



HAL
open science

Dépistage de la consommation de substances psychoactives pendant la grossesse : état des lieux des pratiques et des freins

Lauriane van Der Meersch

► **To cite this version:**

Lauriane van Der Meersch. Dépistage de la consommation de substances psychoactives pendant la grossesse : état des lieux des pratiques et des freins. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01560940

HAL Id: dumas-01560940

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01560940>

Submitted on 12 Jul 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.

AVERTISSEMENT

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

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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

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

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

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

UNIVERSITE GRENOBLE-ALPES
UFR DE MEDECINE

DEPARTEMENT DE MAIEUTIQUE

**DEPISTAGE DE LA CONSOMMATION
DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES
PENDANT LA GROSSESSE :
ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES
ET DES FREINS**

Mémoire soutenu le 23 juin 2017

Par Lauriane Van der Meersch

[Données à caractère personnel]

En vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Sage-femme
2017

UNIVERSITE GRENOBLE-ALPES
UFR DE MEDECINE

DEPARTEMENT DE MAIEUTIQUE

**DEPISTAGE DE LA CONSOMMATION
DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES
PENDANT LA GROSSESSE :
ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES
ET DES FREINS**

Mémoire soutenu le 23 juin 2017

Par Lauriane Van der Meersch

[Données à caractère personnel]

En vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Sage-femme

2017

RESUME

OBJECTIFS : Etablir la prévalence du dépistage systématique de l'usage des substances psychoactives lors de la 1^{ère} consultation prénatale et identifier les représentations et les difficultés rencontrées par les sages-femmes dans ce dépistage.

METHODE : Etude descriptive réalisée par auto questionnaires en novembre 2016 aux sages-femmes de consultations des maternités et libérales de la Drôme, Isère, Savoie et Haute-Savoie. Les critères de jugement étaient le pourcentage de professionnels déclarant aborder le sujet au moment de la première consultation prénatale, les termes évoqués par les sages-femmes à propos du dépistage, les taux de dépistage déclarés pour chacune des substances (tabac, alcool, cannabis) et les difficultés exprimées.

RESULTATS : 119 sages-femmes ont été incluses, 2 exclues. 43,7% d'entre elles ont déclaré aborder la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis systématiquement lors de la 1^{ère} consultation prénatale. Le taux de dépistage est de 82% pour le tabac, 63% pour l'alcool et 45% pour le cannabis. 2,5% des sages-femmes évoquent des difficultés pour aborder la consommation de tabac, 38.7% pour l'alcool et 37.8% pour le cannabis.

CONCLUSION : Les difficultés à aborder le sujet des substances psychoactives semblent impacter la réalisation systématique de leur dépistage. Devant les lourdes conséquences entraînées par leur consommation pendant la grossesse, il semble nécessaire de développer des outils et d'améliorer la formation des professionnels pour en améliorer le dépistage.

MOTS-CLES : Substances psychoactives - Grossesse - Dépistage – Difficultés – Sage-femme

ABSTRACT

AIM : To establish the prevalence of a systematic screening of the use of psychoactive substances during the pregnancy first consultation, and identify the representations as well as the difficulties encountered by midwives for this screening.

METHOD : Descriptive study carried out using self-surveys in november 2016 to midwives from consultation services in maternity wards and to private midwives from the Drôme, Isère, Savoie and Haute-Savoie departments. The evaluation criteria were the percentage of professionals who declare approaching the subject during prenatal consultations, the terms mentioned by midwives regarding the screening, the level of screenings declared for each substance (tobacco, alcohol, cannabis) and the difficulties expressed.

RESULTS : 119 midwives have been included and 2 excluded. 43.7% of them declared systematically approaching the consumption of tobacco, alcohol and cannabis during the pregnancy first consultation. The level of screening is of 82% for tobacco, 63% for alcohol and 45% for cannabis. 2.5% of midwives mention difficulties approaching the consumption of tobacco, 38.7% for alcohol and 37.8% for cannabis.

CONCLUSION : The difficulties to approach the subject of psychoactive substances seems to impact the systematic realization of their screening. Before the heavy consequences caused by their consumption during pregnancy, it seems necessary to develop tools and to improve the training of professionals so as to reinforce their screening.

KEY WORDS : Psychoactive substances – Pregnancy – Screening – Difficulties - Midwives

Je tiens à remercier les membres du Jury :

Monsieur Lionel DI MARCO,

Sage-femme enseignant à l'école de Sages-femmes de Grenoble, Président du jury.

Madame Pascale HOFFMANN,

Praticien hospitalier en Gynécologie-Obstétrique au CHU de Grenoble, Co-présidente du jury.

Monsieur Pierre CARQUILLAT,

Sage-femme enseignant à la Haute Ecole de Santé de Genève.

Madame Maud STUDER,

Sage-femme au Centre Hospitalier de Valence, Directrice de mémoire.

Madame Sophie JOURDAN,

Sage-femme enseignante à l'école de Sages-femmes de Grenoble, Co-directrice de ce mémoire.

Je tiens à remercier particulièrement :

Madame Maud STUDER,

Pour son aide, sa sympathie et sa disponibilité.

Madame Sophie JOURDAN,

Pour son accompagnement, ses conseils et ses encouragements.

L'ensemble des sages-femmes ayant participé à l'étude.

Je remercie plus personnellement ma famille, mes parents, mes ami(e)s et Léa.

J'adresse une pensée particulière à mes grands-mères.

TABLES DES MATIERES

INTRODUCTION	3
METHODOLOGIE	8
I/ TYPE D'ETUDE	8
II/ POPULATION	8
1. Critères d'inclusion	8
2. Critères d'exclusion	8
III/ RECUEIL DES DONNEES	8
IV/ CRITERES DE JUGEMENT	10
V/ ANALYSE DES DONNEES STATISTIQUES	11
RESULTATS	13
I/ CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	13
II/ QUESTION INTRODUCTIVE	14
III/ REALISATION DU DEPISTAGE DE LA CONSOMMATION DE TABAC, D'ALCOOL ET DE CANNABIS	17
1. Réalisation du dépistage et année d'obtention du diplôme	17
2. Réalisation du dépistage et lieu d'exercice	18
3. Réalisation du dépistage et formation des sages-femmes	18
IV/ OBJECTIFS SECONDAIRES	19
1. Différence de dépistage entre les différentes substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis, autres)	19
2. Difficultés rencontrées lors du dépistage	20
2.1. Difficultés liées au dépistage de la consommation tabac	20
2.2. Difficultés liées au dépistage de la consommation d'alcool	21
2.3. Difficultés liées au dépistage de la consommation de cannabis	22
2.4. Difficultés liées au dépistage d'autres substances psychoactives	23
2.5. Difficultés à aborder certains sujets en fonction de la gêne estimée pour les patientes	24

DISCUSSION.....	25
I/ BIAIS DE L'ETUDE.....	25
II/ CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	27
III/ QUESTION INTRODUCTIVE.....	27
IV/ OBJECTIF PRINCIPAL : état des lieux de la pratique, par les sages-femmes, du dépistage de l'usage de substances psychoactives au cours de la grossesse	29
V/ OBJECTIFS SECONDAIRES.....	32
1. Différence de dépistage entre les différentes substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis, autres).....	32
2. Difficultés rencontrées lors du dépistage	34
VI/ PISTES D'AMELIORATION.....	38
CONCLUSION.....	41
BIBLIOGRAPHIE.....	43
ANNEXES.....	46
RESUME.....	54

INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une substance psychoactive est une substance qui altère les processus mentaux lorsqu'elle est ingérée ou administrée.

L'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (INPES) explique qu' « *une substance est dite psychoactive lorsqu'elle agit sur le cerveau [en] modifiant certaines de ses fonctions avec comme conséquences des changements au niveau de la perception [...][et] des effets physiques.* » (1) On distingue les substances licites et réglementées (tabac et alcool) et les substances illicites (cannabis, cocaïne, opiacés,...). Le tabac, l'alcool et le cannabis sont les trois substances psychoactives les plus consommées en France. (2)

L'usage de ces substances au cours de la grossesse pose un véritable problème de santé publique : selon l'enquête nationale périnatale de 2010, 17.1 % des femmes fument au 3^{ème} trimestre ; 19,7 % des femmes déclarent avoir bu au moins une fois durant leur grossesse et 1 % des femmes déclarent avoir consommé du cannabis pendant leur grossesse. (3)

Cette consommation peut avoir de lourdes conséquences obstétricales, fœtales et néonatales.

S'agissant de la consommation de tabac, elle augmente le risque de survenue de complications au cours de la grossesse : hématome rétro-placentaire, placenta bas inséré, prématurité, rupture prématurée des membranes et hémorragie de la délivrance. (4) (5)

La consommation de tabac a aussi des conséquences sur le développement fœtal : retard de croissance intra-utérin, mort fœtale in utero et conséquences sur le bien-être fœtal (hypoxie chronique, retentissement cardio-vasculaire et respiratoire, diminution des mouvements actifs fœtaux).

Enfin, le tabagisme parental est l'un des facteurs de risque principal de mort subite du nourrisson et exposerait l'enfant à un risque supérieur de cancer. (4)

La consommation d'alcool au cours de la grossesse entraîne un risque d'accouchement prématuré, d'infections et d'hémorragie. L'alcool est aussi responsable de mort fœtale in utéro. (6)

De plus, la tératogénicité de l'alcool est avérée depuis les travaux du Dr Lemoine dans les années 60 et l'alcool est considéré comme la substance la plus tératogène qui existe. (7)

La consommation d'alcool au cours de la grossesse est à l'origine du Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (ou SAF) qui associe :

- un retard de croissance pré ou post-natal,
- une dysmorphie craniofaciale (fentes palpébrales étroites, philtrum long, lèvre supérieure mince et hypoplasie du maxillaire inférieur),
- des anomalies du système nerveux central (retard de développement, troubles du comportement...) (8) (5)

Le SAF partiel a été défini lors de la seule présence de certains traits faciaux. (7)

L'ensemble des anomalies du système nerveux central ou des anomalies cognitives a été rassemblé sous le terme de troubles neurodéveloppementaux liés à l'alcool (TNDLA). On note fréquemment des troubles d'apprentissages, d'attention et de mémoire.

Les malformations sont réunies sous le terme d'anomalies congénitales liées à l'alcool (ACLA). (7)

Concernant le cannabis, sa consommation pendant la grossesse est à l'origine de placenta praevia. (9) Il entraîne de plus des retards de croissance intra-utérin et est aussi un facteur de risque de mort subite du nourrisson.

Il est cependant difficile de distinguer les conséquences de la consommation de cannabis de celles de la consommation de tabac car leur usage est souvent simultané. (9)

La cocaïne augmente aussi le risque de placenta praevia, d'hématome rétroplacentaire, de rupture prématurée des membranes et de prématurité. (10) (11) Cette consommation aussi le risque de mort fœtale in utero. Elle a de plus un effet vasoconstricteur qui entraîne un risque d'hypotrophie. (11) (5)

Les enfants peuvent présenter des troubles du sommeil, une irritabilité et une hypertonie. (10)

La consommation d'héroïne augmente le risque de mort fœtale in utero. (12) Elle est aussi responsable d'un syndrome de sevrage néonatal de gravité variable dont la symptomatologie associe des troubles du sommeil, une hypertonie, une hyperthermie, des régurgitations, une perte de poids,...

