

Repérage et suivi des consommations de produits psychoactifs pendant la grossesse en Bourgogne



Mai 2013

Réalisation : ORS Bourgogne

Aurore PETIGNY (chargée d'études, économiste de la santé)

Pour la mise en page, Christine FIET (assistante de direction)

Pour les relectures, Dr Isabelle MILLOT (médecin de santé publique) et Bernadette LEMERY (directrice)

Remerciements :

- aux membres du groupe de travail Prévention auprès des femmes enceintes,
- à M. Desplanches, coordinateur du réseau périnatal de Bourgogne,
- à Mme Blaise, coordinatrice du réseau périnatal Sud Nivernais Morvan,
- aux professionnels de l'URPS Médecins libéraux,
- à l'ensemble des professionnels et structures ayant assuré le relais des enquêtes,
- ainsi qu'à tous les professionnels ayant accepté de participer aux enquêtes.

SOMMAIRE

Contexte de l'étude	1
Objectifs et méthode	2
• Les objectifs	2
• La méthode	2
• Le calendrier	3
Résultats de l'étude	4
• Revue de littérature	4
• Enquête auprès des professionnels de la périnatalité	7
• Enquête auprès des professionnels de l'addictologie	19
Discussion et perspectives	25
Annexe : Études comparatives de la méthodologie et des principaux résultats	28
Bibliographie	33

Contexte de l'étude

Les répercussions de la consommation de produits psycho-actifs pendant la grossesse sur la santé de l'enfant à naître nécessitent de renforcer les mesures de prévention, de repérage et d'accompagnement des femmes concernées. Si la pression sociale peut contribuer à instaurer chez les femmes enceintes, un sentiment de culpabilité ou au contraire une sous-estimation du risque surtout pour l'alcool, les professionnels de santé y sont également sensibles. Des études ont montré que leurs représentations et leurs attitudes influencent fortement leurs pratiques de repérage (1) (2).

La consommation de produits psychoactifs pendant la grossesse est bien documentée, au niveau national avec les enquêtes nationales périnatales (1998, 2003, 2010), comme régional. En 2009, d'après une enquête conduite par l'ORS auprès de 1 000 femmes sur 5 pays de Bourgogne, 17 % des femmes déclaraient fumer pendant leur grossesse, et 25 % déclaraient avoir consommé de l'alcool, dont près de 5 % de façon régulière.

En revanche, peu d'informations sont disponibles en France sur les pratiques et représentations des professionnels de la périnatalité et de l'addictologie.

Dans le cadre du projet addictions du projet régional de santé (PRS), le groupe projet Addictions et femmes enceintes de l'Agence régionale de santé souhaite connaître les pratiques des professionnels de la périnatalité et de l'addictologie en matière de repérage et de prise en charge des femmes enceintes consommatrices de produits psychoactifs. Cet état des lieux vise à évaluer les besoins en formation sur les spécificités des problématiques d'addiction en périnatalité, et sur les partenariats et le travail en réseau qu'il serait possible et souhaitable de développer.

Objectifs et méthode

Les objectifs

- ❖ Caractériser les pratiques de repérage et d'intervention brève des professionnels de la périnatalité
- ❖ Identifier les représentations des professionnels sur les femmes enceintes avec addictions
- ❖ Répertorier les structures et professionnels pouvant prendre en charge les femmes ayant une dépendance ou une consommation nocive
- ❖ Identifier d'éventuelles organisations spécifiques des structures d'addictologie pour recevoir des femmes enceintes
- ❖ Identifier s'il existe des pratiques de soutien à l'abstinence en post-natal

L'état des lieux a été réalisé à partir de plusieurs sources d'information.

La méthode

• Revue de littérature

Une revue bibliographique a été réalisée pour faire le point sur les connaissances dans le domaine des addictions en périnatalité. La recherche bibliographique a été centrée sur 3 objectifs :

- ❖ État des lieux des pratiques des professionnels autour des addictions chez les femmes enceintes
- ❖ Éléments sur les représentations des professionnels autour de cette problématique
- ❖ Méthodologie d'enquêtes existantes

Étant donné les contraintes de temps, la recherche a été limitée à un nombre restreint de bases de données, jugées les plus utiles et les plus pertinentes : réseau Fnors, BDSP, Cochrane, site de l'OFDT, IPPSA.

- ❖ Mots clés : grossesse, addiction, tabac, alcool, drogues, intervention brève.
- ❖ Critères de sélection : d'après le titre, le résumé, la disponibilité de l'article, l'année > 2002.
- ❖ Résultats : près de 100 documents trouvés
- ❖ 17 documents retenus, dont :
 - Recommandations d'institutions / sociétés savantes : HAS ; recommandations cliniques médecine générale ; INPES n=3
 - Revues systématiques Cochrane évaluant l'efficacité des interventions n=5
 - Enquêtes (résultats et méthodologie) n=9

• Rencontres territoriales des acteurs de la périnatalité

L'ORS Bourgogne a participé aux réunions organisées par le Réseau Périnatal Bourguignon (RPB) entre les représentants de l'ARS et les professionnels de la périnatalité fin octobre 2013 dans chaque département. Ces réunions ont permis de faire le point sur l'organisation de l'offre de soins périnatale.

- **Enquêtes spécifiques auprès des professionnels de la périnatalité et ceux de l'addictologie**

Pour répondre aux questionnements de l'ARS, deux enquêtes ont été organisées :

- La première auprès des professionnels de la périnatalité pour caractériser leurs pratiques de repérage et de prise en charge des addictions chez les femmes enceintes, et évaluer leurs besoins en formation.
- La deuxième auprès des structures d'addictologie, pour identifier les prises en charge spécifiques des femmes enceintes, et évaluer les besoins de formation des professionnels.

Les questionnaires ont été validés par le groupe projet.

Ces enquêtes ont été auto-administrées par questionnaire à l'aide du logiciel d'enquête en ligne Lime Survey.

Elles ont été conduites entre le 14 janvier et le 4 février. Les professionnels ont été sollicités par voie électronique.

Le calendrier

Octobre 2012	Réception du cahier des charges définitif Participation aux réunions territoriales organisées par l'ARS et le RPB	
Novembre 2012	Revue de littérature	
Décembre 2012	Définition du protocole d'enquête Validation questionnaire par le groupe projet ARS	
Fin déc début janvier 2013	Test auprès de l'URPS et membres du groupe projet, ayant conduit à une forte réduction des questionnaires.	
14 Janvier 2013	Lancement de l'enquête périnatalité : - Enquête électronique auprès des services de maternité - Appui de structures relais : URPS, Conseil de l'Ordre des sages-femmes, réseaux périnataux de proximité et réseau périnatal bourguignon	Lancement de l'enquête addictologie : - Enquête électronique auprès des services hospitaliers - Sollicitation de relais : associations gestionnaires (Anpaa, Sedap, Sdit 71) et réseaux addictions (Hemera, Tab'Agir, Remed'Addictions)
21/01 au 25/01	1 ^{ère} relance téléphonique pour confirmer réception des courriels et mobiliser les acteurs relais	
28/01	2 ^e relance par voie électronique pour les deux enquêtes	
4/02	Fin des enquêtes	
Du 5/02 au 10/02	Analyse des résultats	
14/02	Présentation des résultats au groupe projet	
Du 15/02 au 31/03	Rédaction du rapport d'études	
29/03	Présentation des résultats lors de la journée annuelle du RPB	
Avril à septembre	Diffusion des résultats / communication	

Résultats de l'étude

Revue de littérature

- **La grossesse, moment propice au changement**

Pour l'Inpes, la grossesse est un moment propice au changement, car les femmes sont conscientes que leur mode de consommation de produits psychoactifs peut avoir un impact sur la santé de l'enfant à naître (3).

En 2003, le groupe d'étude grossesse et addictions (GEGA) a montré qu'il était possible, à l'occasion d'une grossesse, d'infléchir la trajectoire de certaines femmes (consommatrices de drogues et substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage durant leur grossesse) même si elles ont un passé très lourd (4). Les auteurs soulignaient également l'importance de mettre en place une surveillance précoce et « normale » en réseau (maternité, centre d'addictologie et médecin généraliste) selon les principes de confiance et de réduction des risques, plutôt que de considérer la femme comme malade et impuissante face à son addiction (4).

- **Des interventions efficaces pour stopper ou réduire les consommations pendant la grossesse**

Les recommandations internationales de bonne pratique concernant l'alcool et la médecine générale prônent le repérage systématique. Les professionnels sont souvent limités par le manque de temps. Dans ce cas, il est préférable de repérer en priorité des groupes de population à haut risque ou dans des situations spécifiques, dont les femmes enceintes. Cependant, les auteurs de ces recommandations soulignaient des études concernant des interventions comportementales de conseils et de relation d'aide auprès des femmes enceintes qui soit ne démontraient aucun impact sur la consommation d'alcool, soit soulignaient un effet possible mais non significatif (5). Néanmoins, d'autres revues de littérature plus récentes confirment l'efficacité des interventions d'aide à l'arrêt auprès des femmes enceintes fumeuses (6), ou encore de façon moins certaine, des interventions de nature psychologique et/ou pédagogique pour réduire la consommation d'alcool (7).

Depuis 1999, la HAS (alors ANAES) recommande les interventions de type conseil minimal, intervention brève, entretien motivationnel. Plus récemment d'après Belkacem et al, l'entretien motivationnel tend à favoriser la diminution du nombre d'alcoolisations durant la grossesse (8). D'autres études ont également conclu à l'efficacité des interventions brèves chez les femmes enceintes pour réduire la consommation d'alcool (9).

- **La nécessité de travailler sur les représentations erronées des professionnels qui orientent leurs pratiques de repérage**

Plusieurs études ont montré que les pratiques de repérage des professionnels de la périnatalité sont fortement influencées par leurs représentations des mères consommatrices. Ainsi, parmi les freins au repérage précoce des conduites addictives chez les femmes enceintes, le réseau sécurité naissance Paca Est, Haute Corse et Monaco a identifié la sous-déclaration par les femmes mais aussi des éléments du côté du professionnel (1). Il existe de fortes variations des taux de prévalence d'un département à l'autre, et d'une année à l'autre, la sous-déclaration par les femmes et le sous-diagnostic sont opérateurs dépendants (10), liés à des facteurs tels que le savoir être du professionnel dans la conduite de l'entretien médical et ses représentations personnelles. Une équipe a aussi montré que (2) :

- ❖ Les professionnels ne se focalisent que sur l'alcoolisme important, oubliant que le risque associé à l'alcool apparaît même avec des consommations modérées.
- ❖ Des professionnels privilégient l'observation plutôt que le dialogue avec la patiente, considérant que l'alcoolisme se voit, peut s'identifier à l'œil nu.
- ❖ Les praticiens font la distinction entre le « bon alcoolisme », l'alcoolisme mondain, et l'alcoolodépendance chez les femmes de milieux défavorisés. Certains professionnels n'abordent pas la question de la consommation d'alcool pendant la grossesse, considérant qu'ils n'accueillent pas de femmes issues de milieux défavorisés.

