



HAL
open science

Grossesse et addictions : tabac, alcool, drogues, et médicaments : étude épidémiologique observationnelle descriptive monocentrique réalisée auprès de 42 sages-femmes hospitalières du CHR de Metz-Thionville de Janvier à Mars 2020

Karen Busch

► **To cite this version:**

Karen Busch. Grossesse et addictions : tabac, alcool, drogues, et médicaments : étude épidémiologique observationnelle descriptive monocentrique réalisée auprès de 42 sages-femmes hospitalières du CHR de Metz-Thionville de Janvier à Mars 2020. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-04337989

HAL Id: hal-04337989

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04337989v1>

Submitted on 12 Dec 2023

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>

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes de METZ

GROSSESSE ET ADDICTIONS :
TABAC, ALCOOL, DROGUES,
ET MEDICAMENTS

*Etude épidémiologique observationnelle descriptive monocentrique
réalisée auprès de 42 sages-femmes hospitalières
du CHR de Metz-Thionville de Janvier à Mars 2020*

Mémoire présenté par

Karen BUSCH

Née le 14 Mars 1996

Directeur de mémoire : Catherine Mergen-Morel

Sage-Femme Enseignante

Expert de mémoire : Sophie Gross

Sage-Femme Hospitalière

Promotion 2016 - 2020

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes de METZ

GROSSESSE ET ADDICTIONS :
TABAC, ALCOOL, DROGUES,
ET MEDICAMENTS

*Etude épidémiologique observationnelle descriptive monocentrique
réalisée auprès de 42 sages-femmes hospitalières
du CHR de Metz-Thionville de Janvier à Mars 2020*

Mémoire présenté et par

Karen BUSCH

Née le 14 Mars 1996

Directeur de mémoire : Catherine Mergen-Morel

Sage-Femme Enseignante

Expert de mémoire : Sophie Gross

Sage-Femme Hospitalière

Promotion 2016 - 2020

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer toute ma gratitude à Madame Mergen-Morel, sage-femme enseignante et ma directrice de mémoire. Je la remercie pour son implication, son aide précieuse, et ses nombreuses corrections et relectures tout au long de ce travail.

J'adresse mes sincères remerciements à mon expert de mémoire Madame Gross, sage-femme hospitalière, pour ses conseils, sa disponibilité, et l'attention portée à la rédaction de ce mémoire.

J'exprime toute ma reconnaissance à celles et ceux qui se sont impliqués de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire, notamment les sages-femmes du CHR de Metz-Thionville pour leur participation à l'étude.

Je remercie également mes amis et collègues de promotion pour leur présence et leur soutien pendant de ces quatre années de formation.

Enfin, un grand merci à ma famille et à mes proches qui m'ont toujours soutenu et encouragé.

ABREVIATIONS :

ADH : alcool déshydrogénase

ANSM : agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

AUDIT : alcohol use disorders test

CAST : cannabis abuse screening test

CHR : centre hospitalier régional

CSAPA : centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie

DIU : diplôme interuniversitaire

DU : diplôme universitaire

ETCAF : ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale

FACE : fast alcohol consumption evaluation

GEU : grossesse extra-utérine

HAS : haute autorité de santé

HRP : hématome rétro-placentaire

INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale

IST : infection sexuellement transmissible

MFIU : mort fœtale intra-utérine

MSO : médicament substitutif aux opiacés

OFDT : observatoire français des drogues et des toxicomanies

ONU DC : office des nations unies contre les drogues et le crime

PMI : protection maternelle et infantile

RCIU : retard de croissance intra-utérin

RPM : rupture prématurée des membranes

SAF : syndrome d'alcoolisation fœtal

SPA : substance psychoactive

SPF : santé publique France

T-ACE : tolerance, annoy, cut down, eye opener

TSN : traitement substitutif nicotinique

TSO : traitement substitutif aux opioïdes

VIH : virus d'immunodéficience humaine

SOMMAIRE

INTRODUCTION	9
PARTIE 1 : CONTEXTE	10
1. ADDICTIONS : GENERALITES ET GROSSESSE	11
1.1. LE TABAC	12
1.2. L'ALCOOL	12
1.3. LES DROGUES	13
1.3.1. <i>Les drogues douces</i>	13
1.3.2. <i>Les drogues dures</i>	14
1.4. LES MEDICAMENTS	15
1.4.1. <i>Les psychotropes</i>	15
1.4.2. <i>Les opioïdes</i>	15
2. EFFETS DES ADDICTIONS	16
2.1. OBSTETRICAUX	16
2.2. FŒTAUX	16
2.2.1. <i>La prématurité</i>	16
2.2.2. <i>Le retard de croissance intra-utérin</i>	17
2.2.3. <i>Les risques malformatifs</i>	17
2.2.4. <i>La souffrance fœtale</i>	17
2.3. NEONATAUX	18
2.3.1. <i>Le syndrome de sevrage</i>	18
2.3.2. <i>Le syndrome d'alcoolisation fœtal</i>	18
2.3.3. <i>La mort inattendue du nourrisson</i>	19
3. DEPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS	19
3.1. SELON LA LITTERATURE ET LES RECOMMANDATIONS	19
3.1.1. <i>Le dépistage</i>	19
3.1.2. <i>La prise en charge</i>	20
3.1.3. <i>La pluridisciplinarité</i>	21
3.2. PLACE DE LA SAGE-FEMME	22

3.3. ACTIONS DE PREVENTION ET D'INFORMATION.....	22
PARTIE 2 : METHODE ET RESULTATS.....	24
1. PROBLEMATIQUE	25
2. OBJECTIFS.....	25
2.1. BENEFICES ATTENDUS.....	25
2.2. OBJECTIFS PRINCIPAL ET SECONDAIRES	25
2.2.1. <i>Objectif principal</i>	25
2.2.2. <i>Objectifs secondaires</i>	25
3. HYPOTHESES	25
4. MATERIEL ET METHODE.....	26
4.1. TYPE D'ETUDE.....	26
4.2. POPULATION D'ETUDE : ETAPE D'ELIGIBILITE	26
4.2.1. <i>Critères d'inclusion</i>	26
4.2.2. <i>Critères de non-inclusion</i>	26
4.2.3. <i>Critères d'exclusion</i>	26
4.2.4. <i>Modalités de recrutement / nombre de sujet nécessaire</i>	26
4.3. CRITERES DE JUGEMENT PRINCIPAL ET SECONDAIRES	27
4.4. RECUEIL DE DONNEES	27
4.5. GESTION DES DONNEES	27
4.6. LIEUX DE L'ETUDE.....	27
4.7. PERIODE DE L'ETUDE	27
4.8. PROCEDURE DE MINIMISATION DES BIAIS.....	27
5. OBLIGATION REGLEMENTAIRE ET ETHIQUE.....	28
5.1. MODALITE DE GESTION DES DONNEES : CONFIDENTIALITE	28
5.2. ARCHIVAGE DES DONNEES.....	28
6. RESULTATS DE L'ETUDE.....	28
6.1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE	28
6.2. CONNAISSANCES DES SAGES-FEMMES AU SUJET DES ADDICTIONS	30
6.3. FORMATION DES SAGES-FEMMES.....	32
6.4. DEPISTAGE DES ADDICTIONS PAR LES SAGES-FEMMES	33

6.5. PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS PAR LES SAGES-FEMMES	36
PARTIE 3 : DISCUSSION.....	39
1. ANALYSE CRITIQUE DE L'ETUDE.....	40
1.1. POINTS FORTS.....	40
1.1.1. <i>L'homogénéité de la population étudiée</i>	40
1.1.2. <i>Un sujet peu abordé</i>	40
1.2. POINTS FAIBLES	40
1.2.1. <i>Le taux de participation</i>	40
1.2.2. <i>L'évaluation des connaissances des sages-femmes</i>	41
2. ANALYSE DES RESULTATS.....	42
2.1. CONNAISSANCES DES SAGES-FEMMES AU SUJET DES ADDICTIONS	42
2.2. FORMATION DES SAGES-FEMMES	43
2.3. DEPISTAGE DES ADDICTIONS PAR LES SAGES-FEMMES.....	44
2.4. PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS PAR LES SAGES-FEMMES	45
3. PLACE DE LA SAGE-FEMME	46
3.1. RESENTI DES SAGES-FEMMES FACE AUX ADDICTIONS	46
3.2. LEURS PRATIQUES PROFESSIONNELLES.....	47
3.3. ET APRES, COMMENT LES AMELIORER ?.....	47
CONCLUSION	49
BIBLIOGRAPHIE	50
ANNEXES	53

INTRODUCTION

De nombreuses substances sont responsables d'addiction et par conséquent à l'origine d'une dépendance. Celle-ci est caractérisée par un assujettissement de l'individu à la prise du produit addictif, entraînant un mal-être physique et psychique en cas d'arrêt de la consommation, ce qui incite l'individu à sa poursuite. D'après l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), « *Le produit le plus addictif serait le tabac (32% des consommateurs sont dépendants), suivi par l'héroïne (23%), la cocaïne (17%) et l'alcool (15%)* ». Aussi, la rapidité d'installation de la dépendance est variable en fonction du produit consommé : « *Les dépendances au tabac, à l'héroïne et à la cocaïne peuvent se développer en quelques semaines, alors que celle à l'alcool est beaucoup plus lente* ». [1] (1)

La diminution de la différenciation des rôles sociaux entre les hommes et les femmes, présente dans la société actuelle, tend également à réduire les inégalités des pratiques addictives. La dépendance à une substance psychoactive (SPA) est un sujet d'actualité qui tend à augmenter chez la femme. D'après l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), « *En 2015, 25 % des femmes entre 15 et 75 ans fument régulièrement ou occasionnellement, une proportion relativement proche, bien qu'inférieure, à celle des hommes (31 %)* ». Par ailleurs, la consommation de substances addictives est retrouvée chez la femme enceinte et n'est pas sans conséquence sur la santé de la mère, du fœtus et du nouveau-né, et sur l'établissement du lien mère enfant. Ces grossesses sont considérées comme étant à risques par la haute autorité de santé (HAS). La sage-femme est donc un acteur important en intervenant au cours de la grossesse des patientes dépendantes, avec un rôle d'information, de prévention, de dépistage, et participe à la prise en charge des addictions. [2]

Tout au long de ma formation, j'ai pu constater lors de différents stages que les sages-femmes pouvaient rencontrer certaines difficultés dans la prise en charge d'une patiente dépendante, par exemple pour aborder le dépistage des toxiques urinaires avec une patiente en service de maternité. J'ai choisi d'étudier ce sujet dans le but de mettre en évidence les potentiels obstacles rencontrés par les sages-femmes, afin de proposer des solutions pour améliorer leur pratique professionnelle.

La première partie de l'étude consiste à détailler les données générales et épidémiologiques de chaque SPA, ainsi que leurs effets sur la grossesse, le fœtus, et le nouveau-né. Puis, les moyens de dépistage et de prise en charge sont présentés, de même que les actions de prévention et d'information au sujet des addictions. La seconde partie traite de la méthode d'étude et la présentation des résultats obtenus. La dernière partie consiste à analyser les résultats obtenus, afin de mettre en évidence les potentiels freins et leviers au dépistage et la prise en charge des addictions dans la pratique professionnelle des sages-femmes.

PARTIE 1 : CONTEXTE

1. ADDICTIONS : GENERALITES ET GROSSESSE

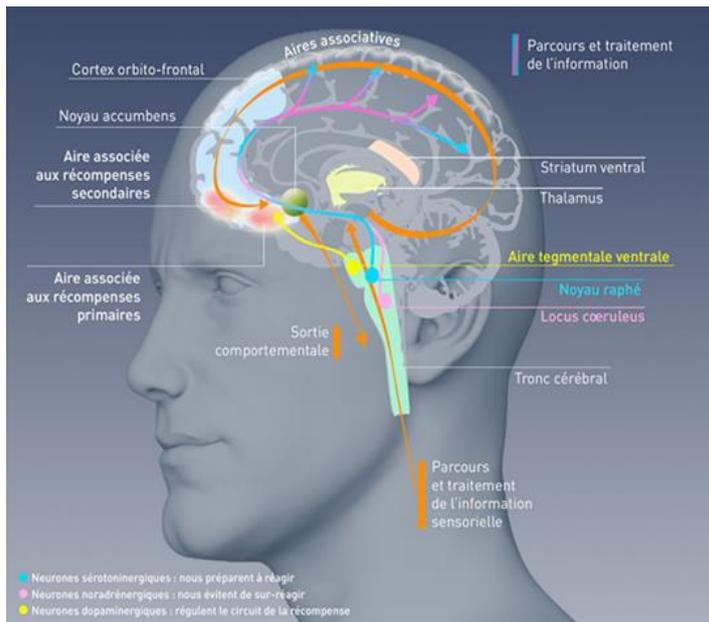


Schéma des systèmes dopaminergique, sérotoninergique, et noradrénergique intervenant dans le circuit de la récompense. Institut national de la santé et de la recherche médicale. 2014.

Les SPA provoquent une augmentation de la libération de dopamine au niveau du noyau accumbens, la quantité libérée est plus importante et rapide qu'en cas de récompense naturelle. Cette libération provoque une augmentation de la concentration en dopamine qui vient perturber la transmission synaptique de différentes aires cérébrales. Au long terme, la prise répétée de substance addictive provoque un dérèglement du réseau dopaminergique avec une diminution de la libération naturelle de dopamine au niveau du circuit de la récompense, entraînant un besoin irrésistible de plaisir. La libération de dopamine joue donc un rôle majeur dans le développement d'une addiction.

D'autre part, l'activation des récepteurs aux endorphines par l'intermédiaire de la sérotonine est responsable de la sensation de bien-être. En cas de consommation régulière d'une substance addictive, la libération naturelle de sérotonine diminue. La sensation de bien-être ne sera donc possible qu'en cas de consommation du produit addictif. De plus, une augmentation de la quantité de SPA est nécessaire à la conservation d'une même sensation de plaisir, cela implique une augmentation de la tolérance à la substance accompagné d'une sensation de manque en cas d'arrêt de la consommation. [1]

1.1. LE TABAC

Le tabac est la SPA qui regroupe le plus de consommateurs. On estime dans la population mondiale environ un milliard de fumeurs, dont 20% sont des femmes. En France de nos jours, le taux de femmes fumeuses est d'environ 30%. Cette consommation n'est pas sans conséquence sur la santé avec une augmentation du risque de cancers, de maladies cardiovasculaires, et d'infections respiratoires. Plus spécifiquement chez la femme, le risque de cancer du sein est augmenté de 50% chez les fumeuses. Une baisse de la fécondité féminine d'environ un tiers est majorée en fonction de l'âge et de la quantité consommée. La consommation de tabac est la première cause évitable de morbidité périnatale, le tabagisme actif de la femme et le tabagisme passif sont donc à prendre en compte tout au long de la grossesse. [3]

En 2017, d'après l'enquête Baromètre de Santé Publique France (SPF) réalisée par Raphael Andler « Alcool et Tabac, consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse », le niveau socio-économique a une influence sur la consommation de substance addictive : « *Le tabagisme pendant la grossesse concernerait entre 20 % et 25 % des femmes enceintes et serait plus fréquent parmi les femmes les plus jeunes et les moins diplômées* ». Le taux de femmes enceintes fumeuses au troisième trimestre de grossesse est estimé à 17% d'après l'enquête SPF de 2017. Ce taux pourrait être nettement diminué puisqu'il est supérieur à ce qui est observé dans la majeure partie des pays européens. La majorité des femmes enceintes parvient à diminuer, voir à arrêter leur consommation de tabac, mais une reprise du tabagisme est fréquemment constatée après l'accouchement. [4]

1.2. L'ALCOOL

L'alcool est la troisième cause de mortalité évitable en France, mais sa consommation diminue depuis plusieurs années. D'après une étude SPF réalisée par l'épidémiologiste Christophe Bonaldi : « *En 2015, 41 000 décès sont estimés être attribuables à l'alcool, dont 30 000 décès chez les hommes et 11 000 décès chez les femmes, soit respectivement 11% et 4% de la mortalité des adultes de 15 ans et plus. Ceci inclut 16 000 décès par cancers, 9 900 décès par maladies cardiovasculaires, 6 800 par maladies digestives, 5 400 pour une cause externe (accident ou suicide) et plus de 3 000 pour une autre maladie (maladies mentales, troubles du comportement, etc.).* » Les inégalités hommes femmes vis-à-vis de la consommation d'alcool tendent à disparaître en lien avec l'uniformisation des rôles sociaux actuels. Les femmes restent néanmoins plus vulnérables que les hommes face à l'alcool. [5]

D'un point de vue purement physiologique, l'organisme masculin est plus riche en eau que celui de la femme. Par conséquent, pour une même quantité d'alcool consommée, le taux d'alcoolémie féminin sera plus élevé. Une fois ingéré, la dégradation de l'alcool par l'estomac est moins efficace chez la femme, une plus grande quantité d'alcool passe dans la circulation sanguine. Le taux d'alcoolémie tend alors à augmenter plus rapidement que chez l'homme. L'alcool est ensuite éliminé par le foie grâce à l'alcool déshydrogénase (ADH). Cette enzyme transforme l'alcool en acétaldéhyde. L'activité enzymatique de l'ADH est hormono-dépendante. Par conséquent, chez la femme l'activité de l'ADH et l'accumulation du produit de dégradation de l'alcool sont plus élevées. [6]

