

Université de Bordeaux

Collège Santé - Faculté de Médecine

Mémoire en vue de l'obtention du

DIPLÔME D'UNIVERSITÉ

d'Addictologie avec et sans substance

Coordinateur : Pr. M. Auriacombe

2022-2023

HOUDART Marion (née CAROLLE)

Sage-femme

**ETAT DES LIEUX DU DÉPISTAGE DES ADDICTIONS EN COURS
DE GROSSESSE À TRAVERS L'UTILISATION DE
L'AUTO-QUESTIONNAIRE " Bien Naître en Nouvelle Aquitaine"
DANS LES MATERNITÉS, PMI ET CABINETS LIBÉRAUX OU IL
EST DÉPLOYÉ.**

PLAN:

<u>Introduction et Objectif</u>	Page 2
I°) <u>Contexte:</u>	
I) 1°) <u>Effets des principales substances psychoactives consommées durant la grossesse, sur son déroulement et la santé de l'enfant:</u>	Page 2
I) 2°) <u>Impact de l'addiction sur l'accès aux soins:</u>	Page 4
I) 3°) <u>Rôle spécifique de la sage-femme:</u>	Page 5
II) <u>Un outil de repérage: L'auto questionnaire du RPNA:</u>	Page 5
III) <u>Hypothèse et objectif:</u>	Page 7
<u>Méthode</u>	Page 8
<u>Résultats</u>	Page 10
I) <u>Utilisation réelle de l'auto questionnaire:</u>	
II) <u>Orientation des patientes vers des consultations spécialisées:</u>	Page 11
III) <u>Initiation d'un traitement substitutif nicotinique:</u>	Page 12
IV) <u>Connaissances et représentations des sages-femmes en addictologie:</u>	Page 13
V) <u>Ressenti de l'utilisation de l'auto-questionnaire et propositions d'amélioration des utilisatrices:</u>	Page 13
<u>Discussion</u>	Page 14
<u>Conclusion et perspectives</u>	Page 17
<u>Bibliographie</u>	Page 19
<u>Annexes</u>	Page 20
<u>Résumé</u>	Page 23

Introduction et Objectif:

I°) Contexte:

La grossesse est un moment clé dans la vie d'une femme, tant sur le plan psychologique que médical, car c'est une porte d'entrée dans le soin, mais c'est aussi un moment de remise en question de leurs habitudes de vie, dans l'optique d'accueillir leur enfant dans les meilleures conditions possibles.

I) 1°) Effets des principales substances psychoactives consommées durant la grossesse, sur son déroulement et la santé de l'enfant :

Le déroulement et l'issue de la grossesse seront grandement influencés par de nombreux facteurs psychosociaux, dont la consommation de substances psychoactives. (1)

D'après la dernière Enquête Nationale Périnatale de 2021, 20,4% des femmes enceintes déclarent consommer du tabac en début de grossesse, contre 12.2 % au troisième trimestre, 3,1% des femmes consommaient de l'alcool (contre 6,9% en 2016), 6% des femmes consommaient du cannabis avant la grossesse et 1% poursuivaient pendant leur grossesse (dont 41,1% au moins 6 fois par mois). (2) On estime que ces chiffres sont minorés du fait de la stigmatisation des ces consommations, principalement concernant l'alcool.

La consommation de tabac peut entraîner de multiples complications durant la grossesse et la période néonatale : fausses-couches, grossesses-extra-utérines, placenta praevia, rupture prématurée des membranes, infections, prématurité, faible poids de naissance, hématome rétro-placentaire, fente labio-palatine, mort foetal in utero ou syndrome de mort subite du nourrisson, hyperactivité et difficultés scolaires, entre autres. Cela étant surtout dû au monoxyde de carbone, qui réduit l'apport en oxygène et aux pics de nicotine qui stimulent la vasoconstriction. (1,3)

Concernant la consommation d'alcool, le seuil de consommation délétère n'étant pas établi, et la relation dose effet fluctuante, la France applique le principe de précaution du 0 alcool durant la grossesse. On sait qu'une consommation abusive (supérieure à 1.5 unité par jour ou 10 Unités par semaine), en particulier si elle est associée à une addiction augmente le risque de syndrome d'alcoolisation foetale (SAF) qui se caractérise par une restriction de la croissance, foetale et par la suite, des anomalies faciales caractéristiques et surtout des dommages sur le système nerveux central entraînant une insuffisance permanente de la

fonction cérébrale et parfois des malformations cardiaques. Mais une consommation faible à modérée semble tout de même causer un risque accru de troubles du développement neurologique, entre autres des troubles de l'alimentation et du sommeil, des troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité ou des comportements antisociaux, des malformations comme la fente labio-palatine. (1,3)

Selon une revue de la littérature canadienne de 2020 menée sur l'analyse des banques de données Ovid MEDLINE et l'analyse de 3 études de cohortes longitudinales et prospectives¹, l'exposition in utero au cannabis est liée à des conséquences sur le développement neurologique et la santé mentale qui persistent à l'âge adulte. Le THC est lipophile et se fixe sur les cellules du cerveau. On note plus d'irritabilité chez les nouveau-nés, des comportements plus agressifs dès l'âge de 18 mois, des difficultés de raisonnement verbal et visuel mais aussi des syndrômes dépressifs et de l'anxiété vers l'âge de 10 ans et donc des difficultés d'apprentissage et scolaires. L'exposition à la fumée secondaire augmente les risques de syndrome de mort subite du nourrisson. (4) La consommation de cannabis multiplierait par 50% le risque pour l'enfant de souffrir de troubles du spectre autistique. (5)

La consommation de Benzodiazépines ne semblent pas entraîner de malformations, mais parfois, une diminution des mouvements actifs foetaux et à la naissance, fréquemment, des signes d'imprégnation (hypotonie, difficultés de succion, réversibles en une à trois semaines), et moins fréquemment un syndrome de sevrage (hyperexcitabilité, agitation, trémulations). Mais la poursuite d'un traitement par benzodiazépines peut être nécessaire à la santé de la maman (6).

