
- Un syndrome malformatif associant des troubles neurologiques, cardiaques, rénaux et des malformations du squelette.

Par la suite ces enfants présentent souvent une baisse de quotient intellectuel et des perturbations du fonctionnement cognitif. L'effet de l'alcool sur le fœtus est irréversible a contrario du tabac.

1.2.2.3. Cannabis

La consommation de cannabis pendant la grossesse peut être associée à un fœtus petit pour l'âge gestationnel mais cela est contradictoire en fonction des études. De même pour l'effet malformatif.

À la naissance il est décrit une augmentation des syndromes de sevrage néonatal ou l'on retrouve des tremblements, une irritabilité, une diminution des réponses aux signaux visuels ou encore des troubles de l'alimentation et du sommeil [8].

1.2.2.4. Opiacés

La consommation d'opiacés serait associée à un fœtus PAG (petit pour l'âge gestationnel) dans 25 à 30 % des cas. Cette association est multifactorielle, aussi bien le rôle de l'héroïne elle-même mais aussi celui de l'association fréquente avec le tabac, de la malnutrition et du statut socio-économique [12].

Il y a aussi un accroissement des souffrances fœtales avec émission du méconium in utero et des troubles du rythme cardiaque fœtal.

La période néonatale est une période à risque car la consommation d'héroïne provoque chez le nouveau-né dans 60 à 90 % des cas un syndrome de sevrage néonatal [12]. Il survient en général entre 3 et 10 jours après l'accouchement et se traduit par :

- Des troubles neurologiques : trémulations (90 %), troubles du sommeil (85 %), hyperactivité, hyperexcitabilité, hypertonie, convulsions
- Des troubles respiratoires : polypnée, encombrement nasal
- Des signes généraux : fièvre, hypersudation, éternuements
- Des troubles digestifs : rejets, diarrhées, hypotrophie pondérale, troubles de la succion

1.2.2.5. Cocaïne

La consommation de cocaïne pendant la grossesse entraîne elle aussi un risque que le fœtus soit petit pour l'âge gestationnel, ce risque concernerait 25 à 50 % des fœtus. Le périmètre crânien serait particulièrement touché [12].

On retrouve aussi un taux plus élevé de malformations notamment de la face, du système urinaire, des membres, du cœur et du système nerveux central.

Le syndrome de manque est lui aussi présent lors de la période néonatale mais il est décrit comme moins sévère et ne nécessite généralement pas de traitement.

Sont notées aussi lors de la période postnatale des anomalies gastro-intestinales comme les atresies iléales, les infarctus mésentériques et les entérocolites ulcéro-nécrosantes et des risques de crises convulsives.

1.2.2.6. Médicaments psychotropes

Le risque principal de la prise de médicaments psychotropes pendant la grossesse est le syndrome de sevrage néonatal comme nous l'avons décrit précédemment.

Il faut aussi noter que les nouveau-nés sont souvent imprégnés à la naissance ce qui peut aller de la forme modérée (hypotonie axiale, baisse de la réactivité, somnolence, troubles de la succion, mauvaise courbe pondérale, troubles de la thermorégulation) à la forme sévère qui peut entraîner une détresse respiratoire [8].

1.3. LE PLAN GOUVERNEMENTAL DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LES CONDUITES ADDICTIVES

Au vu des complications à la fois maternelles et fœtales pouvant découler d'une conduite addictive pendant la grossesse et du coût que cela engendre pour la société, la prise en charge de ce problème devient un enjeu de santé publique majeur.

Ainsi, l'état a dû légiférer et nous allons nous intéresser dans cette partie au plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017 [13], élaboré par la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Conduites Addictives (MILDECA), anciennement MILDT, adopté et publié le 19 septembre 2013.

Nous étudierons plus spécifiquement les parties concernant les addictions et la grossesse.

1.3.1. Les actions de prévention

Concernant la partie prévention des addictions chez les femmes enceintes, le plan gouvernemental prévoit notamment de :

- Favoriser la prise de conscience des risques sanitaires et sociaux encourus par les femmes en renforçant des actions particulières en direction des femmes enceintes et en faisant mieux connaître et partager les évidences scientifiques sur les risques inhérents aux consommations durant la grossesse [13].
- Mieux prévenir les dommages liés à l'alcool et au tabac en apposant sur les paquets de cigarettes un pictogramme « Zéro tabac pendant la grossesse » et rendant plus lisible et compréhensible « Zéro alcool pendant la grossesse » sur les contenants de boissons alcooliques [13].

Le premier objectif de ce plan consistant en la divulgation de données scientifiques sur les risques de consommation lors de la grossesse, s'appuie, au niveau national, sur des actions de type médiatique (affiches, dépliants à l'attention des usagers et des professionnels, radio, télévision, internet, journées dédiées à certaines addictions) la plupart signées par l'Institut National de Prévention et d'Éducation Pour la Santé (INPES) et par le ministère de la Santé ou la MILDECA.

Il repose aussi, et en grande partie, sur la délivrance d'informations par les professionnels de santé, notamment lors des consultations.

1.3.2. Concernant la prise en charge

Le plan gouvernemental nous indique que la prise en charge à l'aide de l'intervention brève doit être encouragée [13]. Nous détaillerons par la suite cette notion.

Ce plan explique ensuite qu'il est nécessaire que chaque personne présentant des conduites addictives puisse bénéficier d'une offre de soins de proximité et d'une consultation avec un professionnel de santé compétent pour prendre en charge son addiction [13].

Il faut aussi noter, qu'après la découverte d'une consommation de produits psychoactifs pendant la grossesse il est recommandé de donner une information sur le syndrome de sevrage néonatal ou sur le syndrome d'alcoolisation fœtale, il faudra de la même façon prévoir un suivi pédiatrique pour l'enfant à naître [14] ainsi que l'orientation des femmes enceintes pour l'accouchement en cas de risque obstétrical, fœtal ou maternel dans une maternité de niveau II ou III [14].

Le plan gouvernemental prévoit aussi d'étendre les interventions des dispositifs de soins spécialisés, en développant les Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) dans les établissements de santé dont le rôle est l'aide à la formation des professionnels sur le repérage des conduites addictives, la prise en charge des premières consultations (notamment avec les patients n'étant pas encore engagés dans le processus de soin) et la mise en place de liens avec les partenaires extérieurs [13]. L'objectif essentiel est donc de faciliter un parcours de soins coordonné en créant un véritable réseau entre les équipes de périnatalité et les services d'addictologies ainsi que les services sociaux.

De plus le plan prévoit de renforcer l'accessibilité géographique et sociale, notamment en développant les dispositifs mobiles (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues ou CAARUD) en milieu rural [13].

Dans ce même plan, des prises en charge spécifiques sont détaillées et notamment pour le tabac, il est précisé que l'accompagnement des fumeurs vers le sevrage doit être renforcé.

1.3.3. La formation des professionnels

L'accent est aussi mis dans ce plan sur la formation des professionnels de santé, en effet, le plan prévoit un renforcement et une plus grande uniformité de la formation sur les addictions entre les différentes professions de santé. Pour ce faire il prévoit tout d'abord la création « d'un master interuniversitaire de recherche en addictologie ouvert aux internes et aux autres professionnels de santé ».

De plus, l'enseignement en addictologie sera renforcé dans les études de sage-femme en se basant sur la formation dispensée aux étudiants en médecine.

De même, le plan gouvernemental prévoit de mettre le repérage précoce, l'intervention brève et l'entretien motivationnel au cœur de la formation continue des différents professionnels de santé [13].

1.4. REPÉRER ET INTERVENIR PRÉCOCEMENT

1.4.1. Le repérage précoce

Le repérage des conduites addictives repose principalement sur l'entretien clinique et le questionnement médical, cependant le patient n'a pas toujours pleinement conscience de sa consommation. Le repérage précoce est une technique de dépistage recommandée par le plan gouvernemental, sa définition est la suivante : il s'agit selon la Haute Autorité de Santé (HAS) de repérer la consommation déclarée et d'évaluer le risque à l'aide d'une trame de questions. L'objectif étant de repérer les situations à risque [15] et de permettre une prise de conscience sur un usage problématique d'une substance addictive. Le but étant que le patient comprenne les risques associés et que cela puisse provoquer chez lui une volonté d'entamer un sevrage.

Il existe donc plusieurs questionnaires élaborés par l'HAS qui permettent aux professionnels d'avoir un outil pour évaluer la consommation déclarée :

- Le questionnaire FACE permet d'appréhender les consommations problématiques d'alcool. Le questionnaire interroge sur le nombre de verre bu en faisant référence au nombre de verre standard : un verre standard équivaut à environ 10 g d'alcool pur. Le test prend en compte le sexe pour l'évaluation du risque. Il permet de classer les patients dans trois groupes : risque faible ou nul, consommation excessive probable et dépendance probable (annexe I)
- Le CAST est un auto-questionnaire court de repérage des usages de cannabis. Ce test comporte 6 questions qui permettent de calculer un score. Une conduite à tenir en fonction des résultats est envisagée : une réponse positive : information minimale sur les risques, deux réponses positives au test doivent amener à s'interroger sérieusement sur les conséquences de la consommation à l'aide de l'intervention brève, trois réponses positives ou plus doivent amener à proposer une consultation d'addictologie (annexe II)
- Pour le tabac l'HAS propose une simple question à savoir « fumez-vous du tabac », si la réponse est oui, il est recommandé d'effectuer un conseil d'arrêt et de proposer un accompagnement (annexe III). Cependant des tests plus spécifiques existent, notamment le test de Fagerström simplifié qui permet à l'aide de deux questions de classer la dépendance des patients (annexe IV). De 0 à 1 le patient est considéré

comme non dépendant, de 2 à 3 on constate une dépendance modérée et les scores 4, 5 et 6 sont retrouvés en cas de dépendance forte.

1.4.2. Mesure du CO dans l'air expiré

Lors de la conférence de consensus Grossesse et Tabac, l'HAS décrit le caractère simple de cette mesure et non invasive ce qui en fait un outil de premier choix pour évaluer l'intoxication tabagique de la femme enceinte lors d'une consultation prénatale [16]. Le test donne un résultat en ppm (partie par million). Une quantité de CO expirée supérieure à 10 ppm signe un tabagisme actif, des mesures entre 6 et 10 ppm signent un tabagisme passif ou l'effet d'une pollution atmosphérique. Enfin, des valeurs de 0 à 5 ppm sont retrouvées chez les non-fumeurs.

1.4.3. L'intervention brève

Pour mieux prendre en charge les conduites addictives, l'HAS associe le repérage précoce à l'intervention brève qui consiste selon l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie (ANPAA) « à commenter au patient les résultats du test de repérage, lui donner les informations nécessaires sur le risque, et lui montrer l'intérêt de la réduction de consommation, un niveau maximum est alors proposé ainsi que les méthodes pour y parvenir ». Il est recommandé de remettre des brochures ou des adresses de structures prenant en charge l'addiction concernée. Il est aussi nécessaire que cette intervention soit pratiquée par l'ensemble des professionnels de santé et qu'elle soit faite pour toutes les consommations de produits psychoactifs [17].

L'association de ces deux outils permet de prendre en charge les addictions le plus tôt possible dès l'apparition des signes d'un usage à risque et l'avantage est que cela ne dure que 5 minutes en général, ce qui est compatible avec le temps restreint d'une consultation.

1.5. PRENDRE EN CHARGE L'ADDICTION

Comme nous l'avons vu précédemment, de nombreuses études s'accordent sur le fait que les grossesses des femmes présentant des conduites addictives sont des grossesses à risque. Ainsi il sera nécessaire pour les professionnels de santé de prendre en charge précocement

et activement ces patientes quel que soit leur degré de dépendance et quelle que soit l'addiction concernée.

Le traitement substitutif ne sera donc qu'un élément de la prise en charge. Il faudra créer une véritable approche pluridisciplinaire avec une prise en charge globale, notamment par le biais de réseaux pour inscrire la patiente dans un véritable parcours de soins coordonné par différents acteurs de la périnatalité et de l'addictologie.

1.5.1. L'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel est une méthode de communication centrée sur le patient. Cet entretien est l'œuvre de deux psychologues, William Miller et Stephen Rollnick. Ils ont explicité cette technique dans leur ouvrage paru en 1991 et cela a vite été adapté au domaine de l'addictologie [18].