(Sources : Réseau Périnatal Bourguignon, ORS).

- **La synthèse des réunions territoriales** (sources : Réseau Périnatal Bourguignon, ORS)

La question est posée sur l'opportunité du repérage au cours de l'entretien prénatal précoce, qui est prévu au 4^e mois de grossesse. Des professionnels ont souligné que cet entretien arrivait tardivement, bien souvent au-delà du 4^e mois. De plus, il n'est pas renouvelé par les femmes qui ont déjà vécu une ou plusieurs grossesses.

Les avis et les pratiques divergent sur les objectifs et la manière de réaliser l'entretien prénatal précoce. Les professionnels de la périnatalité appartenant à des réseaux de proximité sont davantage organisés : utilisation d'une grille d'entretien commune pour objectiver le recueil d'informations, relais auprès des professionnels spécialisés en cas de repérage d'un risque médical, psychologique ou social.

En dehors de ces réseaux, les échanges sur la situation de la femme enceinte sont moins fréquents et moins formalisés.



Côte-d'Or

23 participants

- Difficultés d'articulation des acteurs de la périnatalité, communication à renforcer
- Redéfinir les missions des réseaux de proximité : soins ou coordination des professionnels, faciliter les parcours de soins des patientes ?
- Entretien Prénatal Précoce : qui, où, comment et *pourquoi si peu réalisé* ?
- Trop d'informations données aux femmes
- Comment construire un outil d'information synthétique, clair et associant tous les acteurs ?
- les maisons de santé pluridisciplinaires sont une réelle alternative aux professionnels de la périnatalité libéraux.
- mutualisation des moyens entre le réseau de santé châillonnais et le réseau diabète pour la prise en charge du diabète gestationnel.



Nièvre

17 participants

- Département le plus couvert par les réseaux de proximité.
- coordination des professionnels de santé sur les territoires non couverts par les réseaux périnataux de proximité (RPP) à renforcer.
- Trop d'informations données aux femmes
- Entretien Prénatal Précoce : qualité, objectifs, transmission de l'information à qui (RPP ou professionnels de santé) et comment ?
- Absence d'un outil de transmission commun à tous les acteurs
- Hétérogénéité des prises en charge par les SAMU selon le département
- Problème de l'accès aux soins (contexte socioéconomique)
- utilisation de grilles d'entretien pour l'EPP permet d'objectiver les informations recueillies.



Saône-et-Loire

25 participants

- Parcours de soins morcelés du fait d'une offre de soins diversifiée (intérêt de la coordination entre structures et professionnels de santé)
- Offre de soins déficiente en milieu rural.
- Entretien Prénatal Précoce : définition, quelles transmissions, faut-il le systématiser ?



Yonne

15 participants

- coordination entre les professionnels du secteur hospitalier, libéral et PMI à renforcer.
- Entretien Prénatal Précoce : manque de communication auprès des professionnels et des usagers, le proposer systématiquement, redéfinir les modalités de transmissions.
- Partenariats avec offre de soins psychologique et addictologique organisés, à renforcer.
- Problème de l'accès aux soins (contexte socio-économique).
- Manque d'outil d'information auprès des usagers sur l'offre de soins.

Constats partagés sur les territoires

1. Manque de lisibilité de l'offre de soins pour les usagers et les professionnels de santé
Plusieurs partenaires proposent les mêmes activités sur un même territoire
Plusieurs partenaires dans le parcours de soins des patientes
⇒ Plusieurs sources d'information
2. Manque de transmission des informations *médico-sociales* entre les acteurs de la périnatalité
3. Difficultés d'accès aux soins *de proximité* surtout en milieu rural

Enquête auprès des professionnels de la périnatalité

Profil des répondants

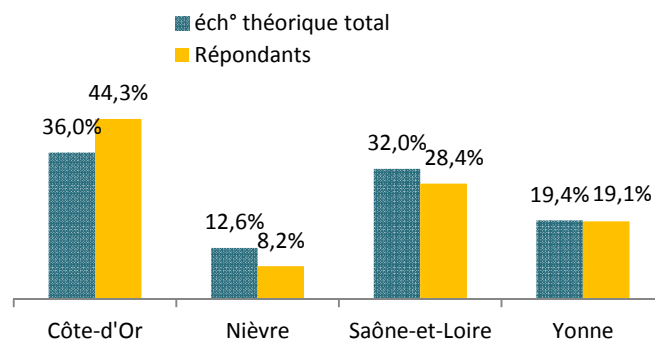
Au total, 1 660 professionnels étaient potentiellement destinataires de l'enquête périnatalité ; 187 ont répondu soit un taux de participation de 11,2 %. La Côte-d'Or est sur représentée.

L'échantillon de répondants est constitué de 54 % de sages-femmes, 32 % de médecins généralistes, 10 % de gynécologues obstétriciens.

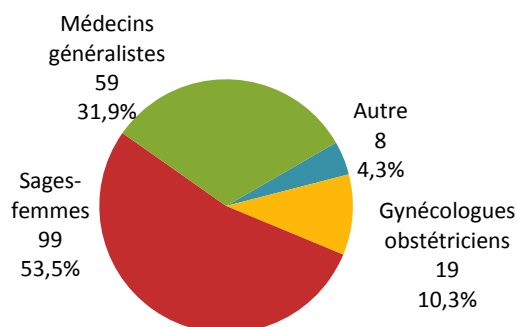
Seuls 5 % des généralistes sollicités ont participé à l'enquête, or ils constituent 72 % de l'échantillon théorique. Les gynécologues ont davantage répondu (13 %), et plus encore les sages-femmes (31 %).

La moitié des répondants exerce une activité libérale, et près de 40 % sont salariés dans un hôpital public.

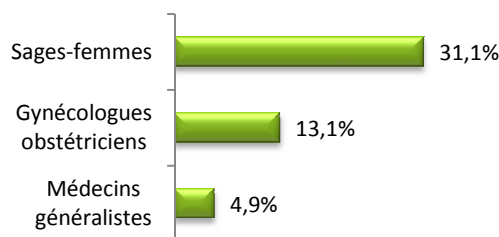
Répartition par département, de l'échantillon théorique et de l'échantillon de répondants



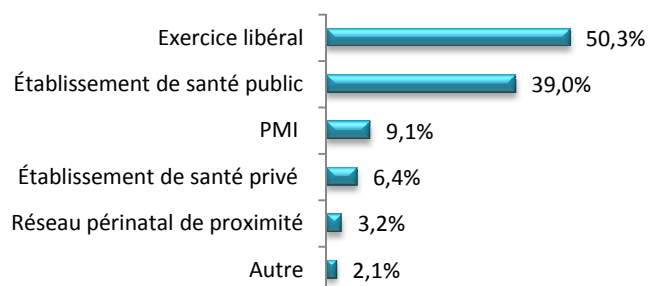
Composition de l'échantillon de répondants (n = 187)



Taux de réponse par profession (n=187)



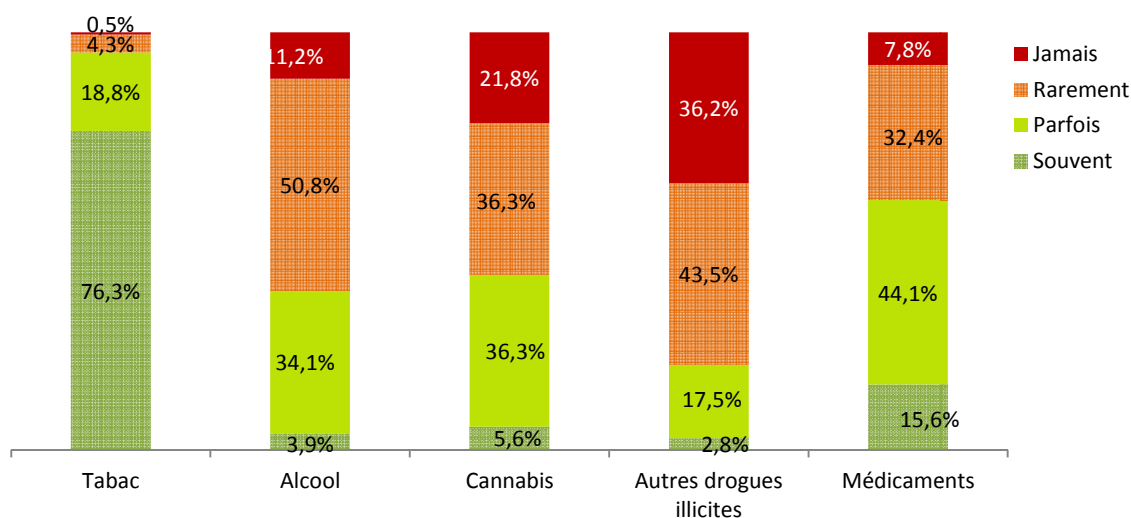
Activité exercée par les répondants



Fréquence de rencontre de femmes enceintes consommatrices de produits psychoactifs et techniques d'approche utilisées

La majorité (95 %) des professionnels répondants rencontre « *souvent ou parfois* » des femmes enceintes fumeuses et 60 % « *souvent ou parfois* » des femmes consommant des médicaments durant la grossesse. Les fréquences sont plus réduites pour les trois autres produits (cannabis : 42 %, alcool : 38 %, autres drogues illicites : 20 %).

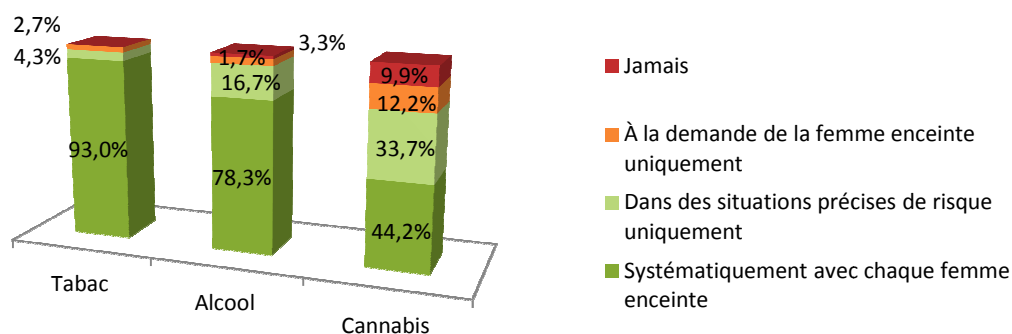
À quelle fréquence rencontrez-vous des femmes enceintes consommatrices ?