Aucun effet tératogène n'a par contre été mis en évidence. (10)

Du fait des conséquences entraînées par la consommation de substances psychoactives pendant la grossesse, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande le dépistage de ces situations à risque dès la 1^{ère} consultation de grossesse, un repérage précoce des consommations à risque permettant de mettre en place rapidement un suivi de grossesse adapté, et une information auprès des patientes sur les risques et les recommandations quant à l'usage de ces substances. (13)

Ce dépistage est d'autant plus nécessaire que les patientes concernées consomment souvent simultanément plusieurs substances et que cette polyconsommation augmente le risque de complications néonatales. Cette polyconsommation est aussi fréquemment associée à un mauvais suivi des grossesses. (14) (15)

Pourtant, une enquête réalisée en 2010 dans le Réseau Périnatal du Hainaut montre que les dossiers médicaux sont peu ou mal remplis en ce qui concerne l'usage des substances psychoactives avec une nette différence entre les substances licites (tabac et alcool renseignés dans plus de la moitié des cas) et les substances illicites (renseignées dans moins de la moitié des dossiers). (16)

Une autre enquête réalisée entre 1999 et 2008 en Ile-de-France montre que, dans les dossiers de maternité, les données sur l'alcool et le cannabis sont généralement manquantes et que les informations sont souvent peu précises. (15)

Les professionnels rencontrent donc des difficultés à réaliser ce dépistage. Des entretiens avec des médecins et des sages-femmes réalisés en 2011 dans le cadre d'une enquête dans le Réseau Sécurité Naissance PACA-Haute-Corse-Monaco ont permis de mettre en évidence plusieurs freins au dépistage de la consommation de substances psychoactives. Les professionnels évoquent en premier lieu un manque de temps pour aborder ces sujets lors des consultations. Certains professionnels expliquent aborder le sujet en fonction du contexte psycho-social de la patiente. La grande majorité des personnes interrogées dénonce un manque de formation et un manque de connaissances sur le sujet ainsi qu'un défaut d'outils adaptés pour aider au dépistage et orienter les femmes. Enfin, des professionnels estiment qu'un grand nombre de patientes ne déclarent pas leur consommation du fait de leur sentiment de culpabilité. (17)

Alors que, devant les graves conséquences entraînées par l'usage de substances psychoactives pendant la grossesse, le dépistage précoce de leur consommation est primordial pour permettre une prise en charge adaptée, les professionnels de santé rencontrent de grandes difficultés à le réaliser.

Au vu des études déjà effectuées, il nous semblait pertinent de réaliser une enquête s'adressant spécifiquement aux sages-femmes réalisant des consultations prénatales pour évaluer la pratique du dépistage de la consommation de toutes les substances psychoactives lors de la première consultation de grossesse (cf recommandations HAS sur le dépistage précoce) et identifier les difficultés rencontrées par les professionnels lors de cette pratique : freins semblables ou différents de ceux rencontrés dans les études préexistantes, difficultés à aborder la consommation de substances psychoactives par rapport à d'autres thématiques.

L'objectif principal de cette étude était donc d'établir une prévalence des sages-femmes réalisant systématiquement le dépistage de l'usage de substances psychoactives lors de la première consultation de grossesse.

Les objectifs secondaires étaient :

- d'identifier les représentations des sages-femmes à propos du dépistage de la consommation de substances psychoactives pendant la grossesse,
- d'identifier s'il existait une différence de dépistage entre les différentes substances (tabac, alcool, cannabis, autres),
- d'appréhender les éventuelles difficultés rencontrées par les professionnels dans la réalisation de ce dépistage.

METHODOLOGIE

I/ TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude descriptive transversale multicentrique.

II/ POPULATION

1. Critères d'inclusion

Nous avons inclus les sages-femmes travaillant dans les services de consultations obstétricales des maternités de la Drôme, de l'Isère, de la Savoie et de Haute-Savoie ainsi que les sages-femmes libérales de ces mêmes départements.

2. Critères d'exclusion

Nous avons exclu les sages-femmes ne pratiquant pas de consultations de suivi de grossesse ainsi que les sages-femmes ne désirant pas participer à l'étude.

III/ RECUEIL DES DONNEES

Pour les sages-femmes travaillant dans les services de consultations prénatales les données ont été recueillies à l'aide d'auto-questionnaires anonymes envoyés par mail à la cadre du service qui se chargeait ensuite de transmettre le questionnaire aux sages-femmes.

Dans la Drôme, nous avons contacté les cadres des services de consultation des Centres Hospitaliers de Valence, Montélimar et Romans.

En Isère, nous avons contacté les cadres des services de consultation de l'Hôpital Couple Enfant et de la Clinique Mutualiste à Grenoble, et du Centre Hospitalier de Voiron. Nous avons aussi contacté la cadre du service de consultation du Centre Hospitalier de Bourgoin-Jaillieu sans obtenir de réponse.

En Savoie, nous n'avons obtenu aucune réponse après avoir contacté les cadres des services de consultation des Centres Hospitaliers de Chambéry, d'Albertville et du Centre périnatal d'Aix-les-Bains.

En Haute-Savoie, nous avons contacté les cadres des services de consultation des Centres Hospitaliers d'Annecy, de Sallanches, de Thonon et du Centre Hospitalier Alpes Léman.

Pour les sages-femmes libérales : dans la Drôme, le conseil de l'Ordre du département s'est chargé d'envoyer le questionnaire par mail aux sages-femmes concernées ; en Isère, le questionnaire leur a été envoyé directement par mail (adresses obtenues sur le site du Réseau Périnatal Alpes Isère et sur le site du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes) ; enfin pour les sages-femmes libérales de Savoie et de Haute-Savoie, le questionnaire leur a été envoyé directement par mail (adresses obtenus sur le site du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes).

L'envoi du questionnaire s'est déroulé dans un premier temps entre le 20 novembre 2016 et le 20 décembre 2016 puis un rappel a été effectué à l'ensemble des sages-femmes interrogées dans la semaine du 2 au 8 janvier 2017.

Le questionnaire se divisait en 5 parties. *cf annexe 1*

Une première partie contenant une question introductive demandant aux sages-femmes d'écrire les trois premiers termes leur venant à l'esprit à propos du dépistage des substances psychoactives pendant la grossesse.

Une deuxième partie sur la pratique du dépistage (réalisation ou non au cours des consultations de suivi de grossesse d'un interrogatoire à propos de l'usage de substances psychoactives par la patiente).

Une troisième partie sur les difficultés rencontrées par les sages-femmes dans la pratique de ce dépistage.

Une quatrième partie sur les renseignements généraux concernant les sages-femmes participant à l'étude.

Une cinquième partie permettant aux sages-femmes interrogées de laisser des remarques ou des commentaires.

IV/ CRITERES DE JUGEMENT

L'objectif principal de cette étude était d'établir une prévalence des sages-femmes réalisant systématiquement le dépistage de l'usage de substances psychoactives lors de la première consultation de grossesse.

Les objectifs secondaires étaient :

- d'identifier les représentations des sages-femmes à propos du dépistage de la consommation de substances psychoactives pendant la grossesse,
- d'identifier s'il existait une différence de dépistage entre les différentes substances (tabac, alcool, cannabis, autres),

- d'appréhender les éventuelles difficultés rencontrées par les professionnels dans la réalisation de ce dépistage.

Le critère de jugement principal était le pourcentage de professionnels qui déclaraient aborder le sujet de la consommation de substances psychoactives au moment des consultations prénatales.

Les critères de jugements secondaires étaient :

- les termes évoqués par les sages-femmes à propos du dépistage de la consommation de substances psychoactives pendant la grossesse,
- les taux de dépistage déclaré pour chacune des substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis),
- les difficultés évoquées par les sages-femmes dans la réalisation du dépistage.

V/ ANALYSE DES DONNEES STATISTIQUES

Les caractéristiques à l'inclusion ont été décrites à l'aide de la moyenne et de l'écart type pour les variables quantitatives continues et par les effectifs et pourcentages pour les variables qualitatives.

Le test de comparaison utilisé était le test T de Student pour les variables quantitatives continues, remplacé par la probabilité exacte de Fisher en cas d'effectif théorique attendu inférieur à 5.

Le seuil de signification statistique a été fixé à 0.05.

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Stat view.

Pour l'analyse de la question introductive, nous avons dressé une liste de l'ensemble des termes évoqués par les sages-femmes en notant leur fréquence d'apparition. Puis nous les avons rassemblés en plusieurs catégories en distinguant plusieurs grandes thématiques. Nous avons ensuite classé ces catégories en fonction de leur importance, la première étant la catégorie rassemblant le plus de termes.

RESULTATS

I/ CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

Nous avons inclus 306 sages-femmes dans l'étude, 121 questionnaires nous ont été retournés soit un taux de participation de 39.5%. Deux questionnaires étaient inexploitables, au total l'échantillon étudié était donc de 119 questionnaires. (Figure 1)

