

La consommation de substances psychoactives chez les femmes enceintes

Manon Richard

▶ **To cite this version:**

Manon Richard. La consommation de substances psychoactives chez les femmes enceintes : un projet de prise en charge initié par le pôle mère-enfant du CHR Metz-Thionville, de sa mise en place aux premières actions. Santé publique et épidémiologie. 2014. hal-02096287

HAL Id: hal-02096287

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-02096287

Submitted on 11 Apr 2019

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

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

AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

Master 2

« Santé publique et environnement »

Spécialité :

« Intervention en promotion de la santé »

Mémoire

2013-2014

La consommation de substances psychoactives chez les femmes enceintes; Un projet de prise en charge initié par le pôle mère-enfant du CHR Metz-Thionville, de sa mise en place aux premières actions.

Soutenu en juin 2014

Mademoiselle Manon Richard

Maître de stage :

Mme Yvette Wallerich

Guidant universitaire :

Mr J. ESTEIN

REMERCIEMENTS

Au CHR Metz-Thionville, que je remercie de m'avoir offert l'opportunité de réaliser ce stage et de travailler sur ce projet ambitieux.

Au Dr Eric Welter, sans qui ce projet n'aurait pas eu lieu

A Madame Yvette Wallerich, pour son écoute, son soutien et ses conseils précieux.

A Anne Jacotot, ta disponibilité, ton dynamisme et ton investissement que j'admire tant.

A l'Equipe Strasbourgeoise et son expérience qui a été une véritable richesse

A tous les membres ayant participé de près ou de loin à ce projet,

A mes collègues étudiants,

Je tiens, également, à formuler toute ma reconnaissance auprès de l'ensemble des acteurs de terrain rencontrés pour leur accueil et leur disponibilité.

Je dédie ce travail…

A toi Maman, tu es mon plus bel exemple,

A toi Papa, sans qui ce Master n'aurait jamais eu lieu, merci,

A Sarah & Julie… mes Amours,

A toi Mamie, qui crois en moi quand moi je n'y crois plus,

A ceux qui ne sont plus là pour y croire,

A toi Mohsen, je suis un plus moi chaque jour grâce à toi,

A toutes les Sages-femmes du monde, notre métier est fabuleux.

A Pierre Klein, tu ne le sais pas, mais sans toi je n'y serais pas arrivée,

A mes amis, que j'adore simplement,

Au CA Malling, mon sas de décompression

A la Corse, ma source d'inspiration.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ANAES Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

APPRI Association Périnatalité Prévention Recherche Information

ARS Agence Régionale de Santé

CSPAPA Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DIM Département d'Information Médicale

ELSA Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

HFME Hôpital Femme Mère-Enfant

INPES Institut National de Promotion et d'Education pour la Santé

MAP Menace d'Accouchement Prématuré

MILDCA Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et des Conduites Addictives

OMS Organisation Mondiale de la Santé

PMI Protection Maternelle et Infantile

PMSI Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

RCIU Retard de Croissance In Utéro

RPL Réseau Périnatal Lorrain

SPA Substance Psychoactive

SFA Syndrome d'Alcoolisation Fœtale

SROS Schémas Régionaux d'Organisation des Soins

SSN Syndrome de Sevrage Néonatal

TSO Traitement de Substitution aux Opiacés

Introduction 8

I. Contexte 9

I.1 - Substances psychoactives et grossesse 9

I.1.1 - Terminologie 9

I.1.2 - Définition de l'addiction 9

I.1.3 - Notion de dépendance 9

I.1.3.1 - Notion de dépendance physique et psychique 10

I.1.4 – Substitution et grossesse 10

I.1.5 - Conséquences du mésusage pendant la grossesse 11

I.1.4.1 - Chez la femme enceinte 11

I.1.4.2 - Chez le fœtus et le nouveau-né 11

I.1.4.2.1 – Le syndrome d'alcoolisation fœtal (12)(13) 12

I.1.4.2.2 – Le syndrome de sevrage néonatal (1) 12

I.2 – Etat des lieux 13

I.2.1 – Contexte en France 13

I.2.1.1 – Programmes et recommandations (18) 14

I.2.2 – Contexte en Lorraine 16

I.2.2.1 – Le CHR Metz-Thionville 16

I.2.2.1.1 – Le pôle Mère-Enfant 17

I.2.2.1.2 - L'Unité Kangourou 17

I.2.2.2 – La Protection Maternelle et Infantile 18

I.2.2.3 - L'Hospitalisation à domicile 18

I.2.2.4 – Le Réseau Périnatal Lorrain 19

I.2.2.5 – Loraddict 19

I.2.2.6 - Les structures spécialisées 19

I.2.2.6.1 – Les CSAPA 19

I.2.2.6.2 – L'Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie 20

I.3.1 – Initialisation du projet 20

I.3.2 – Justification 20

I.3.3 – Objectifs

I.3.3.1 – Objectif général du projet 21

I.3.3.2 – Objectifs spécifiques 21

I.3.3.3 – Enjeux du projet 22

I.3.3.4 – Objectifs de la mission de stage 22

II. Méthodes 23

II.1 - Méthodologie de projet 23
II.1.2 – Selon le modèle fonctionnel 23
II.1.3 – Diagnostic initial 23
II.1.3.1- Recherche bibliographique 23
II.1.3.2 – Données PMSI 24
II.1.4 – Partenariat des deux sites 25
II.1.4.1 – Mise en place d'une équipe-projet pluridisciplinaire 25
II.1.4.2 – Identification de la commande institutionnelle 25
II.1.4.3 – Attentes de l'équipe-projet 26
II.1.4.4 – Réflexion de l'équipe projet 26
II.1.5 – Au cœur du projet 27
II.1.5.1 – Préparation des premières réunions constitutives 27
II.1.5.2 – Stratégie : mobilisation des compétences 27
II.1.5.2.1 – Partage d'expérience du réseau Strasbourgeois Mataddict 27
II.1.5.2.2 – Sollicitation de personnes ressources 28
II.1.5.2.3 – Formation 28
II.1.5.3 – Définition des modalités de mobilisation 28
II.1.5.3.1 – Distribution des tâches 28
II.1.5.3.2 – Calendrier prévisionnel 29
III. Résultats 30
III.1 - Diagnostic initial 30
III.1.1 - Etat des lieux au CHR 30
III.1.2 – Etat des lieux des réponses existantes : problèmes identifiés 31
III.2 - Stratégies d'intervention 31
III.2.1 – Constats tirés de nos expériences 31
III.2.1.1 - Expériences du réseau strasbourgeois 31
III.2.1.2 - La formation au RPL 32
III.2.1.3 - La rencontre avec les acteurs ressources 32
II.2.2 – Formulation d'hypothèses tirées des constats 32
III.3 - Actions mises en place 33
III.3.1 - Communication élargie 33
III.3.1.1 - Création d'un annuaire ressource 33
III.3.1.2 – Plaquettes d'information 34
III.3.2 - Formation des équipes 34
III.3.2.1 – Objectifs 34

III.3.2.2 – Cahier des charges 34
III.3.2.3 – Programme de formation 35
III.3.3 – Suivi du projet 35
IV. Discussion 38
IV.1 - Adéquation entre objectifs et méthodes 38
IV.1.1 - Diagnostic initial 38
IV.1.2 - Le partenariat des deux sites 39
IV.1.3 - Mobilisation des acteurs 39
IV.1.4 - Stratégies d'action 40
IV.2 - Leviers et freins rencontrés 40
IV.3 - Perspectives d'avenir 41
Index des tables et illustrations 42
Annexe 1 : Score de FINNEGAN, Evaluation du sevrage du nouveau-né 47
Annexe 2 : Exemple du type de données PMSI retrouvées pour la période du 01/01/2012 au 01/09/2013 sur le CHR Metz-Thionville, secteur « Maternité et addictions » 49
Annexe 3 : Exemple du type de données PMSI Néonatologie retrouvées du 01/01/2012 au 01/09/2013 pour les bébés affectés par les consommations maternelles 50
Annexe 4 : Composition de l'équipe projet 52
Annexe 5 : Fiche projet utilisée 53
Annexe 6 : Annuaire ressource (Thionville) 59
Annexe 7 : Annuaire ressource à destination des professionnels (Metz) 61
Annexe 8 : Plaquette à destination des patientes 63
Annexe 9 : Cahier des charges distribué aux différents services 65
Annexe 10 : Feuille de formation 67

Introduction

Dans notre société, la femme moderne se doit d'être performante, responsable, saine de corps et d'esprit. Elle aspire à réussir professionnellement tout en restant féminine et en étant une «mère exemplaire » quand la maternité vient, souvent avec bonheur, rythmer cette vie de femme. Une femme consommatrice de substances psychoactives devient alors rapidement isolée, discriminée, voire exclue socialement (1). La consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis et les autres drogues illicites) pendant la grossesse, expose l'enfant à naître et sa mère à de nombreux risques médicaux. (1) Ces risques sont spécifiques à chaque produit, mais les fréquentes pratiques de polyconsommation rendent souvent délicate une évaluation précise de la situation. Au-delà des risques liés au développement des enfants, se pose également la question de la qualité de la relation parent-enfant (2).

Pourtant, ces enjeux restent insuffisamment pris en compte (1). La grossesse constitue un moment clé dans la vie d'une femme, tant sur le plan psychologique que sur le plan médical et il s'agit d'un moment propice à une prise en charge de leur dépendance, qui déterminera en grande partie leurs conditions de vie, le déroulement de leur grossesse ainsi que la qualité du lien mère-enfant.

Partant de ces faits et estimant que les réponses actuelles en matière de prise en charge de ces patientes présentaient des carences, le pôle Mère-Enfant du CHR Metz-Thionville s'est engagé dans la construction d'un projet intitulé «périnatalité et addictions». La mise en œuvre d'une organisation transversale au système en place, favorisant le décloisonnement et la coordination, devrait ainsi permettre une amélioration de la prise en charge. Ce projet a donc été proposé dans le souci d'induire une réflexion globale sur les problèmes liés à cette thématique tant dans le champ de la prévention, du repérage, de l'accompagnement et des soins.

La présente mission intitulée « mise en place d'un projet visant à améliorer la prise en charge des femmes enceintes dépendantes aux substances psychoactives sur le pôle du CHR Metz-Thionville ; de l'initialisation à la mise en place des premières actions» a consisté dans un premier temps à coordonner la prise en charge de ces patientes sur le secteur, à créer une cohérence sur les deux sites, à manager la mobilisation des acteurs, à établir un diagnostic des réponses existantes et à organiser les premières actions.
Ce projet s'adresse à l'ensemble des professionnels médicaux, soignants, médico-sociaux, socio-éducatifs travaillant auprès des femmes, en particulier enceintes, et de leurs enfants.

Nous avons attaché de l'importance à dépasser le champ de la connaissance sur les risques liés à la consommation des substances psychoactives pendant la grossesse pour des approches comme les représentations liées aux conduites addictives, les questions éthiques posées par la prévention et la prise en charge et la présentation d'expériences concrètes notamment le travail de réseau entre les services de maternité, pédiatrie, PMI, addictologie et réseau de périnatalité.

I. Contexte

I.1 - Substances psychoactives et grossesse

I.1.1 - Terminologie

Les substances psychoactives comprennent le tabac, l'alcool, le cannabis, la cocaïne, les opiacés (héroïne, cocaïne, morphine...), les traitements de substitution (méthadone, buprénorphine), les médicaments psychotropes) et les drogues de synthèses (ecstasy, amphétamines, LSD...). Ce sont des substances naturelles ou synthétiques qui agissent sur le cerveau en modifiant son fonctionnement(3).

La terminologie utilisée dans ce mémoire a été soigneusement choisie de manière à éviter un vocabulaire qui impliquerait des jugements de valeur ou qui aurait des connotations négatives. Par exemple, le terme « dépendance aux substances psychoactives » est utilisé de préférence à des termes tels que toxicomanie. Le choix de la terminologie utilisée est particulièrement important lorsque l'on travaille avec des parents usagers de drogues, qui se sentent souvent stigmatisés et sont sensibles aux jugements négatifs des professionnels.

I.1.2 - Définition de l'addiction

Le terme « addiction » désigne "un état de dépendance périodique ou chronique à des substances ou à des comportements"(4). Les conduites regroupées sous le terme « d'addictions » qui consistent à consommer un produit ne se limitent pas à des produits dangereux pour la santé. Il existe en effet de multiples comportements qui s'apparentent par leurs caractéristiques aux toxicomanies. La notion de dépendance a été incluse au concept d'addiction du fait de la force du lien qui existe entre la personne addicte et l'objet de la conduite.

I.1.3 - Notion de dépendance

Le terme « dépendance » est employé ici pour parler de l'usage d'une substance psychoactive dont l'absence de consommation entraîne un malaise psychique, voire physique, incitant le consommateur devenu dépendant à reprendre sa consommation et à la pérenniser.

Selon l'OMS, « La conduite additive peut être ainsi décrite comme la recherche d'un apport externe dont le sujet a besoin pour son équilibre et qu'il ne peut pas trouver au niveau de ses ressources internes »(4). La personne va donc ressentir la nécessité d'y recourir de façon impulsive et non contrôlable, de manière à rétablir son homéostasie interne. Le sujet a conscience du caractère nuisible de son comportement.

Toutes les drogues, le tabac, l'alcool, et certains médicaments sont psychoactifs, qu'elles soient sédatives, excitantes ou hallucinogène, exposent à des risques et à des dangers pour la santé, et peuvent entraîner, en plus d'une dépendance, des conséquences sur la santé.

La 10ème révision de la Classification statistique internationale (CIM-10) des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) définit le syndrome de dépendance comme « un ensemble

de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités » (4).

