naître
en languedoc roussillon

Périnatalité et Addictions en Languedoc-Roussillon

Etat des lieux de l'existant et des besoins

Décembre 2009

Santé Publique
Groupement Régional
GRSP
Languedoc-Roussillon

Cet état des lieux a été rédigé par :

- Corinne CHANAL, sage-femme référente « périnatalité et addictions » au sein du réseau périnatal Naître et Grandir en LR.
- Gisèle CRIBALLET, Coordinatrice médicale du réseau périnatal Naître et Grandir en LR.
- Cécile BONIFACE, Coordinatrice administrative du réseau périnatal Naître et Grandir en LR.

Remerciements :

- à toutes les cadres sages-femmes des maternités de la région
- aux statisticiens des CPAM du Gard, de Béziers-Saint Pons, des Pyrénées Orientales, de Montpellier, de l'Aude
- à Inca Ruiz de l'ORS
- au groupe régional de pilotage « périnatalité et addictions »
- à tous les participants aux réunions que nous avons organisées.

SOMMAIRE

SOMMAIRE ____ *3*

1. INTRODUCTION A LA PROBLEMATIQUE ____ *6*

2. ESTIMATION QUANTITATIVE REGIONALE ____ *7*

3. DESCRIPTION DES ACTIONS « PERINATALITE ET ADDICTIONS » DU RESEAU PERINATAL REGIONAL « NAITRE ET GRANDIR EN LANGUEDOC ROUSSILLON » ____ *11*

3.1. Référentiels de connaissances « Périnatalité et addictions » ____ *11*

- Objectifs : ____ 11
- Méthode : ____ 12
- Résultat : ____ 12

3.2. Fiches techniques de conduites à tenir "grossesse et addictions" ____ *12*

- Objectifs : ____ 12
- Méthode : ____ 12
- Résultats : ____ 12

3.3. Actions de prévention tabagisme chez les femmes enceintes ____ *13*

3.4. Réunions délocalisées « Périnatalité et addictions » ____ *13*

- Objectifs : ____ 13
- Méthode : ____ 13
- Résultats : ____ 14

3.5. Enquêtes auprès des cadres sages-femmes ____ *15*

- Objectifs : ____ 15
- Méthode : ____ 15
- Résultats : ____ 15

3.6. Une politique de communication ____ *16*

3.6.1. Conférences locales, régionales et nationales ____ 16
3.6.2. Transmissions et centralisation des informations ____ 17
3.6.3. Collaboration avec le site Internet « perinat-france.org » ____ 18

3.7. Actions auprès des médecins généralistes ____ *19*

3.7.1. Enquête sur leurs pratiques autour de la grossesse ____ 19
3.7.2. Réunions de sensibilisation aux facteurs de risques pendant la grossesse ____ 20

4. ETAT DES LIEUX PAR BASSIN DE NAISSANCE ____ *21*

4.1. PERPIGNAN ____ *22*

4.1.1. Etat des lieux quantitatif ____ 22
4.1.2. Descriptif des prises en charge par maternité ____ 23
4.1.3. Besoins et avancées 2008-2009 ____ 24
4.1.4. Synthèse par bassin de naissance et perspectives locales ____ 25

4.2. NARBONNE ____ *27*

4.2.1. Etat des lieux quantitatif ____ 27
4.2.2. Descriptif des prises en charge par maternité ____ 28
4.2.3. Besoins et avancées 2008-2009 ____ 29
4.2.4. Synthèse par bassin de naissance et perspectives locales ____ 30

4.3. CARCASSONNE ____ *31*

4.3.1. Etat des lieux quantitatif ____ 31
4.3.2. Descriptif des prises en charge par maternité ____ 32
4.3.3. Besoins et avancées 2008-2009 ____ 33
4.3.4. Synthèse par bassin de naissance et perspectives locales ____ 34

4.4. BÉZIERS ____ *36*

4.4.1. Etat des lieux quantitatif ____ 36

4.4.2. Descriptif des prises en charge par maternité 37
4.4.3. Besoins et avancées 2008-2009 38
4.4.4. Synthèse par bassin de naissance et perspectives locales 39

4.5. SÈTE 41
4.5.1. Etat des lieux quantitatif 41
.4.5.2. Descriptif des prises en charge par maternité 41
4.5.2. Descriptif des prises en charge par maternité 42
4.5.3. Besoins et avancées 2008-2009 42
4.5.4. Synthèse par bassin de naissance et perspectives locales 43
locales 43

4.6. MONTPELLIER 44
4.6.1. Etat des lieux quantitatif 44
4.6.2. Descriptif des prises en charge par maternité 45
4.6.3. Besoins et avancées 2008-2009 46
4.6.4. Synthèse par bassin de naissance et perspectives locales 47

4.7. GANGES 48
4.7.1. Etat des lieux quantitatif 48
4.7.2. Descriptif des prises en charge par maternité 49
4.7.3. Besoins et avancées 2008-2009 49
4.7.4. Synthèse par bassin de naissance et perspectives locales 50

4.8. NÎMES 51
4.8.1. Etat des lieux quantitatif 51
4.8.2. Descriptif des prises en charge par maternité 52
4.8.3. Besoins et avancées 2008-2009 53
4.8.4. Synthèse par bassin de naissance et perspectives locales 54

4.9. BAGNOLS SUR CÈZE 56
4.9.1. Etat des lieux quantitatif 56
4.9.2. Descriptif des prises en charge par maternité 57
4.9.3. Besoins et avancées 2008-2009 57
4.9.4. Synthèse par bassin de naissance et perspectives locales 58

4.10. ALES 60
4.10.1. Etat des lieux quantitatif 60
4.10.2. Descriptif des prises en charge par maternité 61
4.10.3. Besoins et avancées 2008-2009 62
4.10.4. Synthèse par bassin de naissance et perspectives locales 62

4.11. MENDE 63
4.11.1. Etat des lieux quantitatif 63
4.11.2. Descriptif des prises en charge par maternité 63
4.11.3. Besoins et avancées 2008-2009 64
4.11.4. Synthèse par bassin de naissance et perspectives locales 64

5. BILAN ET PERSPECTIVES REGIONALES 66

5.1. Repérage des patientes addictives 66
5.1.1. Bilan 66
5.1.2. Perspectives 66

5.2 Les formations 67
5.2.1 Bilan 67
5.2.2 Perspectives 68

5.3. Dynamique des réseaux de proximité 69
5.3.1 Bilan 69
5.3.2 Perspectives 70

5.4. Une coordination régionale 71

5.5. Hospitalisation mère-enfant et hébergement 71
5.5.1 Bilan 71

5.5.2 Perspectives ____ 71

5.6. Les outils demandés par les maternités ____ 72

5.6.1 Bilan ____ 72

5.6.2 Perpectives ____ 72

5.7. Le suivi des enfants et des familles ____ 72

5.7.1 Bilan ____ 72

5.7.2 Perspectives ____ 73

ANNEXES ____ 74

Annexe 1 – Cartographie de l'équipement médico-social en addictologie et des maternités en Languedoc-Roussillon ____ 74

Annexe 2 – Orientations ministérielles ____ 75

Annexe 3 – Bilan des participations aux réunions délocalisées par catégorie professionnelle ____ 77

Annexe 4 – Evaluation de la réunion délocalisée à Narbonne ____ 80

Annexe 5 – Compte-rendu de la réunion délocalisée à Narbonne ____ 81

Annexe 6 – Le site www.perinat-france.org ____ 86

Annexe 7 – La fiche de recueil de données en suites de couches ____ 91

Annexe 8 – Captures d'images DCPI ____ 92

Annexe 9 – Deux exemples de fiche de poste de Sage-femme coordinatrice ____ 93

Annexe 10 – Quelle place du repérage des addictions dans les dossiers obstétrico-pédiatriques ? ____ 96

1. INTRODUCTION A LA PROBLEMATIQUE

La région Languedoc-Roussillon se situe dans le peloton de tête des comportements addictifs.
Cependant elle est très impliquée dans la prise en charge des femmes enceintes addictives depuis 15 ans.

Si l'on s'intéresse à cette prise en charge en addictologie dans la région Languedoc-Roussillon, on peut constater que la cartographie de l'équipement médico-social en addictologie (CSAPA, CAARUD, équipes de liaison et de soin en addictologie (ELSA)) est superposable à celle des établissements de naissance (***cf. Annexe 1***).
La pertinence de la répartition des antennes et des consultations avancées de ces structures en addictologie n'est cependant pas évaluée.

Le repérage en périnatalité répond à 3 objectifs qui cumulent prévention et réduction des risques (*cf. annexe 2*) :

- Mieux suivre les grossesses,
- Adapter le suivi des enfants,
- Prévenir la dépendance et orienter les femmes qui consomment des substances psychoactives vers les structures d'aide adaptées.

Les maternités sont le lieu de passage obligé de toutes ces femmes enceintes addictives.

Toutes les addictions pendant la grossesse impliquent un haut risque médical justifiant un suivi de grossesse attentif :

- Fausses couches spontanées,
- Malformations (alcool),
- Retard de croissance intra utérin,
- Accouchement prématuré,
- Souffrance fœtale,
- Décès périnataux.

Les femmes enceintes qui consomment des substances psychoactives pendant leur grossesse demandent toutes les mêmes choses :

- Etre suivies comme toute femme enceinte,
- Pouvoir se confier sans peur,
- Ne pas se sentir jugées,
- Trouver des réponses à leurs questions,
- Garder une maîtrise des événements,
- Avoir un enfant en bonne santé,
- Ne pas être séparées de lui.

Les difficultés des professionnels de la grossesse sont les suivantes :

- Méconnaissance de la problématique,
- Difficultés à aborder les consommations d'alcool et de drogues avec les femmes enceintes,
- Que dire, que faire si elles en parlent ?
- Communication difficile avec certaines patientes (toxicomanes,…),
- Focalisation sur les prises de produits, sur les effets sur le bébé,
- Inquiétude pour la sécurité de l'enfant.

Que faire?

- Aborder systématiquement la consommation de substances psychoactives le plus tôt possible dans la grossesse (ne pas oublier les médicaments psychotropes),
- Orienter les patientes vers des structures d'aide,
- Penser la place de l'« Entretien Prénatal Précoce »,
- Suivre au plus près les grossesses où il y a des consommations,
- Accompagner les femmes enceintes dépendantes avec un soutien personnalisé,
- Préparer les hospitalisations mères-enfants en fonction des situations globales,
- Gérer les hospitalisations de patientes quelquefois difficiles,
- Organiser un retour à domicile sécurisant et un suivi médical adapté des enfants.

2. ESTIMATION QUANTITATIVE REGIONALE

- **Objectif** :

Obtenir une évaluation quantitative en Languedoc-Roussillon du repérage et des prises en charge des femmes enceintes présentant des comportements addictifs.

- **Méthode** :
  - Demande auprès des CPAM de la région du nombre de femmes enceintes sous les différents traitements suivants : Subutex®, Lexomil®, Xanax®, Rivotril® et Méthadone® (et génériques) sur 1 année,
  - Estimation des objectifs de repérage en utilisant plusieurs sources épidémiologiques : détermination d'un objectif à atteindre par maternité ou bassin de naissance.

- **Limites** :
  - Pas de chiffres d'épidémiologie régionaux pour la plupart des produits,
  - Estimation faite avec une épidémiologie non locale,
  - Recueil des données différent selon méthode utilisée par les maternités et les CPAM,
  - Les dépannages entre conjoints, les achats au marché noir et les non assurés CPAM ne sont pas pris en compte ici.

- **Résultats :** Les chiffres présentés ci-après permettront de se fixer des objectifs maximum à atteindre et vont pouvoir nous permettre d'évaluer année par année l'amélioration du repérage des femmes enceintes addictives.

	Accouchements	Total bénéficiaires CPAM enceintes	Lexomil, Xanax, Rivotril		Méthadone	Buprénorphine, Subutex	Total substitution	
CPAM PO	4886	4219	146	3.46%	3	22	25	0.59%
CPAM Aude	3560	3308	143	4.30%	3	22	25	0.75%
CPAM Béziers ST Pons	2659	2880	102	3.54%	3	7	10	0.34%
CPAM Montpellier	8865	8044	173	2.15%	**17**	25	**42**	**0.52%**
CPAM Gard	7544	6822	196	2.87%	7	12	19	0.27%
CPAM Lozère	554	En cours						

Données recueillies auprès des CPAM pour l'année 2008

L'étude de chaque CPAM a porté sur une année pour les femmes qui ont une date présumée de grossesse (DPG) comprise entre le 1er janvier 2008 et le 31 décembre 2008 et qui ont eu **au moins un médicament psychotrope prescrit** pour l'année 2008. Le système d'information ne leur permet pas de récupérer directement la DPG ; celle-ci est reconstituée à partir de l'exonération du ticket modérateur à compter du sixième mois de grossesse. L'harmonisation des méthodologies a été difficile à obtenir.

Seuls les **3 benzodiazépines les plus souvent détournés de leur usage thérapeutique** ont été choisis pour cette requête. Les abus, reventes et prises compulsives de ces médicaments ne peuvent être différenciés des prescriptions thérapeutiques. Ces 3 benzodiazépines impliquent une surveillance de l'enfant dans les jours voire les semaines qui suivent la naissance s'ils sont poursuivis jusqu'à l'accouchement.

Les femmes enceintes consommant des opiacés ne sont pas toutes sous traitement de substitution prescrit : certaines prennent de l'héroïne ou du Skénan®, d'autres utilisent une partie du traitement de leur conjoint, d'autres achètent les médicaments sur le marché parallèle.