Figure 1 – Diagramme d'inclusion

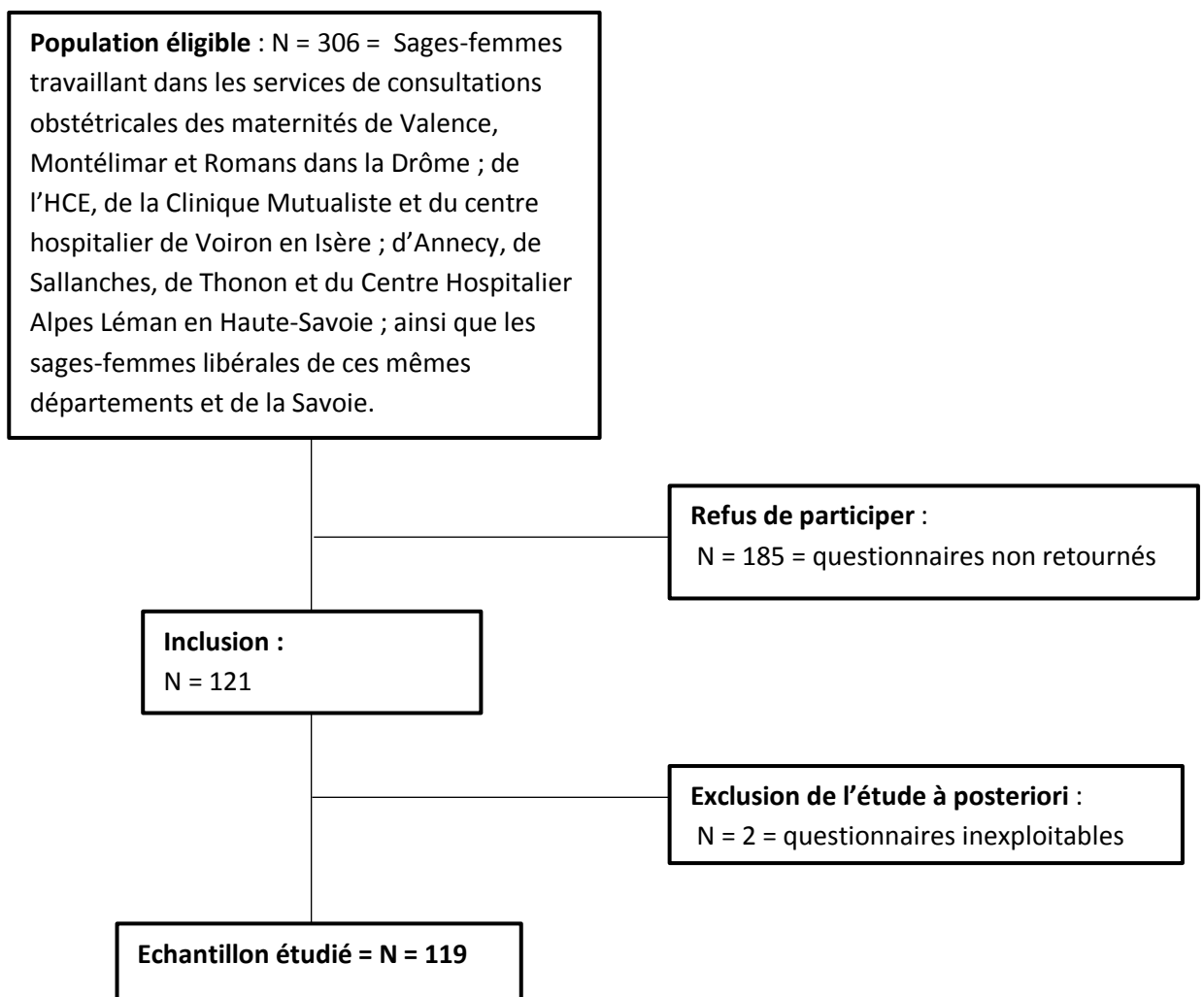


Tableau I - Caractéristiques générales de la population étudiée

Caractéristiques		Effectif N=119
Age m(écart type)		40±9
Femme n(%)		116 (97)
Lieu d'exercice n(%)	Maternité niveau I	1 (0.8)
	Maternité niveau II	45 (37,8)
	Maternité niveau III	2 (1.7)
	Exercice libéral	56 (47,1)
	Autre	15 (12.6)
Année d'obtention du diplôme n(%)	Avant 1990	25 (21)
	Entre 1990 et 1999	28 (23)
	Entre 2000 et 2009	52 (44)
	Après 2009	14 (12)

II/ QUESTION INTRODUCTIVE

La première question de notre questionnaire consistait à demander aux sages-femmes quels étaient les trois premiers termes qui leur venaient à l'esprit au sujet du dépistage des substances psychoactives pendant la grossesse.

109 des sages-femmes incluses dans l'étude ont répondu à cette question.

En étudiant les réponses, nous avons pu classer les termes en cinq catégories.

La catégorie la plus importante est celle des **substances psychoactives** en tant que telles. 176 sages-femmes ont cité des produits. L'alcool revient le plus fréquemment (cité 46 fois), puis le tabac (42 fois) et le cannabis (39 fois). Le terme général de « drogues » est évoqué par 27 sages-femmes et l'héroïne est citée deux fois.

Pour ce qui est des médicaments, 5 sages-femmes citent le mot « médicament » et 4 citent « antidépresseurs ». Les anxiolytiques, les somnifères, les neuroleptiques, les benzodiazépines et la méthadone sont chacun retrouvé une fois.

La deuxième catégorie, en terme de fréquence, est celle des termes se rapportant ou qualifiant **le dépistage**. Le terme même de « dépistage » est évoqué par deux sages-femmes. On retrouve deux termes se rapportant au moment où le dépistage doit être fait (« dès le début » et « consultation prénatale »). Certains professionnels parlent des moyens utilisés pour faire le dépistage : « interrogatoire » et « questionnaire » cité chacun deux fois et « test CO » cité une fois.

On retrouve de nombreux adjectifs se rapportant à la nécessité de réaliser le dépistage : l'adjectif « systématique » est cité dans cinq questionnaires, les adjectifs « obligatoire », « global », « essentiel », « primordial », « indispensable », « important », et « importance » sont cités une fois.

Enfin, nous pouvons distinguer deux sous-catégories dans les termes retrouvés : certains ayant une connotation positive comme « confiance » et « dialogue » (cité une fois chacun) et d'autres avec une connotation plus négative se rapportant aux freins que les professionnels peuvent rencontrer pour réaliser ce dépistage. D'une part des termes qualifiant le dépistage : « délicat », « difficulté », et « difficile » sont retrouvés deux fois chacun ; « inconstant », « sous-évalué », « sous-estimation » et « minimisé » sont cités une fois. D'autre part des termes concernant les patientes interrogées : « mensonge » (cité deux fois), « déni », « culpabilité » et « impasse » (cités une fois).

La troisième catégorie pourrait être celle des termes se rapportant à la **prise en charge** de ces situations. Les deux termes cités les plus fréquemment sont « prévention » (six fois) et

« information » (cinq fois). On retrouve ensuite des termes se rapportant au soutien de ces patientes : « aide », « étayer », « accompagnement » et « surveillance ». D'autre part, des sages-femmes évoquent la prise en charge médicale de ces consommations : « traitement », « sevrage » et « patch » sont cités une fois. Enfin, plusieurs termes se réfèrent au travail en réseau nécessaire dans ces situations : « orientation vers d'autres professionnels », « travail transversal », « santé publique ».

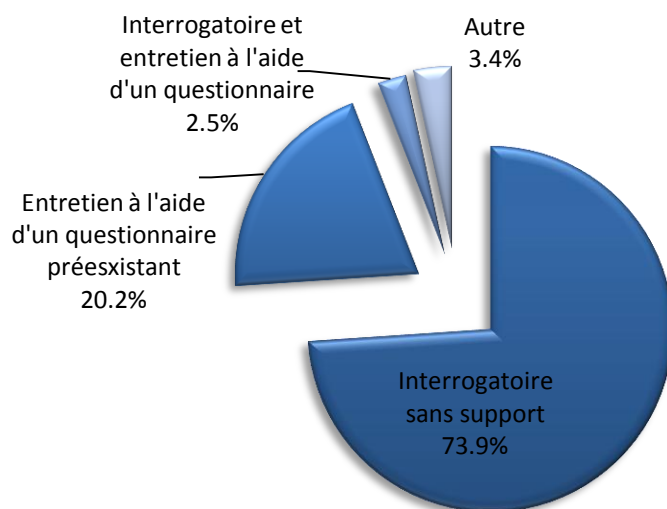
Nous pouvons ensuite distinguer une catégorie à propos des **conséquences** de l'usage des substances psychoactives pendant la grossesse. On retrouve nécessairement des termes comme « impact », « conséquences », « risque » et « danger ». Certains professionnels citent les conséquences fœtales : « malformations », « retard de croissance/RCIU » et « syndrome de sevrage » évoqués 3 fois ainsi que « toxicité fœtale » évoqué une fois.

Enfin, la dernière catégorie est celle référant des termes se rapportant au **contexte** de ces situations. D'une part le contexte psycho-social : « précarité », « vulnérabilité », « détresse sociale » et « couple ». D'autre part le contexte médical : « dépendance » (cité par 14 professionnels), « addiction » (cité par 8 professionnels), « toxicomanie », « psychopathologie », « dépression » et « modifications de l'humeur » (cités une fois).

III/ REALISATION DU DEPISTAGE DE LA CONSOMMATION DE TABAC, D'ALCOOL ET DE CANNABIS

Le pourcentage de sages-femmes qui déclarent aborder la consommation de tabac, celle d'alcool et celle de cannabis de façon systématique lors de la 1^{ère} consultation prénatale est de **43,7% (n=52)**.

Figure 2- Type du dépistage



1. Réalisation du dépistage et année d'obtention du diplôme

Le pourcentage de sages-femmes réalisant toujours le dépistage de la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis ne diffère pas significativement entre les sages-femmes ayant obtenu leur diplôme avant 2000 et celles l'ayant obtenu à partir de 2000 ($p=0.47$).

2. Réalisation du dépistage et lieu d'exercice

Le pourcentage de sages-femmes travaillant en maternité (niveau I, II ou III) réalisent plus systématiquement le dépistage de la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis que les sages-femmes libérales. ($p=0.008$)

3. Réalisation du dépistage et formation des sages-femmes

Concernant la formation, 40.3% des sages-femmes de l'échantillon déclarent avoir assisté à une formation particulière sur les addictions pendant la grossesse ($n=48$) et 59.7% déclarent n'en avoir pas eu ($n=71$).

Le pourcentage de sages-femmes réalisant toujours le dépistage de la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis ne diffère pas significativement entre les sages-femmes ayant reçu une formation particulière sur les addictions pendant la grossesse et celles n'en ayant pas reçu ($p=0.25$, Tableau II).

Tableau II – Lien entre dépistage systématique et formation concernant les addictions pendant la grossesse

	Sages-femmes ayant reçu une formation		P
	Oui ($n=48$)	Non ($n=71$)	
Dépistage de la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis toujours effectué			
Oui n(%)	24(50)	28(39)	0.25

IV/ OBJECTIFS SECONDAIRES

1. Différence de dépistage entre les différentes substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis, autres)

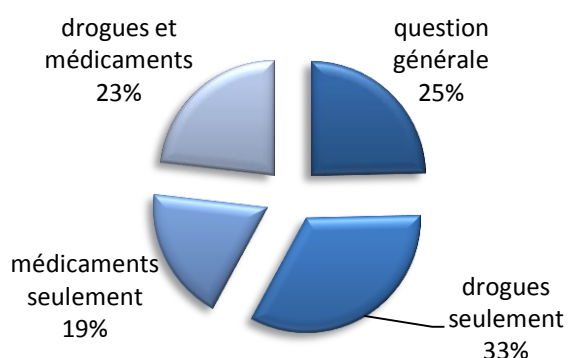
Tableau III – Pourcentage de professionnels déclarant toujours aborder le sujet de la consommation de tabac, d’alcool et de cannabis lors de la 1^{ère} consultation prénatale

Substances	
Tabac n(%)	98 (82)
Alcool n(%)	76 (63)
Cannabis n(%)	54 (45)

Tableau IV – Pourcentage de professionnels déclarant aborder la consommation d’autres substances lors de la 1^{ère} consultation prénatale

Autres substances abordées	N=119
Oui n(%)	69 (58)

Figure 3 - Type de substances abordées par les professionnels



2. Difficultés rencontrées lors du dépistage

Tableau V – Pourcentage de professionnels estimant difficile d’aborder la consommation de substances psychoactives

Substance concernée	
Tabac n(%)	3 (2.5)
Alcool n(%)	46 (38.7)
Cannabis n(%)	45 (37.8)
Autre substance n(%)	81(68.1)

2.1. Difficultés liées au dépistage de la consommation tabac

Parmi les trois sages-femmes de l’échantillon estimant la question de la consommation de tabac difficile à aborder, la seule difficulté rapportée est le sentiment que les patientes ne rapporteront pas toujours la vérité (n=2).