D'après l'enquête baromètre de SPF précédemment cité réalisée par l'épidémiologiste Raphael Andler : « *La consommation, ne serait-ce qu'occasionnelle d'alcool pendant la grossesse concernerait environ une femme enceinte sur dix et serait plus fréquente chez les femmes les plus âgées et les plus diplômées* ». La consommation d'alcool a des conséquences variables sur le fœtus et le nouveau-né allant de troubles mineurs du comportement à la présence d'anomalies majeures tel que le syndrome d'alcoolisation fœtal (SAF). Les femmes les plus à risque d'avoir un enfant atteint d'un SAF sont issues d'avantage d'un milieu social défavorisé, sujette à la poly-consommation de tabac ou de drogues, et plus âgées. D'après la HAS, l'incidence du SAF en France est de 1,3 pour mille naissances vivantes par an, et l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) est de 9 pour mille naissances vivantes par an dans les pays occidentaux. L'alcool est première cause d'handicap mental d'origine non génétique en France. [4,7]

1.3. LES DROGUES

Les drogues sont des SPA illicites qui peuvent être récréatives, festives, ou addictives. En France, la consommation de drogues a considérablement évolué au cours des dernières décennies. On retrouve une plus grande accessibilité de la cocaïne. La tendance des substances psychotropes évolue avec une augmentation de la popularité des comprimés d'Ecstasy. L'addiction aux opiacés marquée par la diffusion des traitements substitutifs aux opioïdes (TSO) a remplacé la dépendance à l'héroïne. [8]

D'après l'office des nations unies contre les drogues et le crime (ONUDC), au niveau mondial, un tiers des usagers de drogues sont des femmes. Ces femmes sont d'avantage exposées à la pauvreté, l'isolement social, et à une mauvaise santé physique et psychique. Elles seraient plus stigmatisées que les hommes et auraient d'avantages de difficultés à intégrer un programme de soin, par crainte de perdre la garde de leurs enfants ou de s'éloigner de leur domicile. Les femmes en traitement représentent seulement un usager sur cinq. [9]

1.3.1. Les drogues douces

Le cannabis est une plante dont la SPA est le delta 9 tétrahydrocannabinol. On le retrouve sous différents aspects : herbe, résine, huile. Il est plus fréquemment fumé sous forme de « joint », il s'agit d'une cigarette roulée à la main avec du cannabis présent sous forme d'herbe ou de résine mélangé à du tabac. D'après l'OFDT, « *Le cannabis est de loin la substance illicite la plus consommée en France. En 2016, 42 % des adultes âgés de 18 à 64 ans déclarent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie* ». Aussi, 10% des consommateurs de cannabis sont dépendants. Ses conséquences sur la santé sont nombreuses : une augmentation du risque de cancers, de pathologies de l'appareil circulatoire et respiratoire comme l'infarctus du myocarde, l'accident vasculaire cérébral et de troubles du rythme, ainsi que l'apparition de pathologies mentales accompagnées de troubles anxieux pouvant aller jusqu'à la survenue d'une schizophrénie. Le cannabis est un perturbateur endocrinien, son action diminue la fertilité et perturbe le cycle ovarien. [10]

1.3.2. Les drogues dures

En France, l'usage des drogues dures est marginal, mais progresse depuis plusieurs années. D'après une étude issue de l'OFDT, « *En 2017, parmi les personnes âgées de 18 à 64 ans, 5,6 % ont expérimenté la cocaïne. La consommation au cours de l'année, en progression, concerne 1,6 % des personnes âgées de 18 à 64 ans, et nettement plus les hommes que les femmes (2,3 % vs 0,9 %)* ». La cocaïne sous forme de poudre est sniffée ou injectée. D'autres formes existent, tel que les cailloux ou les cristaux, appelées « crack » pouvant être fumées. Les conséquences sur la santé pour un usage régulier sont nombreuses, un risque d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral, d'hypertension artérielle, de troubles psychologiques comme la psychose ou l'anxiété. L'usage de la cocaïne est souvent associé à une poly-toxicomanie. La cocaïne présente une importante toxicité avec des risques majeurs en cas de grossesse pour la femme et le fœtus. [11,12]

L'utilisation d'ecstasy reste faible, mais s'accroît depuis une dizaine d'années. Cette drogue est consommée par voie orale sous forme de comprimés. D'après des données issues de l'OFDT : « *5,0% des 18-64 ans ont expérimenté la MDMA/ecstasy et la consommation dans l'année concerne 1,0 % d'entre eux, après une forte hausse entre 2010 et 2014 (de 0,3 % à 0,9 %)* ». Très peu d'études ont été menées chez la femme enceinte consommatrice d'ecstasy. [11,13]

Issue de la morphine, l'héroïne est un opiacé plus connu sous forme de poudre injectée après dilution par voie intraveineuse. Lors d'une consommation régulière, elle perturbe le cycle menstruel accompagné d'une aménorrhée secondaire, par conséquent les consommatrices s'imaginent bien souvent infertiles. D'autres troubles sont liés à un usage régulier tel que l'insomnie, la malnutrition, ou les problèmes bucco-dentaires. En cas de grossesse, le fœtus est très sensible à la prise d'opiacé maternelle, son taux sanguin s'élève rapidement et décroît plus lentement que celui de la mère. [14]

En France, au cours de l'année 2017, « *1,3 % des 18-64 ans ont expérimenté l'héroïne. La consommation au cours de l'année, stable par rapport à 2014, concerne 0,2 % des 18-64 ans. Le nombre d'usagers d'héroïne dans le mois parmi les 15-64 ans est estimé à 100 000 en 2017, soit une prévalence de 2,5 pour mille* ». La consommation d'héroïne reste marginale, surtout depuis l'accès aux TSO dans les années 1990. La méthadone et la buprénorphine haut dosage ont fortement réduit le marché de l'héroïne. [11]

Les TSO peuvent être obtenus sur prescription dans le traitement d'une addiction aux opiacés, et de manière illégale dans le cadre du mésusage. D'après l'OFDT : « *Environ 180 000 personnes reçoivent un médicament de substitution aux opioïdes (MSO) en France en 2017* ». [11]

1.4. LES MEDICAMENTS

Les femmes sont trois fois moins nombreuses que les hommes à consommer des drogues comme le cannabis, la cocaïne, ou l'ecstasy. A l'inverse, le mésusage de médicaments sur prescription est très fréquent dans la population féminine. Les traitements présentant un risque d'accoutumance et de dépendance sont principalement les psychotropes et les opioïdes. [11,15]

1.4.1. Les psychotropes

Les psychotropes sont utilisés dans le traitement des troubles psychiques. Il existe cinq catégories : les antidépresseurs, les neuroleptiques, les anxiolytiques, les hypnotiques, et les stabilisants de l'humeur. Le mésusage concerne surtout les benzodiazépines aillant des propriétés anxiolytiques et hypnotiques. D'après les données issues de l'OFDT, « *En 2017, 21 % de la population de plus de 15 ans a eu au moins un remboursement de médicament psychotrope dans l'année : 15 % pour un anxiolytique, 6 % pour un hypnotique et 9 % pour un antidépresseur. Les remboursements sont plus fréquents chez les femmes (26 %) que chez les hommes (16 %)* ». En France, devant un faible nombre de donnée et l'absence de limite claire entre l'usage et le mésusage, il est difficile d'évaluer les situations d'addictions aux psychotropes. Concernant la femme enceinte, il est important de connaître la nature du traitement et sa posologie afin de la réévaluer et l'adapter à la grossesse. [11,15,16]

1.4.2. Les opioïdes

En 10 ans, la consommation d'antalgiques opioïdes a considérablement augmenté. D'après l'OFDT, « *En 2015, 17 % de la population a bénéficié du remboursement d'un antalgique opioïde (tramadol, codéine, opium, morphine, oxycodone, fentanyl), soit près de 10 millions de personnes* ». Des troubles de l'usage, des intoxications et décès provoqués par surdosage et dépression respiratoire sont observables en France. Grâce aux modalités de prise en charge, de prescription, et de délivrance de ces traitements, la France n'est pas confrontée à la même crise sanitaire présente aux Etats-Unis, responsable de nombreux décès. [11]

Depuis 2015, l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) autorise la mise à disposition sans ordonnance de naloxone, antidote en cas d'overdose, aux personnes traitées ou consommant des opioïdes. Les femmes sont les principales utilisatrices d'antalgiques opioïdes faibles et forts (respectivement 57,7% et 60,5% en 2015). Pendant la grossesse, le fœtus est imprégné passivement aux opiacés consommés par la mère, ce qui peut être à l'origine d'un syndrome de sevrage à la naissance provoqué par l'arrêt brutal des opioïdes après l'accouchement. [17]

2. EFFETS DES ADDICTIONS

L'ensemble des SPA traversent la barrière placentaire et sont susceptibles d'être à l'origine d'effets néfastes sur la grossesse, le fœtus et le nouveau-né. Les femmes enceintes consommatrices de produits addictifs sont sujettes à la poly-consommation et s'exposent à de nombreux risques de complications.

2.1. OBSTETRICAUX

D'après la HAS, le tabagisme actif chez la femme enceinte augmente le risque de grossesse extra-utérine (GEU) d'environ 35%. Il est également un facteur de risque de fausse couche spontanée, de rupture prématurée des membranes (RPM), d'hémorragie du post-partum, et de délivrance artificielle du placenta. Le tabagisme chez la femme enceinte augmente le risque de survenue d'hématome rétro-placentaire (HRP) de 25%, et multiplie par deux le risque de placenta bas inséré. [3]

Lors d'une consommation de drogues ou d'une dépendance à l'alcool, le suivi obstétrical est moindre avec une première consultation plus tardive comparé aux autres femmes enceintes. Ces patientes sont souvent en situation de précarité, associée une mauvaise santé physique et psychologique, des carences nutritionnelles, et un isolement social. La prévalence des infections sexuellement transmissibles (IST) comme le virus d'immunodéficience humaine (VIH), l'hépatite B, et l'hépatite C est plus fréquente chez les femmes consommatrices de cocaïne ou d'héroïne, avec un risque de transmission materno-fœtale. Les grossesses de femmes consommatrices d'héroïne sont souvent de découverte tardive en raison d'une aménorrhée secondaire fréquente. Ces drogues sont également des facteurs favorisant la survenue de fausse couche spontanée, dans 15 à 30% des cas lors d'une consommation d'héroïne. D'après la HAS, en comparaison aux femmes enceintes non-consommatrices de SPA, la cocaïne augmente le risque de survenue d'HRP et de RPM. [18,19]

2.2. FCËTAUX

2.2.1. La prématurité

La consommation de SPA pendant la grossesse est un facteur de risque important de prématurité. Son taux est variable en fonction de la présence d'autres facteurs de risques associés, du type de substance consommée, et de la poly-consommation. Un arrêt du tabagisme en pré-conceptionnel ou au premier trimestre de grossesse diminue le risque de prématurité pour la grossesse actuelle et les grossesses ultérieures. D'après la HAS, la cocaïne augmente le risque de prématurité de 17 à 29%. Concernant l'héroïne, le risque de prématurité varie de 20 à 56%, il est favorisé par le manque de suivi obstétrical, et la contractilité utérine provoquée par les épisodes de sevrage maternel et la consommation irrégulière de drogue. Le mésusage de benzodiazépine et de médicaments opioïdes est également un facteur de risque de prématurité. [18,20]

2.2.2. Le retard de croissance intra-utérin

Un risque de retard de croissance intra-utérin (RCIU) est observable lors de la consommation de SPA, souvent dû à un défaut de perfusion placentaire provoqué par une vasoconstriction. En cas de tabagisme maternel tout au long de la grossesse, l'incidence du RCIU est de 17,7% d'après la HAS. Il est proportionnel à la quantité de cigarette consommée par la mère : « *20 cigarettes par jour, c'est une perte de 1/6 du poids* ». L'incidence diminue avec un arrêt précoce du tabac au cours de la grossesse. Lors d'une consommation de cocaïne, le risque de RCIU est de 25 à 48%. En cas de prise d'opioïdes tel que l'héroïne, la fréquence de survenue d'un RCIU est de 30%, associé à une hypotrophie inférieure au 10ème percentile dans 25 à 30% des cas, favorisée par les poly-consommations ou un mode vie précaire. L'alcool est aussi un facteur de risque de RCIU. [3,19,20]

2.2.3. Les risques malformatifs

D'après le collège national des gynécologues obstétriciens français (CNGOF), l'alcool est à la fois tératogène et toxique. Il est responsable de malformations au premier trimestre de grossesse, et d'altérations de la fonction cellulaire au deuxième et au troisième trimestre. Son action est délétère sur le cerveau fœtal d'un point de vue morphologique et fonctionnel. L'alcool est à l'origine de nombreuses anomalies cérébrales : une anomalie d'emplacement neuronale, une microcéphalie, une hypoplasie cérébelleuse, une agénésie vermiennes, une anomalie du corps calleux, une atrophie des noyaux gris centraux, des troubles de la giration. Il existe aussi un retard de myélinisation et d'arborisation dendritique. Ces lésions sont dose-dépendante, leur gravité varie en fonction de la quantité d'alcool absorbée, du rythme de la consommation, de l'âge gestationnel lors de l'exposition, des capacités métaboliques maternelles, et de la parité. [21] (2)

D'après la HAS, les malformations congénitales liées à la cocaïne « *surviennent dans 7 à 17 % des cas d'exposition in utero à la cocaïne, mais la consommation d'alcool très largement associée à la consommation de cocaïne paraît prépondérante dans l'augmentation du risque de malformation* ». Les malformations liées à la cocaïne ne sont pas dues à un défaut de l'organogenèse, mais aux effets vasoconstricteurs de la cocaïne qui provoque un défaut de vascularisation. [20]

2.2.4. La souffrance fœtale

Une réduction du périmètre crânien est associée au tabagisme maternel avec une relation dose-effet. Cela se traduit par un développement cérébral anténatal insuffisant, ainsi qu'une atteinte du système nerveux autonome sur les échanges homéostatiques et les mécanismes de contrôle cardio-respiratoire pendant le sommeil. D'autres lésions sont observables, au niveau respiratoire avec une diminution de la croissance bronchique responsable d'une restriction de la capacité pulmonaire, et au niveau vasculaire avec une atteinte de la paroi des gros vaisseaux. Lors d'un usage régulier ou important de cannabis (au moins 6 fois par semaine), les troubles rencontrés sont identiques à l'exposition au tabac. [3,18]

En cas de période de sevrage maternel lié aux opiacés, un syndrome de sevrage in utéro peut se produire avec une émission méconiale, une agitation fœtale, une augmentation du taux de catécholamine dans le liquide amniotique pouvant aller jusqu'à une MFIU. [18]

2.3. NEONATAUX

2.3.1. Le syndrome de sevrage

Lors d'une importante consommation de tabac pendant la grossesse, le nouveau-né peut présenter un syndrome mineur de sevrage et des signes de nervosité en post-natal. Un syndrome de sevrage néonatal est retrouvé lors d'une prise d'opiacés tel que l'héroïne ou les médicaments opioïdes dans 60 à 90% des cas et de cocaïne dans 10 à 40% des cas. Les caractéristiques du syndrome de sevrage sont similaires pour les opiacés et la cocaïne : irritabilité, hyperactivité, hyperexcitabilité, trémulations, convulsions, mouvements anormaux, hypertonie, tachypnée avec parfois alcalose, apnées et diarrhée avec déshydratation. L'apparition d'un syndrome de sevrage dépend du type de substance consommée, de la dose utilisée, de la durée d'exposition, et du délai entre la dernière prise et l'accouchement. Le syndrome de sevrage néonatal peut mettre quelques heures à quelques jours à apparaître. Il peut être retardé en cas de poly consommation aux benzodiazépines ou aux barbituriques, mais également lors d'une consommation de méthadone due à une demi-vie longue du médicament. Ce syndrome de sevrage peut être évalué chez le nouveau-né grâce au score de Finnegan ou de Lipsitz. [18,19] (3)

Les benzodiazépines sont également responsables de l'apparition d'un syndrome de sevrage néonatale, mais présentent des signes cliniques différents : léthargie, troubles du tonus musculaire (hypotonie, hypertonie), hypo-réflexie, hyper-réflexie, convulsions, irritabilité, difficultés à téter, cyanose, hypothermie, hypoventilation, apnées, tremblements, vomissements, diarrhées, sudations, hyperactivité et tachypnée. Ces manifestations sont caractéristiques d'un syndrome d'imprégnation fœtale aux benzodiazépines, et peuvent être d'apparition retardée en fonction de la demi-vie du médicament. [18]

2.3.2. Le syndrome d'alcoolisation fœtal

La HAS définit le SAF comme étant l'association d'un retard de croissance intra-utérin pré ou post natal, d'anomalies du système nerveux central, et d'une dysmorphie faciale. Une insuffisance permanente de la fonction cérébrale est retrouvée avec la présence d'une déficience intellectuelle et neurologique, ainsi qu'un retard de développement caractérisé par : des difficultés d'apprentissage, un déficit de l'attention, une hyperactivité, une impulsivité, un déficit de la mémorisation et du langage, un déficit des fonctions exécutives, une mauvaise coordination et organisation, et un déficit du tonus musculaire. Ces conséquences peuvent aller du retard mineur d'acquisition à la présence d'anomalies neuro comportementales graves, associé ou non à des anomalies morphologiques. Le diagnostic de SAF est rarement fait à la naissance.