Ces chiffres sont donc le reflet de certaines consommations et non de toutes les substances psychoactives consommées des femmes enceintes. Cependant les chiffres des benzodiazépines sont spectaculaires surtout sachant que pendant la grossesse en cas de nécessité de traitement par benzodiazépine, celui qui a la demi-vie la plus courte (Seresta®)) doit être prescrit de préférence. Il n'est pas comptabilisé ici.

L'an prochain nous affinerons la requête auprès des CPAM.

Estimation de la population cible à partir de références bibliographiques

Les sources bibliographiques utilisées sont les suivantes :

① **Tabac :**

Enquête périnatale 2005 en Languedoc-Roussillon :
- Avant la grossesse : 38,6 % des femmes
- 3e trimestre de grossesse : 21,0 %

② **Alcool :**

ESCAPAD, OFDT : Usage régulier à 17 ans en 2005 : 5,0 %
Enquête périnatale 1998-1999 en LR : consommation de boissons alcoolisées au 3e trimestre de grossesse

Verres par semaine	Aude	Gard	Hérault	P.O.	**L.R.**	France métropolitaine
0	77,0	82,8	81,8	84,9	**81,9**	76,7
1 – 6	19,2	12,8	12,2	10,4	**13,0**	19,4
7 –13	3,2	2,8	5,3	3,7	**4,1**	3,1
14 – 20	0,6	1,6	0,5	0,6	**0,8**	0,6
> 20	0	0	0,2	0,4	**0,2**	0,2
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Exposition Prénatale à l'Alcool = 9‰
Syndrome d'Alcoolisation Fœtale = 1‰

③ **Cannabis :**

ESCAPAD 2005, OFDT :
- 39% d'expérimentation chez les femmes en âge de procréer (18-44 ans)
- 1,5 à 5% des femmes en âge de procréer fument au moins 10 joints par mois

DUMAS 2007 « Grossesse et substances psychoactives ; étude de prévalence de la consommation déclarée » (Maternité de Colombes) :
- 2.4% des femmes enceintes ont consommé du cannabis le mois précédent

Enquête auprès des femmes dans les 5 maternités de Seine Maritime en 2008 :
- Consommation de cannabis avant la grossesse : 4.1%
- Consommation de cannabis pendant la grossesse : 1.6%

④ **Colle et solvants :**

ESCAPAD, OFDT : Expérimentation chez les femmes en âge de procréer (18-44 ans) en 2005 : 5.37%

⑤ **Cocaïne :**

ESCAPAD, OFDT : Expérimentation chez les femmes en âge de procréer (18-44 ans) en 2005 : 2.9%
Barcelone, 2007 : 0.8% des accouchées avaient de la cocaïne dans leurs urines

⑥ **Opiacés et dérivés :**

ESCAPAD, OFDT : Expérimentation chez les femmes en âge de procréer (18-44 ans) en 2005 : 1.05%

Chiffres des CPAM : remboursement de Subutex et Méthadone (et génériques) pour des femmes enceintes sur 1 année

Enquête auprès des femmes en maternité (de Seine Maritime) en 2008 : Consommation de drogues illicites pendant la grossesse : 1,2%

⑦ **Benzodiazépines :**

DUMAS 2007 « Grossesse et substances psychoactives ; étude de prévalence de la consommation déclarée » : 3.7% des femmes enceintes ont consommé des médicaments psychotropes le mois précédent l'enquête.

Chiffres des CPAM : remboursement de Lexomil, Xanax et Rivotril (et génériques) pour des femmes enceintes sur 1 année

Résultats : Estimations du nombre de femmes enceintes addictives à repérer par établissement obtenues à partir de références bibliographiques

Départ	Etablissement	NOM	VILLE	Nbre d'accouchements	Tabac 3T	Alcool 3eT >14v/s	Cannabis pdt grossesse	Expérim opiacé	Cocaïne	Médic psycho
					21%	0,60%	1,60%	1,05%	0,80%	3,70%
AUDE	CH	ANTOINE GAYRAUD	CARCASSONNE	1954	410	12	31	21	15	72
AUDE	Polyclinique	LE LANGUEDOC	NARBONNE	808	170	5	13	8	6	30
AUDE	CH	NARBONNE	NARBONNE	798	168	5	13	8	6	29
						1,60%				131
GARD	CH	ALES	ALES	806	169	13	13	8	6	30
GARD	Polyclinique	BONNEFON	ALES	723	152	12	12	8	6	27
GARD	CH	LOUIS PASTEUR	BAGNOLS	1034	217	17	17	11	8	38
GARD	Polyclinique	GRAND SUD	NIMES	1796	377	29	29	19	14	66
GARD	Polyclinique	KENNEDY	NIMES	1005	211	16	16	11	8	37
GARD	CHU	CAREMEAU	NIMES	2180	458	35	35	23	17	81
						0,70%				279
HERAULT	CH	BÉZIERS	BÉZIERS	1117	235	8	18	12	9	41
HERAULT	Clinique	CHAMPEAU	BÉZIERS	1542	324	11	25	16	12	57
HERAULT	Clinique	SAINT LOUIS	GANGES	314	66	2	5	3	3	12
HERAULT	Clinique	CLEMENTVILLE	MONTPELLIER	2392	502	17	38	25	19	89
HERAULT	CHU	ADV	MONTPELLIER	2998	630	21	48	31	24	111
HERAULT	Clinique	SAINT ROCH	MONTPELLIER	3161	664	22	51	33	25	117
HERAULT	Clinique	SAINTE THERESE	SETE	508	107	4	8	5	4	19
HERAULT	CH	BASSIN DE THAU	SETE	832	175	6	13	9	7	31
						1%				475
LOZERE	CH	MENDE	MENDE	554	116	5	9	6	4	20
						1%				
PO	Clinique	NOTRE DAME D'ESPERANCE	PERPIGNAN	1997	419	20	32	21	16	74
PO	CH	SAINT JEAN	PERPIGNAN	1395	293	14	22	15	11	52
PO	Clinique	SAINT PIERRE	PERPIGNAN	1494	314	15	24	16	12	55
Total PO				4886						
					6176	176	471	309	235	1088

Ces estimations vont nous permettre de fixer des objectifs approximatifs de repérage des femmes consommatrices dans chaque maternité

3. DESCRIPTION DES ACTIONS « PERINATALITE ET ADDICTIONS » DU RESEAU PERINATAL REGIONAL « NAITRE ET GRANDIR EN LANGUEDOC ROUSSILLON »

- **Projet :**

« Périnatalité et addictions, un travail de proximité à penser régionalement ».

Le réseau périnatal régional « Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon » avait répondu à un appel à projet sur les addictions en 2007. Les actions ont été menées en 2008 suite à une réponse favorable de financement attribué en décembre 2007 par le GRSP.
Le thème proposé était : « Périnatalité et addictions en Languedoc-Roussillon : programme régional de prévention des addictions en périnatalité et programme de mutualisation des dynamiques locales ». Cette action a été reconduite en 2009.

- **Zone géographique concernée :**

LANGUEDOC-ROUSSILLON

- **Population concernée :**
  - Les professionnels de la périnatalité : 200 /an environ sensibilisés
  - Les femmes enceintes et leurs nouveau-nés : 30 000 /an ; dont tout particulièrement les femmes enceintes ayant des problèmes d'addictions (tabac, alcool, cannabis, opiacés, autres drogues) et leurs enfants
  - La famille de ces femmes enceintes addictives

- **Objectifs principaux de l'action :**
  1- Renforcer la prévention de l'impact des substances psychoactives sur les femmes enceintes et leurs enfants dans la région
  2- Mieux sensibiliser les professionnels du champ périnatal et ceux du champ des addictions à la prise en charge des femmes enceintes et au travail de collaboration. Améliorer les liens interrégionaux entre les réseaux collatéraux (hépatites, toxicomanies, précarité…). Harmoniser les pratiques dans la région.

- **Actions régionales effectives :**
  - Rédaction de référentiels « périnatalité et addictions »
  - Rédaction de fiches techniques de conduites à tenir « consommation de … pendant la grossesse » destinées aux consultants de la grossesse
  - Actions tabac avec la ligue contre le cancer et l'INCA (plaquettes, analyseurs de CO…)
  - Projet de plaquettes, prêts de documents vidéo
  - Soutien à la mise en place d'un Réseau d'Aval (suivi des enfants vulnérables)
  - Etat des lieux régional : Enquête auprès des maternités, réunions de réseaux de proximité

- **Actions de proximité : Soutien aux initiatives locales par :**
  - Des réunions dans les bassins de naissance pour réfléchir collectivement, en pluridisciplinarité aux projets d'organisations locales
  - Une animation d'une communication régionale
  - Une circulation d'informations par mails
  - Une médiatisation des actions locales
  - Une proposition d'aide technique

3.1. REFERENTIELS DE CONNAISSANCES « PERINATALITE ET ADDICTIONS »

- **Objectifs :**
  1- Créer un ensemble de textes représentant un socle commun de connaissances sur cette problématique et les mettre à disposition des professionnels de la région Languedoc-Roussillon
  2- Impliquer des professionnels de terrain sans qu'ils se déplacent tous pour des réunions.

- **Méthode :**
  - Création en 2005 par la Commission Régionale de la Naissance d'un groupe de travail régional pluridisciplinaire : le sous-groupe "périnatalité et addictions" de la Commission Régionale de la Naissance. Ce groupe de travail était animé par A.M.Clauzel et C.Chanal. Il a été soutenu par le réseau NGLR à partir de 2007
  - 5 à 6 réunions par an à Montpellier et à Béziers
  - Définition de la liste des textes nécessaires, élaboration d'un plan commun, rédaction des référentiels : Concept d'addiction, Outils d'entretiens, Alcool et périnatalité, Tabac et périnatalité, Cannabis et périnatalité, Opiacés, cocaïne et autres substances psychoactives en périnatalité
  - Élaboration d'une liste de correspondants dans toute la région, représentatifs de toutes les professions concernées, sensibilisées à la problématique.

- **Résultat :**

Soutien logistique de Naître et Grandir en LR depuis 2007 qui a permis :

- Constitution d'un groupe de messagerie de 130 professionnels à partir d'une recherche d'adresses mails des professionnels sensibles à « Périnatalité et addictions »
- Envoi des textes pour corrections à l'ensemble du groupe, coordination puis validation en 2007
- Réactualisation, validation et mise en ligne sur le site www.perinat-France.org en 2009

Une évaluation de la consultation de ces fiches pour l'année 2009 sera communiquée au réseau périnatal en début d'année 2010 par l'association GEN LR.

3.2. FICHES TECHNIQUES DE CONDUITES A TENIR "GROSSESSE ET ADDICTIONS"

- **Objectifs :**
  1. Proposer des outils pratiques pour les consultants de la grossesse, correspondant à la demande des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes
  2. Penser à l'implication des médecins généralistes

- **Méthode :**
  - Ecouter la demande et la difficulté des consultants de la grossesse
  - Constituer un groupe de travail **régional pluridisciplinaire « périnatalité et addictions »** issu de la Commission Régionale de la Naissance
  - Faire participer les groupes de travail locaux à la rédaction d'une des fiches (Perpignan, Béziers, Montpellier…)
  - Faire circuler les textes à corriger par mail
  - Correction des fiches en réunion par le groupe de travail régional puis validation une par une entre fin 2008 et début 2009

- **Résultats :**
  - Groupe de rédacteurs des fiches techniques : 34 professionnels pluridisciplinaires
  - Groupe de relecteurs (mailing de correspondants locaux) : 130 professionnels pluridisciplinaires
  - En 1 an, 6 fiches ont été réalisées, validées, et mises en ligne sur le site www://perinat-France.org :

1 – Aborder les consommations de substances psycho-actives pendant la grossesse,validation 12 septembre 2008
2 – Consommation d'opiacés pendant la grossesse, validation Octobre 2009
3 – Consommation d'amphétamines ou de cocaïne pendant la grossesse, validation 6 novembre 2008
4 – Consommation d'alcool pendant la grossesse, validation 26 janvier 2009, mise à jour octobre 2009
5 - Tabac et grossesse, validation 13 mars 2009
6 – Consommation de cannabis pendant la grossesse, validation 12 septembre 2008

Une évaluation de la consultation de ces fiches pour l'année 2009 sera communiquée au réseau périnatal en début d'année 2010 par l'association GEN LR.

Ces fiches ont été envoyées individuellement par mail à tous les adhérents du réseau NGLR en Décembre 2009.

Une présentation de ces fiches a eu lieu à Nîmes le 5 Novembre 2009 sur demande de la PMI du Gard. Nous avons invité les 23 participants (médecins, infirmières, puéricultrices, sages-femmes, travailleurs sociaux) à les discuter avec leurs réseaux de proximité pour une cohérence pluridisciplinaire autour des patientes.

3.3. ACTIONS DE PREVENTION TABAGISME CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

Cette action est traitée dans un document à part (Financement Ligues et INCA).

3.4. REUNIONS DELOCALISEES « PERINATALITE ET ADDICTIONS »

- **Objectifs :**

  1- Permettre la rencontre de professionnels de proximité de différents champs professionnels susceptibles de travailler ensemble auprès des familles à problématique addictive
  2- Faire un point dans chaque bassin de naissance sur les organisations existantes
  3- Evaluer ensemble les ressources et les besoins locaux
  4- Réfléchir sur les projets d'organisation et de formalisation de travail en réseau au niveau local sur cette thématique :
  - Définir une ou des personne(s) référente(s)
  - Réfléchir ensemble aux différents projets émergeants ou en cours.