Les professionnels mettent en œuvre des stratégies différentes selon les produits pour aborder la question de la consommation avec les femmes enceintes. Quasiment tous (93 %) déclarent poser la question de façon systématique pour le tabac, 78 % pour l'alcool, et 44 % pour le cannabis.

Un tiers des répondants questionne la consommation de cannabis dans des situations précises de risque, et 1 sur 6 procède de même pour l'alcool.

Comment abordez-vous la question de la consommation de produits ?



Le plus souvent, les professionnels identifient des situations à risque à partir de symptômes cliniques chez l'enfant. Ils sont également interpellés par des signes physiques comme l'odeur de tabac ou d'alcool, l'allure générale de la patiente, etc. La connaissance du contexte socio-économique et familial peut aussi les amener à poser la question de la consommation.

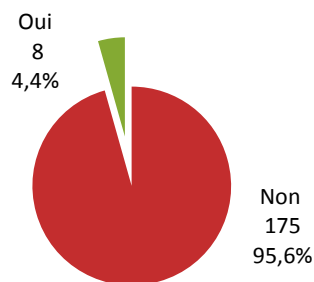
Question de la consommation dans des situations précises de risque

TABAC	- Signes physiques : odeur tabac	N=3
	- Symptômes cliniques : RCIU*, tachycardie fœtale	N=4
CANNABIS	- Symptômes cliniques : RCIU, syndrome de sevrage fœtal	N=7
	- Contexte : consommation de tabac, milieu social, conjoint / entourage consommateurs	N=24
	- Signes physiques, comportement patiente, âge	N=14
ALCOOL	- Contexte : contexte défavorisé, environnement familial, conjoint alcoolo-dépendant., antécédent de consommation connu	N=9
	- Contexte : contexte défavorisé, environnement familial, conjoint alcoolo-dépendant., antécédent de consommation connu	N=14
	- Signes physiques / comportement / impression du professionnel: allure générale, haleine ou faciès alcoolique, logorrhée ou mutisme	N=7
	- Symptômes cliniques : retard de croissance, suspicion SAF (échographie)	N=6

*RCIU : retard de croissance intra-utérin

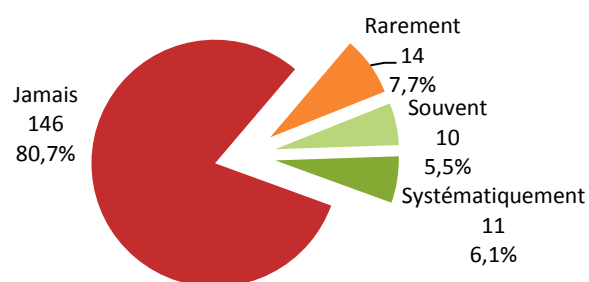
L'utilisation de questionnaires standardisés est peu répandue chez les professionnels de la périnatalité. Seuls 8 répondants (4 %) déclarent utiliser ce type d'outils, dont 8 pour le tabac, 4 pour l'alcool et 2 pour le cannabis.

Utilisez-vous des questionnaires standardisés pour le repérage des troubles liés à la consommation de produits psychoactifs ?



Peu de professionnels (12 %) déclarent utiliser « systématiquement » ou « souvent » le CO testeur.

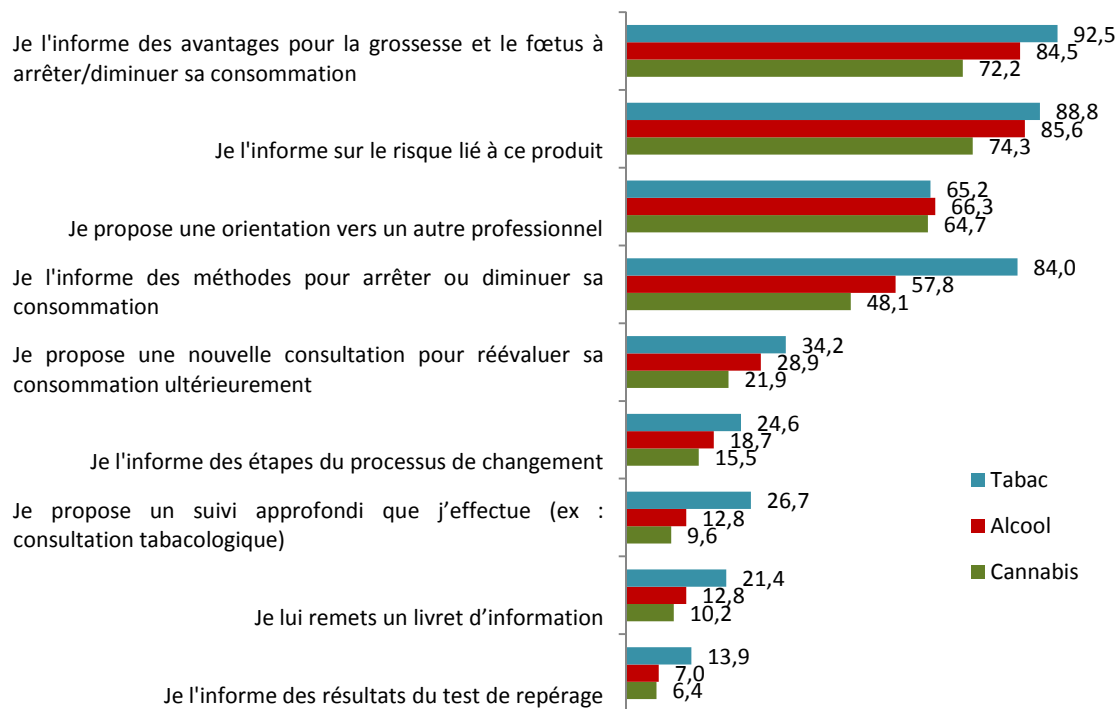
Utilisez-vous le CO-testeur ?



Après avoir décelé une consommation de produit(s) chez la femme enceinte, les principales stratégies mises en œuvre sont d'abord de nature informative, avec des fréquences variées selon le produit. La majorité des professionnels (93 %) délivre d'abord l'information sur les avantages de l'arrêt ou de la diminution pour la grossesse et le fœtus aux parturientes fumeuses, 85 % à celles consommant de l'alcool, et 72 % à celles consommant du cannabis. L'information porte aussi sur les risques liés au produit (délivrée par 89 % des répondants pour le tabac et 74,3 % pour le cannabis). L'orientation vers un autre professionnel est proposée par près de deux tiers des répondants quel que soit le produit. Plus d'un quart (27 %) des répondants proposent eux-mêmes un suivi approfondi en cas de tabagisme chez la femme enceinte, 13 % en cas de consommation d'alcool, et 10 % en cas de consommation de cannabis.

Vous décelez une consommation, que faites-vous?

En % de citations (plusieurs réponses possibles)



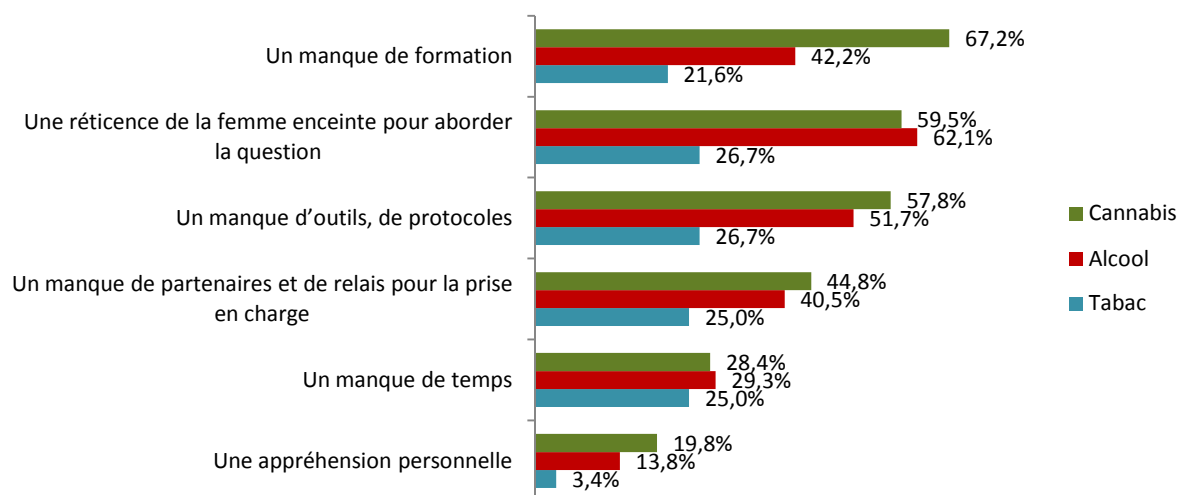
Difficultés dans le repérage et le suivi, des pistes pour les contenus de formation

De nombreux professionnels (116 répondants - 62 %) déclarent rencontrer des difficultés dans le repérage et le suivi des femmes enceintes consommatrices de produits. Parmi les difficultés évoquées, les professionnels citent d'abord le manque de formation, dans des proportions très variables selon le produit : de 22 % pour le tabac à 67 % pour le cannabis. La réticence de la femme enceinte vient en deuxième citation (entre 27 % des répondants pour le tabac jusqu'à 62 % pour l'alcool). Cependant, cela peut traduire les représentations des professionnels, au-delà des freins posés par les femmes elles-mêmes.

Entre 27 % pour le tabac et 58 % pour le cannabis déclarent manquer d'outils et de protocoles. Entre 25 % et 45 % des répondants évoquent un manque de partenaires et de relais pour la prise en charge.

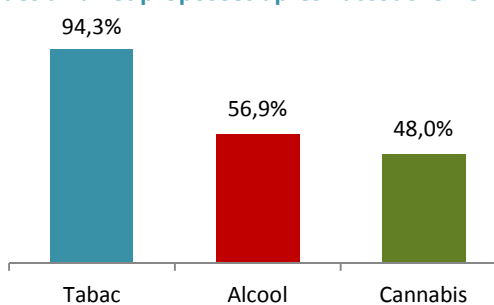
Difficultés rencontrées par les professionnels, dans le repérage et le suivi des femmes enceintes consommatrices

En % de citations (plusieurs réponses possibles)



La plupart des répondants (71 %) déclarent proposer des aides à la mère après la naissance de l'enfant pour ne pas reprendre la consommation de produit. Parmi eux, la très grande majorité (94 %) le fait pour le tabac contre 57 % pour l'alcool et 48 % pour le cannabis.