I.1.3.1 - Notion de dépendance physique et psychique

Le terme «dépendance» fait référence à des éléments aussi bien physiques que psychologiques. La notion de dépendance psychologique fait rapport à la consommation incontrôlée de substances psychoactives, alors que la dépendance physique concerne la tolérance et les symptômes de sevrage. (4)

Drogues / **Dépendance**	**Héroïne (opiacés)**	**Alcool**	**Tabac**	**Psycho-stimulants**	**Cannabis**	**Benzodiazépines**	**Cocaïne**
Physique	Très forte	Très forte	Forte	Faible	Faible	Moyenne	Faible
Psychique	Très forte	Très forte	Très forte	Moyenne	Très faible	Forte	Forte
Neuro-toxicité	Faible	Forte	Nulle	Forte	Nulle	Nulle	Forte
Toxicité géné-rale	Forte	Forte	Très forte	Forte	Très faible	Très faible	Forte
Dangerosité sociale	Très forte	Forte	Cancer	Faible	Faible	Faible	Très forte

Tableau 1 : Facteurs de dangerosité selon le type de substance psychoactive

I.1.4 – Substitution et grossesse

En France, nous disposons de deux médicaments ayant l'indication dans le traitement substitutif des pharmacodépendances aux opiacés : la méthadone et la buprénorphine haut dosage. La méthadone est commercialisée depuis plus longtemps que la buprénorphine haut dosage, ce qui fait qu'il existe plus de suivis de femmes enceintes exposées à la méthadone pendant leur grossesse. La méthadone est le médicament de substitution des dépendances aux opiacés le mieux évalué pendant la grossesse (5). Un grand nombre d'études rétrospectives ont inclus au total plus de 1 500 mères et leurs nouveau-nés exposés in utero (5). Ces différentes études ont montré l'intérêt d'un traitement par méthadone et d'une prise en charge adaptée en termes de morbidité et de mortalité par rapport à l'absence de prise en charge (6). La substitution, qu'elle soit par méthadone ou Buprénorphine permet de maintenir stable une exposition maternelle aux opiacés évitant ainsi des périodes de manque qui pourraient être responsables de

souffrance fœtale. (7)

Par ailleurs, il faut garder à l'esprit que les grossesses sous médicaments de substitution sont des grossesses à risques avec plus de prématurité, de petits poids de naissance et un taux plus élevé de pathologies néonatales notamment de syndromes de sevrage. (8)

I.1.5 - Conséquences du mésusage pendant la grossesse

I.1.4.1 - Chez la femme enceinte

Les femmes consommant des substances psychoactives pendant la grossesse présentent par rapport à la population générale des risques obstétricaux et un taux de comorbidité plus élevés qu'en population générale. (8) Les principaux risques obstétricaux rencontrés chez ces patientes sont les fausses-couches précoces et tardives, les retards de croissance et les menaces d'accouchement prématuré(8)

Complication / Produit	Retard de croissance	Fausses couches	Menaces d'accouchement prématuré
Tabac	X	X	
THC			
Benzodiazépines			
Alcool	X	X	
LSD			
Cocaïne	X	X	X
Amphétamines		X	
Opiacés	X	X	X

Tableau 2 : Effets des différents produits sur la grossesse

I.1.4.2 - Chez le fœtus et le nouveau-né

Au cours du 1er trimestre, lorsque les organes du fœtus sont en cours de formation, les effets tératogènes sont la principale préoccupation. C'est un moment où la femme peut ne pas savoir qu'elle est enceinte. Au cours des 2e et 3e trimestres, la principale préoccupation concerne la croissance et le développement. Une fonction placentaire et une croissance du fœtus altérées peuvent avoir pour résultat un bébé de poids insuffisant à la naissance. (1) L'usage de drogues et la consommation fluctuante de substances psychoactives peuvent augmenter le risque d'accouchement prématuré. Les enfants exposés à de l'alcool in utero peuvent naître avec le syndrome

d'alcoolisation fœtale (11). Le risque de mort subite du nourrisson est plus grand et le syndrome de sevrage néonatal est fréquent chez les bébés nés de femmes ayant des dépendances à certaines drogues(1).

	Fœtus		Nouveau-né	
Produit	Malformations	Mort fœtale in utéro	Syndrome de sevrage	Mort subite
Tabac				
THC	X			
Benzodiazépines			X	
Alcool	X			
LSD		X		
Cocaïne	X			X
Amphétamines	X			
Opiacés			X	X
Solvant	X			

Tableau 3 : *Effets des différents produits sur le fœtus et le nouveau-né*

I.1.4.2.1 – Le syndrome d'alcoolisation fœtal (12)(13)

La consommation abusive d'alcool pendant la grossesse a pour conséquence la naissance de bébés ayant le Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF). L'appellation « Syndrome d'alcoolisation fœtale » est utilisée pour décrire un ensemble de caractéristiques cliniques observées chez les enfants nés de mères dépendantes à l'alcool :

- Un ralentissement et un retard de la croissance fœtale

- Un ensemble d'anomalies faciales

- Des dommages sur le système nerveux central entraînant des anomalies intellectuelles et un retard de développement. Les problèmes courants incluent des difficultés d'apprentissage, des déficits de l'attention, une mauvaise compréhension des situations sociales, une hyperactivité, un comportement impulsif, une mauvaise coordination et une mauvaise organisation, un mauvais tonus musculaire, des déficits de la mémoire de travail, des déficits du langage réceptif, et une incapacité à tirer des conséquences de leur comportement (11).

I.1.4.2.2 – Le syndrome de sevrage néonatal (1)

Un ensemble de symptômes de sevrage rassemblés sous le nom de syndrome de sevrage néonatal (SSNN) peuvent apparaître chez les nourrissons nés de mères dépendantes à certaines substances

psychoactives. Le SSNN apparaît parce qu'à la naissance, le nourrisson, qui était exposé à une ou plusieurs substances in utero, se trouve soudainement privé de la source maternelle.

Les classes de substances psychoactives connues pour induire le SSNN incluent les opioïdes, les benzodiazépines, l'alcool, la nicotine et les barbituriques. Les symptômes typiques du SSNN n'ont pas été observés de façon probante avec les solvants, les hallucinogènes, le cannabis, ni avec la plupart des stimulants, y compris la cocaïne et les amphétamines. Les symptômes du SSNN ne sont généralement pas spécifiques de la classe de substance et diffèrent des symptômes de sevrage chez l'adulte. Le SSNN est caractérisé par une irritabilité du système nerveux central, un dysfonctionnement gastro-intestinal, et une hyperactivité du système autonome. Une évaluation du nourrisson doit être réalisée afin de produire une mesure objective de la sévérité des symptômes et d'orienter au mieux les décisions en matière de traitement et de soins. L'évaluation se fait généralement en déterminant le score sur l'échelle de Finnegan(14) (cf. annexe 1), où des valeurs numériques sont attribuées en fonction de la présence et de la sévérité d'une sélection de symptômes.

I.2 – Etat des lieux

I.2.1 – Contexte en France

La coexistence d'une grossesse et d'une dépendance à une Substance PsychoActive (SPA) est une situation fréquente dans la population générale. (15)

Les estimations actuelles montrent que parmi les femmes enceintes, 24% consomment du tabac quotidiennement, 3 % des femmes enceintes déclarent boire de l'alcool toutes les semaines, 3 à 10% du cannabis et la prévalence des consommations d'héroïne et de cocaïne chez la femme enceinte se situerait entre 0,5 et 5%, soit environ 500 à 2500 cas par an. Les chiffres de prévalence de la consommation de cannabis, de cocaïne et d'héroïne chez la femme enceinte sont inconnus en France, et extrapolés à partir des données recueillies chez les femmes en âge de procréer.(10)

Cela fait maintenant vingt ans qu'une maternité française a accueilli pour la première fois une femme enceinte sous méthadone et sa fille. Ce retard français était dû à de fortes réticences de beaucoup des intervenants en toxicomanie de l'époque à l'encontre des traitements de substitution aux opiacés (TSO) en général(1). Les années 90 montrent une véritable révolution culturelle pour la prise en charge de ces patientes avec la découverte de l'efficacité des TSO (méthadone puis buprénorphine haut-dosage) pour stabiliser ces femmes, améliorer la qualité du suivi des grossesses, pacifier les relations soignants /patientes, diminuer les complications obstétricales (prématurité et anoxie per-partum surtout) et les séparations mère/enfant.

Un certain nombre d'équipes périnatales, auxquelles se sont joints d'autres professionnels venant de l'addictologie ont constitué, au milieu des années 90, un groupe de réflexion pluri-professionnel pour élaborer une philosophie commune de l'offre de soins ; ce fut la création du GEGA (17) (Groupe d'études grossesse et addictions). Depuis, ce groupe qui anime 4 à 5 journées de réflexion

par an, a réalisé des études multicentriques et a participé à l'élaboration de recommandations avec les autorités de tutelle.

Les principaux acteurs de la politique française de lutte contre les drogues sont:

- La Mission Interministérielle de la Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDCA) (18), qui anime et coordonne l'action des différents ministères investis dans la lutte contre les drogues et les conduites addictives. A ce titre, elle est placée sous l'autorité du Premier ministre.

- Le Ministère de la santé, et plus particulièrement la Direction générale de la santé (DGS) qui prépare et met en œuvre la politique de santé publique en matière d'addictions.

- L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé.

De bonnes pratiques professionnelles se répandent en France grâce à l'engagement d'équipes professionnelles pionnières très performantes dans certaines régions et grâce à leur diffusion progressive par le DIU « Périnatalité et addictions ». Ces pratiques se déploient à présent dans plusieurs universités mais elles sont encore inégalement adoptées par les professionnels sur l'ensemble du territoire.

I.2.1.1 – Programmes et recommandations (18)

Année	Auteur	Intitulé	Résumé
02 février 1983	Mission permanente de lutte contre la toxicomanie	Programme de 25 actions	Définir, animer et coordonner la politique du gouvernement, notamment dans les domaines de la prévention, de l'information et de la formation ainsi que la réinsertion des toxicomanes
17 septembre 1985	Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie (MILT)	Programme « mesures de lutte contre la toxicomanie", MILT	- Accentuer l'effet de la lutte contre la toxicomanie, tant le volet répressif que les aspects sanitaires et sociaux
9 mai 1990	Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie (DGLDT)	Plan de 42 mesures du 9 mai 1990	Adoption par le conseil des ministres d'un programme d'actions français de lutte contre la drogue dans les domaines suivants : prévention : répression sanitaire et sociale, recherche, évaluation, international
21 septembre 1993	Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxico-	Plan national de lutte contre la drogue	Les grands volets de ce nouveau plan sont :

	manie		• l'action internationale, • la lutte contre le trafic et la vente sur la voie publique, • le développement de l'injonction thérapeutique, • l'amélioration du système sanitaire, et enfin • la prévention.
14 septembre 1995	Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie	Programme gouvernemental du 14 septembre 1995	Animation et coordination des actions dans les domaines de l'observation et de la prévention, de l'accueil, des soins et de la réinsertion des toxicomanes, de la formation des personnes intervenant dans la lutte contre la drogue et la toxicomanie, de la recherche et des échanges internationaux
1999	MILT	Le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2001	Présentation des orientations qui s'articulent autour des thèmes suivants : connaître, savoir et comprendre ; communiquer et informer en direction du grand public ; systématiser la prévention, harmoniser les connaissances des principaux acteurs.
2004	MILT	Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008	Utilisation des leviers de l'action publique (application de l'éventail législatif, information et prévention, système de soins, coopération internationale) et mobilisant l'ensemble des acteurs sociaux
2008	MILT	Le plan gouvernemental 2008-2011	Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies s'est fixé l'horizon 2011 pour faire reculer les consommations de drogues illicites et les consommations excessives d'alcool en France. Le plan diversifie le dispositif de prise en charge sanitaire et sociale des addictions, en ciblant les populations exposées et vulnérables, notamment vis à vis de l'hépatite C.
2013	Mission interministérielle de lutte	Plan gouvernemental de lutte contre les drogues	La prévention et la communication, l'ac-

	contre les drogues et les conduites addictives	et les conduites addictives 2013-2017	compagnement et le soin, la lutte contre les trafics, l'application de la loi, la recherche, la formation et enfin la coordination des actions nationales et internationales sont les axes stratégiques choisis. Le rapport annuel 2013 de l'observatoire des drogues et des toxicomanies fait état des spécificités de consommation et de vulnérabilité des femmes usagères de substances psycho actives ainsi qu'une d'une insuffisance d'offre spécifique pour les accueillir et les prendre en charge,

Tableau 4 : Principaux programmes et missions

Le SROS 2012 dans son volet « périnatalité »(19) préconise lui d'améliorer le repérage des vulnérabilités psychosociales et addictives des femmes.

Dans le cadre du plan cancer 2009-2013 (20), la mesure 10 renforce la politique d'aide au sevrage tabagique en développant notamment l'accès aux substituts nicotiniques pour les femmes enceintes et en remboursant ces traitements à hauteur de 150 euros par grossesse. Le nouveau Plan cancer 2014-2019 (21) a été lancé par le président de la République lors de la journée mondiale contre le cancer, le 4 février 2014.

I.2.2 – Contexte en Lorraine

I.2.2.1 – Le CHR Metz-Thionville

Le CHR Metz-Thionville, établissement public de référence du territoire nord lorrain, a une capacité d'accueil de 2004 lits et places répartis sur 7 établissements à Thionville et à Metz. Avec 4 759 personnels, le CHR couvre un bassin de population d'environ 600 000 habitants, et se positionne au 10° rang en termes d'activités au sein du groupe d'établissements des CHR et CHU. Le CHR Metz-Thionville, de par son rayonnement régional, est fortement impliqué dans les coopérations hospitalières, anticipant ainsi les communautés hospitalières de territoire prévues dans le projet « Hôpital, Patients, Santé et Territoires ».(22)

Le CHR Metz-Thionville est positionné en tant qu'établissement de référence dans la prise en charge de la femme, de la mère et de l'enfant avec trois pôles couvrant l'ensemble du territoire nord – lorrain et constituant un ensemble de soins gradué: le pôle femme-mère-enfant de Metz (Hôpital-Maternité de Metz) réalisant 2900 naissances, le pôle femme-mère-enfant de Thionville représentant plus de 2700 accouchements et le pôle femme-mère-enfant du CH de Briey prenant en charge près de 1000 accouchements, soit près de 6 600 accouchements. (23)

I.2.2.1.1 – Le pôle Mère-Enfant

L'hôpital de Mercy et l'hôpital Femme-Mère-Enfant ont été inaugurés le 11 décembre 2013. Ce nouvel hôpital doit sa création à différentes impulsions: la première était de créer en 2003 un Syndicat Inter Hospitalier de néonatalogie permettant de mutualiser les moyens nécessaires à la prise en charge des nouveau-nés en regroupant cette activité sur le site de Sainte Croix. En 2007, face à une situation budgétaire particulièrement déficitaire de l'Association Sainte Croix, le Centre Hospitalier Régional de Metz-Thionville a décidé de transférer l'ensemble des activités de gynécologie, obstétrique et pédiatrie du CHR et de l'Association Sainte Croix. Enfin, en septembre 2008, sous l'impulsion du CHR Metz-Thionville et dans le cadre d'un projet médical commun aux équipes médicales des deux sites, les activités de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital Bon-Secours, ont été regroupées géographiquement sur le site de Sainte Croix, désormais dénommé Hôpital-Maternité de Metz.

Les consultations d'addictologie sont intégrées dans l'espace prévention-addictologie-éducation thérapeutique du patient. Le pôle Mère-enfant de Metz a reçu le prix « Maternité sans tabac » par l'Association Périnatalité Prévention Recherche Information en 2009. L'équipe a d'ailleurs reçu les honneurs pour son action d'aide menée auprès des femmes enceintes dans le domaine de la prévention tabac-grossesse.

I.2.2.1.2 - L'Unité Kangourou

Le bâtiment femme-mère-Enfant de Mercy comporte deux unités de suite de couche de 24 lits, et 12 lits de grossesse à haut risque. La néonatalogie possède 12lits, dont 6 lits kangourous contiguïté du service de suites de couches. L'unité Kangourou, appelée également unité « mère-enfant », est une unité de néonatologie à part entière, intégrée au service de suite de couche. Sa particularité vient du fait que la couveuse de l'enfant est installée dans la chambre de sa mère, et que les soins de l'enfant y sont également réalisés. Dans cette unité, la maman est au centre du soin, ce sont les soignants qui se déplacent vers la mère, et non l'inverse. Cette unité a pour intérêt majeur de préserver le couple mère-enfant, de maintenir l'enfant à sa place physiologique, c'est-à-dire près de sa mère, tout en assurant une sécurité médicale.