Cette méthode est très utilisée dans les pays anglo-saxons, elle utilise la communication empathique et a pour but d'augmenter la confiance du patient, ce qui est très important lors de la prise en charge d'une addiction car il existe fréquemment une ambivalence concernant le sevrage [19].

Les bases de l'entretien motivationnel peuvent être regroupées sous la forme d'un acronyme, contenant six critères de bonne pratique : F.R.A.M.E.S [20]

- Feed-back : qui consiste à donner une information au patient sur l'état actuel de sa situation
- Responsibility : il faut rappeler au patient qu'il est libre de ses choix et de ses actions
- Advice : si le patient le souhaite, le thérapeute émet un avis
- Menu : le thérapeute expose toutes les possibilités thérapeutiques
- Empathy : le praticien doit toujours adopter un discours empathique
- Self efficacy : il est nécessaire de réassurer le patient

Cet entretien rentre donc dans la prise en charge globale préconisée pour les addictions.

1.5.2. Les différents substituts

Lors de la prise en charge d'une addiction et dès lors que la dépendance est trop élevée, le praticien peut prendre la décision de prescrire des substituts pour aider la patiente à se

sevrer. Nous allons donc détailler les différents substituts pouvant être utilisé pendant la grossesse.

1.5.2.1. Les traitements nicotiniques de substitution (TNS)

Ces substituts nicotiniques permettent de fournir la dose de nicotine nécessaire mais sans les autres composants toxiques présents dans la cigarette et notamment le CO. De plus, la nicotine aura une pénétration plus lente dans l'organisme ce qui n'entraînera pas de dépendance physique contrairement à la cigarette qui produit un « shoot » de nicotine et donc une concentration plus élevée au niveau cérébral [21].

Il existe plusieurs formes galéniques : des patchs, des gommes à mâcher, des comprimés, des inhaleurs, des pastilles... Cela permet de s'adapter aux patients en leur proposant une large gamme de choix.

Selon l'HAS, les substituts nicotiniques peuvent être proposés chez la femme enceinte en cas d'échec des méthodes non médicamenteuses comme les thérapies cognitivo-comportementales par exemple. Cependant, ils peuvent être utilisés en première intention si la femme n'est pas motivée par une approche psychologique et comportementale seule [16].

Il faut noter que selon les recommandations de l'AFSSAPS publiées en 2003, le bupropion est déconseillé pendant la grossesse.

L'assurance maladie propose aussi une prise en charge pour les femmes enceintes à hauteur de 150 euros par personne et par année civile.

Il est possible pour la sage-femme de prescrire les substituts nicotiniques aux femmes enceintes mais aussi depuis loi du 26 janvier 2016 le droit de prescription est élargi à l'entourage de la femme enceinte ou accouchée [22].

1.5.2.2. Les médicaments de substitution aux opiacés (MSO)

Chez la femme enceinte, deux traitements substitutifs sont utilisables : la méthadone et la buprénorphine. La méthadone a commencé à être utilisée aux États-Unis dans les années soixante mais en France seulement à partir des années quatre-vingt, notamment avec l'arrivée de l'épidémie de SIDA qui a fait changer les mentalités vis-à-vis de la nécessité d'utiliser les traitements substitutifs [23].

Les avantages de l'utilisation de ces médicaments sont nombreux et nous pouvons citer notamment [24] :

- Un taux stable d'opiacé ce qui protège le fœtus des effets délétères des fluctuations de ce taux.
- Une prévention des risques de transmissions virales (VIH, VHB, VHC)
- Une amélioration du suivi obstétrical
- Une prévention de la prématurité et un poids de naissance plus élevé
- Une prévention des rechutes de consommation d'opiacés

Il n'existe pas de traitements substitutifs à proprement parler pour les conduites addictives liées à l'alcool, le cannabis ou la cocaïne. Il faudra cependant mettre en place un accompagnement spécialisé et pluridisciplinaire comme pour toute addiction. Il sera possible de mettre en place un traitement par des benzodiazépines pour diminuer les syndromes de sevrage. Pour cela il vaudra mieux utiliser l'oxazépam chez la femme enceinte aux doses les plus faibles possible [25].

1.6. LES STRUCTURES EXISTANTES

Plusieurs types de structure existent sur le territoire français, nous pouvons alors nous intéresser à l'offre de soin du secteur sanitaire puis à l'offre de soin du secteur médico-social.

1.6.1. Le secteur sanitaire

La filière hospitalière de soins en addictologie a pour objectif de permettre à chaque personne ayant une conduite addictive d'accéder à une prise en charge globale, de proximité et, si nécessaire, d'avoir recours à un plateau technique spécialisé [26].

Le secteur sanitaire dispose de consultations hospitalières, d'une prise en charge en hôpital de jour, des services de soins de suite et de réadaptation en addictologie (SSRA) et des équipes de liaison et de soin en addictologie (ELSA).

Les SSRA sont des structures hospitalières de niveau 2 ou 3, qui prennent le relais des soins et d'un sevrage hospitalier ou ambulatoire pour permettre de faciliter la réadaptation des patients [27].

Les ELSA sont des établissements de santé dont le rôle est l'aide à la formation des professionnels sur le repérage des conduites addictives, la prise en charge des premières

consultations (notamment avec les patients n'étant pas encore engagés dans le processus de soin) et la mise en place de liens avec les partenaires extérieurs [13]. Il en existe 39 sur le territoire de la région Hauts-de-France (18 dans la région anciennement Picardie et 21 dans l'ancienne région Nord-Pas-de-Calais).

1.6.2. Le secteur médico-social

Le secteur médico-social est composé à la fois de centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) mais aussi de centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour les usages de drogues (CAARUD).

Les CSAPA assurent gratuitement et de façon anonyme un accueil des personnes présentant des conduites addictives et une remise d'information sur les risques, une consultation médicale et une évaluation psychologique. Ils peuvent aussi prescrire les substituts nécessaires et doivent orienter au besoin vers le secteur sanitaire [27].

Les établissements CAARUD sont financés par l'assurance maladie et ont pour objectif principal de réduire les risques liés à la consommation, notamment en fournissant du matériel à usage unique. L'accès y est anonyme et gratuit [28].

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1. PROBLÉMATIQUE

Comme nous l'avons vu dans notre première partie, les conduites addictives pendant la grossesse sont un véritable enjeu de santé publique, notamment au vu de la morbidité néonatale et maternelle qu'elles peuvent entraîner, mais aussi par le coût que leur prise en charge engendre.

De plus, la région Hauts-de-France est particulièrement touchée par les pathologies liées à l'alcool, il existe aussi une surmortalité liée au tabac par rapport à la moyenne nationale et une consommation en médicaments psychotropes élevée ce qui en fait une région de choix pour notre étude.

Notre problématique est donc de savoir quelles sont les modalités de dépistage et d'orientation des femmes présentant des conduites addictives pendant la grossesse dans la région Hauts-de-France.

2.2. HYPOTHÈSES

- Les professionnels de santé évaluent systématiquement la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse mais il existe une réticence vis-à-vis des autres substances psychoactives.
- Le repérage précoce et l'intervention brève sont des techniques encore méconnues et peu utilisées.
- Les professionnels de santé ne sont pas assez formés sur le domaine de l'addictologie.

2.3. OBJECTIFS

Notre objectif principal est d'évaluer les connaissances des professionnels de santé vis-à-vis des modalités de dépistage, d'information et d'orientation des femmes enceintes présentant une ou plusieurs addictions.

Notre objectif secondaire est de comprendre les freins des professionnels de santé au repérage des différentes addictions.

2.3. TYPE D'ÉTUDE

Notre étude est une étude descriptive transversale, réalisée à partir d'un questionnaire (annexe V), distribué aux gynécologues (obstétriciens et médicaux), aux sages-femmes (hospitalières, libérales et territoriales) et aux médecins généralistes de la région Hauts-de-France.

2.4. QUESTIONNAIRE

Pour répondre à nos hypothèses citées précédemment nous avons créé un questionnaire comportant 22 questions, 1 question ouverte et 21 questions fermées comprenant 14 questions à choix simples et 7 questions à choix multiples.

La trame de notre questionnaire se divisait en plusieurs parties :

- La population de l'étude et le lieu d'exercice
- Le repérage et l'information
- La connaissance des outils de repérage
- La prise en charge
- La formation des professionnels

L'étude s'est déroulée sur une période de 11 semaines, s'étendant du 23 mai 2016 au 5 août 2016. Les questionnaires ont été envoyés par e-mail à l'aide du logiciel de sondage SurveyMonkey® et ont été distribués directement auprès du service de consultation de gynécologie obstétricale du CHU d'Amiens.

Pour contacter les gynécologues médicaux et les médecins généralistes, un premier contact par téléphone a d'abord été établi afin d'obtenir une adresse e-mail permettant d'envoyer le questionnaire.

Au total, 3 relances par e-mail ont été nécessaires et nous avons pu obtenir 124 questionnaires sur les 265 questionnaires envoyés soit un taux de réponse aux alentours de 47 %.

Les données ont ensuite été collectées à l'aide du tableur Microsoft Excel® et l'analyse statistique a ensuite été effectuée à l'aide du logiciel SurveyMonkey®.

III. RÉSULTATS

3.1 POPULATION DE L'ÉTUDE ET LIEU D'EXERCICE

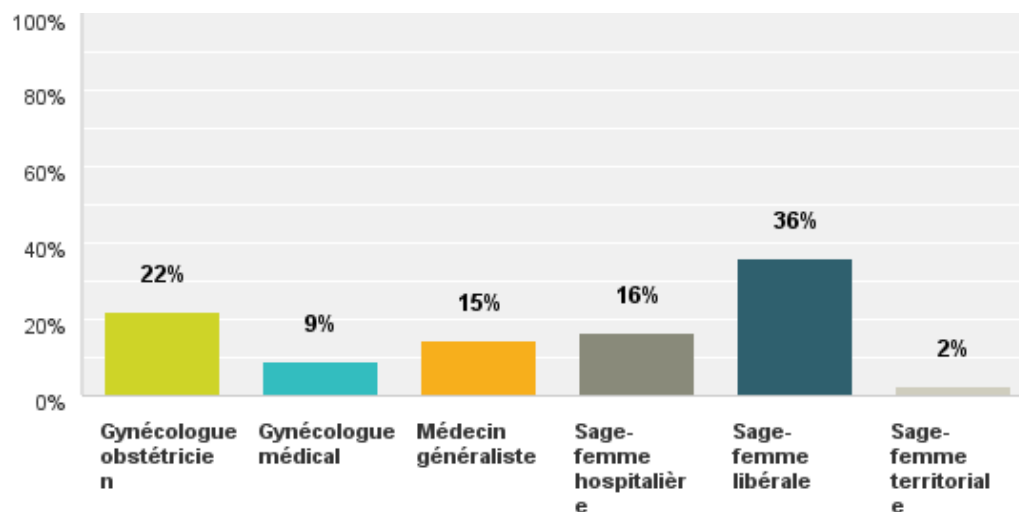


Figure 1 : Quelle est votre profession ? (n = 123)

Les professionnels de santé ayant répondu à notre étude sont à 54 % des sages-femmes, des gynécologues (à la fois obstétriciens et médicaux) à 31 % et à 15 % des médecins généralistes.