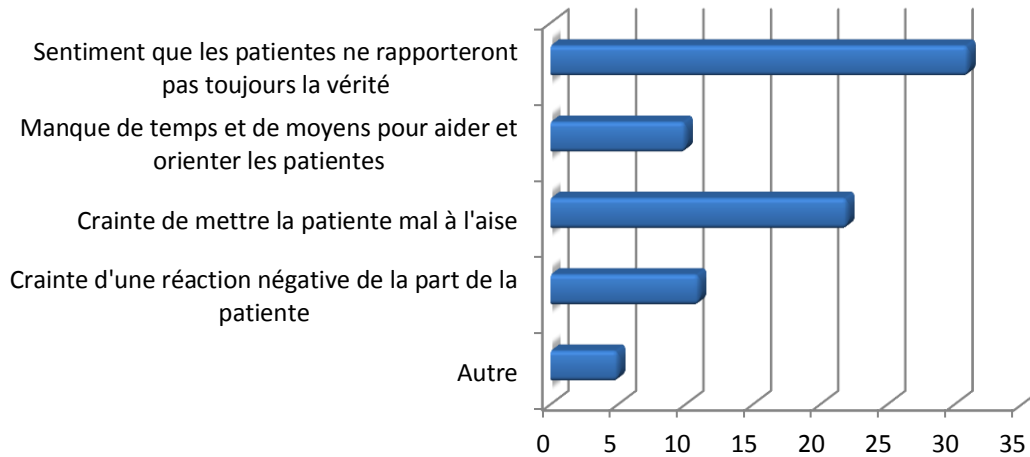
Le pourcentage de sages-femmes réalisant toujours le dépistage de la consommation de tabac ne diffère pas significativement entre les sages-femmes estimant la question de la consommation de tabac difficile à aborder et celles ne l’estimant pas difficile (p=0.47, Tableau VI).

Tableau VI – Lien entre dépistage systématique de la consommation de tabac et difficultés rencontrées par les professionnels pour aborder cette question

	Professionnels estimant la question du tabac difficile à aborder		P
	Oui (n=3)	Non (n=116)	
Dépistage du tabac toujours effectué			
Oui n(%)	2(67)	96(83)	0.47

2.2. Difficultés liées au dépistage de la consommation d'alcool

Figure 4 - Type de difficultés évoquées par les professionnels pour le dépistage de la consommation d'alcool



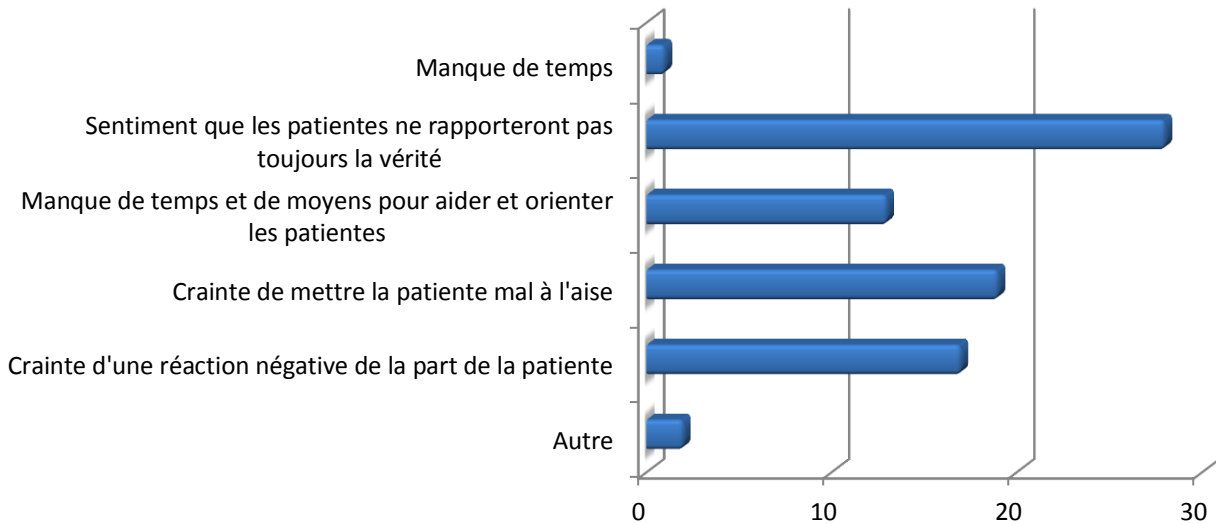
Les sages-femmes estimant la question de la consommation d'alcool difficile à aborder réalisent moins le dépistage systématique de la consommation d'alcool. ($p=0.03$, Tableau VII).

Tableau VII- Lien entre dépistage systématique de la consommation d'alcool et difficultés rencontrées par les professionnels pour aborder cette question

	Professionnels estimant la question de l'alcool difficile à aborder		P
	Oui (n=46)	Non (n=73)	
Dépistage de l'alcool toujours effectué			
Oui n(%)	24(52)	52(71)	0.03

2.3. Difficultés liées au dépistage de la consommation de cannabis

Figure 5 - Type de difficultés évoquées par les professionnels pour le dépistage de la consommation de cannabis



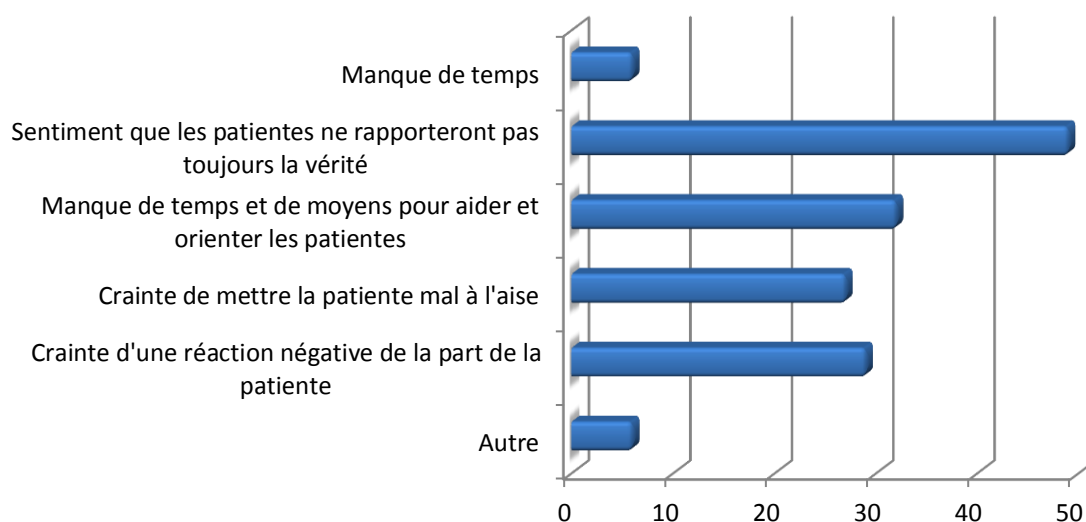
Les sages-femmes estimant la question de la consommation de cannabis difficile à aborder réalisent moins le dépistage systématique de la consommation de cannabis (($p < 0.0001$, Tableau VIII).

Tableau VIII – Lien entre dépistage systématique de la consommation de cannabis et difficultés rencontrées par les professionnels pour aborder cette question

	Professionnels estimant la question du cannabis difficile à aborder		p
	Oui (n=45)	Non (n=74)	
Dépistage du cannabis toujours effectué			
Oui n(%)	10(22)	44 (60)	<0.0001

2.4. Difficultés liées au dépistage d'autres substances psychoactives

Figure 6 - Type de difficultés évoquées par les professionnels pour le dépistage de la consommation d'autres substances psychoactives



Les sages-femmes estimant la question de la consommation d'autres substances difficile à aborder réalisent moins le dépistage de la consommation d'autres substances (($p < 0.0001$, Tableau IX).

Tableau IIX - Lien entre dépistage de la consommation d'autres substances et difficultés rencontrées par les professionnels pour aborder cette question

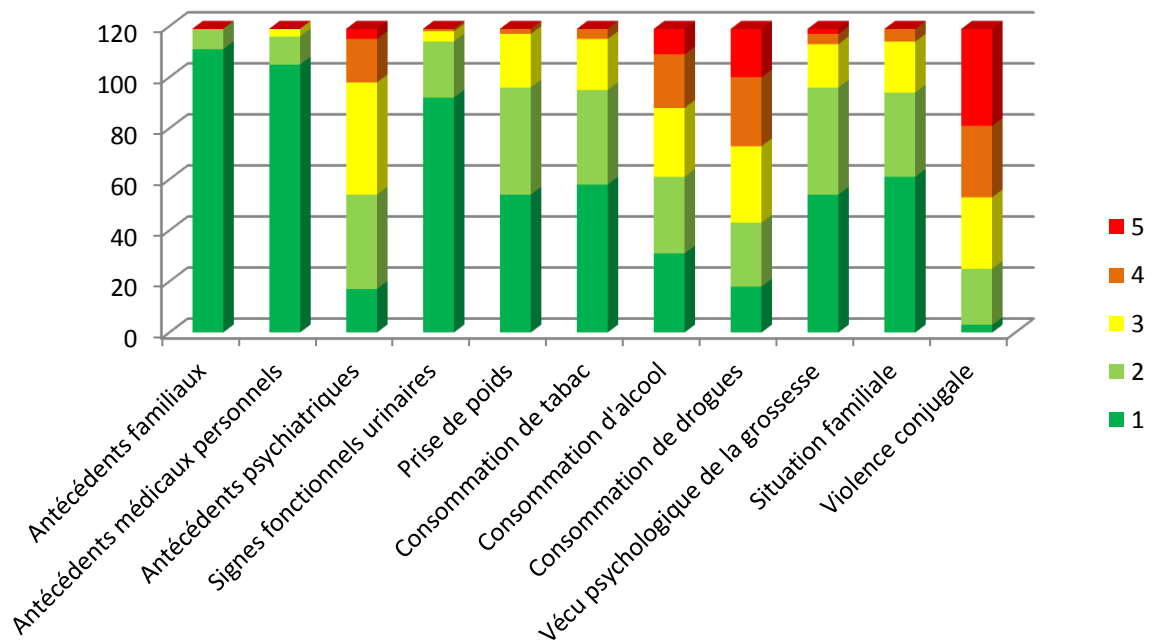
	Professionnels estimant la question des autres substances difficile à aborder		P
	Oui (n=81)	Non (n=38)	
Dépistage d'autres substances			
Oui n(%)	37 (46)	32(84)	<0.0001

2.5. Difficultés à aborder certains sujets en fonction de la gêne estimée pour les patientes

Les sujets considérés par les sages-femmes de l'échantillon comme les plus difficiles à aborder car gênants pour les patientes (utilisation d'une échelle de 1 à 5 où 1=sujet facile à aborder et 5=sujet très délicat) sont :

- en premier le thème de la violence conjugale (côté 5 pour 38 sages-femmes et côté 4 pour 28 sages-femmes),
- puis le thème de la consommation de drogues (côté 5 pour 19 sages-femmes et côté 4 pour 27 sages-femmes),
- et en troisième position le thème de la consommation d'alcool (côté 5 pour 10 sages-femmes et côté 4 pour 21 sages-femmes). (Figure 7)
-

Figure 7 - Sujets estimés difficiles à aborder car gênants pour les patientes



DISCUSSION

I/ BIAIS DE L'ETUDE

Le premiers biais de notre étude est celui de sélection : le recrutement des sages-femmes se faisant sur la base du volontariat nous pouvons craindre un biais d'auto-sélection. En effet, 185 sages-femmes n'ont pas répondu à notre questionnaire et nous pouvons émettre l'hypothèse que les professionnels n'ayant pas répondu se sentent peut-être moins concernés par cette problématique.