Tous les bébés exposés à l'alcool in utero ne développent pas un SAF. D'autres effets fœtaux liés à l'alcool peuvent être retrouvés avec certaines caractéristiques du SAF. Ils sont connus sous le nom d'ETCAF, et présentent des troubles du comportement plus subtilement identifiables, des déficits cognitifs, psychologiques, et éducatifs. [7,18,21] (4)

2.3.3. La mort inattendue du nourrisson

L'exposition du nouveau-né au tabagisme actif pendant la grossesse et passif après la naissance est la première cause identifiée de mort subite du nourrisson survenant entre 1 mois à 1 an de vie. D'après la HAS, en cas de tabagisme au cours de la grossesse : « Le risque de MSN est augmenté de 2 à 3 fois, avec une relation dose-effet démontrée ». [3]

3. DEPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS

De nombreuses femmes arrêtent spontanément leur consommation de tabac, d'alcool, de drogues, ou de médicaments à la découverte de leur grossesse. Lorsque la femme enceinte est dépendante à une SPA, l'arrêt s'avère beaucoup plus difficile à réaliser. La grossesse est un moment clé dans la vie d'une femme pour parvenir à surmonter son addiction grâce au dépistage et à une prise en charge adaptée.

3.1. SELON LA LITTÉRATURE ET LES RECOMMANDATIONS

3.1.1. Le dépistage

Lors de la grossesse, la consommation de SPA est systématiquement recherchée au cours de l'anamnèse. Le professionnel de santé doit interroger la patiente sur ses consommations avant et pendant la grossesse, la fréquence, les circonstances, le mode de vie, mais également les consommations du conjoint. Le professionnel doit identifier le désir de sevrage éventuel de la patiente et l'informer sur les risques que présente son addiction pour la grossesse et le fœtus. D'après la HAS, « *Toute femme enceinte ou désirant le devenir doit être informée des dangers d'une consommation, même modérée, d'alcool et/ou de tabac et/ou de cannabis* ». Le père peut aussi profiter de la grossesse pour prendre en charge ses propres addictions. [18,22]

Un arrêt du tabac est immédiatement bénéfique pour la grossesse et le fœtus. Cet arrêt doit intervenir le plus tôt possible au cours de la grossesse. Lors d'un désir de sevrage, le test de Fagerström permet d'évaluer la dépendance au tabac et définir la stratégie thérapeutique nécessaire à la prise en charge. L'intoxication tabagique peut être évaluée par la mesure du taux de monoxyde de carbone présent dans l'air expiré, facilement réalisable en consultation. Le repérage d'une consommation de tabac ou de cannabis doit systématiquement mener à interroger la consommation d'alcool, en raison d'une fréquence élevée de poly-consommation. [22]

La prise de cannabis et d'autres drogues doit être déconseillée durant la grossesse. Lorsqu'une consommation de cannabis est dépistée, l'utilisation du questionnaire CAST est recommandé par la HAS afin d'évaluer le niveau de dépendance de la patiente. [23] (5)

La consommation d'alcool doit être demandée systématiquement à chaque consultation aux patientes qui arrêtent leur contraception, désirant une grossesse, aux femmes enceintes, et aux patientes venant accoucher. Les modalités et les périodes de consommation au cours de la grossesse doivent être recherchées. La HAS et le CNGOF recommandent l'utilisation de questionnaire ou d'auto-questionnaire comme le FACE, l'AUDIT, ou le T-ACE comme dispositif d'aide au dépistage. L'absence de connaissance actuelle du seuil en dessous duquel l'alcool n'aurait pas de conséquence sur le fœtus et nouveau-né, le consensus actuel recommande une abstinence totale de la consommation d'alcool pendant la grossesse. [21,24] (6,7)

Concernant les médicaments psychotropes, ces traitements sont souvent utilisés à tort et de manière abusive. La posologie doit être à la dose minimale nécessaire pour atteindre une efficacité suffisante au traitement. Ils ne doivent pas être pris de manière prolongée en raison du risque de dépendance, des troubles cognitifs, et de l'équilibre qu'ils peuvent provoquer au long terme. Il est souhaitable de réaliser une consultation pré-conceptionnelle en cas de désir de grossesse, afin de réévaluer le traitement. De plus, il faut s'assurer que le traitement soit compatible avec la grossesse. [16,18]

3.1.2. La prise en charge

La prise en charge d'une dépendance à une ou plusieurs SPA doit survenir le plus tôt possible au cours de la grossesse. Une approche psycho comportementale est réalisée en première intention lors du sevrage au tabac. Cette thérapie permet la construction de moyens permettant de contourner et dépasser ses envies avec des conseils et des informations. La patiente peut bénéficier de consultations avec un professionnel tabacologue et un psychologue pour l'aider dans son sevrage. En cas d'échec, un recours au traitement substitutif nicotinique (TSN) est envisagé. Il peut être prescrit à tout moment de la grossesse. Le bupropion est le seul TSN déconseillé en cas de grossesse. [22]

Lorsqu'une dépendance à l'alcool est dépistée, l'objectif de la prise en charge est de réduire l'exposition fœtale à l'alcool compte tenue des complications qu'elle représente, et de favoriser un suivi régulier de la grossesse. Le sevrage alcoolique nécessite une surveillance accrue de la mère et du fœtus par une équipe médicale spécialisée en addictologie. [18,24]

En cas de dépendance à l'héroïne ou aux opiacés, la méthadone est le traitement le plus efficace et généralement prescrit chez la femme enceinte. La buprénorphine haut dosage est également un TSO. La substitution doit permettre de stabiliser la consommation de drogue avec une posologie adaptée aux besoins de la patiente.

Au cours de la grossesse, une diminution de la concentration plasmatique du traitement est possible. Dans ce cas, une augmentation des posologies est effectuée pour maintenir l'efficacité du traitement. Le sevrage est rarement envisagé en cours de grossesse, mais peut être réalisé ultérieurement. La mise en place d'un TSO est donc un outil efficace d'aide au sevrage. [18,19,25]

Lors de la prise en charge d'une dépendance aux benzodiazépines, l'objectif est toujours de réduire l'exposition fœtale et de stabiliser la consommation. Le sevrage en cours de grossesse est envisageable si les doses consommées sont faibles. Il doit également être progressif et avec une étroite surveillance médicale de la mère et du fœtus. [18]

L'allaitement maternel doit être soutenu et favorisé en cas de consommation de SPA. Les bénéfices de l'allaitement maternel prévalent sur les inconvénients liés à la consommation de SPA. Presque tous les produits passent dans le lait, mais en très faible quantité. Seuls quelques SPA sont contre-indiqués pendant l'allaitement maternel. Les TSO et les benzodiazépines nécessitent une consommation stable et la plus faible possible. Lors d'une consommation d'alcool, il est préférable d'allaiter avant d'avoir bu et d'éviter de donner le sein dans les deux à trois heures après avoir bu. Le tabac n'est pas une contre-indication à l'allaitement maternel. Un délai de vingt minutes entre la dernière cigarette et la mise au sein permet de diminuer le taux de nicotine présent dans le lait. [18,25]

3.1.3. La pluridisciplinarité

La femme enceinte consommatrice de SPA présente des particularités médicales, sociales, et psychologiques, qui nécessitent une prise en charge précoce et pluridisciplinaire. Le but étant de prévenir les risques maternels, fœtaux, et néonataux, mais également de repérer les vulnérabilités. L'objectif est de favoriser l'établissement du lien mère/enfant et d'améliorer le pronostic maternel et infantile au long terme. Cette prise en charge est un partenariat entre la patiente et les différents acteurs de soins qui l'entourent, rien ne lui est imposé. Tout au long du suivi, une réévaluation des besoins de la patiente est réalisée, afin d'adapter les différentes orientations nécessaires à une prise en charge optimale. [18,25]

D'après la HAS, cette prise en charge doit être réalisée en réseau tissé entre le médecin traitant, la maternité, et les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) en cas de dépendance à l'alcool ou aux drogues. De nombreux professionnels et services sont amenés à intervenir auprès de la patiente : gynécologue-obstétricien, sage-femme, addictologue, psychologue, travailleurs sociaux, organismes de prestations sociales et d'aide au logement. Aussi, il est important qu'un suivi par la protection maternelle et infantile (PMI) soit réalisé pendant la grossesse et après l'accouchement. [19,24,25]

3.2. PLACE DE LA SAGE-FEMME

La sage-femme a un rôle central auprès de ces femmes en intervenant à différents moments de la grossesse et après l'accouchement en collaboration avec l'équipe médicale et les autres professionnels. Elle intervient lors de la prévention et du dépistage des addictions au cours de la grossesse, notamment lors de l'entretien prénatal individuel qui peut permettre une prise en charge précoce. Elle doit être en capacités d'informer la parturiente sur les risques obstétricaux, fœtaux, et néonataux que présentent son ou ses addiction(s) sans la culpabiliser. La sage-femme se doit d'instaurer un climat de confiance dans le but de favoriser un suivi régulier et la relation de soin. Elle propose une prise en charge à la femme enceinte, en lui expliquant les différentes modalités, sans lui imposer. [18,24]

De nombreuses compétences sont nécessaires à la sage-femme pour réaliser un dépistage et une prise en charge adaptés aux femmes dépendantes. Elle obtient une partie de ses connaissances grâce à sa formation initiale lui permettant de connaître les effets délétères des addictions pour la grossesse, le fœtus et le nouveau-né.

De plus, la sage-femme peut également bénéficier de formations complémentaires en réalisant un diplôme universitaire (DU) ou un diplôme interuniversitaire (DIU) en lien avec l'addictologie, participer à des conférences et s'informer par l'intermédiaire de la littérature nécessaire à son développement professionnel continu (DPC), et également grâce à son expérience professionnelle.

3.3. ACTIONS DE PREVENTION ET D'INFORMATION

Le gouvernement français participe activement à la mise en place de nombreuses mesures préventives. Depuis 2007 toutes les bouteilles alcoolisées portent un message sanitaire de prévention préconisant l'absence de consommation d'alcool pendant la grossesse visible sous la forme d'un pictogramme ou d'une phrase : « *La consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse, même en faible quantité, peut avoir des conséquences graves sur la santé de l'enfant* ». En 2015, Marisol Touraine, Ministre des affaires sociales, de la santé, et des droits des femmes a souhaité imposer également un pictogramme sur tous les paquets de cigarettes, préconisant la non-consommation de tabac pendant la grossesse.

L'agence SPF met en place chaque année des campagnes de prévention et d'information à destination de la population, afin de sensibiliser le grand public et les professionnels de santé sur l'impact du tabac et de l'alcool au cours de la grossesse. Annuellement, le 9 septembre se tient la Journée mondiale de sensibilisation au SAF organisée par SPF. Cette campagne s'appuie sur des messages clés « *Zéro alcool pendant la grossesse* », « *Vous buvez un peu, il boit beaucoup* ».

D'après une enquête de 2017 réalisée par SPF, cette campagne a permis de faire évoluer les connaissances des français concernant la consommation d'alcool pendant de la grossesse : « *44 % des Français vs 25 % en 2015 déclarent spontanément qu'il n'existe pas de consommation d'alcool sans risque pour l'enfant, 33 % de la population sait que l'alcool comporte des risques tout au long de la grossesse, vs 20 % en 2015* ». [26]

En 2019, à l'occasion de la Journée mondiale de sensibilisation au SAF, le Réseau Périnatal Lorrain a lancé l'opération « Virgin Mojito » en Lorraine en partenariat avec LORADDICT et des réseaux de professionnels travaillant dans le domaine de la périnatalité et de l'addiction. Cette opération s'est tenue au sein des quatre départements lorrains, les professionnels participants à l'action ont échangé avec le grand public dans le but d'informer sur les risques que présente une consommation d'alcool durant la grossesse, en partageant la dégustation d'une boisson sans alcool. [27]

Depuis 2016, à partir du 1er novembre se tient la campagne « #moissanstabac », mise en place par SPF dans le but d'aider à l'arrêt du tabac. En 2018, pour le lancement de la 3ème édition, SPF a publié des chiffres concernant le tabagisme chez la femme et au cours de la grossesse : « *En 2016, 30% des femmes fumaient avant leur grossesse. 46% d'entre elles avaient arrêté de fumer avant le 3ème trimestre et 45% avaient réduit leur consommation de tabac* ». [28]

Le dépistage et l'information relative à l'arrêt du tabagisme de la part des professionnels de santé peuvent être améliorés : « *80% des femmes déclaraient avoir été interrogées par leur médecin sur leur consommation de tabac et 49% des femmes fumeuses disaient avoir reçu des conseils pour arrêter* ». De plus, d'après l'enquête baromètre SPF de 2017, les femmes enceintes ne sont pas systématiquement avisées des risques que présente la consommation de SPA au cours de la grossesse : « *Parmi les femmes enceintes, 63,4 % ont déclaré que le médecin ou la sage-femme les suivant durant leur grossesse les ont informées de l'impact éventuel de la consommation de tabac sur la grossesse et sur leur enfant* ». [4]

PARTIE 2 : METHODE ET RESULTATS

1. PROBLEMATIQUE

En quoi la connaissance des sages-femmes hospitalières sur les effets obstétricaux, fœtaux et néonataux des addictions impacte sur les pratiques professionnelles de dépistage et de prise en charge des femmes enceintes consommatrices ?

2. OBJECTIFS

2.1. BENEFCES ATTENDUS

Améliorer les pratiques professionnelles des sages-femmes hospitalières du CHR de Metz-Thionville.

Améliorer le bien-être maternel, fœtal, et néonatal.

2.2. OBJECTIFS PRINCIPAL ET SECONDAIRES

2.2.1. Objectif principal

Faire un état des lieux des connaissances et des pratiques professionnelles des sages-femmes hospitalières du CHR de Metz-Thionville sur les addictions et la grossesse.

2.2.2. Objectifs secondaires

Décrire les connaissances des sages-femmes sur les effets des addictions sur le fœtus et le nouveau-né.

Identifier les connaissances des sages-femmes sur les effets obstétricaux provoqués par les addictions.

Décrire la pratique professionnelle du dépistage des addictions par les sages-femmes hospitalières.

Identifier la prise en charge des femmes enceintes consommatrices de substances addictives par les sages-femmes du CHR de Metz-Thionville.

Analyser les freins et les leviers du dépistage et de la prise en charge des addictions.

3. HYPOTHESES

H1 : Les sages-femmes sont sensibilisées aux différentes addictions dans leur pratique professionnelle quotidienne.

H2 : Les sages-femmes connaissent les effets des addictions sur le fœtus et le nouveau-né.

H3 : Les sages-femmes dépistent systématiquement les addictions au tabac, à l'alcool, aux drogues, aux médicaments.

H4 : Les sages-femmes ont une formation adaptée au dépistage et à la prise en charge des addictions grâce à leur formation initiale et à leur formation continue.

H5 : Les sages-femmes ont une prise en charge spécifique des différentes addictions telles que le tabac, l'alcool, les drogues, et les médicaments.

H6 : Les sages-femmes travaillent en pluridisciplinarité pour la prise en charge des addictions.

4. MATERIEL ET METHODE

4.1. TYPE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive monocentrique quantitative portant sur l'analyse des pratiques professionnelles des sages-femmes hospitalières sur le dépistage et la prise en charge des femmes enceintes présentant une ou des addiction(s) réalisée à l'aide de questionnaires anonymes à questions fermées et à choix multiples et ouvertes.

4.2. POPULATION D'ETUDE : ETAPE D'ELIGIBILITE

4.2.1. Critères d'inclusion

Les sages-femmes hospitalières volontaires du CHR de Metz-Thionville quel que soit le service étaient incluses.

4.2.2. Critères de non-inclusion

Les sages-femmes non hospitalières, les sages-femmes exerçants en dehors du CHR de Metz-Thionville, les sages-femmes ayant une formation spécifique de type DU ou DIU pour la prise en charge des femmes présentant une addiction, et les sages-femmes non volontaires n'étaient pas incluses dans cette étude.

4.2.3. Critères d'exclusion

Les sages-femmes n'ayant pas répondu à un nombre suffisant de questions rendant le questionnaire inexploitable sont exclues.

4.2.4. Modalités de recrutement / nombre de sujet nécessaire

Recrutement sur la base du volontariat.

Un taux de participation de 30% était attendu afin que les résultats de l'étude soient significatifs. Environ 120 sages-femmes exercent au CHR de Metz-Thionville, le nombre de réponse nécessaire est d'environ 40.

4.3. CRITERES DE JUGEMENT PRINCIPAL ET SECONDAIRES

Le nombre de sages-femmes sensibilisées aux différentes addictions dans leur pratique professionnelle quotidienne.

Le nombre de sages-femmes qui connaissent les effets des addictions sur le fœtus et le nouveau-né.

Le nombre de sages-femmes qui dépistent systématiquement les addictions au tabac, à l'alcool, aux drogues, aux médicaments.

Le nombre de sages-femmes qui ont eu une formation adaptée au dépistage et à la prise en charge des addictions.

Le nombre de sages-femmes ayant une prise en charge spécifique concernant une addiction au tabac, à l'alcool, aux drogues, ou aux médicaments.

Le nombre de sages-femmes qui travaillent de manière pluridisciplinaire pour la prise en charge des addictions.