Aides à l'arrêt proposées après l'accouchement

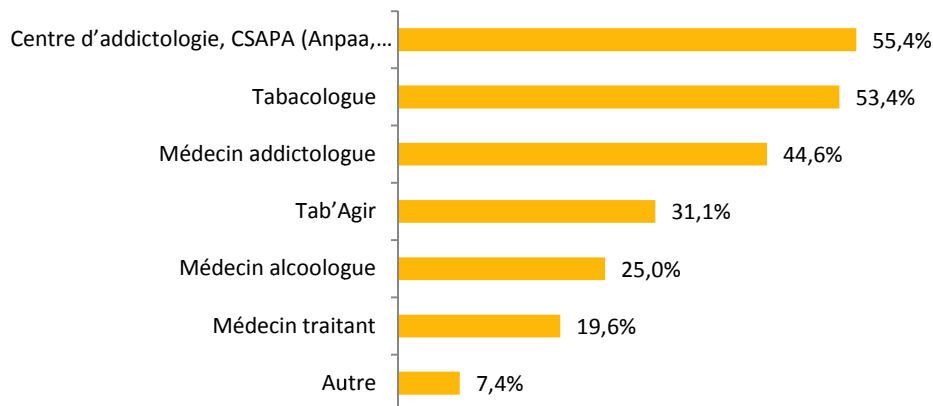


8 répondants sur 10 ont des correspondants habituels pour les questions d'addictions

La majorité des professionnels (79 %) déclare avoir des correspondants habituels dans le champ de l'addictologie. Il s'agit plus d'une fois sur deux de centres de soins spécialisés (55 %) et de tabacologues (53 %). Les médecins addictologues et alcoologues sont cités en moindres proportions (respectivement 45 % et 25 %). Le réseau Tab'agir, qui a un rayonnement régional depuis 2009, est cité par 31 % des répondants.

Correspondants addictions

En % de citations (plusieurs réponses possibles)

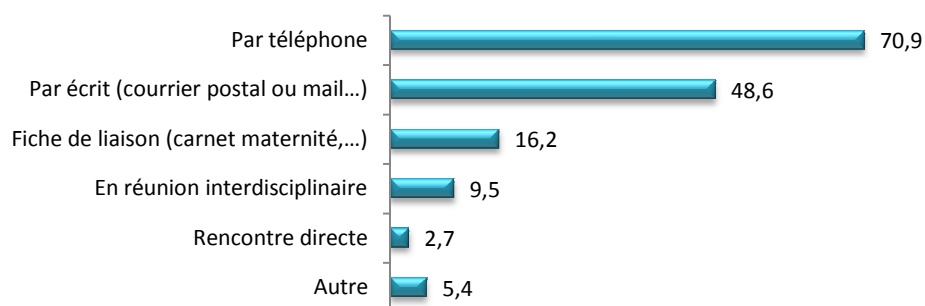


Échanges

La majeure partie des échanges avec les professionnels du champ de l'addictologie se fait par téléphone (71 %). La forme écrite est utilisée une fois sur deux (49 %). Des documents formalisés du type carnet maternité sont beaucoup moins utilisés (16 %).

Sous quelles formes se font les échanges avec les professionnels de l'addictologie ?

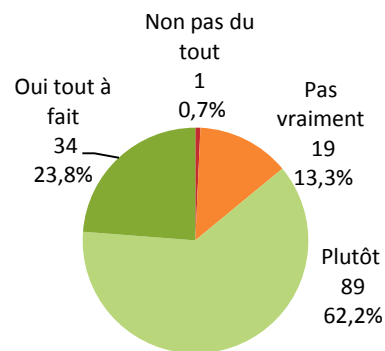
En % de citations (plusieurs réponses possibles)



Niveau de satisfaction et pistes d'amélioration

Parmi les professionnels ayant des correspondants habituels en addictologie, près de 9 répondants sur 10 (86 %) déclarent être tout à fait ou plutôt satisfaits de ces partenariats.





Êtes-vous satisfait de ces partenariats ?



Les partenariats fonctionnant bien reposent sur des liens avec des réseaux de périnatalité, les services de protection maternelle et infantile (PMI) ou encore le fait d'exercer dans une structure hospitalière.

Le retour d'informations ressort parmi les points à améliorer. Le manque de places en structures spécialisées a été cité ponctuellement.

Les partenariats fonctionnant bien par département (n=20)





	<p>En Côte-d'Or</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centre d'addictologie • Pmi et psychologue • Sage-femme tabacologue au sein de notre unité • Sage-femme tabacologue CHU, sage-femme coordinatrice avec CHU • Service d'addictologie de l'hôpital ou je travaille, réseau Tab'agir Yonne • Service d'addictologie hospitalier (drogues multiples) • Sage-femme tabacologue en maternité • Sage-femme tabacologue maternité Bocage Psychiatre maternité Bocage Csapa Sedap Tivoli Csapa • Tabacologue 		<p>Dans la Nièvre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge conjointe avec le médecin traitant passerelle entre le volet périnatalité et le volet addictologie au sein du RSHN¹
	<p>En Saône-et-Loire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centre anti tabac au centre hospitalier car prise en charge multidisciplinaire (médecin, psychologue...) • Consultation tabacologique au centre hospitalier • Équipe au sein de l'hôpital disponible rapidement pour venir voir une patiente • Sage-femme tabacologue dans le service qui aide à initier des traitements nicotiniques de substitution pendant les hospitalisations • Lien avec l'hôpital (CCAA) 		<p>Dans l'Yonne</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tab'agir [x4] • Relation avec le service d'addictologie du centre hospitalier

Département non renseigné : adresse électronique et portable du médecin addictologue / entretien à domicile conjoint avec un professionnel mobile de l'ANPAA.





*Citations rapportées de manière exhaustive
Rappel : l'enquête est anonyme et ne permet pas d'identifier les lieux et modes d'exercice du professionnel interrogé.*

¹ Réseau de santé du haut nivernais

Des pistes d'amélioration (n=5)

	En Côte-d'Or <ul style="list-style-type: none"> Le plus souvent, pas d'échange en retour quand contact établi 		Dans la Nièvre <ul style="list-style-type: none"> Besoin de plus de retours de prise en charge des patientes [x2]
	En Saône-et-Loire <ul style="list-style-type: none"> Pas de lien avec Chalon Manque de place en consultations spécialisées 		Dans l'Yonne pas de commentaire spécifique.

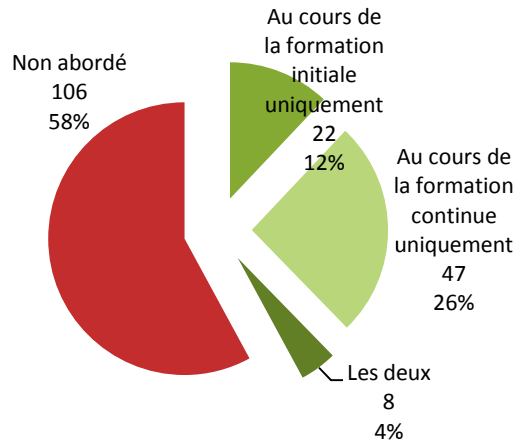
Vous n'avez pas de partenariats, précisez pourquoi ? (n=16)

	En Côte-d'Or <ul style="list-style-type: none"> Pas ou peu de connaissance des professionnels de l'addictologie [5] « Je suis remplaçante depuis peu et je ne me suis pas encore créé de réseau » Pas concerné [x2] Peu de contacts avec ce type de partenaires Propositions faites à la patiente seulement 		Dans la Nièvre <ul style="list-style-type: none"> « Je ne me suis pas franchement renseigné ; je passe par le médecin traitant » « Manque de structure efficace, manque de réseau, manque d'interlocuteurs, aucune réponse aux courriers, pas de prise en charge efficace, valse des professionnels » « Pas besoin »
	En Saône-et-Loire <ul style="list-style-type: none"> « Ils sont très peu nombreux et rarement disponibles au moment souhaité. D'autre part, lorsqu'on demande de l'aide pour un traitement substitutif ou une conduite à tenir, ils ne veulent pas s'engager et prendre la responsabilité de prescrire... » « Remplaçante, je connais peu les réseaux locaux, qui ont souvent des délais de RDV longs et souvent réticence des patientes ++ qui ont souvent autre chose à penser en post-accouchement et estiment que ça n'est pas le moment d'en parler » 		Dans l'Yonne <ul style="list-style-type: none"> « Qui, quand, comment les joindre ? manque d'information »

Formation en addictologie adaptée à la périnatalité

Seuls 77 professionnels (42 %) déclarent avoir abordé l'addictologie en périnatalité dans leur formation initiale et/ou continue. Au total, près de 60 % des répondants déclarent n'avoir reçu aucune formation en addictologie.

Les problématiques d'addiction ont-elles été abordées au cours de vos formations ?



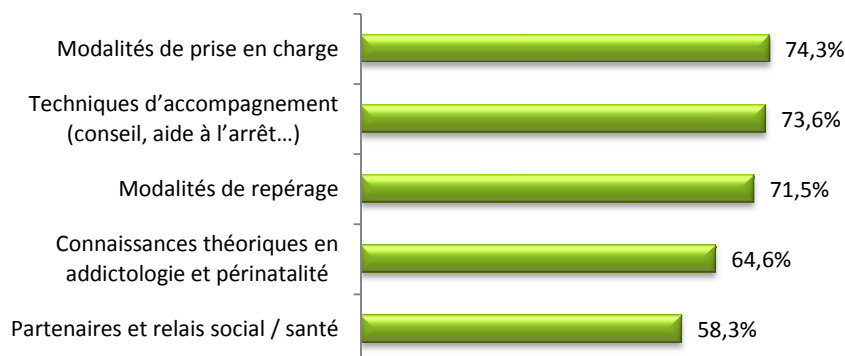
Besoins de formation

Plus de trois quarts des répondants (144) déclarent vouloir se former dans le domaine de l'addictologie.

Parmi les contenus de formation proposés dans le questionnaire, les professionnels citent en premier lieu un besoin concernant les modalités de prise en charge et les techniques d'accompagnement (74 % chacun), puis les modalités de repérage (72 %). Même s'ils sont cités moins fréquemment, les autres contenus envisagés sont aussi souhaités : 65 % des répondants souhaiteraient être formés sur les connaissances théoriques, et 58 % sur les partenariats et les relais.