Les médicaments psychotropes et les antidépresseurs peuvent selon les molécules entraîner des effets tératogènes et comportent tous des risques de sevrage néonatal.(1)

Concernant les opioïdes, des altérations cognitives, psychomotrices et comportementales ont été retrouvées dans certaines études, mais elles ne peuvent être attribuées de façon certaine au traitement en raison des facteurs socio-environnementaux, maternels et familiaux non pris en compte. Leur consommation est associée à un risque accru de PAG (petit pour l'âge gestationnel), RCIU (retard de croissance intra utérin), prématurité, MSN (mort subite du nourrisson) mais aussi de syndrome de sevrage néonatal. (6, 1)

¹ l'étude OPSS Ottawa Prenatal Prospective Study, l'étude MHCPD Maternal Health Practices and Child Development, et l'étude GenR pour Generation R

La consommation d'opioïdes entraîne aussi une hyperalgésie chez les patientes qui utilisent des substances illicites ou dont le traitement de substitution n'est pas équilibré, rendant leur prise en charge anesthésique et antalgique plus délicate. (7)

La cocaïne et le "crack" ont un puissant effet vasoconstricteur entraînant des risques de décollement placentaire, d'hypoxie foetale, de RCIU, de PAG et de prématurité, pour la femme enceinte ils présentent des risques d'HTA, IDM, Arythmies, dissection aortique, AVC, convulsions, hyperalgésie. (1,7)

Les amphétamines semblent avoir des effets neurotoxiques et des effets indésirables similaires à ceux de la cocaïne et du tabac, la consommation d'ecstasy, d'hallucinogènes, de solvants et substances volatiles ne bénéficient pas d'études suffisamment concluantes, mais leur effet vasoconstricteur (ecstasy) ou anoxique (solvants) ont vraisemblablement un impact sur le fœtus et le déroulement de la grossesse.(1)

L'équilibre alimentaire de la future maman est essentiel à la bonne santé de l'enfant en lui apportant les nutriments et vitamines nécessaires à son développement, les TCA (troubles des conduites alimentaires) ont donc des conséquences néfastes, RCIU, carences vitaminiques, diabète, obésité, dystocie des épaules.(8)

On comprend bien l'intérêt d'un dépistage en début de grossesse afin de mettre en place une prise en charge addictologique spécifique des troubles de l'usage pour limiter ou stopper leur consommation, équilibrer les traitements substitutifs s'il y en a, et coordonner un suivi obstétrical, anesthésique et pédiatrique adéquat. Selon le contexte, une prise en charge psychosociale de la future maman est aussi essentielle.

1) 2°) Impact de l'addiction sur l'accès aux soins :

L'addiction est souvent responsable d'une baisse de l'estime de soi, alimentée par la stigmatisation de la société, qui est plus forte pour les femmes que pour les hommes, d'autant plus durant la grossesse. A cela s'ajoute la peur du placement de leur enfant qui fragilise l'accès aux professionnels de santé et l'établissement d'un lien de confiance et la culpabilité vis-à-vis de leur enfant à naître, avec peur des conséquences de leurs consommations sur sa santé. On peut aussi noter parfois dans les situations complexes de l'impulsivité, des difficultés à s'organiser et à programmer le suivi de la grossesse, sans oublier un contexte social délétère.

Du côté des soignants, il y a la peur de rompre le lien de confiance en étant trop intrusif ou en paraissant jugeant.

Pourtant, la majorité des parents ayant des problèmes d'usage de substances psychoactives, s'ils sont soutenus et accompagnés au bon moment peuvent développer les compétences parentales nécessaires au bon développement de leur enfant. (1,9)

I) 3°) Rôle spécifique de la sage-femme:

Sage-femme est une profession médicale à compétences définies. Ses compétences sont réglementées par les articles L4151-1 et suivant les codes de la santé publique. C'est la spécialiste de la physiologie en gynécologie et obstétrique et elle a un rôle de prévention et de protection des femmes et de leur enfant.

La sage-femme se doit d'accueillir toutes les patientes avec bienveillance et respect, elle doit respecter le secret médical et a un rôle défini dans le repérage et la prévention des addictions, elle a un droit de prescription de substitus nicotiques pour les femmes enceintes et leur entourage. (10,11)

Lorsque nous rencontrons pour la première fois une future maman, nous devons donc repérer tous les facteurs de risques, que ce soit sur le plan médical, les antécédents personnels et familiaux, mais aussi dresser le contexte psycho-social et détecter les addictions et les violences. Cela nécessite l'établissement d'un lien de confiance et du temps. Quel que soit le mode d'exercice de la sage-femme, le temps de consultation est limité par la rentabilité de son temps de travail.

Se pose alors la question d'outils permettant un repérage systématisé, donc à priori un gain de temps mais surtout moins de perte de données, tout en limitant la stigmatisation des patientes, c'est à cette problématique qu'a tenté de répondre le RPNA (Réseau Périnatal Nouvelle Aquitaine).

II) Un outil de repérage, l'auto-questionnaire "Bien Naître en Nouvelle Aquitaine du RPNA (Réseau Périnatal Nouvelle Aquitaine):

En partant du principe établi que "la psychopathologie parentale est l'un des facteurs les plus fortement prédictifs de la qualité du développement des enfants"², et des résultats de

² rpna.fr/wp-content/uploads:2022/02/RPNA-rapport-projet-Auto-questionnaire-2022-01-31.pdf,p2.

l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM) menée entre 2013 et 2015, en France, qui met en avant que le suicide est la deuxième cause de mortalité maternelle, la création d'un outil standardisé permettant le repérage rapide et facile des vulnérabilités pouvant être accompagnées soit : les troubles psychiques, les difficultés financières, les addictions et les violences conjugales, semble être une évidence.

Plusieurs pays, à l'international, avaient déjà élaboré des recommandations pour la mise en place d'outils de repérage standardisés afin de dépister les facteurs de vulnérabilités psychosociales systématiquement au cours de la grossesse, mais la France n'en possédait pas.

Dans ce contexte, l'ARS-NA (Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine) a chargé le RPNA de formaliser des outils destinés au repérage des vulnérabilités maternelles et périnatales et permettant de promouvoir la santé des femmes, dans le cadre du label "prévenir pour bien grandir".

La commission "Vulnérabilités maternelles et parentales" a amorcé une réflexion autour de la conception d'un outil idéal dès 2018.

Les pilotes de la commission créée à cet effet sont, le Dr Christine Rainelli, Psychiatre UHPB de Limoges, Cyrille Catalan, sage-femme épidémiologiste de Limoges, Laure Mouton, sage-femme du RPNA, territoire Sud Gironde.