4.4. RECUEIL DE DONNEES

Les informations ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire joint en annexe mis à la disposition des sages-femmes souhaitant participer à l'étude dans les différents services de soins du CHR de Metz-Thionville. Les questionnaires ont été anonymisés au moment du recueil. Le questionnaire a été testé par deux sages-femmes. (8)

4.5. GESTION DES DONNEES

Les données recueillies ont été codées, anonymisées et exploitées à l'aide du logiciel Excel.

4.6. LIEUX DE L'ETUDE

Le CHR de Metz-Thionville était le lieu de l'étude.

4.7. PERIODE DE L'ETUDE

De Janvier à Mars 2020

4.8. PROCEDURE DE MINIMISATION DES BIAIS

Prise en compte du déclaratif et du biais de mémorisation.

Une anonymisation des données a été réalisée.

Les questionnaires remplis à 90% ont été traités.

5. OBLIGATION REGLEMENTAIRE ET ETHIQUE

5.1. MODALITE DE GESTION DES DONNEES : CONFIDENTIALITE

Les données ont été recueillies anonymement avec l'attribution d'un numéro d'anonymat en fonction de la réception et saisie des questionnaires.

5.2. ARCHIVAGE DES DONNEES

Les données recueillies ont été détruites après l'analyse et la publication des résultats.

6. RESULTATS DE L'ETUDE

6.1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

Au total, 43 questionnaires ont été recueillis, dont 42 avec des données exploitables.

Le taux de participation à l'étude était de 42 sages-femmes sur un total de 120 sages-femmes exerçant au CHR de Metz-Thionville, soit 35% de participation.

L'âge moyen des sages-femmes interrogées était de 34,8 ans, allant de 24 ans à 62 ans.

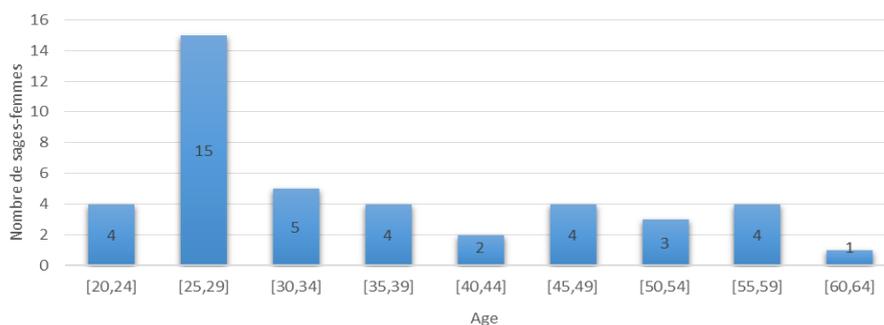


Figure 1 : Classes d'âges des sages-femmes - Grossesse et addictions - CHR de Metz-Thionville - Janvier à Mars 2020 - (n=42)

Le diplôme de sage-femme était obtenu en moyenne en 2006, allant de 1980 à 2019.

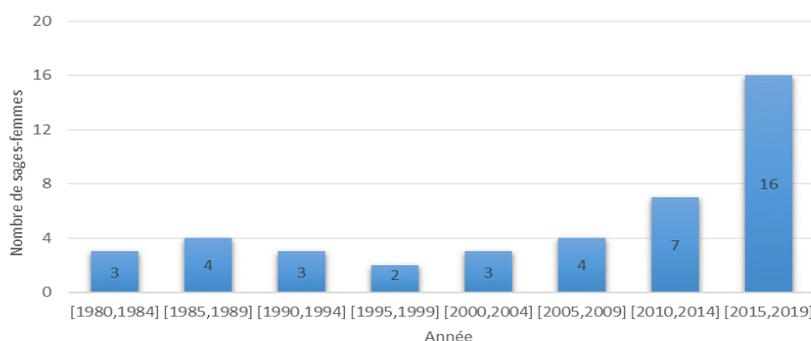


Figure 2 : Répartition des sages-femmes en fonction de l'année d'obtention du diplôme d'état - Grossesse et addictions - CHR de Metz-Thionville - Janvier à Mars 2020 - (n=42)

Les sages-femmes ont travaillé dans différents services au sein du CHR de Metz-Thionville :

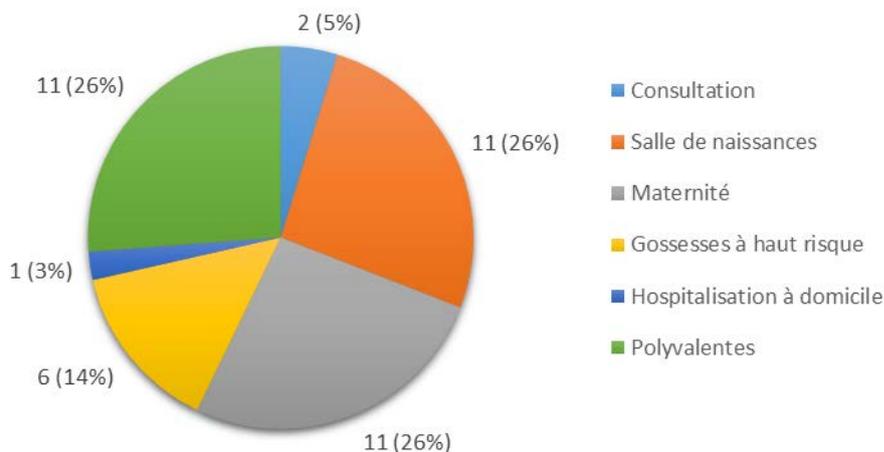


Figure 3 : Services où exerçaient les sages-femmes - Grossesse et addictions - CHR de Metz-Thionville - Janvier à Mars 2020 - (n=42)

Les 11 sages-femmes polyvalentes exerçaient dans différents services : salles de naissances, urgences gynécologiques et obstétricales, maternité, et grossesses à haut risque.

Sur les 42 sages-femmes interrogées, 100% d'entre-elles ont été confronté au tabagisme, 45% à l'alcoolisme, 83% à une addiction aux drogues, 26% à une addiction aux médicaments opioïdes et 29% aux médicaments psychotropes.

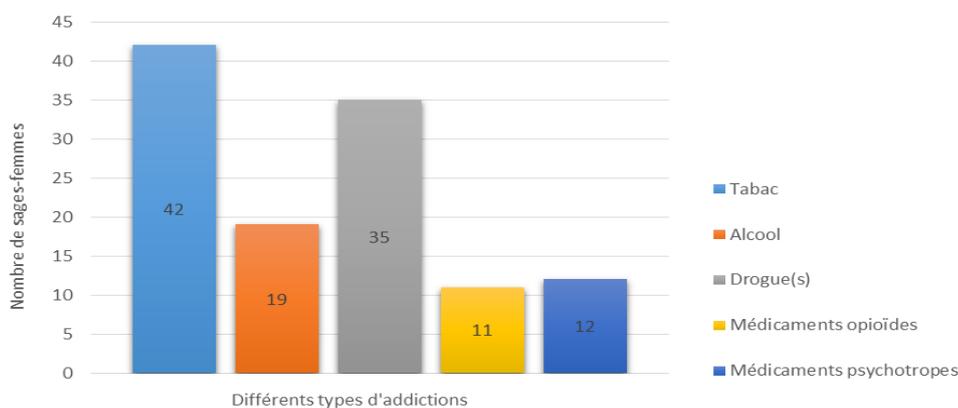


Figure 4 : Différents types d'addictions rencontrés par les sages-femmes - Grossesse et addictions - CHR de Metz-Thionville - Janvier à Mars 2020 - (n=42)

Concernant les 35 sages-femmes qui avaient pris en charge une patiente dépendante aux drogues :

- 19 sages-femmes avaient pris en charge une patiente dépendante au cannabis soit 54%.
- 14 sages-femmes avaient pris en charge une patiente dépendante à la cocaïne soit 40%.
- 15 sages-femmes avaient pris en charge une patiente dépendante à l'héroïne soit 43%.

6.2. CONNAISSANCES DES SAGES-FEMMES AU SUJET DES ADDICTIONS

Les 42 sages-femmes ont répondu à des questions à choix multiples et des questions fermées sur leurs connaissances au sujet des addictions et de la grossesse.

Concernant le passage des SPA par la barrière placentaire :

- 42 sages-femmes avaient répondu positivement pour l'alcool, les drogues et les médicaments opioïdes soit 100%.
- 41 sages-femmes avaient une réponse favorable pour le tabac soit 98%.
- 38 sages-femmes avaient répondu positivement pour les médicaments psychotropes soit 90%.

Différents facteurs de risques potentiellement liés au tabagisme pendant la grossesse ont été proposés aux sages-femmes par l'intermédiaire d'une question à choix multiples. L'ensemble des facteurs de risques cités était vrai, à l'exception des malformations.

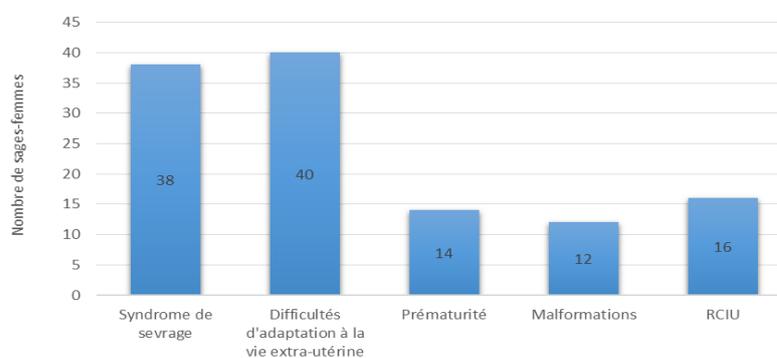


Figure 5 : Facteurs de risques liés au tabagisme - Grossesse et addictions - CHR de Metz-Thionville - Janvier à Mars 2020 - (n=42)

A propos des facteurs de risques liés au tabagisme, les sages-femmes ont répondu à :

- 95% Syndrome de sevrage
- 89% Difficultés d'adaptation à la vie extra-utérine
- 38% RCIU
- 33% Prématurité
- 29% Malformations

A propos de l'alcool, 41 sages-femmes (sur un total de 42) ont répondu à la question : « Une consommation occasionnelle d'alcool au cours de la grossesse peut-elle être à l'origine d'un syndrome d'alcoolisation fœtal ? »

Au total, 35 sages-femmes (85%) avaient répondu « Oui » à cette question, et six sages-femmes (15%) avaient répondu « Non ».

Une question à choix multiples à propos des caractéristiques du SAF a été proposée aux sages-femmes. L'ensemble des caractéristiques étaient vraies, à l'exception de la calcification intracrânienne.

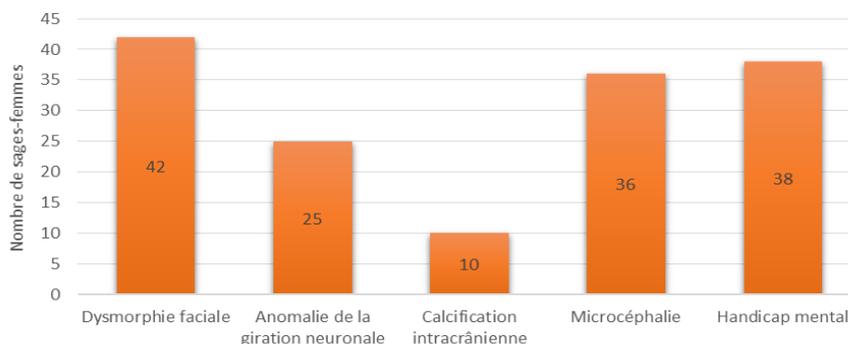


Figure 6 : Caractéristiques du Syndrome d'alcoolisation fœtale - Grossesse et addictions - CHR de Metz-Thionville - Janvier à Mars 2020 - (n=42)

Concernant les caractéristiques du SAF, les sages-femmes ont sélectionné différents critères :

- 100% Dymorphie faciale
- 90% Handicap mental
- 86% Microcéphalie
- 60% Anomalie de la giration neuronale
- 24% Calcification intracrânienne

Différents facteurs de risques liés à une consommation de médicaments psychotropes (benzodiazépines ou anxiolytiques) et/ou de médicaments opioïdes pendant la grossesse ont été présentés aux sages-femmes sous la forme d'une question à choix multiples. Tous les facteurs de risques proposés dans cette question était vrais, à l'exception des malformations.

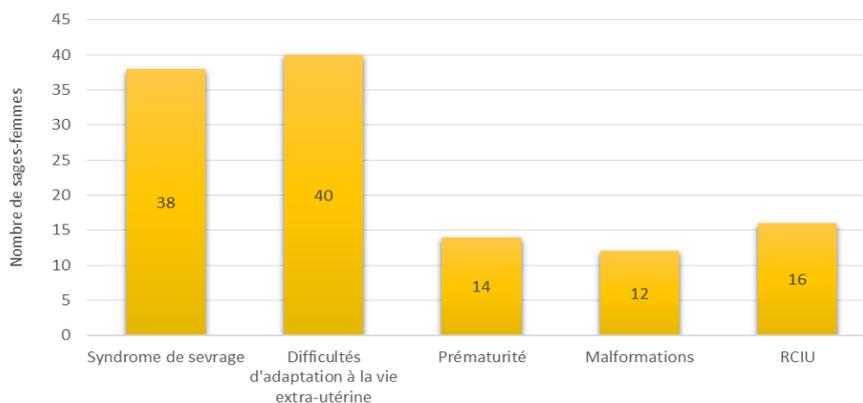


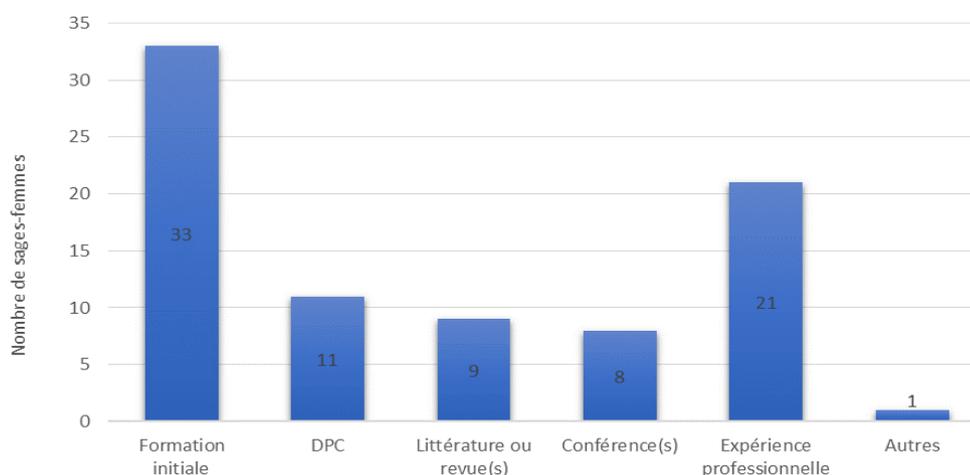
Figure 7 : Facteurs de risques liés aux médicaments psychotropes et/ou opioïdes - Grossesse et addictions - CHR de Metz-Thionville - Janvier à Mars 2020 - (n=42)

Concernant les facteurs de risques liés aux médicaments psychotropes et/ou opioïdes, les sages-femmes ont répondu à :

- 95% Difficultés d'adaptation à la vie extra-utérine
- 90% Syndrome de sevrage
- 38% RCIU
- 33% Prématurité
- 29% Malformations

6.3. FORMATION DES SAGES-FEMMES

La formation des sages-femmes au sujet des addictions a également été abordée : la majorité des sages-femmes (79%) indiquait que c'est lors de leur formation initiale qu'elles ont été sensibilisées aux addictions, puis lors de leurs expériences professionnelles (50%). Elles ont aussi obtenu des informations sur cette thématique grâce au développement professionnel continu (26%), à la littérature (21%) et aux conférences (19%), et par l'intermédiaire de sages-femmes tabacologues (2%).



Autres : informations auprès des sages-femmes tabacologues

Figure 8 : Sources d'informations obtenues par les sages-femmes au sujet des addictions - Grossesse et addictions - CHR de Metz-Thionville - Janvier à Mars 2020 - (n=42)

A propos de leur formation initiale, les différentes notions abordées concernant les addictions ont été recherchées. Au total, 41 sages-femmes ont répondu à cette question.

Les risques fœtaux liés aux addictions sont les notions les plus abordées au cours de la formation initiale des sages-femmes (95%), suivis par les risques néonataux (80%), et les risques obstétricaux (76%). Le dépistage a été abordé lors de la formation initiale pour 37% des sages-femmes interrogées et la prise en charge des addictions pour 34% d'entre elles. Aucune notion concernant les addictions ne faisait partie de la formation initiale de 2% des sages-femmes.