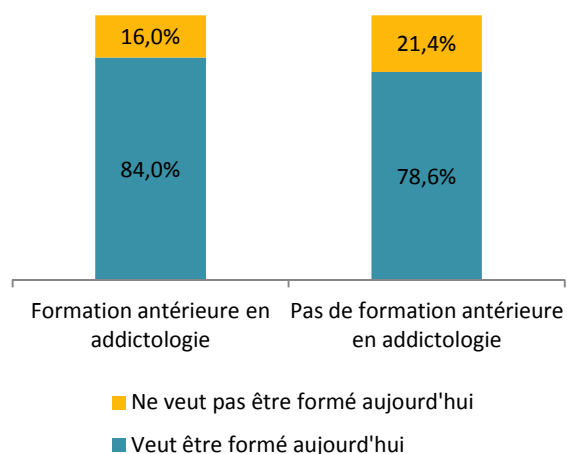
Cette formation devrait porter sur :

En % de citations (plusieurs réponses possibles)



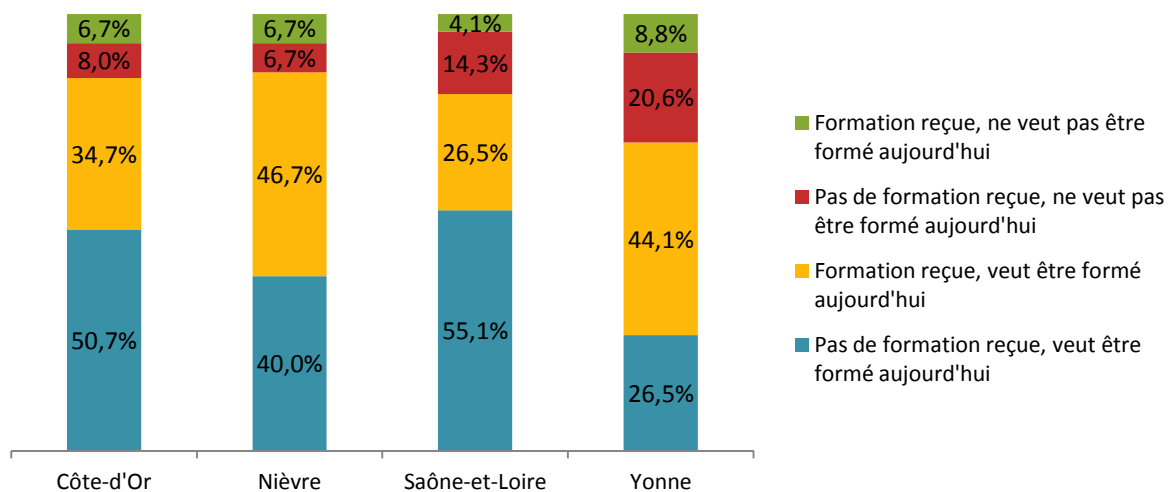
Il existe aussi un souhait de formation quel que soit le niveau de formation antérieure. Ainsi, près de 80 % des professionnels n'ayant pas suivi de formation en addictologie se déclarent intéressés par une formation au moment de l'enquête, contre 84 % de ceux qui ont déjà abordé cette thématique en formation.

Répartition des répondants selon leur formation antérieure en addictologie et leur souhait de formation actuel



Les professionnels déclarent une forte volonté de formation dans tous les départements (au moins 71 %).

Répartition des répondants selon leur formation antérieure en addictologie et leur souhait de formation actuel, par département



Synthèse / Professionnels de la périnatalité

- ❖ Des professionnels qui rencontrent fréquemment des femmes consommatrices de produits psychoactifs.
- ❖ Une utilisation peu répandue des outils de repérage standardisés.
- ❖ Des difficultés pour repérer et suivre ces femmes enceintes
- ❖ Des besoins de formation réels, pour tous les produits (y compris pour le tabac, même si en proportion moindre).
- ❖ 6 répondants sur 10 n'ont jamais abordé la thématique des addictions au cours de leurs formations (initiale et/ou continue).
- ❖ 7/10 intéressés par une formation sur cette thématique.

Enquête auprès des professionnels de l'addictologie

50 professionnels ont participé à l'enquête.

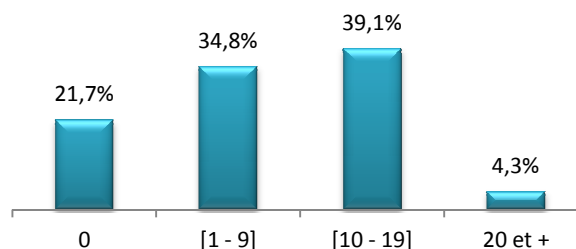
Il n'est pas possible de calculer un taux de réponse pour ce volet de l'enquête, l'exacte diffusion de celle-ci, organisée par les relais, étant inconnue.

Un répondant sur cinq déclare ne pas voir de femmes enceintes. La moitié en a vu 3 ou plus dans l'année, le maximum allant jusqu'à 50, en établissement hospitalier.

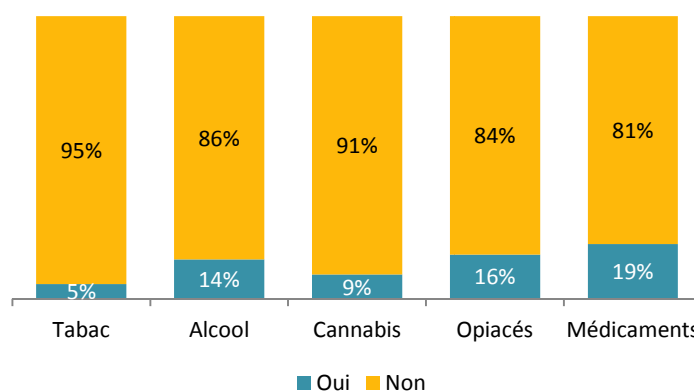
Les professionnels de l'addictologie maîtrisent les problématiques des addictions. Ils peuvent toutefois rencontrer des difficultés spécifiques avec les femmes enceintes. C'est le cas de 5 % des répondants pour le tabac, 9 % pour le cannabis, 14 % l'alcool, 16 % les opiacés et 19 % les médicaments.

La moitié des répondants déclare avoir mené une réflexion spécifique autour des problématiques des addictions chez les femmes enceintes, près de 45 % ont mis en place une organisation spécifique, 24 % des actions de prévention et 16 % ont délivré des formations sur la thématique des addictions chez les femmes enceintes.

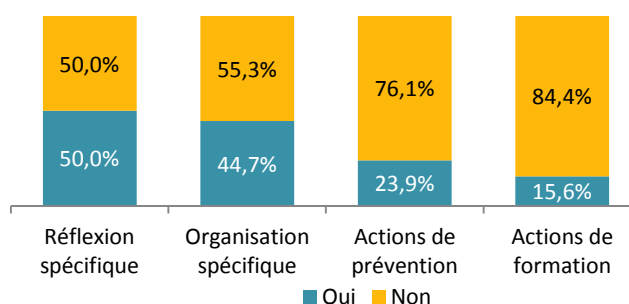
Répartition des répondants selon le nombre de femmes enceintes vues dans l'année



Rencontrez-vous des difficultés pour suivre des femmes enceintes ?



Mise en place d'activités spécifiques pour suivre les femmes enceintes



Difficultés rencontrées et mise en place d'activités spécifiques : résultats par département**CÔTE-D'OR (n=16)**

	Thématique / activité	Évoqué par :
Difficultés	Déni de la consommation	Méd addictologue ELSA ²
	Abandon du suivi	Infirmière - CH service d'addictologie
	Banalisation de la consommation (cannabis)	Méd addictologue ELSA
	Dépistage peu fait, difficile	Infirmière - CH service d'addictologie
	Manque de connaissances spécifiques	Infirmière - ANPAA ³
	Suivi souvent au moment de l'accouchement	Infirmière - CH service d'addictologie
Organisation	Consultations spécifiques	Sedap ⁴ + Csapa ⁵
Points de réflexion	Accompagnement pluridisciplinaire	Conseillère en économie sociale et familiale – Sedap
	Évaluation de la demande et formation personnelle (avant mise en place de la consultation spécifique)	Sedap
	Formation mindfulness ⁶	Infirmière – ANPAA
Actions de prévention	Pratique du conseil minimal	Infirmière, médecin addictologue – Sedap et infirmière – CH service addictologie
Actions de formation	Formation interne	CH service d'addictologie
	Formation dans services de maternité, PMI	Sedap

**NIÈVRE (n=10)**

Difficultés	Déni de la consommation	Médecin
	Sevrage parfois dangereux avec risque de passage à l'acte	Médecin
	TCC ⁷ non prises en charge par la CPAM	Médecin
Points de réflexion	<i>Collaboration avec PMI sans précision</i>	Travailleur social – Anpaa
	Peu de demandes des femmes enceintes en addictologie	Psychologue – Anpaa
Actions de prévention	<i>Collaboration avec PMI sans précision</i>	Travailleur social – Anpaa
	Réduction si arrêt pas possible	Tabacologue

² Équipe de liaison et de soins en addictologie

³ Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie

⁴ Société d'entraide et d'action psychologique

⁵ Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

⁶ La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (Mindfulness-Based Cognitive Therapy), est une approche de groupe développée par Zindel Segal, John Teasdale et Mark Williams. La MBCT est initialement destinée à prévenir les rechutes dépressives chez les patients en rémission d'une dépression unipolaire récurrente ; son indication s'étend aux troubles anxieux ainsi qu'aux autres troubles dominés par un processus psychopathologique de ruminations mentales.

⁷ Techniques cognitivo-comportementales



SAÔNE-ET-LOIRE (n=13)

Difficultés	Dépistage peu fait, difficile	CH/ELSA + Tabacologue + Méd addictologue
Organisation	Sage-femme tabacologue	Infirmière – ELSA
	Trinôme référent (médecin, infirmière, travailleur social)	Sdit
Points de réflexion	Travail sur la coordination avec maternité pour améliorer le dépistage et la prise en charge	Méd addictologue – ELSA
	Rareté des orientations en consultation spécifique d'addictologie	Méd addictologue – ELSA
	Seul recours dans l'urgence en post partum	Méd addictologue – ELSA
	Liens complexes avec les collègues obstétriciens ne permettant jamais d'aborder la question	Méd addictologue – ELSA
	Bilan des consommations à faire tout au long de la grossesse	Tabacologue – CH
Actions de formation	Enquête sur les difficultés et besoins des sages-femmes et gynécologues	Méd addictologue - ELSA



YONNE (n=14)

Difficultés	Problème d'observance du traitement	Méd addictologue ELSA
Organisation	Lien avec médecin traitant plus appuyé	Anpaa
Points de réflexion	Travail sur la coordination avec maternité pour améliorer le dépistage et la pec	Méd addictologues - CH Sens + Joigny
	Réunions de synthèse	Méd addictologue
	Possibilité de thérapie de couple	Intervenante socio-éducative – Anpaa
Actions de prévention	Réduction si arrêt pas possible	Interv socio-éducative Anpaa
Actions de formation	Tabac et grossesse	Infirmière tabacologue - CH Auxerre
	Formation dans services de maternité, PMI	CH service d'addictologie Méd addictologue – ELSA
	Journée pôle maternité sans tabac	Inf tabacologue – service d'addictologie Auxerre

62 % des répondants (28/45) déclarent avoir des partenariats avec les professionnels de la périnatalité. Ce sont plus souvent ces derniers qui orientent des femmes enceintes en addictologie (68 %), que l'inverse (50 %). Les actions de communication des professionnels du champ de l'addictologie sur leurs missions sont également fréquentes (64 %).