Le comité de pilotage comporte aussi le Dr Myriam Added, psychiatre de Poitiers, le Dr Muriel Rebola, pédiatre de Bordeaux, le Dr Marianne Coicaud gynécologue/obstétricienne de Bordeaux, Elisabeth Glatigny, psychologue de Bordeaux, le Dr Anne-Laure Sutter, psychiatre du RPNA et du CH Charles Perrens, Séverine Barandon, directrice de l'école de sages-femmes de Bordeaux, Le Dr Emilie Roquand-Wagner, coordinatrice médicale et Florence Calluau, coordinatrice administrative, ainsi que les membres du comité scientifique du RPNA et les sages-femmes de réseau. Une équipe de soutien à la méthodologie de validation de l'outil a aussi été mise en place, composée des Pr François Alla, Dr Florence Francis et Nolwenn Stevens.

Cela a abouti à la création de l'auto questionnaire "Bien Naître en Nouvelle Aquitaine", destiné aux femmes enceintes, à remplir en salle d'attente, et dont les items sont repris durant la consultation avec la sage-femme ou le gynécologue. Cet auto questionnaire, disponible en Annexe 1, comporte 9 questions dont la numéro 6 concerne la consommation de substances psychoactives. Le repérage des vulnérabilités est associé à un protocole d'accompagnement et d'orientation, principalement par le biais des staff MPS (Médico-psycho-sociaux), mais aussi par l'utilisation de fiches ressources territoriales, mises à disposition sur le site du RPNA . Avant de déployer l'outil, les professionnels de

consultations prénatales sont invités à participer au module de sensibilisation d'une heure proposé par le RPNA.

L'outil ainsi créé, après un pré-test effectué sur la maternité du centre hospitalier de Bordeaux, sur 13 patientes et 6 professionnels, a été évalué dans 12 maternités de Nouvelle Aquitaine, sur 10 des 12 départements de la région, dès décembre 2020.

Depuis 2022, l'auto questionnaire est disponible pour toutes les maternités, centre périnatal de proximité, PMI (cabinets libéraux), cabinets libéraux de Nouvelle Aquitaine qui le souhaitent. Son utilisation nécessite de participer au module de sensibilisation, de disposer d'un parcours d'orientation des patientes pour chaque vulnérabilité dépistée, d'avoir accès à un staff MPS structuré, d'identifier un correspondant qui sera l'interlocuteur privilégié du RPNA, de distribuer l'auto questionnaire en salle d'attente à toutes les patientes avant les consultations ou les EPP (Entretien Prénatal Précoce), de les orienter (staff MPS, consultations spécialisées) et de conserver dans le dossier médical l'auto questionnaire.(12)

III) **Hypothèse et objectif:**

Dans notre structure, le Centre hospitalier d'Agen, la question des consommations de substances psychoactives était souvent posée, mais de façon rapide et la proposition d'une prise en charge se limitait au numéro de l'unité de tabacologie ou à la liaison avec l'équipe ELSA, si les patientes refusaient une prise en charge, nous le notions sur le dossier et n'allions pas plus loin. J'ai réalisé que cela n'était pas suffisant et que nous découvrions, par exemple, des consommations d'alcool fortuitement, souvent dans le cadre d'un diabète gestationnel. C'est d'ailleurs pour cette raison que je me suis inscrite au DU d'addictologie car j'étais souvent désarmée face à l'addiction que je ne comprenais pas.

J'ai alors échangé avec Stéphanie Crantelle, la sage-femme du RPNA du Lot et Garonne qui m'a informé de l'existence de l'autoquestionnaire.

Je me suis demandé comment les sages-femmes utilisaient cet outil dans le cadre du dépistage et de la prise en charge des addictions. Il me semblait que ce questionnaire devrait faciliter le repérage et l'accompagnement des patientes souffrant d'addiction et c'est donc ce que j'ai essayé d'évaluer en questionnant mes consœurs qui l'utilisaient déjà.

Méthode:

L'auto Questionnaire “Bien Naître et grandir en Nouvelle Aquitaine” est un outil récent. A L'heure actuelle, une centaine de sages-femmes l'utilisent, sur toute la Nouvelle Aquitaine. Il m'a semblé que le plus pertinent serait la diffusion d'un questionnaire en ligne avec questions courtes ouvertes et fermées. J'ai donc souhaité réaliser une enquête prospective.

J'ai limité la diffusion aux sages-femmes pour deux raisons, d'une part ce sont elles qui l'utilisent principalement en réalisant la majorité des consultations d'ouvertures de dossiers sur les établissements de naissance et des Entretiens Périnataux Précoces (2) , d'autre part, il m'a semblé intéressant de se focaliser uniquement sur ce corps de métier, en incluant des médecins, nous aurions eu des professionnels ayant bénéficié d'une formation initiale différente.

Afin de permettre plus de liberté d'expression, j'ai préféré que le questionnaire soit anonyme.

La première étape de mon travail a été d'obtenir l'autorisation du RPNA d'utiliser leur auto-questionnaire dans le cadre de mon mémoire, j'ai donc contacté Laure Mouton le 15 Août 2022. Elle m'a demandé de présenter mon projet de façon officielle, après validation par mes enseignants, auprès du Dr Roquand-Wagner, la coordinatrice médicale du RPNA et de Mme Callaud, la responsable administrative du RPNA.

J'ai donc demandé confirmation de mon sujet de mémoire et du questionnaire que je pensais mettre en place, auprès du Pr Auriacombe, du Dr Dubernet, du Dr Gélot et de M Jean-Marc Alexandre (qui m'avait aidé à organiser mes idées lors du stage au CSAPA de Charles Perrens). Nous avons corrigé et retravaillé le questionnaire avec le Dr Gélot et M Jean-Marc Alexandre, qui m'a proposé de l'héberger sur le logiciel de création et d'analyse d'enquête Le Sphinx.

J'ai pu présenter mon projet au bureau du RPNA qui l'a accepté. J'ai rédigé un court mail de présentation de mon mémoire, associé au lien du questionnaire, que Mme Laure Mouton s'est chargée de diffuser. Le questionnaire étant anonyme et Mme Mouton ayant en sa possession les coordonnées, nous avons convenu ensemble de procéder ainsi.

Mon questionnaire comporte 16 questions, vous le trouverez en annexe 2, en version google doc.

La première question est le mode et la localisation du lieu d'exercice, pour voir s'ils ont une influence sur les autres réponses.

Viennent ensuite deux questions sur les modalités d'utilisation de l'auto questionnaire afin de voir si elles sont en adéquation avec les recommandations du RPNA.

Les questions 4-5-7 permettent d'évaluer les conditions d'orientation vers des consultations d'addictologie.

Les questions 6 et 16, leur vécu de l'utilisation de l'auto questionnaire dans le cadre du dépistage de l'addiction.