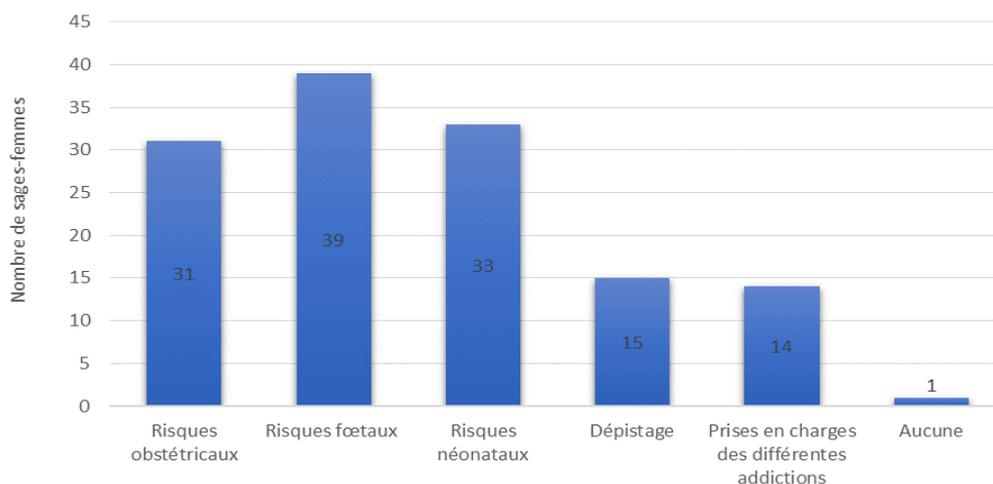


Figure 9 : Notions abordées lors de la formation initiale - Grossesse et addictions - CHR de Metz-Thionville - Janvier à Mars 2020 - (n=41)

Sur un total de 42 réponses, 37 sages-femmes soit 88%, ont répondu qu'elles n'avaient pas été assez formées lors de la formation initiale sur cette thématique, 32 d'entre elles évoquaient différentes raisons :

- La formation initiale était trop générale et peu approfondie : onze fois (34%).
- La formation initiale était trop ancienne : six fois (19%).
- La formation était suffisante pour réaliser le dépistage des addictions, mais pas une prise en charge spécifique : cinq fois (16%).
- Le dépistage était peu approfondi lors de la formation initiale : quatre fois (13%).
- La formation manquait d'information concernant la prise en charge des addictions : deux fois (6%).
- Le dépistage et la prise en charge des addictions nécessitait un DU ou DIU spécifique : deux fois (6%).
- Les connaissances devaient être mises régulièrement à jour pour réaliser un dépistage et une prise en charge efficace des addictions : deux fois (6%).

6.4. DEPISTAGE DES ADDICTIONS PAR LES SAGES-FEMMES

Le dépistage systématique des addictions par les sages-femmes été réalisé à :

- 100% pour le tabac
- 98% pour l'alcool
- 83% pour les drogues
- 52% pour les médicaments psychotropes ou opioïdes

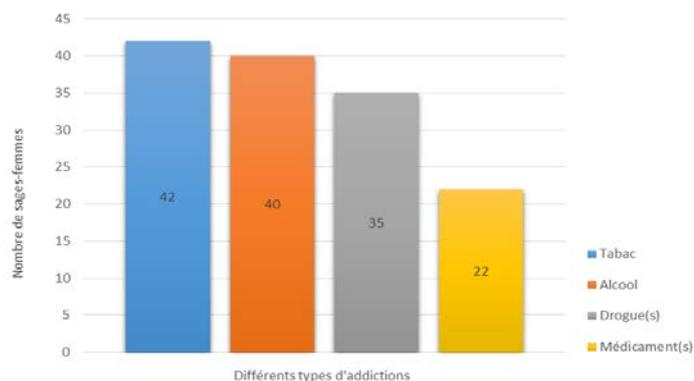
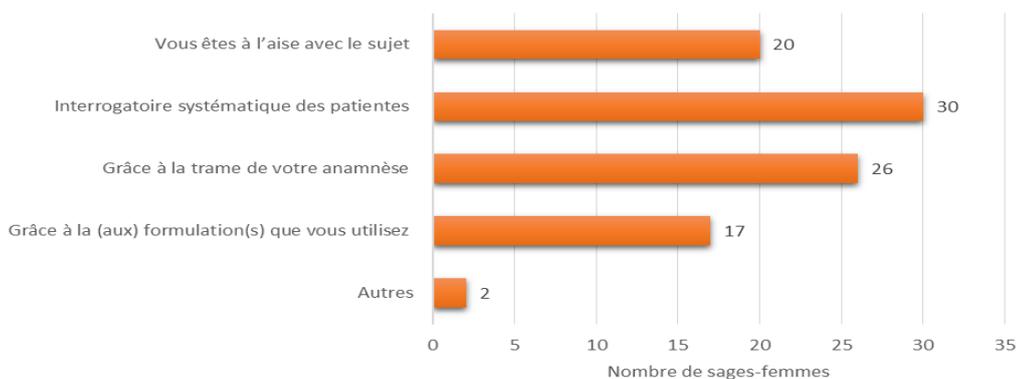


Figure 10 : Dépistage systématique des addictions par les sages-femmes lors d'une consultation - Grossesse et addictions - CHR de Metz-Thionville - Janvier à Mars 2020 - (n=42)

A la question : « Avez-vous des difficultés pour aborder les addictions au cours de l'anamnèse ? »

Sur un total de 42 sages-femmes, 37 sages-femmes (88%) avaient répondu « Non » et cinq (12%) avaient répondu « Oui ».



Autres : absence de jugement, expérience professionnelle

Figure 11 : Sages-femmes n'ayant pas de difficulté pour aborder les addictions au cours de l'anamnèse - Grossesse et addictions - CHR de Metz-Thionville - Janvier à Mars 2020 - (n=37)

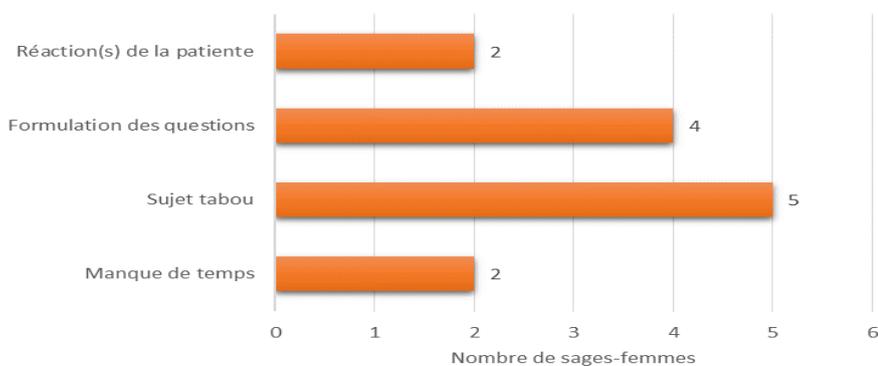


Figure 12 : Sages-femmes ayant des difficultés pour aborder les addictions lors de l'anamnèse - Grossesse et addictions - CHR de Metz-Thionville - Janvier à Mars 2020 - (n=5)

Les sages-femmes ont été consultées sur le fait d'avoir une (des) approche(s) ou une (des) formulation(s) particulière(s) au cours de l'anamnèse pour aborder les addictions.

Sur un total de 42 sages-femmes, 14 d'entre elles ont répondu « Oui » à cette question, soit 33%.

Les sages-femmes évoquaient dans la majorité des cas, l'absence de jugement et l'utilisation de questions simples et courtes en interrogeant tout d'abord la consommation de tabac, d'alcool, de drogues en citant les différentes drogues, et de médicaments.

Concernant l'alcool, les sages-femmes utilisaient les formulations suivantes :

- « *Quand avez-vous pris votre dernier verre d'alcool ?* »
- « *Avez-vous l'habitude de boire au cours des repas (eau, vin, bière, soda, etc.) ou apéritifs ?* »

Afin de connaître la fréquence de consommation d'une SPA, elles utilisaient également : « *Avez-vous déjà consommé (ou consommez-vous) régulièrement (ou occasionnellement) ... ?* »

Aussi, pour évaluer la dépendance à une SPA, des questionnaires ou auto-questionnaires étaient utilisables lors du dépistage des addictions. Les sages-femmes ont été questionnées sur leurs connaissances au sujet de ces dispositifs et leur utilité dans leur pratique professionnelle.

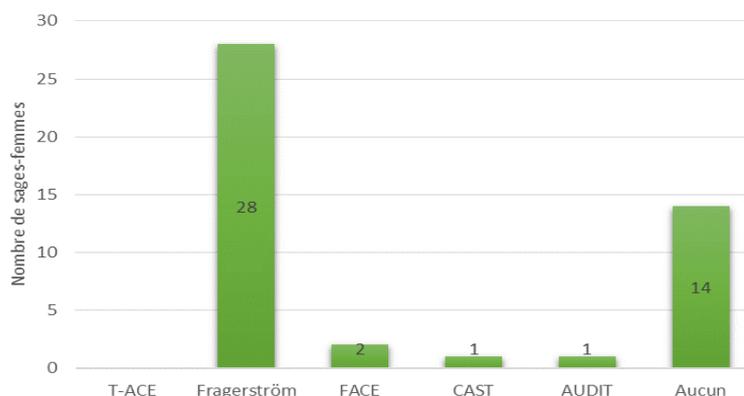


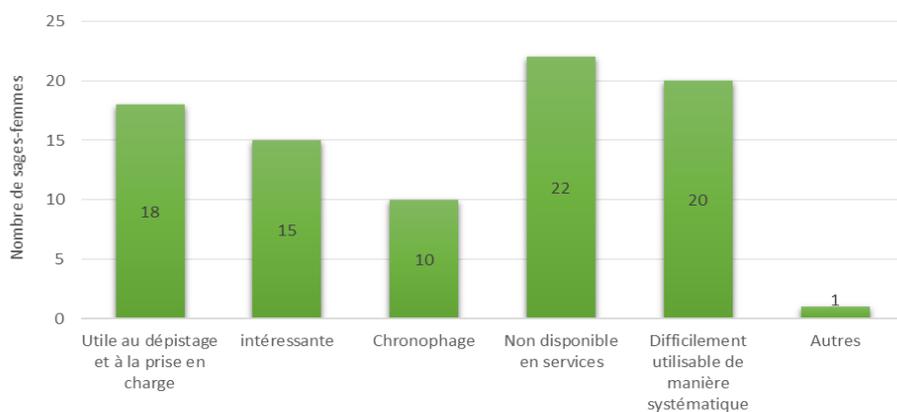
Figure 13 : Dispositifs d'aide au dépistage des addictions - Grossesse et addictions - CHR de Metz-Thionville - Janvier à Mars 2020 - (n=42)

Voici les pourcentages de sages-femmes connaissant les différents dispositifs d'aide au dépistage :

- 67% le test de Fagerström
- 5% le FACE
- 2% le CAST et l'AUDIT

Aussi, 33% des sages-femmes interrogées ne connaissaient aucun des questionnaires ou auto-questionnaires proposés.

Concernant le point de vue des sages-femmes, ces dispositifs d'aide au dépistage étaient majoritairement non disponibles en services (52%), et difficilement utilisable de manière systématique (48%). Toutefois, les sages-femmes jugeaient leur utilisation intéressante (38%) et utile au dépistage et à une prise en charge efficace (43%), mais chronophage (24%).



Autres : utilité limitée des auto-questionnaires, mensonge possible de la patiente

Figure 14 : Avis des sages-femmes concernant l'utilisation des dispositifs d'aide au dépistage - Grossesse et addictions - CHR de Metz-Thionville - Janvier à Mars 2020 - (n=42)

6.5. PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS PAR LES SAGES-FEMMES

Les sages-femmes donnaient aux patientes des informations concernant différents risques liés aux addictions :

- 76% risques foëtaux
- 62% risques obstétricaux
- 43% risques néonataux
- 21% risques médicaux

De plus, 24% des sages-femmes n'informaient pas les patientes sur les risques liés aux addictions.

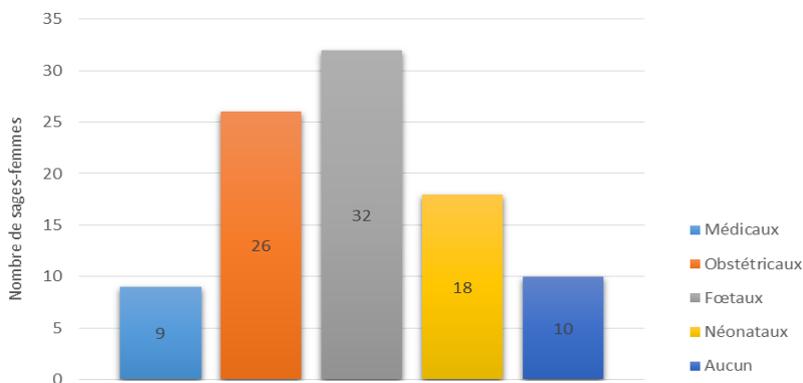
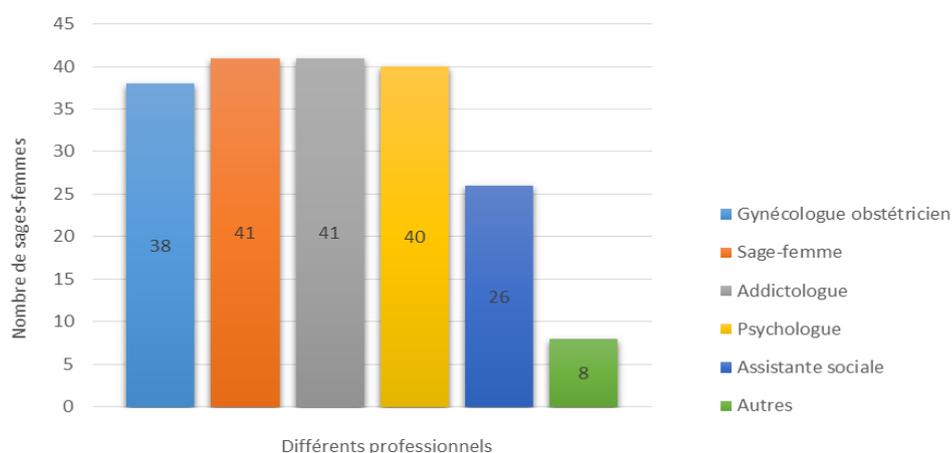


Figure 15 : Information systématique sur les risques liés aux addictions - Grossesse et addictions - CHR de Metz-Thionville - Janvier à Mars 2020 - (n=42)

Elles ont aussi été consultées sur les différents professionnels intervenant dans la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire pour la prise en charge d'une patiente dépendante.



Autres : PMI, pédiatre, puéricultrice, médecin traitant, psychiatre, sophrologue, diététicienne

Figure 16 : Professionnels intervenant dans une équipe pluridisciplinaire - Grossesse et addictions - CHR de Metz-Thionville - Janvier à Mars 2020 - (n=42)

Concernant le ressenti des sages-femmes par rapport aux addictions, 36 sages-femmes sur les 42 interrogées soit 86%, ont répondu à la question : « *Etes-vous à l'aise dans le dépistage et la prise en charge d'une femme enceinte présentant une ou des addictions ? Pour quelle(s) raison(s) ?* ».

Dix sages-femmes avaient répondu être à l'aise dans le dépistage et la prise en charge d'une femme enceinte dépendante, soit 24%. Elles évoquaient principalement :

- L'absence de jugement : quatre fois soit 9%.
- L'orientation possible des patientes vers un expert : deux fois soit 5%.
- Situation rencontrée faisant partie de la profession : deux fois soit 5%.

Treize sages-femmes étaient moyennement à l'aise dans le dépistage et la prise en charge d'une femme enceinte dépendante, soit 31%. Elles signalaient :

- Le manque de connaissance : sept fois, soit 17%.
- L'attitude de la patiente : trois fois, soit 7%.
- Le type d'addiction : deux fois, soit 5%.
- Le manque de temps : une fois, soit 2%.

Treize sages-femmes n'étaient pas à l'aise dans le dépistage et la prise en charge d'une femme enceinte dépendante, soit 31%. Les sages-femmes citaient surtout :

- Le manque de connaissance/ formation : trois fois, soit 7%.

- L'anamnèse difficile : deux fois, soit 5%.
- Le manque de temps : une fois, soit 2%.
- L'attitude de la patiente : une fois, soit 2%.
- Sages-femmes fumeuses : deux fois, soit 5%.

Les sages-femmes devaient ensuite indiquer si le type d'addiction rencontré influençait ou pas leur ressenti, ainsi que leur prise en charge, et pour quelle(s) raison(s). Au total, 18 sages-femmes avaient répondu « Oui » à cette question sur les 42 sages-femmes interrogées, soit 43%.

Concernant le type d'addiction :

- Les drogues : douze fois, soit 26%.
- L'alcool : six fois, 14%.
- Toutes les addictions : deux fois, soit 5%.

Par rapport aux raisons évoquées, on retrouvait :

- L'attitude de la patiente et le mensonge : trois fois, soit 7%.
- La méfiance : deux fois, 5%.
- Le manque de connaissance : une fois, soit 2%.
- L'histoire de la patiente et ses capacités à être mère : une fois, soit 2%.

Pour finir, les sages-femmes ont ajouté leurs impressions et leurs propositions sur la thématique abordée :

« Au-delà du dépistage, c'est bien les moyens de prise en charge et les traitements utilisables qui devraient faire partie de la formation initiale ».

« Pourquoi ne pas plutôt demander ce qu'elles savent en rapport avec leur consommation d'une substance ? La relation soignant/soigné gagnerait en confiance et en observance si nous partions de ce que le patient sait et de ce qu'il a à nous apporter ».

« Difficile d'aborder le sujet avec le couple surtout lors de l'admission ».

« Nous n'y sommes pas assez formées ».

« Il pourrait y avoir des formations au sein de l'hôpital pour une meilleure prise en charge ».

