



HAL
open science

Évaluation des pratiques professionnelles sur le dépistage du cannabis par les sages-femmes durant la grossesse

Caroline Durand

► **To cite this version:**

Caroline Durand. Évaluation des pratiques professionnelles sur le dépistage du cannabis par les sages-femmes durant la grossesse. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02482505

HAL Id: dumas-02482505

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02482505>

Submitted on 18 Feb 2020

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

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

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

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

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

CAROLINE DURAND

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

**Evaluation des Pratiques Professionnelles sur le
dépistage du cannabis par les sages-femmes durant la
grossesse**

Soutenu le : Jeudi 27 Juin 2019

Directeur de mémoire : Mme Cécile BETMALLE, sage-femme ELSA

Maternité de Port Royal

JURY

Mme E. Prot, présidente du jury, enseignante sage-femme à l'UVSQ

Mme C. Etchemendigaray, enseignante sage-femme, directrice du département de l'UVSQ

Mme N. DeSequeira, sage-femme coordinatrice de la maternité d'Argenteuil

Numéro national d'étudiant : 21304361

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite expose son auteur à des poursuites pénales.

Remerciements

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à ma directrice de mémoire, Madame Cécile BETMALLE. Je la remercie de m'avoir encadrée, aidée et conseillée.

J'adresse mes sincères remerciements à l'ensemble de l'équipe pédagogique qui nous a encadrés et tant appris ces dernières années pour faire de nous les meilleures sages-femmes possibles.

Je remercie mes parents et ma famille pour m'avoir soutenue dans mes décisions et encouragée à poursuivre mes rêves.

Enfin, je remercie mes amies et partenaires dans cette aventure, Anaïs, Constance, Eurydice, Hélène et Marie-Amélie, avec qui j'ai tant partagé.

À tous, je présente mes remerciements, mon respect et ma gratitude.

Table des matières

AVERTISSEMENT	II
REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIERES	IV
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES FIGURES	VIII
LISTE DES ANNEXES	IX
LEXIQUE	X
EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES SUR LE DEPISTAGE DU CANNABIS PAR LES SAGES-FEMMES DURANT LA GROSSESSE	XI
EVALUATION OF PROFESSIONAL PRACTICE IN CANNABIS SCREENING BY MIDWIVES DURING PREGNANCY	XIII
INTRODUCTION	1
1 CONTEXTE	3
1.1 Les Propriétés et les Effets du Cannabis	3
1.1.1 Le cannabis dans la population générale	3
1.1.2 Le cannabis et la grossesse	3
1.2 Dépistage et Prise en charge de la Consommation de Cannabis durant la Grossesse	6



1.2.1	Interrogatoire	7
1.2.2	Auto-questionnaire	8
1.2.3	Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)	9
2	MATERIEL ET METHODES	10
2.1	Objectifs de l'étude	10
2.2	Matériel et méthode	11
2.2.1	Type d'étude et d'outils	11
2.2.2	Population étudiée	12
2.2.3	Variables recueillies et modalités de recueil	13
2.2.4	Obligations éthiques et réglementaires	13
3	RESULTATS	15
3.1	Caractéristiques des sages-femmes interrogées (niveau 2)	15
3.2	Etat des lieux du dépistage du cannabis	17
3.3	Moteurs et Freins au dépistage de la consommation de cannabis durant la grossesse	19
3.3.1	Moteurs du dépistage de la consommation de cannabis	20
3.3.2	Freins au dépistage de la consommation de cannabis	22
3.4	Besoins des sages-femmes	24
3.4.1	Connaissances sur les conséquences de la consommation de cannabis pendant la grossesse	24
3.4.2	Connaissances sur les ressources disponibles	25
3.4.3	Besoin des sages-femmes en matière de formation supplémentaire	26
4	DISCUSSION	28
4.1	Forces et faiblesses de l'étude	28
4.1.1	Biais de sélection	28
4.1.2	Biais de déclaration	29
4.1.3	Forces	29
4.2	Dépistage systématique de la consommation de cannabis	29
4.3	Moteurs au dépistage de la consommation de cannabis	30



4.4 Freins au dépistage de la consommation de cannabis	31
4.4.1 Formation des professionnels	31
4.4.2 Connaissances de la prise en charge	33
CONCLUSION	36
BIBLIOGRAPHIE	37
ANNEXES	42

Liste des tableaux

Tableau 1 - Description de la population étudiée	15
---	----

Liste des figures

Figure 1 - Lieu de formation des sages-femmes interrogées.....	16
Figure 2 - Âge du diplôme des sages-femmes interrogées.....	16
Figure 3 - Période d'activité de réalisation de consultations prénatales.....	17
Figure 4 - Dépistage du Cannabis pendant la grossesse	18
Figure 5 - Dépistage du Cannabis en fonction du Poste des sages-femmes.....	18
Figure 6 - Consommation de Cannabis en fonction du Niveau de la maternité	19
Figure 7 - Moteurs au Dépistage du Cannabis pendant la grossesse	20
Figure 8 - Moteurs au Dépistage du Cannabis en fonction du Poste des sages-femmes.....	20
Figure 9 - Freins au Dépistage du Cannabis	22
Figure 10 - Freins au Dépistage du Cannabis en fonction du Poste des sages-femmes.....	22
Figure 11 - Connaissance des Ressources par les sages-femmes	26
Figure 12 - Désir de Formation en fonction de l'âge du Diplôme	27

Liste des annexes

Annexe I : Questionnaire à destination des sages-femmes hospitalières.....	43
Annexe II : Auto-questionnaire GEGA	48
Annexe III : Auto-questionnaire CAST (Cannabis Abuse.....	49
Annexe IV : Entretien Motivationnel.....	50
Annexe V : Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève	51

Lexique

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

ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

HAS : Haute Autorité de Santé

Evaluation des Pratiques Professionnelles sur le dépistage du cannabis par les sages-femmes durant la grossesse

Objectifs Le cannabis est la substance illicite la plus consommée en France et dans la plupart des pays développés, ses effets durant la grossesse commencent à être étudiés et différenciés de ceux du tabac. Dans cette étude, nous avons voulu déterminer quels sont les freins et les moteurs au dépistage de la consommation de cannabis par les sages-femmes durant la grossesse ?

Matériel et méthodes Il s'agit d'une étude quantitative multicentrique à partir d'un questionnaire en cinq parties à destination des sages-femmes hospitalières, dans des maternités de niveau II et III, ayant déjà réalisé des consultations prénatales.

Résultats Nous avons pu constater que la majorité des sages-femmes affirmait poser la question de la consommation de cannabis systématiquement. En outre, parmi les principaux moteurs du dépistage du cannabis, on a retrouvé les risques pour le fœtus et la consommation de tabac chez l'un ou les deux parents.

Le manque de temps durant les consultations ainsi que le manque de connaissances sur les conséquences du cannabis et le manque d'informations sur la prise en charge

et les ressources disponibles ont été retrouvés comme des freins importants à ce dépistage.

Le dépistage de la consommation de cannabis est à priori réalisé, cependant s'agissant d'une étude déclarative, il existe un biais. Il serait intéressant de comparer les réponses obtenues avec les informations retrouvées dans les dossiers médicaux.

Il semble nécessaire de renforcer la formation initiale et continue des sages-femmes sur les conduites addictives ainsi que d'améliorer la communication au sein des établissements de santé, par exemple avec la mise en place de protocoles de prise en charge.

Mots-clés : cannabis, grossesse, dépistage, formation

Evaluation of Professional Practice in Cannabis Screening by Midwives during Pregnancy

Objectives Cannabis is the most commonly used banned substance in France and in most developed countries. Its effects during pregnancy have been studied and distinguished from the effects of tobacco. In this study, we wanted to identify what the barriers and motivators are for screening for cannabis use by midwives during pregnancy ?

Methods It was a multi-center quantitative study based on a five-part questionnaire for midwives working in level II and III maternity, who had already done prenatal clinics.

Results and conclusion We observed that the majority of midwives indicated that they systematically asked about cannabis use. In addition, among the main motivators for cannabis screening were risks to the fetus and tobacco use by one or both parents. Limited time during clinics, as well as a lack of knowledge about the outcomes of cannabis and a lack of information on care and the available resources were identified as important obstacles to this screening.

The screening for cannabis use seems to be done. However, this is a declarative study therefore there is a bias. It would be interesting to compare the answers obtained with the information found in the medical files. There seems to be a need to improve the initial and in-service training of midwives on addictive behaviours as well as to improve communication within healthcare facilities, for example via the development of treatment protocols.

Keywords : cannabis, pregnancy, screening, training course

Introduction

Le cannabis, dont le nom vient du chanvre *Cannabissativa*, est une plante de la famille des Urticacées. Elle produit, après floraison, une substance appelée tétrahydrocannabinol (THC) responsable d'effets psychoactifs. Le cannabis peut se présenter sous trois formes : l'herbe (marijuana, beuh, etc), la résine (haschisch) ou encore l'huile de cannabis, dont la consommation est peu répandue en France [1].

Le cannabis est une plante connue depuis l'Antiquité et utilisée dans la fabrication de textiles. Il est aussi utilisé pour ses vertus hallucinogènes et dans le cadre d'un usage « thérapeutique ». Il arrive en Europe au Moyen-Âge lors des invasions arabes. Au XVIème siècle, il était essentiellement utilisé pour les voiles et cordages de la marine. Au XIXème siècle, le cannabis est largement utilisé pour son effet euphorisant, n'étant soumis à aucune obligation légale. C'est à partir du XXème siècle que le cannabis est enfin considéré comme une « drogue » et commence à être soumis à la législation. C'est en juillet 1916 que la consommation de cannabis est interdite en France [2].

Aujourd'hui, le cannabis est la substance illicite la plus consommée en France et dans la plupart des pays développés. D'après une étude de 2014, 42% des adultes âgés de 18 à 64 ans déclaraient avoir déjà consommé du cannabis et 11% en avaient consommé au cours des 12 derniers mois [3]. La consommation régulière de cannabis chez les adultes est d'environ 2-3% [4]. Ces dernières années, l'usage de cannabis tend à croître, en raison notamment de l'augmentation de l'offre.

D'après le rapport de l'enquête nationale de périnatalité de 2016, 2,1% des femmes interrogées par auto-questionnaire ont déclaré avoir consommé du cannabis durant leur grossesse. Environ 15% d'entre elles déclaraient avoir consommé du cannabis une à deux fois par mois durant leur grossesse et un peu plus de 43% plus de trois fois par mois. Lors de l'enquête de 2010, seulement 1,1% des femmes avaient répondu positivement. On peut cependant se demander s'il s'agit d'une réelle

augmentation ou d'une sous-déclaration des femmes interrogées en 2010 [5]. La consommation de cannabis semble augmenter chez les femmes jeunes (de 15 à 28%). Entre 34 et 60% des consommatrices poursuivent l'usage de cannabis durant la grossesse, sans vraiment connaître les risques qu'elles encourent [6, 7].

Nous nous intéressons ici à l'importance donnée au dépistage du cannabis durant la grossesse par les sages-femmes ainsi que les freins qui peuvent exister.

Pour traiter ce sujet, nous verrons dans une première partie les propriétés et les effets du cannabis dans la population générale. Nous aborderons aussi les risques associés à sa consommation avant et pendant la grossesse.

Dans une deuxième partie, nous verrons quelques outils et exemples de prise en charge de la consommation de cannabis disponibles durant la grossesse comme les auto-questionnaires ou encore les équipes de liaison et de soin en addictologie (ELSA) présentes dans certaines maternités.