La question 8 permet d'évaluer si les sages-femmes utilisent leur droit de prescription aux substituts nicotiques.

Les autres questions permettent un point rapide sur les connaissances en addictologie des sages-femmes utilisant l'auto questionnaire.

La première diffusion a eu lieu en Janvier 2023, j'ai ensuite échangé régulièrement avec M Jean-Marc Alexandre et Mme Laure Mouton afin d'évaluer la nécessité de poursuivre les diffusions. Au total, le questionnaire a été diffusé 5 fois entre le 09 Janvier 2023 et le 16 juin 2023. Ce qui a permis d'obtenir 44 réponses sur la centaine de sages-femmes ayant été formées à l'utilisation de l'auto-questionnaire. Je n'ai pas pu obtenir le nombre exact de sages-femmes l'utilisant réellement car le RPNA ne dispose que du nombre de sages-femmes formées à son utilisation, mais Laure Mouton m'a confirmé qu'au moment de la dernière diffusion cela concernait environ 100 professionnels. L'échantillon est donc relativement représentatif de la population cible.

Afin d'analyser mes résultats je me suis appuyée sur l'analyse des résultats fournis par le logiciel Le Sphinx pour les questions fermées à choix multiples, qui composent la majorité de mon questionnaire, j'ai ensuite lu et synthétisé les réponses libres afin d'en faire ressortir les éléments qui revenaient le plus souvent et obtenir une vue d'ensemble. Sans oublier que l'auto questionnaire concerne toutes les vulnérabilités et pas seulement l'addiction.

J'ai classé les résultats ainsi obtenus en thèmes, soit : l'utilisation réelle de l'auto questionnaire (est ce que la méthodologie est respectée?), l'orientation vers les consultations spécialisées, (afin de dégager une facilitation), initiation d'un traitement substitutif

nicotinique, (les sages-femmes utilisent-elles leur droit de prescription?), connaissance des sages-femmes en addictologie (représentations avec lesquelles les sages-femmes reçoivent et traitent ces informations) et enfin, ressenti de l'utilisation de l'auto questionnaire et suggestions d'amélioration.

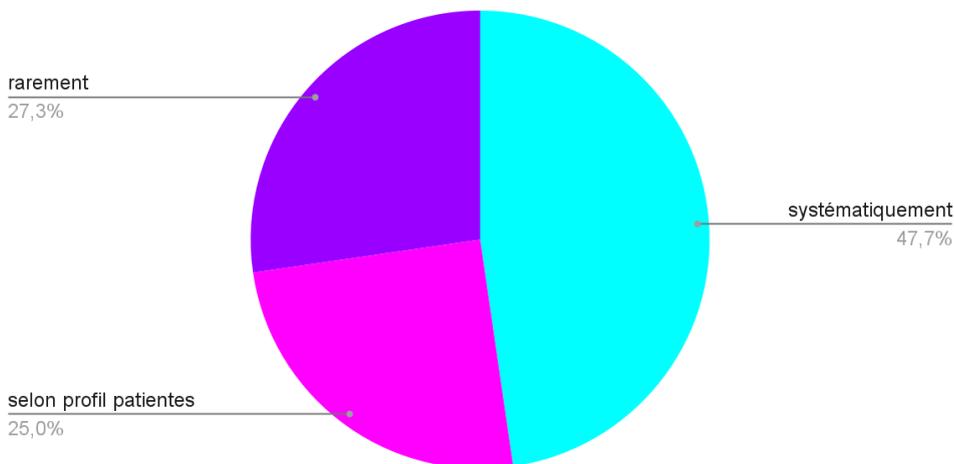
Résultats:

D) Utilisation réelle de l'auto questionnaire:

Selon les recommandations du RPNA, l'auto questionnaire doit être distribué systématiquement à toutes les patientes avant les consultations ou les EPP afin d'être rempli en salle d'attente, il doit être repris durant la consultation et archivé dans le dossier.

Selon les résultats de mon questionnaire en ligne:

Utilisation de l'autoquestionnaire "Bien Naître en Nouvelle Aquitaine"



graphique 1

Comme on peut le voir dans le graphique 1, l'utilisation n'est systématique, comme recommandé, que dans un peu moins de la moitié des cas. Un peu plus d'un quart des sages-femmes ne l'utilisent que rarement et un quart, selon le profil des patientes, donc selon des critères discriminants.

Tableau 1: Dans quelles conditions la patiente répond-t-elle aux questions?

A quel moment l'auto questionnaire est-il proposé?	Effectif sur 44 répondantes	Pourcentage
Il est remis en salle d'attente avant le 1er RDV	10	22,7 %
Il est remis avant l'EPP à remplir en salle d'attente	8	18,2 %
Il est rempli dans votre bureau en votre présence	6	13,6 %
Il est rempli à domicile pour le RDV suivant	4	9,1 %
Il est rempli à domicile avant l'EPP	3	6,8 %
autres	13	29,5 %

Il faut noter que dans la réponse “autres” repris dans le tableau 1, une des sages-femmes a précisé que le questionnaire était rempli en salle d'attente avant toutes les consultations et une autre qu'il était mis à disposition en salle d'attente à remplir, il est donc rempli dans les conditions prévues soit dans la salle d'attente dans seulement 45,5% des cas, mais seulement 13 sages-femmes soit **29,5 % des sages-femmes l'utilisent en systématique et le font remplir en salle d'attente.**

Concernant les 21 sages-femmes qui le proposent systématiquement 62% le font remplir en salle d'attente, 14% dans le bureau en leur présence et 24% le font remplir préalablement à domicile. Il n'y a pas de différence de réponse liée à la localisation en Nouvelle Aquitaine.

Par contre seule une sage-femme de PMI sur les 12 interrogées (8%) l'utilise en systématique alors que c'est le cas pour 77 % des sages-femmes travaillant en centre hospitalier ou clinique et seulement 20 % des sages-femmes libérales.