- **Méthode :**

  - Réunir dans chaque bassin de naissance des professionnels de terrain pluridisciplinaires publics, privés, libéraux, associatifs et institutionnels autour d'une table :

Obstétrique : Une sage-femme cadre maternité CH, 1 sage-femme de maternité hospitalisation du CH, 1 sage-femme de consultations du CH, 1 obstétricien CH et 1 libéral, 1 sage-femme d'une clinique privée, 1 sage-femme libérale

Pédiatrie : 1 cadre infirmier de néonatalogie, 1 pédiatre de néonatalogie du CH, 1 représentant du CAMSP, 1 pédiatre libéral

Addictologie : 1 tabacologue, 1 professionnel des CSST, 1 professionnel du service addictologie du CH, 1 professionnel de l'ANPAA, 1 professionnel des structures d'hébergement thérapeutique

Médecine générale : 1 médecin généraliste

Champ « psy » : 1 professionnel de pédopsychiatrie, 1 professionnel de psychiatrie, 1 psychologue du CH maternité et/ou pédiatrie

Champ social et médicosocial : 1 assistante sociale maternité, 1 Médecin de PMI , 1 Sage-femme de PMI, 1 Puéricultrice de PMI, 1 représentant des différentes structures d'hébergement
Invitation systématique d'un représentant de l'ASE, de la DDASS, de la CAF et de la CPAM.

  - Effectuer un tour de présentation selon le plan suivant :

Présentation : Nom, fonction et lieu d'exercice *Formation personnelle sur la thématique* *Organisation actuelle : existant (Ex : parcours de la patiente prise en charge)* *Avec qui travaillez-vous actuellement ?* *Quelles sont les difficultés que vous rencontrez au quotidien ?* *Avec qui souhaiteriez vous travailler plus ?* *Avez-vous des temps de travail en commun avec les autres intervenants ?*

  - Animer les discussions afin de repérer les besoins et les ressources locales

- Présenter des exemples de modes d'organisation dans d'autres lieux : Strasbourg, Ile de la Réunion, Mulhouse, Port Royal, Montpellier,…
- Recueillir les demandes de projets

- **Résultats :**

En 2008 et 2009, 7 réunions ont été organisées dans différentes villes dont une par le Réseau Périnatal Alésien à Alès.

Dates	Sites	Nombre de personnes attendues	Nombre de présents	Taux de participation
16 mai 2008	Perpignan	17	13	76 %
10 juin 2008	Nîmes	32	34	106 %
3 octobre 2008	Carcassonne	31	30	97 %
24 octobre 2008	Bagnols sur Cèze	22	18	82 %
27 Novembre 2008	Alès	Non comptabilisé	Non comptabilisé	
23 janvier 2009	Narbonne	33	31	94 %
9 mars 2009	Béziers	32	23	72 %

Ces réunions ont été organisées pour permettre de faire un point sur les organisations existantes, évaluer ensemble les besoins, réfléchir sur les projets d'organisation et de formalisation de travail en réseau au niveau local sur cette thématique, la présentation d'exemples de différents modes d'organisation (Strasbourg, Ile de la Réunion, Mulhouse, Port Royal, Montpellier), définir une (ou des) personne(s) référente(s) et réfléchir ensemble aux différentes possibilités de recherche de financement des projets émergeants ou en cours. De plus, cela permet aussi aux participants de se rencontrer et de se connaitre afin de mieux s'identifier pour travailler ensemble.

Un questionnaire de satisfaction a été donné ou envoyé afin d'évaluer la satisfaction des participants.

Analyse globale des réunions

Ces 7 journées de travail ont permis de créer un tableau de bord des professionnels de tous les champs professionnels identifiés comme impliqués localement (***cf. Annexe 3***).
149 professionnels de tous les champs professionnels concernés se sont rencontrés.

Globalement, une bonne participation et une excellente satisfaction de l'ensemble des participants ont été recueillies (***Cf. Annexe 4*** : exemple de Narbonne)

L'expression des besoins des professionnels de périnatalité en présence des autres champs professionnels a permis de trouver des solutions immédiates aux problèmes. Les structures addictologiques ont répondu présentes. Le manque de temps pour s'occuper efficacement de ces patientes chronophages est général chez les professionnels de périnatalité. Le besoin de temps de coordination est ressorti dans toutes les réunions.

Un compte-rendu incluant un bilan des propositions et des pistes de travail issues de cette rencontre pluridisciplinaire a été réalisé par NGLR après chaque journée (***cf. annexe 5***). Ce document a été adressé par mail à chacun des participants pour servir de base de travail au réseau de proximité.

Ces journées de travail ont fourni également des informations alimentant l'état des lieux dans ces 7 villes. A distance, la réalisation des perspectives énoncées permettra de suivre la dynamique de chaque bassin de naissance.

Seuls 2 bassins de naissance n'ont pu bénéficier de cette réunion (Sète et Mende), cela se ressent dans l'état des lieux des prises en charge et des formations.

3.5. ENQUETES AUPRES DES CADRES SAGES-FEMMES

- **Objectifs :**

  1- Sensibiliser les maternités aux différentes problématiques addictives
  2- Etablir un état des lieux annuel de la prise en compte de la problématique « grossesse et addictions » dans toutes les maternités de la région
  3- Evaluer les besoins au sein des maternités

- **Méthode :**
  - 2 questionnaires envoyés aux cadres sages-femmes :
    - 1 en février 2008 concernant l'activité 2007
    - 1 en mai 2009 concernant l'activité 2008 et l'évolution dans l'approche de la problématique au sein de l'établissement
  - Evaluation par les cadres des maternités du nombre de femmes enceintes addictives dépistées et prises en charge dans leur service
  - Appel téléphonique pour préciser et compléter les informations
  - Analyse des questionnaires et de l'avancée de la prise en compte de la problématique entre 2007 et 2009

- **Résultats :**

L'ensemble des maternités s'est mobilisé. Cette enquête a permis de faire une synthèse des dispositifs locaux existants par établissement. Le premier recueil d'informations début 2008 nous a servi d'état des lieux dans les maternités en 2007. L'enquête faite en 2009, mesure l'évolution de la situation depuis. Les informations recueillies ont contribué à remplir les tableaux « descriptifs des prises en charge par établissement » et « synthèse par bassin de naissance et perspectives » dans l'état des lieux par bassin de naissance.

Les établissements ayant répondu à l'enquête

Département	Ville	Nom de l'établissement	Nombre
Aude	Carcassonne	· CH Antoine Gayraud	3
	Narbonne	· CH Narbonne · Polyclinique Le Languedoc	
Gard	Alès	· CH d'Alès · Clinique Bonnefon	7
	Bagnols S/Cèze	· CH Louis Pasteur	
	Ganges	· Clinique St Louis	
	Nîmes	· CHU Carémeau · Polyclinique Kennedy · Polyclinique du Grand Sud	
Hérault	Béziers	· CH de Béziers · Clinique Champeau	7
	Montpellier	· CHU Arnaud de Villeneuve · Clinique Clémentville · Clinique Saint Roch	
	Sète	· CH de Sète · Polyclinique Sainte-Thérèse	
Lozère	Mende	· CH de Mende	1
P-O	Perpignan	· CH ST Jean · Clinique Saint Pierre · Clinique Notre Dame d'Espérance	3
		TOTAL	**21**

3.6. UNE POLITIQUE DE COMMUNICATION

3.6.1. Conférences locales, régionales et nationales

Le réseau Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon a participé aux journées et conférences suivantes :

Soirée *de formation régionale* ***hépatites et grossesse***
Les hépatites font parties des comorbidités liées aux addictions.

- Montpellier, le Jeudi 5 Février 2009
- Coorganisation NGLR - réseau régional hépatites.
- CoanimationPr Boulot -Pr Larrey, hépatologue.
- C.Chanal a traité le thème « Hépatites : quels liens avec les femmes toxicomanes».
- 70 participants

Journées nationales de l'ASPSA : Addictions : l'enfance du patient

- Perpignan, les 1er et 2 Octobre 2009
- Animation d'un atelier « **Prévention dès la grossesse : un faisceau de liens de confiance »** C.Chanal
- 200 participants

Journées nationales de l'APPRI

Montpellier, le 8 octobre 2009

- Participation à l'organisation et présentation de 2 interventions :
  - « Place du repérage des addictions dans les dossiers obstétrico-pédiatriques » G.Criballet (***Cf annexe 10***)
  - « Mise à disposition de fiches techniques périnatalité et addictions pour les consultants de la grossesse » Corinne Chanal, et le groupe régional « périnatalité et addictions »
- 50 participants

Journée « périnatalité et addictions » du Réseau Périnatal de Franche-Comté

- Chambéry, le 27 Février 2009
- **2 interventions :**
  - « Grossesse et addictions : Que faire à l'échelle d'un réseau périnatal régional ? » C.Chanal
  - « Suivi de grossesse des femmes enceintes dépendantes des opiacés » P.Boulot
- 400 participants

1er congres de SAF France : « Grossesse et alcool » : qu'en penser en 2009 »

- Paris, les 24 et 25 Septembre 2009
- Intervention : « De la maternité au réseau périnatal ; élaboration d'une stratégie régionale en Languedoc-Roussillon» C.Chanal, P.Boulot
- 160 participants

Société Française de Médecine Fœtale

- Angers, les 14-15-16 Octobre 2009
- Présentation d'un poster « **Elaboration et diffusion au niveau d'une région de référentiels sur la prise en charge des addictions chez la femme enceinte par un réseau périnatal »**
- 800 participants

Présentation des fiches techniques « périnatalité et addictions »

- Nîmes, le 5 Novembre 2009
- 23 professionnels du Conseil Général du Gard

3.6.2. Transmissions et centralisation des informations

- **Objectif :**
  - Améliorer la circulation des informations « périnatalité et addictions » dans la région

- **Méthode :**
  - Création de groupes de messagerie par bassin de naissance
  - Envoi par la coordination de NGLR des comptes-rendus de réunions, d'informations nationales, régionales et locales
  - Recherche de référents locaux

Résultats :

Groupes de messagerie par bassin de naissance

Bassin de naissance	Nombre de correspondants locaux
Alès	18
Bagnols sur Cèze	26
Béziers	32
Carcassonne	29
Lozère	4
Montpellier	94
Narbonne	40
Nîmes	34
Perpignan	14
Sète	10
TOTAL	**301**

Les envois aux 301 professionnels des groupes de messagerie en 2008 et 2009 :

- Comptes-rendus de réunions
- l'état des lieux 2007 réalisé par NGLR dans leur bassin de naissance
- les fiches techniques grossesse et addictions, grossesse et psychotropes
- des référentiels de connaissances
- des DU, formations et journées de conférences nationales, régionales et locales
- de la documentation

3.6.3. Collaboration avec le site Internet « perinat-france.org »

- **Objectif :**

Mettre à disposition de l'ensemble des professionnels des référentiels et fiches techniques

- **Méthode :**
  - Convention avec le site www.perinat-france.org
  - Préparation précise du contenu des documents et de la mise en page dans le site par le réseau périnatal
  - Envoi des documents à mettre en ligne
  - Suivi des mises en ligne et corrections

- **Résultats** :
  - Lien : www.perinat-france.org
  - Contenu ***cf. annexe 6***

3.7. ACTIONS AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES

L'URCAM et la CPAM de Montpellier ont chargé le réseau périnatal « Naître en Languedoc-Roussillon » de mettre en œuvre le projet « sensibilisation du médecin-traitant sur les facteurs de risques liés à la grossesse ».
Cette action consiste notamment à informer, lors de demi-journées de sensibilisation, les médecins généralistes sur la prise en charge de patientes enceintes addictives.

3.7.1. Enquête sur leurs pratiques autour de la grossesse

- **Objectifs** :

L'objectif de cette enquête, adressée préalablement à l'organisation des demi-journées de sensibilisation du médecin-traitant sur les facteurs de risques liés à la grossesse, était de cibler les médecins généralistes suivant des grossesses, d'analyser leurs pratiques et leurs besoins en formation

- **Méthode** :

Envoi d'un questionnaire aux 3158 médecins généralistes de la région

- **Résultats :**

L'analyse porte sur les 66 réponses recueillies à ce jour *:(Extrait des résultats)*

49 médecins généralistes sur les 66 ayant répondu à l'enquête ont déclaré réaliser des suivis de grossesse

- *Formation, information concernant la grossesse physiologique et la grossesse avec facteurs de risques*

Les questions auxquelles ont répondu les médecins généralistes sont les suivantes : « Vous estimez-vous suffisamment formé et informé à propos du suivi de la grossesse physiologique ou à bas risques et du suivi de la grossesse avec facteurs de risques ? »
Les réponses sont les suivantes :

	Formé-Informé/ suivi grossesse physiologique		Formé-Informé/suivi grossesse avec facteurs de risques	
	Nombre de médecins	%	Nombre de médecins	%
Oui	34	**69%**	7	**14%**
Non	3	**6%**	40	**82%**
Plus ou moins	12	**25%**	2	**4%**

- *Souhait d'information précise sur les impacts des médicaments psychotropes pendant la grossesse*

Sur les 49 médecins suivant des grossesses, 80% sont prescripteurs de psychotropes et 83% souhaiteraient recevoir une information précise sur les impacts des médicaments psychotropes pendant la grossesse.