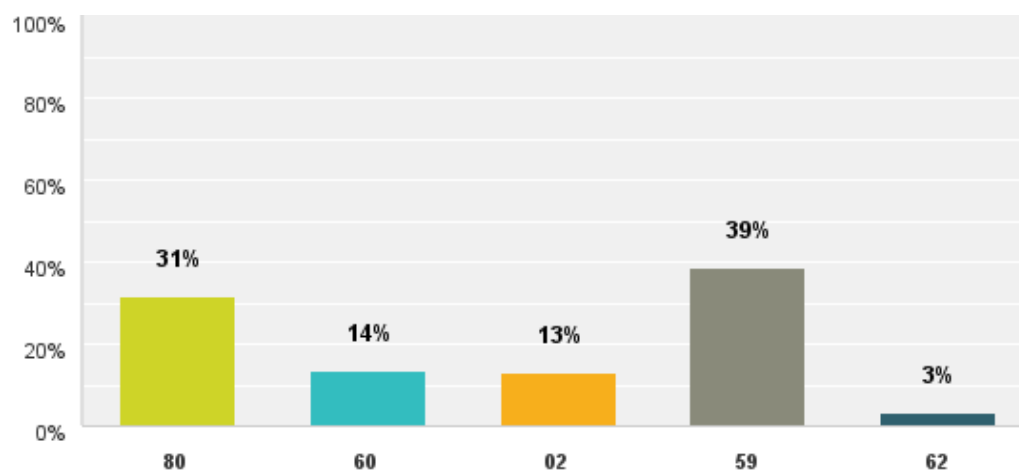


Figure 2 : Département d'exercice (n = 124)

Nous avons une majorité de réponses provenant du département du Nord (39 %) puis 31 % provenant de la Somme, 14 % de l'Oise, 13 % de l'Aisne et 3 % du Pas-de-Calais.

3.2. REPÉRAGE ET INFORMATION

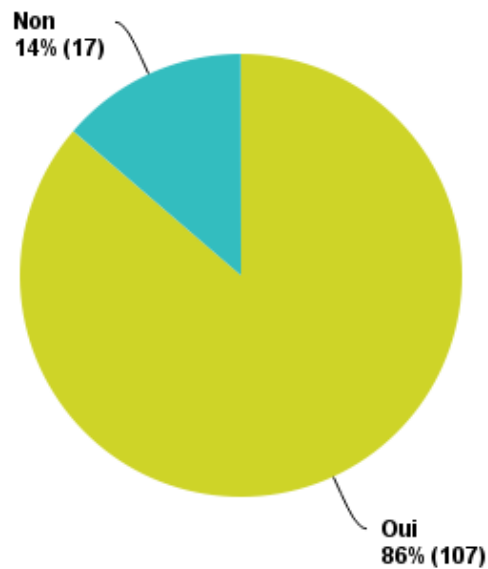


Figure 3 : Effectuez-vous un repérage systématique des conduites addictives pendant la grossesse ? (n = 124)

Les professionnels effectuent à 86 % un repérage systématique des conduites addictives pendant la grossesse.

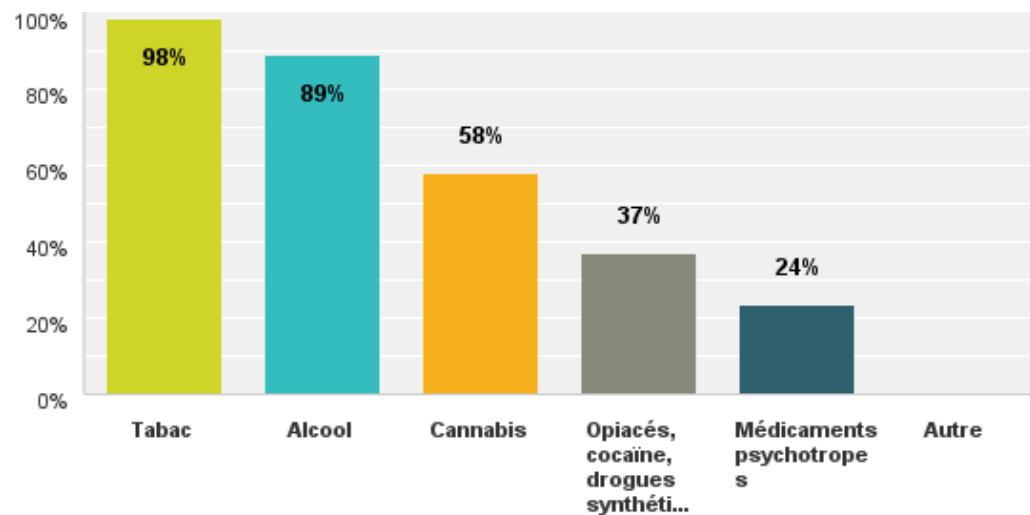


Figure 4 : Quelles sont les addictions recherchées ? (n = 119)

Le tabac et l'alcool sont très majoritairement recherchés (98 % et 89 %), vient ensuite le cannabis avec 58 %, les opiacés et la cocaïne à 37 % et enfin les médicaments psychotropes à 24 %.

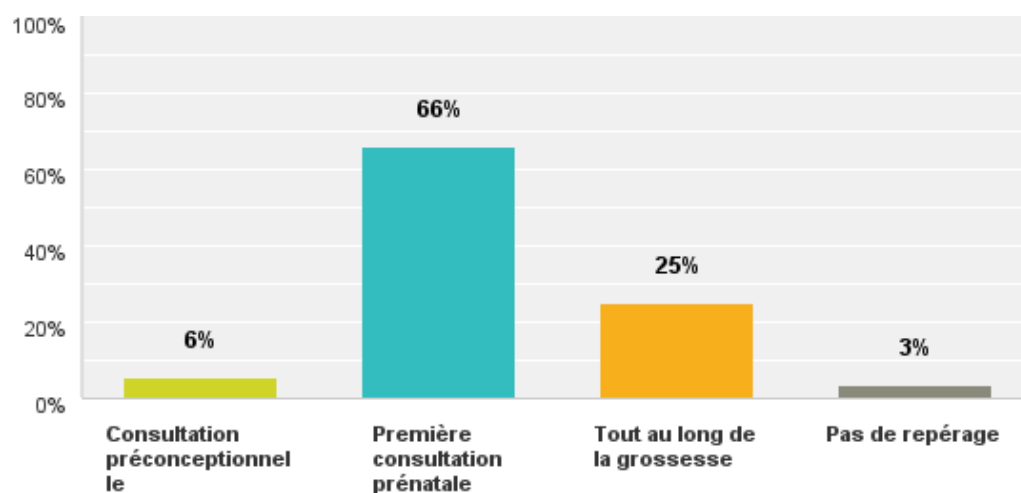


Figure 5 : A quel moment effectuez-vous cette recherche ?

La recherche des éventuelles conduites addictives est faite majoritairement lors de la première consultation prénatale à 66 %, à 25 % tout au long de la grossesse, à 6 % lors de la consultation préconceptionnelle et il n'y a pas de repérage effectué pour 3 % des professionnels.

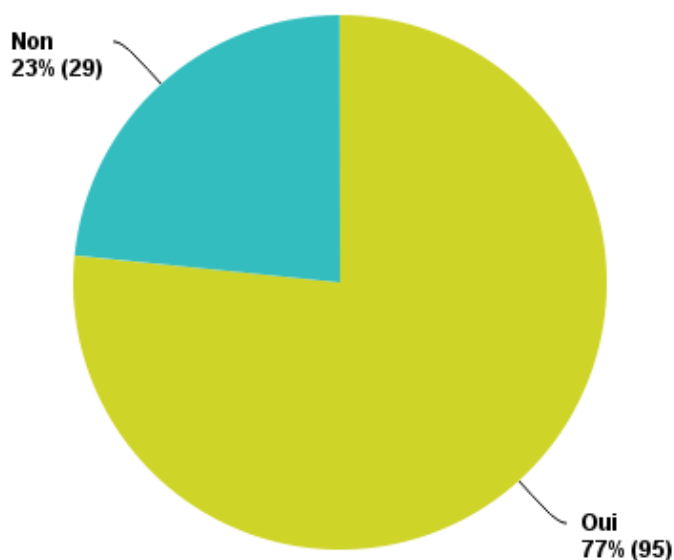


Figure 6 : Existe-t-il une formalisation dans votre dossier médical ? (n = 124)

Il existe une formalisation dans le dossier médical des professionnels à 77 %.

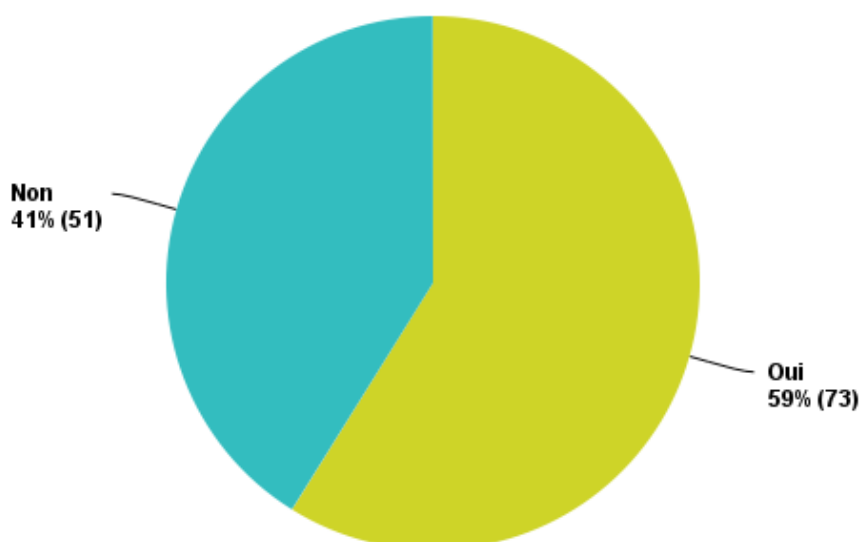


Figure 7 : Avez-vous déjà ressenti une réticence à interroger vos patientes sur une éventuelle conduite addictive ? (n = 124)

59 % des professionnels interrogés ont déjà ressenti une réticence à interroger leurs patientes sur une éventuelle conduite addictive, à l'inverse 41 % n'en ont jamais ressenti.

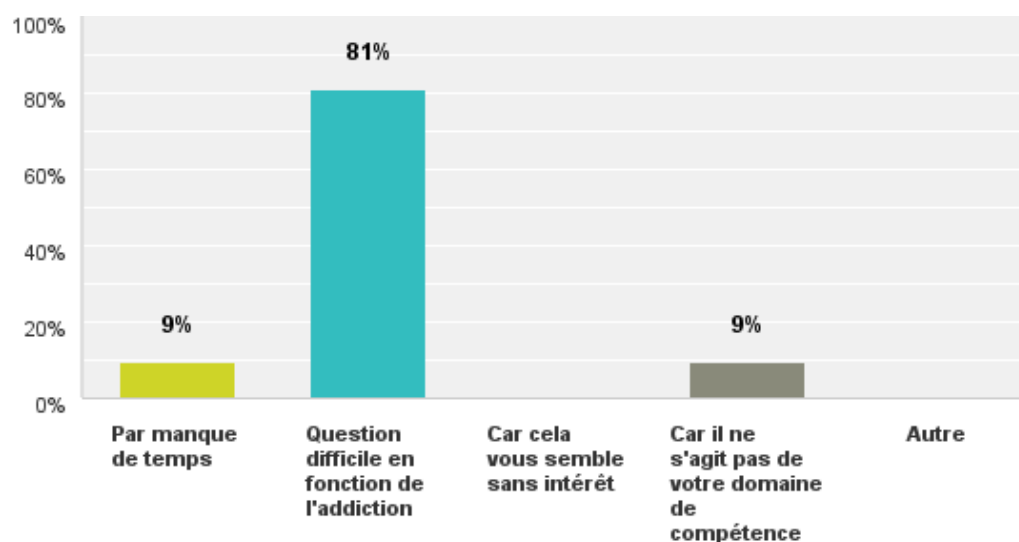


Figure 8 : Si oui, pour quelle (s) raison (s) ? (n = 74)

La majorité des professionnels interrogés répondent à 81 % que leur réticence à interroger leurs patientes sur une éventuelle conduite addictive vient du fait que la question peut-être difficile à poser en fonction de l'addiction recherchée. 9 % considèrent qu'il ne s'agit pas de leur domaine de compétence et 9 % considèrent qu'ils manquent de temps.

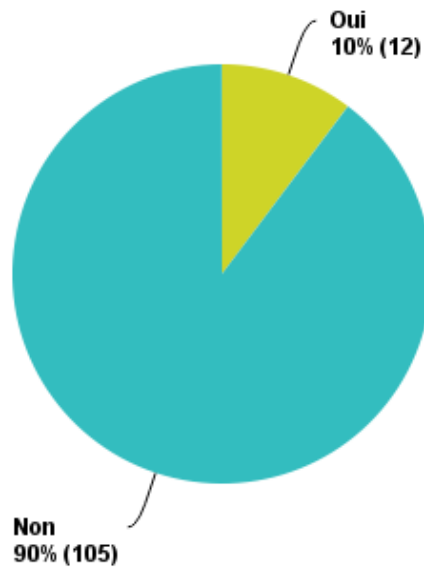


Figure 9 : Préférez-vous interroger vos patientes sur la présence de signes d'appels de consommation ?