II) Orientation des patientes vers des consultations spécialisées:

Il est tout d'abord important de noter que si la majorité des sages-femmes soit près de 82 % reprennent l'histoire de la ou des consommations avec la patiente, cette dernière n'est notée dans le dossier que dans 66% des cas alors qu'une orientation leur sera proposée dans 86,4% des cas. **57 % des sages-femmes seulement reprennent l'histoire de la maladie, notent la consommation et l'orientation sur le dossier.** Ces résultats ne dépendent pas du

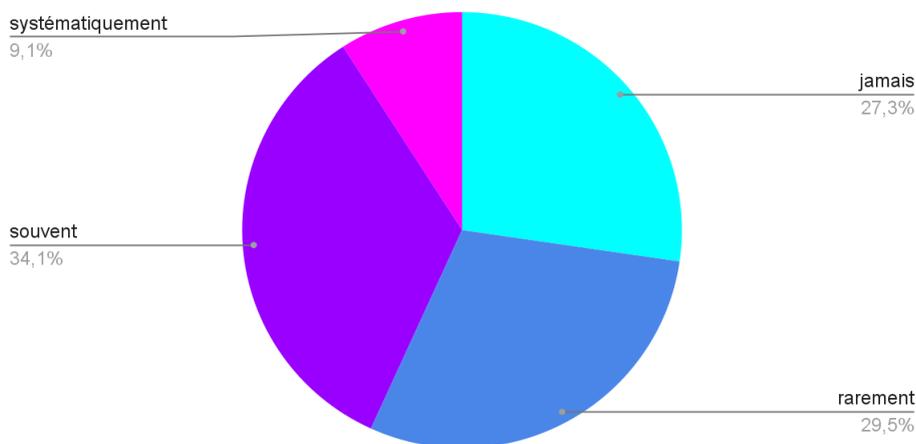
lieu ni du mode d'exercice puisque 50% des sages-femmes de PMI, 50% des sages-femmes libérales et 60 % des sages-femmes travaillant en structure vont reprendre l'histoire des consommations, orienter et noter dans le dossier.

Par contre les sages-femmes proposent une orientation (86,4%) et 97,7 % connaissent bien les ressources disponibles en addictologie, seulement une ne les connaît pas. Il y a beaucoup d'orientation vers des collègues diplômées en addictologie ou tabacologie, vers un médecin addictologue, vers l'ELSA de secteur et les CSAPA ou services d'addictologie de proximité, L'EMAP est bien entendu très souvent citée par les sages-femmes de Gironde. L'inscription au STAFF MPS (médico-psycho-social) est aussi très fréquente.

III) Initiation d'un traitement substitutif nicotinique:

Les sages-femmes ont le droit de prescrire des substituts nicotiniques aux femmes enceintes et à leur entourage. Mais dans les faits, le graphique 2 montre qu'elles ne l'utilisent pas beaucoup.

prescription de substituts nicotiniques par les sages-femmes durant la grossesse, chez des femmes consommatrices



Graphique 2.

On voit que seulement 9% des sages-femmes prescrivent systématiquement des substituts nicotiniques à des patientes enceintes consommant du tabac (uniquement celles possédant un DU ou DIU d'addictologie ou de tabacologie), et un peu plus d'un tiers le font souvent, plus d'un quart n'en prescrit jamais et 56,8% soit la majorité, n'en prescrivent rarement ou jamais. Elles ont donc plus tendance à orienter sans initier de traitement substitutif.

IV) Connaissances et représentations des sages-femmes en addictologie:

Les sages-femmes ayant répondu à mon questionnaire ont majoritairement reçu des formations en addictologie, puisque c'est le cas pour 82% d'entre elles. 4 possèdent un DU ou DIU, dont 2 d'addictologie et 2 de tabacologie.

Les autres ont participé à des formations organisées par les équipes ELSA, le RPNA et la CORREAD ainsi que quelques cours en E-learning sans précision sur l'organisme.

Les sages-femmes cherchent donc d'autres types d'addiction que celles proposées par l'auto-questionnaire pour 95,5% d'entre elles, principalement les consommations de boisson gazeuse sucrée caféinée, les troubles du comportement alimentaires, les écrans et jeux.

Le craving est connu et recherché pour 45,5% des sages-femmes, qui sont en mesure de l'expliquer à leur patientes.

Concernant la définition de l'addiction, les mots qui reviennent le plus sont : maladie chronique, dépendance, perte de contrôle, recherche de soulagement ou sentiment de bien être, consommation irrésistible, indépendant de la volonté, consommation malgré l'effet nocif. **Aucune des définitions données n'était stigmatisante** donc toutes les sages-femmes avaient intégré le fait qu'il s'agissait d'une perte de contrôle indépendante de la volonté de la patiente.

Sur les questions concernant la consommation de substances psychoactives non prescrites durant la grossesse et la présence d'une addiction, leurs avis sont par contre très partagés. En effet 50% d'entre elles considèrent qu'une femme enceinte qui consomme une substance psychoactive non prescrite ne présente pas forcément une addiction, 47,7% considère qu'elle présente une addiction et une seule soit 2,3% qu'elle n'a pas d'addiction.

Par contre, si on leur demande si une patiente qui prend un traitement addictolytique prescrit présente une addiction, 9,1% pense qu'elle n'a pas d'addiction, 52,3% qu'elle n'a pas forcément une addiction et 38,6% qu'elle a une addiction.

V) Ressenti de l'utilisation de l'auto-questionnaire et propositions d'amélioration des utilisatrices:

Je souhaitais savoir si l'utilisation de l'auto questionnaire "Bien Naître en Nouvelle Aquitaine" avait facilité la pratique des sages-femmes en ce qui concerne le repérage de substances et de médicaments pouvant entraîner une addiction durant la grossesse et c'est le cas pour 38,6% d'entre elles. 61,4% n'ont pas trouvé de plus value.

Si l'on ne s'intéresse qu'aux sages-femmes qui l'utilisent systématiquement, 52,3 % ont trouvé une amélioration de leur pratique.

Les améliorations retenues sont le repérage systématique, la non stigmatisation des patientes, plusieurs sages-femmes ont noté que les consommations, principalement d'alcool, sont plus facilement cochées sur le papier qu'exprimées oralement.

Les sages-femmes qui ne voient pas d'amélioration expriment souvent le fait qu'elles posaient déjà les questions à leurs patientes et obtenaient des réponses satisfaisantes.

Il faut tout de même noter que certaines sages-femmes ont exprimé leur manque de recul, soit car elles l'utilisent peu, soit depuis peu de temps.

Concernant les suggestions d'amélioration, 2 items sont présents à plusieurs reprises, la nécessité de formations plus spécifiques sur l'addiction durant la grossesse et le fait de posséder des traductions de l'auto questionnaire en plusieurs langues.