Dans cette chambre accueillante, où la maman vit en permanence avec son enfant, les soins du post-partum et les soins de l'enfant sont effectués en harmonie. L'allaitement y est favorisé et facilité par la proximité du lien mère-enfant, et l'enfant est maintenu le plus possible auprès de sa mère, notamment en peau à peau. La proximité physique est le principal intérêt de l'unité kangourou (24), et l'enfant reste auprès de sa mère qui a la possibilité de calmer elle-même son bébé. Le principe de réciprocité est très important dans ce cas de figure, car mieux que toute personne, c'est l'enfant qui valorise le mieux les compétences de sa mère (25). Le soignant est simplement l'aider à décrypter les besoins de son enfant, et de l'accompagner dans les soins sans pour autant se substituer à elle.

Dans le cas d'une mère usagère de substances, cette mixité avec les mamans des autres bébés

accueillis en Unité Kangourou lui permet de se sentir comme toutes ces mamans où le bébé nécessite des soins particuliers. Pour le personnel soignant qui accompagne la mère et son enfant, cette unité engendre une proximité qui permet de tisser un lien de confiance, et de repérer les moments de fragilité (26).

I.2.2.2 – La Protection Maternelle et Infantile

Des actions d'accompagnement de la future mère sont accrues grâce aux partenariats établis avec 4 services départementaux de la PMI (Protection Maternelle Infantile).Ce service départemental dirigé par un médecin comprend des personnels qualifiés, notamment dans les domaines médical, paramédical, social et psychologique. Le service PMI est chargé d'assurer la protection sanitaire de la famille et de l'enfant. Il organise notamment des consultations et des actions de prévention médico-sociales en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans. La PMI organise des actions préventives et de suivi en lien avec le médecin traitant ainsi que les équipes hospitalières. Une équipe pluridisciplinaire (médecin, assistante sociale, psychologue, puéricultrice, …) intervient de manière systématique à la demande ou en complément des sages-femmes libérales ou des équipes d'Hospitalisation à domicile

I.2.2.3 - L'Hospitalisation à domicile

Selon l'article L.6125-2 du code de la santé publique (27): l'HAD permet d'assurer des soins médicaux et paramédicaux, continus et coordonnés. L'hospitalisation à domicile, véritable pivot entre l'hôpital, la ville et les associations, permet de penser l'hôpital autrement, surtout pour des patientes présentant un profil particulier souvent mal perçu en secteur d'hospitalisation classique. L'HAD permet également de proposer un projet de soin complémentaire avec pour but chez les patientes en situation de grande vulnérabilité de renforcer les compétences maternelles et la relation mère enfant.

En anté-partum, les problèmes médico-sociaux associés à une indication médicale comme les conduites addictives sont une indication d'HAD. En post-partum, l'HAD est particulièrement indiquée en cas de toxicomanie nécessitant une substitution et la surveillance de possibles troubles du comportement néonatal. L'HAD permet la poursuite de la prise en charge médicale et de l'accompagnement initié en anté-partum chez les femmes en situation de vulnérabilité dans le cas ou la situation est connue. Dans le cas où la situation de a été découverte fortuitement, lors d'une hospitalisation ou de l'accouchement par exemple, l'HAD permet une prise en charge en urgence par la mise en place du travail en réseau associant les institutions comme la PMI et les professionnels concernés.

I.2.2.4 – Le Réseau Périnatal Lorrain

Agréé par l'ARH en 2001, le Réseau Périnatal Lorrain (RPL) est un réseau de santé en périnatalité régional qui réunit les professionnels quel que soit leur mode d'exercice (maternités publiques, privées, services de PMI, services de psychiatrie, centres d'action médico-sociale précoce, praticiens de ville) et des usagers qui ont signé la charte du réseau.

Ses missions sont centrées sur la prise en charge et l'accompagnement global de la grossesse et de la naissance selon une organisation coordonnée et graduée. Le réseau élabore des outils communs, des recommandations de bonne pratique, coordonne le suivi des enfants vulnérables. Il exerce des missions de prévention notamment en matière de prévention des conduites addictives pendant la grossesse.

I.2.2.5 – Loraddict

Loraddict est un réseau de santé régional qui a pour vocation d'assurer la coordination des acteurs de l'addictologie en Lorraine, en constituant un lieu d'échanges et de concertation entre ces acteurs. Il vise à l'amélioration de la prise en charge globale des patients présentant des conduites addictives. Le réseau Loraddict fédère des structures, des professionnels et des bénévoles associatifs issus de l'addictologie en Lorraine. Il rassemble une quarantaine d'adhérents constitués : de structures d'addictologies : hôpitaux, associations (ANPAA, réseaux de santé, associations de professionnels, mouvements d'entraide…), CSAPA, structures addictologiques, hospitalières, professionnels spécialisés en addictologie. Dans le but d'améliorer la qualité et la continuité de la prise en charge des patients présentant des conduites addictives, Loraddict a pour missions de rassembler les acteurs de proximité en organisant des journées thématiques annuelles, conférences ou colloques, de promouvoir les compétences professionnelles en addictologie et de soutenir les acteurs par sa fonction d'expertise et de conseil en matière d'addictologie.

I.2.2.6 - Les structures spécialisées

I.2.2.6.1 – Les CSAPA

En Moselle, il existe 42 structures permettant de prendre en charge les personnes victimes d'addictions et 34 de ces structures sont spécialisées en toxicomanie (permanence d'accueil, point d'écoute-information, associations, CSAPA...)

Par exemple, Les Wad's et Baudelaire à Metz et le centre Baudelaire à Thionville sont des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Adictologie (CSAPA), Ces structures prennent en charge les personnes confrontées à une addiction avec ou sans produit ainsi que leur entourage. Peuvent être pris en charge les patients consommant des substances illicites, médicaments psychotropes détournés de leur usage, des patients prenant un traitement de substitution de la

dépendance aux opiacés (prescrits ou non) et les polyconsommateurs.

L'équipe est composée d'assistants sociaux, d'éducateurs spécialisés, de médecins, d'un personnel administratif, d'un psychiatre et de travailleurs sociaux. Ce type de structure réalise différentes activités : de prévention et d'insertion d'une part (accueil et orientation, suivi éducatif) et de soin (consultation médicale, sevrage ambulatoire, soutien familial et individuel, substitution, suivi carcéral).

I.2.2.6.2 – L'Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

Composée d'un médecin, d'un médecin addictologue, d'un psychiatre et d'une secrétaire médicale, l'équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) de Mercy prend en charge les usagers d'alcool, de tabac et d'autres substances psychoactives, l'entourage mais également les professionnels. Les consultations sont prises en charge par l'assurance maladie, et les activités de ce service sont la prévention (accueil, orientation, éducation), la formation du personnel, la réduction des risques, l'insertion (suivi socio-éducatif) et le soin (consultation médicale, bilan de consommation, groupe d'entraide et de parole, sevrage ambulatoire et hospitalier, soutien et substitution).

L'hôpital Bel Air ne dispose pas, à l'heure actuelle, d'une équipe de liaison de ce type.

I.3 – Projet « Périnatalité et Addictions »

I.3.1 – Initialisation du projet

Grâce aux travaux antérieurs accomplis par une sage-femme diplômée en tabacologie et addictions et dans la continuité d'une formation « maternité et addictions » réalisée en septembre 2013, le CHR Metz-Thionville a décidé de mobiliser les deux sites dans la mise en place d'un projet de prise en charge des femmes enceintes dépendantes aux substances psychoactives. Ce projet s'inscrit dans la continuité du Prix « Maternité Sans Tabac » qu'a reçu le pôle femme-mère-enfant de Metz par l'Association Périnatalité Prévention Recherche Information (Appri) lors des rencontres nationales à Montpellier fin 2009. L'équipe a reçu les honneurs pour son action d'aide menée auprès des femmes enceintes dans le domaine de la prévention tabac-grossesse.

Le travail engagé autour de ce projet a débuté en septembre 2013.

I.3.2 – Justification

Les femmes consommant des substances psychoactives pendant la grossesse présentent des risques obstétricaux, pédiatriques et un taux de comorbidité plus élevé que la population

générale(1). Une consommation de substances psychoactives entraîne un ensemble de risques propres à chaque produit, avec un coût social et sanitaire considérable. Tout acteur de la périnatalité doit systématiquement aborder cette question avec la mère ou le couple lors d'une consultation gynécologique, obstétricale ou pédiatrique (28). Une prise en charge pluridisciplinaire coordonnée pourrait permettre de diminuer l'incidence des complications de ces grossesses à risques, la grossesse étant un moment privilégié pour favoriser l'accès aux soins de ces futures mères (29). La mobilisation des équipes sanitaires et sociales autour du repérage et de la prise en charge des femmes enceintes consommant des substances psychoactives est un besoin prioritaire de santé publique.

I.3.3 – Objectifs

I.3.3.1 – Objectif général du projet

L'objet de notre projet est d'améliorer la prise en charge ainsi que de l'accompagnement pendant la grossesse des femmes dépendantes aux substances psychoactives, de leur conjoint et de l'enfant à naître, sur le site du CHR Metz-Thionville.

La finalité de ce projet serait d'aboutir à un mode de prise en charge des femmes enceintes dépendantes aux substances psychoactives semblable en tout point au fonctionnement d'un réseau de santé. Le souhait de créer un réseau de santé sous sa forme juridique telle qu'elle est décrite dans les textes de lois n'est pas d'actualité pour le moment, par contre transposer le modèle d'un réseau, son mode d'organisation et de fonctionnement paraît tout à fait éligible et envisageable. Effectivement, l'objet de notre projet est de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge. Ce projet s'inscrit donc dans une démarche de création d'un « groupement de professionnel », travaillant ensemble autour d'un intérêt commun.

La mise en place de ce projet de pôle est novatrice. Si de nombreux travaux concernant la prise en femmes des femmes enceintes dépendantes aux substances psychoactives et de leur enfant à naître ont déjà été réalisés, beaucoup de choses restent à faire tant au niveau de la prise en charge que des représentations du personnel.

I.3.3.2 – Objectifs spécifiques

Afin d'améliorer la prise en charge et l'accompagnement de la femme consommatrice de SPA, de son conjoint et de l'enfant à naître, différents objectifs ont été mis en place :

-réaliser un état des lieux chiffré sur les deux sites
augmenter le repérage précoce des femmes enceintes ayant des conduites addictives
-assurer une cohérence et une coordination intra et extra-hospitalière
-améliorer les pratiques et modifier les représentations des équipes
-réduire le nombre de syndrome de sevrage

-impliquer les partenaires

I.3.3.3 – Enjeux du projet

Les enjeux de cette prise en charge sont multiples : la stabilisation de la consommation, la prévention des complications fœtales et obstétricales, la mise en place du lien mère/enfant, ainsi que le devenir psycho-comportemental de l'enfant en devenir, l'amélioration des compétences de tous les professionnels impliqués dans la prise en charge des femmes enceintes abusant de substances psycho-actives et la valorisation du travail multidisciplinaire et en réseau pour favoriser le repérage précoce des conduites addictives.

Parvenir à cet objectif permettrait de réduire les risques obstétricaux et pédiatriques, pour ainsi faire diminuer le taux de morbidité associé à l'usage de ces substances.

I.3.3.4 – Objectifs de la mission de stage

La mission confiée pour le stage est « l'initialisation et la diffusion du projet de prise en charge des femmes enceintes dépendantes aux substances psychoactives, de leur conjoint et de l'enfant à naître : de l'organisation des premières réunions constitutives à la concrétisation des premières actions».

Les objectifs spécifiques de la mission consistaient à :

- Coordonner le projet sur les deux sites
- Établir un état des lieux chiffré et un diagnostic des réponses existantes
- Manager la mobilisation des acteurs
- Co-organiser les premières réunions constitutives de l'équipe-projet
- Participer à la mise en place des premières actions

II. Méthodes

II.1 - Méthodologie de projet

II.1.2 – Selon le modèle fonctionnel

La planification du projet d'amélioration de la prise en charge des femmes dépendantes aux substances psychoactives se base sur le modèle fonctionnel propose par l'Ecole de Santé

Publique de Nancy dont les étapes sont:

- l'analyse de la situation par le recueil d'informations, leur analyse et leur hiérarchisation,
- la définition de priorités et à partir d'elles, d'objectifs,
- le choix de stratégies d'intervention,
- la planification et la mise en œuvre des actions,
- la planification et la mise en œuvre de l'évaluation pour un réajustement régulier du projet

II.1.3 – Diagnostic initial

Le diagnostic initial autour de la prise en charge des femmes enceintes dépendantes aux substances psychoactives s'est fait grâce à :

- une revue de la littérature nationale, internationale et locale,

- un état des lieux sur le contexte et les pratiques professionnelles.

- un état des lieux chiffré ; Pas de données publiées au niveau régional sur les consommations des femmes enceintes mais au niveau local :

→ Données du rapport d'activité 2013 des CSAPA Metz et Thionville

→ Données PMSI (Programme de Médicalisation du Système d'Informations du CHR Metz-Thionville).

II.1.3.1- Recherche bibliographique

Les informations présentées dans ce mémoire sont basées sur les pratiques de référence actuelles et les données disponibles. Les sources cités dans ce travail incluent : des documents de politique gouvernementale ou de théorie sociologique, des références en pratique de soins en santé publique, des guides de bonnes pratiques, l'opinion d'experts, des fiches pratiques et des publications récentes.

La revue de littérature s'est basée sur une recherche via internet (moteurs de recherche spécialisés ou non), une recherche bibliographique ou directement auprès des acteurs concernés, le maître de stage ayant conseillé certains articles. La recherche portait sur:

- les articles publiés au niveau national et international concernant la grossesse et les dépendances,

- les recommandations de pratiques professionnelles nationales (Haute Autorité de Santé (HAS), et internationales (OMS),

- les rapports et autres éléments de littérature locaux, régionaux et internationaux, les protocoles de la maternité et les fiches pratiques du réseau Périnatal Languedoc-Roussilon (30).

Moteur de recherche	Mots clefs
Pubmed	((pregnancy[Title]) AND addictions[Tittle] ((pregnancy[Title]) AND addictions[Tittle] AND french[Language]
Google	Recommandations+addictions+grossesse(+OMS)

Tableau 5 : *Exemple de recherches bibliographiques effectuées sur internet*

II.1.3.2 – Données PMSI

Depuis la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, les établissements de santé publics et privés doivent procéder à l'analyse de leur activité médicale et transmettre aux services de l'État et à l'Assurance maladie « les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité » : articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique (31). À cette fin ils doivent mettre en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge. Dans chaque unité de soins de courte durée M.C.O. (Médecine-Chirurgie-Obstétrique) le médecin responsable du malade produit un R.U.M. (Résumé d'Unité Médical) à partir de données médico-administratives codées selon les nomenclatures et classifications standardisées et le transmet au médecin du D.I.M.