Un autre frein dans la sélection des sages-femmes interrogées résulte des différences méthodologiques concernant l'inclusion des sages-femmes libérales selon les départements (via le conseil de l'Ordre dans la Drôme, par mail aux adresses trouvées sur le site du Réseau Périnatal Alpes Isère ou le site du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes en Isère et par mail aux adresses trouvées sur le site du Conseil National de l'Ordre des sages-femmes en Savoie et Haute-Savoie). Nous pouvons considérer que toutes les sages-femmes libérales n'ont certainement pas été incluses puisque, pour les départements de l'Isère, de la Savoie et de la Haute-Savoie, les listings utilisés n'étaient peut-être pas mis à jour régulièrement.

Nous pouvons aussi citer un biais de déclaration. En effet, nous pouvons craindre que les sages-femmes répondent aux questions en fonction de ce qui leur semble être de bonnes pratiques et donc que les réponses ne soient pas totalement représentatives des réelles

pratiques. Ce biais est difficilement évitable du fait de la méthodologie choisie. Cependant nous pouvons estimer que l'anonymat des questionnaires limite en partie ce biais.

Nous avons décidé d'interroger les sages-femmes à propos du dépistage réalisé lors de la 1^{ère} consultation de grossesse pour tenir compte des recommandations de l'HAS. Cependant, plusieurs professionnels ont expliqué ne pas réaliser de dépistage systématique lors de la 1^{ère} consultation mais plutôt un interrogatoire échelonné tout au long du suivi de grossesse notamment dans un souci d'instaurer une relation de confiance avec la patiente. Nous pouvons imaginer que les résultats auraient été différents si nous interrogeons les professionnels à propos de leurs pratiques tout au long de la grossesse.

Pour ce qui est du recueil des difficultés rencontrées par les professionnels dans la réalisation du dépistage, le questionnaire comprenait des questions à choix multiples. Nous avons choisi cette méthode pour permettre aux sages-femmes d'identifier des difficultés auxquelles elles n'auraient pas pensé au premier abord. Mais ce type de questions peut influencer les réponses des professionnels.

Enfin, nous avons laissé la définition d' « autres substances » à la libre appréciation de chaque professionnel et ce pour identifier quelles substances étaient abordées par les sages-femmes. Cependant le fait de ne pas donner de définition précise limite la comparabilité des résultats.

II/ CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

L'âge moyen des sages-femmes de notre échantillon est de 40 ans ce qui correspond à l'âge moyen de 40.3 ans retrouvé dans les données démographiques publiées par le conseil de l'Ordre. (18) Le pourcentage de femmes dans notre étude (97%) est de même comparable au pourcentage national : selon le Conseil de l'Ordre les hommes représentent moins de 2 % des sages-femmes. (19)

Pour ce qui est du lieu d'exercice, les données nationales relèvent que 57% des sages-femmes sont hospitalières et que 15% travaillent en libéral. (18) Or dans notre étude ces proportions ne sont pas respectées, en effet 47,1% des sages-femmes déclarent travailler en libéral et seulement 40.3% en maternité. Cependant, notre étude était adressée seulement aux sages-femmes travaillant dans les services de consultation des maternités, et non pas à l'ensemble des sages-femmes travaillant dans les maternités ce qui peut expliquer cette différence.

III/ QUESTION INTRODUCTIVE

La grande majorité des sages-femmes ont cité des substances psychoactives parmi les trois termes demandés. Le tabac, l'alcool et le cannabis sont cités de façon assez égale, ce qui montre que les sages-femmes connaissent les principales substances à risque au cours de la grossesse. Pourtant, ces trois substances ne sont pas dépister dans les mêmes proportions.

Les « autres substances psychoactives » sont par contre moins citées, ce qui est en corrélation avec les difficultés évoquées par les sages-femmes puisque les cette catégorie de produit est celle qui posent le plus de problèmes aux professionnels. Dans cette catégorie, les médicaments sont les moins cités, ce qui est aussi le cas lorsqu'on questionne les sages-femmes à propos des types de substances qu'elles abordent avec leurs patientes.

A propos de la deuxième catégorie se rapportant au dépistage, les sages-femmes interrogées semblent le juger très important au vu des adjectifs utilisés. Par contre, le vocabulaire choisi témoigne, dans certaines réponses, de l'existence de freins important à sa réalisation, et notamment de la crainte d'une sous déclaration par les patientes, crainte retrouvée dans d'autres études qualitatives.

Au regard des réponses classées dans la catégorie « prise en charge », les professionnels semblent mettre en avant l'importance de la prévention et de l'éducation à la santé. Le travail en réseau, pourtant capital, n'est que peu évoqué.

Dans la catégorie qui concerne des risques de la consommation des substances psychoactives, les sages-femmes évoquent les principales conséquences sur le développement fœtal. Par contre aucune n'évoque de conséquences obstétricales ou néonatales.

Dans la dernière catégorie se rapportant au contexte, certains professionnels font le lien entre consommation de substances psychoactives et vulnérabilité psycho-social. De plus, la dépendance maternelle aux produits est aussi mise en avant.

IV/ OBJECTIF PRINCIPAL : état des lieux de la pratique, par les sages-femmes, du dépistage de l'usage de substances psychoactives au cours de la grossesse

Selon notre étude, 43.7% des sages-femmes déclarent aborder systématiquement le sujet de la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis lors de la 1^{ère} consultation prénatale. Le pourcentage en lui-même ne peut être comparé car nous n'avons pas trouvé d'autres études ayant la même méthodologie. Par contre, l'insuffisance du dépistage de la consommation de substances psychoactives est retrouvée dans de nombreux travaux. (20) (21)

La grande majorité des professionnels (73.9%) réalise ce dépistage via un simple interrogatoire de la patiente. Or, l'interrogatoire, s'il est bien réalisé, est un moyen efficace de dépister ces conduites à risque. En effet, selon la Société des Obstétriciens et des Gynécologues du Canada : « *La tenue d'une entrevue maternelle au moyen de questions ouvertes et non moralisatrices est [...] susceptible de favoriser la divulgation d'une consommation périnatale de substances psychoactives.* » (22) De plus, l' HAS propose ainsi un outil d'aide au repérage précoce de la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis dont la première étape en un simple questionnement de la patiente quant à ces consommations

Cependant, plusieurs sources mettent en avant le fait que les questionnaires systématiques évaluant la consommation (comme celui proposé par l'HAS pour la consommation de tabac *cf annexe 2*) sont la méthode de repérage la plus simple et la plus objective pour le repérage de l'usage de substances psychoactives.

Or, si 22.7% des professionnels interrogés disent utiliser un questionnaire préexistant (dossier informatique dans la plupart des cas), aucun ne cite l'utilisation de tels questionnaires.

L'HAS conseille aussi, lorsqu'une consommation a été identifiée, d'utiliser des questionnaires pour évaluer le niveau de risque. (23) Pour l'alcool, il est proposé de s'appuyer sur le

questionnaire FACE (Formule pour Approcher la Consommation d'Alcool par Entretien) *cf annexe 3* et pour le cannabis le questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test) *cf annexe 4*.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a mis au point en 2010 un questionnaire regroupant les principales substances psychoactives, le questionnaire ASSIST (Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test). (24)

Durant les années 2000, des actions d'information et de prévention sur les risques de l'alcool pendant la grossesse ont été mises en place en France, notamment une loi de 2005 imposant un pictogramme ou un message sanitaire (« La consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse, même en faible quantité, peut avoir des conséquences graves pour la santé de l'enfant ») sur les boissons alcoolisées. Notre hypothèse était donc qu'il pouvait exister une différence dans la réalisation du dépistage entre les sages-femmes diplômées avant les années 2000 et celles diplômées après, qui auraient pu être plus sensibilisées au sujet, mais notre étude n'a pas mis en avant de différence statistiquement significative.

Par contre, notre travail a mis en évidence que les sages-femmes travaillant en secteur hospitalier réalisaient plus souvent un dépistage systématique que les sages-femmes travaillant en secteur libéral.

Une première hypothèse pouvant expliquer ce résultat serait que les sages-femmes hospitalières ont plus facilement accès à un réseau de professionnel pour orienter leurs patientes.

Une deuxième hypothèse, déjà évoquée dans les biais de l'étude, serait que les sages-femmes libérales, du fait qu'elles suivent leurs patientes sur le long terme, n'évoquent peut-être pas la

consommation de substances psychoactives dès la 1^{ère} consultation. Plusieurs nous l'ont exprimé dans la partie « Remarques » de notre questionnaire. Par exemple : *« En libéral, le point positif c'est que nous revoyons nos patientes, et ce pour certaines sur plusieurs années (suivi de grossesse, plus suivi post natal, plus rééducation périnéale, plus suivi gynéco derrière...) et c'est au cours de ces consultations, dans le respect et la confiance que nos patientes ont en nous, que nous abordons tous ces sujets, sans difficulté. Alors oui, je parle de tout ça avec mes patientes et non pas forcément dès la première consultation. »*

D'autre part, notre étude montre que 59.7% des sages-femmes interrogées n'ont pas reçu de formation particulière concernant les addictions et la grossesse. Ce pourcentage est similaire à celui retrouvé dans une enquête réalisée en 2013 auprès de 187 professionnels de la périnatalité (sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens,...) en Bourgogne dans laquelle 58% des participants déclarent n'avoir reçu aucune formation en addictologie. (25) Nos résultats mettent en évidence qu'il n'y pas de différence statistiquement significative dans la réalisation du dépistage entre les sages-femmes ayant bénéficié d'une formation particulière sur les addictions pendant la grossesse et celles n'en ayant pas eu mais ce résultat nous semble surprenant. En effet, des enquêtes montrent qu'un professionnel sensibilisé au sujet sera plus en mesure d'aborder ces sujets avec les patientes et a contrario, un manque de formation est un frein au dépistage. (17) Dans notre étude, parmi les professionnels qui ont répondu avoir reçu une formation particulière, plusieurs ont déclaré être plus à l'aise avec ces questions après leur formation.