Discussion:

Dans un contexte où les femmes enceintes ressentent beaucoup de pression de la part de la société en général, mais aussi du corps médical, pour suivre toutes les recommandations d'hygiène de vie leur permettant d'espérer un enfant en bonne santé, on peut comprendre que les patientes souffrant d'une addiction aient des craintes à l'exprimer. La systématisation de la question et la bienveillance dans l'accueil de leur réponse peuvent permettre de lever cette inquiétude.

Dans ce travail, j'ai cherché à savoir comment un outil de dépistage systématique des principales consommations de produits psychotropes pouvant causer une addiction, était perçu par mes collègues, si elles s'en saisissent, ainsi que leurs connaissances et représentations sur l'addiction.

Le premier point est que le questionnaire n'est utilisé de façon systématique que dans un peu moins de la moitié des cas. On peut penser que l'objectif de cette systématisation, qui permet de dépister toutes les femmes enceintes sans nous référer à nos représentations, et donc de les destigmatiser, n'a pas été intégré par toutes les sages-femmes. C'est le seul item où le lieu d'exercice a une influence, il est vraisemblablement plus facile à utiliser dans un cadre hospitalier.

Il en est de même sur le moment et l'endroit où la patiente le remplit, peut être que l'intérêt qu'elle soit seule, dans la salle d'attente, ce qui lui permet de ne pas être influencée, ni par la présence de la sage-femme, ni par celle de son entourage, n'a pas été bien intégrée.

Par contre aucune d'entre elles n'a donné une définition stigmatisante de l'addiction ce qui peut laisser penser que les formations reçues par 82% des sage-femmes interrogées, leur ont permis de comprendre le principe du mécanisme de l'addiction.

Dans la grosse majorité des cas, 86,4%, les sage-femmes orientent les patientes vers des structures d'addictologie ou des praticiens bien repérés. La question qui se pose est de savoir si les outils mis à disposition par le RPNA, en parallèle de la mise en place de l'auto-questionnaire, leur ont facilité ces liens ou non, on peut supposer que c'est le cas, mais n'ayant pas pensé à poser cette question de façon claire je ne peux pas l'affirmer.

J'ai tout de même été surprise que toutes les sage-femmes ne notent pas sur le dossier les consommations des patientes. On peut penser que la patiente leur a demandé de ne pas l'inscrire, par peur d'être stigmatisée. Mais cette information est essentielle pour les autres professionnels assurant le suivi de leur grossesse. L'obstétricien peut avoir besoin d'adapter la surveillance obstétricale, l'anesthésiste, les antalgiques et anesthésiants en fonction de la substance consommée et bien entendu le pédiatre doit anticiper un éventuel sevrage ou syndrome d'imprégnation, sans parler des aides psychosociales qui pourraient être proposées. On peut aussi supposer que la nécessité de le noter ne soit pas évidente pour la sage-femme ou qu'elle craigne elle-même les conséquences pour sa patiente, ou une rupture du lien thérapeutique. Il serait intéressant de connaître leur motivation à ne pas reporter cette information qui reste soumise au secret médical, même s'il est partagé. Ainsi que de savoir si l'auto-questionnaire est bien archivé dans le dossier médical comme il devrait l'être.

Je n'ai pas trouvé d'impact du lieu d'exercice, hormis dans les ressources disponibles bien entendu. Par contre, le mode d'exercice, libéral, en centre hospitalier ou clinique, ou PMI influence le vécu des sages-femmes. Je ne saurais dire si c'est par manque de praticité ou par manque de sollicitation des collègues ou de l'institution car cela ne ressort pas dans mon travail. Concernant les freins, une sage-femme de PMI a mis en avant le besoin que le questionnaire soit traduit dans plus de langues, c'est désormais le cas.

Un autre élément qui ressort de façon claire est le peu de sages-femmes qui utilisent leur droit de prescription de substituts nicotiques, alors que l'étude 5A-QUIT-N, (étude de l'efficacité, et de la transférabilité, des freins et des leviers de l'implémentation de la démarche 5A en contexte français) a montré un avantage à ce que le praticien qui effectue le suivi de grossesse le débute.

Etant donné que seules les sages-femmes ayant un DU ou un DIU de tabacologie ou d'addictologie prescrivent en systématique, on peut penser que les autres ne se sentent pas légitimes pour effectuer une première prescription. Il se dégage donc un besoin de formation et d'accompagnement auquel le projet 5A-QUIT-N devrait pouvoir répondre. (13)

Si les sages-femmes connaissent le mécanisme de l'addiction, les réponses sur la présence ou non d'une addiction en fonction de consommations durant la grossesse de produits addictolytiques prescrits ou de substances psychotropes non prescrites sont très variables. 9 % des sages-femmes considèrent qu'une patiente sous traitement addictolytique prescrit ne souffre pas d'addiction, la moitié pense qu'une femme enceinte qui consomme des substances psychoactives ou des traitements addictolytiques n'a pas forcément d'addiction. On peut en effet se poser la question, en première intention, devant une consommation de substances psychotropes sans qu'un diagnostic d'addiction ait été posé. Bien qu'il soit fort probable qu'une femme enceinte qui poursuit une consommation qu'elle sait dangereuse pour son enfant, n'arrive pas à la moduler car elle souffre d'une addiction.

Mais lorsqu'un traitement a été mis en place dans un contexte d'addiction, la patiente souffre vraisemblablement d'une addiction puisque le diagnostic a été posé. On peut penser que le caractère chronique de la maladie addictive, n'est donc pas bien intégré par une partie des sages-femmes.

Concernant le ressenti des sages-femmes, pour celles qui l'utilisent régulièrement, il apporte un meilleur repérage des consommations, surtout de celles plus stigmatisantes comme l'alcool, qui est particulièrement difficile à repérer. Les sages-femmes qui ne voient pas d'apport à son utilisation étaient déjà très à l'aise avec ce sujet.

Afin de vraiment évaluer l'impact de la mise en place de l'auto questionnaire "Bien Naître en Nouvelle Aquitaine", il aurait été instructif de faire une évaluation avant et une seconde après sa mise en place, mais cela me semblait très compliqué au vu du temps et des ressources dont je disposais.

Mon étude a permis d'obtenir une vision sur un échantillon relativement représentatif des sages-femmes qui utilisent l'auto questionnaire "Bien Naître en Nouvelle Aquitaine" puisqu'il représente plus d'un tiers des utilisatrices, des éléments intéressants en ressortent mais, comme j'ai pu le détailler au fur et à mesure, certaines questions restent en suspens et une seconde enquête serait nécessaire pour avoir une vision plus complète.