Ensuite, dans une troisième partie, nous nous intéresserons à l'importance donnée au dépistage du cannabis durant la grossesse ainsi que les freins qui existent grâce à une étude auprès des sages-femmes hospitalières.

Enfin dans une dernière partie, nous discuterons les résultats obtenus dans cette étude.

1 Contexte

1.1 Les propriétés et les effets du cannabis

1.1.1 Le cannabis dans la population générale

Le cannabis est consommé pour le sentiment d'euphorie et de sédation qu'il produit. Cependant, il existe de nombreux effets néfastes qu'on retrouve lors de sa consommation en population générale. On retrouve des effets psychiques comme l'apparition d'un sentiment d'anxiété (notamment en cas d'arrêt) ou des effets cognitifs avec des troubles de la mémoire et de l'attention par exemple.

Il existe également des effets à long terme. Il peut s'agir d'effets psychologiques (altération de la vision de la réalité, diminution de la capacité à réaliser des activités quotidiennes, etc) ou d'effets physiques. En effet, dans des études menées sur la consommation de cannabis, on retrouve des conséquences digestives, des conséquences respiratoires (dyspnée, crise d'asthme, etc), des conséquences cardio-vasculaires (arythmie, infarctus, etc) ou encore des conséquences métaboliques (résistance à l'insuline, altération du fonctionnement des cellules β -pancréatiques, etc). De plus, l'usage de cannabis augmente le risque de cancer du poumon, et ce indépendamment de la consommation de tabac [8, 11].

1.1.2 Le cannabis et la grossesse

Le cannabis est souvent consommé en association avec le tabac. De ce fait, les conséquences réelles de l'usage de cannabis durant la grossesse étaient jusqu'à présent assez mal connues. Des études plus récentes ont tenté de montrer les conséquences de la consommation de cannabis sur la mère et le fœtus. Ainsi, elles ont pu montrer l'augmentation significative de certaines complications obstétricales et

périnatales malgré une prise en charge anténatale multidisciplinaire [7, 12, 13, 14, 15, 17, 18].

Le THC semble passer la barrière placentaire. En effet, des études ont montré que le THC était retrouvé dans le méconium et les cheveux chez les nouveau-nés issus de mères consommatrices de cannabis. Cependant, la relation entre l'exposition maternelle et le taux de THC retrouvé chez l'enfant n'a pas été mesurée. Dans une étude menée sur des femmes espagnoles, à partir de la détection de THC dans des échantillons maternels (cheveux) et fœtaux, il a pu être mis en évidence un passage transplacentaire du THC durant la grossesse, mais il n'a pas pu être établi de relation quantitative entre l'exposition maternelle au cannabis et le taux de THC retrouvé chez le fœtus [21, 22].

Le THC ne semble cependant pas avoir d'effet tératogène sur le fœtus, comme on peut le constater avec d'autres substances comme l'alcool [9].

1.1.2.1 Effets sur la fertilité

L'usage régulier de cannabis aurait des conséquences sur la fertilité féminine et masculine. Le THC semble en effet avoir des effets inhibiteurs sur la régulation de la reproduction [9].

Chez la femme, des composants du cannabis entreraient en compétition avec les œstrogènes ce qui entraînerait des perturbations du cycle et de l'ovulation comme des cycles anovulatoires [8, 10, 23].

En plus des troubles du cycle, la consommation de cannabis semble entraîner une diminution de l'ovogénèse ainsi que diminuer la capacité d'implantation et de développement de l'embryon. On remarque également une augmentation du nombre de grossesses extra-utérines [10].

Chez les hommes, on observe une augmentation des troubles de l'éjaculation, une diminution du nombre et de la mobilité des spermatozoïdes ainsi qu'une diminution de la libido [10].

1.1.2.2 Effets sur la femme enceinte et le fœtus

Une étude australienne menée sur sept ans (de 2000 à 2006) a étudié les effets de l'usage de cannabis durant la grossesse, en tenant compte des autres consommations possibles (tabac, alcool, etc). Cette étude a montré une augmentation significative du nombre d'enfants hypotrophes (OR = 1,7 [1,3-2,2]), d'enfants de petits poids pour l'âge gestationnel (OR = 2,2 [1,8-2,7]) ainsi que le nombre de travail prématuré (OR = 1,5 [1,1-1,9]). On note aussi l'augmentation significative d'admission en unité de soins intensifs néonataux (OR = 2 [1,7-2,4]) [14]. On retrouve ces mêmes résultats dans une revue de la littérature parue en 2016. Cette étude a montré une diminution du poids à la naissance d'environ 110g pour les enfants exposés au cannabis *in utero*. On note également l'augmentation significative du nombre d'enfants de petits poids pour l'âge gestationnel (OR = 1,77 [1,04-3,01]) et le nombre d'admission en unité de réanimation néonatale (OR = 2,02 [1,27-3,21]). D'après cette étude, on retrouve également comme effet chez les mères consommatrices de cannabis une augmentation significative du nombre d'anémies durant la grossesse (OR = 1,36 [1,10-1,69]) [15].

Dans une étude plus ancienne, datant de 2004, étudiant les effets des cannabinoïdes endogènes et exogènes (notamment présents dans le cannabis) sur le myomètre, on constate que les cannabinoïdes auraient un effet myorelaxant et ne seraient donc pas responsables de travail prématuré [16].

1.1.2.3 Effets sur le nouveau-né

En 2013, une revue de la littérature parue dans la revue l'Encéphale a regroupé les conséquences potentielles de la consommation de plusieurs substances durant la

grossesse. Pour les enfants ayant été exposés *in utero* au cannabis, on retrouve les conséquences citées précédemment ainsi que des effets à plus long terme. En effet, l'exposition *in utero* au cannabis entraînerait des troubles du sommeil, des troubles de l'apprentissage, des troubles de l'attention et de la mémoire et des troubles du comportement. De plus, on observerait une majoration des troubles psychiatriques ainsi que des tendances à la consommation de substances addictives [18].

Une étude datant de 2005 montrait déjà des résultats similaires chez la souris et le rat. On notait avant tout des conséquences apparaissant à l'adolescence avec une réduction de l'activité motrice, des difficultés d'interactions sociales et des troubles de la mémoire [19].

L'usage de cannabis durant la grossesse et l'allaitement semble également augmenter le risque de consommation de cannabis et d'autres substances addictives chez l'adolescent et favoriser les troubles neuropsychiatriques comme la schizophrénie [19, 20].

1.2 Dépistage et prise en charge de la consommation de cannabis durant la grossesse

La grossesse est un temps propice pour réfléchir et envisager de changer ses habitudes de vie. En effet, le suivi de la grossesse permet à la patiente de bénéficier de consultations régulières avec des professionnels médicaux. Pendant plusieurs années, la prise en charge des conduites addictives durant la grossesse a été promue, notamment via une politique de remboursement des substituts nicotiques (remboursés à hauteur de 150€ par an, sur prescription pour les femmes enceintes). Depuis le 01 janvier 2019, les modalités de remboursement ont évolué : en effet, aujourd'hui, les substituts nicotiques (notamment patchs et formes orales) sont remboursés à 65% par l'Assurance Maladie, pour tous et sans plafond annuel [24, 25].

La grossesse peut être envisagée comme « une opportunité de soins ». Cependant, la poursuite des consommations peut engendrer de la culpabilité, elle-même favorisant le recours aux consommations. Les femmes dépendantes demandent une attention particulière de la part des soignants. La sage-femme (libérale ou au sein des établissements de santé) est au premier plan pour dépister et proposer une prise en charge à ces patientes.

1.2.1 Interrogatoire

Lors des consultations prénatales, les professionnels de santé sont invités à s'intéresser systématiquement à la consommation de substances psychoactives, comme le cannabis, par leurs patientes.

En effet, pour prévenir les conséquences de l'usage de substances addictives, la Haute Autorité de Santé a émis des recommandations concernant le dépistage des situations à risques avant et durant la grossesse, ainsi que leur prise en charge. Par exemple, les femmes ayant un projet de grossesse peuvent bénéficier d'une consultation pré-conceptionnelle durant laquelle des messages de prévention concernant des risques liés au mode de vie doivent être donnés : il est important d'identifier l'ensemble des consommations de substances addictives [26]. Ce dépistage doit être renouvelé ou initié pendant le suivi de grossesse : « la consommation importante et répétée de cannabis durant la grossesse doit être déconseillée » en raison des conséquences qu'elles peuvent avoir sur la mère et l'enfant [27]. De plus, pour les femmes enceintes fumant du tabac, il est nécessaire de dépister d'éventuelles co-addictions comme le cannabis [28].

Enfin, d'après les recommandations de mai 2016, lorsqu'une femme consomme du cannabis, elle doit bénéficier d'un suivi de grossesse de type A avec un avis A1. C'est-à-dire qu'elle peut être suivie par le praticien de son choix, mais que l'avis d'une gynécologue-obstétricienne voire d'un autre spécialiste est conseillé [29].

D'après une étude menée en Ile de France entre 1999 et 2008, les données concernant la consommation de cannabis dans les dossiers médicaux sont souvent imprécises voire manquantes [30].

De plus, une étude menée en 2010 dans le réseau périnatal du Hainaut a montré que sur 200 dossiers obstétricaux, la question de la consommation de drogues était renseignée dans moins de la moitié des dossiers analysés [31].

Une étude menée en Australie et publiée en décembre 2017 s'est intéressée à savoir si les cliniciens interrogeaient leurs patientes enceintes sur leur consommation de tabac, de cannabis et autres substances. Des médecins généralistes et des médecins gynécologues-obstétriciens ont été inclus dans cette étude. La proportion de femmes australiennes fumant du cannabis en population générale est de 2-3%. Alors que 95% des médecins ayant répondu à cette étude affirment poser la question de la consommation de tabac, seuls 58% d'entre eux poseraient la question sur la consommation de cannabis. De plus, cette étude montre que les médecins généralistes poseraient plus facilement la question de la consommation de cannabis [32].

1.2.2 Auto-questionnaire

Depuis juin 1998, des professionnels se sont intéressés à la prise en charge des femmes enceintes abusant de substances psychoactives. Cette association, le Groupe d'Études Grossesse et Addictions (GEGA), regroupe aujourd'hui de nombreuses équipes pluridisciplinaires françaises dont l'objectif est de « promouvoir, parmi les professionnels médico-psycho-sociaux confrontés au problème de l'abus de substances psychoactives pendant la grossesse et dans les familles, des actions de recherche, d'amélioration des protocoles de prise en charge, d'enseignement, d'information et de coordination en réseau des intervenants ».

Le GEGA a mis au point un auto-questionnaire destiné aux femmes enceintes et s'intéressant à leur consommation de substances addictives. Ce questionnaire est déjà utilisé dans plusieurs maternités d'Ile de France [33].

1.2.3 Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)

Tout hôpital possédant des urgences adultes et au moins 200 lits doit posséder en son sein une unité ELSA.

Ces unités peuvent être en lien avec l'équipe de la maternité et permettre ainsi la prise en charge des patientes consommant des substances addictives sur le plan obstétrical et sur le plan addictologie.

Créées en 1996, elles ont vu leur cadre de fonctionnement et leurs missions définies en 2000 et précisés en 2008. Ces équipes de liaison sont des équipes pluridisciplinaires dont les missions principales sont :

- La formation et l'assistance des soignants des différents services hospitaliers,
- L'intervention auprès des patients aux urgences et pendant leur hospitalisation, en soutien à l'équipe soignante,
- Le développement des liens avec les différents acteurs intra et extra-hospitaliers pour améliorer la prise en charge des patients et de leur suivi [34].