Ces résultats doivent néanmoins être interprétés avec prudence. En effet, il est possible que l'année d'obtention du diplôme, le lieu d'exercice et la formation des sages-femmes

soient des facteurs de confusion les uns pour les autres. Il faudrait croiser les résultats pour identifier ou non l'existence de facteurs de confusion et donc confirmer ces résultats.

V/ OBJECTIFS SECONDAIRES

1. Différence de dépistage entre les différentes substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis, autres)

Notre étude met en évidence une différence de réalisation du dépistage en fonction des substances psychoactives. En effet, 82% des sages-femmes interrogées déclarent aborder systématiquement la question de la consommation de tabac, 63% des sages-femmes interrogées abordent systématiquement la question de la consommation d'alcool et 45% des sages-femmes de l'échantillon déclarent aborder systématiquement la question de la consommation de cannabis.

Le tabac apparaît donc comme la substance dépistée le plus systématiquement, ce qui correspond aux données de la littérature. En effet, dans l'enquête réalisée dans le Réseau Périnatal du Hainaut, la consommation de tabac était renseignée dans 78,1% des dossiers. Le taux de dépistage pour l'alcool dans notre étude est aussi conforme aux résultats de cette enquête selon laquelle 64% des dossiers sont renseignés pour l'alcool.

Nous remarquons de même que les substances illicites (notamment le cannabis) sont moins souvent dépistées et ce résultat se retrouve toujours dans cette même enquête où il est dit que : « *la consommation de produits illicites est quant à elle renseignée dans moins de la moitié des dossiers (46,8%)* ». (16)

De même, dans l'étude réalisée par l'ORS de Bourgogne en 2013, dont la méthodologie est similaire à celle de notre étude, les résultats obtenus sont comparables aux nôtres. Le tabac apparaît comme la substance la plus dépistée puisque 93% des professionnels déclarent poser systématiquement la question de la consommation de tabac. Pour l'alcool, comme dans notre étude, le pourcentage baisse puisque 78.3% des professionnels posent systématiquement la question. Enfin, la consommation de cannabis est celle la moins dépistée avec 44.2% des professionnels qui déclarent l'aborder systématiquement.

Cette différence de dépistage, notamment entre le tabac et l'alcool, est aussi mise en évidence dans une enquête de l'INPES qui rapportent que 47% des femmes enceintes interrogées déclarent que leur consommation de tabac a été évaluée par un médecin et 22% en ce qui concerne la consommation d'alcool. (26) Une autre étude réalisée au CHRU de Brest en 2010 montre que 42% des femmes déclarent qu'aucun professionnel n'a abordé avec elles la consommation d'alcool pendant la grossesse et 27% des dossiers médicaux ne sont pas remplis pour l'item alcool (alors qu'ils sont tous remplis pour l'item tabac). (27)

Le taux beaucoup plus faible de dépistage de la consommation de cannabis peut en partie être expliqué par le fait que la mobilisation autour cette question a été plus tardive que pour le tabac et l'alcool. En effet, en France, les enquêtes périnatales n'ont commencé à interroger les femmes enceintes à propos de leur consommation de cannabis que depuis 2010. (28)

Pour le dépistage des « autres substances » nous obtenons un résultat surprenant. En effet, 58% des sages-femmes déclarent toujours aborder la consommation d'autres substances psychoactives (drogues dures, médicaments) alors que nous aurions pu nous attendre à un

taux de dépistage plus faible que pour le cannabis. Ce résultat peut en partie être expliqué par le fait que, comme expliqué plus haut, le terme « autres substances » n'étaient pas défini clairement dans notre étude.

2. Difficultés rencontrées lors du dépistage

Selon notre étude, parmi les sujets proposés, le plus difficile à aborder pour les professionnels car jugé gênant à explorer auprès des patientes est celui de la violence conjugale. Viennent ensuite les sujets de la consommation de drogues et de la consommation d'alcool. Les autres sujets proposés, comme les antécédents médicaux ou familiaux, semblent poser beaucoup moins de problème aux sages-femmes, ce qui est concordant avec l'enquête réalisée en Hainault dans laquelle 90% des dossiers médicaux étaient renseignés pour ces sujets. (16)

2.1. Difficultés liées au dépistage de la consommation tabac

Seulement 2,5% des sages-femmes interrogées estiment que, pour elles, aborder la consommation du tabac est difficile. De plus, selon nos résultats, les sages-femmes qui éprouvent cette difficulté ne réalisent pas moins le dépistage que les autres. Ces résultats semblent cohérents au vu du taux important de dépistage déclaré pour le tabac.

2.2. Difficultés liées au dépistage de la consommation d'alcool

Pour l'alcool, le pourcentage de professionnels ayant des difficultés à aborder la question (38.7%) est beaucoup plus important que pour le tabac.

Les difficultés évoquées par les professionnels sont semblables à celles retrouvées dans la littérature. Les sages-femmes citent en premier lieu des freins comme le sentiment que les patientes sous-déclarent leur consommation ainsi que la crainte d'être intrusif et de mettre la patiente mal à l'aise. Ces données correspondent à celles citées dans le guide « Alcool et grossesse parlons-en » à l'usage des professionnels : « 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. En outre, le déni de certaines femmes peut désorienter. » (29)

Dans un deuxième temps, des difficultés plutôt d'ordre organisationnel (manque de temps et de moyens pour aider et orienter les patientes) sont mises en avant par les professionnels. Ces freins sont retrouvés dans plusieurs études qualitatives réalisées auprès de professionnels de santé. (17) (5) Dans ces mêmes études, un frein majeur cité par les professionnels est le manque de temps lors des consultations. Or, dans notre étude, cette difficulté n'est pas citée pour ce qui est du dépistage de la consommation d'alcool.

Dans l'étude de l'ORS de Bourgogne, les professionnels évoquent aussi en premier lieu la possible réticence de la femme à aborder sa consommation comme frein au repérage, puis le manque de partenaires et de formation. (25)

Ces difficultés rencontrées par les professionnels pour aborder la consommation d'alcool chez les femmes enceintes apparaissent également dans un rapport réalisé en 2008

au sein de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie du Nord dans lequel il est montré que l'alcool est un sujet beaucoup moins abordé que le tabac. Les gynécologues-obstétriciens interrogés parlent de sentiment d'intrusion et de peur de « casser la relation » avec la patiente. (30)

2.3. Difficultés liées au dépistage de la consommation de cannabis

Le taux de sages-femmes estimant difficile d'aborder la consommation de cannabis avec leur patiente de 37.8% est très proche de celui de l'alcool (néanmoins la consommation de cannabis est moins souvent dépistée que celle de l'alcool.) Les difficultés évoquées semblent aussi du même ordre puisque la crainte de la sous-déclaration et la peur de gêner la patiente arrivent en tête suivies du manque de moyens pour orienter les patientes. Le manque de temps pour la consultation est évoqué une seule fois.

Dans l'enquête de l'ORS de Bourgogne par contre, la première difficulté rencontrée par les professionnels est le manque de formation puis vient la réticence de la femme et le manque d'outils et de partenaires. (25)

2.4. Difficultés liées au dépistage de la consommation d'autres substances psychoactives

Les autres substances psychoactives (médicaments et drogues dures) sont, dans notre étude, les plus difficiles à aborder pour les professionnels (68.1% des sages-femmes interrogées estiment cette question compliquée à aborder).

Les difficultés identifiées sont en proportion sensiblement les mêmes que pour le tabac et l'alcool si ce n'est que le manque de temps dédié à la consultation est dans ce cas cité par 6 professionnels.

Le sentiment que les patientes ne déclareront pas toujours leur réelle consommation arrive en tête dans les freins évoqués par les sages-femmes. Or cette difficulté est justifiée puisque la problématique de la sous-déclaration des patientes a été identifiée dans d'autres études, notamment un article de la revue *Déviance et société* de 2002 qui explique que les patientes hésitent à déclarer leur consommation notamment « du fait des représentations négatives liées à ces comportements ». Il existe en effet de nombreux préjugés sur les femmes toxicomanes qui sont vues comme dangereuses et incapables de s'occuper de leurs enfants. (20) Ces patientes ont une vision souvent très négative du milieu hospitalier. Elles craignent en effet un signalement voire un placement de leur enfant et n'envisage pas que les professionnels puissent leur venir en aide. (31)

L'article de la revue *Déviance et Société* explique aussi que le dépistage de la consommation de drogues pendant la grossesse est beaucoup moins réalisé que le dépistage des autres substances psychoactives car les professionnels craignent d'« induire une stigmatisation de la patiente et de son enfant ». (20)

Le caractère illicite de certaines substances augmente la difficulté de ces femmes à parler de leur consommation, et donc pour les professionnels à réaliser une anamnèse complète et à d'identifier clairement les problématiques. (32)

VI/ PISTES D'AMELIORATION

Une des méthodes pour dépister la consommation de substances psychoactives pendant la grossesse est l'utilisation d'un auto-questionnaire, un questionnaire rempli seule par la patiente en amont de la consultation, en salle d'attente par exemple. Plusieurs études montrent que l'utilisation de ces auto-questionnaires permettrait un dépistage beaucoup plus efficace des consommations de substances psychoactives

En 2006, une étude teste un auto-questionnaire dans deux maternités de la région lilloise. Elle compare son efficacité à dépister les situations à risque par rapport au dépistage reposant sur le simple interrogatoire de la patiente. Pour le tabac, l'étude montre que, quel que soit le mode d'évaluation, la consommation déclarée est la même (environ 20%). Par contre l'auto-questionnaire est plus efficace pour dépister la consommation d'alcool. En effet, il met en avant que 4% des femmes interrogées ont une consommation à risque alors que seulement 0,1% des dossiers médicaux relèvent une consommation quotidienne. En ce qui concerne la consommation des autres substances psychoactives, l'estimation est la même quelle que soit la source. Par contre l'auto-questionnaire semble plus efficace pour dépister les antécédents de toxicomanie. (33)

Un autre exemple d'expérimentation est celle menée en 2013 en Languedoc-Roussillon par le réseau Naître et grandir qui a mis en place un auto-questionnaire pour le repérage des conduites addictives dans plusieurs maternités. A la fin de l'étude, les résultats montrent que l'auto-questionnaire a permis d'augmenter le nombre de patientes repérées par les professionnels et de sensibiliser ces derniers autour de cette thématique. (34)

Dans notre étude ce moyen de dépistage n'est cité que par un seul professionnel. Il semble donc que, bien qu'efficace, l'auto-questionnaire ne soit pour l'instant que peu utilisé

dans les départements de la Drôme, de l'Isère, de la Savoie et de la Haute-Savoie. Il pourrait être intéressant d'essayer de mettre en place un auto-questionnaire dans des maternités pour améliorer les pratiques. Une ressource pour un tel projet pourrait être l'association GEGA (Groupe d'Etudes Grossesse et Addictions) qui a travaillé sur l'élaboration d'un auto-questionnaire pour dépister les situations de vulnérabilité pendant la grossesse. Le GEGA propose un modèle d'auto-questionnaire (*cf annexe 5*) ainsi qu'une méthodologie détaillée permettant la mise en œuvre d'une expérimentation de ce genre. (35)

Au-delà du support utilisé pour réaliser le dépistage, il est important de réfléchir à la façon d'aborder ces sujets avec les patientes. En effet, la manière de poser la question influence la réponse. Par exemple, il peut être intéressant de s'appuyer sur le mode de prise de la substance plutôt que sur le produit en lui-même : demander à une femme si elle a déjà consommé des produits par sniff ou par injection serait moins intrusif et plus efficace que de lui demander si elle a déjà consommé de l'héroïne ou de la cocaïne.