« Ma difficulté majeure se situe dans la prise en charge des femmes ne souhaitant pas modifier leurs habitudes et/ou qui ne souhaitent pas arrêter. Souvent les femmes mentent sciemment, minimisent, évitent, ont une attitude particulière essayant de faire preuve de bonne foi ».

« Dépistage sage-femme, mais l'orientation vers des experts bien formés est essentiel ».

PARTIE 3 : DISCUSSION

1. ANALYSE CRITIQUE DE L'ETUDE

1.1. POINTS FORTS

1.1.1. L'homogénéité de la population étudiée

Le panel de sages-femmes interrogées était large avec une répartition homogène dans les différentes classes d'âge allant de 24 à 62 ans. Les sages-femmes ayant le plus répondu au questionnaire étaient les [25-29] ans, soit 36% des sages-femmes participant à l'étude. Aussi, la formation sages-femmes a connu plusieurs réformes du diplôme d'état. Depuis 2002, la formation est accessible par l'intermédiaire de la première année commune aux études de santé, avec une durée de formation de cinq années. Les sages-femmes interrogées ont obtenu leur diplôme d'état au cours de différentes réformes de la formation, permettant d'obtenir les réponses de sages-femmes ayant eu une formation initiale différente.

1.1.2. Un sujet peu abordé

Les addictions, leur dépistage, et leur prise en charge sont des sujets d'actualités et fréquemment rencontrés par les sages-femmes au cours de l'exercice de leur profession. Toutes les sages-femmes interrogées ont été confrontées à une patiente fumeuse.

Les résultats de l'étude montrent que la thématique est très peu abordée, tant dans la formation initiale que dans la formation continue des sages-femmes. C'est un sujet à développer au cours de la formation des sages-femmes, afin d'optimiser le dépistage et la prise en charge des patientes dépendantes. Le but étant d'améliorer les pratiques professionnelles des sages-femmes à ce sujet. Toutefois, il est à noter que la réalisation d'une formation spécifique en tabacologie ou en addictologie soit nécessaire pour une meilleure prise en charge des femmes enceintes dépendantes.

1.2. POINTS FAIBLES

1.2.1. Le taux de participation

Le taux de participation à l'étude est en lien avec l'objectif de participation de 30% fixé au départ, mais reste relativement faible. Plusieurs freins peuvent en être la cause. Les addictions et la consommation de SPA sont des sujets tabous dans notre société. Les tabous sont encore plus présents lorsque l'on parle d'addictions pendant la grossesse, l'idée pouvant être inconcevable qu'une femme enceinte puisse être dépendante. Les sages-femmes ont peut-être été d'emblée gênées par le sujet de l'étude, ne les incitant pas à répondre au questionnaire.

De plus, la crise sanitaire mondiale présente sur le territoire français avec la propagation du coronavirus a énormément perturbé le fonctionnement des services hospitaliers et les habitudes de travail des équipes. Les sages-femmes devaient disposer de moins de temps et avoir d'autres préoccupations professionnelles limitant le taux de participation à l'étude.

Les questionnaires étaient mis à la disposition des sages-femmes dans de nombreux services du CHR, dont les services de consultations. Il est à noter que sur l'ensemble des réponses obtenues seulement deux sages-femmes exerçant dans les services de consultations ont participé à l'étude, soit 5% de participation. Le service de consultation obstétricale est pourtant en première ligne dans le dépistage et la prise en charge des addictions pendant la grossesse. Toutefois, les sages-femmes ayant une formation spécifique en tabacologie ou en addictologie étaient exclues de l'étude, les sages-femmes des services de consultations étaient peut-être d'avantage spécialisées sur cette thématique expliquant le faible taux de participation car elles n'étaient pas incluses dans l'étude.

1.2.2. L'évaluation des connaissances des sages-femmes

Certaines questions manquaient de précision, ce qui pouvait compliquer le choix des réponses. Dans le questionnaire proposé aux sages-femmes, le tabac était une des propositions de réponses à la question : « *Parmi les substances addictives suivantes, lesquelles passent la barrière placentaire ?* ». Le tabac n'est pas le responsable direct d'un passage par la barrière placentaire, mais le monoxyde de carbone présent dans la fumée de cigarette qui réalise un passage dans le sang maternel en cas de tabagisme actif ou passif.

De plus, à la question : « *Une consommation occasionnelle d'alcool au cours de la grossesse peut-elle être à l'origine d'un syndrome d'alcoolisation fœtal ?* », 15% des sages-femmes ont répondu « Non ». Cette question ne prenait pas en compte la fréquence et la quantité d'alcool consommée, et aurait nécessité d'avantages de précision. De plus, une consommation d'alcool pendant la grossesse n'a pas pour seule conséquence le SAF, mais également d'autres troubles liés à une alcoolisation fœtale.

Aussi, les facteurs de risques liés aux médicaments psychotropes et opioïdes faisaient partie de la même question à choix multiples. Les propositions pouvaient être vraies pour les deux types de médicaments, un seul, ou aucun. Cela peut également être source d'erreur pour les sages-femmes, il aurait été plus judicieux de réaliser une question à choix multiples par type de médicament.

Enfin, les facteurs de risques liés à une consommation de drogues au cours de la grossesse n'ont pas été abordés dans le questionnaire de l'étude, le nombre de question étant restreint pour limiter la longueur totale du questionnaire. Les connaissances des sages-femmes n'ont donc pas pu être évaluées à ce sujet.

2. ANALYSE DES RESULTATS

2.1. CONNAISSANCES DES SAGES-FEMMES AU SUJET DES ADDICTIONS

Concernant le tabagisme pendant la grossesse, les principaux facteurs de risques étaient le RCIU et la prématurité. Respectivement, seulement 38 et 33% des sages-femmes ont sélectionné ces critères, contre 95 et 89% pour le syndrome de sevrage et les difficultés d'adaptation à la vie extra-utérine. Il est à noter qu'un syndrome de sevrage peut être retrouvé chez le nouveau-né en cas de tabagisme actif important chez la mère. Son risque d'apparition est proportionnel au nombre de cigarettes consommées. De plus, un syndrome de sevrage liés au tabac ne présente pas les mêmes signes de gravité qu'en cas d'une dépendance aux opiacés comme l'héroïne. Il se manifeste surtout par une hyperexcitabilité transitoire. [3]

A propos du SAF, comme expliqué précédemment, la question « *Une consommation occasionnelle d'alcool au cours de la grossesse peut-elle être à l'origine d'un syndrome d'alcoolisation fœtal ?* » aurait nécessité d'avantages de précision pour une meilleure exploitation des réponses. Toutefois, 15% des sages-femmes avaient répondu « Non » à cette question, ce qui amène plusieurs suppositions. Pour les sages-femmes participant à l'étude, seule une consommation régulière d'alcool au cours de la grossesse peut avoir pour conséquence un SAF ? De plus, existe-t-il d'autres complications potentiellement liées à une consommation occasionnelle d'alcool pendant la grossesse pour les sages-femmes interrogées ? Le SAF n'étant pas la seule conséquence d'une consommation d'alcool pendant la grossesse, d'autres complications existent et sont regroupées dans l'ETCAF.

Aussi, les sages-femmes disposaient de bonnes connaissances sur les signes spécifiques du SAF. Parmi les différentes propositions à la question « *Le syndrome d'alcoolisation fœtal est responsable de* » la dysmorphie faciale a été sélectionnée par l'ensemble des sages-femmes et le handicap mental par 90% d'entre elles. Rappelons que le SAF est la première cause d'handicap mental d'origine non génétique. La microcéphalie et l'anomalie de la giration neuronale étaient aussi des caractéristiques du SAF, respectivement 86 et 60% des sages-femmes les avaient sélectionnés. [7,21]

Lors d'une dépendance aux médicaments psychotropes et/ou opioïdes un syndrome de sevrage à la naissance, et par conséquent des difficultés d'adaptation à la vie extra-utérine sont retrouvés dans la majorité des cas. On remarque que 90 et 95% des sages-femmes avaient sélectionné ces facteurs de risques dans le questionnaire. Aussi, plus de 90% des sages-femmes avaient connaissances que l'ensemble des SPA traversent la barrière placentaire, dont 100% d'entre elles pour l'alcool, les drogues, et les médicaments opioïdes. [18]

Toutefois, il est à noter que 29% des sages-femmes pensaient que le tabac et les médicaments psychotropes et/ou opioïdes étaient à l'origine de malformations. Seul l'alcool est responsable d'effets tératogènes et donc de malformations lors du développement fœtal. La cocaïne présente aussi un risque malformatif qui est dû à son puissant pouvoir vasoconstricteur. [21]

Aussi, le tabagisme est l'addiction la plus fréquemment rencontrée par les sages-femmes (100%), mais leurs connaissances sur les conséquences d'une consommation de tabac au cours de la grossesse pourraient être améliorées. Les sages-femmes connaissent certaines conséquences fœtales et néonatales liées à une consommation de SPA, mais leurs connaissances ne sont pas optimales pour toutes les addictions. De plus, par rapport aux différentes raisons évoquées dans les points faibles de l'étude, comme le manque de précision de certaines questions et l'absence de question sur les facteurs de risques liés aux drogues, **il n'est pas possible de vérifier l'hypothèse H2, « Les sages-femmes connaissent les effets des addictions sur le fœtus et le nouveau-né ».**

2.2. FORMATION DES SAGES-FEMMES

Les sages-femmes ont pour la grande majorité été sensibilisées aux addictions lors de leur formation initiale (79%), et grâce à leur expérience professionnelle (50%). En dehors de la formation initiale, les sources d'informations et de formation disponibles sont relativement faibles d'après les données recueillies. La formation continue des sages-femmes pourrait être largement plus développée, permettant de maintenir une continuité dans leur formation sur cette thématique, et davantage développer leurs connaissances.

Lors de la formation initiale, les risques fœtaux, néonataux, et obstétricaux liés aux addictions étaient les notions les plus abordées. Par contre, le dépistage et la prise en charge d'une consommation de SPA faisaient partie de la formation de seulement 37 et 34% des sages-femmes interrogées. **L'hypothèse H4, « Les sages-femmes ont une formation adaptée au dépistage et à la prise en charge des addictions grâce à leur formation initiale et à leur formation continue » peut donc être infirmée.**

La majorité des sages-femmes évoquait que leur formation initiale était trop générale et peu approfondie sur ce sujet, et parfois trop ancienne ce qui signifie que les addictions n'étaient pas ou peu abordées, comme l'indiquait l'une d'elle : « *Nous n'y sommes pas assez formées* ». La sage-femme a pourtant un rôle important en intervenant dans la prévention et le dépistage des addictions lors de la grossesse, mais aussi lors de la prise en charge des patientes en pluridisciplinarité avec les autres professionnels.

La formation continue pourrait être largement développée par des conférences, des Massive Open Online Course (MOOC), ou de la formation intra-hospitalière, comme le suggérait une sage-femme participant à l'étude : « *Il pourrait y avoir des formations au sein de l'hôpital pour une meilleure prise en charge* ». La formation initiale étant la principale source de formation des sages-femmes sur la thématique abordée, le dépistage et la prise en charge des addictions sont à approfondir et à développer lors de l'enseignement. Par conséquent, **l'hypothèse H5, « Les sages-femmes ont une prise en charge spécifique des différentes addictions telles que le tabac, l'alcool, les drogues, et les médicaments » peut être infirmée**, puisque les sages-femmes disposaient d'un manque de formation sur ce sujet ne leur permettant pas d'avoir une prise en charge propre à chaque addiction.

2.3. DEPISTAGE DES ADDICTIONS PAR LES SAGES-FEMMES

L'ensemble des sages-femmes participant à l'étude ont été confronté au moins une fois au cours de leur carrière à une patiente dépendante, toutes addictions confondues : tabac, alcool, drogues douces, drogues dures, médicaments opioïdes et psychotropes. Aussi, 100% des sages-femmes interrogées ont pris en charge une patiente dépendante au tabac, et 83% d'entre elles une patiente dépendante aux drogues. Les patientes dépendantes sont couramment rencontrées dans la pratique professionnelle des sages-femmes, ce qui permet de **vérifier l'hypothèse H1, « Les sages-femmes sont sensibilisées aux différentes addictions dans leur pratique professionnelle quotidienne »**.

Le tabagisme était la seule addiction dépistée systématiquement par l'ensemble des sages-femmes interrogées, suivi par l'alcoolisme dépisté par 98% des sages-femmes, et la dépendance aux drogues dépistée par 83% d'entre elles. Une dépendance aux médicaments psychotropes ou opioïdes était dépistée par seulement 52% des sages-femmes. **L'hypothèse H3, « Les sages-femmes dépistent systématiquement les addictions au tabac, à l'alcool, aux drogues, aux médicaments » est donc infirmée**. Il est à noter que 12% des sages-femmes déclaraient être en difficultés lors du dépistage des addictions, principalement parce qu'il s'agissait d'un sujet tabou et à cause de la formulation des questions.

Cependant, un dépistage réalisé en routine et une anamnèse bien construite permettaient à la majorité des sages-femmes (88%) de ne pas rencontrer d'obstacle dans l'abord des addictions lors de l'anamnèse. De plus, un tiers des sages-femmes (33%) déclarait avoir une (des) formulation(s) particulières pour dépister les addictions. Ces différentes formulations pourraient être d'avantage utilisée et mis en avant, afin d'optimiser le dépistage réalisé par chaque sage-femme. Le dépistage des addictions pourrait donc être nettement amélioré dans leur pratique professionnelle.

Aussi, les questionnaires ou auto-questionnaires permettant d'évaluer la dépendance à une SPA sont utilisables lors du dépistage. Il est à noter que 67% des sages-femmes connaissaient le test de Fagerström utilisé en cas de tabagisme, et 33% ne connaissaient aucun questionnaire proposé.

L'avis des sages-femmes par rapport à l'utilisation de ces dispositifs était plutôt mitigé. Pour la majorité d'entre elles, ces questionnaires n'étaient pas disponibles dans les services où elles exerçaient. De plus, leur pratique systématique lors du dépistage pouvait être compliquée. Les sages-femmes disposent en moyenne d'une vingtaine de minutes pour réaliser une consultation de suivi de grossesse, ce qui limite la possibilité d'utiliser ce type de dispositif. Par contre, l'entretien prénatal précoce se prête davantage à l'application de ces questionnaires et auto-questionnaires. Aussi, en présence d'une patiente présentant une barrière linguistique ou un illettrisme leur utilisation est impossible. Toutefois, 43% des sages-femmes les jugeaient utiles au dépistage des addictions. Les sages-femmes ayant des difficultés pour aborder les addictions au cours de l'anamnèse pourraient être aidées par ces questionnaires reconnus et recommandés par la HAS et le CNGOF, mais peu utilisés en pratique. [21,23]

2.4. PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS PAR LES SAGES-FEMMES

La prise en charge des addictions dépend d'un dépistage efficace, et d'une information des patientes sur les facteurs de risques liés aux addictions et les possibles conséquences sur la grossesse, le fœtus, le nouveau-né, et la santé de la patiente. Les sages-femmes informaient surtout les patientes sur les risques fœtaux et obstétricaux liés aux addictions, mais seulement 21% d'entre elles sur les risques médicaux. Aussi, 24% des sages-femmes informaient les femmes enceintes sur aucun facteur de risque lié aux addictions.

Une information claire sur l'ensemble des complications possibles liées à la consommation d'une SPA pendant la grossesse est recommandée, et peut permettre une prise de conscience de la patiente et l'encourager à prendre en charge sa dépendance. Dans le questionnaire d'étude, une sage-femme a émis une proposition : *« Pourquoi ne pas plutôt demander ce qu'elles savent en rapport avec leur consommation d'une substance ? La relation soignant/soigné gagnerait en confiance et en observance si nous partions de ce que le patient sait et de ce qu'il a à nous apporter »*. Cette façon de procéder est intéressante, et permet de donner un rôle actif à la patiente dès le début de sa prise en charge en établissant un dialogue avec la sage-femme. Le partage d'informations entre soignant et soigné favorise l'établissement d'une relation de confiance, propice à une meilleure prise en charge. [3,19,24]

Concernant les différents professionnels intervenant dans une équipe pluridisciplinaire pour la prise en charge des patientes dépendantes, la quasi-totalité des sages-femmes participant à l'étude avaient inclus le gynécologue obstétricien, la sage-femme, l'addictologue, et la psychologue. Certaines avaient également proposé la participation du médecin traitant, de la PMI, ou du pédiatre qui étaient également des acteurs essentiels dans la prise en charge et l'information des patientes consommatrices de SPA, ce qui amène à **confirmer l'hypothèse H6, « Les sages-femmes travaillent en pluridisciplinarité pour la prise en charge des addictions »**. [18,19,24,25]

3. PLACE DE LA SAGE-FEMME

3.1. RESSENTI DES SAGES-FEMMES FACE AUX ADDICTIONS

La majorité des sages-femmes participant à l'étude (62%) déclarait ne pas être à l'aise dans le dépistage et la prise en charge des patientes consommatrices de SPA. Parmi les différentes raisons évoquées, leur difficulté majeure était le manque de connaissance et de formation sur le sujet, déjà mis en évidence précédemment. D'après les données issues de l'étude, l'attitude de la patiente et le manque de temps pouvaient également rendre leurs pratiques professionnelles difficiles.