10 % des professionnels préfèrent interroger leurs patientes sur présence de signes d'appels de consommation.

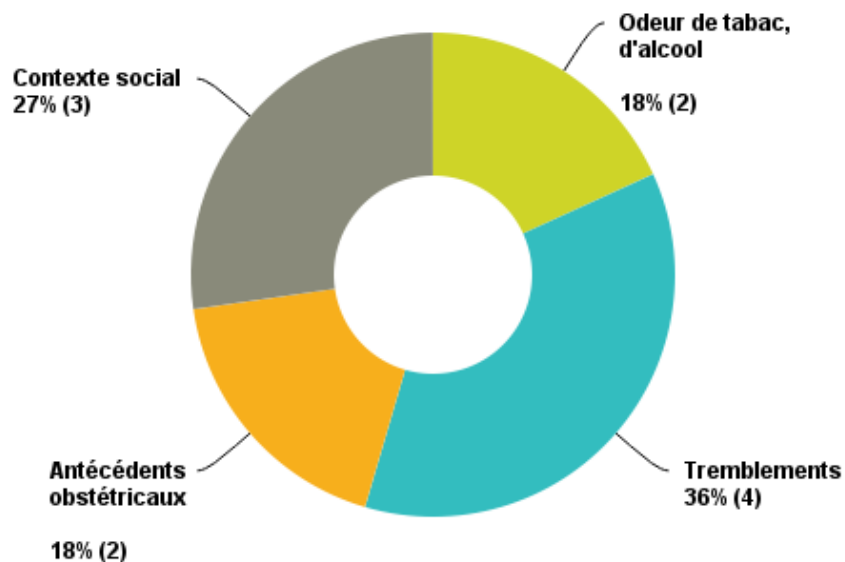


Figure 10 : Si oui, sur la présence de quels signes d'appels ? (n = 11)

Pour cette question, nous avons catégorisé les réponses des professionnels et les signes d'appels revenant en majorité sont les tremblements à 36 %, le contexte social à 27 %, l'odeur de tabac ou d'alcool à 18 % et les antécédents obstétricaux à 18 %.

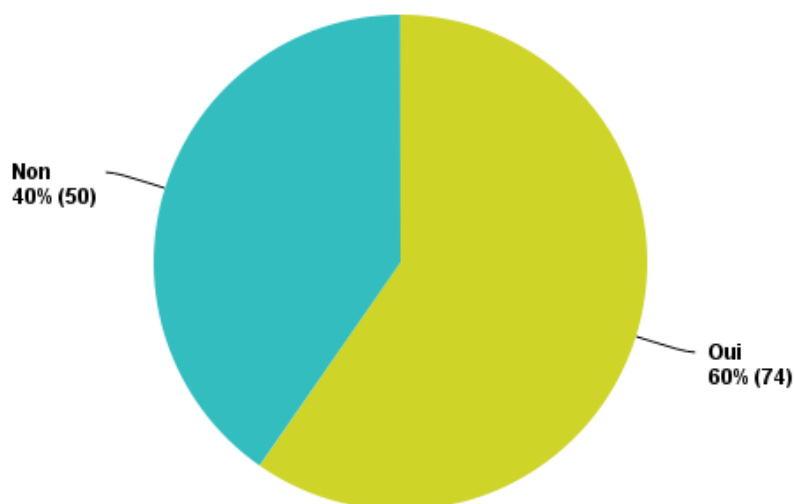


Figure 11 : Effectuez-vous une information systématique des méfaits des conduites addictives pendant la grossesse ? (n = 124)

60 % des professionnels interrogés effectuent une information systématique des méfaits des conduites addictives pendant la grossesse, 40 % ne le font pas systématiquement.

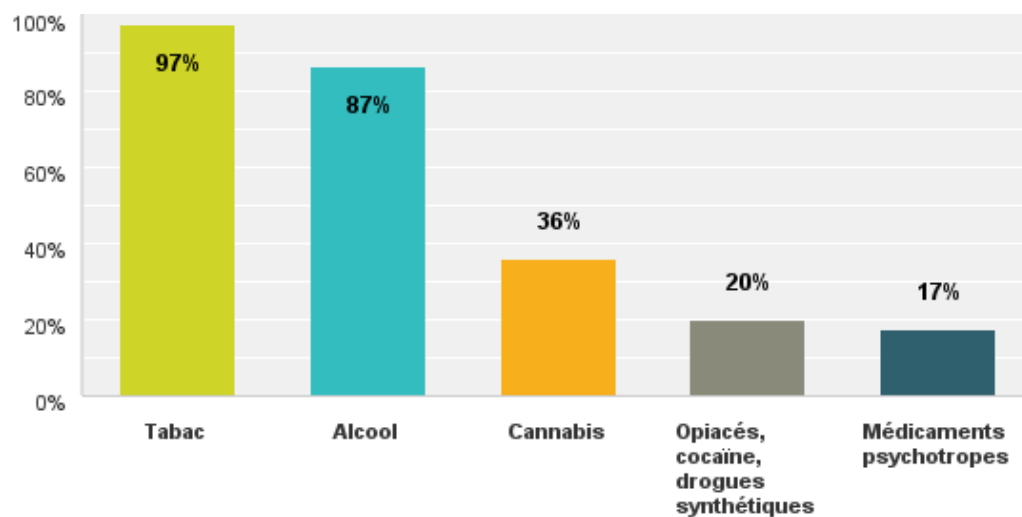


Figure 12 : Si oui, l'information est donnée pour quel (s) type (s) d'addiction (s) ? (n = 75)

Les professionnels effectuant une information systématique le font pour le tabac et l'alcool avec respectivement 97 % et 87 %, pour le cannabis à 36 %, pour les opiacés, la cocaïne et les drogues synthétiques à 20 % et pour les médicaments psychotropes à 17 %.

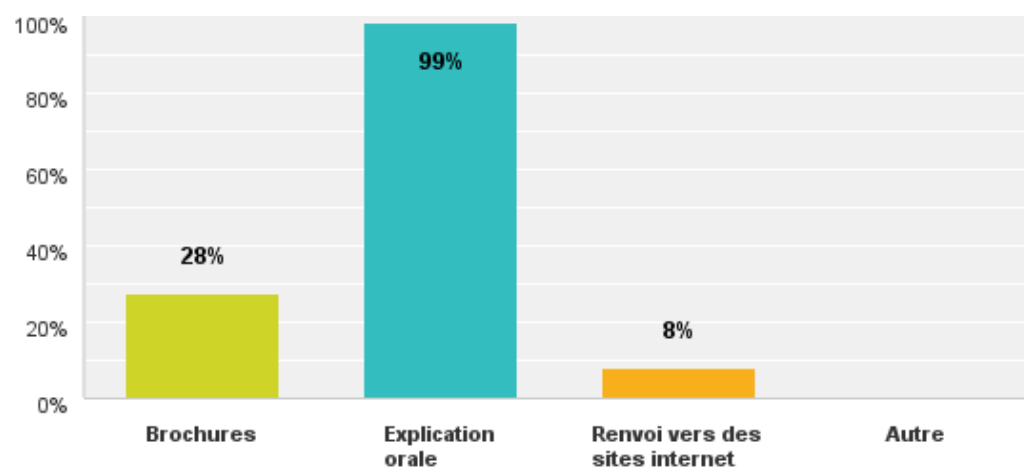


Figure 13 : Si oui, par quels moyens donnez-vous l'information ? (n = 75)

L'information donnée est faite par le biais d'une explication orale à 99 %, par des brochures à 28 % et par le renvoi vers des sites internet à 8 %.

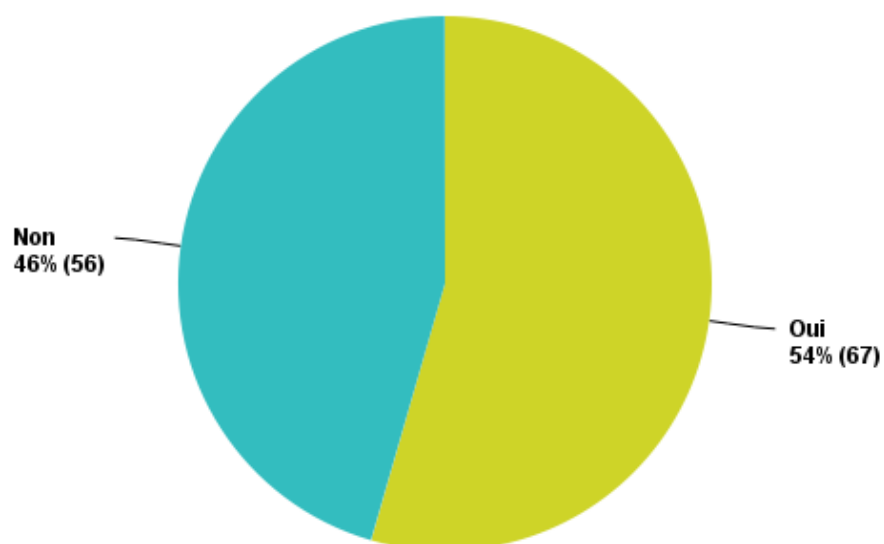


Figure 14 : Interrogez-vous vos patientes sur la consommation de leur conjoint ?

54 % des professionnels interrogent les patientes sur la consommation de leur conjoint et 46 % ne les interrogent pas.

3.4. CONNAISSANCE DES OUTILS DE REPÉRAGE

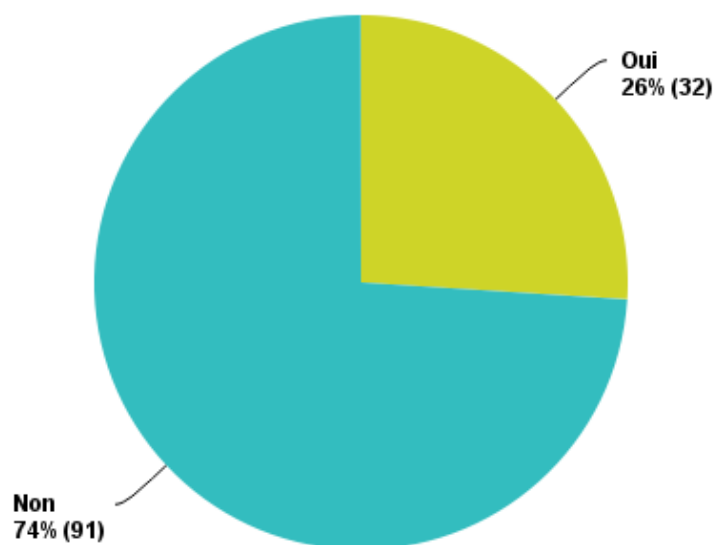


Figure 15 : Connaissiez-vous le repérage précoce et l'intervention brève ? (n = 123)

26 % des professionnels interrogés connaissent le repérage précoce et l'intervention brève et 74 % ne connaissent pas.