Pour réaliser un premier état des lieux, nous avons, après accord du DIM, du chef de pôle et de la cadre supérieure, eu accès aux données PMSI du site de Metz et du site de Thionville, sur la période du 01/01/2012 au 01/10/2013.

Concernant les consommations maternelles : Les données fournies par le DIM comprenaient le nom du site (Bel Air ou Mercy), le nom, prénom et date de naissance de la patiente, son mois et sa date de sortie, son numéro d'hospitalisation, le code et libellé du diagnostic associé (par exemple : naissance unique, enfant vivant), le code et libellé du groupe homogène de malade GHM (par exemple un accouchement par voie basse, avec complications majeures), et enfin le code et libellé diagnostic correspondant à la dépendance de la mère (Annexe 2):

F17.24 *« Syndrome de dépendance au tabac, utilisation actuelle »*
F10.202 *« Syndrome de dépendance à l'alcool, personne actuellement abstinente en rémission complète »*
F19.2 « *Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles*

liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives : syndrome de dépendance »
F11.22 « *Syndrome de dépendance aux opiacés, personne suivant actuellement un régime de maintenance ou de substitution sous surveillance médicale* »
F19.22 « *Syndrome de dépendance à des drogues multiples et à d'autres substances psychoactives, personne suivant actuellement un régime de maintenance ou de substitution sous surveillance médicale* »
F12.200 « *Syndrome de dépendance aux dérivés du cannabis, personne actuellement abstinente en rémission partielle* »

Nous avons également réalisé sur cette même période, une recherche de données néo-natales (Annexe 3).

La recherche s'est donc poursuivie à partir des codes PMSI correspondant aux :

« *symptômes néonatals de privation dus à la toxicomanie de la mère* » (P961)
« *symptôme de privation d'une utilisation thérapeutique de médicament chez le nouveau-né* » (p962)
« *fœtus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère* » (P042)
« *fœtus et nouveau-né affectés par la toxicomanie de la mère* » (P044)
« *fœtus et nouveau-né affectés par d'autres médicaments absorbés par la mère* » (P041)

II.1.4 – Partenariat des deux sites

II.1.4.1 – Mise en place d'une équipe-projet pluridisciplinaire

Sous l'impulsion d'une sage-femme spécialisée en tabacologie et addictions fortement impliquée dans cette action, et grâce à l'accord du chef du pôle Mère-enfant, nous avons sollicité des volontaires intéressés par la mise en place de ce projet afin de constituer une équipe projet pluridisciplinaire.

Se sont engagées sur ce projet 17 personnes, dont 2 Infirmiers, 5 cadres, 1 pédiatre, 2 assistantes sociales, 1 gynécologue, 1 médecin généraliste et 5 sages-femmes. La composition détaillée de l'équipe projet a été retranscrite sous forme de tableau. (Annexe 4)

Cette équipe projet n'a pu être au complet à chaque réunion pour des raisons d'organisation. Toutefois, chaque membre recevait un compte rendu de réunion et pouvait réagir à celui-ci. Le stage aura été l'occasion d'articuler le travail de cette équipe projet ainsi que celui des sous-groupes thématiques et d'animer l'ensemble des réunions de travail.

II.1.4.2 – Identification de la commande institutionnelle

Au préalable, il était important de bien préciser et de bien comprendre la demande et les attentes des deux institutions partenaires. Identifiée comme un objectif de santé, la prise en charge des femmes enceintes dépendantes aux substances psychoactives et de l'enfant à naître proposée par

le CHR Metz-Thionville est apparue comme le point de départ d'une coopération intra, mais aussi extra-hospitalière. Le souhait de ce projet de pôle est d'harmoniser les pratiques, permettant alors l'amélioration du parcours patient. Dans ce souci, le point a été fait sur les différences qui subsistent entre les deux sites, les rendant alors inégaux face à la prise en charge de ces patientes.

II.1.4.3 – Attentes de l'équipe-projet

Dans la prise en charge des femmes enceintes dépendantes aux substances psychoactives, tout le monde est d'accord pour dire que l'on retrouve des barrières entre le traitement le soin et la santé liée au social. Selon la définition de l'OMS, « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (32)*. Elle ne saurait se limiter aux soins. Cette approche globale de la santé est au cœur de notre projet. Elle suppose de faire converger différentes approches et représentations professionnelles (hôpital, ville, médecins, infirmières, travailleurs sociaux, etc.) pour construire de nouvelles pratiques impliquant la femme enceinte, devenue actrice de sa santé.

Dans un souci de pérennité, l'équipe projet a appuyé le fait que ce projet ne devait en aucun être « personne-dépendant ». Effectivement, de nombreux travaux antérieurs ont déjà été réalisés par un médecin impliqué dans cette thématique qu'est « l'addiction et la périnatalité », mais à son départ, le projet mis en route n'a pas été repris. L'intérêt d'une collaboration pluridisciplinaire est alors justifiée et approuvée par tous.

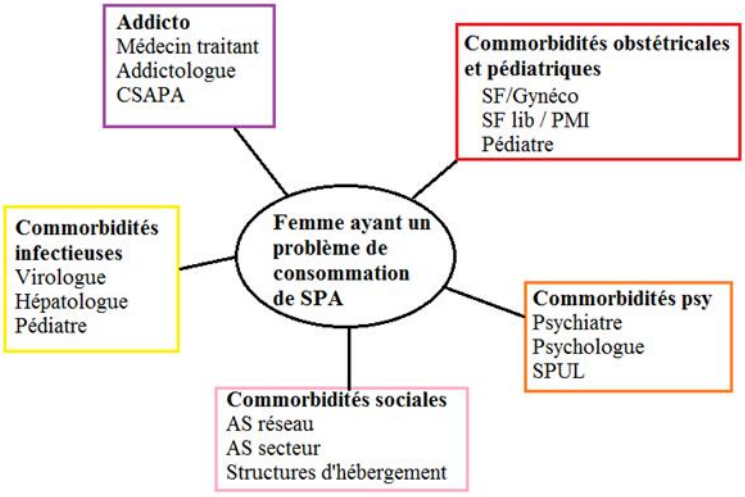


Figure 1 : Intérêt du travail en réseau pour la prise en charge des femmes enceintes consommatrices de SPA

II.1.4.4 – Réflexion de l'équipe projet

Afin de permettre aux membres de l'équipe-projet de mesurer les bénéfices attendus, un travail de réflexion a été engagé. Les membres de l'équipe-projet présents lors des deux premières réunions de travail ont été sollicités sous la forme d'un brainstorming, pour faire le point sur l'ensemble des

difficultés rencontrées en pratique, en matière de prise en charge des femmes dépendantes aux substances psychoactives. Les difficultés énoncées ont été retranscrites sur un diagramme d'Ishikawa, classant celles-ci sur 5 axes (Moyens, Environnement, Ressources humaines, Matière, Méthode). A partir de ces difficultés énoncées, les membres de l'équipe-projet ont été interrogés sous forme de brainstorming, sur les intérêts individuels et collectifs à participer au projet, mais aussi sur les freins éventuels liés à l'adhésion. Ensuite, l'équipe a été sollicitée pour trouver des pistes d'argument de motivation, à proposer en regard des divers freins et réticences énoncés. Nous avons utilisé tout au long de ce travail, une « Fiche projet » (Annexe 5), datée à chaque modification et distribuée par mail à tous les membres de l'équipe projet.

II.1.5 – Au cœur du projet

II.1.5.1 – Préparation des premières réunions constitutives

Les acteurs ont tous formulé le désir d'intégrer une dynamique de réseau pour améliorer la coordination et la visibilité des actions de chacun, fédérer les moyens et assurer une meilleure couverture des besoins. C'est pourquoi, il a été décidé d'organiser une première journée de travail réunissant l'ensemble de ces acteurs

Cette réunion avait pour objectifs :

- de permettre à chacun d'eux de s'identifier et de se connaître,
- de se concerter sur les recommandations nationales en matière de prise en charge de ces patientes
- de cibler ce qui faisait défaut sur le département
- de mettre en évidence les besoins en formation et d'identifier les personnes ressources qui pourraient être sollicitées pour venir renforcer les actions d'éducation à la sexualité
- de programmer une prochaine journée de travail.

Les invitations à la réunion ont été envoyées par courriel. Pour des questions d'organisation, les réunions se déroulaient à la salle du conseil de surveillance CHR Mercy METZ

II.1.5.2 – Stratégie : mobilisation des compétences

II.1.5.2.1 – Partage d'expérience du réseau Strasbourgeois Mataddict

Au CHU de Strasbourg, le réseau maternité et addictions accompagne les femmes enceintes usagères de substances psychoactives dans la réduction ou le sevrage d'alcool et de tabac pendant la grossesse. Vu le côté novateur de ce projet de pôle, il s'agissait de ne pas se laisser déborder. Adapter une stratégie en entonnoir semble être la stratégie la mieux adaptée à notre cas. Comme point de départ, nous avons sollicité l'intervention d'une équipe strasbourgeoise expérimentée en matière d'addictologie et de périnatalité pour profiter de leur expérience.

Afin d'élargir nos horizons et de s'inspirer de travaux accomplis par un réseau qualifié dans les

prises en charge des addictions chez les femmes enceintes, nous avons invité deux membres du réseau strasbourgeois pour nous faire part de leurs expériences.

II.1.5.2.2 – Sollicitation de personnes ressources

Débuter un projet d'une telle envergure demande du temps, du travail, mais surtout beaucoup d'échanges vu le nombre et hétérogénéité des acteurs concernés. Il nous a apparu nécessaire de travailler sur la communication du projet, afin de le rendre « vivant » aux yeux du personnel, mais aussi des partenaires. C'est pourquoi nous sommes allés à la rencontre de deux médecins généralistes spécialisés en addictologie, un à Metz et à un Thionville, considérés comme étant les médecins de ville « référents » en matière d'addictologie. Ayant fait partie d'un réseau ville-hôpital prenant en charge les femmes enceintes dépendantes pendant des années, leur expérience s'est avérée être une véritable opportunité pour notre projet. Nous les avons contactés par appel téléphonique, et l'entretien a été réalisé par la sage-femme référente du projet et moi-même. Ces entretiens n'ont pas été enregistrés mais des notes ont été prises ; il s'agissait plutôt d'un partage d'expériences plutôt qu'un entretien guidé. Les questions posées étaient pratiquement toutes ouvertes.

II.1.5.2.3 – Formation

Face à l'augmentation de futurs parents et parents consommant des substances psycho actives (tabac, alcool, drogues illicites, médicaments) et les conséquences sur les enfants, l'Agence Régionale de Santé de Lorraine a souhaité que soit mise en place une action de sensibilisation auprès de professionnels œuvrant en périnatalité et parentalité en Lorraine. Le Réseau Périnatal Lorrain, en partenariat avec LORADDICT (Réseau Lorrain d'Addictologie), a donc formé des professionnels à la mise en place d'actions de sensibilisation.

Cette formation a été une opportunité pour notre projet ; nous étions trois sages-femmes à suivre cette formation de deux jours organisée par le Réseau Périnatal Lorrain. Intitulée « Formation d'animateurs territoriaux en périnatalité et addictions » (33), elle s'est réalisée le 20 février et le 18 mars 2014 à l'amphithéâtre de la maternité régionale de Nancy (Annexe)

II.1.5.3 – Définition des modalités de mobilisation

II.1.5.3.1 – Distribution des tâches

Dans un souci d'efficacité, nous avons décidé de constituer plusieurs groupes de travail, que nous avons soumis à celui présent à la deuxième réunion. Nous n'avons pas imposé les groupes de travail, laissant aux membres de l'équipe-projet le choix du groupe dans lequel il souhaitait travailler.

Groupe 1 : Définition du parcours patient : qui fait quoi ? avec qui ? outils, logigramme.
Groupe 2 : Établissement d'un annuaire ressource (humain et bibliographique).
Groupe 3 : Amélioration de la communication entre partenaires et avec la médecine de ville.
Groupe 4 : Formation des équipes (mise à dispositions d'outils, réunion de partage d'expérience).
Groupe 5 : Amélioration du repérage et pratique d'un bilan d'activité (DIM).

II.1.5.3.2 – Calendrier prévisionnel

Année	2013				2014					
Activités	Sep	Oct	Nov	Dec	Janv	Fév	Mars	Avr	Mai	Juin
Réunion du groupe de travail						28/02				
Partage d'expérience avec l'équipe strasbourgeoise			22/11 HFME							
Rencontre et visite du CSAPA Metz				07/12						
Présentation du projet équipe pédiatrique Hôpital Bel Air						14/02				
Formation Lorradict « Périnatalité et addiction »						20/02 RPL Nancy	18/03 RPL Nancy			
Rencontre avec deux médecins de ville spécialisés en addictologie							24/03 Metz	04/04 Thionville		
Annuaire ressource								Finalisation/	Impression	Distribution
Plaquettes d'informations								RDV avec le chargé de com		Distribution
Ateliers de sensibilisation								Cahier des charges	Progr. de formation	Formation

Tableau 7 : Calendrier prévisionnel

III. Résultats

III.1 - Diagnostic initial

III.1.1 - Etat des lieux au CHR

Les données PMSI du CHR Metz-Thionville de Janvier 2012 à Septembre 2013 concernant la prévalence de femmes enceintes consommatrices de substances psychoactives montrent que sur les 2487 femmes enceintes suivies à Metz durant cette période, 36 présentaient une dépendance à une substance telle que la cocaïne, le cannabis, l'alcool, les opiacés ou les drogues multiples. A Thionville, sur les 2487 patientes suivies pendant cette même période, les données nous montrent que 8 femmes ont été prises en charge.

Substances	Metz 2012	Thionville 2012	Metz 2013	Thionville 2013
Alcool	1	1	2	0
Opiacés (100% substitution)	6	1	7	3
Cannabis	6	0	3	1
Cocaïne	1	0	0	0
Drogues multiples	9	0	1	2

Tableau 8 : Résultats de l'étude fichier PMSI 01/2012 - 09/2013, CHR Metz-Thionville, section « Maternité et addictions »

Substances	Metz (2012-2013)	Thionville (2012-2013)
Alcool	3	1
Opiacés	13	4
Cannabis	9	1
Cocaïne	1	0
Drogues multiples	10	2

Tableau 9 : Effectif total des patientes consommatrices sur le site de Metz et le site de Thionville en 2012 et en 2013

Sur cette même période et concernant les nourrissons affectés par les consommations maternelles, les données recueillies montrent qu'au total, 3 nouveau-nés ont été affectés par les consommations maternelles à Thionville, et 19 à Metz.

Substance	Metz 2012	Metz 2013	Thionville 2012	Thionville 2013
Médicaments	3	1	0	0
Tabac	2	2	0	1
Alcool	0	1	0	0
Toxicomanie	6	4	1	1

Tableau 10 : Etude du fichier PMSI : Nombre de bébés hospitalisés suites aux consommations maternelles, en néonatologie sur le CHR Metz-Thionville pendant la période 2012-2013.