Dans certaines maternités, on retrouve ces unités spécialisées dans la prise en charge des femmes présentant une addiction. Par exemple, depuis 1998, une équipe mobile d'addictologie (EMA) a été mise en place à la maternité de Port-Royal. D'après une étude menée entre 1998 et 2007 sur cette unité, la prise en charge de la patiente durant sa grossesse permet une amélioration de la prise en charge sociale et une meilleure adhésion aux soins. On observait une diminution de leur consommation. La sage-femme référente de l'équipe semble jouer un rôle fondamental : en effet, elle permet d'assurer la continuité des soins et de faire la liaison entre les différents professionnels de santé [35].

2 Matériel et méthodes

2.1 Objectifs de l'étude

La question de cette étude était donc de savoir quels sont les freins et les moteurs au dépistage de la consommation de cannabis par les sages-femmes lors du suivi de la grossesse ?

Si les professionnels de santé n'interrogent pas systématiquement leurs patientes sur la consommation de cannabis durant la grossesse, on peut se demander quels sont les obstacles à ce dépistage ?

D'après une enquête menée en 2011 par le réseau Sécurité Naissance PACA-Est-Haute-Corse-Monaco, les professionnels évoqueraient un manque de temps durant leurs consultations, un manque de formation sur les conduites addictives ainsi qu'un défaut d'informations concernant les effets et la prise en charge possible auprès du réseau [36].

Dans une étude de l'ORS de Bourgogne, les professionnels abordent aussi le manque de formation ainsi que le manque d'outils et de ressources pour le dépistage et la prise en charge des consommations addictives [37].

On peut aussi penser que certains professionnels estiment qu'évoquer le tabac suffit (les patientes parleront d'elles-mêmes des autres consommations), qu'il existe une crainte de mettre la patiente mal à l'aise ou que les patientes ne répondront pas honnêtement.

Pour répondre à ces questions, nos hypothèses de départ étaient les suivantes :

- Concernant les moteurs au dépistage du cannabis :
 - Il existe des profils types de patiente qui peuvent faire évoquer une consommation de cannabis et poussent les sages-femmes à poser la

question (exemple : la consommation de tabac par la patiente ou son conjoint, une patiente jeune ...)

- Concernant les freins au dépistage de la consommation de cannabis :
 - Le manque de temps durant les consultations en milieu hospitalier
 - Le manque de connaissances des effets du cannabis sur la grossesse, le fœtus et le nouveau-né
 - Le manque de connaissances sur la prise en charge, les protocoles et les ressources disponibles dans l'hôpital et le réseau

2.2 Matériel et méthode

2.2.1 Type d'étude et d'outils

Il s'agissait d'une étude quantitative multicentrique réalisée à partir d'un questionnaire disponible en ligne et diffusé aux sages-femmes hospitalières.

Le questionnaire comportait 16 questions, classées en quatre parties. La majorité des questions étaient des questions fermées.

Dans une première partie, nous avons cherché à caractériser la population des sages-femmes interrogées en leur demandant notamment leurs lieux de formation, leur année d'obtention du diplôme d'état de sage-femme ainsi que si elles avaient déjà eu un poste de consultations prénatales.

Les sages-femmes n'ayant jamais réalisé de consultations prénatales arrêtaient le questionnaire à cette partie.

Ensuite, en seconde partie, nous nous sommes intéressées au type de poste qu'elles avaient eu : depuis combien de temps réalisaient-elles des consultations, s'agissait-il d'un poste fixe ou occasionnel (remplacement, vacances), combien de vacations effectuaient-elles en moyenne.

Dans une troisième partie, il s'agissait d'évaluer l'état du dépistage du cannabis en essayant de savoir si les sages-femmes posaient systématiquement la question de la consommation du cannabis à leurs patientes durant leurs consultations, d'évaluer les connaissances des professionnels sur le cannabis et ses effets. Il était question de savoir si les sages-femmes se sentaient assez formées sur l'usage et les conséquences du cannabis, si elles ressentaient le besoin d'une formation supplémentaire sur les conduites addictives.

Enfin, nous nous sommes intéressées aux connaissances des professionnels sur les ressources disponibles pour prendre en charge et orienter les patientes. Pour cela, nous avons demandé aux cadres de consultation s'il existait des protocoles précis sur la prise en charge et l'orientation des patientes présentant des conduites addictives. Nous avons également cherché à savoir si les sages-femmes de consultation connaissaient ces protocoles (s'ils existaient).

Pour finir, les sages-femmes étaient interrogées sur ce qu'elles pensaient être des freins et des moteurs au dépistage de la consommation de cannabis.

2.2.2 Population étudiée

Les questionnaires ont été envoyés à vingt maternités de niveau II et III de région parisienne. Les cadres ont été contactés pour connaître les protocoles de service et pour qu'ils diffusent (faisant acte d'accord de leur part) le questionnaire aux sages-femmes de leur maternité.

Pour arrêter l'étude, au moins 100 réponses au questionnaire étaient attendues.

Le questionnaire permettait d'interroger les sages-femmes réalisant des consultations prénatales en milieu hospitalier et d'exclure celles n'en réalisant pas (le questionnaire s'arrêtait à la fin de la première partie).

Les sages-femmes libérales n'ont pas été incluses dans cette étude.

2.2.3 Variables recueillies et modalités de recueil

Le recueil des données s'est fait par un questionnaire en ligne.

Les maternités ont été contactées en mars 2018 pour connaître les protocoles de service. Les questionnaires ont été envoyés à partir de mai 2018. Les maternités ont été relancées à plusieurs reprises en juillet, septembre et novembre 2018.

Les réponses ont été arrêtées mi-novembre 2018 car le seuil des 100 réponses a été atteint.

Les variables recueillies étaient :

- Les caractéristiques des sages-femmes interrogées,
- Le nombre de sages-femmes posant systématiquement la question sur la consommation de cannabis,
- Les difficultés rencontrées par les sages-femmes lors du dépistage de l'usage de cannabis comme le temps des consultations, la formation des sages-femmes, les informations reçues sur les protocoles ou encore les ressources disponibles à l'hôpital,
- Les facteurs motivant les sages-femmes à poser la question de la consommation de cannabis.

2.2.4 Obligations éthiques et réglementaires

L'étude s'intéressait directement aux pratiques de professionnels, les sages-femmes hospitalières, il n'y a pas de contraintes éthiques.

Nous avons pris contact avec les cadres de maternité pour connaître au préalable les ressources disponibles et les protocoles de service concernant la prise en charge de patientes présentant une conduite addictive, et ainsi pouvoir évaluer les connaissances des sages-femmes interrogées par la suite. De plus, le questionnaire



a été envoyé aux cadres pour qu'elles le transmettent aux sages-femmes de leur maternité.

Directeur de mémoire : Mme Cécile BETMALLE, sage-femme ELSA (Port Royal).

3 Résultats

3.1 Caractéristiques des sages-femmes interrogées (niveau 2)

Au total, vingt maternités de région parisienne de niveau II et III ont été contactées. Sur ces vingt maternités, quatre n'ont pas répondu. Parmi les maternités ayant répondu, neuf étaient de niveau II et sept de niveau III.

A l'issue de notre étude, nous avons recueilli 109 réponses au questionnaire (tableau 1).

	N	%
Lieu de formation :		
- Région Parisienne	68	62%
- Nord de la France	23	21%
- Sud de la France	15	14%
- Autres	3	3%
Hôpital d'exercice :		
- Niveau 2	43	39%
- Niveau 3	66	61%
Consultation :		
- Oui	72	66%
- Non	37	34%

Tableau 1 - Description de la population étudiée

Presque la moitié des sages-femmes ayant répondu avaient leur diplôme depuis plus de 10 ans (figure 2).

Parmi les sages-femmes interrogées, 62% ont été diplômées d'une école de région parisienne (figure 1).

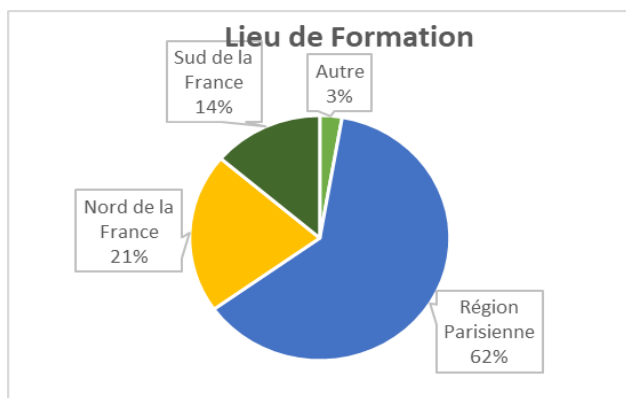


Figure 1 - Lieu de formation des sages-femmes interrogées

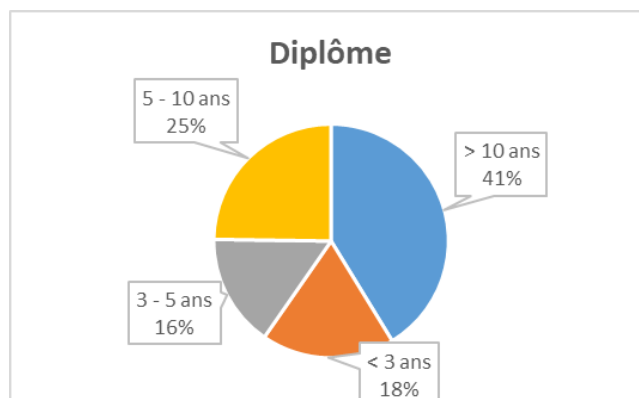


Figure 2 - Âge du diplôme des sages-femmes interrogées

61% des sages-femmes ayant répondu au questionnaire exerçaient dans une maternité de niveau III et 39% dans une maternité de niveau II.

66% des sages-femmes avaient déjà réalisé des consultations prénatales. La suite des résultats ne tient compte que de leurs réponses, puisque les sages-femmes n'ayant jamais réalisé de consultations prénatales ont arrêté le questionnaire à la fin de la première partie.

Nous avons demandé depuis quand les sages-femmes réalisaient des consultations prénatales (figure 3).

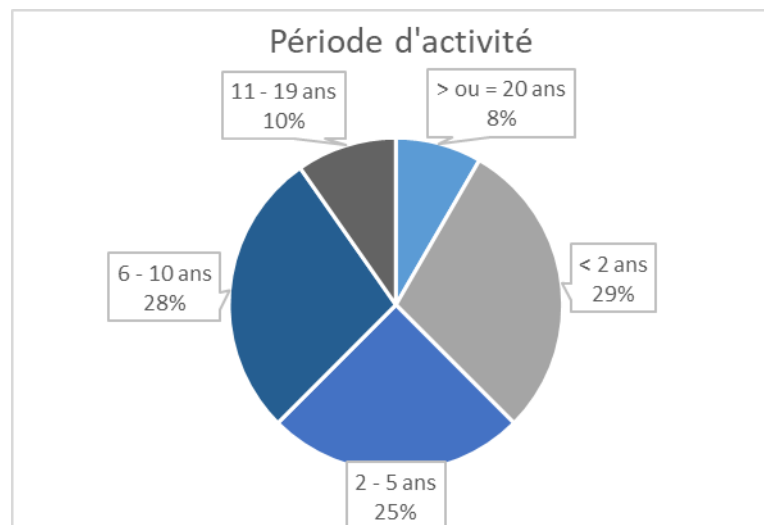


Figure 3 - Période d'activité de réalisation de consultations prénatales

Nous avons également caractérisé les postes des sages-femmes en poste fixe (régulier, toutes les semaines) et en poste occasionnel (remplacement pendant les congés, etc.). Seulement 38% des sages-femmes ayant rempli le questionnaire, avaient un poste de consultations prénatales fixe, contre 62% de poste occasionnel.