- *Formation spécifique suivie en tabacologie, addictologie, nutrition par les médecins généralistes*

	Tabacologie		Addictologie*		Nutrition	
	Nombre de médecins	%	Nombre de médecins	%	Nombre de médecins	%
Oui	7	**15%**	11	**22%**	16	**33%**
Non	41	**85%**	38	**78%**	32	**67%**

* 59 % des médecins généralistes interrogés prescrivent des traitements de substitution en cas d'addiction.

Par ailleurs, parmi les 59 médecins généralistes pratiquant le suivi de nouveau-nés, 88% seraient intéressés par des formations sur le suivi du nouveau-né exposé pendant la grossesse aux facteurs de risque tels que le tabac, l'alcool, les drogues, les médicaments psychotropes.

Même si le taux de réponse est faible, on peut tout de même observer une insuffisance de formation sur le suivi de grossesses avec facteurs de risque et de nouveau-nés exposés pendant la grossesse à ces facteurs de risque.

Enfin, sur les 66 médecins généralistes ayant répondu à l'enquête :

- 91% souhaitent recevoir par mail les référentiels, protocoles et fiches de conduites à tenir élaborés par le réseau Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon
- 94% souhaitent être régulièrement informés des actions et formations du réseau Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon

3.7.2. Réunions de sensibilisation aux facteurs de risques pendant la grossesse

- **Objectifs** :

Sensibiliser les médecins traitants pratiquant le suivi de grossesse aux facteurs de risque

- **Méthode** :
  - Organisation de réunions dans 9 villes de la région : Montpellier, Alès, Bagnols sur Cèze, Béziers, Carcassonne, Mende, Narbonne, Nîmes, Perpignan
  - Extrait du programme :

« Tabagisme des femmes enceintes :
- Les méfaits du tabac sur la femme enceinte et son enfant
- La prescription de substituts nicotiniques
- Les référentiels régionaux
- Les outils support au passage d'information aux patientes (plaquettes)

Alcool et Grossesse :
- Les méfaits de l'alcool sur la femme enceinte et son enfant
- Le message « alcool zéro pendant la grossesse »
- Dépister le Syndrome d'Alcoolisation Fœtale chez l'enfant

Substance psycho-actives et dépendances aux psychotropes :
- Les risques materno-fœtaux des drogues telles que le cannabis (dont l'usage est de plus en plus fréquent chez les femmes enceintes), plus rarement des opiacés et des psychotropes, ces derniers étant souvent pris en auto-prescription (ex : benzodiazépines)
- Dépistage de ces addictions par des questions appropriées lors de la première consultation ou lors de l'entretien du premier trimestre »

- **Résultats** :
  - Montpellier, le 7 octobre 2009
  - Narbonne, le 19 Novembre 2009
  - Nîmes, le 28 Novembre 2009

Les réunions prévues à Alès, Bagnols sur Cèze, Mende, Béziers et Perpignan ont été reportées ou annulées car le nombre d'inscrits était inférieur à notre cahier des charges. La raison invoquée par les médecins ayant annulé leur participation était le surcroît d'activité causé par l'épidémie de grippe A.

4. ETAT DES LIEUX PAR BASSIN DE NAISSANCE

- **Contexte :**

Les prises en charge des femmes enceintes addictives progressent (cf. descriptif des prises en charge par maternité et par bassin de naissance) mais sont bloquées par la difficulté de repérage.
Nous recherchons des objectifs à atteindre en terme de repérage de femmes enceintes consommant des substances psychoactives par les professionnels de périnatalité. L'absence d'enquête de prévalence dans la région handicape nos estimations.

- **Méthode :**

Cet état des lieux a été réalisé à partir d'un croisement de plusieurs informations recueillies :

- Estimations de la population cible par des références bibliographiques
- Données de la CPAM
- Enquêtes menées auprès des cadres sages-femmes en 2007, 2008 et 2009
- Réunions délocalisées
- Rencontres du groupe de travail régional
- Cas cliniques discutés lors de collaborations inter-établissement (échanges de pratiques, patientes transférées,…)

- **Résultats :**

Ils sont présentés ci-dessous par bassin de naissance, en suivant le plan suivant :

Etat des lieux quantitatif dans le bassin de naissance

Les objectifs sont estimés à partir de références bibliographiques. Les chiffres 2007 et 2008 ont pour source les 2 enquêtes que le réseau NLR a effectuées en 2008 et en 2009 auprès des cadres sages-femmes des différentes maternités.

Les résultats sont présentés sous forme de graphique intitulé « Nombre de femmes enceintes repérées par produit ». L'objectif à atteindre, c'est-à-dire le nombre de femmes qui pourraient être repérées dans les maternités, est indiqué en rouge. Le moment de la grossesse choisi pour le repérage est l'accouchement, il paraît être le plus approprié pour éviter les doublons. Les chiffres de 2007 (souvent proches de zéro) apparaissent en bleu et ceux de 2008 en vert.

Le tableau suivant rapporte les données transmises par la CPAM.

Descriptif des prises en charge par maternité

Il est présenté sous forme de tableau synthétique par établissement de naissance et divisé en 6 parties : organisation en maternité, travail en réseau, prise en charge des enfants, formation, besoins résiduels, avancées 2008-2009.

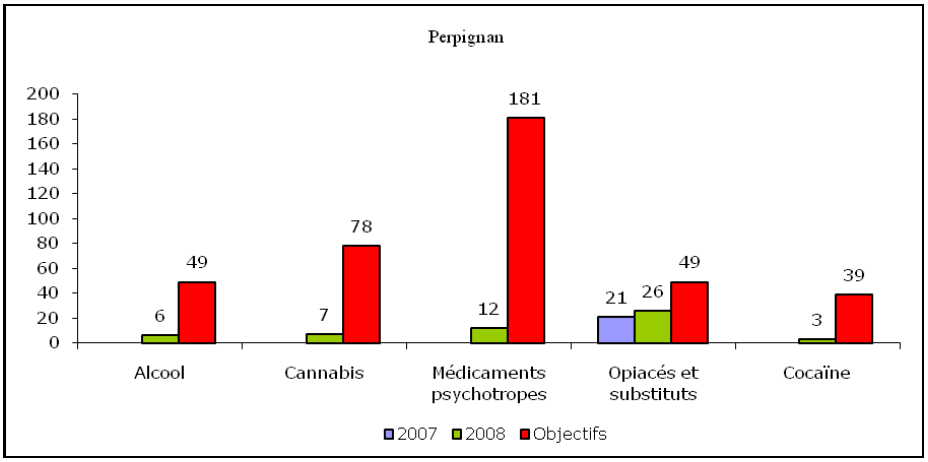
Synthèse par bassin de naissance et perspectives locales

Une synthèse retraçant l'évolution de la situation du bassin de naissance concernant notre problématique est présentée sous forme de tableau. Il souligne les points forts et ceux à améliorer, les formations, les besoins et les projets en 2007 et leur évolution en 2008-2009.
Il permet d'évaluer à ce jour l'efficacité de la politique régionale et donc de notre action débutée en 2008.

4.1. PERPIGNAN

4.1.1. Etat des lieux quantitatif

Nombre de femmes enceintes repérées par produit



Sources *: des objectifs : estimation à partir de références bibliographiques*
des chiffres 2007 et 2008 : enquêtes auprès des cadres SF réseau NGLR 2008-2009

On peut observer qu'il y a peu de repérage des femmes enceintes consommatrices hormis celles sous opiacés, même si l'amélioration est nette en 2008 pour les autres consommations. Il y a tout de même un repérage même s'il est faible sur chaque produit.

Nombre de femmes repérées par la requête CPAM des Pyrénées Orientales en 2008

	Accouchements	**Total bénéficiaires CPAM enceintes**	**Lexomil, Xanax, Rivotril**		**Méthadone**	**Buprénorphine, Subutex**	**Total substitution**	
CPAM PO	4886	4219	146	3.46%	3	22	25	0.59%

Les 25 femmes enceintes sous traitement de substitution prescrit sont en adéquation avec le repérage des maternités de Perpignan. Les patientes sous traitement prescrit de benzodiazépines sont nettement en sous-repérage : 12 repérées en maternité sur 146 femmes enceintes bénéficiaires de la CPAM.

4.1.2. Descriptif des prises en charge par maternité

		CH St Jean	St Pierre	Notre Dame d'Espérance
ORGANISATION EN MATERNITE	Entretien prénatal précoce dans la maternité	Oui par 1 SF de consultation	Adresse à 4 sages-femmes libérales	Adresse à 3 SF libérales
	Existence d'une sage-femme référente	Oui	Oui, le cadre SF	Oui, SF entretiens
	Existence d'un obstétricien référent	Non	Celui de la patiente	Non
	Possibilité Cs addictologie en maternité	Oui, ELSA	Non	Oui, ANPAA
	Coordination du suivi pluridisciplinaire anténatal	Oui, mais manque de temps	SF cadre ou gynéco de la patiente	Non
	Staff pluridisciplinaire spécifique ou sensibilisé	Oui, staff de PMI les mardis	Oui	Non
	Préparation des hospitalisations	Oui, mais manque de temps à améliorer	Oui, par le cadre	Non
	Utilisation d'une feuille de transmission	Oui pour les femmes suivies en PMI	Oui pour les femmes suivies en PMI	Non
	Délivrance des substituts nicotiniques en hospitalisation	Oui, systématique pour les grossesses hospitalisées	Oui	Oui
	Délivrance méthadone ou Subutex en hospitalisation	Oui	Non	Non
	Hospitalisation de la mère pour sevrage ou substitution	Possible en médecine	Non	Non
TRAVAIL EN RESEAU	En lien avec les médecins généralistes	Oui	Peu	Peu
	En lien avec la PMI	Oui	Oui	Oui
	En lien avec les CMP	Oui	Non	Non
	En lien avec des associations :			
	ANPAA	Pas de contact	Pas de contact	Oui, RV possible en 24h
	CSST	Oui	Oui, service d'addictologie du CH	
	Ligue contre le Cancer	Non	Non	Non
	Autre		SF tabacologue libérale	
	Social	Assistante sociale du service	Assistante sociale du service	
	Psychologique	Psychologue du service	Psychologue du service	
PRISE EN CHARGE DES ENFANTS	Consultation anténatale pédiatrique	Oui	Oui, organisée avec un pédiatre libéral	Non
	Hospitalisation mère-enfant pour surveillance sevrage nouveau né	En pédiatrie	En maternité	Non
	Hospitalisation si nouveau-né traité	En pédiatrie, pas de chambre mère-enfant	Mutation en pédiatrie du CH	Mutation en pédiatrie du CH
	Organisation du suivi médical des enfants	Oui	Pédiatre +/- puer de PMI	Non
	Suivi précoce au CAMSP des enfants SAF	Possible	?	?
	Existence d'un pédiatre référent	Oui	Non	Non
FORMATION	Formations internes à l'établissement	Oui, inter établissement	Oui, inter établissement	Oui, inter établissement
	Participation du personnel aux journées régionales NGLR en 2008	Oui	Oui, 2	Oui
	Nombre de personnes formées en 2008			
	Alcoologie	7	1	3
	Toxicomanies	7	1	3
	Tabacologie	7	1	3

4.1.3. Besoins et avancées 2008-2009

		CH St Jean	St Pierre	Notre Dame d'Espérance
BESOINS	**Hébergement mère-enfant**	• Oui		
	Fiche de recueil de données	• Oui	• Oui	• Oui
	Fiche de liaison entre partenaires	• Oui	• Oui	• Oui
	Plaquettes d'information pour les patientes	• Oui	• Oui	• Oui
	Formation	• Projet local à poursuivre	• Projet local à poursuivre	• Projet local à poursuivre
	Travail en réseau	• Manque de temps de la sage-femme référente pour la coordination • Travail autour des hospitalisations anténatales	• Demande d'un temps de coordination pour la sage-femme référente	

AVANCEES 2008-2009	• Amélioration du travail avec les services d'addictologie • Participation au groupe de travail « hébergement »	• Amélioration du travail en réseau	• Amélioration des relations avec la PMI et l'ANPAA

4.1.4. Synthèse par bassin de naissance et perspectives locales

- **Freins et leviers**

Lieu	Bassin de Perpignan	
ANNEES	**2007**	**Evolution 2008-2009**
Points forts	• Dynamique maternité-addictologie-PMI-CH-associations sur grossesse et addictions depuis 2001 • Bon travail en réseau pluridisciplinaire • Mi-temps en PMI de sage-femme coordinatrice « périnatalité et addictions » • 1 SF référente formée dans chaque maternité publique et privée	• Amélioration de la collaboration avec le centre de soins toxicomanie • Implication ville-hôpital du médecin de l'équipe d'addictologie de liaison • Meilleure collaboration avec les pédiatres
Points à améliorer	• Manque de coordination • Collaborations difficiles avec le CSST et L'ANPAA • Manque d'implication des gynécologues et des pédiatres	• Manque de temps de coordination au CH et à St Pierre • Hébergement mère-enfant avec problématique addictive difficile en centre maternel • Hébergement avec le père impossible • Peu de sensibilisation de l'ANPAA • Manque d'implication des gynécologues
Formations	• Formation sur l'ensemble des addictions pendant la grossesse existant depuis 2001 et ouverte aux professionnels ville-hôpital-PMI actuellement interrompue	• Création d'une nouvelle formation ville-hôpital-PMI en 2008 sur l'ensemble des addictions pendant la grossesse, organisée par l'équipe de liaison en addictologie
Besoins	• Soutien du réseau NLR en logistique. • Des plaquettes d'informations pour les professionnels • Des plaquettes d'informations pour les patientes • Des protocoles de conduites à tenir • Des journées de formation ou d'information	• Fiche de recueil de données • Fiche de liaison entre partenaires • Des plaquettes d'informations pour les patientes • Hébergement mère-enfant avec problématique addictive • Mi-temps de sage-femme coordinatrice en addictions pour le CH et pour St Pierre • Plus d'implication précoce du CAMSP • Implication de l'ANPAA
Projet en cours	• Une demande de mi-temps de sage-femme coordinatrice en addictions pour le CH qui reçoit les patientes les plus complexes et pour St Pierre qui a une longue pratique	• Constitution d'un groupe de travail pluridisciplinaire (5 réunions) autour d'un projet hébergement mère-enfant avec problématique addictive : projet écrit et contrat à signer par la patiente

Préconisations et pistes de travail:

Dans ce bassin de naissance, la dynamique pluridisciplinaire se poursuit en continu depuis 2001 sous l'impulsion première de la PMI.