Conclusion et perspectives:

La grossesse est un moment particulier de la vie d'une femme et cela est d'autant plus vrai dans un contexte de consommation de substances psychoactives. Ces dernières ont, d'une part, des conséquences sur le déroulement de la grossesse, mais aussi sur la santé à court et long terme de l'enfant à naître et sa mère et parfois sur le contexte psychosocial dans lequel ils vont évoluer. Les femmes addictes sont soumises à de nombreuses pressions à ce moment particulier de leur vie, même si cet événement est aussi une formidable motivation au changement.

Pour parvenir à les accompagner il est important que les sages-femmes, qui seront leurs premiers interlocuteurs, puissent repérer leurs consommations actuelles mais aussi leurs difficultés dans le cadre d'une addiction avec arrêt des consommations.

L'outil de repérage des vulnérabilités qu'est l'auto-questionnaire "Bien Naître en Nouvelle Aquitaine" est une aide précieuse dans la découverte et l'accompagnement des addictions, car il est associé à des outils référentiels des professionnels de l'addiction de proximité. Il permet aussi de montrer aux patientes que même si elles ne sont pas prêtes à répondre tout de suite, ces sujets peuvent être abordés avec leur sage-femme, qu'ils ne sont pas tabous. Surtout qu'il ne faut pas oublier que dans mon travail je ne me suis focalisée que sur la recherche de consommation de substances psychoactives et des addictions mais qu'il a vocation dans son ensemble à balayer toute la sphère psychosociale, en abordant le bien être moral, financier, l'entourage ressource, les psychotraumas et les relations avec le conjoint, qui sont essentiels et peuvent sous tendre une addiction.

Mon travail met en avant qu'il serait plus efficace s'il était associé à une formation sur l'addiction. Les sages-femmes ne sont, en effet, pas toutes très à l'aise avec la notion de chronicité de l'addiction et semblent limitées, sans doute par la peur de déplaire à leur patiente et ainsi rompre le lien de confiance établi, dans la transcription des consommations dans le dossier. Forcément l'établissement d'un réseau de professionnels médico-psycho-sociaux autour de la patiente, en pâtit, même si le lien vers un service d'addictologie est fait. D'autre part, elles n'utilisent que très peu leur droit de prescription des substituts nicotiques. La formation est d'ailleurs une de leur demande principale.

Nous utilisons depuis quelques semaines cet outil dans mon service de consultations de gynécologie et d'obstétrique, et en sommes toutes les cinq très satisfaites, nous avons été très étonnées d'obtenir des réponses positives à des addictions de façon plus marquées mais

l'apport principal a été le repérage de mal être psychique, dès le premier rendez-vous, beaucoup plus marqué qu'avant son utilisation. Mais il ne s'agit là que d'une impression et il serait intéressant de l'étudier davantage.

Un travail plus long avec questionnaire avant et après la mise en place de l'outil serait bénéfique. De même, il serait intéressant de se pencher davantage sur le CBD qui se banalise et aurait des effets potentiellement tératogènes sur la grossesse.

Bibliographie:

- 1) Anne WHITTAKER, traduction Ewen Chardronnet, L'Usage de substances psychoactives durant la grossesse, Respadd, Juin 2013, p. 54, p. 150, p. 151-152, 145-148, p. 246.
- 2) Inserm, Enquête Nationale Périnatale Rapport 2021, Octobre 2022, p. 9-10, p. 115-116, p 45, <https://enp.inserm.fr>
- 3) Ravindu Gunatileke, MD, Valley Perinatal Services, Avinash S.Patil, MD, University of Arizona College of Medicine, Médicaments et drogues chez la femme enceinte, MSD, Février 2021, modifié en Novembre 2021, consulté en juin 2023
<https://www.msmanuals.com/fr/accueil/probl%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-de-la-femme/m%C3%A9dicaments-et-drogues-chez-la-femme-enceinte/m%C3%A9dicaments-et-drogues-chez-la-femme-enceinte>
- 4) Sophia Badowski, Graeme Smith, usage de cannabis durant la grossesse et le post partum, CFP-HFC Official Publication of the College of Family Physicians of Canada, Février 2020, consulté en juin 2023 <https://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7021328>
- 5) Revue Prescrire 2022, Cannabis et grossesse: troubles du spectre de l'autisme chez l'enfant? revue Prescrire 2022; 42(461): 191-192
- 6) Site du CRAT Centre de référence des agents tératogènes : www.le-crat.fr, consulté en juillet 2023.
- 7) Valentina FAITOT. Analogie et anesthésie chez les femmes enceintes consommatrices de substances psychoactives. Groupe d'études grossesse et addictions. 2017. consulté en juillet 2023 http://www.asso-gega.org/docs/analgesie_anesth_femmes_addictions_Dr_Faitot.pdf
- 8) Troubles des conduites alimentaires (TCA) et grossesse RPNA 12 Fév 2022, consulté en juillet 2023 www.rpna.fr/thematiques/troubles-des-conduites-alimentaires-tca-et-grossesse.
- 9) Femmes et addictions. Accompagnement en CSAPA et CAARUD. Repères. 2016. p.30, p.80.
- 10) Code de déontologie des sages-femmes, ordre des sage-femmes, consulté en juillet 2023
<https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Code-de-d%C3%A9ontologie-des-sages-femmes-version-consolid%C3%A9e-au-19-juillet-2012.pdf>
- 11) Site de l'Ordre des sage-femmes, compétences générales: consulté en juillet 2023
<https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
- 12) Site du RPNA: consulté en juillet 2023
<https://rpna.fr/outils-daide-au-reperage-des-vulnerabilites/>
- 13) Dossier de presse projet 5A-QUIT-N: consulté en juillet 2023
<https://www.chu-bordeaux.fr/Espace-m%C3%A9dia/Actualit%C3%A9s/Pr%C3%A9sentation-des-premiers-r%C3%A9sultats-du-projet-de-recherche-sur-le-sevrage-tabagique-des-femmes-enceintes-%225A-QUIT-N%22/>

ANNEXE I: Auto-questionnaire "Bien Naître en Nouvelle Aquitaine" du RPNA

Ressources



BIEN NAÎTRE EN NOUVELLE-AQUITAINE

AUTO QUESTIONNAIRE

- ▶ Cet auto-questionnaire est destiné à mieux vous accompagner pendant votre grossesse et préparer l'arrivée de votre bébé.
- ▶ Merci de répondre aux questions suivantes.
- ▶ Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