3.2 Etat des lieux du dépistage du cannabis

La grande majorité des sages-femmes ayant répondu au questionnaire ont affirmé poser la question de la consommation du cannabis systématiquement pendant la grossesse (figure 4).

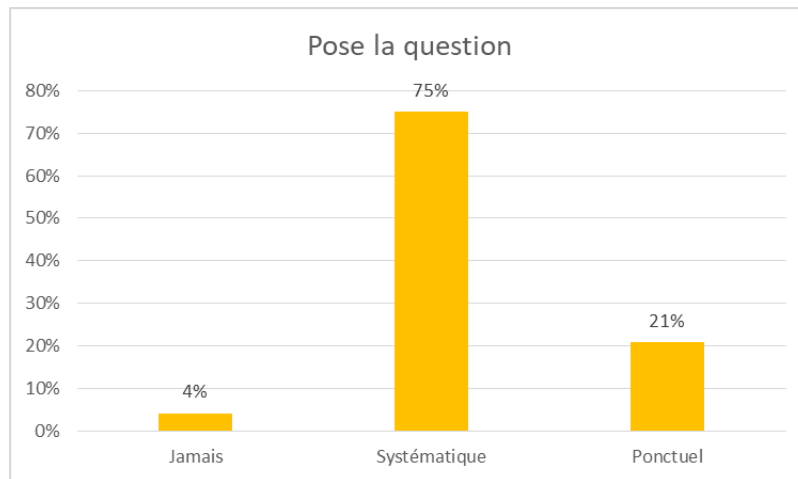


Figure 4 - Dépistage du Cannabis pendant la grossesse

Nous nous sommes intéressées à savoir si les sages-femmes ayant un poste fixe posaient plus la question du cannabis que les sages-femmes ayant un poste occasionnel (figure 5).

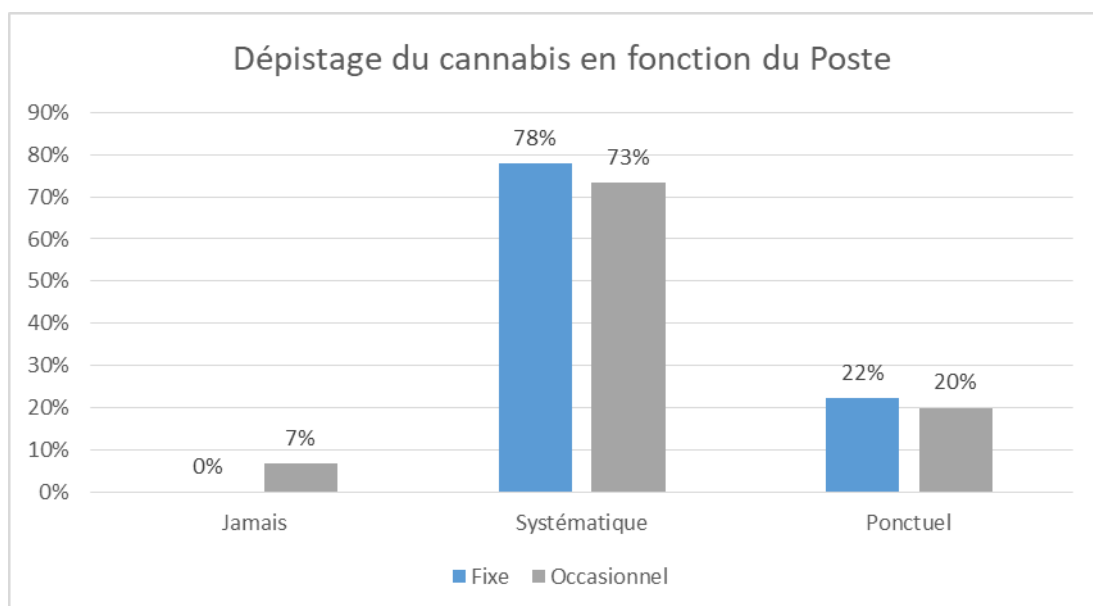


Figure 5 - Dépistage du Cannabis en fonction du Poste des sages-femmes

D'après nos résultats, il n'y avait pas de différence significative sur le dépistage du cannabis en fonction du poste des sages-femmes. Cependant, nous avons tout de même remarqué que les sages-femmes disant ne jamais poser la question de la consommation du cannabis avaient toutes un poste occasionnel.

Parmi les 72 sages-femmes ayant déjà réalisé des consultations prénatales, 86% d'entre elles (soit un effectif de 62 sages-femmes) avaient déjà eu à faire à une patiente consommant du cannabis. Le nombre de sages-femmes ayant déjà rencontré une patiente consommant du cannabis ne changeait pas significativement en fonction du niveau de la maternité (figure 6).

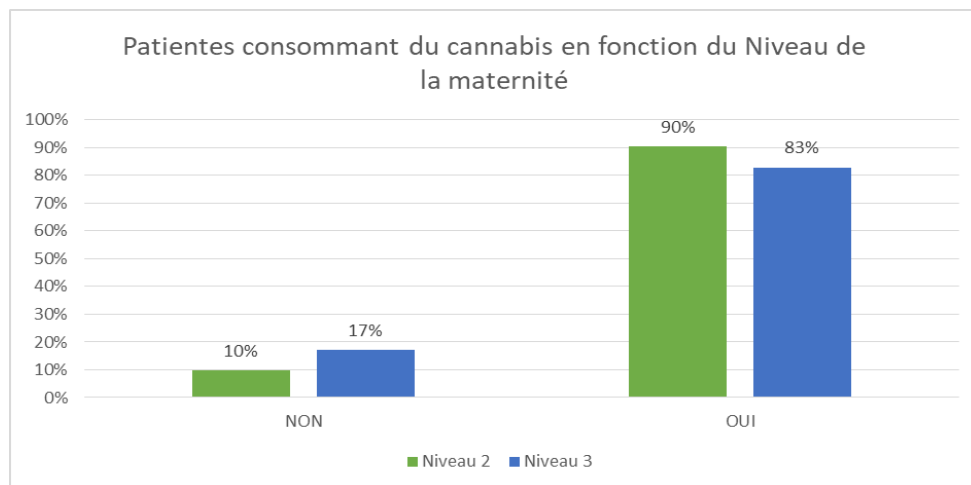


Figure 6 - Consommation de Cannabis en fonction du Niveau de la maternité

3.3 Moteurs et freins au dépistage de la consommation de cannabis durant la grossesse

Nous nous sommes intéressées aux différents moteurs et freins que rencontraient les sages-femmes sur le dépistage du cannabis chez les femmes enceintes.

Nous avons posé 2 questions à choix multiples sur ces thèmes.

Nous avons ensuite traité les résultats de ces questions de façon globale, puis en s'intéressant aux réponses en fonction du poste des sages-femmes (poste fixe ou occasionnel).

3.3.1 Moteurs du dépistage de la consommation de cannabis

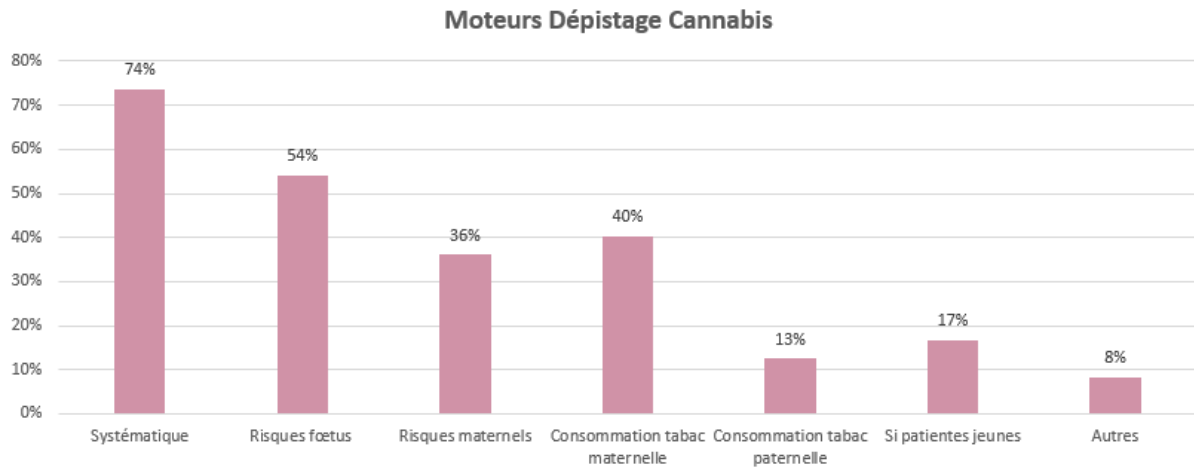


Figure 7 - Moteurs au Dépistage du Cannabis pendant la grossesse

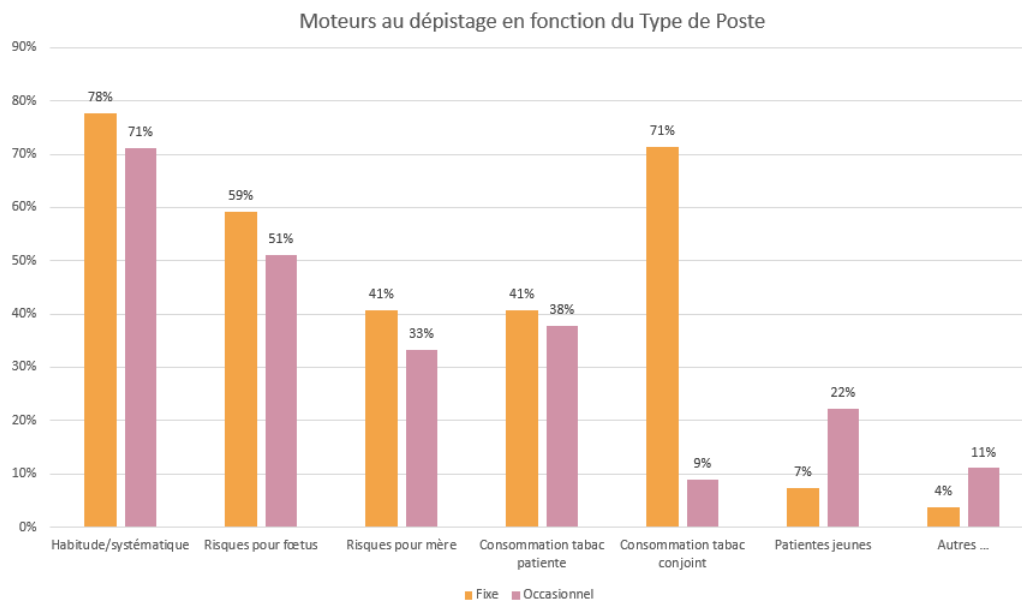


Figure 8 - Moteurs au Dépistage du Cannabis en fonction du Poste des sages-femmes

Pour la question de savoir quels étaient leurs moteurs au dépistage du cannabis chez les femmes enceintes, les sages-femmes avaient le choix entre plusieurs réponses (plusieurs réponses étaient acceptées) : systématique, risques pour le fœtus, risques pour la mère, consommation maternelle de tabac, consommation paternelle de tabac, patientes jeunes, autres (réponse ouverte).

Dans un premier temps, nous avons constaté que pour la plupart des sages-femmes, il s'agissait d'une question posée systématiquement (ce qui correspondait au résultat obtenu précédemment, cf figure 5). Deux autres moteurs principaux de ce dépistage étaient les risques associés pour le fœtus et la consommation de tabac par la patiente (figures 7 et 8).