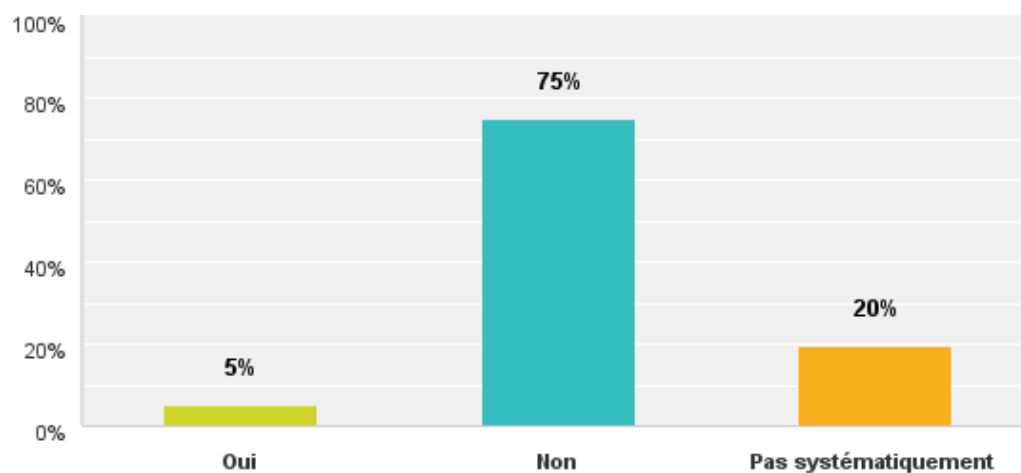


Figure 16 : Si oui, le pratiquez-vous ? (n = 76)

Sur les professionnels connaissant le repérage précoce et l'intervention brève, 5 % le pratiquent, 20 % le pratiquent mais pas systématiquement et 75 % ne le pratiquent pas.

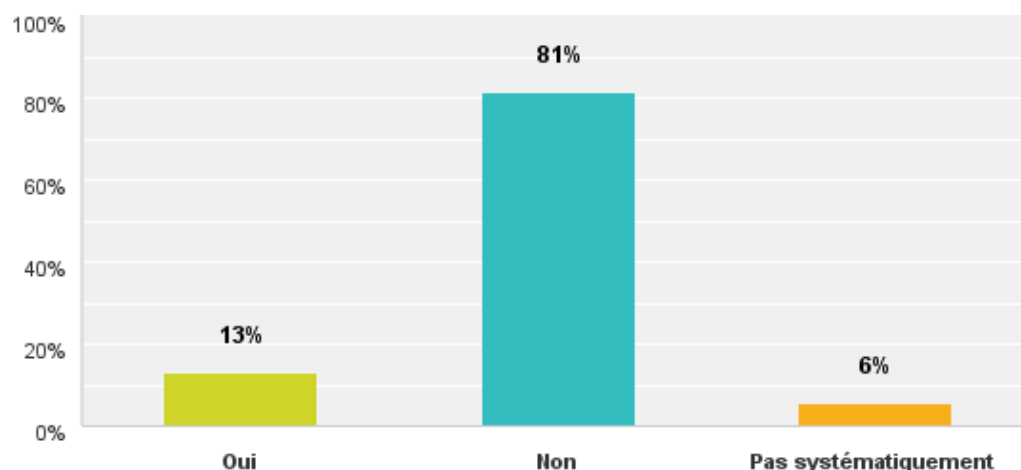


Figure 17 : Utilisez-vous le test au CO pour évaluer une consommation tabagique ? (n = 124)

81 % des professionnels ne pratiquent pas le test au monoxyde de carbone pour évaluer une consommation tabagique, 13 % le pratiquent et 6 % ne le pratiquent pas systématiquement.

3.3. PRISE EN CHARGE

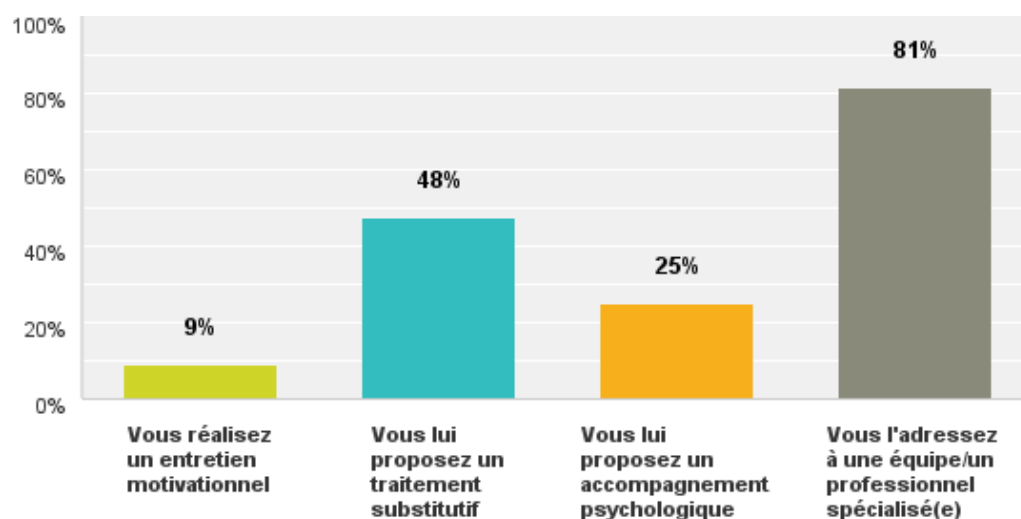


Figure 18 : Quelle prise en charge proposez-vous ? (n = 124)

Au niveau de la prise en charge proposée, 81 % des professionnels adressent les patientes à une équipe ou un professionnel spécialisé, 48 % leur proposent un traitement substitutif si nécessaire, 25 % proposent un accompagnement psychologique et 9 % réalisent un entretien motivationnel.

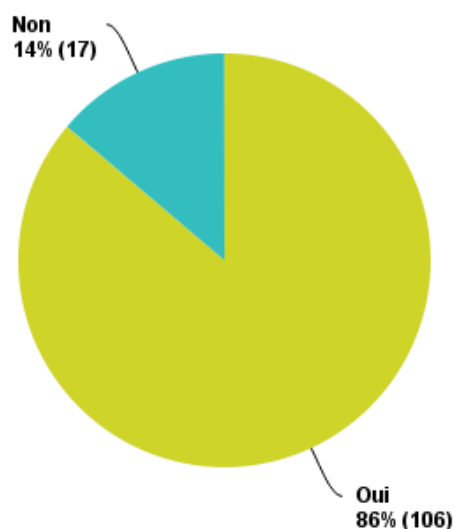


Figure 19 : Connaissez-vous des structures ou des professionnels vers qui orienter vos patientes ? (n = 123)

86 % des personnes interrogées connaissent des structures ou des professionnels vers qui orienter leurs patientes contre 14 % qui n'en connaissent pas.

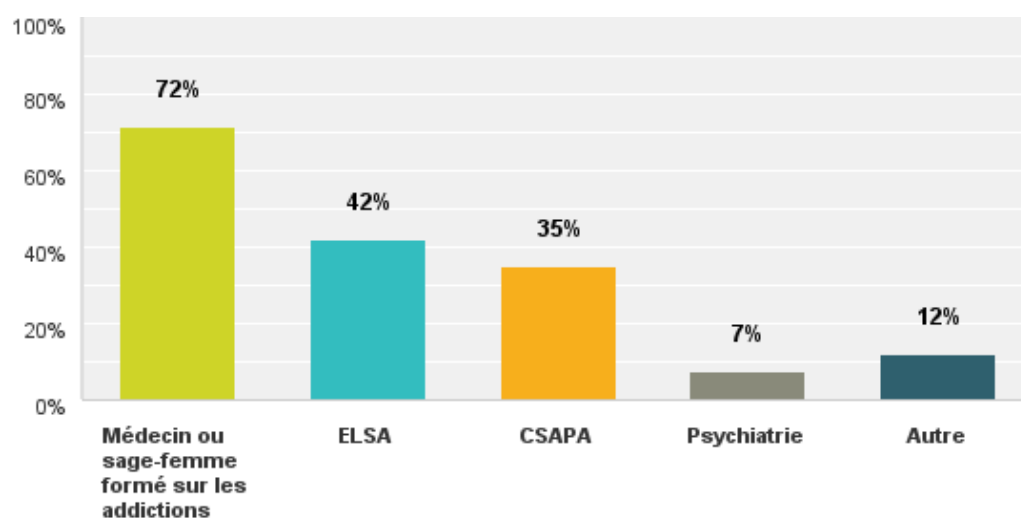


Figure 20 : Si oui, vers quelles structures ou professionnels les orientez-vous ? (n = 109)

Les patientes sont orientées à 72 % vers un médecin ou une sage-femme formée sur les addictions, à 42 % vers un établissement de liaison et de soins en addictologie, à 35 % vers un centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie et à 7 % vers une prise en charge psychiatrique. Pour la catégorie « Autre », 70 % des personnes interrogées répondent qu'elles orientent leurs patientes vers une association, 15 % vers une unité de Tabac-Info-Service et 15 % vers une consultation hospitalière d'addictologie.

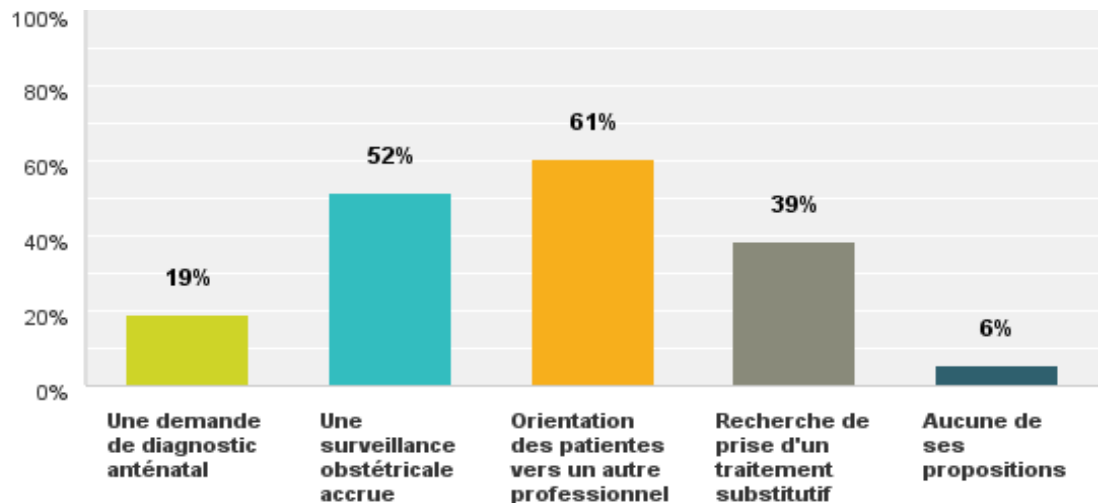


Figure 21 : Lors de la découverte d'une conduite addictive que proposez-vous (n = 122)

Lors de la découverte d'une conduite addictive, 61 % des professionnels proposent une orientation des patientes vers un autre professionnel plus spécialisé, 52 % préconisent une surveillance obstétricale accrue, 39 % recherchent la prise d'un traitement substitutif, 19 % vont effectuer une demande de diagnostic anténatal à la recherche de malformations fœtales et 9 % ne préconisent aucune de ses propositions.

3.5. FORMATION DES PROFESSIONNELS

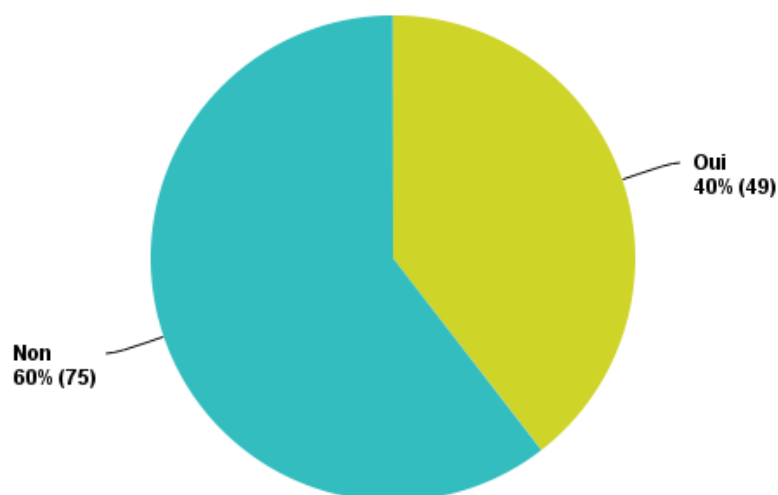


Figure 22 : Avez-vous reçu une formation sur les conduites addictives et la grossesse ? (n = 124)

40 % des professionnels sondés ont reçu une formation sur les conduites addictives et la grossesse et 60 % n'en ont pas reçu.