Les principaux partenaires des professionnels de l'addictologie sont les sages-femmes (75 %), les médecins généralistes (57 %), les maternités (50 %). Près de la moitié travaillent en partenariat avec les gynécologues obstétriciens (46 %), les services de protection maternelle et infantile (43 %), et près d'un tiers avec les réseaux de proximité et les pédiatres (32 %).

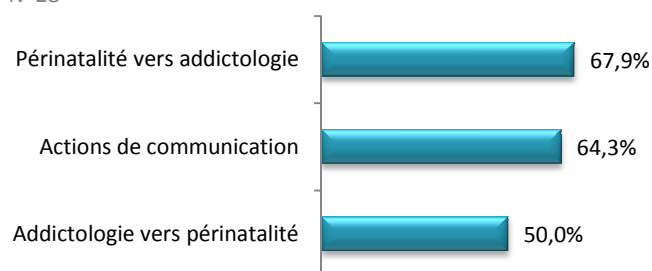
Échanges

La majeure partie des échanges avec les professionnels du champ de la périnatalité se fait par téléphone (57 %). Les réunions interdisciplinaires sont courantes (46 %). La forme écrite est utilisée dans une moindre proportion (36 %). Les documents formalisés type fiche de liaison sont peu répandus (7 %).

En quoi consistent les partenariats avec les professionnels de la périnatalité ?

En % de citations (plusieurs réponses possibles)

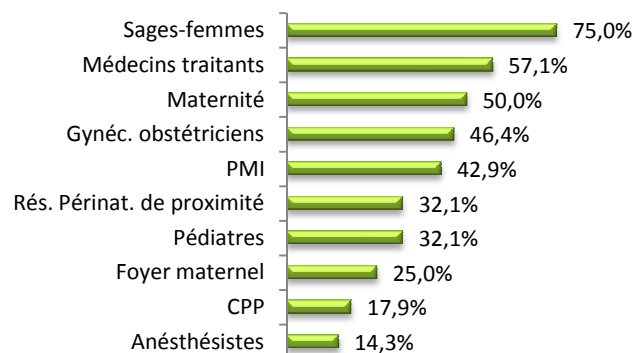
N=28



En quoi consistent les partenariats avec les professionnels de la périnatalité ?

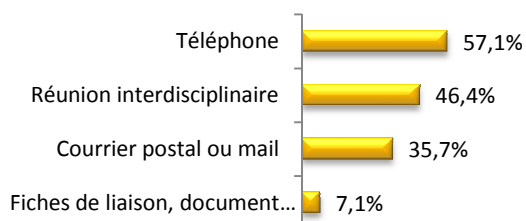
En % de citations (plusieurs réponses possibles)

N=28



Sous quelles formes se font les échanges avec les professionnels de l'addictologie ?

En % de citations (plusieurs réponses possibles)

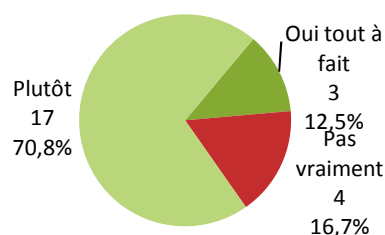


Niveau de satisfaction et pistes d'amélioration

Parmi les professionnels ayant des correspondants habituels en périnatalité, plus de 8 répondants sur 10 (83,3 %) déclarent être tout à fait ou plutôt satisfaits de ces partenariats.

Êtes-vous satisfaits de ces partenariats ?

N=24



Les partenariats fonctionnant bien reposent sur (n=6)

- des liens entre services de maternité et d'addictologie (infirmière, service d'addictologie en Côte-d'Or ; médecin généraliste – SDIT 71 ; médecin addictologue, CH Joigny ; médecin addictologue, CH Sens)
- des liens entre structures spécialisées et centres hospitaliers (médecin addictologue – Anpaa 89)
- et la mise en place de consultations spécifiques (médecin addictologue – Csapa Tivoli et Beaune)

Pistes d'amélioration proposées

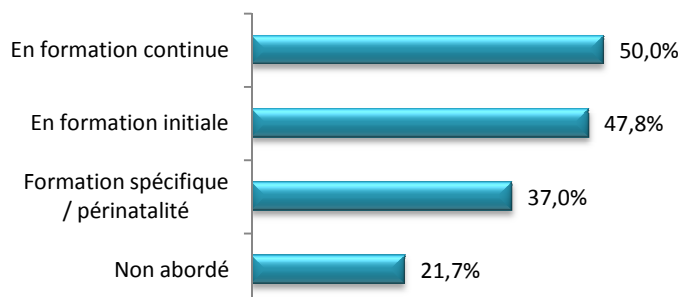
Pistes d'améliorations	Évoquées par
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Création d'une équipe de liaison spécifique pluridisciplinaire et trans-institutionnelle pour : <ul style="list-style-type: none"> • optimiser les suivis en cours, • améliorer la pertinence des repérages (consultation du 4e mois), • rendre un avis sur les suivis non institutionnels. 	Médecin généraliste, SDIT 71
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Formalisation du circuit de soins du repérage à la prise en charge de la femme enceinte 	Médecin addictologue, ELSA, 71
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Décloisonnement », encore difficile à mettre en pratique. 	Médecin addictologue, ELSA, 71
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Travail en réseau nécessaire pour aller au devant des femmes, qui n'émettent pas de demande spontanée. 	Psychologue, Anpaa 58

Formation en addictologie adaptée à la périnatalité

10 professionnels (22 %) déclarent ne pas avoir abordé les problématiques d'addictions en périnatalité au cours de leurs formations initiale et/ou continue.

Les problématiques d'addiction en périnatalité ont-elles été abordées au cours de vos formations ?

En % de citations (plusieurs réponses possibles)
N=46



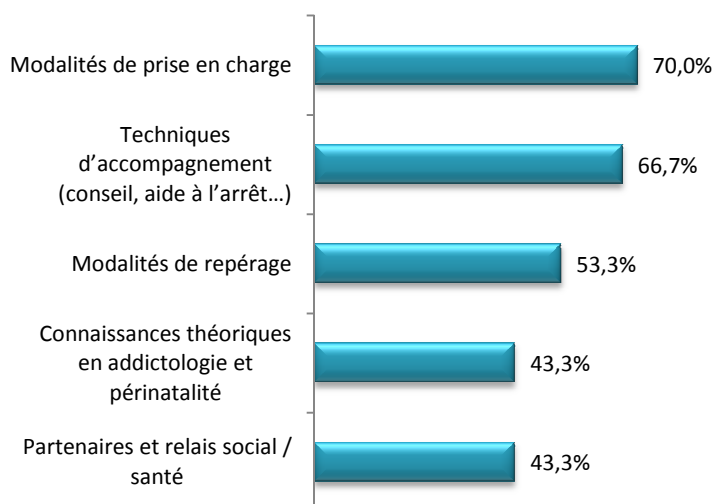
Besoins de formation

30 répondants (67 %) se déclarent intéressés par une formation sur les addictions chez les femmes enceintes.

Parmi les contenus de formation proposés dans le questionnaire, les professionnels citent en premier lieu un besoin concernant les modalités de prise en charge et les techniques d'accompagnement (respectivement 70 % et 67 %), puis les modalités de repérage (53 %). Même s'ils sont cités moins fréquemment, les autres contenus sont fréquemment cités : 43 % des répondants souhaiteraient être formés sur les connaissances théoriques, et autant sur les partenariats et les relais.

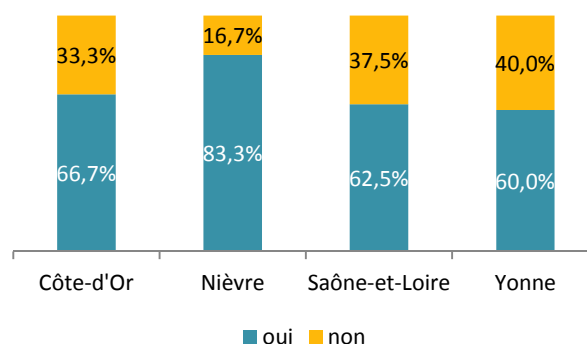
Cette formation devrait porter sur :

En % de citations (plusieurs réponses possibles)



Globalement, la volonté de formation est assez forte (67 %), elle varie selon les départements de 60 % à 83 % des répondants. Ces variations sont toutefois à prendre avec précaution, l'échantillon étant réduit.

Souhaits de formation par département



Synthèse / Professionnels de l'addictologie

- ❖ Des partenariats intra-hospitaliers qui permettent un repérage et une prise en charge plus efficace.
- ❖ Des partenariats extra-hospitaliers à renforcer.
- ❖ Des améliorations possibles sur les règles de circulation de l'information, et sur la connaissance des professionnels ressources.
- ❖ Une volonté assez forte de formation sur les spécificités des addictions en périnatalité.

Discussion et perspectives

L'interprétation des résultats et améliorations à prévoir concernant la méthodologie employée

Le questionnaire destiné aux professionnels de l'addictologie a été principalement constitué de questions ouvertes, pour recueillir un maximum d'informations sur les réponses apportées aux femmes enceintes, les modes d'organisation des services hospitaliers et structures d'addictologie, les problématiques rencontrées.

Les modalités d'enquête choisies sont innovantes. Les questionnaires ont été diffusés par courriel, avec sollicitation de différents professionnels ou structures pour assurer le relais de l'enquête. La relance téléphonique s'est avérée très utile et incontournable, car elle a permis d'avoir un contact plus direct avec les personnes, pour appuyer la nécessité de participer à l'enquête, rappeler les professionnels visés et le délai relativement court. Cependant, le nombre de répondants est faible malgré les relances effectuées. L'utilisation d'un questionnaire auto-administré a permis la réalisation de l'enquête dans un délai contraint. Les réponses fournissent des éléments de discussion pour une approche plus fine et qualitative.

Le fait de solliciter des relais entraîne une perte d'information, notamment sur le nombre de professionnels auprès desquels le questionnaire a été diffusé. Il a été impossible de calculer le taux de réponse du deuxième questionnaire pour cette raison. On peut néanmoins considérer que l'enquête a permis de recueillir une diversité des points de vue, les quatre départements sont représentés. Les commentaires sont assez homogènes, hormis lorsqu'ils évoquent une organisation spécifiquement locale tels qu'un réseau de santé ou une consultation spécifique destinée aux femmes enceintes. Il ne ressort pas véritablement de spécificités, ni de déficit majeur de structuration des dispositifs.

L'utilisation d'outils de dépistage à développer

Les outils standardisés sont peu utilisés par les professionnels de la périnatalité interrogés. Cette pratique mérite d'être développée. Au Canada, une enquête nationale a montré que 19,8 % des sages-femmes ; 44,7 % des gynécologues obstétriciens et 73,6 % des médecins généralistes utilisaient des questionnaires normalisés. Ces outils permettent de limiter la subjectivité des professionnels (11).