III.1.2 – Etat des lieux des réponses existantes : problèmes identifiés

Nos différentes réunions ont permis à l'équipe-projet d'identifier les problèmes relatifs à la prise en charge et l'accompagnement des femmes enceintes dépendantes aux SPA ; Ceux-ci ont été retranscrits pour une meilleure lisibilité sur un diagramme d'Ishikawa :

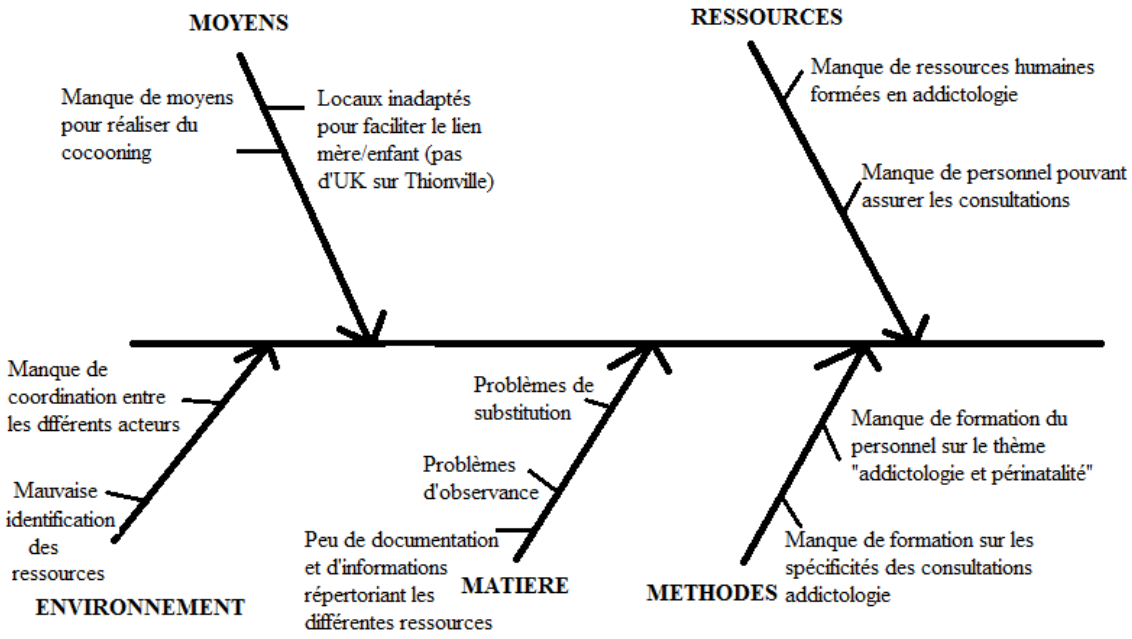


Figure 2 : Diagramme d'Ishikawa

III.2 - Stratégies d'intervention

III.2.1 – Constats tirés de nos expériences

III.2.1.1 - Expériences du réseau strasbourgeois

Les travaux présentés par l'équipe du réseau strasbourgeois Matadict ont été perçus par notre équipe comme un véritable exemple à suivre.

Effectivement, leurs travaux montrent qu'il est possible d'atteindre un taux de SSN nul, et donc aucune séparation mère/enfant, si des méthodes de cocooning et une bienveillance du personnel sont appliquées, et ce dès l'annonce de la grossesse.

Nos échanges avec cette équipe strasbourgeoise a soulevé deux difficultés majeures que nous avons pris en compte dans notre de démarche de projet :

-La méconnaissance pharmacologique des substances psychoactives et de leurs risques obstétricaux et pédiatriques

-L'adaptation à une population spécifique pour laquelle la plupart des soignants ne sont pas préparés et n'ont pas de connaissances adéquates, ce qui se traduit souvent par des

représentations négatives ou des attitudes de rejet

III.2.1.2 - La formation au RPL

Réalisée sur deux jours, cette formation nous a permis d'améliorer nos connaissances sur la question des addictions et de la grossesse, de maîtriser les outils de repérage et d'intervention brève dans la prise en charge avant et dès le début de la grossesse, d'acquérir des techniques d'entretien pour le public des femmes enceintes et des parents présentant des conduites addictives ainsi que des méthodes pour l'animation de réunion de sensibilisation en périnatalité et addictions. Le dernier objectif a été de se sensibiliser au travail multidisciplinaire et en réseau sur le territoire de la périnatalité et de l'addictologie.

A la suite de cette formation, nous nous sommes engagées à organiser et animer une demi-journée de sensibilisation dans notre réseau de proximité avec l'aide des supports et du travail de réflexion fait dans le cadre de la formation.

III.2.1.3 - La rencontre avec les acteurs ressources

L'expérience des deux médecins de secteurs référents en matière d'addictologie nous a permis de soulever plusieurs points:

Le repérage précoce ne peut se faire sans une bonne communication entre les différents acteurs. Les médecins de ville, véritables acteurs ressources vu le lien de confiance qu'ils ont tissé avec leurs patientes, sont inévitablement à inclure dans notre projet.

La Protection Maternelle et infantile est le maillon clef de notre projet. Travaillant directement au sein même de l'environnement de la patiente, les professionnels de PMI sont les mieux placés pour faciliter le repérage précoce et le lien entre l'intra et l'extra-hospitalier.

Les femmes enceintes consommatrices de substances psychoactives connaissent souvent la crainte d'être jugées, rejetées par les soignants. Cet état de peur entraîne alors un mauvais suivi, puisque ces femmes évitent le contact avec le personnel soignant.

II.2.2 – Formulation d'hypothèses tirées des constats

Le partage d'expérience avec l'équipe strasbourgeoise, la rencontre de personnes ressources sur le territoire et la formation au Réseau Périnatal Lorrain ont permis à notre équipe de rediriger le travail, et de ne pas se laisser déborder en trouvant un « angle d'attaque » prioritaire. Partant de ces expériences, notre réflexion a abouti à trois hypothèses :

1ère hypothèse : « *Un manque de connaissances des soignants en matière d'addictions entraîne des représentations négatives à l'égard des patientes hospitalisées en service d'obstétrique ou soins généraux, et nuit à la qualité de leur prise en charge.* »

En effet, l'hétérogénéité des réponses concernant les conduites à tenir souligne une absence de

cohérence face aux femmes consommatrices de substances. .

Cette hypothèse nous permet de mettre en évidence la relation existant entre manque de connaissances et représentation négative puis avec le sentiment d'insécurité et la diminution de la qualité de prise en charge du patient qui peut être schématisée de la façon suivante:

Manque de connaissance → *Représentations négatives* **->** *Sentiment d'insécurité* **->** Atteinte à la qualité de la prise en charge

2nde hypothèse : « *Le travail pluridisciplinaire en réseau est un facteur clef d'amélioration de la prise en charge. Un manque de continuité, de communication et de coordination entraîne un clivage des pratiques et nuit ainsi à la qualité de la prise en charge des patientes.* »

3ème hypothèse : « *La méconnaissance partielle des structures de prise en charge et d'aide aux personnes dépendantes aux substances psychoactives va se traduire par une privation d'un accès à l'information »*

Ces trois hypothèses nous ont permis de recentrer notre travail, en validant d'un commun accord deux actions qui nous sont apparues prioritaires : La formation du personnel et la communication élargie.

III.3 - Actions mises en place

III.3.1 - Communication élargie

III.3.1.1 - Création d'un annuaire ressource

Dans le souci d'améliorer notre visibilité auprès des médecins de ville et des structures concernées, et de rendre le travail en réseau plus aisé, nous avons décidé de réaliser deux annuaires ressources ; un pour Thionville (Annexe 6), et l'autre pour Metz (Annexe 7) . Il nous a fallu pour cela, nommer des personnes référentes sur Metz et sur Thionville.

Sur chaque annuaire figure les coordonnées des personnes, structures et associations ressources, à savoir : Le service de PMI, la sage-femme et le pédiatre référent de l'hôpital, le service social de la maternité et celui de consultation d'aide au sevrage tabagique, le psychiatre et psychologue de la maternité, le médecin de ville référent, l'association *Inform'elles*, les services d'écoute de violence conjugales, de prise en charge du tabac, du cannabis et de drogues, les centres d'accueil et CSAPA, l'équipe de liaison et de soins en addictologie pour Metz, et le service de psychiatrie et d'urgence de liaison (SPUL).

Après avoir récolté les informations nécessaires pour chacun des deux sites, nous avons rencontré le chargé de communication pour envisager la mise en forme de cet annuaire qui sera distribué sous forme de feuillet.

Le public cible étant le personnel soignant, les médecins de ville et les structures associées, l'annuaire sera distribué en intra et extra-hospitalier, et sera également disponible sur la plateforme internet du CHR.

III.3.1.2 – Plaquettes d'information

Pour compléter les actions destinées aux professionnels, notre équipe a estimé nécessaire de délivrer des messages synthétiques à toutes les femmes en âge de procréer et de leur entourage, sur les consommations à risque pendant la grossesse. Délivré sous la forme d'un feuillet (Annexe 6), il sera disponible dans les salles d'attentes des consultations, de la maternité, mais aussi en ville chez les médecins traitants, pédiatres et gynécologues. Cette plaquette a été réalisée dans le but de susciter chez la femme consommatrice de tabac, alcool, drogues ou médicaments, une remise en question de sa consommation. La public cible que nous essayons de toucher est une population bien souvent craintive de la stigmatisation, mais souvent soulagée d'être accompagnée. Réaliser ces plaquettes et y faire figurer des contacts utiles nous permet de faire un pas vers ces femmes, et faire ainsi reculer ce sentiment de peur.

Ces plaquettes sont actuellement en cours d'impression.

III.3.2 - Formation des équipes

III.3.2.1 – Objectifs

L'objectif principal de cette action de formation est de mettre en place pour le personnel, des ateliers de sensibilisation sur les deux sites afin d'améliorer la prévention et la prise en charge des dépendances aux substances psychoactives chez les femmes enceintes.

De part ces ateliers, la formation vise à rendre chaque acteur de santé capable :

- d'aborder le concept de l'addiction ;
- de réfléchir sur ses représentations personnelles et professionnelles par rapport aux addictions pendant la grossesse ;
- de connaître les conséquences médicales de la consommation de substances psycho actives pendant la grossesse ;
- de conduire un entretien afin de repérer et d'organiser les relais spécifiques ;
- d'évaluer les pratiques professionnelles et les indicateurs de qualité des soins périnataux selon la problématique « Grossesse et addictions » .

III.3.2.2 – Cahier des charges

Afin d'élaborer le programme de formation, il nous a fallu concevoir le cahier des charges (Annexe 8) et prévoir les modalités organisationnelles, à savoir notamment le nombre d'animateur, le public concerné, la date, le lieu, les supports.

Les acteurs concernés par cette formation sont les sages-femmes, auxiliaires de puériculture, cadres de santé, infirmières puéricultrices.

Réalisée sur une demi-journée (4h), cette formation comportera des ateliers pratiques comme des jeux de rôles. Nous utiliserons notamment des supports tels que des films, un Power Point et des questionnaires.

Pour évaluer l'impact de cette formation sur les équipes, un questionnaire sera distribué aux personnels présents, avant et après la formation.

Une fois validé par la cadre supérieur sage-femme, partenaire de l'équipe-projet, ce cahier des charges a été transmis à la cellule des qualifications professionnelles. A l'heure actuelle, les animateurs sont au nombre de quatre et font tous partis de l'équipe-projet (Une sage-femme spécialisée en tabacologie et addictions de Mercy, une sage-femme tabacologue de Thionville, une assistante sociale du CSAPA de Metz et une sage-femme de Thionville.

Concernant l'organisation de la formation, nous avons souhaité que cette formation regroupe les deux pôles.

III.3.2.3 – Programme de formation

Le programme de formation (Annexe 9) décrit la mise en place des ateliers des ateliers de formation, son contenu et les thèmes abordés.

Transmis à la cellule des qualifications professionnelles, il sera diffusé dans toutes les unités de sorte à ce que les professionnels concernés s'inscrivent et fassent valider leur inscription par la cadre du service en question.

III.3.3 – Suivi du projet

A l'heure actuelle, nous faisons le constat d'un partenariat solide avec les structures d'addictologie. Nos réunions précédentes nous ont permis de nous rencontrer, et ainsi de faciliter la communication interne.

Les documents finaux (annuaire ressource et plaquette à destination des patientes) sont en cours d'impression et seront distribués en juin. Ils seront présentés lors d'une soirée de formation présentant également les données épidémiologiques et de santé publique en rapport avec l'addictologie.

La formation « périnatalité et addictions » réalisée sur deux journées au RPL, nous a permis de mettre en place une formation qui se déroulera courant juin à destination du personnel soignant, qui aura comme objet l'amélioration des connaissances ainsi qu'une modification des représentations.

En allant à la rencontre de deux médecins de villes spécialistes de l'addictologie qui ont notamment réalisé un travail en réseau il y a quelques années, nous avons pu tisser des liens qui aboutiront prochainement à la formation des médecins et à la diffusion de notre annuaire.

La prise en charge des femmes enceintes dépendantes aux substances psychoactives continuera ensuite par la distribution des outils et l'accompagnement des professionnels par les acteurs référents identifiés.

Objets du projet	Indicateurs	Etat actuel	Objectifs à terme
Etat des lieux chiffré sur les deux sites	• Données chiffrées PMSI	Données recueillies et prises en compte	Améliorer le codage Réaliser un rapport d'activité annuel
Amélioration du repérage précoce des femmes enceintes ayant des conduites addictives	Comparaison des files actives des CSAPA avec le nombre de femmes prises en charge au CHR	Non évaluable à ce jour	Assurer une cohérence entre la file active des CSAPA et notre taux de prise en charge
Assurer une cohérence et une coordination intra et extrahospitalière	-Nombre de plaquettes d'information distribuées -Nombre d'annuaire ressource distribué -Nombre de réunions de l'équipe projet -Nombre d'échanges informatiques	Non évaluable à ce jour Non évaluable à ce jour 6 dont 3 fois au complet 75	Assurer une couverture dans toutes les salles d'attentes de consultation, distribution chez les médecins de ville. Assurer une couverture à tous les professionnels de la périnatalité et de l'addictologie Au moins une réunion tous les semestres avec l'équipe au complet
Améliorer les pratiques et modifier les représentations des équipes	Evaluation des connaissances par distribution de questionnaires avant/après	Non évaluable pour le moment	Améliorer la visibilité des formations dans les services Assurer au minimum une formation des équipes par an sur les deux sites.
Réduire le nombre de syndrome de sevrage	Données PMSI	10 à Metz	Parvenir à un taux nul d'ici fin 2015 pour les

		2 à Thionville	deux sites
Impliquer les partenaires	Professions représentées dans le groupe-projet	12 professions représentées	Inclure au moins deux gynécologues de chaque pôle dans le projet d'ici 2015

IV. Discussion

IV.1 - Adéquation entre objectifs et méthodes

Les objectifs du stage de master 2 en « Intervention en Promotion de la Santé » étaient :

- Coordonner le projet sur les deux sites
- Établir un diagnostic initial et un diagnostic des réponses existantes
- Manager la mobilisation des acteurs
- Co-organiser les premières réunions constitutives du réseau
- Participer à la mise en place des premières actions.