Un des freins évoqués par certains professionnels était le sentiment que les patientes ne répondraient pas honnêtement aux questions posées. Cependant, il est capital d'aborder systématiquement tous les sujets car, même si la patiente ne déclare pas ses réelles consommations, elle saura que le sujet n'est pas tabou et qu'il pourra être abordé par la suite quand elle le désirera.

Des connaissances erronées ou insuffisantes des professionnels de la périnatalité sur les conséquences de la consommation de substances psychoactives au cours de la grossesse sont un frein à la réalisation d'un dépistage systématique et efficace. (30) Nous n'avons pas travaillé sur ce versant dans notre étude mais il pourrait être intéressant de le faire, notamment pour évaluer les besoins de formation.

En effet, la formation des sages-femmes sur ces thématiques semble être capitale pour permettre une meilleure prévention, un meilleur dépistage et un meilleur suivi de ces conduites addictives. (36) Dans le guide concernant l'usage de substances psychoactives pendant la grossesse, le Réseau de prévention des addictions (Respadd) donne plusieurs pistes pour améliorer la formation des professionnels en contournant la difficulté du manque de temps. Il est notamment proposé d'intervenir auprès des étudiants sages-femmes ou de publier des livrets d'information à l'intention des patientes et des sages-femmes. (5)

CONCLUSION

Cette étude a permis de mettre en évidence que le dépistage de la consommation de substances psychoactives lors de la première consultation de grossesse n'est, contrairement aux recommandations officielles, pas réalisé de manière systématique. De plus, il existe de réelles différences des taux de dépistage en fonction des différences substances concernées, la consommation de cannabis étant moins recherchée par les professionnels que la consommation d'alcool, elle-même moins recherchée que la consommation de tabac.

Cette étude montre aussi que les sages-femmes rencontrent des freins dans la réalisation de ce dépistage à la fois sur le plan organisationnel (manque de temps, manque de moyens pour orienter les patientes...) mais aussi sur un versant plus émotionnel (crainte d'être intrusif, de mettre la patiente mal à l'aise...).

Ces freins ont une réelle incidence sur la pratique du dépistage. En effet, à part pour le tabac, les sages-femmes qui déclarent éprouver des difficultés abordent moins souvent ces sujets avec leurs patientes que celles ne déclarant pas en éprouver.

Devant les conséquences importantes de la consommation de substances psychoactives sur le déroulement de la grossesse, le développement fœtal et néonatal ainsi que sur la santé maternelle, il apparaît essentiel de renforcer le dépistage de ces situations à risque pour permettre une prise en charge précoce de ces patientes.

Une amélioration des pratiques pourrait passer d'une part par le développement d'outils à destination des patientes et des professionnels (plaquettes d'information mais aussi auto-questionnaire).

D'autre part, l'accentuation de la formation et de la sensibilisation des sages-femmes sur ces thématiques, au moment de la formation initiale mais aussi lors de la formation continue, apparaît comme essentielle pour optimiser le dépistage puis l'orientation des patientes.

Un des principaux biais de notre étude était le biais déclaratif inhérent à la méthode choisie. Une étude basée sur des observations de consultation de grossesse pourrait permettre d'éliminer ce biais et de réaliser une véritable étude de la prévalence du dépistage, des moyens mis en œuvre pour réaliser ce dépistage et de la prise en charge des patientes repérées.

Une autre manière de réduire l'incidence du biais déclaratif pourrait être de comparer les résultats obtenus avec d'autres données, par exemple celles des dossiers médicaux en regardant si les données sur la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis ont été complétées, comme cela a été fait dans l'enquête réalisée dans le réseau périnatal de l'Hainaut. (16)

On pourrait enfin envisager d'interroger les patientes pour savoir si, au cours de la grossesse, les professionnels ont abordé avec elles la question de leur consommation et si elles ont reçu des informations de prévention. En effet, les études montrent des différences importantes entre les déclarations des patientes et les déclarations des professionnels. (27)

BIBLIOGRAPHIE

1. **INPES.** *Drogues et conduites addictives.* 2014.
2. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. *Tendances.* juin 2011, Vol. 76.
3. Enquête nationale périnatale. 2010.
4. **Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.** Conférence de consensus "Grossesse et tabac", texte des recommandations (version longue). Lille : s.n., 2004.
5. **Respaad.** Guide concernant l'usage des substances psychoactives pendant la grossesse. 2011 : Drugscope.
6. **Chassevent, A.** Maternité et conduites addictives, thèse médecine. Nantes : s.n., 2008.
7. **Cneude, F.** Alcool et grossesse : conséquences pour l'enfant. Grenoble : s.n., 2015.
8. **INSERM, Expertise collective.** Alcool : effets sur la santé. 2001. p.143-144.
9. **L. Karila, O. Cazas, T. Danel, M. Reynaud.** Conséquences à court et long terme d'une exposition prénatale au cannabis. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.* janvier 2006, Vol. 35, 1, pp. 62-70.
10. **Cneude, F.** Toxicomanie et grossesse. Grenoble : s.n., 2015.
11. **C. Lejeune, A.-M. Simonpoli, P. Gressens.** Conséquences obstétricales et pédiatriques de la consommation de cocaïne pendant la grossesse. s.l. : Elsevier Masson, 2009.
12. **C.Lejeune.** Conséquences périnatales des Addictions - Archives de Pédiatrie. s.l. : Elsevier Masson, 2007.
13. **Haute Autorité de Santé.** Suivi et orientation des femmes en fonction des situations à risque identifiées. *Recommandations professionnelles.* 2016.
14. **C. Lejeune, L. Genest, E. Miossec, A.-M. Simonpoli, L. Simmat-Durand.** Analyse rétrospective des données de 170 nouveaux-nés de mère consommatrices de substances psychoactives. s.l. : Elsevier Masson, 2012.
15. **L. Simmat-Durand, S. Toutain, N. Vellut, L. Genest, C. Crenn-Hebert , A.-M. Simonpoli ,E. Miossec, C. Lejeune.** Analyse des données maternelles et obstétricales dans une cohorte rétrospective de 170 nouveaux-nés de mère polyconsommatrices, Ile-de-France, 1999-2008. s.l. : Elsevier Masson, 2010.

16. **Réseau Périnatalité Hainaut.** Etude grossesse et addictions. *pro.perinatalite.org*. [En ligne] avril 2010. <http://pro.perinatalite.org/page-1452.html>.
17. **Réseau Sécurité Naissance PACA Est Haute Corse Monaco.** Etude qualitative des freins au repérage précoce des conduites addictives chez la femme enceinte. 2011.
18. **Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes.** La démographie de la profession. <http://www.ordre-sages-femmes.fr>. [En ligne] 2015. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/la-demographie-de-la-profession/>.
19. **Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes.** Histoire de la profession. <http://www.ordre-sages-femmes.fr>. [En ligne] <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/histoire-de-la-profession-3/>.
20. **Simmat-durant, L.** Grossesse et drogues illicites. *Déviance et Société*. 2002, Vol. 26.
21. **Chanal, C.** Présentation d'un auto-questionnaire de repérage des vulnérabilités et des consommations de substances psychoactives. 2015.
22. **Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada.** Consommation de substances psychoactives pendant la grossesse. *JOGC*. 2011, 256.
23. **Haute autorité de santé.** Outils d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. HAS. [En ligne] décembre 2014. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte.
24. **Organisation Mondiale de la Santé.** Questionnaire ASSIST version française. http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_french.pdf?ua=1. [En ligne] 2010.
25. **Bourgogne, ORS.** Repérage et suivi des consommations de produits psychoactifs pendant la grossesse en Bourgogne. 2013.
26. **INPES.** Enquête sur la consommation de substances psychoactives des femmes enceintes. *La Santé en action*. 2013, 423.
27. **C. Magne, C. Simon, B. Lebdiri, I. Paulard.** Abord de la consommation d'alcool en consultation prénatale. Enquête au CHRU de Brest. *La revue Sage-Femme*. Elsevier Masson, 2012.
28. **Pustetto, S.** Consommation de cannabis pendant la grossesse. 2015.
29. **Ministère du travail, de l'emploi et de la santé.** Alcool et grossesse, parlons en (guide à l'usage des professionnels). 2011.

30. **Gadeyne, S.** Alcool et grossesse : connaissances, représentations et pratiques des gynécologues obstétriciens. Rapport d'étude réalisé au sein de l'association nationale de prévention en alcoologie et addictologie du nord. 2008.
31. **Lejeune, C.** Devenir des nouveaux-nés de mère toxicomane. 1997.
32. **M.C. Franchitto, E. Peyrefort, G. Tellier.** Toxicomanie, femmes enceintes et maternité : une nécessaire évolution de la prise en charge.
33. **M.-H. Fline-Barthes, D. Vandendriessche, J. Gaugue, L. Urso, D. Therby, D. Subtil.** Dépistage des situations de vulnérabilité psychosociale et toxicologique pendant la grossesse : évaluation d'un auto-questionnaire par comparaison aux données du dossier médical. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Elsevier Masson, 2015.
34. **C. Chanal, L. Raffier.** Repérage précoce des conduites addictives en maternité. 2013.
35. **GEGA.** <http://www.asso-gega.org/>. [En ligne]
36. **Gomez, C.** Enjeux de Santé Publique : rôle de la sage-femme dans la prévention et le suivi des addictions maternelles. Paris : s.n., 2010.

ANNEXES

Annexe 1 – Questionnaire adressé aux sages-femmes

SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET GROSSESSE : ETAT DES LIEUX DE LA PRATIQUE DU DEPISTAGE

Questionnaire adressé aux Sages-Femmes

Madame, Monsieur,

Je suis actuellement étudiante en dernière année à l'école de sages-femmes de Grenoble. J'ai choisi, dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, de travailler sur la pratique du dépistage de la consommation de substances psychoactives pendant la grossesse. Je sollicite donc votre aide pour réaliser ce travail.

Ce questionnaire vous prendra quelques minutes et sera traité de façon anonyme.

Je vous remercie d'avance de votre aide précieuse et reste à votre disposition pour répondre à vos questions,

Lauriane Van der Meersch

I – Question introductive : Quels sont les trois premiers termes qui vous viennent à l'esprit au sujet du dépistage des substances psychoactives pendant la grossesse ?