De plus, le type d'addiction rencontré influençait le ressenti et la prise en charge de 43% des sages-femmes. Il s'agissait majoritairement des drogues à 26%, suivi par l'alcool à 14%. Les sages-femmes étaient plus méfiantes face à une patiente consommatrice de drogues ou d'alcool. Elles déclaraient que ces patientes étaient d'avantage amenées à mentir et avaient une attitude particulière. Le tabac n'avait été cité par aucune sage-femme comme type d'addiction influençant leur ressenti et leur prise en charge des patientes. Cela confirme que le tabagisme est entré dans les normes de la société actuelle, devenu presque banal, contrairement à la consommation féminine de drogues ou d'alcool qui reste un sujet tabou. Il est à noter que les drogues sont des substances illicites, ce qui pourrait favoriser et être en lien avec la méfiance ressentie par les sages-femmes.

Cette méfiance pourrait avoir un impact sur le comportement de la sage-femme et jouer sur l'attitude de la femme enceinte consommatrice. La sage-femme n'étant pas à l'aise, la patiente pourrait être davantage amenée à mentir sur ses véritables consommations. Les patientes ont souvent tendance à minimiser leurs prises de SPA par peur du jugement, mais ont généralement conscience que leur addiction peut avoir des répercussions sur la grossesse. L'attitude de la sage-femme lors du dépistage doit favoriser un climat de confiance, pour permettre aux femmes enceintes dépendantes de s'exprimer librement sur leur addiction.

De plus, la sage-femme est avant tout un professionnel de santé, mais est aussi une personne à part entière avec son histoire, son vécu, et ses valeurs qui peuvent être consciemment ou inconsciemment heurtées par les propos des patientes consommatrices pouvant la mettre en difficulté : *« Ma difficulté majeure se situe dans la prise en charge des femmes ne souhaitant pas modifier leurs habitudes et/ou qui ne souhaitent pas arrêter. Souvent les femmes mentent sciemment, minimisent, évitent, ont une attitude particulière essayant de faire preuve de bonne foi »*.

3.2. LEURS PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Bien que la prise en charge d'une patiente dépendante soit plus aisée pour une sage-femme ayant une formation spécifique en tabacologie ou en addictologie, l'ensemble des sages-femmes devrait être capables de réaliser un repérage efficace d'une consommation de SPA. La patiente et son conjoint doivent également recevoir des informations sur les conséquences d'un tel usage : *« Des informations spécifiques sur les effets des drogues (y compris le tabac et l'alcool) pendant la grossesse doivent être systématiquement fournies à toutes les femmes identifiées comme ayant des consommations à risque. De même, les risques associés à l'usage paternel de substances psychoactives doivent être discutés »*. [18]

La grossesse est un moment favorable pour instaurer un dialogue avec la patiente et le couple, afin de réduire les risques, parler de leur mode de vie, et d'une éventuelle prise en charge de leur dépendance. La sage-femme devrait pouvoir présenter à la femme enceinte dépendante et à son conjoint les différentes modalités d'aides et de traitements possibles et réalisables : groupe de parole, psychothérapie, stabilisation des doses, diminution des doses, substitution, sevrage, abstinence, risque de rechute. [18,25]

Le but est de favoriser et d'instaurer une relation soignant/soigné basée sur l'échange et la confiance, afin de ne pas perdre de vue ces patientes. Elles nécessitent une prise en charge globale avec une réévaluation régulière des risques pour la grossesse, et de leur contexte socio-économique. Ce type de prise en charge nécessite un travail en réseau et en pluridisciplinarité entre le centre hospitalier, la PMI, le médecin traitant, les psychologues, et autres professionnels indispensables à un suivi sur le long de terme de la patiente, de son enfant, et de sa famille. [25]

3.3. ET APRES, COMMENT LES AMELIORER ?

Les affiches présentes dans les services hospitaliers ou les cabinets libéraux véhiculant des messages de prévention *« zéro tabac pendant la grossesse »*, *« vous buvez peu, il boit beaucoup »* sont connues de la population générale et des femmes enceintes.

Toutefois, les actions d'informations préventions comme « #moissanstabac » ou la Journée mondiale de sensibilisation au SAF pourraient être davantage mises en avant par les médias, afin de sensibiliser au maximum la population sur les addictions et leurs conséquences pendant la grossesse.

Le manque de temps disponible lors des consultations est un frein au repérage précoce des conduites addictives. L'entretien prénatal individuel réalisé par les sages-femmes intervient relativement tardivement au quatrième mois de grossesse, ce qui peut retarder un dépistage précoce et la mise en place d'une prise en charge au cours de la grossesse. De plus, toutes les patientes ne bénéficient pas de cet entretien. Il devrait être réalisé le plus tôt possible au cours de la grossesse et pour l'ensemble des femmes enceintes. [18]

Le contexte socio culturel joue sur un dépistage et une prise en charge efficace des addictions chez la femme enceinte. Les futures mères consommatrices sont souvent amenées à nier ou à minimiser leur véritable consommation de SPA. L'attitude de la sage-femme, son savoir-être et son discours jouent sur le sentiment de culpabilité de la patiente. De plus, les patientes présentant une barrière linguistique et usagères de SPA sont aussi plus compliquées à repérer et demande davantage de temps lors des consultations. [18,24]

De plus, la sage-femme ou les autres professionnels de santé interrogent les patientes sur leur consommation de SPA lors de l'anamnèse, mais n'utilisent pas forcément des formulations facilitant le repérage. Des formations spécifiques sur le repérage des consommations de SPA, avec les questions à poser et les conséquences possibles liées aux addictions pourraient améliorer le dépistage. Aussi, les questionnaires et auto-questionnaires pour évaluer la dépendance au tabac, à l'alcool, ou au cannabis sont peu connus par les sages-femmes, mais faciliteraient un repérage précoce et donc un dépistage efficace. [21,23]

CONCLUSION

De nos jours, la dépendance à une substance licite ou illicite est plus fréquemment retrouvée dans la population féminine, et par conséquent également lors de la grossesse. Les addictions au féminin sont régulièrement rencontrées dans la pratique professionnelle des sages-femmes hospitalières, notamment au sein du CHR de Metz-Thionville.

Les sages-femmes sont sensibilisées aux différentes addictions dans leur pratique professionnelle quotidienne. Leur connaissance sur les effets obstétricaux, fœtaux, et néonataux semble ne pas être suffisante et pourrait être améliorée. Une formation initiale et continue plus approfondie des sages-femmes hospitalières avec une mise à jour régulière de leurs connaissances leur permettrait de surmonter les difficultés rencontrées lors du repérage d'une dépendance. Ainsi, les dépendances seraient mieux dépistées et surtout dépistées de façon systématique. L'information sur les conséquences liées aux addictions et sur les modalités de prise en charge donnée aux patientes et aux couples serait ainsi plus aisée.

La sage-femme est bel et bien un acteur clé pour les patientes dépendantes puisqu'elle intervient lors de la prévention et l'information au sujet des addictions. Le suivi de grossesse et l'entretien prénatal individuel permettent un repérage précoce des conduites addictives et l'élaboration d'un climat de confiance, permettant à la patiente et au couple de s'exprimer et d'échanger avec la sage-femme à ce sujet. La sage-femme informe la patiente et son conjoint sur les possibilités de prise en charge et travaille en pluridisciplinarité avec d'autres professionnels nécessaires à un accompagnement global de la patiente, du couple, et de l'enfant à naître sur le long terme.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] L'Institut national de la santé et de la recherche médicale. Addictions du plaisir à la dépendance. [En ligne]. (Consulté le 4/09/2019) ; Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/addictions>
- [2] Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Usages de drogues et conséquences : quelles spécificités féminines ? [En ligne]. (Consulté le 4/09/2019) ; Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbx3.pdf>
- [3] Delcroix M. Conférence de consensus : Grossesse et tabac. 7-8 octobre 2004 ; Lille, France. Paris : Haute autorité de santé, Texte des recommandations ; 1-11.
- [4] Andler R, Cogordan C, Richard JB, et al. Baromètre santé 2017 Alcool et tabac consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse. Santé publique France. Septembre 2018 ; 1-9.
- [5] Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. BEH. Février 2019 [En ligne]. (Consulté le 12/10/2019) ; 5-6 [97-108]. Disponible sur : file:///C:/Users/karen/Downloads/185090_spf00000666.pdf
- [6] Pierrefiche O. Les niveaux de consommations d'alcool sont-ils les mêmes ? MAAD Digital. 2 mars 2018 [En ligne]. (Consulté le 4/09/2019) ; Disponible sur : <http://www.maad-digital.fr/en-bref/hommes-et-femmes-egalite-devant-lalcool>
- [7] Haute autorité de santé. Fiche mémo troubles causés par l'alcoolisation fœtale : repérage. Haute autorité de santé. Juillet 2013 ; 1-2.
- [8] Beck F. Vingt ans d'évolutions de l'usage de drogues en France, héritages et nouvelles transformations. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Vih.org. 14 décembre 2016 [En ligne]. (Consulté le 10/09/2019) ; Disponible sur : <https://vih.org/20161214/vingt-ans-devolutions-de-lusage-de-drogues-en-france-heritages-et-nouvelles-transformations/>
- [9] Guilbert K. Female drug users shun treatment for fear of losing children : U.N. 2015 June 26 [En ligne]. (Consulté le 7/09/2019) ; Disponible sur : <https://www.respadd.org/femmes-et-addictions/>
- [10] Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Synthèse thématique : cannabis. [En ligne]. (Consulté le 9/09/2019) ; Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/cannabis/>
- [11] Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Drogues, Chiffres clés. Juin 2019. [En ligne]. (Consulté le 9/09/2019) ; Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DCC2019.pdf>
- [12] Camh. La cocaïne. [En ligne]. (Consulté le 9/09/2019) ; Disponible sur : <https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/la-cocaine>
- [13] Centre de référence sur les agents tératogènes. Ecstasy = méthylène dioxyméthamphétamine (MDMA). Juin 2018. [En ligne]. (Consulté le 9/09/2019) ; Disponible sur : https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=483

- [14] Drogues info service. Héroïne. [En ligne]. (Consulté le 4/09/2019) ; Disponible sur : <http://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Le-dico-des-drogues/Heroine#.XairH-gzY2x>
- [15] Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Synthèse thématique : médicaments psychotropes. [En ligne]. (Consulté le 4/09/2019) ; Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/medicaments-psychotropes/>
- [16] Berney P. Psychotropes et grossesse. Unité de psychopharmacologie clinique. Hopitaux universitaires de Genève. 2014 ; 22-4.
- [17] Monzon E. Etat des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Février 2019 ; 1-40.
- [18] Whittaker A. Guide concernant l'usage des substances psychoactives durant la grossesse. Réseau de prévention des addictions. Juin 2013 ; 1-340.
- [19] Université Médicale Virtuelle Francophone. Prévention des risques fœtaux – Toxicomanie et grossesse. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. 2011 ; 1-17.
- [20] Haute autorité de santé. Recommandations de bonne pratique. Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement. [En ligne]. (Consulté le : 12/10/2019) ; Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-04/grossesses_a_risque_-_argumentaire.pdf
- [21] Vandendriesche D, Ait-Menguelet S, Auguet P, et al. Alcool et grossesse. Collège nationale des gynécologues obstétriciens français. 2003 ; 1-28.
- [22] Collège nationale des gynécologues obstétriciens français. Tabagisme et femmes enceintes. [En ligne]. (Consulté le 10/02/2019) ; Disponible sur : [file:///C:/Users/karen/Downloads/Tabagisme_et_femmes_enceintes%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/karen/Downloads/Tabagisme_et_femmes_enceintes%20(5).pdf)
- [23] Haute autorité de santé. Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. [En ligne]. (Consulté le 13/10/2019) ; Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_rpip_v2.pdf
- [24] Anglade C, Bicheron F, Bloch J, et al. Alcool et grossesse, parlons en Guide à l'usage des professionnels. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Juin 2011 ; 1-48.
- [25] Franchitto MC, Peyrefort E, Tellier G. Toxicomanie, femmes enceintes et maternité : une nécessaire évolution de la prise en charge. Cirdd alsace. [En ligne]. (Consulté le 10/02/2019) ; Disponible sur : http://www.cirddalsace.fr/docs/revue_toxibase/pdf/dossier_mater.pdf
- [26] Santé publique France. Alcool et grossesse : des Français de plus en plus conscients des risques, mais la vigilance reste de mise. [En ligne]. (Consulté le : 13/09/2019) ; Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2017/alcool-et-grossesse-des-francais-de-plus-en-plus-conscients-des-risques-mais-la-vigilance-reste-de-mise>

[27] Bocquet V, Moreau C. Journée mondiale de lutte contre le Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF) « Opération Virgin Mojito » en Lorraine. Grand-Est agence régionale de santé. Septembre 2019 ; 1-2.

[28] Santé publique France. Dossier de presse #moissanstabac. Santé publique France. Octobre 2018 ; 1-12.

ANNEXES

ANNEXE I : diagrammes représentant la part des usagers développant une dépendance à la substance qu'ils consomment. Institut national de la santé et de la recherche médicale. 2014.

ANNEXE II : Photos représentant le cerveau d'un fœtus normal et le cerveau d'un fœtus atteint d'un syndrome d'alcoolisation fœtale.

ANNEXE III : Tableau représentant le score de Finnegan utilisé chez le nouveau-né afin d'évaluer l'apparition d'un syndrome de sevrage. Société canadienne de pédiatrie. 2018.

ANNEXE IV : Tableau récapitulatif des caractéristiques du syndrome d'alcoolisation fœtale. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. 2003.

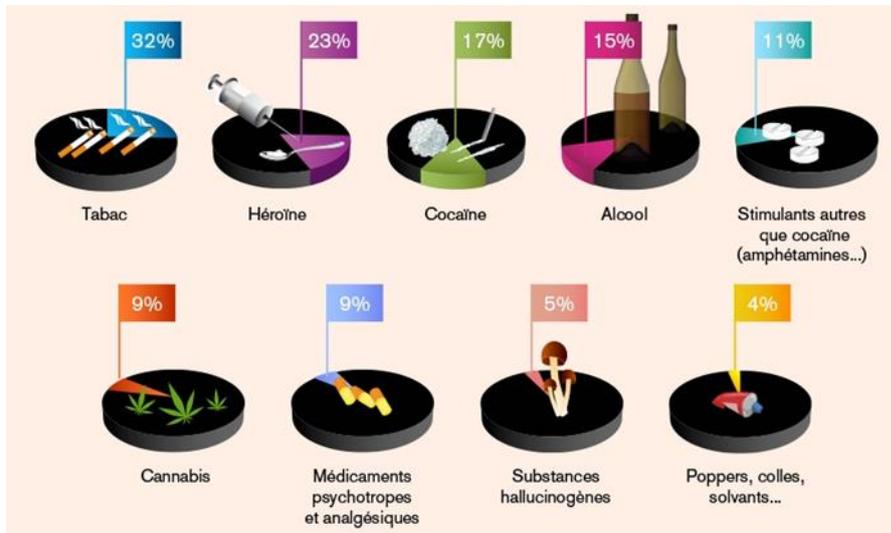
ANNEXE V : Tableau représentant le questionnaire de Fagerström qui évalue la dépendance chimique à la nicotine. Tabac info service. 2012.

ANNEXE VI : Tableau représentant le questionnaire FACE qui permet un repérage des consommations problématiques d'alcool chez l'homme et la femme. Alcool médicaments addiction. 2018.

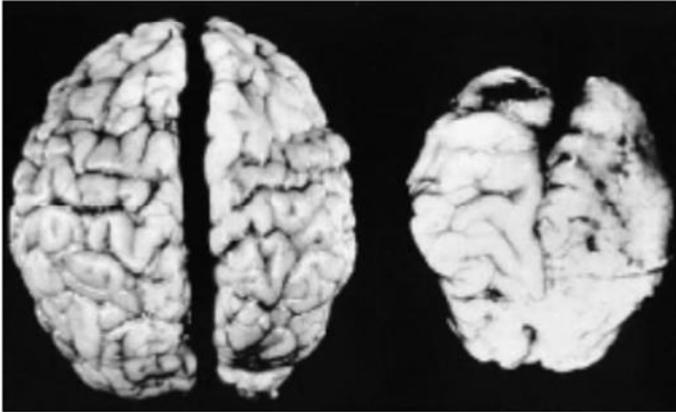
ANNEXE VII : Tableau représentant l'auto-questionnaire AUDIT concernant le dépistage d'une consommation d'alcool à risque chez l'homme et la femme.

ANNEXE VIII : Questionnaire de l'étude

ANNEXE I : Diagrammes représentant la part des usagers développant une dépendance à la substance qu'ils consomment. Institut national de la santé et de la recherche médicale. 2014.



ANNEXE II : Photos représentant le cerveau d'un fœtus normal et le cerveau d'un fœtus atteint d'un syndrome d'alcoolisation fœtale.



Normal

SAF

ANNEXE III : Tableau représentant le score de Finnegan utilisé chez le nouveau-né afin d'évaluer l'apparition d'un syndrome de sevrage. Société canadienne de pédiatrie. 2018.