Ces objectifs de stage étaient en lien avec ceux du projet, à savoir :

-Réaliser un état des lieux chiffré sur les deux sites
-Augmenter le repérage précoce des femmes enceintes ayant des conduites addictives
-Assurer une cohérence et une coordination intra et extra-hospitalière
-Améliorer les pratiques et modifier les représentations des équipes
-Réduire le nombre de syndrome de sevrage
-Impliquer les partenaires

Les méthodes développées ont été:

- Une recherche bibliographique, une exploitation de données PMSI et un état des lieux rapide pour permettre un **diagnostic initial**.
- Un **partenariat des deux** sites
- Une **mobilisation des acteurs** dans le but de collaborer et de travailler ensemble
- Une formalisation d'objectifs et de **stratégies** visant à améliorer la prise en charge des femmes enceintes consommatrices de SPA, amenant à une planification d'actions concrètes.

IV.1.1 - Diagnostic initial

L'objectif de ce projet n'était pas de réaliser une étude descriptive rétrospective ayant pour but de recenser et de décrire la population des patientes consommatrices de SPA, mais il aurait été intéressant de réaliser une étude de ces dossiers afin d'identifier les modalités du suivi de leur grossesse, les complications obstétricales et néonatales et de mettre en évidence le travail pluridisciplinaire mis en œuvre dans ces grossesses à haut risque. Dans ce projet, nous avons choisi de réaliser en premier lieu un état des lieux chiffré, voilà pourquoi nous avons utilisé le dispositif PMSI. Bien que les informations récoltées soient de simples données standardisées, nous les avons estimées suffisantes pour un premier état des lieux. Les biais méthodologiques de notre diagnostic initial sont les suivants: tout d'abord, en termes de qualité de données, le PMSI a certaines limites puisque la responsabilité du codage est portée uniquement par le clinicien. Elle l'amène trop souvent à coder en utilisant des codes approximatifs, voire parfois avec un lien très éloigné avec

les pathologies soignées. Un certain nombre de données sont manquantes dans les dossiers obstétricaux et néonataux. De plus les résultats concernant certaines consommations (tabac, drogues…) sont basés sur la déclaration des patientes, ceci est un biais possible d'omission volontaire car il existe certainement une minimisation de la consommation des toxiques du fait de l'image négative de la prise de toxique dans la société.

D'autre part, la grossesse, dans un contexte de dépendance aux opiacés, ne concerne finalement que peu de patientes chaque année. Pour ce qui est des dépendances à l'alcool, au tabac et aux médicaments, les dossiers sont la plupart du temps mal complétés, la dépendance étant souvent banalisée par le personnel lors de l'anamnèse et omise d'être mentionnée dans le dossier.

Il n'est donc pas évident d'évaluer précisément cette prise en charge. Ce choix de méthodologie a peut être limité la vision de la littérature sur ce sujet, cependant les informations disponibles semblent des bases de travail solides.

IV.1.2 - Le partenariat des deux sites

Entre les deux sites, les relations passées et actuelles sont fondées sur une relation de coopération, et non pas sur une relation concurrentielle, ce qui a été aidant dans la mise en place de ce projet. La coordination des deux départements était une des missions du stage et le fait d'être sage-femme à Bel Air a été plutôt aidant pour engager un travail de co-construction avec les deux équipes.

Par ailleurs, la difficulté résidait dans le fait que les ressources humaines et techniques demeuraient très inégales entre les deux sites. A cet égard, il était nécessaire de trouver des intérêts communs à s'engager dans ce travail en réseau, autour de la problématique des addictions et de la maternité. Par exemple, Mercy possède une unité kangourou alors que Bel n'en possède pas pour le moment. Il a fallu s'adapter à ces différences, car le partenariat, pour être soutenable, doit être basé sur une relation «gagnant-gagnant ». Il ne peut satisfaire les intérêts d'une des parties sans satisfaire l'autre.

IV.1.3 - Mobilisation des acteurs

Le sentiment d'être crédible est un impératif pour aller à la rencontre des acteurs de terrains, surtout la thématique portée par notre projet est souvent banalisée par les professionnels. Cette réflexion met en évidence deux particularités. La première met en avant la nécessité de bien avoir analysé le contexte avant de proposer à quelqu'un la mise en place d'un nouveau dispositif. D'autre part, elle fait part de la reconnaissance impérative d'une légitimité à soulever une problématique. Il s'agissait, ici, d'avoir la légitimité à :

– identifier le problème des conduites addictives dans le cadre de la périnatalité comme un problème prioritaire de santé publique,

– s'engager dans un processus d'amélioration de la prise en charge.

Nous avons donc bien pris connaissance du contexte dans lequel s'inscrivait la problématique avant d'aborder les acteurs à mobiliser. La légitimité nous a semblé nous être accordée du fait des professions et expériences des membres de l'équipe-projet. F-X Schweyer(34), parle des fondateurs de réseau en faisant valoir leur « capacité de persuasion, mobilisation de l'ordre du charisme ». Par ailleurs, s'engager dans la démarche de mobilisation peut sembler compliqué pour certains membres de l'équipe-projet. C'est pourquoi nous avons préféré élaborer l'annuaire ressource qui devait servir de support pour susciter la réflexion des acteurs à mobiliser et leur laisser prendre, eux-mêmes la mesure de l'intérêt à adhérer à une dynamique de réseau autour de la problématique.

Enfin, il est important d'être convaincu pour être convaincant. Cela nécessite d'avoir bien cerné les contours et les enjeux d'un projet mais également d'avoir la certitude que ce qui est présenté va effectivement se réaliser.

IV.1.4 - Stratégies d'action

Le fait d'avoir invité l'équipe strasbourgeoise du réseau Matadict, d'avoir partagé leurs expériences, d'être allés à la rencontre de personnes ressources et de s'être formés à Nancy nous a permis de recueillir un maximum d'informations et de déterminer un angle d'attaque prioritaire. Au fur et à mesure des semaines, notre projet a pris peu à peu la forme d'un entonnoir. Le côté novateur de ce projet a compliqué notre prise de décisions concernant les stratégies et actions à envisager. Notre calendrier prévisionnel a d'ailleurs été revu et réajusté de nombreuses fois. Finalement, la méthodologie de ce projet n'a jamais été statique, car confrontés à des contraintes budgétaires et un manque de ressources humaines, nous avons dû prendre en compte de nombreux changements. Cela peut manquer de rigueur, mais c'est un choix que nous avons assumé.

Enfin, la prise en charge de l'addiction pendant la maternité est un thème aussi vaste que complexe, qui demande beaucoup de temps et un réel investissement des équipes.

IV.2 - Leviers et freins rencontrés

La plus grande difficulté a été de mettre en place un projet tout à fait novateur. Effectivement, c'est la première fois que le pôle mère-enfant s'engage dans la mise en place d'un projet de ce type. Il nous a donc fallu tout reprendre depuis le début.

La première difficulté à laquelle nous avons dû faire face est un faible d'intérêt de la part de la sphère médicale, malgré le fait que les gynécologues soient directement impliqués dans la prise en charge de ces patientes. Seulement un médecin gynécologue a souhaité faire partie de l'équipe-projet, malgré que tous aient été informés du projet mis en place.

La seconde difficulté est secondaire à l'organisation : l'état des lieux actuel montre qu'il n'existe pour le moment aucune sage-femme référente sur le site de Bel Air en mesure d'assurer une coordination et d'être contactée pour toute question relative à la prise en charge de ces femmes, contrairement à Mercy où il y en a une. Dans le souci d'harmoniser les pratiques sur les deux sites, définir une personne ressource serait approprié. Dans l'attente de la nomination d'une sage-femme référente, le médecin chef de pôle partenaire du projet s'est proposé pour réaliser les consultations de ces femmes, mais la mise en place d'une sage-femme coordinatrice qui orienterait les femmes et les professionnels et coordonnerait le parcours patient semblerait plus adapté. D'autre part, l'hôpital de Bel Air ne possède pour l'instant, d'aucune unité kangourou, il va donc falloir, à l'avenir, prendre en compte cette inégalité dans la mise en place de nos actions.

Enfin, le manque de stratégie générale des pouvoirs publics en matière de repérage des conduites addictives chez les femmes enceintes a créé une absence de ligne directrice.

IV.3 - Perspectives d'avenir

Quel que soit la forme que prendra le réseau de professionnel que nous avons construit, il est impératif qu'une instance de coordination soit mise en place rapidement pour assurer une communication en continue sur le projet, pour faire le lien entre les acteurs de terrains et le comité de pilotage, pour assurer une animation du projet et permettre aux différents adhérents de continuer à se rencontrer, se connaître et échanger, pour participer à la planification des actions et à la mise en œuvre effective du dispositif. Nous avons fait en sorte que ce projet ne soit pas « personne-dépendant », de sorte à assurer sa pérennité. A défaut, la dynamique de coopération risque de s'épuiser, à l'image de nombreux réseaux, qui, en l'absence de cellule de coordination assurant la communication ont périclité.

L'amélioration continue des pratiques passera, quant à elle, nécessairement par la mise en place de plans de formations complémentaires sur les spécificités de la prise en charge des femmes enceintes dépendantes aux substances psychoactives. D'autre part, nous venons d'apprendre qu'un dossier d'addictologie va bientôt être intégré aux dossiers patients informatisés.

Index des tables et illustrations

Tableau 1 : Facteurs de dangerosité des substances

Tableau 2 : Effets des différents produits sur la grossesse

Tableau 3 : Effets des différents produits sur le fœtus et le nouveau-né

Tableau 4 : Principaux programmes et misions

Tableau 5 : Exemple de recherches bibliographiques effectuées sur internet

Tableau 6 : Composition de l'équipe-projet

Tableau 7 : Calendrier prévisionnel mis en place

Tableau 8 : Résultats de l'étude fichier PMSI 01/2012 - 09/2013, CHR Metz-Thionville, section « Maternité et addictions »

Tableau 9 : Effectif total des patientes consommatrices sur le site de Metz et le site de Thionville en 2012 et en 2013

Tableau 10 : Etude du fichier PMSI : Nombre de bébés hospitalisés suites aux consommations maternelles, en néonatologie sur le CHR Metz-Thionville pendant la période 2012-2013.

Figure 1 : Intérêt du travail en réseau pour la prise en charge des femmes enceintes consommatrices de SPA

Figure 2 : Diagramme d'Ishikawa

Bibliographie

(1) RESPADD, editor, Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse, édition française, Drugscope, London, Prince Consort House, 2013

(2) Stocco P. Les femmes toxicomanes et la dimension familiale : traitement et questions éthiques. Psychotropes, vol. 13, no3-4 : pp. 251-265

(3) Drogues et dépendances, (page consultée le 20/02/2014), Qu'est-ce qu'une substance psychoactive ? [en ligne] http://www.drogues-dependance.fr/s_informer-substance_psychoactive.html

(4) Organisation mondiale de la Santé. Prise en charge de l'abus de substances psychoactives, [en ligne]. 2008. [consultée le 10/01/2014] Accessible en ligne: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/

(5) « Grossesse chez les patients dépendants aux opiacés ». Prescrire 2005 ; 267 : 836-40

(6) Hulse G.K., Milne E., English D.R. «The relationship between maternal use of heroin and methadone and infant birth weight». Addiction 1997; 92:1571-9.

(7) Boutté P., Richelme C., Bérard E. « Le nouveau-né de mère droguée ». Presse Méd 1988; 17:1405-8.

(8) Ferraro F. La grossesse et les drogues. Paris : Presses universitaires françaises, coll. Que sais-je ? n°3411, 1998 : 128

(9) Institut Nationnal de Prévention et d'Education pour la Santé. La consommation de substances pyschoactives. [en ligne]. Mai 2010, fiche action n°7, [consulté le 03/03/2014]. Disponibilité sur Internet : http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3g.pdf

(10) Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Drogues et addictions données essentielles. 2013 ;401 :201-9

(11) Lejeune C, « Syndrome d'alcoolisation fœtale », Médecine thérapeutique pédiatrique, 2001, 176-183.

(12) Agence Régionale de Santé. (page consultée le 14/02/2014). Syndrome d'alcoolisation foetale [en ligne]. http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/Syndrome-d-alcoolisation-

foeta.172145.0.html

(13) Société française d'alcoologie, Recommandations de la SFA 2002 - Les conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse. Alcoologie et Addictologie 2003 ; 25 (2) : 45-104

(14) Finnegan L. P . Neonatal Abstinence Syndrome: Assessment and Pharmacotherapy. Neonatal Therapy : An Update. Rubaltelli FF and Granati B. (Eds) Experta Medica, Amsterdam, New-York, Oxford, 1986.

(15) Haute Autorité de Santé. Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins, audition publique. [en ligne]. 2007. [consultée le 31/01/2014] Accessible en ligne: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/audition_publique_abus_dependance_19-02-07.pdf

(16) Drogues info service, (page consultée le 29/03/2014). Groupe d'Etudes Grossesse et Addictions. [en ligne]. http://www.drogues-info-service.fr/spip.php?page=stru&id_stru=3861

(17) Drogues info service, (page consultée le 29/03/2014). MILDCA : De la toxicomanie aux conduites addictives. [en ligne]. http://www.drogues-info-service.fr/spip.php?page=stru&id_stru=3861 http://www.drogues-info-service.fr/?MILDCA-de-la-toxicomanie-aux

(18) Fédération Addiction. (page consultée le 02/04/2014). Textes réglementaires. [en ligne]. http://www.federationaddiction.fr/category/espace-documentaire/textes-reglementaires/

(19) Agence Régionale de Santé. (page consultée le 05/04/2014). Schéma Régional d'Organisation des Soins, Volet hospitalier 2012-2016. [en ligne]. http://www.ars.centre.sante.fr/fileadmin/CENTRE/Internet_ARS/Actualites/Evenements/Publication_PRS/Schema_Regional_Orga_Soins_Hospitalier.pdf

(20) Ministère des affaires sociales et de la santé. (page consultée le 10/04/2014). Plan Cancer 2009-2013. [en ligne]. http://www.plan-cancer.gouv.fr/

(21) Ministère des affaires sociales et de la santé. (page consultée le 10/04/2014). Plan Cancer 2013-2019. [en ligne]. http://www.plan-cancer.gouv.fr/preparation-du-3e-plan-cancer.html

(22) Ministère des affaires sociales et de la santé. (page consultée le 10/04/2014).La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires ». [en ligne]. http://www.sante.gouv.fr/la-loi-hopital-patients-sante-et-territoires.html

(23) Réseau CHU. (page consultée le 12/04/2014). CHR Metz-Thionville. [en ligne].

http://www.reseau-chu.org/32-chru/chr-metz-thionville/

(24) FRANCOUAL C., BOULEY A.M., CARLUS C., VIAL M.,WALLET A. « Comment soigner un nouveau-né malade près de sa mère ». In 20es Journées nationales de médecine périnatale, Arnette, Paris, 1990 : pp. 71-83.