Les pistes de travail actuelles seraient :

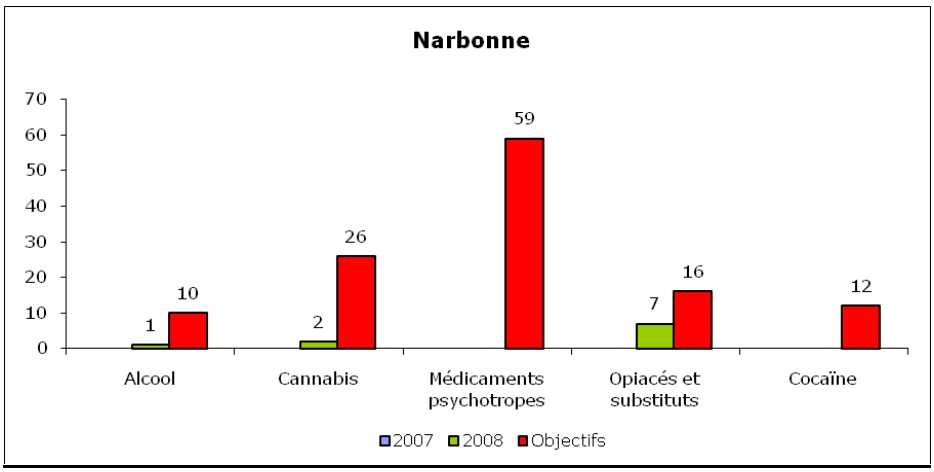
- **Un temps de sage-femme de coordination « grossesse et addictions» pour le centre hospitalier qui pourrait être associé à psychiatrie et/précarité**
- **Des conventions de partenariat entre les établissements privés ciblés périnatalité (maternités, maison maternelle) et les services d'addictologie pour permettre des consultations dans les établissements et un soutien des équipes**
- **Soutien du projet d'hébergement avec un financement et une mutualisation des dispositifs existants**
- **Les CSAPA auront des réunions communes, ce qui sensibilisera probablement l'ANPAA.**

Dans ce département, toutes les principales actions ont lieu à Perpignan. Quel est l'état des lieux autour de la ville de Prades ?

4.2. NARBONNE

4.2.1. Etat des lieux quantitatif

Nombre de femmes enceintes repérées par produit



Sources *: des objectifs : estimation à partir de références bibliographiques*
des chiffres 2007 et 2008 : enquêtes auprès des cadres SF réseau NGLR 2008-2009.

Aucun chiffre n'a pu être donné par les 2 maternités de Narbonne en 2007.
En 2008, 10 femmes enceintes addictives ont été repérées et comptabilisées ; 6 par l'hôpital et 4 par la clinique.

Nombre de femmes repérées par la requête CPAM de l'Aude en 2008

	Accouchements	Total bénéficiaires CPAM enceintes	Lexomil, Xanax, Rivotril		Méthadone	Buprénorphine, Subutex	Total substitution	
CPAM Aude	3560	3308	143	4.30%	3	22	25	0.75%
Calcul pour Narbonne	1606		69	4.30%			12	0.75%

La CPAM a comptabilisé 25 femmes enceintes sous traitement de substitution prescrit en 2008 soit environ 11 pour Narbonne. La moitié seulement apparaît dans le repérage des maternités.

4.2.2. Descriptif des prises en charge par maternité

		CH de Narbonne	Polyclinique
ORGANISATION EN MATERNITE	Entretien prénatal précoce dans la maternité	Oui par 1 SF, Claudie Carette	Oui, 1 SF libérale dans l'établissement
	Existence d'une sage-femme référente	1 SF de PMI consultant sur place, R.Escalais	1 SF Entretien
	Existence d'un obstétricien référent	Dr Campos	Non
	Possibilité Cs addictologie en maternité	Oui, infirmière de l'ELSA (C.Pocurul) ou médecin de liaison en addictologie	Non
	Coordination du suivi pluridisciplinaire anténatal	R.Escalais, SF de PMI Dans l'établissement : Dr Campos	SF entretien
	Staff pluridisciplinaire spécifique ou sensibilisé	Oui, le jeudi 1x/mois depuis 2009 mais absence des pédiatres	Non
	Préparation des hospitalisations	Aléatoire	Non
	Utilisation d'une feuille de transmission	Non	Non
	Délivrance des substituts nicotiniques en hospitalisation	Oui	Non
	Délivrance méthadone ou subutex en hospitalisation	Oui	Non
	Hospitalisation de la mère pour sevrage ou substitution	Non	Non
TRAVAIL EN RESEAU	En lien avec les médecins généralistes	Peu	Oui
	En lien avec la PMI	Oui, sage-femme, peu avec les puéricultrices	Pas suffisamment
	En lien avec les CMP	Oui, réunion de prise en charge précoce ouverte aux professionnels de la maternité et de la pédiatrie	Non
	En lien avec des associations :	Oui	Non
	ANPAA	Propose collaboration	
	CSST	Oui, AID11	
	Ligue contre le Cancer	Cs tabacologie, M.Errié	
	Hébergement mère-enfant + addiction	ADAFF en difficulté si addiction non stabilisée	
	Hébergement mère-père-enfant + addiction	?	
PRISE EN CHARGE DES ENFANTS	Consultation anténatale pédiatrique	Oui, organisée par le Dr Campos	Non
	Hospitalisation mère-enfant pour surveillance sevrage nouveau-né	En maternité jusqu'à J12	Non
	Hospitalisation si nouveau-né traité	Mutation chambre mère-enfant de pédiatrie	Non, mutation hôpital Narbonne ou Béziers
	Organisation du suivi des enfants	Non sauf suivi PMI	Libre choix des parents
	Suivi précoce au CAMSP des enfants SAF	Non	?
	Existence d'un pédiatre référent	Non	Non
FORMATION	Formations internes à l'établissement	En tabacologie	Non
	Participation du personnel aux journées régionales NGLR en 2008	1	2
	Nombre de personnes formées en 2008 :		
	Alcoologie	0	
	Toxicomanies	0	
	Tabacologie	30	2

4.2.3. Besoins et avancées 2008-2009

		CH de Narbonne	Polyclinique
	Recueil de données	• Oui	• Oui
	Fiches de liaison entre partenaires	• Oui	• Oui
	Plaquettes d'information pour les patientes	• Oui	• Oui
	Formation	• En tabacologie, pour avoir une sage-femme référente • Repérage des femmes enceintes consommatrices d'alcool et de drogues • Reprise de situations à distance	• Repérage des femmes enceintes consommatrices d'alcool
	Travail en réseau	• Demande de collaboration avec le service d'addictologie • Améliorer les relations maternité-pédiatrie • Améliorer la collaboration maternité- puéricultrices de PMI	• Collaboration avec la PMI

	CH de Narbonne	Polyclinique
AVANCEES 2008-2009	• Reprise du staff obstétrico-pédiatrique 1x/mois • Liaisons formalisées pédiatrie-PMI • Amélioration de la prise en charge ville hôpital mère-enfant en cas de toxicomanie	• Travail en réseau ville-hôpital

4.2.4. Synthèse par bassin de naissance et perspectives locales

- **Freins et leviers**

Lieu	Bassin de Narbonne	
ANNEES	**2007**	**Evolution 2008-2009**
Points forts	• Bonne implication de la PMI, du réseau social et addictologique • 2 Sages-femmes de PMI consultant dans la maternité du CH	• Un service d'addictologie de liaison au CH prêt à s'investir dans le soin, l'aide au repérage et la formation
Points à améliorer	• Pas de formations locales hors tabac • Peu de relations pédiatrie-maternité au CH et public-privé • Aucun repérage des consommations d'alcool, de cannabis • Des femmes enceintes sous opiacés non dépistées dans les maternités	• Repérage des femmes enceintes consommatrices d'alcool • Travail en réseau pluridisciplinaire ville-hôpital • Trouver un pédiatre référent • Coordonner et anticiper les prises en charge pluridisciplinaires • Collaboration des maternités avec les associations
Besoins		• Formations des professionnels de la périnatalité au repérage des conduites addictives pendant la grossesse, à la prise en charge en réseau • Demande du réseau de ville (associations, libéraux…) d'un interlocuteur repérable à la maternité qui prend en charge la coordination des situations en intra-hospitalier
Projets locaux	• Une collaboration avec le service d'addictologie de liaison.	• Disponibilité de l'équipe d'addictologie pour aider la maternité et la pédiatrie : consultations au lit du patient, soutien des équipes…

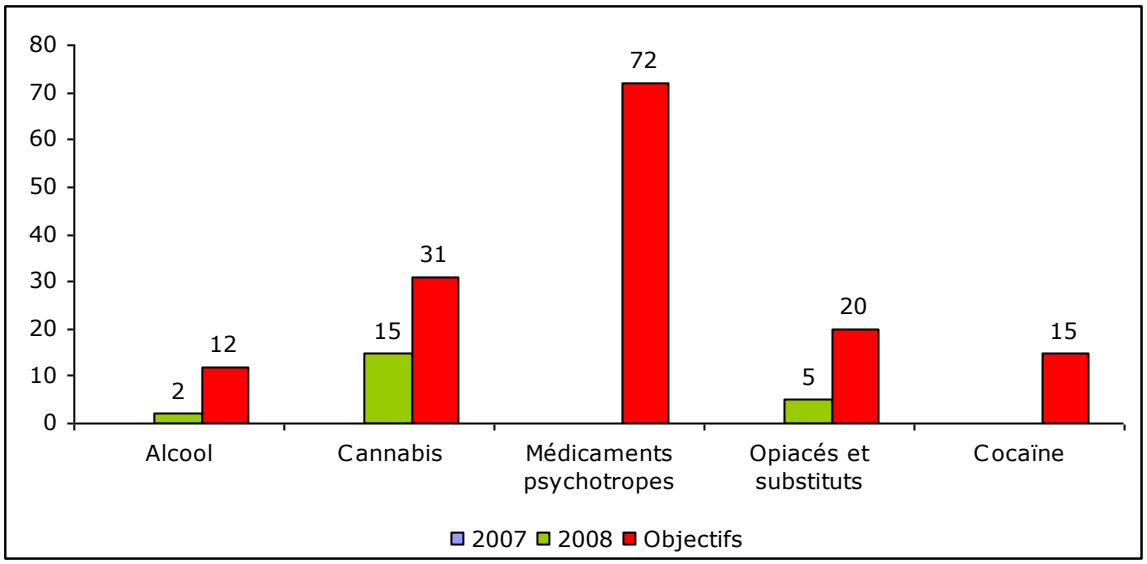
- **Préconisations et pistes de travail :**

- **Formations des médecins et des acteurs de la périnatalité au repérage des consommations pendant la grossesse et à la prise en charge pluridisciplinaire des parents et des enfants**
- **Formations pluridisciplinaires ville-hôpital sur le travail en réseau (reprise de cas ?)**
- **Pour le CH : L'assistante sociale et la psychologue sont les seules professionnelles présentes en transversal sur les 3 établissements maternité, pédiatrie et pédopsychiatrie. Elles pourraient être soutenues pour assurer un rôle de liaison, de coordination.**
- **Organiser une autre réunion de réseau de proximité en 2010.**

4.3. CARCASSONNE

4.3.1. Etat des lieux quantitatif

Nombre de femmes enceintes repérées par produit



Sources *: des objectifs : estimation à partir de références bibliographiques*
des chiffres 2007 et 2008 : enquêtes auprès des cadres SF réseau NGLR 2008-2009.

En 2007 : aucune donnée n'a été fournie par les établissements.
En 2008, hors tabac, 22 femmes addictives ont été repérées en maternité sur 1954 accouchements. Elles ont été adressées à la sage-femme d'addictologie.

Nombre de femmes repérées par la requête CPAM de l'Aude en 2008

	Accouchements	Total bénéficiaires CPAM enceintes	Lexomil, Xanax, Rivotril		Méthadone	Buprénorphine, Subutex	Total substitution	
CPAM Aude	3560	3308	143	4.30%	3	22	25	0.75%
Calcul au prorata pour Carcassonne	1950		83	4.30%			14	0.75%

La CPAM a comptabilisé 25 femmes enceintes sous traitement de substitution prescrit en 2008 soit environ 14 pour Carcassonne. Le tiers seulement apparaît dans le repérage de la maternité et aucune femme sous un autre traitement psychotrope n'est comptabilisée.