IV. DISCUSSION

4.1. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

Notre étude est une étude descriptive, elle ne peut pas comporter le lien de causalité ce qui aurait pu être intéressant notamment au niveau de la profession ou du département d'exercice et du type de réponse obtenue en fonction de ses items.

4.1.1. Biais de sélection

Notre étude comporte un biais de sélection, en effet, les professionnels de santé ayant répondu à notre questionnaire sont majoritairement des sages-femmes à 51 %, contre seulement 31 % de gynécologues (obstétriciens et médicaux) et 15 % de médecins généralistes. De plus, nous avons aussi une majorité de professionnels libéraux : 60 % contre 38 % de personnels hospitaliers et 2 % de professionnels territoriaux. En effet, les personnels de santé hospitaliers peuvent être amenés à suivre les patientes seulement en fin de grossesse, il est aussi possible que les patientes soient suivies par plusieurs professionnels différents lors des consultations ce qui peut entraîner un repérage plus difficile des conduites addictives.

4.1.2. Biais de déclaration

Notre étude peut comporter un biais de déclaration, en effet nous ne pouvons pas savoir si les réponses recueillies dans notre questionnaire sont représentatives de ce qui est réalisé en pratique lors des consultations. Il est aussi possible que les réponses ne soient pas individuelles, les questionnaires ayant pu être remplis à plusieurs.

4.1.3. Forces de l'étude

Nous avons inclus dans notre étude plusieurs professionnels de santé effectuant des consultations prénatales et notamment les médecins généralistes, ce qui est rarement effectué dans ce type d'étude. Cela est donc un point positif car cela nous permet d'avoir un échantillon plus représentatif des professionnels de santé.

De plus, notre étude regroupe 4 départements, ce qui couvre une surface importante et rend notre échantillon plus conséquent. Malgré cela, nous avons obtenu un taux de réponse de

47 % ce qui reste peu au vu du nombre de questionnaires envoyés et ce malgré les relances effectuées à de multiples reprises.

La dernière force de notre étude est de s'intéresser aux addictions avec produits contrairement aux autres études axées généralement sur une ou deux addictions en particulier. Cela nous a permis d'avoir une vision globale du repérage effectué par les professionnels de périnatalité.

4.2. REPÉRAGE SYSTÉMATIQUE DES CONDUITES ADDICTIVES

Il est recommandé d'effectuer un repérage systématique des conduites addictives pendant la grossesse, ce repérage doit s'effectuer pour le tabac, l'alcool, le cannabis mais aussi les opiacés, la cocaïne, les drogues synthétiques et enfin les médicaments psychotropes [29]. Dans notre étude 86 % des professionnels de santé interrogés déclarent repérer systématiquement les conduites addictives pendant la grossesse. Cependant, lorsque nous analysons les résultats concernant le type d'addiction recherchée nous pouvons voir que seulement 37 % des professionnels interrogent sur la consommation d'opiacés et de cocaïne et 24 % sur la consommation de médicaments psychotropes. Le tabac et l'alcool sont recherchés par la majorité des professionnels comme nous l'avons énoncé dans nos hypothèses.

Nous avons interrogé les professionnels de santé pour savoir à quel moment ils effectuaient le repérage des conduites addictives, les résultats étaient les suivants : le repérage est effectué majoritairement lors de la première consultation pré natale (66 %), tout au long de la grossesse à 25 %, 6 % lors de la consultation préconceptionnelle et 3 % déclarent ne pas effectuer de repérage. L'HAS préconise de dépister les situations à risques et spécifiquement « l'exposition à des toxiques (notamment à l'alcool, au tabac, aux drogues et à des médicaments potentiellement tératogènes) » [30].

Selon l'HAS le dépistage doit se faire :

- Idéalement avant la grossesse (consultation préconceptionnelle)
- À la première consultation prénatale
- Tout au long de la grossesse

En pratique il est difficile pour les professionnels de santé d'effectuer un repérage lors de la consultation préconceptionnelle car celle-ci est rarement effectuée, en effet, il est plus

fréquent que les femmes aient déjà commencé une grossesse lorsqu'elles sont vues pour la première fois en consultation.

En ce qui concerne les réticences des professionnels à interroger leurs patientes, 59 % déclarent en avoir une et 41 % déclarent n'avoir aucune réticence. Cependant lorsque nous demandions les raisons de ces réticences 81 % des professionnels ont déclarés que la question était difficile à poser en fonction de l'addiction recherchée. En effet, la consommation de tabac chez une femme enceinte reste moins taboue que la consommation d'alcool par exemple. Il peut aussi exister une crainte de la part des professionnels à dépister l'usage de drogues, par peur que les patientes se sentent stigmatisées et que la relation de confiance existante soit compromise.

Dans le guide à l'usage des professionnels édité par le ministère du travail, de l'emploi et de la santé : Alcool et grossesse parlons-en, cette réticence est évoquée, notamment par la « peur de déplaire à la patiente, d'être intrusif, de se tromper, de choquer ou de blesser est légitime, car la patiente pourrait se sentir suspectée d'alcoolisme » [31].

4.3. REPÉRAGE CIBLE DES CONDUITES ADDICTIVES

Dans notre étude, 90 % des professionnels de santé n'interrogent pas leurs patientes sur la présence de signes d'appels d'une consommation. Or si nous comparons ce résultat à une étude effectuée dans le cadre d'un mémoire sage-femme portant sur le repérage des addictions au sein du centre intercommunal de Poissy Saint-Germain en 2014 les résultats sont discordants [32]. En effet, dans cette étude seulement 33.3 % des professionnels n'effectuent pas de dépistage ciblé sur la présence de signes d'appel. Or, dans cette même étude, la question suivante à savoir sur la présence de quels signes d'appels l'addiction est recherchée est une question à choix multiples avec une série de propositions à cocher. Dans notre étude, cette question est une question ouverte où les professionnels devaient eux-mêmes citer les signes d'appels pouvant évoquer une conduite addictive. De ce fait, nous pouvons nous demander si cette différence provient du fait que les pratiques de dépistage en fonction des régions sont différentes ou s'il s'agit d'un manque de connaissance de la part des professionnels vis-à-vis des signes d'appels montrant la présence d'une addiction chez la femme enceinte. Ces résultats peuvent aussi s'expliquer par le fait que 86 % des professionnels que nous avons interrogés déclarent repérer systématiquement les conduites addictives chez la femme enceinte, de ce fait, s'ils

interrogent leurs patientes systématiquement, la présence de signes d'appels peut se confondre dans le dépistage systématique.

Les signes d'appels cités par les professionnels dans notre étude sont :

- Les tremblements (36 %)
- Un contexte social évocateur (27 %)
- Une odeur de tabac ou d'alcool (18 %)
- Des antécédents obstétricaux en faveur d'une conduite addictive (18 %)

Les signes retrouvés ne concernent pas le fœtus, en effet, les signes d'appels pouvaient aussi être un RCIU ou encore des éléments malformatifs retrouvés à l'échographie.

4.3. INFORMATION DES FEMMES ENCEINTES

Dans notre étude, 60 % des professionnels affirment donner une information concernant les méfaits des conduites addictives pendant la grossesse à leurs patientes. Selon les recommandations de bonne pratique de l'HAS datant d'avril 2005, « toute femme enceinte ou désirant le devenir doit être informée des dangers d'une consommation, même modérée, d'alcool et/ou de tabac et/ou de cannabis ». [33] Il est aussi mentionné dans ce texte que les consultations doivent être un moment où les femmes enceintes puissent parler des problèmes qui les concernent et notamment de la consommation de toxique.

Les résultats retrouvés dans notre étude montrent donc qu'il y a un manque d'information donné aux femmes par les professionnels. Il faut tout de même noter que la durée d'une consultation obstétricale laisse peu de temps pour donner toutes les informations nécessaires au bon déroulement de la grossesse. C'est pourquoi le support papier tels que les dépliants informatifs peuvent être un bon moyen d'informer les femmes sur les méfaits des conduites addictives. Cependant, ces dépliants sont souvent réalisés pour des substances addictives comme le tabac notamment celui de l'INPES intitulé Tabac et grossesse [34]. Il en existe aussi pour l'alcool mais pas pour les addictions aux autres produits.

Les professionnels que nous avons interrogés ont répondu qu'ils préféraient délivrer l'information sous forme d'explications orales majoritairement (99 %), les brochures étant le deuxième moyen d'information (28 %) puis le renvoi vers des sites internet à 8 %.

L'information peut aussi être faite concernant la prévention du tabagisme passif étant un facteur de risque de mort subite du nourrisson, c'est pourquoi dans notre étude nous avons demandé aux professionnels s'ils interrogeaient leurs patientes sur la consommation de leurs conjoints. Les résultats ont montré que 54 % des professionnels posent la question et 46 % ne la posent pas. Cela reste trop peu, en effet, la prise en charge des conjoints notamment dans le cadre d'une consommation tabagique est un axe évoqué dans le plan gouvernemental de lutte contre les conduites addictives, il est stipulé qu'il faut renforcer les actions en direction des femmes enceintes mais aussi de leur compagnon [13] pour une prise en charge plus globale.

4.4. CONNAISSANCE DES OUTILS DE REPÉRAGE

4.4.1. Le repérage précoce et l'intervention brève

Nous avons questionné les professionnels de santé pour savoir s'ils connaissaient le repérage précoce et l'intervention brève et seulement 26 % d'entre eux ont répondu positivement. Ces résultats valident donc notre deuxième hypothèse à savoir que le repérage précoce et l'intervention brève restent des techniques encore méconnues et trop peu utilisées.

Ces techniques sont pourtant recommandées, notamment par l'HAS qui les qualifie de « stratégies visant à diminuer les usages nocifs de toxiques ». [35]

De plus, un rapport de l'United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) paru en février 2013, affirme que ces techniques peuvent réduire de manière significative l'usage de toxique à court et à long terme. [36]

Une autre étude menée cette fois par la Cochrane Database évalue l'utilisation des techniques de repérage précoce et d'intervention brève sur des patients alcoolodépendants et montre qu'il y a bien une différence significative entre la prise en charge de ces patients en utilisant des techniques de repérage et d'intervention et une prise en charge classique. [37]

L'HAS définie la mise en place de ses techniques comme premier recours concernant la lutte contre les conduites addictives. En effet, l'enjeu serait d'informer les professionnels de santé de ces techniques décrites comme efficaces et de les inciter à les utiliser dans leur pratique courante. [35]

Nous avons ensuite interrogé les professionnels connaissant ces techniques sur l'utilisation de celles-ci en pratique. Les réponses obtenues ont montré que 75 % des professionnels n'utilisent pas le repérage précoce et l'intervention brève, 20 % ne l'utilisent pas systématiquement et 5 % l'utilisent. Il aurait été judicieux de demander dans une question suivante pourquoi les professionnels n'utilisent pas les techniques s'ils les connaissent. En effet, il est possible qu'ils ne les pratiquent pas car ils ne sont pas formés pour le faire, ou bien parce qu'ils manquent de temps... Cela ne nous permet donc pas de conclure sur ce point.

4.4.2. Le test de mesure du monoxyde de carbone (CO) expiré

Dans notre étude nous recherchions si les professionnels utilisaient le test au CO pour évaluer une consommation tabagique et les résultats montrent que 81 % des professionnels sondés ne l'utilisent pas, 13 % l'utilisent et 6 % ne l'utilisent pas systématiquement.

L'HAS lors de la conférence de consensus Grossesse et Tabac de 2004, préconisait d'utiliser le test au CO lors des consultations prénatales en raison « de son caractère non invasif, de sa simplicité de réalisation, de l'expression immédiate des résultats en ppm ».

Or, selon les recommandations de bonne pratique de l'HAS parues en 2014 concernant l'arrêt de la consommation tabagique, la mesure du CO expiré n'est plus recommandée en première intention mais peut être utilisée pour renforcer la motivation des patientes. [38] En effet, comme il s'agit d'une mesure cela permet aux patientes d'avoir un recul sur leur consommation et cette analyse est reproductible. Or tous les professionnels ne sont pas équipés de CO testeur permettant de faire cette mesure donc en pratique il peut être difficile d'utiliser ce test.