Ces deux figures nous montrent que quelque soit le poste de la sage-femme, les moteurs au dépistage du cannabis étaient les mêmes qu'il s'agisse d'un poste fixe ou d'un poste occasionnel. Cependant, nous avons tout de même constaté que pour les sages-femmes ayant un poste fixe, la consommation de tabac par le conjoint était un point d'appel au dépistage de l'usage de cannabis (71% chez les sages-femmes ayant un poste fixe contre 9% pour celles ayant un poste occasionnel).

Parmi les réponses ouvertes obtenues, nous avons aussi retrouvé le fait que la patiente soit en situation de précarité.

3.3.2 Freins au dépistage de la consommation de cannabis

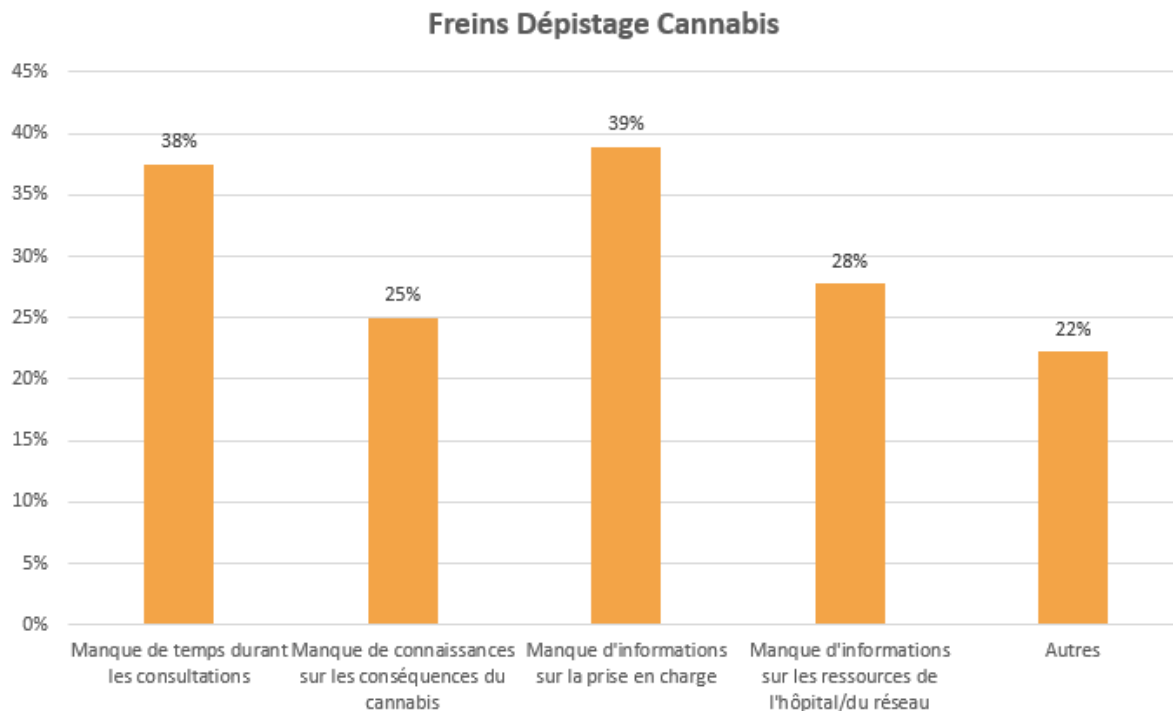


Figure 9 - Freins au Dépistage du Cannabis

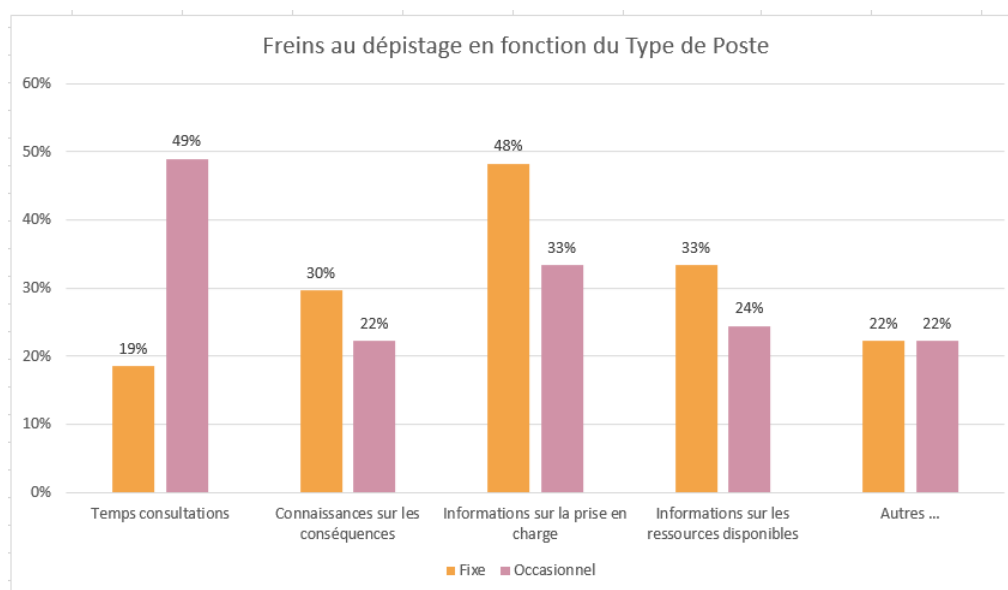


Figure 10 - Freins au Dépistage du Cannabis en fonction du Poste des sages-femmes

Dans la population générale des sages-femmes interrogées, nous avons constaté que le manque de temps lors des consultations prénatales ainsi que le manque d'informations sur la prise en charge des patientes consommatrices de cannabis étaient des freins majeurs à son dépistage (figure 9).

Lorsque nous nous sommes intéressées aux réponses des sages-femmes en fonction de leur poste, nous avons alors constaté que (figure 10) :

- Le temps des consultations était davantage un frein pour les sages-femmes réalisant occasionnellement des consultations prénatales
- Le manque d'informations sur la prise en charge ainsi que sur les ressources disponibles pour cette prise en charge étaient un frein réel pour les sages-femmes et notamment pour les sages-femmes ayant un poste fixe.

Parmi les réponses ouvertes obtenues, nous avons retrouvé :

- La banalisation du produit,
- Le manque de suivi personnalisé pour les patientes et donc le manque de confiance entre le praticien et la patiente,
- L'oubli de poser la question si la patiente n'avait pas le « profil type » de la consommatrice de cannabis.

3.4 Besoins des sages-femmes

3.4.1 Connaissances sur les conséquences de la consommation de cannabis pendant la grossesse

Nous avons interrogé les sages-femmes sur leurs connaissances sur les conséquences de la consommation de cannabis pendant la grossesse. Il s'agissait d'une question ouverte où les sages-femmes pouvaient répondre librement ce qu'elles pensaient.

Parmi les réponses, nous avons retrouvé des conséquences sur la mère et sur l'enfant, à court terme et à plus long terme.

Les conséquences les plus fréquemment évoquées étaient des conséquences à court terme sur l'enfant et notamment le Retard de Croissance Intra-Utérin (67%) et le Syndrome de Sevrage (43%).

Nous avons ensuite retrouvé essentiellement des conséquences pour l'enfant comme :

- La prématurité (10%)
- Les malformations (11%)
- La détresse respiratoire (3%)
- La Mort Subite du Nourrisson (3%).

Parmi les conséquences maternelles potentielles citées, nous avons essentiellement noté des conséquences hypertensives (8%), la Menace d'Accouchement Préaturé (3%) et les Fausses Couches Précoces ou Tardives (6%).

Seulement 19% des sages-femmes ont évoqué des conséquences à long terme pour l'enfant. Nous avons retrouvé parmi ces conséquences :

- Les troubles de la personnalité, l'anxiété et la tendance à l'addiction (3%)
- Les anomalies du développement psychomoteur (3%)
- Les troubles du développement psychomoteur et le retard cognitif (14%).

3.4.2 Connaissances sur les ressources disponibles

Nous nous sommes également préoccupées de savoir si les sages-femmes avaient des ressources à leur disposition et si elles les connaissaient.

Les cadres ont été contactés auparavant pour connaître, s'ils existent, les protocoles en cas de consommation de cannabis par une femme enceinte.

Tout d'abord, 86% des sages-femmes affirmaient avoir des ressources à leur disposition pour prendre en charge la consommation de cannabis par les patientes, contre 14% les ignorant.

Nous avons ensuite comparé les connaissances de ces ressources par les sages-femmes aux protocoles disponibles.

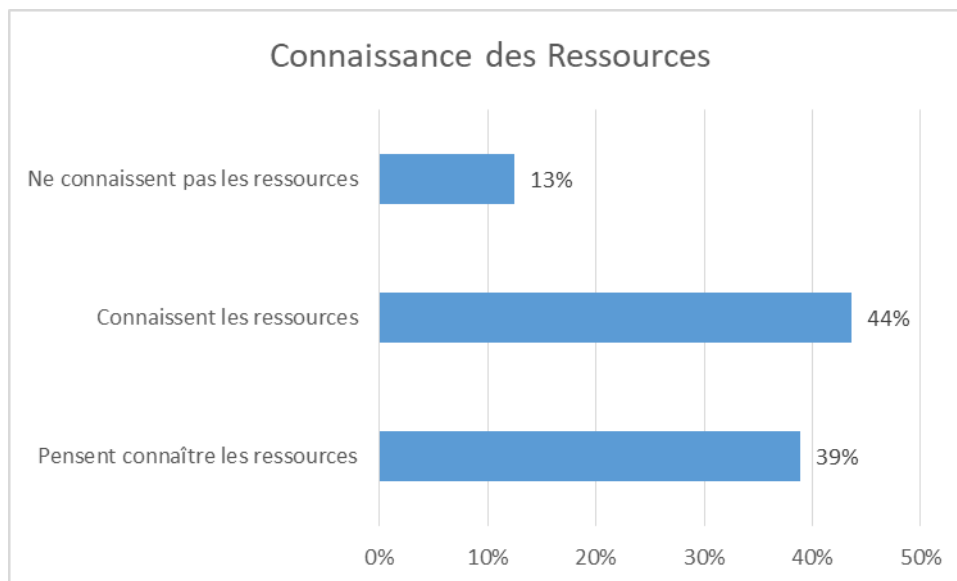


Figure 11 - Connaissance des Ressources par les sages-femmes

En comparant leurs connaissances avec les protocoles, nous avons pu constater que seulement 44% des sages-femmes ayant répondu connaissaient réellement les ressources disponibles dans leur réseau et les protocoles mis en place (figure 11).

De plus, une grande partie des sages-femmes interrogées pensaient connaître les moyens à leur disposition (39%) ; cependant, leurs réponses ne coïncidaient pas avec les protocoles donnés par les cadres.

3.4.3 Besoin des sages-femmes en matière de formation supplémentaire

Enfin, nous avons voulu connaître les besoins des sages-femmes en matière de formation et savoir si elles désiraient une formation sur les conséquences et la prise en charge des patientes consommant du cannabis.

Nous avons pu constater que 71% de ces sages-femmes étaient désireuses d'une formation complémentaire, contre 29% ne le souhaitant pas.

Nous nous sommes également intéressées à savoir si ces besoins variaient en fonction de l'âge d'obtention du Diplôme de Sage-Femme, et savoir si les sages-femmes récemment diplômées se sentaient plus à l'aise avec la prise en charge des conduites addictives ou inversement.