4.3.2. Descriptif des prises en charge par maternité

		CH A.Gayraud
ORGANISATION EN MATERNITE	Entretien prénatal précoce dans la maternité	Oui, sages-femmes formées addictions + stage en addictologie,
	Existence d'une sage-femme référente	P.Commessie de l'ELSA
	Existence d'un obstétricien référent	Non
	Possibilité Cs addictologie en mater	Oui, ELSA
	Coordination du suivi pluridisciplinaire anténatal	Oui, SF addictologue de l'ELSA
	Staff pluridisciplinaire spécifique ou sensibilisé	Oui, Un staff pluridisciplinaire hebdomadaire mais non spécifique aux addictions.
	Préparation des hospitalisations	Oui, staff et sage-femme coordinatrice de l'ELSA
	Utilisation d'une feuille de transmission	Non, demande d'un outil ou au moins du DCPI
	Délivrance des substituts nicotiniques en hospitalisation	Oui
	Délivrance méthadone ou subutex en hospitalisation	Oui
	Hospitalisation de la mère pour sevrage ou substitution	Non prévue, à réfléchir
TRAVAIL EN RESEAU	En lien avec les médecins généralistes	Oui
	En lien avec la PMI	Oui
	En lien avec les CMP	Oui
	En lien avec des associations :	Oui
	ANPAA	Oui
	CSST	Oui, aid11
	Ligue contre le Cancer	
	Autre	
	Social	Assistante sociale de maternité
	Psychologique	Psychologue de maternité
PRISE EN CHARGE DES ENFANTS	Consultation anténatale pédiatrique	A organiser
	Lieux d'hospitalisation mère-enfant pour surveillance sevrage nouveau-né	Ch mère-enfant de pédiatrie
	Lieu d'hospitalisation si nouveau-né traité	Ch mère-enfant de pédiatrie
	Organisation du suivi des enfants	Oui
	Suivi précoce au CAMSP des enfants SAF	Oui, si repérage
	Existence d'un pédiatre référent	N.Meier au CAMSP, Dr Letsigo en pédiatrie
FORMATION	Formations internes à l'établissement	Oui, communes avec les sages-femmes libérales et PMI
	Participation du personnel aux journées régionales NGLR en 2008	Oui
	Nombre de personnes formées en 2008	?
	Alcoologie	0
	Toxicomanies	0
	Tabacologie	0

4.3.3. Besoins et avancées 2008-2009

		CH A.Gayraud
BESOINS	**Mère-enfant**	• Besoin d'accueil prolongé mère-enfant en hospitalisation
	Recueil de données	• Oui
	Fiches de liaison entre partenaires	• Oui
	Plaquettes d'information pour les patientes	• Oui
	Formation	• Repérage des femmes addictives
	Travail en réseau	• Généraliser l'entretien prénatal • Organiser les consultations anténatales pédiatriques • Besoin d'outil de liaison interprofessionnel

AVANCEES 2009	• Amélioration du travail en réseau avec les associations et la PMI • Mise en place du mi-temps de sage-femme « grossesse et addictions »

4.3.4. Synthèse par bassin de naissance et perspectives locales

- **Freins et leviers**

Lieu	Bassin de Carcassonne	
ANNEES	**2007**	**Evolution 2008-2009**
Points forts	• Création d'un COPIL « Addictions et Grossesse » (CAMSP, RAVITHOX, service d'addictologie de liaison, service de maternité, …) • Collaboration étroite avec le service d'addictologie de liaison, les professionnels de ville, associations et CAMSP • Mise en place d'une formation pour les sages-femmes (ville-hôpital-PMI) en tabac, alcool, cannabis et opiacés à la suite de la formation à l'entretien du 1er trimestre organisée par NGLR en 2006 • Des formations en réseau régulières (présentation de cas avec l'AFREE) depuis 4-5 ans	• Forte implication pluridisciplinaire ; addictions ville-hôpital, sages-femmes libérales, PMI, CH • Formalisation du travail en réseau : staff, conventions… • Formation des sages femmes et des médecins au repérage des consommations et à la prise en charge en réseau • Place d'urgence en crèche qui peut être utilisée pour un enfant de mère addictive ayant besoin d'une socialisation
Points à améliorer	• Peu de femmes enceintes addictives repérées en maternité (hors tabac) • Pas du tout de repérage des femmes enceintes dépendantes de l'alcool • Centre maternel impliqué mais démuni faute de personnel médical	• Faible repérage des femmes consommatrices (alcool et cannabis) • Faible implication des gynécologues (dépistent peu, adressent peu à l'EPP et à la sage-femme référente en addictologie) • Cs anténatales pédiatriques difficiles à organiser
Besoins	• Former les quatre sages-femmes qui font l'entretien prénatal du 1er trimestre sur les addictions • Identifier une personne référente au sein de la maternité pour assurer les liens entre les différents intervenants. Améliorer toute la préparation anténatale chez ces femmes enceintes dépendantes.	• Avoir des chiffres locaux de prévalence des consommations pendant la grossesse • Sensibiliser les médecins généralistes et les gynécologues (EPP et addictions) • Pouvoir prolonger les hospitalisations mère-enfant en pédiatrie ou avoir une structure d'hospitalisation mère-enfant de moyen séjour (1 à 3 mois) dans la région.
Projets du réseau local	• Une demande de mi-temps de sage-femme addictologue (subvention demandée par le service d'addictologie de liaison et accordée en 2008) • Former une sage-femme en 2008 par le DU « Addictions et Périnatalité » (subvention demandée par le service d'addictologie de liaison et accordée en 2008) • Une organisation particulière au sein de la maternité à partir de l'entretien prénatal du 1er trimestre, effective depuis début 2008.	• Projet CODES « grossesse et addictions ; un moment privilégié pour penser à nous » pour prévalence et repérage des femmes (financé) • Collaboration maternité-Intermède, ADAFF (centre maternel) impliqué pour l'hébergement des femmes addictives avec enfant • Créer une coordination de réseau périnatalité de l'Ouest Audois • Formation des médecins au repérage des consommations et à la prise en charge en réseau

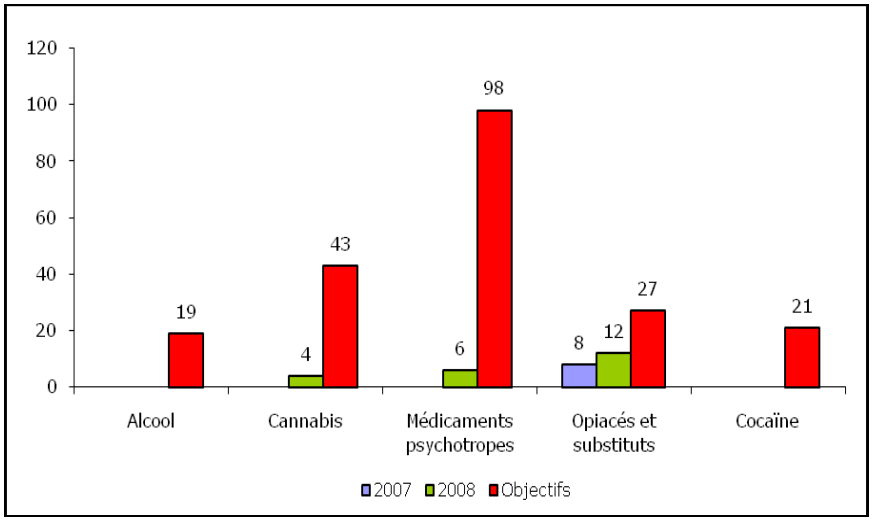
Préconisations :

- **Soutenir la dynamique locale très pluridisciplinaire**
- **Poursuivre les formations, toucher les médecins généralistes et les gynécologues**
- **Organiser une réunion autour des fiches techniques avec exposé du parcours de soins idéal au CH en cas d'addiction**
- **Utiliser le DCPI qui faciliterait la communication entre professionnels de périnatalité**
- **Soutenir une collaboration maternité-Intermède, ADAFF (centre maternel) pour l'hébergement des femmes addictives avec enfant**
- **Penser des actions « périnatalité et addictions » autour de Limoux et de Castelnaudary avec le centre de périnatalité et les antennes sociales et addictions.**

4.4. BÉZIERS

4.4.1. Etat des lieux quantitatif

Nombre de femmes enceintes repérées par produit



Sources *: des objectifs : estimation à partir de références bibliographiques*
des chiffres 2007 et 2008 : enquêtes auprès des cadres SF réseau NLR 2008-2009.

Aucun chiffre n'a été transmis par la maternité du CH ni en 2007, ni en 2008. Nous avons ajouté aux chiffres donnés par la clinique Champeau le nombre de nouveau-nés pris en charge au CH en néonatalogie pour syndrome de sevrage aux opiacés.

Nombre de femmes repérées par la requête CPAM de Béziers-St Pons en 2008

	Accouchements	Total bénéficiaires CPAM enceintes	Lexomil, Xanax, Rivotril		Méthadone	Buprénorphine, Subutex	Total substitution	
CPAM Béziers ST Pons	**2659**	2880	**102**	3.54%	**3**	**7**	10	0.34 %

Durant cette période, la CPAM de la circonscription de Béziers Saint-Pons a enregistré 2880 femmes enceintes. Cela représente un peu plus que le nombre de naissances à Béziers. Une partie des bénéficiaires de la CPAM de Béziers Saint-Pons accouche ailleurs qu'a Béziers.
Le nombre femmes enceintes ayant consommé exclusivement des médicaments de substitution prescrit à leur nom, soit 0.34%. est en accord avec le dépistage effectué par les établissements.

4.4.2. Descriptif des prises en charge par maternité

		CH	Clinique Champeau
ORGANISATION EN MATERNITE	Entretien prénatal précoce dans la maternité	Oui	Non, en libéral ou PMI
	Existence d'une sage-femme référente	Oui, Delphine Moulet ou Aline Ferrini	Oui, le cadre, O.Puel
	Existence d'un obstétricien référent	Non	Non
	Possibilité Cs addictologie en maternité	Oui, 1 infirmière Episode référente pour les femmes enceintes	Non, sauf tabac
	Coordination du suivi pluridisciplinaire anténatal	Par 2 sages-femmes + staff mère-enfant	Non
	Staff pluridisciplinaire spécifique ou sensibilisé	Staff pluridisciplinaire mère-enfant avec la PMI 3e jeudi du mois, les non hospitaliers sont invités	Non
	Préparation des hospitalisations	Par 2 sages-femmes + staff mère-enfant	Non
	Utilisation d'une feuille de transmission	Oui	Dossier du gynéco
	Délivrance des substituts nicotiniques en hospitalisation	Oui, depuis 2009	Oui
	Délivrance méthadone ou subutex en hospitalisation	Oui	Non
	Hospitalisation de la mère pour sevrage ou substitution	En médecine interne	Non
TRAVAIL EN RESEAU	En lien avec les médecins généralistes	Oui	Non
	En lien avec la PMI	Staff + liaisons écrites et orales	Oui
	En lien avec les CMP	Peu mais équipe de psychopérinatalité	Non
	En lien avec des associations :		Non
	ANPAA		
	CSST	Episode	
	Ligue contre le Cancer		
	Autre		
	Social		
	Psychologique		
PRISE EN CHARGE DES ENFANTS	Consultation anténatale pédiatrique	A mieux anticiper, manque un référent	Non
	Hospitalisation mère-enfant pour surveillance sevrage nouveau-né	Suites de couches	Suites de couches
	Hospitalisation si nouveau-né traité	Mutation en chambre mère-enfant de pédiatrie	Mutation hôpital
	Organisation du suivi des enfants	Avec la PMI et la pédiatrie	Par pédiatre libéral
	Suivi précoce au CAMSP des enfants SAF	Non	Non
	Existence d'un pédiatre référent	Non	Non
FORMATION	Formations internes à l'établissement	Oui, « grossesse et addictions » 2 sessions/an ouverte aux privés et PMI	Non
	Participation du personnel aux journées régionales NGLR en 2008	Oui	Oui, 2
	Nombre de personnes formées en 2008	2 groupes pluridisciplinaires de la maternité	2 sages-femmes
	Alcoologie		2
	Toxicomanie		2
	Tabacologie		2

4.4.3. Besoins et avancées 2008-2009

		CH	Clinique Champeau
BESOINS	**Hébergement mère enfant**	• Oui	
	Recueil de données	• Oui	• Oui
	Fiches de liaison entre partenaires	• Non	• Oui
	Plaquettes d'information pour les patientes	• Oui	• Oui
	Formation	• Formation « grossesse et addictions » à poursuivre, • Former les professionnels de pédiatrie	• Oui, sur dépistage et prise en charge
	Travail en réseau	• Temps de coordination pour les 2 sages-femmes référentes • 1 référent en pédiatrie • adresser les futures mères en consultation anténatale pédiatrique • organiser les concertations dans le CH • meilleure collaboration avec la pédopsychiatrie	• Meilleure collaboration avec la néonatalogie du CH
AVANCEES 2008-2009		• Ouverture de la formation du CH au privé, à la PMI et aux sages-femmes libérales • Officialisation partenariat maternité-pédiatrie addictologie au CH • Délivrance patch nicotinique dans la maternité • Création équipe de liaison en addictologie qui peut faire des visites à domicile pendant et après la grossesse	• Amélioration du travail en réseau avec la PMI • Formation de 2 sages-femmes sur « périnatalité et addictions » à Montpellier