4.5. PRISE EN CHARGE

Concernant la prise en charge proposée par les professionnels, 81 % des sondés orientent leurs patientes présentant des conduites addictives vers une équipe ou des professionnels spécialisés. Cette orientation est recommandée par l'HAS, en effet dans son texte concernant les grossesses à risque elle précise que les maternités doivent être capables de prendre en charge les femmes enceintes ayant une addiction mais cela en lien avec des services spécialisés [39].

48 % des professionnels interrogés déclarent proposer un traitement substitutif lors d'une prise en charge d'une conduite addictive. Cependant, il est possible que les professionnels proposent un traitement substitutif plutôt de type TSN ce qui pourrait expliquer le pourcentage élevé de réponses obtenues à cet item.

Dans le plan gouvernemental 2013-2017, l'accent est mis aussi le fait de prendre en charge les comorbidités psychiatriques pouvant être présentes lors d'une addiction [13], cette approche est retrouvée dans les réponses obtenues car 25 % des professionnels répondent qu'ils proposent un accompagnement psychologique dans le cadre de la prise en charge d'une conduite addictive.

Seulement 9 % des réponses concernent la réalisation d'un entretien motivationnel, cela peut être expliqué par le fait que les professionnels n'aient pas reçu de formation concernant cet entretien.

Une grande majorité des professionnels interrogés estiment connaître des structures vers lesquelles orienter les patientes présentant des conduites addictives pendant la grossesse. Sont cités notamment les médecins et sages-femmes formés à l'addictologie (72 %), les ELSA (42 %), les CSAPA (35 %), la psychiatrie (7 %) et enfin des associations, des consultations hospitalières ou encore Tabac-Info Service. L'HAS recommande la collaboration avec ses structures, en effet elle affirme que « les femmes enceintes ayant des conduites addictives doivent relever d'une prise en charge multidisciplinaire dans un réseau organisé. Ce réseau organisé implique les différents intervenants (médecin généraliste, psychiatre, addictologue, tabacologue, CSAPA, obstétricien, pédiatre, sage-femme) ». [39]

Les résultats montrent donc que les professionnels interrogés connaissent les structures adaptées pour prendre en charge les patientes addictives.

Lors de la découverte d'une conduite addictive les professionnels déclarent orienter leurs patientes vers un autre professionnel à 61 %, effectuer une surveillance obstétricale accrue à 52 %, rechercher un traitement substitutif à 39 %, demander un avis au diagnostic anténatal à 19 % et aucune de ses propositions à 6 %.

Nous pouvons nous interroger sur le faible nombre de réponses obtenues à l'item concernant la surveillance obstétricale accrue, en effet, une conduite addictive pendant la grossesse nécessitera une surveillance plus rapprochée peu importe le type de produit. Il est donc possible que les professionnels sous-estiment l'impact de certaines addictions sur la situation obstétricale de la patiente. Il est aussi possible que certains des professionnels interrogés n'aient cochés qu'une seule réponse à la question en pensant qu'un seul choix était possible.

4.6. LA FORMATION DES PROFESSIONNELS

Dans notre étude, seulement 40 % des professionnels de santé déclarent avoir reçu une formation concernant les conduites addictives et la grossesse. Ces résultats valident notre troisième hypothèse qui était que les professionnels de santé ne sont pas assez formés sur le domaine de l'addictologie et la grossesse. Ce manque de formation peut expliquer certaines réticences et aussi le faible nombre de professionnels connaissant les techniques telles que le repérage précoce et l'intervention brève.

Des actions de corrections sont en préparation car la formation des professionnels est un grand axe du plan gouvernemental de lutte contre les conduites addictives 2013-2017. En effet, le souhait de la MILDECA serait tout d'abord d'intégrer le repérage précoce et l'intervention brève dans la formation initiale de tous les professionnels de santé. [13]

De plus, comme nous l'avons vu dans notre première partie, la MILDECA prévoit la création « d'un master interuniversitaire de recherche en addictologie ouvert aux internes et aux autres professionnels de santé ». [13]

4.7. PROPOSITIONS

Dans notre étude nous avons pu constater que les professionnels de santé interrogés effectuent un repérage systématique des conduites addictives, en particulier le tabac et l'alcool mais un faible nombre d'entre eux s'intéressent aux addictions à d'autres produits. Certains professionnels évoquaient la difficulté d'amener la question en fonction de l'addiction ou encore un manque de temps. Nous avons aussi pu constater que les outils de repérage restent méconnus et peu pratiqués et cela malgré leur intérêt démontré. Enfin, les résultats ont montré un manque d'information délivré aux femmes enceintes concernant les conduites addictives pendant la grossesse.

Pour remédier à ce constat nous pouvons proposer quelques pistes d'amélioration :

- Améliorer la formation des professionnels sur le domaine de l'addictologie. En effet, il faudrait harmoniser la formation initiale des professionnels de santé en proposant le même contenu en fonction des filières, cela permettrait d'agir en amont pour développer des techniques de prévention notamment. Il serait nécessaire d'apprendre les techniques de repérage précoce et d'intervention brève et de proposer par exemple des travaux pratiques permettant aux futurs professionnels de se sentir plus à l'aise par la suite pour pouvoir les pratiquer. Puis, des stages en ELSA ou en CSAPA pourraient être intégrés au cursus des futurs professionnels, cela pourrait les sensibiliser à la nécessité de dépister précocement les conduites addictives et plus particulièrement chez les femmes enceintes. Il faudrait par la suite développer la formation continue afin de connaître les nouveautés en matière d'addictologie pour pouvoir les pratiquer.
- Évaluer les consommations de produits à l'aide d'auto-questionnaire. Pour ce faire, les questionnaires pourraient être distribués en salle d'attente aux patientes, cela permettrait aux professionnels de ne pas manquer de temps lors de leurs consultations et d'amener le repérage sous une forme pouvant être perçue comme moins directe et moins intrusive. Cela permettrait aux professionnels de pouvoir amener le dialogue plus facilement. De plus, les questionnaires tels que l'AUDIT (pour l'alcool) ou le CAST (pour le cannabis) sont disponibles sur le site de l'HAS, cela serait donc facile à mettre en place dans les services de consultations.

- Remettre un livret d'information à toutes les femmes enceintes en consultation. En effet, un livret pourrait être créé, celui-ci pourrait comporter une partie sur les méfaits des conduites addictives pendant la grossesse sur la mère et l'enfant et une liste de numéros de personnes-ressources en cas de besoin (notamment les coordonnées des ELSA et des CSAPA les plus proches).
- Enrichissement du dossier médical. Dans notre étude la majorité des professionnels ont affirmé disposer d'une formalisation concernant le dépistage des conduites addictives dans leur dossier médical. En effet, il existe souvent un item pour savoir si la patiente fume, consomme de l'alcool ou d'autres produits. Il pourrait être envisagé de créer un menu déroulant en ajoutant la prise en charge effectuée lors de la découverte d'une conduite addictive. Cela serait donc possible de consigner dans le dossier la recherche d'un traitement substitutif, la proposition de rencontrer une équipe ou un professionnel spécialisé dans l'addictologie (en marquant si la patiente accepte ou refuse), la demande d'une échographie spécialisée ou encore la proposition de mettre en place un accompagnement psychologique.
- Enfin il serait intéressant de comparer notre étude avec une autre étude réalisée cette fois en montrant les différences de prise en charge en fonction des professionnels interrogés. Cela permettrait d'envisager des actions plus précises, en fonction des réponses observées.

CONCLUSION

Comme nous l'avons vu tout au long de ce travail, les conduites addictives pendant la grossesse constituent un problème majeur de santé publique, si bien que la prévention de celles-ci est un des grands axes du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017.

Les résultats de notre étude ont montré que les professionnels de santé ne dépistent pas systématiquement toutes les addictions, en effet, l'alcool et le tabac sont recherchés mais les addictions aux autres produits tels que le cannabis, les drogues ou encore les médicaments psychotropes ne le sont que pour une faible partie des professionnels interrogés. Les réticences évoquées sont le plus souvent la difficulté à amener la question ou encore le manque de temps.

De plus, nos résultats ont permis de mettre en évidence que peu de professionnels sont formés aux outils de repérage et d'intervention existants.

Nous avons aussi pu voir que l'information délivrée aux femmes enceintes sur les conduites addictives pendant la grossesse reste encore trop faible. Cependant, les professionnels interrogés semblent travailler en coopération avec les équipes de soins en addictologie ce qui est un point fort en matière de prise en charge.

Les actions d'amélioration devraient donc être axées sur la prévention des conduites addictives et le repérage systématique et précoce afin de permettre une baisse des complications obstétricales, fœtales et néonatales imputables aux addictions.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Enquête Nationale Périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Mai 2011
- [2] ARS. Document de politique transversale sur les addictions [en ligne]. Disponible sur : http://www.ars.picardie.sante.fr/fileadmin/PICARDIE/documentations/docs_internet/PRS/Projet_Document_addictions_vf.pdf (consulté le 02/07/16).
- [3] ARS. Alcool, tabac : les addictions dans le Nord-Pas-de-Calais. Point Presse mensuel. Mardi 18 septembre 2012.
- [4] OMS. Prise en charge de l'abus de substances psychoactives [en ligne]. Disponible sur : http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/ (consulté le 02/07/16).
- [5] Institut fédératif des addictions comportementales. Les addictions comportementales [en ligne]. Disponible sur : <http://www.ifac-addictions.fr/les-addictions-comportementales.html> (consulté le 02/07/16).
- [6] Marpeau, L. Smoking and pregnancy complications. J Gynecol Obstet Biol Reprod Paris, 2005. 34 Spec N°1: p. 3S130-4
- [7] Delcroix, M., et al. Tabac, fertilité et grossesse. Elsevier Masson SAS, Paris, 2007 (5-048-M-30).
- [8] Chassevent, A. Maternité et conduits addictives. Enjeux et intérêts de l'addictologie en liaison de périnatalité. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, 2008.
- [9] Delcoix, M-H, Gomez, C, Dautzenberg, B et al. Grossesse et tabac: les leçons de trois études pour améliorer les pratiques professionnelles. La Revue Sage-femme (2012) 11, 81-86.

- [10] Desurmont M, Schepens.C. Liens entre la mort subite du nourrisson et l'exposition. J Gynecol Biol Obstet Reprod, Masson 2005 ; 34 : S223-9 [Hors-série n°1]
- [11] Kids Health. Fetal Alcohol Syndrome [en ligne]. Disponible sur : <http://www.aboutkidshealth.ca/fr/healthaz/conditionsanddiseases/brainandnervoussystemdisorders/pages/fetal-alcohol-spectrum-disorder-fasd.aspx> (consulté le 12/07/16).
- [12] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Prévention des risques fœtaux – Toxicomanie et grossesse (item 20). Université Médicale Virtuelle Francophone, 2010-2011.
- [13] OFDT. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. La documentation française.
- [14] Lejeune.C. L'usage des substances psychoactives durant la grossesse. Edition Respadd, 2013.
- [15] HAS. Document d'information pour les professionnels. Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer. Septembre 2009.
- [16] HAS. Conférence de consensus Grossesse et Tabac. Texte des Recommandations. 7 et 8 octobre 2004.
- [17] Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie. Dossier repérage précoce, intervention brève. Cinq minutes pour convaincre. 11 juin 2005.
- [18] HAS. L'entretien motivationnel [en ligne]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/memo_entretien_motivationnel.pdf (consulté le 06/07/16).
- [19] Lécallier.D, Michaud.P. L'entretien motivationnel. Alcoologie et Addictologie 2004 ; 26 (2) : 129-134.

[20] AFDEM. Les bases de l'entretien motivationnel [en ligne]. Disponible sur : http://www.amiform.com/documents%20sevrage%20tabagique/bases_entretien_motivationnel.pdf (consulté le 06/07/16).

[21] Morales-SV.M, Bille.C, Christensen.K et al. Smoking habits, nicotine use, and congenital malformations. Obstet Gynecol, 2006; 107: 51-7.

[22] Assurance Maladie. La prescription de substituts nicotiniques [en ligne]. Disponible sur : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/chirurgiens-dentistes/exercer-au-quotidien/la-prescription-de-substituts-nicotiniques.php> (consulté le 06/07/16).