MA GROSSESSE EST UNIQUE
JE MÉRITE UNE ATTENTION PARTICULIÈRE

contact@rpna.fr | www.rpna.fr

- 1 À quel mois de grossesse êtes-vous ? (cochez la case)**



1 2 3 4 5 6 7 8 9
- 2 Avez-vous au moins une personne dans votre entourage sur qui vous pouvez compter ?**

oui non
- 3 Pendant la grossesse avez-vous eu des difficultés psychologiques persistantes ?**

oui non
- 4 Au cours du mois écoulé, vous êtes-vous sentie :**

 - ▶ triste, déprimée ou désespérée ?
oui non
 - ▶ sans intérêt ou sans plaisir à réaliser des activités de la vie quotidienne ?
oui non
- 5 Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez des difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, logement, factures...), à pouvoir vous soigner et/ou à faire vos démarches administratives ?**

jamais parfois souvent
- 6 Consommez-vous ou avez-vous déjà consommé plusieurs fois depuis le début de cette grossesse ?**

 - ▶ les substances suivantes ?

tabac	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
cannabis	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
alcool	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
cocaine	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
héroïne	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
autres :		

 - ▶ des médicaments ?

pour la douleur	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
pour vous calmer	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
pour dormir	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
pour le moral	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
pour la dépendance	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
autres :		
- 7 Au cours de votre vie, y compris pendant votre enfance, avez-vous été victime de violences verbales, physiques, sexuelles, psychologiques (harcèlement, humiliation, menace, contrôle...), économiques (privation des papiers, d'argent...) ... ?**

jamais parfois souvent
- 8 Vous sentez-vous en sécurité avec votre partenaire ?**

tout le temps pas toujours rarement
pas de partenaire
- 9 Avez-vous des préoccupations ou des inquiétudes dont vous aimeriez parler ?**

Cet espace est réservé à vos commentaires et suggestions. Vos données personnelles ne seront pas diffusées.

contact@rpna.fr | www.rpna.fr

ANNEXE 2: Questionnaire en ligne utilisé dans le cadre de mon mémoire:

1°) Quel est votre lieu d'exercice?.....

2°) Utilisez vous l'autoquestionnaire:

- a) systématiquement
- b) de temps en temps en fonction des profils des patientes
- c) rarement

3°) A quel moment le mettez vous en place?

- a) Il est remis en salle d'attente avant le 1er rendez vous.
- b) Vous le laissez aux patientes à remplir pour le rendez- vous suivant.
- c) Il est remis avant l'EPP à remplir en salle d'attente.
- d) Il est remis avant l'EPP à remplir au domicile
- e) Il est rempli dans votre bureau par la patiente en votre présence.
- f) autre:

4°) Lorsque vous obtenez une réponse positive à la question 6 (consommez-vous ou avez-vous déjà consommé plusieurs fois depuis le début de la grossesse, les substances ou médicaments suivants?) ***Plusieurs réponses possibles***

- a) Vous reprenez l'histoire de la ou des consommations avec la patiente en consultation.
- b) Vous le notez sur le dossier.
- c) Vous lui proposez une orientation systématique vers une équipe d'addictologie (si elle n'en a pas déjà une).
- d) Vous ne lui proposez pas toujours une orientation vers une équipe d'addictologie.

5°) Connaissez-vous les ressources en addictologie de votre secteur?

- a) oui -----> quelles sont-elles?
- b) non

6°) L'utilisation de l'auto questionnaire Bien Naître en Nouvelle Aquitaine a-t-elle facilité votre pratique dans le repérage des consommations de substances et de médicaments qui peuvent entraîner une addiction?

- a) oui -----> En quoi?
- b) non

7°) Comment et vers qui orientez vous les patientes chez qui vous repérez une consommation de substances ou de médicaments pouvant entraîner une addiction? (staff MPS, lien vers équipe ELSA, lien direct vers une consultations d'addictologie etc.):

8°) Dans le cas d'une consommation de tabac poursuivie durant la grossesse, prescrivez-vous des substituts nicotiques?

- a) jamais
- b) rarement
- c) souvent
- d) systématiquement

9°) Que prescrivez-vous et sur quels critères? (quantité de cigarettes, mesure du Co exp...)?.....

10°) Recherchez-vous d'autres types d'addiction (à d'autres substances ou des comportements)?

- a) oui -----> lesquelles?
- b) non

11°) Avez-vous eu des formations sur l'addiction?

- a) oui -----> lesquelles?
- b) non

12°) Recherchez-vous la présence de CRAVING? Savez-vous l'expliquer à vos patientes?

- a) oui
- b) non

13°) Comment définiriez-vous simplement ce qu'est l'addiction?

.....

14°) Considérez-vous que les femmes enceintes qui consomment une des substances décrites dans la question 6 (hors médicament contre la dépendance) souffrent d'addiction?

- a) oui
- b) non
- c) pas forcément

15°) Considérez-vous que les femmes enceintes qui consomment des médicaments contre la dépendance, décrits à la question 6, souffrent d'addiction?

- a) oui
- b) non
- c) pas forcément

16°) Avez-vous des suggestions sur d'éventuelles améliorations de l'auto-questionnaire ou un besoin de formation qui améliorerait votre pratique?

.....

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à mes questions.

RÉSUMÉ:

En France, la consommation de substances psychoactives durant la grossesse est un enjeu majeur de santé publique car elle peut engendrer de nombreux risques à court et long terme, tant sur le plan médical que psychosocial pour la future mère et son enfant. Mais c'est aussi un formidable levier pour la prise en charge, car c'est un moment de remise en question et de motivation au changement. En sachant que l'accompagnement adapté des parents souffrant d'addictions peut leur permettre de développer les compétences parentales nécessaires au bon développement de leur enfant, il est primordial de les repérer afin de mettre en place une prise en charge pluridisciplinaire adéquate. La sage-femme en tant que professionnel de proximité a un rôle clé dans le repérage et l'orientation des patientes souffrant d'addictions. C'est dans ce contexte qu'un outil de repérage a été mis au point par le Réseau Périnat Nouvelle Aquitaine, à la demande de l'ARS Nouvelle Aquitaine, l'auto-questionnaire "Bien Naître en Nouvelle Aquitaine" qui permet un repérage des principaux facteurs de vulnérabilité qui peuvent toucher les femmes enceintes, dont l'addiction. Cet outil, couplé à des référentiels de professionnels, permet une standardisation du repérage des consommations de substances psychoactives qui ouvre la voie à une meilleure prise en charge, même s'il reste des améliorations à apporter en termes de formation et d'accompagnement des professionnels.