(25) VIAL M. « L'environnement du bébé hospitalisé : comment l'améliorer » ? In : Le bébé à l'hôpital, Syros, Bordeaux, 1995 : pp. 53-67.

(26) C. CHANAL. Périnatalité et toxicomanie : comment préserver la place des parents ? (page consultée le 12/04/2014). La santé de l'homme, septembre-octobre 2007, no 391 : pp. 35-36. [En ligne] http://www.inpes.sante.fr/slh/articles/391/04.htm

(27) LEGIFRANCE. (page consultée le 12/04/2014). Code de la santé publique - Article L6125-2. [en ligne]. http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020882727&dateTexte=&categorieLien=cid

(28) Franchitto M.-C., Peyrefort E., Tellier G. (page consultée le 15/04/2014). Toxicomanie, femmes enceintes et maternité : une nécessaire évolution de la prise en charge. Revue Documentaire Toxibase, 2000, no 2 : 12 p.[En ligne]. http://www.toxibase.org/BaseBiblio/FicData/D000657D001.PDF

(29) REICHERT M., WEIL M., LANG J.P. « Prendre en soin une femme enceinte usagère de substances psychoactives en Alsace : le réseau maternité et addictions », Psychotropes, vol. 16 n° 3-4, 2010, pp. 33-46.

(30) Réseau Naître en Languedoc Roussillon. (page consultée le 20/04/2014). Fiches pratiques. (en ligne).

(31) LEGIFRANCE. (page consultée le 12/04/2014). Code de la santé publique - articles L. 6113-7 et L. 6113-8. [en ligne]. http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=A98AD0EFE0BF2F784351D54DAC7FA1CF.tpdjo07v_1?idSectionTA=LEGISCTA000006171444&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090722

(32) Organisation Mondiale de la Santé. (page consultée le 20/02/2014). Définition de la santé. (en ligne). http://www.who.int/about/definition/fr/print.html

(33) Loraddict. (Page consultée le 12/03/2014). Formation d'animateurs territoriaux en périnatalité et addictions. (en ligne). http://www.loraddict.org/attachments/article/64/FORMATION_PERINATALITE_ADDICTIONS_ANIMATEURS2014_VF20Dec13.pdf

(34) Bardin F. Les réseaux de santé dans le champ de la prise en charge des personnes âgées : de la construction au fonctionnement [Mémoire de Diplôme d'état, Ingénieurie sociale]. Metz : IRTS Lorraine ; 2009.

Annexe 1 : Score de FINNEGAN, Evaluation du sevrage du nouveau-né

ANOMALIES DU SYSTEME NERVEUX CENTRAL				
1-cri	pas de cri	cri aigu excessif	cri aigu continu	
2-sommeil apès le repas	plus de 3 heures	moins de 3 heures	moins de 2 heures	moins de 1 heure
3-Moros spontanés	absent	Fréquents	très fréquents	
4-trémulations provoquées par les manipulations	absentes	faibles	importantes	
5-trémulations spontanées	absentes	faibles	importantes	
6-tonus musculaire	normal	augmenté		
7-mouvements myocloniques	absents	présents		
8-convultions généralisées	absentes	1 fois/semaine		

ANOMALIES VASOMOTRICES ET RESPIRATOIRES			
9-sueurs	non	oui	
10-baillements fréquents 3 à 4 fois de suite	non	oui	
11-température	inférieure 38	Supérieure 38	
12-marbrures	oui	non	
13-écoulement nasal	non	oui	

14-éternuements (plus de 3 à 4 de suite)	non	oui	
15-battements des ailes du nez	Absents	présents	
16-rythme respiratoire	normal	plus de 60 bbm	plus de 60 bpm et tirage
TROUBLES DIGESTIFS			
17-succion excessive	non	oui	
18-tétées lentes	non	oui	
19-régurgitations	non	oui	
20-vomissements en jet	non	oui	
21-selles	normales	molles	liquides
SCORE TOTAL			

Interprétation :

Un score supérieur à 11 impose le démarrage d'un traitement par opiacés en plus du nursing

<u>Annexe 2</u> : Exemple du type de données PMSI retrouvées pour la période du 01/01/2012 au 01/09/2013 sur le CHR Metz-Thionville, secteur « Maternité et addictions »

Site	Année de sortie RUM	Mois de sortie RUM	DAS Code diagnostic	DAS Libellé diagnostic	Code du GHM du RSS	Libellé du GHM du RSS	Code et libellé diagnostic
METZ	2012	01	Z35.3	Surveillance d'une grossesse avec antécédent de soins prénatals insuffisants	14C02A	Césariennes, sans complication significative	F17.24 - Syndrome de dépendance au tabac, utilisation actuelle
METZ	2012	01	Z37.0	Naissance unique, enfant vivant	14C02A	Césariennes, sans complication significative	F17.24 - Syndrome de dépendance au tabac, utilisation actuelle
METZ	2012	01	Z37.0	Naissance unique, enfant vivant	14Z02C	Accouchements par voie basse, avec complications majeures	F10.202 - Syndrome de dépendance à l'alcool, personne actuellement abstinente en rémission complète
METZ	2012	01	Z37.0	Naissance unique, enfant vivant	14Z02C	Accouchements par voie basse, avec complications majeures	F17.240 - Syndrome de dépendance au tabac, utilisation actuelle, sans symptôme physique
METZ	2012	01	Z35.3	Surveillance d'une grossesse avec antécédent de soins prénatals insuffisants	14Z02B	Accouchements par voie basse, avec autres complications	F17.240 - Syndrome de dépendance au tabac, utilisation actuelle, sans symptôme physique
METZ	2012	01	Z37.0	Naissance unique, enfant vivant	14Z02B	Accouchements par voie basse, avec autres complications	F17.240 - Syndrome de dépendance au tabac, utilisation actuelle, sans symptôme physique
METZ	2012	01	Z35.8	Surveillance d'autres grossesses à haut risque	14Z03B	Affections de l'ante partum, avec ou sans intervention chirurgicale, avec complications	F17.200 - Syndrome de dépendance au tabac, personne actuellement abstinente en rémission récente
METZ	2012	01	Z37.0	Naissance unique, enfant vivant	14Z02A	Accouchements par voie basse, sans complication significative	F17.24 - Syndrome de dépendance au tabac, utilisation actuelle
METZ	2012	01	Z37.0	Naissance unique, enfant vivant	14C02A	Césariennes, sans complication significative	F17.24 - Syndrome de dépendance au tabac, utilisation actuelle
METZ	2012	01	Z37.0	Naissance unique, enfant vivant	14Z02A	Accouchements par voie basse, sans complication significative	F17.24 - Syndrome de dépendance au tabac, utilisation actuelle
METZ	2012	02	Z37.0	Naissance unique, enfant vivant	14Z02A	Accouchements par voie basse, sans complication significative	F17.240 - Syndrome de dépendance au tabac, utilisation actuelle, sans symptôme physique
METZ	2012	02	Z35.8	Surveillance d'autres grossesses à haut risque	14Z03T	Affections de l'ante partum, avec ou sans intervention chirurgicale, très courte durée	F17.241 - Syndrome de dépendance au tabac, utilisation actuelle, avec symptômes physiques

<u>Annexe 3</u> : Exemple du type de données PMSI Néonatologie retrouvées du 01/01/2012 au 01/09/2013 pour les bébés affectés par les consommations maternelles

ANNEE
2012

Site		Code et libellé diagnostic	Code et Libellé UM RUM
BA	1	P04.1 - Foetus et nouveau-né affectés par d'autres médicaments absorbés par la mère	6455 HC SOINS INT NEO NAT 14 BA
BA		P04.1 - Foetus et nouveau-né affectés par d'autres médicaments absorbés par la mère	7461 HC GROSSESSE RISQ 93 BA
BA	2	P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	6455 HC SOINS INT NEO NAT 14 BA
BA	3	P04.4 - Foetus et nouveau-né affectés par toxicomanie de la mère	6550 HC NEO NATOLOGIE 24 BA
BA	4	P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	7451 HC OBSTETRIQUE 91 BA
BA	5	P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	6455 HC SOINS INT NEO NAT 14 BA
BA	6	P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	6455 HC SOINS INT NEO NAT 14 BA
BA	7	P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	6455 HC SOINS INT NEO NAT 14 BA
BA	8	P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	6455 HC SOINS INT NEO NAT 14 BA
BA	9	P04.1 - Foetus et nouveau-né affectés par d'autres médicaments absorbés par la mère	7451 HC OBSTETRIQUE 91 BA
BA	10	P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	7451 HC OBSTETRIQUE 91 BA
BA	11	P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	7452 HC OBSTETRIQUE 92 BA
BA	12	P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	7452 HC OBSTETRIQUE 92 BA
BA	13	P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	6455 HC SOINS INT NEO NAT 14 BA
BA		P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	6550 HC NEO NATOLOGIE 24 BA
BA	14	P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	6455 HC SOINS INT NEO NAT 14 BA
BA	15	P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	7458 NAISSANCE BA
BA	16	P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	6550 HC NEO NATOLOGIE 24 BA
BA	17	P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	7458 NAISSANCE BA
BA	18	P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	6455 HC SOINS INT NEO NAT 14 BA
BA		P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	6550 HC NEO NATOLOGIE 24 BA
BA	19	P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	6455 HC SOINS INT NEO NAT 14 BA
BA	20	P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	7458 NAISSANCE BA

BA	21	P04.1 - Foetus et nouveau-né affectés par d'autres médicaments absorbés par la mère	7458 NAISSANCE BA
BA	22	P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	7458 NAISSANCE BA
BA	23	P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	7458 NAISSANCE BA
BA	24	P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	7458 NAISSANCE BA
BA	25	P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	6455 HC SOINS INT NEO NAT 14 BA
BA		P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	6455 HC SOINS INT NEO NAT 14 BA
BA	26	P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	7458 NAISSANCE BA
BA	27	P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	7458 NAISSANCE BA
BA	28	P04.1 - Foetus et nouveau-né affectés par d'autres médicaments absorbés par la mère	6455 HC SOINS INT NEO NAT 14 BA
BA		P04.4 - Foetus et nouveau-né affectés par toxicomanie de la mère	6455 HC SOINS INT NEO NAT 14 BA
BA		P04.1 - Foetus et nouveau-né affectés par d'autres médicaments absorbés par la mère	7458 NAISSANCE BA
BA		P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	7458 NAISSANCE BA
BA		P04.4 - Foetus et nouveau-né affectés par toxicomanie de la mère	7458 NAISSANCE BA
BA	29	P04.4 - Foetus et nouveau-né affectés par toxicomanie de la mère	7458 NAISSANCE BA
BA		P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	6455 HC SOINS INT NEO NAT 14 BA
BA		P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	6550 HC NEO NATOLOGIE 24 BA
BA	30	P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	7458 NAISSANCE BA
BA	31	P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	6455 HC SOINS INT NEO NAT 14 BA
BA	32	P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	7458 NAISSANCE BA
BA	33	P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	7458 NAISSANCE BA
BA	34	P04.1 - Foetus et nouveau-né affectés par d'autres médicaments absorbés par la mère	7458 NAISSANCE BA
BA	35	P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	6455 HC SOINS INT NEO NAT 14 BA
BA		P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	6550 HC NEO NATOLOGIE 24 BA
BA	36	P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	7458 NAISSANCE BA
BA	37	P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	6455 HC SOINS INT NEO NAT 14 BA
BA	38	P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	6550 HC NEO NATOLOGIE 24 BA
BA	39	P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	6455 HC SOINS INT NEO NAT 14 BA
BA	40	P04.2 - Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère	7458 NAISSANCE BA

Annexe 4 : Composition de l'équipe projet

Metz	Thionville
1 Infirmiers psy – CSAPA Baudelaire 1 cadre sage-femme – Mercy 1 cadre de santé néonatalogie – Mercy 1 médecin coordinateur – CSAPA Les Wads 1 Sage-femme de consultation tabacologue 1 Assistante sociale – Mercy 1 Assistante sociale – CSAPA Les Wad's 1 Sage-femme de PMI 1 Pédiatre – Mercy	1 cadre sage-femme – Bel Air 1 cadre de santé – CSAPA Baudelaire 1 Infirmière – CSAPA Baudelaire 1 Sage-femme spécialisée en santé publique – Bel Air 1 Sage-femme tabacologue – Bel Air 1 Sage-femme de PMI
Cadre supérieure sage-femme des deux pôles Médecin chef des deux pôles	

<u>Annexe 5</u> : Fiche projet utilisée

FICHE PROJET

NOM :

En date du

- Groupe de travail

-
-
-
-
-
-
-

Chef de projet :

- SF :
- AP :

1. <u>Clarifier le projet</u>

Quel est le projet ? Résumer succinctement son objet, son thème :

Préciser les motifs : qu'est-ce qui justifie le projet ?

⇒ Y a t il une idée de départ ?

Quel est l'enjeu du projet ?

Qu'est-ce qui peut justifier le projet ?

Sur quels constats vous appuyez-vous ?

Quelle est l'origine de votre motivation ?

⇒ Mettez en évidence vos valeurs et les missions du service

Décliner le projet en objectifs

⇒ que veut-on faire ?

⇒ quels sont les résultats attendus ?

⇒ comment saurons-nous que nous avons réussi ?

▪ OBJECTIFS	▪ EFFETS ATTENDUS

Les objectifs sont-ils :

- ⇒ précis
- ⇒ réalisables
- ⇒ pertinents par rapport aux effets recherchés
- ⇒ mobilisateurs
- ⇒ à échéance

Quelles sont les différentes étapes pour réaliser l'objectif final ?

Analyser la cohérence du projet

⇒ le projet est-il univoque ?

⇒ les motifs ne se contredisent pas ?

⇒ les objectifs ne se contredisent pas ?

⇒ le contenu est clair et précis ?

⇒ le sens est-il clair pour tous ?

2. Elaborer un plan d'actions

⇒ Que fait-on ?

⇒ Qui fait quoi ?

Avec quelles ressources ? avec qui et quelles compétences ?

Selon quel calendrier, quel timing ? quels outils de planification ?

3. Animer le projet

- Identifier les acteurs

Identifier les résistances :

⇒ Quels sont les enjeux pour les acteurs ?

⇒ Y-a-t-il des résistances personnelles des membres du groupe de travail ?

⇒ Quels sont les obstacles ?

Quels ajustements possibles ?

Elaborer les outils de communication

La communication doit être : ciblée, valorisante, contextualisée (donner du sens et être concret) et régulière

4. Evaluer le projet

⇒ Quel suivi sur l'état d'avancement du projet ?

⇒ Qu'avons-nous fait ?

⇒ Ou en est-on ?

⇒ Élaborer un tableau de bord

⇒ Identifier les écarts et définir les actions correctives

5. Boucler le projet

⇒ Quels changements réalisés ?