[23] Benos.P. Grossesse, héroïne et substitution [en ligne]. Disponible sur : <http://cigognes.delanoue.pagesperso-orange.fr/obstetri/heroine.htm> (consulté le 06/07/16).

[24] Stefani.B, Dumas.P. Introduction générale aux traitements de substitution. La Caravelle, 2012.

[25] Ward J, Hall W, Mattick RP. Role of maintenance treatment in opioid dependence. Lancet 1999 ; 353 : 221-6.

[26] Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. BO Santé – Protection sociale – Solidarités no 2008/10 du 15 novembre 2008, Page 166.

[27] ADALIS. Vers qui orienter. Addictions, le portail des acteurs de soins [en ligne]. Disponible sur : <http://intervenir-addictions.fr/vers-qui-orienter/> (consulté le 7/07/16).

[28] Basset.B, Vinquant.J-P, Trégoat.J-J. Structuration du dispositif de réduction des risques pour usagers de drogues. Bulletin Officiel Santé n°2006-2.

[29] Whittaker.A. Guide to Problem Substance Use During Pregnancy. Drugscope, 3^e édition, 2011.

- [30] HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [en ligne]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_orientation_femmes_enceintes_synthese.pdf (consulté le 12/07/16).
- [31] Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Alcool et grossesse, parlons-en. Guide à l'usage des professionnels, juin 2011.
- [32] De Manheulle.P. Etat 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. Mémoire de diplôme d'état de sage-femme, 7 avril 2014.
- [33] HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes – Recommandations professionnelles. Fiche de synthèse et argumentaire, avril 2005.
- [34] INPES. Grossesse et Tabac. Guide pratique Inpes, réf 220-171110-DE.
- [35] HAS. Note de cadrage. Repérage précoce et intervention brève en alcoologie en premier recours. Service des bonnes pratiques professionnelles, mars 2014.
- [36] United Nations Office on Drugs and Crime. International Standards on drug Use Prevention. Vienna, 2015.
- [37] Kaner.E-F, Beyer.F, Dickinson.H-O et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Databases Syst Rev. 2007 Apr 18; (2): CD004148.
- [38] HAS. Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Recommandation de bonne pratique. Octobre 2014.
- [39] HAS. Grossesse à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement. Recommandations de bonne pratique. Décembre 2009.

ANNEXES

ANNEXE I : Questionnaire FACE (formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien).....	48
ANNEXE II: Questionnaire CAST (cannabis abuse screening test).....	48
ANNEXE III : Questionnaire évaluant la consommation tabagique.....	48
ANNEXE IV : Test de Fagerström simplifié.....	49
ANNEXE IV : Questionnaire de l'étude.....	50

ANNEXE I : Questionnaire FACE

Questionnaire FACE (Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien)
<p>1. À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ? Jamais = 0 ; Une fois par mois ou moins = 1 ; Deux à 4 fois par mois = 2 ; Deux à 3 fois par semaine = 3 ; Quatre fois par semaine ou plus = 4 ; Score :</p> <p>2. Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ? 1 ou 2 = 0 ; 3 ou 4 = 1 ; 5 ou 6 = 2 ; 7 à 9 = 3 ; 10 ou plus = 4 ; Score :</p> <p>3. Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ? Non = 0 ; Oui = 4 ; Score :</p> <p>4. Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ? Non = 0 ; Oui = 4 ; Score :</p> <p>5. Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ? Non = 0 ; Oui = 4 ; Score :</p> <p>Interprétation du score total ; hommes (H) / femmes (F) Risque faible ou nul : H moins de 5 ; F moins de 4 : renforcement des conduites favorables à la santé Consommation excessive probable : H 5 à 8 ; F : 4 à 8 : intervention brève Dépendance probable : H et F plus de 8 : proposer une consultation d'addictologie</p>

ANNEXE II : Questionnaire CAST

Questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test)
<p>1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?</p> <p>2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?</p> <p>3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?</p> <p>4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?</p> <p>5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?</p> <p>6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...) ?</p> <p>Une réponse positive : information minimale sur les risques Deux réponses positives au test doivent amener à s'interroger sérieusement sur les conséquences de la consommation : intervention brève. Trois réponses positives ou plus doivent amener à proposer une consultation d'addictologie.</p>

ANNEXE III : Questionnaire évaluant la consommation tabagique

Questionnaire tabac « Fumez-vous du tabac ? »	
<p>SI OUI</p> <p>Conseil d'arrêt • Voulez-vous un dépliant/brochure, ou l'adresse d'un site concernant les risques de la consommation de tabac, les bénéfices de l'arrêt et les méthodes de sevrage ?</p> <p>Proposer un accompagnement • Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? • Voulez-vous qu'on prenne le temps d'en parler dans une prochaine consultation ?</p>	<p>SI NON</p> <p>« Avez-vous déjà fumé ? » Si non, le patient n'a jamais fumé. Si oui : - « pendant combien de temps ? » - « depuis quand avez-vous arrêté ? »</p>

ANNEXE IV : Test de Fagerström simplifié

Test de Fagerström simplifié en deux questions

1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3
2. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Moins de 5 minutes	3
6 à 30 minutes	2
31 à 60 minutes	1
Après plus d'1 heure	0

Interprétation selon les auteurs :

- 0-1 : pas de dépendance ;
- 2-3 : dépendance modérée ;
- 4-5-6 : dépendance forte.

ANNEXE V : questionnaire de l'étude

Bonjour,

Actuellement étudiante sage-femme à l'école d'Amiens et dans le cadre de ma formation je réalise un mémoire de fin d'étude évaluant *les modalités de dépistage et d'orientation des femmes présentant des conduites addictives pendant la grossesse dans la région Hauts-de-France*.

Ainsi, pour réaliser mon projet j'aurais besoin de votre aide en répondant à ce questionnaire.

Merci d'avance pour l'attention que vous porterez à mon travail.

Ferreira Christina

- 1- Quelle est votre profession ?
 - a. Gynécologue obstétricien
 - b. Gynécologue médical
 - c. Médecin généraliste
 - d. Sage-femme hospitalière
 - e. Sage-femme libérale
 - f. Sage-femme territoriale

- 2- Dans quel département exercez-vous ?
 - a. 80
 - b. 60
 - c. 02
 - d. 59
 - e. 62

- 3- Effectuez-vous un repérage systématique des différentes conduites addictives pendant la grossesse lors de vos consultations prénatales ?
 - a. Oui
 - b. Non

- 4- Quelles sont les addictions que vous recherchez lors de votre interrogatoire ? (Question à choix multiples)
 - a. Tabac
 - b. Alcool
 - c. Cannabis
 - d. Opiacés, cocaïne, drogues synthétiques
 - e. Médicaments psychotropes
 - f. Autres :
.....

- 5- A quel moment effectuez-vous cette recherche ?
 - a. Lors de la consultation préconceptionnelle
 - b. Lors de la première consultation prénatale
 - c. Tout au long de la grossesse

d. Vous n'effectuez pas de repérage des conduites addictives

6- Existe-t-il une formalisation dans votre dossier médical concernant la consommation d'une substance addictive ?

- a. Oui
- b. Non

7- Avez-vous déjà ressenti une réticence à interroger vos patientes sur une éventuelle consommation addictive ?

- a. Oui
- b. Non

8- Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

- a. Par manque de temps
- b. Car la question est difficile à aborder en fonction de l'addiction recherchée
- c. Car cela vous semble sans intérêt
- d. Car il ne s'agit pas de votre domaine de compétence
- e. Autre raison :

.....

9- Préférez-vous interroger vos patientes sur la présence de signes d'appels de consommation ?

- a. Oui
- b. Non

10- Si oui, sur la présence de quels signes d'appels en particulier ? (Question ouverte)

.....
.....
.....
.....
.....

11- Effectuez-vous une information systématique sur les méfaits des conduites addictives pendant la grossesse ?

- a. Oui
- b. Non

12- Si oui, l'information est donnée pour quel(s) type(s) d'addiction(s) ? (plusieurs réponses possibles)

- a. Tabac
- b. Alcool
- c. Cannabis
- d. Opiacés, cocaïne, drogues synthétiques

e. Médicaments psychotropes

13- Si oui, par quels moyens donnez-vous cette information ?

- a. Brochures
- b. Explication orale
- c. Renvoi vers des sites internet
- d. Autre :

14- Interrogez-vous vos patientes sur la consommation de leur conjoint ?

- a. Oui
- b. Non

15- Connaissez-vous le repérage précoce et l'intervention brève ?

- a. Oui
- b. Non

16- Si oui, le pratiquez-vous ?

- a. Oui
- b. Non
- c. Pas systématiquement

17- Utilisez-vous le test au monoxyde de carbone pour évaluer une consommation tabagique ?

- a. Oui
- b. Non
- c. Pas systématiquement

18- Lors de la découverte d'une conduite addictive chez vos patientes, quelle prise en charge proposez-vous ?

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

19- Connaissez-vous des structures ou des professionnels vers lequel(les) orienter vos patientes si nécessaire ?

- a. Oui
- b. Non

20- Si oui, vers quelles structures ou professionnels orientez-vous ?

- a. Médecin ou sage-femme formé sur les addictions
- b. Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)
- c. CSAPA (Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)
- d. Psychiatrie
- e. Autre
.....

21- Lorsque vous avez effectué un dépistage d'une conduite addictive, effectuez-vous :

- a. Une demande de diagnostic anténatal à la recherche d'une malformation fœtale
- b. Une surveillance obstétricale accrue
- c. Une orientation des patientes vers un autre professionnel de santé
- d. Une recherche de prise d'un traitement substitutif par la patiente
- e. Aucune de ses propositions

22- Avez-vous reçu une formation sur les conduites addictives et la grossesse?

- a. Oui
- b. Non

GLOSSAIRE

ARS : Agence Régionale de Santé

ANPAA : Association Nationale

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

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

ELSA : Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie

FCS : Fausse couche spontanée

GEU : Grossesse extra-utérine

HAS : Haute Autorité de Santé

HRP : Hématome rétro-placentaire

MFIU : Mort fœtale in utero

PAG : Petit pour l'âge gestationnel

RCIU : Retard de croissance intra-utérin

RPM : Rupture prématurée des membranes

SAF : Syndrome d'alcoolisation fœtale

SSRA : Service de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie

TNS : Traitement nicotinique de substitution

RÉSUMÉ

Objectif : Évaluer les connaissances des professionnels de santé vis-à-vis des modalités de dépistage, d'information et d'orientation des femmes enceintes présentant une ou plusieurs addictions.

Matériel et méthode : nous avons réalisé une étude descriptive à partir de questionnaire distribués aux professionnels de santé effectuant des consultations prénatales dans la région Hauts-de-France sur la période du 23 mai 2016 au 5 août 2016

Résultats : Nous avons analysé 124 questionnaires. Les résultats ont montré que 86 % des professionnels effectuent un repérage systématique des conduites addictives, mais seulement 37 % d'entre eux recherchent l'usage d'opiacés, de cocaïne ou de drogues synthétiques et 24 % d'entre eux recherchent la prise de médicaments psychotropes. 59 % des professionnels expriment une réticence à interroger leurs patientes sur les addictions et cela car la question est difficile à aborder en fonction de l'addiction à 81 %. Seulement 10 % des professionnels effectuent un dépistage sur la présence de signes d'appels de consommation. En ce qui concerne l'information donnée aux femmes enceintes concernant les conduites addictives, 60 % des professionnels informent systématiquement leurs patientes. Les outils de repérage tels que le repérage précoce et l'intervention brève sont connus par 26 % des professionnels et seulement 5 % le pratiquent. Pour la prise en charge, une grande majorité des professionnels interrogés (81 %) adressent les patientes présentant des conduites addictives à des professionnels spécialisés (notamment ELSA, CSAPA). Enfin, 40 % des professionnels déclarent avoir reçu une formation sur les conduites addictives et la grossesse.

Conclusion : Cette étude montre donc que les professionnels dépistent majoritairement les consommations de tabac et d'alcool car ils estiment que la recherche des autres produits peut être difficile à aborder. De plus, les professionnels n'informent pas assez les patientes sur les conduites addictives et la grossesse et ne sont pas assez formés sur le thème. Cependant, la prise en charge est conforme aux recommandations actuelles.

Mots-clés : addictions, grossesse, pratique professionnelle, recommandations