MODÈLE DE SYSTÈME DE MESURE DU SCORE D'ABSTINENCE NÉONATALE						
SYSTÈME	SIGNES ET SYMPTÔMES	SCORE	AVANT-MIDI	APRÈS-MIDI	COMMENTAIRES	
TROUBLES DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL	Cri aigu (ou autre) excessif, < 5 minutes	2			Poids quotidien	
	Cri aigu (ou autre) continu, > 5 minutes	3				
	Sommeil de <1 heure après le boire	3				
	Sommeil de <2 heures après le boire	2				
	Sommeil de <3 heures après le boire	1				
	Réflexe de Moro hyperactif	2				
	Réflexe de Moro très hyperactif	3				
	Tremulations légères provoquées	1				
	Tremulations modérées à graves provoquées	2				
	Tremulations légères non provoquées	3				
TROUBLES MÉTABOLIQUES, VASOMOTEURS, RESPIRATOIRES	Tremulations modérées à graves non provoquées	4				
	Hypertonie	2				
	Excoriations (région précée)	1				
	Mouvements myocloniques	3				
	Convulsions généralisées	5				
	Transpiration	1				
	Fièvre de 38 °C à 38,3 °C	1				
	Fièvre > 38,3 °C	2				
	Bâillements fréquents (>3 à 4 fois par intervalle)	1				
	Marbrures	1				
TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX	Encombrement nasal	1				
	Éternuements (>3 à 4 fois par intervalle)	1				
	Battement des ailes du nez	2				
	Fréquence respiratoire >60/min	1				
	Fréquence respiratoire >60/min avec tirage	2				
	Succion excessive	1				
TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX	Difficultés d'alimentation	2				
	Régurgitation	2				
	Vomissement en jet	3				
	Selles molles	2				
	Selles aqueuses	3				
SCORE TOTAL						
INITIALES DE L'ÉVALUATEUR						

**ANNEXE IV : Tableau récapitulatif des caractéristiques du syndrome d'alcoolisation fœtale.
Collège national des gynécologues et obstétriciens français. 2003.**

<p>1. La dysmorphie cranio-faciale</p> <p>Espace naso-labial allongé, philtrum convexe, lèvre supérieure fine Nez hypoplasique, ensellure accentuée Ptosis de la paupière supérieure, élévation permanente des sourcils Fentes oculaires étroites (hauteur et largeur), épicanthus, hypertélorisme Hypoplasie de la mâchoire inférieure, microrétrognathisme</p>
<p>2. Le retard de croissance (♂ poids 70 à 120 g à partir de 2 verres/j)</p> <p>Harmonieux mais touche principalement les os longs Périmètre crânien diminué, microcéphalie dans les formes graves</p>
<p>3. Les malformations</p> <p><i>Système nerveux</i> : myéломéningocèles, agénésies du corps calleux, hétérotopies <i>Système ostéo-articulaire</i> : luxations congénitales de hanche, synostoses radio-cubitales (caractéristique), scoliozes, déformation des doigts, atrophies musculaires <i>Anomalies faciales</i> : fentes labiales et/ou palatines, palais ogival, malpositions dentaires <i>Anomalies du tégument</i> : angiomes tubéreux, hirsutisme <i>Anomalies cardiaques</i> : CIV et CIA principalement (en général bien tolérées) <i>Anomalies oculaires</i> : microphthalmie, cataracte, microcornée, myopie, hypermétropie, strabismes, ptosis des paupières <i>Anomalies de l'oreille</i> : implantation basse, anomalies du pavillon, surdités de perception <i>Système génito-urinaire</i> : hypospadias, anomalies rénales</p>
<p>4. Le retard mental et les troubles du comportement</p> <p>Syndrome d'imprégnation néonatal puis syndrome de sevrage Hypotonie et troubles de la motricité (petite enfance) Instabilité psychomotrice, troubles de l'attention, du sommeil (enfance) Anomalies de la motricité fine, troubles du langage, de l'audition Diminution du QI : 7 points à 4 ans, doublement du nombre de QI < 80 Retard mental sévère dans les formes les plus graves</p>

ANNEXE V : Tableau représentant le questionnaire de Fagerström qui évalue la dépendance chimique à la nicotine. Tabac info service. 2012.



ÉVALUATION DE LA DÉPENDANCE CHIMIQUE À LA NICOTINE :
QUESTIONNAIRE DE FAGERSTRÖM

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 premières minutes	3
	Entre 6 et 30 minutes	2
	Entre 31 et 60 minutes	1
	Après 60 minutes	0
Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui	1
	Non	0
À quelle cigarette de la journée renonceriez-vous le plus difficilement ?	La première le matin	1
	N'importe quelle autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	Oui	1
	Non	0
Fumez-vous lorsque vous êtes malade, au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	Oui	1
	Non	0
Total		

ANNEXE VI : Tableau représentant le questionnaire FACE qui permet un repérage des consommations problématiques d'alcool chez l'homme et la femme. Alcool médicaments addiction. 2018.

FACE

Repérage des consommations problématiques d'alcool en médecine générale

Les cinq questions qui suivent doivent être de préférence posées sans reformulation, et cotées selon les réponses spontanées des patients.
En cas d'hésitation, proposer les modalités de réponses, en demandant de choisir « la réponse la plus proche de la réalité ».
Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois.

	Score
1 A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ? Jamais <input type="checkbox"/> 0 une fois par mois ou moins <input type="checkbox"/> 1 2 à 4 fois par mois <input type="checkbox"/> 2 2 à 3 fois par semaine <input type="checkbox"/> 3 4 fois ou plus par semaine <input type="checkbox"/> 4	
2 Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ? Un ou deux <input type="checkbox"/> 0 trois ou quatre <input type="checkbox"/> 1 cinq ou six <input type="checkbox"/> 2 sept à neuf <input type="checkbox"/> 3 dix ou plus <input type="checkbox"/> 4	
3 Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ? Non <input type="checkbox"/> 0 oui <input type="checkbox"/> 4	
4 Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ? Non <input type="checkbox"/> 0 oui <input type="checkbox"/> 4	
5 Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ? Non <input type="checkbox"/> 0 oui <input type="checkbox"/> 4	
TOTAL	

Interprétation : Date : ___ / ___ / ___

- ⊕ Pour les femmes, un score supérieur ou égal à 4 indique une consommation à risque.
- ⊕ Pour les hommes, un score supérieur ou égal à 5 indique une consommation à risque.
- ⊕ Un score supérieur ou égal à 9 est, dans les deux sexes, en faveur d'une dépendance.

Entre ces deux seuils, une « intervention brève » (conseil structuré de réduction de la consommation) est indiquée.

Photocopier autant que nécessaire.

ANNEXE VII : Tableau représentant l'auto-questionnaire AUDIT concernant le dépistage d'une consommation d'alcool à risque chez l'homme et la femme.

Questionnaire AUDIT

	0	1	2	3	4	Score de la ligne
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	Jamais	Au moins 1 fois par mois	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	Au moins 4 fois par semaine	
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus	
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous avez commencé ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	
10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	

ANNEXE VIII : Questionnaire de l'étude

Je suis Karen BUSCH, étudiante sage-femme en 5^{ème} année à l'école de sage-femme de Metz. Je réalise mon mémoire de fin d'étude sur le thème de grossesse et addictions (tabac, alcool, drogues, et médicaments). Pour cela, j'effectue un état des lieux des connaissances des sages-femmes hospitalières du CHR de Metz-Thionville sur les addictions, ainsi que sur leur dépistage et leur prise en charge au cours de la grossesse. La problématique de l'étude est « En quoi la connaissance des sages-femmes hospitalières sur les effets obstétricaux, fœtaux et néonataux des addictions impacte sur les pratiques professionnelles de dépistage et de prise en charge des femmes enceintes consommatrices ? ».

Toutes les sages-femmes hospitalières sont incluses dans cette étude, à l'exception des sages-femmes hospitalières ayant une formation spécifique en addictologie ou en tabacologie. Les questionnaires sont anonymes et toutes les données recueillies seront détruites après l'analyse et la publication des résultats.

Je vous remercie par avance de participer au questionnaire me permettant ainsi d'obtenir les informations nécessaires à la réalisation de mon mémoire.

Questions concernant votre parcours professionnel :

1. Quel âge avez-vous ?
2. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état de sage-femme ?
3. Dans quel(s) service(s) travaillez-vous actuellement ?
4. Avez-vous déjà pris en charge une patiente présentant une ou des addiction(s) ?
(Plusieurs réponses sont possibles)
 - Tabac
 - Alcool
 - Drogues : la (les) quelle(s) :
 - Médicaments opioïdes
 - Médicaments psychotropes
 - Aucune

Questions concernant les connaissances des sages-femmes sur les addictions :

5. Selon vous, la consommation de tabac au cours de la grossesse augmente le risque de survenue de : (Plusieurs réponses sont possibles)
 - Retard de croissance intra utérin
 - Grossesse extra utérine
 - Syndrome de sevrage
 - Prématurité
 - Rupture prématurée des membranes

6. Parmi les substances addictives suivantes, lesquelles passent la barrière placentaire :
(Plusieurs réponses sont possibles)
- Tabac
 - Alcool
 - Drogues
 - Médicaments psychotropes
 - Médicaments morphiniques
7. La consommation de médicaments psychotropes (benzodiazépines ou anxiolytiques) et/ou morphiniques au cours de la grossesse peut être à l'origine de :
(Plusieurs réponses sont possibles)
- Syndrome de sevrage
 - Difficultés d'adaptation à la vie extra utérine
 - Prématurité
 - Malformations : la (les) quelle(s)
 - Retard de croissance intra-utérin
8. Une consommation occasionnelle d'alcool au cours de la grossesse peut-elle être à l'origine d'un syndrome d'alcoolisation fœtal ?
- Oui
 - Non
9. Le syndrome d'alcoolisation fœtal est responsable de : (Plusieurs réponses sont possibles)
- Dysmorphie faciale
 - Anomalie de la giration neuronale
 - Calcification intracrânienne
 - Microcéphalie
 - Handicap mental

Questions concernant le dépistage des addictions par les sages-femmes :

10. Au cours d'une consultation de suivi de grossesse ou aux UGO, quelles addictions dépistez-vous systématiquement ? (Plusieurs réponses sont possibles)
- Tabac
 - Alcool
 - Drogues
 - Médicaments
 - Aucune
11. Avez-vous des difficultés pour aborder les addictions au cours de l'anamnèse ?
- Oui
 - Non
12. Si vous avez répondu « oui » à la question 11, pour quelle(s) raison(s) avez-vous des difficultés pour aborder les addictions au cours de l'anamnèse ? (Plusieurs réponses sont possibles)
- Manque de temps
 - Sujet tabou
 - Formulation des questions
 - Réaction(s) de la patiente
 - Autres :
 -

13. Si vous avez répondu « non » à la question 11, pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas de difficultés pour aborder les addictions au cours de l'anamnèse ? *(Plusieurs réponses sont possibles)*

- Vous êtes à l'aise avec le sujet
 - Grâce à la trame de votre anamnèse
 - Grâce à la (aux) formulation(s) que vous utilisez
 - Interrogatoire systématique des patientes
 - Autres :
-

14. Avez-vous une (des) approche(s) ou une (des) formulation(s) particulière(s) au cours de l'anamnèse pour dépister les addictions ?

- Oui
- Non

Si oui, la(les) quelle(s) ?

.....

15. Connaissez-vous les questionnaires ou auto-questionnaires cités ci-dessous permettant de repérer et d'évaluer une dépendance à une substance psychoactive ? *(Plusieurs réponses sont possibles)*

- Fagerström (dépendance au tabac)
- CAST (dépendance au cannabis)
- FACE (dépendance à l'alcool)
- T-ACE (dépendance à l'alcool)
- AUDIT (dépendance à l'alcool)
- Aucun
- Autres questionnaires :

16. Selon vous, l'utilisation de questionnaires ou auto-questionnaire lors du dépistage des addictions est :

(Plusieurs réponses sont possibles)

- Utile au dépistage et à la mise en place d'une prise en charge adaptée
 - Intéressante
 - Chronophage
 - Non disponible en services
 - Difficilement utilisable de manière systématique
 - Autres :
-

Questions concernant la formation des sages-femmes sur le dépistage et la prise en charge des addictions :

17. Dans quel(s) cadre(s) avez-vous obtenue des informations concernant le dépistage et la prise en charge des addictions chez la femme enceinte ? *(Plusieurs réponses sont possibles)*

- Formation initiale
- Développement professionnel continu (DPC)
- Littérature ou revue(s)
- Conférence(s)
- Expérience professionnelle
- Autres :

18. Lors de votre formation initiale, quelles notions étaient abordées concernant les addictions au cours de la grossesse ? (*Plusieurs réponses sont possibles*)
- Risques obstétricaux liés aux addictions
 - Risques fœtaux liés aux addictions
 - Risques néonataux liés aux addictions
 - Le dépistage des addictions
 - La (les) prise(s) en charge des différentes addictions
 - Aucune
 - Autres :

.....

19. Estimez-vous que votre formation initiale soit suffisante pour réaliser un dépistage et une prise en charge efficace des addictions chez la femme enceinte ?
- Oui
 - Non
- Si non pour quelle(s) raison(s) ?

.....

Questions concernant la prise en charge des addictions par les sages-femmes :

20. Informez-vous systématiquement une patiente présentant une (des) addiction(s) des risques suivants :
- (*Plusieurs réponses sont possibles*)

- Médicaux
- Obstétricaux
- Fœtaux
- Néonataux
- Aucun

21. Selon vous, lors de la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire pour la prise en charge d'une femme enceinte consommatrice de substance(s) psychoactive(s), quels professionnels peuvent intervenir ? (*Plusieurs réponses sont possibles*)

- Gynécologue obstétricien
- Sage-femme
- Addictologue
- Psychologue
- Assistante sociale
- Autres :

.....

22. Etes-vous à l'aise dans le dépistage et la prise en charge d'une femme enceinte présentant une ou des addictions ? Pour quelle(s) raison(s) ?

.....

.....

23. Le type d'addiction rencontré influence t'il votre ressenti (doute, empathie, incompréhension, accompagnement, méfiance, soutien, etc.) et votre prise en charge vis-à-vis de la patiente ?

Oui

Non

Si oui, concernant quel(s) type(s) d'addiction(s) et pourquoi ?

.....

.....

24. Pour finir, avez-vous quelque chose à ajouter concernant le sujet abordé ?

.....

.....

Merci pour l'attention que vous avez porté à ce questionnaire.

Grossesse et addictions : tabac, alcool, drogues, et médicaments

Etude épidémiologique observationnelle descriptive monocentrique réalisée auprès de 42 sages-femmes hospitalières du CHR de Metz-Thionville de Janvier à Mars 2020

RESUME :

Introduction : La grossesse d'une patiente consommatrice de substances psychoactives est considérée comme à risque par la Haute Autorité de Santé (HAS). Des conséquences existent sur la santé de la mère, du fœtus, du nouveau-né. La sage-femme intervient lors de la prévention, du dépistage, et de la prise en charge (PEC) des addictions. En quoi la connaissance des sages-femmes hospitalières sur les effets obstétricaux, fœtaux et néonataux des addictions impacte sur les pratiques professionnelles de dépistage et de PEC des femmes enceintes consommatrices ? L'objectif principal de l'étude était de faire un état des lieux des connaissances et des pratiques professionnelles des sages-femmes hospitalières du CHR de Metz-Thionville sur les addictions et la grossesse.

Méthode : Il s'agissait d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive monocentrique quantitative portant sur l'analyse des pratiques professionnelles des sages-femmes hospitalières sur le dépistage et la PEC des femmes enceintes dépendantes réalisée à l'aide de questionnaires anonymes. Elle s'est déroulée au CHR de Metz-Thionville de Janvier à Mars 2020.

Résultats : Au total, 42 sages-femmes ont participé à l'étude, et ont toutes été confrontées aux addictions dans leurs pratiques professionnelles. De plus, 29% des sages-femmes pensaient que le tabac, les médicaments opioïdes, et les psychotropes étaient responsables de malformations. Le tabagisme était la seule addiction dépistée systématiquement par l'ensemble des sages-femmes et 24% d'entre elles n'informaient pas les femmes enceintes sur les dangers liés aux addictions.

Conclusion : Les connaissances et les pratiques professionnelles des sages-femmes au sujet des addictions sont à approfondir. Le dépistage et la PEC des addictions seraient à développer lors de la formation initiale et par des formations complémentaires, afin de promouvoir la prévention et le dépistage des addictions pendant la grossesse.

MOTS CLES : sage-femme, grossesse, addictions, dépistage, prise en charge

ABSTRACT :

Introduction : This research report deals with addictions to tobacco, alcohol, drugs, or medication during pregnancy. Addictions have consequences for pregnancy, the fetus, and the newborn. The midwife performs screening and patient management for dependent pregnant women. My goal was to question the knowledge midwives on the consequences of addictions during pregnancy and their professional practices.

Methods : This was an observational, descriptive, monocentric quantitative epidemiological study on the analysis of the professional practices midwives on the screening and patient management of dependent pregnant women. I created a questionnaire to interview midwives. The study took place in hospitals in Metz and Thionville from January to March 2020.

Results : I inquired into this with forty two midwives. They have all been confronted with addictions in their professional practices. Twenty nine percent of midwives thought that tobacco, opioid drugs, and psychotropic drugs were responsible for fetal abnormalities. Smoking was the only addiction routinely screened by midwives. Twenty four percent of midwives did not educate pregnant women about the dangers of addictions during pregnancy.

Conclusion : My research taught me that the knowledge and professional practices of midwives about addictions need to be improved. The screening and patient management of addictions should be developed during midwife study and professional training. The goal is to improve the prevention and addictions screening during pregnancy.

KEY WORDS : midwife, pregnancy, addictions, screening, patient management