L'OFDT a montré que les formations au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB) permettent de faire évoluer les pratiques : 13 % des médecins généralistes utilisent des questionnaires standardisés pour le repérage de la consommation excessive d'alcool avant la formation RPIB, la proportion augmente à 43 % après la formation. Le plus utilisé est le FACE.

Le CO-testeur ne semble pas être intégré dans la pratique des professionnels de la périnatalité (12 % des répondants l'utilisent « systématiquement » ou « souvent »). Pourtant, la conférence de consensus de l'Anaes en 1999 soulignait son effet motivant à l'arrêt sur les femmes enceintes fumeuses (12).

Des besoins de formation communs aux professionnels de la périnatalité et de l'addictologie

Les professionnels des deux champs accordent le même ordre d'importance aux contenus de formation proposés dans le questionnaire, ce qui permet d'envisager des formations communes. Celles-ci favoriseraient le travail en réseau.

Le domaine des addictions semble nécessiter des formations récurrentes. Les professionnels déjà formés sur la thématique sont eux aussi favorables à une nouvelle formation.

Les représentations des professionnels n'ont pas pu être abordées avec l'outil d'enquête choisi. En effet, les techniques d'entretien sont plus appropriées pour les explorer, et les questionnaires ayant été jugés « lourds » par les professionnels lors du test, ont été allégés pour favoriser un meilleur taux de retour. Cependant, les représentations transparaissent dans certaines réponses, notamment lorsque les professionnels questionnent les consommations de produits psychoactifs en fonction de situations à risque, dont une partie est identifiée à partir d'impressions, de « suspicions », en fonction de l'allure ou du comportement de la patiente, de la connaissance d'antécédents, etc.

Les difficultés que les professionnels de la périnatalité déclarent rencontrer fournissent aussi des pistes. Les professionnels soulignent les réticences des femmes enceintes à aborder les questions de consommation de produits psychoactifs (59 % pour le cannabis, 62 % pour l'alcool), bien avant leurs propres appréhensions personnelles (respectivement 20 % et 14 %).

La littérature est assez documentée à ce sujet et confirme la nécessité de travailler, dans toute formation, sur les représentations (1) (2). L'évaluation des actions de formation RPIB par l'OFDT (13) a montré que celles-ci permettent de faire évoluer les représentations des professionnels concernant les patients. La proportion de médecins généralistes considérant le refus supposé du patient d'en parler comme un obstacle important passe de 54 % avant la formation à 24 % après. Et la tendance à minimiser la consommation ne constitue plus du tout un obstacle pour 30 % des médecins généralistes après la formation (5 % avant la formation).

Des pratiques de repérage et d'intervention déjà bien mises en œuvre pour le tabac, à développer pour l'alcool et le cannabis

Concernant le tabac, la pratique du RPIB par les professionnels de la périnatalité en Bourgogne est largement développée. En revanche, elle est moins fréquente en cas de consommation d'alcool par la femme enceinte, par rapport à la pratique observée chez les médecins généralistes en France (13) : 85 % des professionnels de la périnatalité bourguignons citent des avantages à diminuer la consommation (100 % des médecins généralistes), 86 % informent sur le risque lié au produit (100 %), 58 % expliquent des méthodes pour réduire la consommation (85 %). En revanche, les pratiques du RPIB en cas de consommation d'alcool et de cannabis sont nettement moins répandues.

Annexe : Études comparatives de la méthodologie et des principaux résultats

Auteur année	Méthode/objectifs	Principaux résultats
ORS Haute Normandie (2007) (14)	Étude grossesse et alcool. Enquête auprès des professionnels des maternités et services de néonatalogie. Questionnaire auto-administré auprès des professionnels des maternités et services de néonatalogie de la région, concernant leur expérience, leurs connaissances et pratiques par rapport au syndrome d'alcoolisation fœtale, la prise en charge des femmes alcoolo-dépendantes et leurs enfants.	<ul style="list-style-type: none"> ○ 41% des professionnels ont déjà été interrogés spontanément sur les risques liés à l'alcool. Les obstétriciens plus que les sages-femmes (63% vs 39%). ○ Pour les autres, 68,5% déclarent aborder le thème de l'alcool et de ses dangers auprès des femmes enceintes (24,5% systématiquement, et 44,0% en fonction de la réceptivité de la femme). ○ Quand une femme enceinte vue en consultation présente un problème avec l'alcool, 71,8 % des professionnels déclarent dans ce cas qu'ils contactent des praticiens ou des structures spécialisées et 3,2 % qu'ils gèrent le problème seuls. <p>La connaissance même de l'existence des tests standardisés est peu répandue :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 8,5 % des professionnels des maternités connaissent le DETA dont 0,3 % l'utilisent (soit une personne exerçant en tant qu'interne), ○ 11,2 % des professionnels des maternités connaissent l'AUDIT dont 0,3 % l'utilisent, ○ 2,9 % des professionnels des maternités connaissent un autre questionnaire de détection et 0,3 % l'utilisent ou les utilisent. <p>Finalement, 13,5 % des professionnels connaissent au moins un des tests de détection de l'alcoolisation excessive.</p>
Réseau sécurité naissance Paca Est, Haute Corse et Monaco (2011). (1)	Étude qualitative des freins au dépistage précoce des conduites addictives chez la femme enceinte. Questionnaire auto-administré et entretiens auprès de sages-femmes, gynécologues obstétriciens, pédiatres.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sous-déclaration par les femmes ; ○ Savoir-être du professionnel durant l'entretien médical ; ○ Impact des représentations personnelles et de la culture professionnelle.
ORS Midi-Pyrénées (2005) (15).	L'accès aux soins et la prise en charge alcoologique dans le Tarn : analyse des besoins et des réponses apportées par les professionnels sanitaires et sociaux. Enquête par entretiens semi-directifs pour dresser un état des lieux de la	<ul style="list-style-type: none"> ○ Près de 4 professionnels sur 10 (38.3%) abordent la question de l'alcoolisme ou des effets de l'alcoolisation de façon systématique avec toutes les personnes qu'ils sont amenés à accueillir et à prendre en charge. Près d'un tiers (31.9%) l'abordent de façon occasionnelle, et environ 30% (dont 21% du secteur social) ne l'abordent jamais. ○ il paraît important de rencontrer les autres professionnels régulièrement pour favoriser les réseaux, repérer les partenaires et leurs pratiques. ○ Mais les réseaux sont souvent « chronophages » et « il est important qu'il reste des gens de terrain ».

	connaissance du dispositif actuel de prise en charge alcoologique par les professionnels confrontés à des situations d'alcoolisation, ainsi que de leurs pratiques, difficultés et attentes vis à vis de ce dispositif.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Les besoins identifiés pour améliorer la prise en charge des problèmes d'alcoolisation ○ Informations sur le dispositif de prise en charge existant ○ Mise en place de réunions d'échanges et d'analyses de pratiques ○ Amélioration des connaissances générales en alcoologie ○ Soutien individuel sous forme de personne(s) ressource(s) joignable(s) à tout moment pour des conseils ou avis, contribuerait grandement à améliorer leur pratique quotidienne.
OFDT (2003) (4)	Grossesse et substitution. Enquête sur les femmes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et caractéristiques de leurs nouveau-nés. Enquête prospective par questionnaire renseigné par sage-femme ou pédiatre, concernant les mères ayant déclaré avoir reçu du Subutex® ou de la méthadone prescrits durant leur grossesse et ayant accouché d'un enfant vivant.	<ul style="list-style-type: none"> ○ État de santé des enfants très proches de celui des enfants de mères non consommatrices. ○ Pas de différence d'effet selon le produit de substitution. ○ Possible à l'occasion d'une grossesse d'infléchir la trajectoire de certaines femmes même si elles ont un passé très lourd. ○ Intérêt d'une surveillance précoce et « normale » en réseau (maternités + centre spécialisé de soins aux toxicomanes + médecin généraliste) selon principe de confiance, et de réduction des risques.
OFDT, 2007 (16)	Les équipes de liaison en addictologie en 2005 Synthèse des rapports d'activité.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Femmes enceintes = 1,6 % des patients vus par les ELSA en 2005
Dumas A, Lejeune C, Simmat-Durand L et al (2006) (2)	Prévention du syndrome d'alcoolisation foetale (SAF). Pratiques et représentations des professionnels de la périnatalité. Recherche action. Entretiens semi-directifs auprès de 15 professionnels des secteurs public et libéral afin d'appréhender leurs savoirs et leurs représentations.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sous-estimation du risque : méconnaissance du SAF et plus particulièrement de ses formes atténuées, EAF. Certains professionnels ne prennent pas en compte les risques d'une faible consommation d'alcool, même quotidienne. Pour eux, le SAF résulte uniquement d'une alcoolodépendance sévère. ○ Repérage restreint. Représentations des femmes alcoolo-dépendantes : déni, mensonge, mauvaise foi, manque de fiabilité de l'entretien comme moyen de repérer une femme alcoolo-dépendante. Les professionnels privilégient l'observation au dialogue, parce que ça se voit ! Dichotomie entre le « bien boire » et le « mal boire » renvoyant à l'appartenance sociale des patientes. <p><i>Association systématique entre alcoolisme et populations défavorisées conduit à une dénégation globale du problème posé par l'alcoolisation chez les femmes et à une mise à distance.</i></p>
Anderson (5)	Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage et les interventions brèves.	<p>Approche systématique nécessaire (population adulte générale). Pas toujours faisable à cause du manque de temps, dans ce cas, en priorité groupes à haut risque ou situations spécifiques dont la sélection peut s'effectuer sur la base « de données épidémiologiques (par exemple, les hommes d'âge moyen) ou sur la base des risques qu'une consommation d'alcool pourrait faire courir à certains groupes (par exemple les jeunes adultes ou les femmes enceintes). »</p> <p>Grossesse</p>