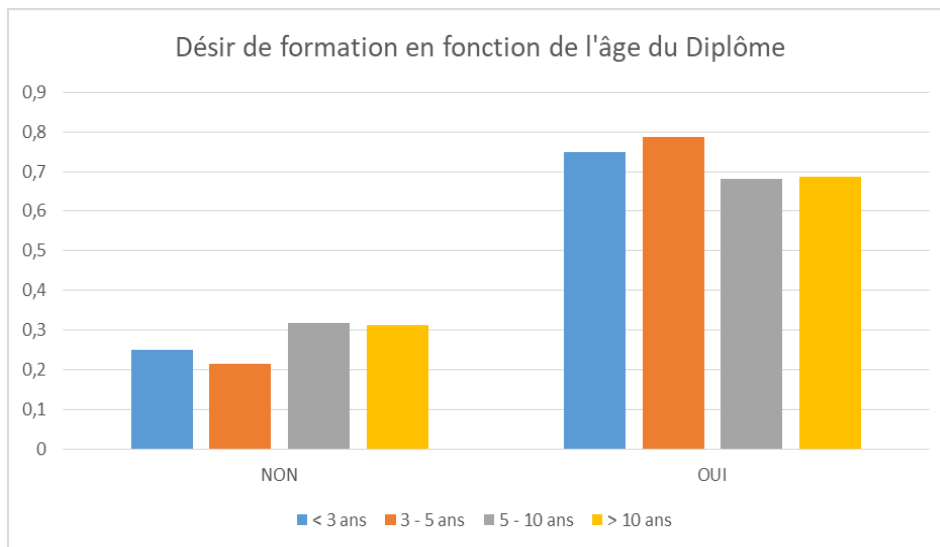


Figure 12 - Désir de Formation en fonction de l'âge du Diplôme

D'après la figure précédente, nous avons pu constater qu'il n'y avait pas de différence significative dans le besoin de formation supplémentaire en fonction de l'âge du diplôme (figure 12).

4 Discussion

4.1 Forces et faiblesses de l'étude

Cette étude est une étude descriptive : elle nous a permis de décrire les comportements d'un échantillon représentatif d'une population (ici les sages-femmes hospitalières ayant exercé ou exerçant des consultations prénatales). Elle ne nous a pas permis de définir de lien de causalité entre le profil des sages-femmes et le type de réponse retrouvé.

4.1.1 Biais de sélection

Les professionnels interrogés étaient ici exclusivement des sages-femmes hospitalières. La réalisation du dépistage du cannabis ainsi que la connaissance de ses effets parmi les gynécologues-obstétriciens et de sages-femmes libérales seraient intéressant à étudier pour évaluer l'accès aux ressources disponibles à l'extérieur du milieu hospitalier. De plus, aucune maternité de niveau 1 n'a été contactée.

Enfin le questionnaire a été transmis par les cadres de maternité à l'ensemble des sages-femmes de leur service, cependant il s'intéressait uniquement aux sages-femmes ayant déjà réalisé des consultations. Sur les 109 questionnaires récupérés, 66% des sages-femmes avaient déjà effectué des consultations prénatales. L'étude des connaissances de toutes les sages-femmes, qu'elles aient déjà réalisé des consultations prénatales ou non, et leur capacité à prendre en charge les femmes présentant une consommation de cannabis dans le per-partum et le post-partum seraient un sujet d'étude intéressant.

4.1.2 Biais de déclaration

Il existe toujours un biais de déclaration, car il est impossible de savoir si les réponses obtenues dans ce questionnaire sont réellement représentatives des pratiques lors des consultations hospitalières.

4.1.3 Forces

La principale force de cette étude est sa population. En effet, 109 sages-femmes de 16 maternités différentes d'Ile de France ont répondu à ce questionnaire. Ces sages-femmes avaient des profils variés de par le lieu et date de diplôme mais aussi par leur hôpital d'exercice (maternités de niveau IIa, IIb et III). Cela permet notamment d'évaluer la formation initiale des sages-femmes de façon globale puisqu'elles ne viennent pas toutes d'Ile de France.

En outre, à ce jour, il existe peu d'études sur le cannabis, ses conséquences et son dépistage. Le tabac et l'alcool sont le plus souvent étudiés.

4.2 Dépistage systématique de la consommation de cannabis

Comme dit auparavant, la Haute Autorité de Santé recommande le repérage systématique des situations à risques et notamment d'identifier l'ensemble des conduites addictives avant ou pendant la grossesse [26]. De même, le réseau de prévention des addictions (RESPADD) a édité en 2013 un guide concernant *L'usage des substances psychoactives durant la grossesse* à destination des professionnels de santé (d'après le *Guide to Problem Substance Use During Pregnancy* de Drugscope). Ce guide recommande également d'évaluer systématiquement l'usage de substances psychoactives chez la femme enceinte [38].

D'après notre étude, 75% des sages-femmes interrogées affirmaient poser systématiquement la question de la consommation de cannabis durant la grossesse et 21% la posaient occasionnellement (si facteurs de risque, suivant le profil de la patiente ...). Nous avons également pu constater que le type de poste (fixe ou occasionnel) n'influçait pas la répartition de ces réponses.

4.3 Moteurs au dépistage de la consommation de cannabis

Lorsque nous nous sommes intéressées aux moteurs de ce dépistage, nous avons pu constater qu'en premier lieu venait l'habitude, le caractère systématique de la question.

Ensuite, nous avons retrouvé comme moteurs les risques liés au cannabis pour le fœtus et la consommation de tabac chez la patiente. Nous avons également remarqué que parmi les sages-femmes exerçant des consultations prénatales sur un poste fixe, la question de la consommation de cannabis semblait davantage être posée lorsque le partenaire était également fumeur de tabac.

Dans le *Guide concernant l'usage des substances psychoactives durant la grossesse*, il est aussi conseillé d'évaluer les consommations du partenaire, qui pourraient influencer la patiente et/ou avoir des conséquences sur l'enfant à naître [38]. 25% des consommateurs de tabac seraient également consommateur de cannabis [39].

Ceci valide notre hypothèse affirmant qu'il existe des profils de patiente qui vont pousser les professionnels à s'intéresser davantage à la consommation de cannabis (comme par exemple la consommation de tabac par la patiente ou son conjoint).

4.4 Freins au dépistage de la consommation de cannabis

Concernant les freins au dépistage de la consommation de cannabis par les sages-femmes hospitalières, nos hypothèses principales étaient :

- Le manque de temps durant les consultations
- Le manque de connaissances sur les effets du cannabis
- Le manque de connaissances sur la prise en charge et les ressources disponibles au sein des maternités

Concernant notre première hypothèse, elle n'a été que partiellement validée. En effet, lorsque l'on s'intéresse à la population globale des sages-femmes interrogées, 39% se disaient gênées par le manque de temps durant les consultations (une consultation prénatale en milieu hospitalier dure entre 20 et 40 minutes). Si nous comparions les sages-femmes ayant un poste fixe et celles réalisant des consultations de manière occasionnelle, ce taux variait alors significativement. Il passait à 19% seulement pour les sages-femmes ayant un poste fixe contre 49% pour celles ayant un poste occasionnel.

4.4.1 Formation des professionnels

Nous nous sommes intéressées aux connaissances des sages-femmes sur les effets du cannabis via une question ouverte. D'après les réponses obtenues, nous avons constaté que la majorité des sages-femmes ignoraient quelles sont les conséquences de la consommation de cannabis sur la femme, le fœtus et le nouveau-né.

Il est vrai que le cannabis, étant une substance illégale dans la majorité des pays, il est difficile éthiquement de réaliser des études sur ses conséquences (contrairement aux nombreuses études menées sur la consommation de tabac et ayant montré ses

effets). Cependant ces dernières années, quelques études sont parues et ont montré des effets de la consommation de cannabis durant la grossesse :

- les conséquences « immédiates » sont similaires à celles de la consommation de tabac (enfants hypotrophes, nouveau-né de petit poids pour l'âge gestationnel ou encore travail prématuré)
- les conséquences à long terme sont plus spécifiques à la consommation de cannabis (réduction de l'activité motrice, des difficultés d'interactions sociales et des troubles de la mémoire, augmentation des troubles neuropsychiatriques)

Dans notre étude, les sages-femmes confondaient essentiellement les conséquences de la consommation de cannabis avec celles de la consommation de tabac (plus de 50% des sages-femmes). Les conséquences à long terme, plus spécifiques du cannabis, n'ont été évoquées que chez 19% des sages-femmes interrogées.

Pour pallier à ce manque de connaissances, il serait intéressant de renforcer la formation initiale des sages-femmes, notamment en augmentant le nombre d'heures de cours théoriques dédiés aux substances addictives ainsi qu'en faisant intervenir des professionnels liés au domaine obstétrical et à l'addictologie (sage-femme addictologue, sage-femme ELSA, gynécologue-obstétricien) [40,41].

De plus, des stages dans des services d'addictologie pourraient être proposés que ce soit en milieu hospitalier (unité ELSA) ou en ville (centre CSAPA¹).

En outre, la Haute Autorité de Santé propose des outils d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève, permettant une ouverture à la prise en charge de certaines

¹ CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie. Unité de soins en addictologie en ville, pouvant accueillir les usagers en ambulatoire ou bien proposer des services de soin en résidentiel.

conduites addictives chez l'adulte (alcool, tabac, cannabis). Les professionnels de santé devraient être formés à ces outils, lors de leur formation initiale ou en formation continue.

Le repérage précoce consiste à interroger systématiquement les patients sur leur consommation et évaluer les risques de cette consommation (notamment via des questionnaires). L'intervention brève permet d'évaluer avec le consommateur les risques personnels et situationnels de leur consommation, d'identifier les attentes du patient, d'échanger et d'expliquer les méthodes pour réduire ou arrêter leur consommation [42].

Enfin, 71% des sages-femmes interrogées étaient désireuses d'une formation supplémentaire sur les conséquences et la prise en charge des conduites addictives.

4.4.2 Connaissances de la prise en charge

Dans notre étude, nous nous sommes intéressées aux connaissances des sages-femmes sur les ressources disponibles lorsqu'une patiente présentait une consommation de cannabis. Dans la population générale de ces sages-femmes, 39% affirmaient que le manque de connaissances sur les ressources disponibles était un frein au dépistage de la consommation de cannabis. De façon surprenante, cette valeur augmentait chez les sages-femmes ayant un poste fixe (48% chez les sages-femmes ayant un poste fixe contre 33% chez les sages-femmes ayant un poste occasionnel).

Ces valeurs témoignent d'un manque de communication au sein même des instituts hospitaliers.

Nous avons également demandé aux sages-femmes qu'elles étaient les ressources dont elles disposaient à leur connaissance. Seules 44% d'entre elles connaissaient les ressources et protocoles indiqués auparavant par les cadres de maternité.

Il ressort de cette étude qu'une meilleure communication autour des orientations et prises en charge possibles des patientes présentant une consommation de cannabis semble nécessaire. Cependant, les sages-femmes de consultation devraient être également formées à l'intervention minimale auprès des patientes présentant des conduites addictives.

Premièrement, des outils de dépistage de la consommation de cannabis existent et devraient être disponibles pour les sages-femmes, comme les auto-questionnaires à destination des patientes pour évaluer les risques de cette consommation :

- Le questionnaire GEGA, déjà évoqué
- Le questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test) qui permet en outre de repérer les consommations « problématiques » de cannabis et de faciliter l'orientation thérapeutique

De plus, les professionnels de santé ont un devoir d'information minimum auprès des patientes sur les conséquences et les possibilités thérapeutiques associées à leur consommation de cannabis. Cette information n'est évidemment possible que si les sages-femmes sont formées sur ces thématiques.