4.4.4. Synthèse par bassin de naissance et perspectives locales

- **Freins et leviers**

Lieu	Bassin de Béziers	
ANNEES	2007	Evolution 2008-2009
Points forts	• Une unité d'addictologie au CH dont une infirmière détachée pour accompagner ces femmes dépendantes dans toutes les démarches de suivi de grossesse. • Bonne dynamique CH-PMI • Des fiches de liaison CH-PMI • Un annuaire local de la parentalité • Des formations organisées par l'hôpital sur l'ensemble des addictions depuis 10 ans • Implication du réseau ville hôpital addiction et du service d'alcoologie localement et régionalement	• Détermination de sages-femmes référentes dans les 2 établissements • Ouverture du CH vers le privé-libéral : 2 cycles formation/an ouverte aux extra hospitaliers (clinique, libéraux, PMI) Libéraux invités ainsi que les pédiatres à la réunion mensuelle du réseau périnatalité au CH L'équipe de psychologie périnatale prête à réguler des réunions de reprise de dossiers de sages-femmes libérales
Points à améliorer	• Peu de lien entre l'hôpital et la clinique privée – Rien de formalisé • Il manque une lisibilité du parcours des patientes addictives au sein du CH	• Collaboration entre public et libéral (+privé) dans la prise en charge des patientes • Solitude de la pédiatrie dans l'organisation des sorties des mères • Lisibilité des actions du service de pédopsychiatrie
Besoins	• Une équipe de liaison en addictologie au CH avec 1 ou 2 lits spécifiques à la prise en charge de ces femmes.	• Développer un meilleur dépistage, un meilleur repérage précoce au cours de la grossesse. • Améliorer les relations public-privé-libéraux
Projets	• Dans le cadre du « Plan Addictions 2008 », une demande de création de postes pour un médecin, une infirmière, un psychologue et une secrétaire a été déposée par le service d'addictologie pour une activité de liaison. • Augmenter le temps de la sage-femme tabacologue de 30% à 50%. • Développer le partenariat et la pluridisciplinarité à travers les formations. • Mettre en place un travail en réseau avec le CHU de Montpellier.	• Financement équipe de liaison addictologie (fait) et collaboration plus active avec la pédiatrie • Mettre en place une formation de niveau II sur le **savoir être** avec les patientes. • Former les médecins au repérage des consommations • La pédopsychiatrie propose de réguler les dossiers difficiles des sages-femmes libérales sur demande

- **Préconisations et pistes de travail :**

Pour améliorer le travail en réseau entre les structures publiques et privées :

- **Organiser des formations avec des reprises de cas de situations difficiles en groupe pluridisciplinaire type formation en réseau avec l'aide de la pédopsychiatrie**
- **La fiche de liaison PMI/hôpital pourrait être généralisée pour communiquer avec les généralistes**

- **Les concertations pourraient se faire dans le lieu d'accouchement (public ou privé) lorsque les patientes y sont plutôt que dans les agences PMI**

- **Possibilité pour la SF libérale qui l'a suivie de faire des consultations postnatales lorsque la mère est accompagnante de son enfant en pédiatrie à l'Hôpital puisqu'elle n'est plus hospitalisée**

- **La consultation anténatale avec le pédiatre du CH doit être plus systématique. Elle permettra aussi de cibler les enfants à naître dont le suivi sera nécessairement fait par le CAMSP**

- **Les pédiatres de néonatalogie et du CAMSP seront invités à la réunion « périnatalité du 3ème jeudi du mois ». Le médecin du CAMPS propose de rencontrer les parents dans la maternité du CH pour préparer le suivi des nouveau-nés à risque.**

Pour améliorer le repérage des patientes consommatrices de substances psychoactives :

Les sages-femmes public-privé-PMI-libéral sont formées. Il reste à faciliter leur rencontre avec les femmes enceintes addictives et donc travailler sur l'image de l'entretien prénatal précoce et de la préparation à la naissance auprès des médecins et sur l'image de la PMI auprès du public.

Pour l'hébergement mère-père-enfant- addictions

- **Mettre en place un groupe de travail sur l'hébergement mère-père-enfant ?**
- **L'équipe de liaison psy-précarité pourrait intervenir dans des appartements relais mère-enfants.**

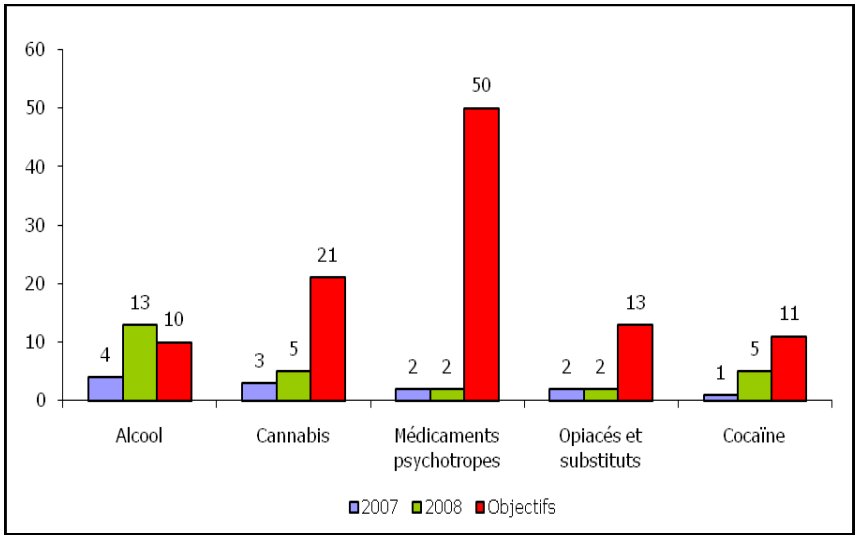
Pour les hauts cantons

Penser une réunion de réseau de proximité à Bédarieux où les patientes se partagent entre plusieurs lieux d'accouchement. Cette réunion pourrait être le fruit d'une collaboration locale entre le réseau ville hôpital addictologie et la PMI.

4.5. SÈTE

4.5.1. Etat des lieux quantitatif

Nombre de femmes enceintes repérées par produit



Sources *: des objectifs : estimation à partir de références bibliographiques*
des chiffres 2007 et 2008 : enquêtes auprès des cadres SF réseau NLR 2008-2009.

Les chiffres 2007 et 2008 viennent uniquement de la clinique Ste Thérèse.
A l'hôpital, seule 1 femme consommant de l'alcool a été comptabilisée mais le cadre déclare un suivi régulier de femmes enceintes addictives.

Nombre de femmes repérées par la requête CPAM de l'Hérault en 2008

	Accouchements	Total bénéficiaires CPAM enceintes	Lexomil, Xanax, Rivotril		Méthadone	Buprénorphine, Subutex	Total substitution	
CPAM Béziers ST Pons	3999	2880	102	3.48%	3	7	10	0.34%
CPAM Montpellier	8865	8044	173	2.15%	**17**	25	**42**	**0.52%**

Les chiffres de la CPAM ne permettent pas d'isoler les patientes de Sète de celles de Montpellier ou de Béziers Saint Pons

4.5.2. Descriptif des prises en charge par maternité

		Hôpital	Sainte Thérèse
ORGANISATION EN MATERNITE	Entretien prénatal précoce dans la maternité	Oui	
	Existence d'une sage-femme référente	Oui , S.Fourrier	2, M.Bousquet et F.Aldebert
	Existence d'un obstétricien référent	Non	
	Possibilité Cs addictologie en maternité		
	Coordination du suivi pluridisciplinaire anténatal	Non	Non
	Staff pluridisciplinaire spécifique ou sensibilisé	Non	Non
	Préparation des hospitalisations	Non	M.Bousquet et F.Aldebert
	Utilisation d'une feuille de transmission	Non	Dossier patiente
	Délivrance des substituts nicotiniques en hospitalisation	Non	Non
	Délivrance méthadone ou subutex en hospitalisation	Oui	Non
	Hospitalisation de la mère pour sevrage ou substitution	En médecine	
TRAVAIL EN RESEAU	En lien avec les médecins généralistes		
	En lien avec la PMI	Oui	
	En lien avec les CMP	Oui, via Dr Lamouly	
	En lien avec des associations :		
	ANPAA		
	CSST	Oui, présent en médecine	
	Ligue contre le Cancer		
	autre		
	Social		
	Psychologique		
PRISE EN CHARGE DES ENFANTS	Consultation anténatale pédiatrique		Non
	Hospitalisation mère-enfant pour surveillance sevrage nouveau-né		Oui, en maternité
	Hospitalisation si nouveau-né traité	En pédiatrie	
	Organisation du suivi des enfants		Par le pédiatre
	Suivi précoce au CAMSP des enfants SAF		
	Existence d'un pédiatre référent	Non	Non
FORMATION	Formations internes à l'établissement	Non	Non
	Participation du personnel aux journées régionales NGLR en 2008	1	2
	Nombre de personnes formées en 2008		
	Alcoologie		
	Toxicomanies		
	Tabacologie	1	1

4.5.3. Besoins et avancées 2008-2009

		Hôpital	Clinique Ste Thérèse
Besoins	Recueil de données	• Oui	• Oui
	Fiches de liaison entre partenaires	• Oui	• Oui
	Plaquettes d'information pour les patientes	• Oui	• Oui
	Formation	• Oui	
	Travail en réseau		• Demande d'une visite du réseau NGLR sur cette problématique

AVANCEES 2008-2009	• Aucune	• Amélioration de la collaboration avec la PMI

4.5.4. Synthèse par bassin de naissance et perspectives locales locales

- **Freins et leviers**

Lieu	Bassin de SETE	
ANNEES	2007	Evolution 2008-2009
Points forts	• Une clinique privée active • Services de PMI très sensibilisés au travail en réseau • Une collaboration étroite avec le service d'addictologie • Un pédopsychiatre impliqué travaillant en CMP, à la maternité et en pédiatrie qui coordonne les actions et soutient les professionnels pendant les hospitalisations en maternité	• Collaboration des agences de la solidarité avec l'association Portia
Points à améliorer	• Peu d'accompagnement de femmes enceintes qui ont des problèmes addictives pour des raisons de difficultés à les repérer	• Collaboration public-privé • Manque de lisibilité des actions au CH
Besoins	• Soutien du réseau NLR en logistique • Des plaquettes d'informations pour les professionnels • Des plaquettes d'informations pour les patientes • Des protocoles de conduites à tenir • Des journées de formation ou d'information	• Formations • Réunions de réseau de proximité

- **Préconisations :**

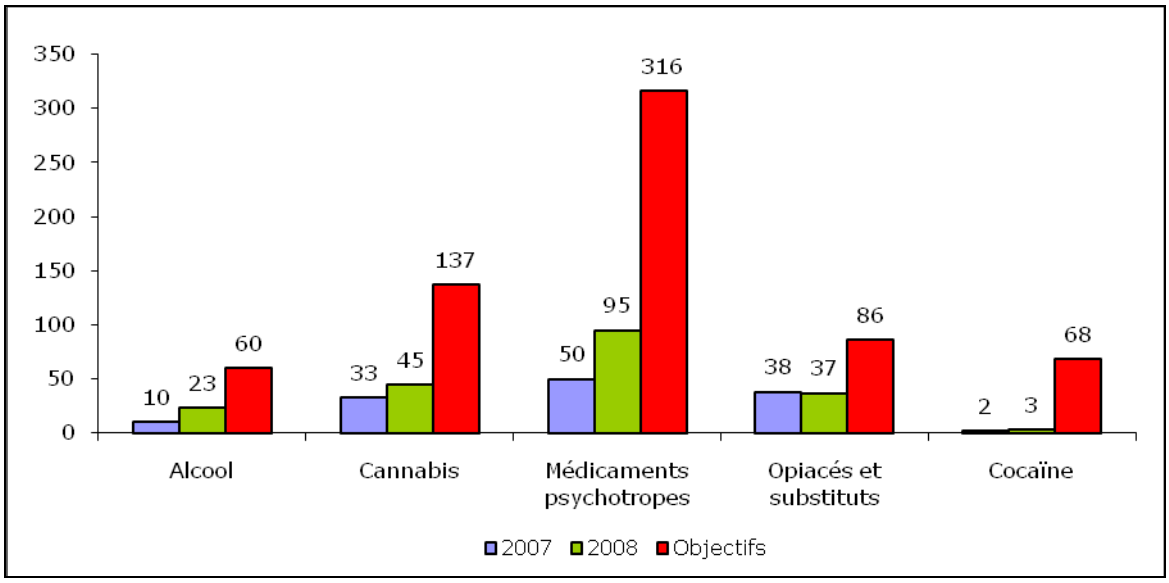
- **Une réunion délocalisée est à prévoir à Sète avec tous les acteurs pour mieux comprendre la situation et soutenir la dynamique locale ville-hôpital-PMI-libérale.**

- **Il manque au CH une sage-femme référente qui pourrait être une sage-femme qui effectue les entretiens prénatals précoces.**

4.6. MONTPELLIER

4.6.1. Etat des lieux quantitatif

Nombre de femmes enceintes repérées par produit



Sources *: des objectifs : estimation à partir de références bibliographiques*
des chiffres 2007 et 2008 : enquêtes auprès des cadres SF réseau NLR 2008-2009.

Montpellier est la ville où la prise en charge des femmes addictives est le plus important. Un gros effort a été fait à ADV pour repérer les femmes consommatrices d'alcool pendant la grossesse et à St Roch pour les femmes sous médicaments psychotropes grâce au projet de prévention en santé mentale. La sécurité des professionnels a augmenté et les prises en charges sont coordonnées par une sage-femme au CHU et dans les 2 cliniques.
Le nombre de femmes sous opiacés accompagnées est stable avec une augmentation des prises en charge dans les cliniques au fil des ans.