II – Pratique du dépistage

1. Lorsque vous rencontrez une patiente pour la première fois, abordez-vous la question de la consommation de tabac ?
 - Toujours
 - Souvent
 - Parfois
 - Jamais

2. Lorsque vous rencontrez une patiente pour la première fois, abordez-vous la question de la consommation d'alcool ?
 - Toujours
 - Souvent
 - Parfois
 - Jamais

3. Lorsque vous rencontrez une patiente pour la première fois, abordez-vous la question de la consommation de cannabis ?

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

4. Lorsque vous rencontrez une patiente pour la première fois, abordez-vous la consommation d'autres substances ?

- Oui
- Non

Si oui lesquelles ?

5. **Si vous n'évoquez pas systématiquement la consommation de substances psychoactives avec vos patientes**, votre décision d'aborder ou non ce sujet dépend-elle :

- des antécédents médicaux de la patiente
- de l'âge de la patiente
- de la catégorie socio-professionnelle de la patiente
- de la qualité de l'échange établi avec la patiente
- du temps disponible pour la consultation
- autre :

6. Comment réalisez-vous ce dépistage ?

- Interrogatoire systématique sans support particulier
- Entretien à l'aide d'un questionnaire préexistant
- Auto-questionnaire rempli préalablement par la patiente
- Autre :

III – Difficultés éventuelles

7. Certains sujets peuvent paraître difficiles à aborder avec les patientes. Quantifiez la gêne supposée pour la patiente sur une échelle de 1 à 5 selon le sujet abordé. (1 : sujet facile à aborder, 2 : gêne légère, 3 : gêne moyenne, 4 : gêne importante, 5 : sujet très délicat)

- Antécédents médicaux familiaux :
- Antécédents médicaux personnels :
- Antécédents psychiatriques :

- Signes fonctionnels urinaires :
- Prise de poids :
- Consommation de tabac :
- Consommation d'alcool :
- Consommation de drogues :
- Vécu psychologique de la grossesse :
- Situation familiale :
- Violence conjugale :

8. Estimez-vous difficile d'aborder la question de la consommation de tabac

- Oui
- Non

Si oui, pourquoi ?

- Manque de temps
- Sentiment que les patientes ne rapporteront pas toujours la réalité (déli, culpabilité,...)
- Manque de moyens pour orienter et aider les patientes
- Crainte de mettre la patiente mal à l'aise
- Crainte d'une réaction négative de la patiente
- Autre :

9. Estimez-vous difficile d'aborder la question de la consommation d'alcool ?

- Oui
- Non

Si oui, pourquoi ?

- Manque de temps
- Sentiment que les patientes ne rapporteront pas toujours la réalité (déli, culpabilité,...)
- Manque de moyens pour orienter et aider les patientes
- Crainte de mettre la patiente mal à l'aise
- Crainte d'une réaction négative de la patiente
- Autre :

10. Estimez-vous difficile d'aborder la question de la consommation de cannabis ?

- Oui
- Non

Si oui, pourquoi ?

- Manque de temps
- Sentiment que les patientes ne rapporteront pas toujours la réalité (déli, culpabilité,...)
- Manque de moyens pour orienter et aider les patientes
- Crainte de mettre la patiente mal à l'aise
- Crainte d'une réaction négative de la patiente
- Autre :

11. Estimez- vous difficile d'aborder la question de la consommation d'autres substances psychoactives (héroïne, cocaïne,...) ?

- Oui
- Non

Si oui, pourquoi ?

- Manque de temps
- Sentiment que les patientes ne rapporteront pas toujours la réalité (déli, culpabilité,...)
- Manque de moyens pour orienter et aider les patientes
- Crainte de mettre la patiente mal à l'aise
- Crainte d'une réaction négative de la patiente
- Autre :

IV – Renseignements généraux

12. Etes-vous :

- Un homme
- Une femme

13. Quel âge avez-vous ?

14. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme de Sage-Femme ?

15. Vous travaillez :

- En maternité
 - de niveau I
 - de niveau II
 - de niveau III
- En libéral

16. Avez-vous eu une formation particulière concernant les addictions pendant la grossesse ? Si oui laquelle ?

- Oui :
- Non

V – Remarques et commentaires

Merci de votre précieuse participation !

Annexe 2 – Questionnaire concernant la consommation de tabac proposé par l’HAS

Questionnaire tabac « Fumez-vous du tabac ? »	
SI OUI	SI NON
« Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? » <ul style="list-style-type: none">• Proposer un dépliant/brochure sur les risques de la consommation de tabac, les bénéfices de l'arrêt et les méthodes de sevrage.• « Voulez-vous qu'on prenne le temps d'en parler ? »• Conseil d'arrêt.	« Avez-vous déjà fumé ? » <ul style="list-style-type: none">• Si non : le patient n'a jamais fumé.• Si oui :<ul style="list-style-type: none">» « Pendant combien de temps ? »» « Depuis quand avez-vous arrêté ? »

Annexe 3 – Test FACE (Formule pour Approcher la Consommation d'alcool par Entretien)

A quelle fréquence, consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?

- Jamais : 0
- Une fois par mois au moins : 1
- 2 à 3 fois par semaine : 2
- 4 fois par semaine ou plus : 3

2. Combien de verres standards 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

3. Votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?

- Oui : 4
- Non : 0

4. Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

- Oui : 4
- Non : 0

5. Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?

- Oui : 4
- Non : 0

Interprétation pour les femmes :

Moins de 4 : risque faible ou nul / 4 à 8 : consommation excessive d'alcool probable / Supérieur à 8 : alcool-dépendance probable

Annexe 4 – Test CAST (Cannabis Abuse Screening Test)

1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?

- Oui
- Non

2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?

- Oui
- Non

3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?

- Oui
- Non

4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?

- Oui
- Non

5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?

- Oui
- Non

6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultats à l'école...) ?

- Oui
- Non

Interprétation: 1 réponse positive : risque faible / 2 réponses positives : risque moyen / 3 réponses positives ou plus : risque élevé

Annexe 5 – Auto-questionnaire proposé par le GEGA

	oui	non
1- Dans la semaine qui vient de s'écouler, vous est-il arrivé de vous sentir inquiète ou soucieuse sans en identifier la raison ?		
2- Dans la semaine qui vient de s'écouler, avez-vous eu des problèmes pour bien dormir ?		
3- Dans la semaine qui vient de s'écouler, vous êtes-vous sentie dépassée par les évènements ?		
4- Avez-vous ou avez-vous déjà eu un problème avec votre poids ou votre alimentation?		
5- Dans votre vie, avez-vous tendance à contrôler votre poids (restriction alimentaire, activité physique intensive, vomissements provoqués...) ?		
6- Qu'aviez-vous l'habitude de boire avant la grossesse? (plusieurs réponses possibles) <input type="checkbox"/> eau <input type="checkbox"/> soda <input type="checkbox"/> cidre <input type="checkbox"/> bière <input type="checkbox"/> vin <input type="checkbox"/> alcool fort <input type="checkbox"/> café <input type="checkbox"/> autre :		
7- Depuis le début de votre grossesse, vous est-t-il arrivé de boire de l'alcool (bière, vin, champagne, etc.) au cours d'une soirée, d'une fête ou d'une autre occasion ?		
8- Combien de cigarettes fumiez-vous par jour en moyenne avant la grossesse ? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-30 <input type="checkbox"/> +30		
9- Fumez-vous actuellement ?		
10 - Avez-vous déjà consommé l'une de ces substances : cannabis, ecstasy, amphétamines, MDMA, crack, LSD, cocaïne, héroïne ou une autre drogue?		
11- Vous est-il arrivé d'en consommer ces derniers mois ?		
12- Ces derniers mois, avez-vous pris un de ces médicaments: tranquillisants, antidépresseurs, benzo, somnifères, méthadone, Subutex®, antidouleurs, autres ?		
13- Dans votre vie avez-vous été victime de violences psychologiques et/ou physiques ?		
14- Vous sentez-vous en sécurité dans votre environnement familial ?		
15- Avez-vous au moins une personne dans votre entourage sur qui vous pouvez compter ?		
16- Avez-vous des difficultés à faire face à vos besoins : alimentation, logement, accès aux soins, factures, démarches administratives... ?		
17- Après l'accouchement serez-vous seule pour vous occuper du bébé ?		
18- Bénéficiez-vous d'une aide extérieure : assistant social, éducateur, psychologue, tuteur, autre personne ou structure?		

RESUME

OBJECTIFS : Etablir la prévalence du dépistage systématique de l'usage des substances psychoactives lors de la 1^{ère} consultation prénatale et identifier les représentations et les difficultés rencontrées par les sages-femmes dans ce dépistage.

METHODE : Etude descriptive réalisée par auto questionnaires en novembre 2016 aux sages-femmes de consultations des maternités et libérales de la Drôme, Isère, Savoie et Haute-Savoie. Les critères de jugement étaient le pourcentage de professionnels déclarant aborder le sujet au moment de la première consultation prénatale, les termes évoqués par les sages-femmes à propos du dépistage, les taux de dépistage déclarés pour chacune des substances (tabac, alcool, cannabis) et les difficultés exprimées.

RESULTATS : 119 sages-femmes ont été incluses, 2 exclues. 43,7% d'entre elles ont déclaré aborder la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis systématiquement lors de la 1^{ère} consultation prénatale. Le taux de dépistage est de 82% pour le tabac, 63% pour l'alcool et 45% pour le cannabis. 2,5% des sages-femmes évoquent des difficultés pour aborder la consommation de tabac, 38.7% pour l'alcool et 37.8% pour le cannabis.

CONCLUSION : Les difficultés à aborder le sujet des substances psychoactives semblent impacter la réalisation systématique de leur dépistage. Devant les lourdes conséquences entraînées par leur consommation pendant la grossesse, il semble nécessaire de développer des outils et d'améliorer la formation des professionnels pour en améliorer le dépistage.

MOTS-CLES : Substances psychoactives - Grossesse - Dépistage – Difficultés – Sage-femme

ABSTRACT

AIM : To establish the prevalence of a systematic screening of the use of psychoactive substances during the pregnancy first consultation, and identify the representations as well as the difficulties encountered by midwives for this screening.

METHOD : Descriptive study carried out using self-surveys in november 2016 to midwives from consultation services in maternity wards and to private midwives from the Drôme, Isère, Savoie and Haute-Savoie departments. The evaluation criteria were the percentage of professionals who declare approaching the subject during prenatal consultations, the terms mentioned by midwives regarding the screening, the level of screenings declared for each substance (tobacco, alcohol, cannabis) and the difficulties expressed.

RESULTS : 119 midwives have been included and 2 excluded. 43.7% of them declared systematically approaching the consumption of tobacco, alcohol and cannabis during the pregnancy first consultation. The level of screening is of 82% for tobacco, 63% for alcohol and 45% for cannabis. 2.5% of midwives mention difficulties approaching the consumption of tobacco, 38.7% for alcohol and 37.8% for cannabis.

CONCLUSION : The difficulties to approach the subject of psychoactive substances seems to impact the systematic realization of their screening. Before the heavy consequences caused by their consumption during pregnancy, it seems necessary to develop tools and to improve the training of professionals so as to reinforce their screening.

KEY WORDS : Psychoactive substances – Pregnancy – Screening – Difficulties - Midwives