L'entretien motivationnel est également un moyen d'aider les patientes à agir et à se faire prendre en charge. Il s'agit d'une approche qui permet aux patientes « de renforcer leur motivation et leur engagement vers le changement ». Ce type d'entretien est également valorisé par la Haute Autorité de Santé [43].

Dans notre étude, nous avons demandé aux sages-femmes si elles posaient systématiquement la question de la consommation de cannabis durant la grossesse. Cependant nous n'avons pas interrogé les sages-femmes pour savoir si elles évoquaient la question des consommations à différents moments de la grossesse. En effet, de même que l'anamnèse sur les antécédents familiaux et médicaux doit

être systématique lors des consultations du suivi gynécologique de prévention, la question des consommations de toxiques pourrait être répétée durant la grossesse, notamment lorsqu'il y a des facteurs de risque de consommation ou que la patiente présente des antécédents qui la rendraient plus fragile face à l'usage de substances toxiques.

Les patientes peuvent avoir peur d'être jugées sur leur consommation. Il est donc important d'établir une relation de confiance avec elles pour leur permettre de se confier lors de la suite du suivi.

Enfin, les résultats de notre étude nous ont montré que dans les lieux où une personne était clairement identifiée pour faire le lien entre le domaine obstétrical et le domaine de l'addictologie (exemple de la sage-femme ELSA), il y avait une meilleure connaissance des ressources et l'orientation des patientes était plus facilement réalisée.

Conclusion

Notre étude a montré que l'évaluation de la consommation de cannabis lors de la grossesse par les sages-femmes est à priori systématique. Il serait intéressant de comparer ces résultats avec les dossiers médicaux pour savoir comment ces derniers sont remplis :

- Existe-t-il des items spécifiques au cannabis ?
- Les professionnels remplissent-ils vraiment la partie des conduites addictives dans les dossiers ?

De plus, il semble essentiel de sensibiliser les professionnels de santé sur l'importance du dépistage et de la prise en charge des conduites addictives durant la grossesse. Cela pourrait passer par une formation initiale plus complète, la mise à disposition d'outils de dépistage et de prise en charge initiale (auto-questionnaire, entretien motivationnel ...) ou encore l'encouragement et la proposition de formations complémentaires.

Pour finir, il paraît nécessaire qu'il y ait une meilleure information des professionnels sur les ressources disponibles, qu'elles soient internes aux centres hospitaliers ou en ville. Dans certaines structures ou réseaux de soins la rédaction de protocoles, sur la prise en charge spécifique des patientes présentant des consommations de substances psychoactives en cours de grossesse, pourrait contribuer à cette amélioration.

La prise en charge précoce des conduites addictives permettrait de réduire les complications obstétricales, fœtales et néonatales qui en découlent.

Bibliographie

- [1] Drogues Dépendances. *Qu'est-ce que le cannabis ?* [En ligne] <http://www.drogues-dependance.fr/cannabis.html> (Page consultée le 04 novembre 2017).
- [2] Richard Denis et Senon Jean-Louis. *Le cannabis dans l'histoire*. Le cannabis. Presses Universitaires de France, 2010 ; 28 – 44.
- [3] François Beck et al. *Etude baromètre 2014 relative aux usages de substances psychoactives en population adulte*. Inpes et Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 2014.
- [4] Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. *Synthèse thématique : cannabis*. [En ligne] <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/cannabis/#conso> (Page consultée le 31 décembre 2017).
- [5] INSERM et DREES. *Enquête nationale périnatale. Rapport 2016. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010*. Octobre 2017.
- [6] A. Dumas et al. *Grossesse et usage de substances psychoactives en France. Synthèse de la littérature*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2014 ; 43 : 649-656.
- [7] The American College of Obstetricians and Gynecologists. *Marijuana use during pregnancy and lactation*. Octobre 2017, 722.
- [8] Karila L. et al. *Acute and Long-Term effects of cannabis use : a review*. Current Pharmaceutical Design, 2014 ; 20 : 4112 – 4118.
- [9] Wenger T et al. *The effects of cannabinoids on the regulation of reproduction*. Life Sciences, 1999 ; 65 : 695-701.

- [10] Bari M et al. *The manifold actions of endocannabinoids on female and male reproductive events*. *Frontiers in Bioscience*, janvier 2011 ; 16 : 498 – 516.
- [11] Hall W. et al. *The adverse health effects of chronic cannabis use*. *Drug Testing and Analysis*, 2014 ; 6 : 39 – 45.
- [12] Ruisch I.H. et al. *Maternal substance use during pregnancy and offspring conduct problems : a meta-analysis*. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 2017.
- [13] Grant K.S. et al. *Cannabis use during pregnancy : pharmacokinetics and effects on child development*. *Pharmacology and Therapeutics*, 2017.
- [14] Hayatbakhsh M. R. et al. *Birth outcomes associated with cannabis use before and during pregnancy*. *Pediatric Research*, février 2012 ; 71, 2.
- [15] Gunn J.K.L. et al. *Prenatal exposure to cannabis and maternal and child health outcomes : a systematic review and meta-analysis*. *BMJ Open*, 2016.
- [16] Dennedy M.C et al. *Cannabinoids and the human uterus during pregnancy*. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 2004 ; 190 : 2-9.
- [17] Karila L. et al. *Conséquences à court et long terme d'une exposition prénatale au cannabis*. *La Revue Sage-femme*, 2006 ; 5 : 95-103.
- [18] S. Lamy et al. *Conséquences potentielles de la consommation de tabac, de cannabis et de cocaïne par la femme enceinte sur la grossesse, le nouveau-né et l'enfant : revue de la littérature*. *Encéphale*, juin 2015 ; 41, S1 : 13-20.
- [19] Vivenos M.P. et al. *Behavioral and neuroendocrine effects of cannabinoids in critical developmental periods*. *Behavioral Pharmacology*, 2005 ; 16 : 353-362.
- [20] Bolhuis K. et al. *Maternal and paternal cannabis use during pregnancy and the risk of psychotic-like experiences in the offspring*. *Schizophrenia Research*, 2018. [En ligne] <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.06.067> (Page consultée le 09 octobre 2018)

- [21] Grant K. S. et al. *Cannabis use during pregnancy : pharmacokinetics and effects on child development*. Pharmacology & Therapeutics, août 2017.
- [22] Falcon et al. *Maternal hair testing for assessment of fetal exposure to drug abuse during early pregnancy : comparison with testing in placental and fetal remains*. Forensic Science International, 2012 ; 218 : 92 – 96.
- [23] Inserm, expertise collective. *Cannabis : quels effets sur le comportement et la santé ?* Paris. Les éditions Inserm, 2001. 429 pages.
- [24] AMELI.fr. *Substituts nicotiques : fin du plafonnement annuel de remboursement* [En ligne] <https://www.ameli.fr/assure/actualites/substituts-nicotiques-fin-du-plafonnement-annuel-de-remboursement> (Page consultée le 25 février 2019)
- [25] Foulhy C. *La grossesse, un temps propice pour réfléchir à ses habitudes de vie*. Vocation sage-femme, 2017, 127 : 9.
- [26] Haute Autorité de Santé. *Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer - septembre 2009*. [En ligne] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/projet_de_grossesse_informations_messages_de_prevention_examens_a_proposer_-_fiche_de_synthese.pdf (Page consultée le 25 novembre 2017).
- [27] Haute Autorité de Santé. *Comment mieux informer les femmes enceintes - avril 2005*. [En ligne] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf (Page consultée de 25 novembre 2017) ;
- [28] Haute Autorité de Santé. *Grossesse et tabac – octobre 2004*. [En ligne] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Grossesse_tabac_long.pdf (Page consultée le 25 novembre 2017).

[29] Haute Autorité de Santé. *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées – mai 2016*. [En ligne] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf (Page consultée le 25 novembre 2017).

[30] Simmat-Durand L. et al. *Analyse des données maternelles et obstétricales dans une cohorte rétrospective de 170 nouveau-nés de mère poly-consommatrices, Ile de France, 1999-2008*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2010 ; 39, 8.

[31] Réseau Périnatalité Hainaut. *Etude grossesse et addictions*. Avril 2010. [En ligne] <http://pro.perinatalite.org/page-1452.html> (Page consultée le 31 décembre 2017).

[32] S. Gould Gillian et al. *Do clinicians ask pregnant women about exposures to tobacco and cannabis smoking, second-hand-smoke and e-cigarettes ? An Australian National Cross-Sectional Survey*. International Journal of Environmental Research and Public Health, décembre 2017 ; 14, 1585.

[33] Groupe d'Étude Grossesse et Addictologies. GEGA. [En ligne]. <http://www.asso-gega.org/Fonctionnement> (Page consultée le 16 janvier 2018).

[34] Ministère des Solidarités et de la Santé. *Les équipes de liaison et des soins en addictologie – ELSA*. Juin 2018. [En ligne] <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/les-equipes-de-liaison-et-de-soins-en-addictologie-elsa> (Page consultée le 13 janvier 2019)

[35] Michel N. et al. *Toxicomanie chez la femme enceinte. Prise en charge spécialisée à Port-Royal entre 1998 et 2007*. La Revue Sage-femme, 2008.

[36] C. Reynaud-Maurupt. *Etude qualitative des freins au repérage précoce des conduites addictives chez la femme enceinte*. Réseau Sécurité Naissance PACA Est Haute Corse Monaco. Juillet 2011.

[37] A. Petigny et al. *Repérage et suivi des consommations de produits psychoactifs pendant la grossesse en Bourgogne*. ORS Bourgogne. Mai 2013.

[38] Nicolas Bonnet. *Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse*. Paris. Édition RESPADD, 2013. 340 pages.

[39] Stop-tabac.ch. *Double dépendance tabac-cannabis : un sevrage plus difficile ?*
[En ligne] <https://www.stop-tabac.ch/fr/tabac-et-cannabis> (Page consultée le 23 avril 2019)

[40] Article L.4151-7-1 du Code de la Santé Publique.

[41] Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme

[42] Haute Autorité de Santé. *Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève*.
[En ligne] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_rpib_v2.pdf (Page consultée le 23 avril 2019)

[43] Haute Autorité de Santé. *L'entretien motivationnel*. [En ligne] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/memo_entretien_motivationnel.pdf (Page consultée le 23 avril 2019)

Annexes

Annexe I : Questionnaire à destination des sages-femmes hospitalières

Dépistage et Prise en charge de la consommation du cannabis par les sages-femmes durant la grossesse

Étudiante sage-femme, je souhaite dans le cadre de mon mémoire, mener une étude auprès des sages-femmes hospitalières sur les connaissances et les pratiques concernant le dépistage et la prise en charge du cannabis durant la grossesse.
Les réponses aux questionnaires seront traitées de façon anonyme et ne serviront que pour cette étude.