		<p>Sur trois études de bonne qualité concernant des interventions comportementales de conseils et de relation d'aide en médecine générale auprès de femmes enceintes en consultation prénatale, deux n'ont révélé aucun impact sur la consommation d'alcool (Handmaker et al., 1999 ; Chang et al., 1999) et la troisième a souligné un effet possible mais non statistiquement significatif (Reynolds et al., 1995). Intervention brève inefficace en cours de grossesse, p84. Audit-C, trois premières questions</p>
Anaes conférence de consensus 2004 (12)	Conférence de Consensus. Grossesse et tabac. Texte des recommandations	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mesure du taux de monoxyde de carbone (CO). Consensus professionnel sur l'effet motivant du taux de CO pour la femme enceinte, outil facilement intégrable en consultation prénatale. ○ Conseil minimal, intervention brève, entretien motivationnel, ont montré une efficacité significative sur le taux d'arrêt du tabac par rapport à l'absence d'intervention dans la population générale et chez la femme enceinte. Mais le conseil minimal n'est pas aussi efficace chez la femme enceinte que chez le fumeur général, et la thérapie cognitivo-comportementale n'a pas montré une efficacité supérieure à d'autres techniques d'aide ou d'accompagnement psychologique et/ ou comportemental. Deux méthodes non utilisées en France, le self help et le conseil téléphonique, ont montré une efficacité modérée mais statistiquement significative par rapport à l'absence d'intervention.
OFTD (17)	Repérage Précoce Intervention Brève. Stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes	<ul style="list-style-type: none"> ○ il existe des kits d'intervention pour les médecins (drink less programme, Alcool ouvrons le dialogue, élaboré par le CFES) ○ Étude préalable menée dans le but d'établir les besoins en outils de repérage des médecins généralistes, les résistances qu'ils seraient susceptibles d'opposer à l'adoption du RPIB en pratique de routine ou, au contraire, les facteurs incitatifs à l'adoption de cette démarche.
INPES (3)	Fiche action	<ul style="list-style-type: none"> ○ Grossesse, motivation supplémentaire à l'arrêt. ○ Type de suivi en fonction des situations à risque. ○ Accompagnement des femmes vers l'arrêt.
Belkacem (8)	L'entretien motivationnel. Évaluation de l'efficacité en addictologie Revue bibliographique sur une sélection d'études sur Medline, PsycInfo et Cochrane Library ; et site internet dédié à l'EM (http://www.motivationalinterviewing.org/library/MIBiblio2007).	<ul style="list-style-type: none"> ○ Entretien motivationnel vs courrier de prévention/ femmes enceintes : consommation d'alcool excessive non différente, mais le nombre d'alcoolisations excessives mensuelles diminue dans le groupe EM surtout lorsqu'il était élevé au départ.
Lumley (6)	Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy Recherche dans le registre d'essais cliniques du groupe Cochrane sur la grossesse et la naissance, le registre	<ul style="list-style-type: none"> ○ Les interventions d'aide à l'arrêt durant la grossesse permettent de réduire la proportion de femmes enceintes continuant de fumer.

	d'essais cliniques du groupe Cochrane sur le tabagisme, EMBASE, PsycLIT et CINAHL.	
Stade (7)	Psychological and/or educational interventions for reducing alcohol consumption in pregnant women and women planning pregnancy Recherche documentaire dans le registre d'essais cliniques du groupe Cochrane sur la grossesse et la naissance, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Counsel.Lit, PsycLIT et PsycINFO.	<ul style="list-style-type: none"> o Interventions psychologiques et/ou pédagogiques <i>pourraient</i> entraîner une augmentation de l'abstinence de consommation d'alcool chez les femmes enceintes et les femmes envisageant une grossesse.
Terplan (18)	Psychosocial interventions for pregnant women in outpatient illicit drug treatment programs compared to other interventions. Évaluer l'efficacité des interventions psychosociales chez les femmes enceintes impliquées dans des programmes de traitement de la toxicomanie. Recherches dans le registre d'essais du groupe Cochrane sur les drogues et l'alcool, le registre Cochrane des essais contrôlés, MEDLINE, EMBASE, CINAHL.	La gestion de la contingence ⁸ utilise un renforcement positif et de soutien à l'aide, par exemple, d'un système de remise de bons de réduction ou en donnant un travail et un salaire uniquement en cas d'abstinence ou de participation à un traitement afin de changer de comportement. Les interventions manuelles incluent des entretiens motivationnels avec un style directif et des conseils. Cette revue systématique a permis de déterminer que la gestion de la contingence est efficace pour améliorer la poursuite des programmes de traitement de la toxicomanie chez les femmes enceintes, mais leurs effets sont minimes sur l'abstinence de consommation de drogues illicites. Les entretiens motivationnels composés de trois à six sessions peuvent, éventuellement, entraîner une baisse de la rétention au traitement.
Berlet (9)	Borne interactive de prévention de l'alcoolisation en cours de grossesse. Étude de faisabilité en salle d'attente de consultation obstétricale. Efficacité des interventions brèves	Deux études randomisées contrôlées ont été réalisées, qui ont conclu toutes deux à l'efficacité des interventions brèves chez la femme enceinte. Dans la première (Chang), les femmes qui avaient reçu une unique intervention brève avaient 5 fois plus de chances d'être abstinentes à la fin de leur grossesse, comparées au groupe contrôle. De plus, leurs nouveau-nés avaient un poids et une taille significativement plus élevés à la naissance. Dans la seconde (O'Connor), bien que les consommations d'alcool aient diminué

⁸ « La gestion des contingences est une technique purement comportementale basée sur le principe que tout comportement renforcé positivement a tendance à être répété. Elle a comme principal but d'instaurer ou de rétablir un comportement fondé sur un renforcement non lié à la prise de drogues. Des bons de valeur croissante sont remis en échange de dosages urinaires négatifs en cocaïne ; leur valeur décroît si les dosages sont positifs. [...] Pour avoir un effet à long terme, il est nécessaire de la combiner à une autre approche thérapeutique, par exemple par TCC, renforcement communautaire ou accompagnement psychosocial ». Extrait des recommandations de la HAS sur la prise en charge des consommateurs de cocaïne, 2010 (19).

	<p>auprès des femmes enceintes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chang G, et al. Brief intervention for prenatal alcohol use: A randomized trial. <i>Obstet Gynecol.</i> 2005 May;105(5 Pt 1):991-8. - O'Connor MJ, Whaley SE. Brief intervention for alcohol use by pregnant women. <i>Am J Public Health.</i> 2007 Feb;97(2):252-8. 	<p>dans les deux groupes, la consommation des femmes ayant reçu l'intervention brève avait diminué de manière plus importante, et particulièrement chez celles qui avaient la consommation la plus élevée.</p>
OFDT (13)	<p>Évaluation de la stratégie nationale de diffusion du RPIB auprès des médecins généralistes sur la période 2007-2008. Principaux résultats.</p>	<p>D'après les médecins généralistes, loin devant tous les autres obstacles, le refus supposé du patient quant à parler d'alcool empêcherait d'ouvrir le dialogue sur la question. Entre cinq et sept médecins sur dix signalent cet élément comme étant le premier obstacle sur la question.</p> <p>Entre trois et quatre médecins sur dix considèrent la minimisation de la consommation d'alcool par le patient comme un obstacle.</p> <p>Par contraste, une gêne personnelle du médecin, un manque de formation, une crainte d'être démuni en découvrant un problème d'alcool ne sont guère perçus comme des obstacles importants pour parler d'alcool en consultation. De plus, l'absence de rémunération des actes de prévention et le caractère chronophage du traitement de l'alcool en consultation ne sont que marginalement classés parmi les obstacles importants quand à ouvrir le dialogue sur la question.</p>

Bibliographie

1. Réseau sécurité naissance Paca Est, Haute Corse et Monaco. Étude qualitative des freins au dépistage précoce des conduites addictives chez la femme enceinte. 2011.
2. Dumas A, Lejeune C, Simmat-Durand L, Bonnaire C, Michaud P, Hillaire S, et al. Prévention du syndrome d'alcoolisation foetale (SAF). Pratiques et représentations des professionnels de la périnatalité. *Alcoologie et addictologie*. 2006; 28 (4) : 311-16.
3. Inpes. Inpes. « Grossesse et accueil de l'enfant ». Outil d'intervention en éducation pour la santé des femmes enceintes. [En ligne]. 2010. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/outils/grossesse-accueil.asp>. Consulté le 31 Octobre 2012.
4. Lejeune C, Simmat-Durand L, Aubisson S, Gourarier L, Picquet M. Grossesse et substitution. Enquête sur les femmes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et caractéristiques de leurs nouveau-nés. Paris : OFDT, 2003, 142 p.
5. Anderson, P; Gual, A; Colom, J; Inca (trad). *Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage et les interventions brèves*. Paris : 2008, 141 p.
6. Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; 8 (3).
7. Stade BC, Bailey C, Dzendoletas D, Sgro M, Dowswell T, Bennett D. Psychological and/or educational interventions for reducing alcohol consumption in pregnant women and women planning pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009(2).
8. Belkacem A, Benyamina A, Blecha L, Reynaud M, Lukasiewicz M. L'entretien motivationnel. Évaluation de l'efficacité en addictologie. *Alcoologie et Addictologie*. 2009; 31 (2) : 129-140.
9. Berlet S. Borne interactive de prévention de l'alcoolisation en cours de grossesse. Etude de faisabilité en salle d'attente de consultation obstétricale. Paris : Faculté de Médecine René Descartes PARIS 5; 2009, 87 p.
10. Bloch J, Cans C, de Vigan C, de Brosses L, Doray B, Larroque B, et al. Faisabilité de la surveillance du syndrome d'alcoolisation foetale, France, 2006-2008. *BEH*. 2009; 10-11 : 102-104.
11. Agence de Santé Publique du Canada. Connaissances et attitudes des professionnels des soins de la santé en matière de syndrome d'alcoolisation foetale : Résultats d'une enquête nationale. 2004, 75 p.
12. Anaes. Conférence de Consensus. Grossesse et tabac. Texte des recommandations. Lille : 2004, 37 p.
13. OFDT. Evaluation de la stratégie nationale de diffusion du RPIB auprès des médecins généralistes sur la période 2007-2008. Principaux résultats. OFDT, s.d, 78 p.

14. ORS Haute Normandie. Etude grossesse et alcool. Enquête auprès des professionnels des maternités et services de néonatalogie. 2007, 99 p.
15. Bichara M, Cayla F, Delarue M. L'accès aux soins et la prise en charge alcoologique dans le Tarn : analyse des besoins et des réponses apportées par les professionnels sanitaires et sociaux. ORS Midi-Pyrénées; 2005, 84 p.
16. Palle C, Jean-François M. Les équipes de liaison en addictologie en 2005. Focus consommations et conséquences. OFDT; 2007, 33 p.
17. Diaz Gomez C, Milhet M. Repérage Précoce Intervention Brève. Stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes. OFDT, 2005, 220 p.
18. Terplan M, Lui S. Psychosocial interventions for pregnant women in outpatient illicit drug treatment programs compared to other interventions. Cochrane Database Syst Rev. 2007(4).
19. HAS. Recommandations de bonnes pratiques. Prise en charge des consommateurs de cocaïne. Service des bonnes pratiques professionnelles. 2010, 35 p.



Observatoire régional de la santé de Bourgogne
Parc de Mirande
14 H rue Pierre de Coubertin
21000 DIJON

 03 80 65 08 10 Fax 03 80 65 08 18
 Ors.Brg@wanadoo.fr Site : ors-bourgogne.org