⇒ Mesurer les résultats

⇒ Valoriser le projet / les membres du groupe de travail

<u>Annexe 6</u> : Annuaire ressource (Thionville)



- **Service PMI** (Conseil général de la Moselle)
  03 87 56 30 83 ou 3085

- **Service social de la maternité :** Mme Julie DEPAS
  Lundi de 9h à 16h30
  Mercredi de 9h à 12h30
  Vendredi de 9h à 16h30
  Tel : 03 82 55 84 20

- **Psychiatre** : Dr Levaou (SPUL)
  Tel : 03 82 55 21 14

- **Psychologue de la maternité :** Mme MH Roy
  Tel : 03 82 55 83 64

- **Médecin de ville** : Dr JF Aubertin
  35 route d'Angevillers, 57100 Thionville
  Tel : 03 82 59 55 25

- **Inform'elles**
  Le mercredi matin de 9h à 12h : Centre social Le Lierre, 31 avenue de Guise, THIONVILLE
- **Le jeudi matin de 9h à 12h :** Centre socio culturel Jacques Brel, 7 place de la Gare THIONVILLE
  Tel : 06 80 66 57 05

- **Violences conjugales info service :** 3619

- **Consultation d'aide au sevrage tabagique à HFME** avec Infirmière : Mme BIEBER POESY Martine
Tel : 0382558387 lundi et mardi toute la journée et le mercredi matin

- **Tabac Info Service** tel : 0825309310

- **Ecoute Cannabis** tel **:** 0811912020

- **CENTRE D'ACCUEIL "BAUDELAIRE" THIONVILLE** : 5 rue Grande Duchesse Charlotte 57100 THIONVILLE. **Tél :** 03 82 59 29 73

- **Drogue Info Service** tel **:** 0800231313

PROPOSITIONS DU SOIGNANT

- **« Nous pouvons vous aider »**
- **« Je pense que c'est important pour vous et votre bébé »**
- **« Vous pouvez rencontrer quelqu'un pour en parler »**
- **« ...ou pour recevoir des informations pour vous et votre bébé »**

Annexe 7 : Annuaire ressource à destination des professionnels (Metz)

➔ **CONTACTS :**

Référents :

- **Obstétricien :** G.Hayek : 0387345168 (secrétariat)

- **Sage-femme :** A.Jacotot : 0387345167(secrétariat) ou 0387345497

- **Service PMI** (Conseil général de la Moselle) : 03 87 56 30 83 ou 3085
- **Service social de la maternité** : MF Mathieu 03 87 34 51 13 de 9h à 16h
- **Psychiatre** Dr Teisseidre (SPUL MERCY) 0387346422
- **Infirmier de liaison** 0387348647
- **Psychologue** R.Schoder 0387343470
- **Pédiatre :** Dr Juif secrétariat 0387345265
- **Inform'elles** :18 allée de l'artilleur 57070 Metz Bellecroix, 0387350564
- **Violences conjugales info service** : 3619

➔ **CONTACTS** :

- **Consultation d'aide au sevrage tabagique** à HFME avec sage-femme : 0387345165 de 9h à 17h
- **ELSA :** 0387553155 de 10 h à 16h
- **Tabac Info Service** : 3989
- **Ecoute Cannabis** : 0811912020
- **ELSA CHR MERCY** tel : 0387553155 de 10 h à 16h

➔ **CONTACTS :**

- **Troubles alimentaires** : Dr HUIN Addictologue (ELSA MERCY)
- **CSPA ALCOOLOGIE** : 9 Rue Paul Michaux 57000 Metz , TEL :0387662056

- **Ecoute Alcool** : 0811 91 30 30
- **ELSA** tel : 0387553155 de 10 h à 16h
- **CSAPA Baudelaire** : 46 rue Serpenoise 57000 Metz

Tel : 03 87 76 97 32 de 9h à 17h

- **CSAPA Les Wads** : 26 rue du Wad Billy 57000 Metz

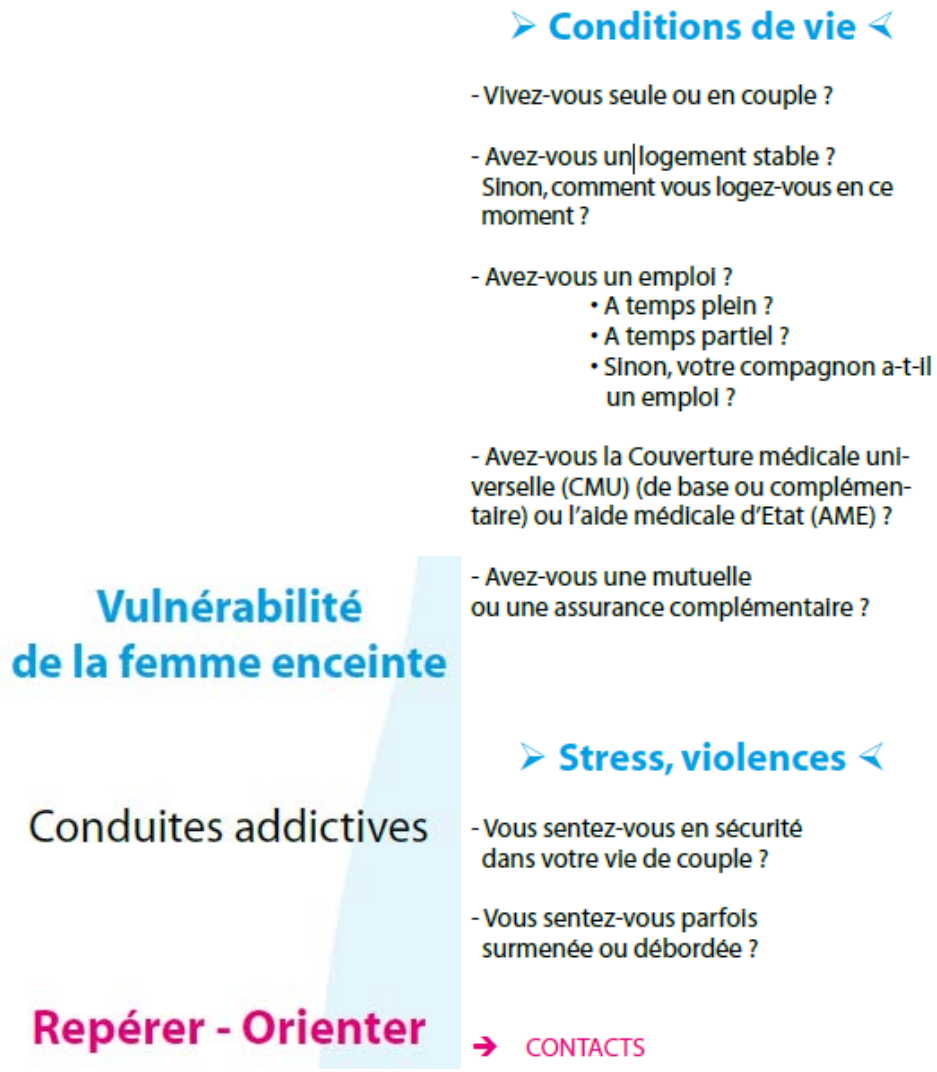
Tel : 03 87 74 41 58

- **Drogue Info Service** : 0800231313

PROPOSITIONS DU SOIGNANT

- **« Nous pouvons vous aider »**
- **« Je pense que c'est important pour vous et votre bébé »**
- **« Vous pouvez rencontrer quelqu'un pour en parler »**
- **« ...ou pour recevoir des informations pour vous et votre bébé »**

<u>Annexe 8</u> : Plaquette à destination des patientes



➢ Boissons ➣

- Qu'avez vous l'habitude de boire (eau, sodas..) ?

- Avant votre grossesse, vous arrivait-il de boire de la bière, du cidre, du vin ou d'autres boissons alcoolisées ?

- Et depuis la grossesse, comment a évolué votre consommation ?

➢ Aliments ➣

- Quelles sont vos habitudes alimentaires (poissons, viandes, fruits..) ?

- Avez-vous eu des variations importantes de poids dans votre vie ?
  Si oui, à quelles occasions ?

- Vous arrive-t-il de vomir ?

➔ CONTACTS

➢ Autres drogues Médicaments ➣

- Vous arrive-t-il de prendre des médicaments comme des somnifères ou des calmants ?

- Vous arrive-t-il de consommer d'autres produits : héroïne, cocaïne, ecstasy ?

➔ CONTACTS

➢ Tabac et cannabis ➣

- Fumez-vous du tabac ?

- Vous arrive-t-il de fumer du cannabis ou d'autres toxiques ?

- Avez-vous déjà eu envie d'arrêter ?

➔ CONTACTS

PROPOSITIONS DU SOIGNANT

- **« Nous pouvons vous aider »**
- **« Je pense que c'est important pour vous et votre bébé »**
- **« Vous pouvez rencontrer quelqu'un pour en parler »**
- **« ...ou pour recevoir des informations pour vous et votre bébé »**

Annexe 9 : Cahier des charges distribué aux différents services

Pôle
des **Ressources Humaines**
et de la **Formation**

Direction
des **Ressources Humaines**
et des **Relations Sociales**

Cellule des
Qualifications Professionnelles

Tél. 03 82 55 80 16
Fax. 03.82.55.88.21

1-3, rue du Friscaty – BP 60327
57126 Thionville cedex

DEFINITION DE L'ACTION DE FORMATION

Intitulé de l'action : Prévention et prise en charge des dépendances aux substances psychoactives chez les femmes enceintes – Ateliers de sensibilisation

Public concerné : des pôles 1 et 15

- Sages-femmes
- Auxiliaires Puéricultrices
- Infirmières puéricultrices
- Cadre de santé, cadre Sage-femme
- Assistantes Sociales
- Psychologues

Situation de travail

La prise en charge des dépendances aux substances psycho actives pendant la grossesse est complexe et requiert des connaissances ainsi qu'un savoir-être adapté à chacune des situations.
Il s'agit ici d'améliorer le parcours patient en travaillant d'une part sur les connaissances théoriques, et d'autre part sur les représentations du personnel soignant.

Résultats attendus

- Améliorer les connaissances du personnel par rapport aux produits psycho actifs
- Faire évoluer les représentations des équipes
- Améliorer le repérage précoce des femmes enceintes dépendantes aux substances psychoactives
- Diminuer le nombre de syndrome de sevrage en évitant la séparation mère/enfant
- Permettre la diffusion et l'utilisation de l'annuaire ressource
- Améliorer la coordination et la collaboration des professionnels

Le but final est d'améliorer la prise en charge et l'accompagnement sans jugement de valeur, de la femme consommatrice de substances psychoactives, de son conjoint et de l'enfant à naître.

Date et horaire :
XXX juin 2014 de XXXh à XXXh

Durée : 4h de formation
Lieu : en salle de staff de Gynéco/Obstétrique HFME niveau 3

Observations :
100% du temps de travail
Supports : Ateliers pratiques (jeux de rôles), films, Power Point, test de connaissances
Nombre de formateurs : 2 : 1 acteur de la périnatalité + 1 de l'addictologie

Evaluation :

- Test d'évaluation des connaissances (QCM) avant et après la formation

- Suivi du codage PMSI de l'activité tabacologie/ addictologie ; nb de RUM codés
- Nb d'appels à une personne ressource de l'annuaire
- Nb de réunions pluri professionnelles

Inscriptions : sur le tableau ci-joint ; la validation du cadre vaut confirmation

Annexe 10 : Feuille de formation

PERINATALITE ET ADDICTIONS : ateliers de sensibilisation

Public concerné : Sage-femme
Auxiliaire de puériculture
Infirmière puéricultrice
Cadre de santé

Contenu :

Objectif de la formation :

La formation vise à rendre chaque acteur de santé capable de :
- aborder le concept de l'addiction ;
- réfléchir sur ses représentations personnelles et professionnelles par rapport aux addictions pendant la grossesse ;
- connaitre les conséquences médicales de la consommation de substances psycho actives pendant la grossesse ;
- conduire un entretien afin de repérer et d'organiser les relais spécifiques ;
- évaluer les pratiques professionnelles et les indicateurs de qualité des soins périnataux selon la problématique » Grossesse et addictions » ;

Thèmes abordés :

- Spécificités et représentations des consommations de substances psycho actives pendant la grossesse ;
- Risques des consommations pendant la grossesse (alcool, tabac, cannabis, cocaïne et amphétamines, héroïne, traitement de substitutions aux opiacés, médicaments psychotropes) ;
- Modalités pratique de prise en charge ;
- Orientation et travail en réseau ;
- TCC et conduite d'entretien ;
- Outils pédagogiques.

Durée 4 heures

RESUME

En France, la consommation de substances psychoactives pendant la grossesse (tabac, alcool, drogues illicites ou médicaments) est reconnue aujourd'hui comme un enjeu majeur de santé publique. Pendant la grossesse, la consommation de ces substances peut engendrer de nombreux risques pour la future mère et son enfant. La grossesse constitue pour ces femmes un moment propice à une prise en charge de leur dépendance, qui déterminera en grande partie leurs conditions de vie, le déroulement de leur grossesse ainsi que la qualité du lien mère-enfant. C'est pourquoi le CHR Metz-Thionville s'est engagé dans un projet d'amélioration de la prise en charge de ces femmes en collaboration avec les professionnels de l'addictologie. Une équipe-projet pluridisciplinaire s'est composée en s'appuyant sur le modèle d'un réseau. La rencontre et le partage d'expériences avec de nombreux acteurs de la périnatalité et de l'addictologie ont amené l'équipe-projet à adopter une stratégie qui a abouti aux deux premières actions; une communication élargie visant à améliorer la coordination et la collaboration, et une sensibilisation des professionnels concernés afin d'enrayer les représentations négatives.

MOTS CLEFS : INSERER 5/6 MOTS CLEFS : ADDICTIONS, PERINATALITE, PLURIDISCIPLINARITE, COLLABORATION, RESEAU, SENSIBILISATION

ABSTRACT

In France, consuming psychoactive drugs (such as tobacco, alcohol, licit or illicit drugs) during pregnancy is now known as a major public health concern. Consuming such drugs may lead to many problems for a mother-to-be and her child. Pregnancy is the right moment for these women's dependence to be taken care of, which will largely shape their living conditions, the proceedings of their pregnancy and the quality of the relationship between the mother and her child. That is why the CHR Metz-Thionville has been committed to improving the nursing of these women in association with professionals of addiction. A network-like multidisciplinary project team has been set up. Meeting and sharing information between numerous actors of perinatal care and addiction study have led the project team to adopting a strategy coming out on the first two actions: a broadened communication aiming to improve coordination and collaboration, and making concerned professionals aware so as to halt negative ideas.

KEYWORDS : INSERT 5/6 KEYWORDS ADDICTIONS, PERINATALITY, MULTIDISCIPLINARY TEAM, NEGATIVE IDEAS, COORDINATION, COLLABORATION

INTITULE ET ADRESSE DU LABORATOIRE OU DE L'ENTREPRISE D'ACCUEIL :

CENTRE HOSPITALIER REGIONAL METZ-THIONVILLE,

1 ALLEE DU CHATEAU - 57530 ARS-LAQUENEXY