*Obligatoire

1 - Vous possédez votre Diplôme d'État de Sage-Femme depuis ? *

- Moins de 3 ans
- Entre 3 et 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Plus de 10 ans

2 - Quel est votre lieu de formation ? *

Votre réponse

3 - Dans quel hôpital exercez-vous ? *

Votre réponse

4 - Avez- vous déjà eu un poste de consultations prénatales ? *

- Oui
- Non

5 - Depuis combien de temps réalisez-vous des consultations prénatales ? *

Votre réponse

6 - Il s'agit/s'agissait ? *

- D'un poste fixe
- D'un poste occasionnel (remplacement, vacances)

7a - Quand vous êtes sur ce poste, combien de vacations par semaine réalisez-vous ? *

- 1 fois/semaine
- 2 fois/semaine
- 3 fois/semaine
- 4 fois/semaine
- 5 fois/semaine
- Autre : _____

7b - Quand vous êtes sur ce poste, combien de fois en moyenne sur l'année occupez-vous ce poste ? *

- Moins d'1 semaine par an
- Entre 1 et 4 semaines par an
- Entre 4 et 8 semaines par an
- Plus de 8 semaines par an

8 - Interrogez-vous les patientes enceintes, au cours d'une des consultations prénatales, sur leur consommation de cannabis ?

*

- Systématiquement
- Occasionnellement
- Jamais

9 - Avez-vous déjà eu des patientes consommant du cannabis ?

*

- Oui
- Non

10 - Quelles sont pour vous les conséquences possibles de la consommation de cannabis durant la grossesse ? *

Votre réponse

11 - Orientez-vous les patientes qui vous disent consommer du cannabis ? *

Oui

Non

12 - Existe-t-il à votre connaissance des ressources pour orienter et prendre en charge vos patientes consommatrices de cannabis ? *

Oui

Non

13 - Si oui, lesquels ?

Votre réponse

14 - Ressentez-vous le besoin d'une formation supplémentaire sur la prise en charge des consommations addictives comme le cannabis ? *

Oui

Non

15 - Quels sont vos moteurs au dépistage du cannabis durant la grossesse (plusieurs réponses possibles) ? *

- Habitude/Systematique
- Risques pour le foetus associés à la consommation de cannabis
- Risques pour la mère associés à la consommation de cannabis
- Si consommation de tabac par la patiente
- Si consommation de tabac par le coinjoint
- Si patientes jeunes
- Autre : _____

16 - Quels sont les freins à ce dépistage (plusieurs réponses possibles) ? *

- Manque de temps durant les consultations
- Manque de connaissances sur les conséquences du cannabis durant la grossesse
- Manque d'informations sur la prise en charge du cannabis
- Manque d'informations sur les ressources disponibles dans l'hôpital/le réseau
- Autre : _____

Annexe II : Auto-questionnaire GEGA

Madame, Mademoiselle,

Nous vous proposons de répondre à ce questionnaire afin de mieux vous connaître et de mieux vous accompagner pendant votre grossesse. Il est à remettre au médecin ou à la sage-femme avec qui vous avez rendez-vous aujourd'hui pour en discuter avec lui (elle).

Si vous le désirez, une aide pourra vous être proposée.

	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?		

Annexe III : Auto-questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test)

CAST

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

CAST - AVANCÉ

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

Annexe IV : Entretien Motivationnel



L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

L'entretien motivationnel est une façon d'être avec nos patients, particulièrement utile en médecine générale lorsqu'on veut aborder un changement de comportement influençant la santé (tabac, alcool, exercice physique, alimentation, prise de médicaments...). Il se base sur l'hypothèse que la plupart des patients qui arrivent en consultation ne sont pas nécessairement prêts à changer.

De plus, il est bien établi que les facteurs de risque sont souvent multiples chez la même personne, et il est difficile quelquefois de choisir ou faire porter les efforts sur un facteur en particulier, du point de vue du médecin comme du point de vue du patient (1)

L'entretien motivationnel est un outil d'accompagnement de nos malades chroniques dans le changement, pour :

- soutenir un désir de changement ;
- comprendre et gérer les processus de changement, l'ambivalence (indécisions qui accompagnent les doutes sur le caractère souhaitable ou faisable d'un changement), la résistance ;
- reconnaître, susciter, soutenir les désirs de changement ;
- augmenter la motivation au changement ;
- augmenter ses capacités d'écoute active, d'empathie.
- Influencer favorablement le résultat de conseils ou de prescriptions.

Basée sur l'écoute active et une attitude empathique, l'approche motivationnelle propose des principes facilement applicables dans le cadre d'une consultation de médecine générale. Elle tient compte des perceptions du risque par le patient. Elle assure aux discussions une atmosphère positive et détendue, et montre des résultats très encourageants.

L'entretien motivationnel est donc à la fois un esprit et une pratique de l'entretien, qui augmente, de façon bien démontrée, l'efficacité des pratiques de conseil, quelle que soit la nature du changement à opérer : modification d'une consommation, d'une prise de risque, observance thérapeutique, etc.

L'entretien motivationnel s'est d'abord développé au cours des années 80 aux États-Unis et au Royaume-Uni. Il a été créé par deux psychologues, William Miller, qui exerce et enseigne à l'université du Nouveau-Mexique, et Stephen Rollnick, qui travaille dans le département de psychologie médicale de l'université de Cardiff (pays de Galles). Leur ouvrage paru en 1991 (et renouvelé dans une deuxième édition en 2002) a suscité un grand intérêt parmi les praticiens et les chercheurs. Ses applications ont tout d'abord concerné les addictions, et en particulier le traitement des dépendances à l'alcool, au tabac ou aux drogues illicites, puis se sont étendues à toutes les situations d'« accompagnement au changement ».

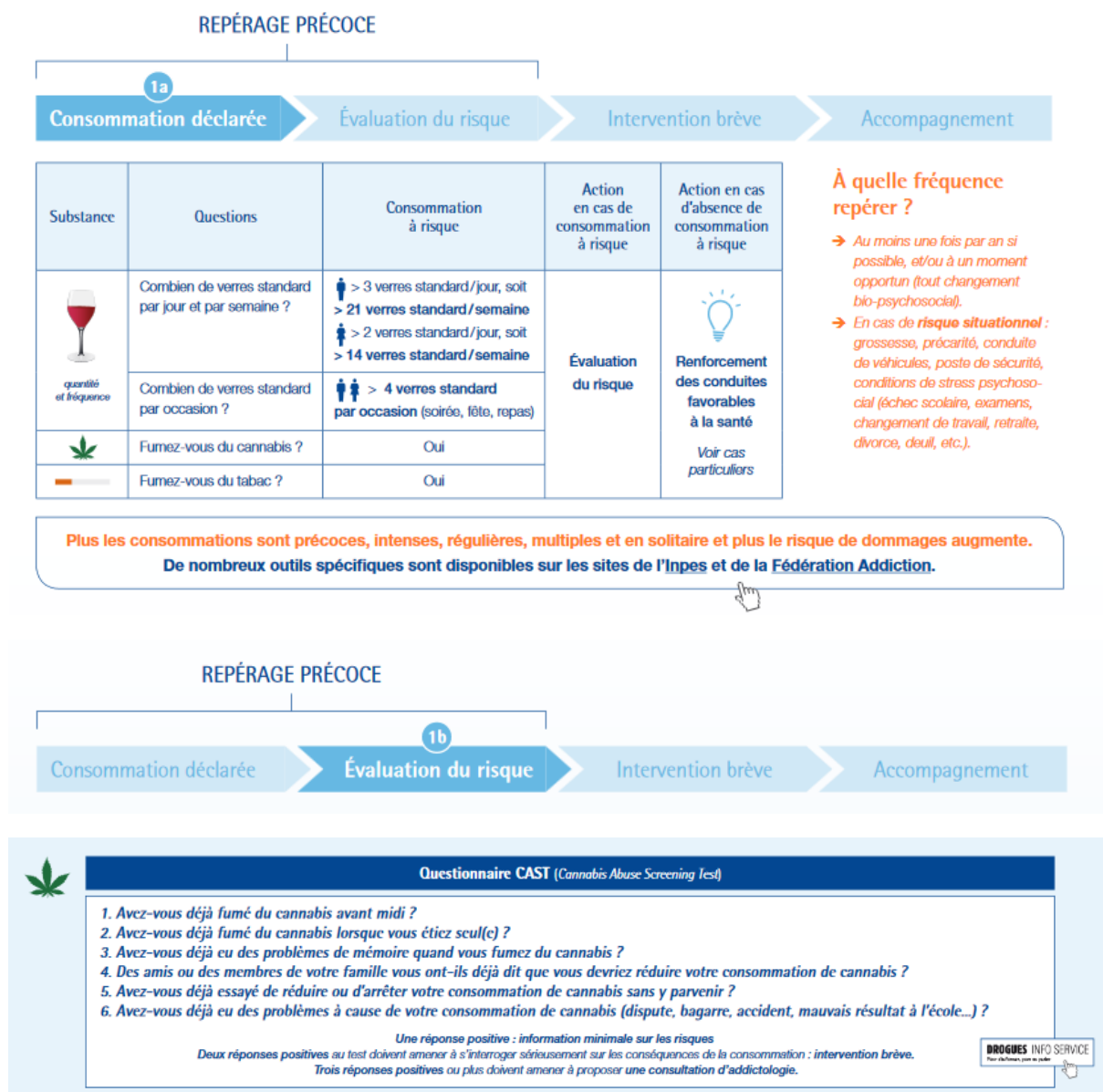
L'ouvrage de référence de Miller et Rollnick est désormais disponible en français.

1 Lécallier D et Michaud P. Entretien motivationnel : comment parler d'alcool ? Revue du praticien Médecine Générale ; Tome 20 :744-45

2. Miller W et Rollnick S. L'entretien motivationnel. Paris Dunod-Inter-éditions 2008.

3 Laperche J : Promotion de la santé : quel rôle pour le médecin généraliste ? La santé de l'homme 392 | Novembre - Décembre 2007 | Pages 46-8

Annexe V : Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève



REPÉRAGE PRÉCOCE



Intervention brève concernant la réduction ou l'arrêt de consommation de substance(s) psychoactive(s)

- Restituer les **résultats des questionnaires** de consommation.
- **Inform**er sur les **risques** concernant la consommation de substance.
- **Évaluer avec le consommateur** ses **risques** personnels et situationnels.
- Identifier les représentations et les **attentes du consommateur**.
- **Échanger** sur l'intérêt personnel de l'arrêt ou de la réduction de la consommation.
- **Expliquer** les méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation.
- **Proposer** des objectifs et laisser le choix.
- **Évaluer la motivation, le bon moment et la confiance** dans la réussite de la réduction ou de l'arrêt de la consommation.
- Donner la possibilité de réévaluer dans une **autre consultation**.
- Remettre une **brochure** ou orienter vers un **site**, une application, une association, un forum...



- Adopter une **posture partenariale** favorisant la confiance et les échanges (alliance thérapeutique).
- Échanger avec le consommateur sur sa **motivation**, sa **confiance** dans la réussite de réduction ou d'arrêt de sa consommation et déterminer si c'est le **bon moment**, grâce à **3 échelles** sur lesquelles il va se situer.

Motivation pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



Le bon moment pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



Confiance dans la réussite du projet de réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



REPÉRAGE PRÉCOCE



Accompagnement des consommateurs

Les professionnels de santé accompagnent les consommateurs de manière durable, afin de favoriser la réduction ou l'arrêt de consommation à long terme.

- Ils soutiennent l'effort de réduction des risques de dommages physiques, psychiques ou sociaux, dans une relation partenariale de confiance et d'échange.
- Ils soutiennent l'abstinence ou la modération et renforcent les autres conduites favorables à la santé (alimentation, exercice physique, etc.)
- En cas de reprise de la consommation, de survenue de dommages ou de dépendance, une consultation de type entretien motivationnel ou le recours à une consultation d'addictologie sont proposées.

- La notion d'essai dans un changement de comportement est fondamentale pour ne pas attribuer l'échec au patient mais à des circonstances.
- La rechute est davantage la règle que l'exception et chaque rechute rapproche le thérapeute et le patient du succès consolidé.