Nombre de femmes repérées par la requête CPAM de l'Hérault en 2008

	Accouchements	Total bénéficiaires CPAM enceintes	Lexomil, Xanax, Rivotril		Méthadone	Buprénorphine, Subutex	Total substitution	
CPAM Béziers ST Pons	3999	2880	102	3.48%	3	7	10	0.34%
CPAM Montpellier	8865	8044	173	2.15%	**17**	25	**42**	**0.52%**

Les 42 femmes enceintes sous traitement de substitution prescrit sont en adéquation avec le repérage des maternités de Montpellier. Pour les 173 femmes enceintes consommatrices de benzo et bénéficiaires de la CPAM, leur repérage est encore insuffisant bien que plus important que dans les autres villes.
Une petite partie de ces chiffres correspond bien sûr des femmes Sétoises et Gangeoises.

4.6.2. Descriptif des prises en charge par maternité

		CHU Arnaud de Villeneuve	Clinique St Roch	Clinique Clémentville
ORGANISATION EN MATERNITE	Entretien prénatal précoce dans la maternité	Oui	Non	
	Existence d'une sage-femme référente	Oui, 2 mi-temps	Oui, K.Havasi via P3SM	Oui, K.Havasi via P3SM
	Existence d'un obstétricien référent	non	Celui de la patiente	Celui de la patiente
	Possibilité Cs addictologie en maternité	Oui, ELSA	non	non
	Coordination du suivi pluridisciplinaire anténatal	Oui, 2 mi-temps	Oui, K.Havasi + gynéco	Oui, K.Havasi + gynéco
	Staff pluridisciplinaire spécifique ou sensibilisé	Oui, tous les mardis	Non	non
	Préparation des hospitalisations	Oui, coordination + staff	Oui, K.Havasi	Oui, K.Havasi
	Utilisation d'une feuille de transmission	Oui	Oui	Oui
	Délivrance des substituts nicotiniques en hospitalisation	Oui	Oui	Oui
	Délivrance méthadone ou subutex en hospitalisation	Oui	Oui	Oui
	Hospitalisation de la mère pour sevrage ou substitution	En maternité	Possible en maternité	Possible en maternité
TRAVAIL EN RESEAU	En lien avec les médecins généralistes	Oui	Oui	Oui
	En lien avec la PMI	Oui	Oui	Oui
	En lien avec les CMP	Oui	Oui	Oui
	En lien avec des associations :	Oui	Oui	Oui
	ANPAA	Oui	Non	Non
	CSST	Oui	Oui	Oui
	Ligue contre le Cancer	Non		
	Autre			
	Social	Assistantes sociales de maternité	Assistante sociale possible	Assistante sociale possible
	Psychologique	2 vacations pédopsychiatre + psychologue de maternité	Psychologue et pédopsy par le P3SM	Psychologue par le P3SM
PRISE EN CHARGE DES ENFANTS	Consultation anténatale pédiatrique	Oui	Oui, par pédiatre de garde de la clinique	Oui, par pédiatre de garde de la clinique
	Hospitalisation mère-enfant pour surveillance sevrage nouveau-né	Unité kangourou	Suites de couches	Suites de couches
	Hospitalisation si nouveau-né traité	Unité kangourou	Néonatalogie	Néonatalogie
	Organisation du suivi des enfants	Oui, par équipe pédiatrique avant la sortie ou par staff mère-enfant	Oui, par pédiatre et sage-femme coordinatrice en lien éventuel avec la puer de PMI	Oui, par pédiatre et sage-femme coordinatrice en lien éventuel avec la puer de PMI
	Suivi précoce au CAMSP des enfants SAF	Oui	Oui	Oui
	Existence d'un pédiatre référent	2, Dr Mazurier, Dr Misraoui	Dr Misraoui	Dr Misraoui
FORMATION	Formations interne à l'établissement	Oui, ouverte à l'extérieur	Non	Non
	Participation du personnel aux journées régionales NGLR en 2008	Oui	Oui	Oui
	Nombre de personnes formées en 2008			
	Alcoologie	10	2	1
	Toxicomanies	10	2	1
	Tabacologie	10	2	1

4.6.3. Besoins et avancées 2008-2009

		CHU Arnaud de Villeneuve	Clinique St Roch	Clinique Clémentville
BESOINS	**Hébergement mère-enfant**	• Oui		
	Recueil de données	• Oui	• Oui	
	Fiches de liaison entre partenaires	• Oui	• Oui	
	Plaquettes d'information pour les patientes	• Oui	• Oui	
	Formation	• A poursuivre	• Besoin de formation des équipes : représentation, soutien, accompagnement	• Besoin de formation des équipes : représentation, soutien, accompagnement
	Travail en réseau	• Coordination postnatale	• Coordination postnatale	• Coordination postnatale
AVANCEES 2008-2009		• Collaboration avec l'ELSA naissante	• Amélioration collaboration avec la PMI • Projet de formation des équipes : représentation, soutien, accompagnement avec P3SM	• Amélioration collaboration avec la PMI • Projet de formation des équipes : représentation, soutien, accompagnement avec P3SM

La sage-femme coordinatrice pour les 2 cliniques de Montpellier est salariée d'un réseau de soins précoces en maternité privée : le Pôle Périnatal de Prévention en Santé Mental (P3SM) (dotation par l'ARH (plan périnatal) pour les soins et par l'URCAM (la DNDR) pour la coordination et la formation). Elle coordonne la prise en charge pluridisciplinaire des femmes vulnérables dont celles présentant des problématiques addictives.

4.6.4. Synthèse par bassin de naissance et perspectives locales

- **Freins et leviers**

Lieu	Bassin de Montpellier	
ANNEES	2007	Evolution 2008-2009
Points forts	• 1 temps de sage-femme de coordination bien repéré par le réseau local pour les 3 établissements • L'ensemble du réseau d'aide aux personnes addictives mobilisé • 1 médecin référent à la pmi, 1 pédiatre référent en ville et 1 au CHU • Hospitalisations prolongées des nourrissons possibles avec leur mère à l'institut Saint Pierre	• Même sage-femme de coordination pour les 2 cliniques • Enquête sur les suites des liaisons PMI, réflexion sur l'amélioration du suivi des enfants et des familles à moyen terme • Progression du nombre de patientes prises en charge
Points à améliorer	• La formation du personnel des 2 cliniques • Absence de coordination en postnatal	• Hébergement mère-père-enfants trop limité en cas d'addictions
Formations	• Seulement au CHU	• Formation du CHU ouverte au privé-PMI-libéraux
ANNEES	2007	Evolution 2008-2009
Besoins		• Formation du personnel des cliniques et des puéricultrices de PMI • Hébergement mère-enfant + addictions + père • Une coordination en postnatal avec n° d'appel et puéricultrice référente • Un lit d'hospitalisation mère-enfant moyen séjour avec des soins possible en addictologie pour la mère
Projet en cours		• Projet de formation dans les cliniques

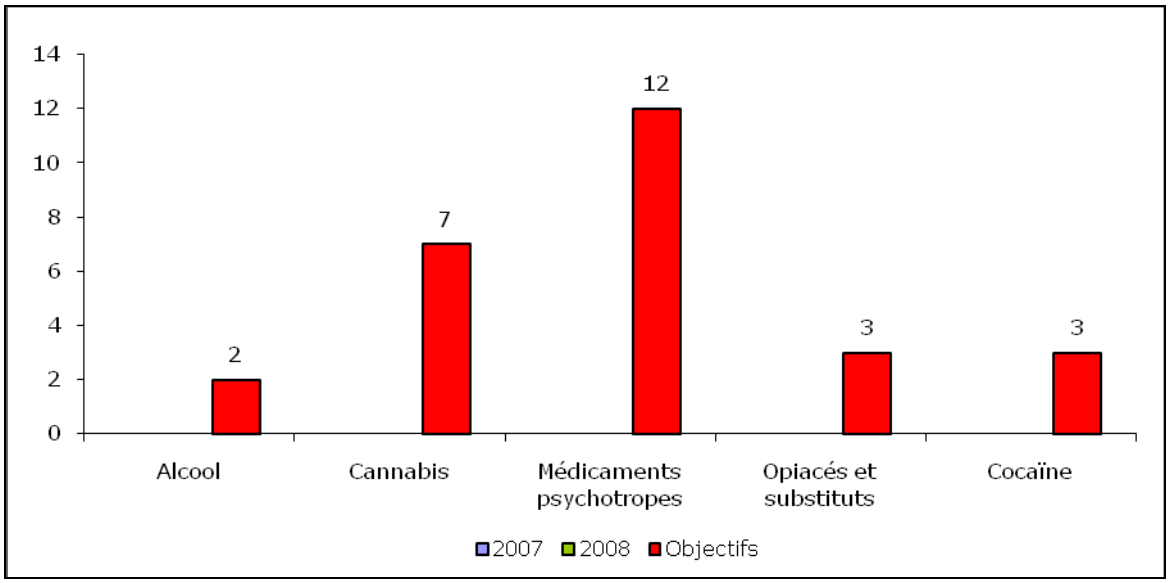
- **Préconisations :**

- **Travailler sur les articulations postnatales Maternité-PMI et la création d'une coordination en postnatal**
- **Soutenir le projet de lit mère-enfant de l'institut ST Pierre assorti de recrutement et de formation de l'équipe ou trouver un projet similaire**
- **Augmenter le nombre d'appartements relais parent-enfant (avec bail glissant) + en lien avec les associations locales de soins en addictologie.**

4.7. GANGES

4.7.1. Etat des lieux quantitatif

Nombre de femmes enceintes repérées par produit



Sources *: des objectifs : estimation à partir de références bibliographiques*
des chiffres 2007 et 2008 : enquêtes auprès des cadres SF réseau NLR 2008-2009.

Aucune donnée n'a été répertoriée par la maternité de Ganges ni en 2007, ni en 2008.

Selon les données de la CPAM en 2008, le nombre de femmes enceintes ayant eu une prescription de psychotropes et ayant accouché à Ganges pourrait être de 6 ou 7 femmes.
Cependant, les 2 gynécologues de Ganges adressent les femmes enceintes sous opiacés à ADV pour leur accouchement (1 à 3 par an). Ils ont une longue expérience de collaboration avec la sage-femme coordinatrice « grossesse et addictions » du CHU et la PMI pour ces situations

Nombre de femmes repérées par la requête CPAM de l'Hérault en 2008

	Accouchements	Total bénéficiaires CPAM enceintes	Lexomil, Xanax, Rivotril		Méthadone	Buprénorphine Subutex	Total substitution	
CPAM Béziers ST Pons	3999	2880	102	3.48%	3	7	10	0.34%
CPAM Montpellier	8865	8044	173	2.15%	17	25	42	0.52%

4.7.2. Descriptif des prises en charge par maternité

		Clinique St Louis
ORGANISATION EN MATERNITE	Entretien prénatal précoce dans la maternité	Oui
	Existence d'une sage-femme référente	Oui, E.Lagouadette (tabac)
	Existence d'un obstétricien référent	Non
	Possibilité Cs addictologie en maternité	Non
	Coordination du suivi pluridisciplinaire anténatal	Par le gynéco de la patiente
	Staff pluridisciplinaire spécifique ou sensibilisé	Non
	Préparation des hospitalisations	Non
	Utilisation d'une feuille de transmission	DCPI
	Délivrance des substituts nicotiniques en hospitalisation	Non
	Délivrance méthadone ou subutex en hospitalisation	Non
	Hospitalisation de la mère pour sevrage ou substitution	Possible en maternité
TRAVAIL EN RESEAU	En lien avec les médecins généralistes	
	En lien avec la PMI	Oui
	En lien avec les CMP	
	En lien avec des associations :	Oui, La Draille (Cs toutes addictions)
	ANPAA	
	CSST	
	Ligue contre le Cancer	
	Autre	
	Social	
	Psychologique	
PRISE EN CHARGE DES ENFANTS	Consultation anténatale pédiatrique	Non, adressées à ADV pour avis
	Hospitalisation mère-enfant pour surveillance sevrage nouveau né	Mutation ADV
	Hospitalisation si nouveau né traité	Mutation ADV
	Organisation du suivi des enfants	Non
	Suivi précoce au CAMSP des enfants SAF	
	Existence d'un pédiatre référent	Non
FORMATION	Formations internes à l'établissement	Non
	Participation du personnel aux journées régionales NGLR en 2008	1
	Nombre de personnes formées en 2008	
	Alcoologie	1
	Toxicomanies	1
	Tabacologie	1 référente en tabacologie

4.7.3. Besoins et avancées 2008-2009

		Clinique St Louis
BESOINS	Recueil de données	• Oui
	Fiches de liaison entre partenaires	• Oui
	Plaquettes d'information pour les patientes	• Oui
	Formation	• Demandée au réseau NGLR
	Travail en réseau	• La sage-femme référente a besoin de collaborer

AVANCEES 2009	• Amélioration de la collaboration avec l'association La Draille

4.7.4. Synthèse par bassin de naissance et perspectives locales

- **Freins et leviers**

Lieu	Bassin de Ganges	
ANNEES	2007	Evolution 2008-2009
Points forts	• 2 sages-femmes formées • La maternité en lien avec les médecins libéraux, les services de PMI et les associations « VIGAN INTER'AIDE » et « SIS VIVRE SANS FUMER ». • Bonne collaboration avec Arnaud de Villeneuve	• Toutes les patientes sont vues avant leur accouchement par les sages-femmes de la clinique pour ouvrir un DCPI
Points faibles		• Peu de repérage des consommations
Besoins		• Formation des sages-femmes
Projet en cours		• Mettre en place un projet de collaboration étroite avec le service d'addictologie

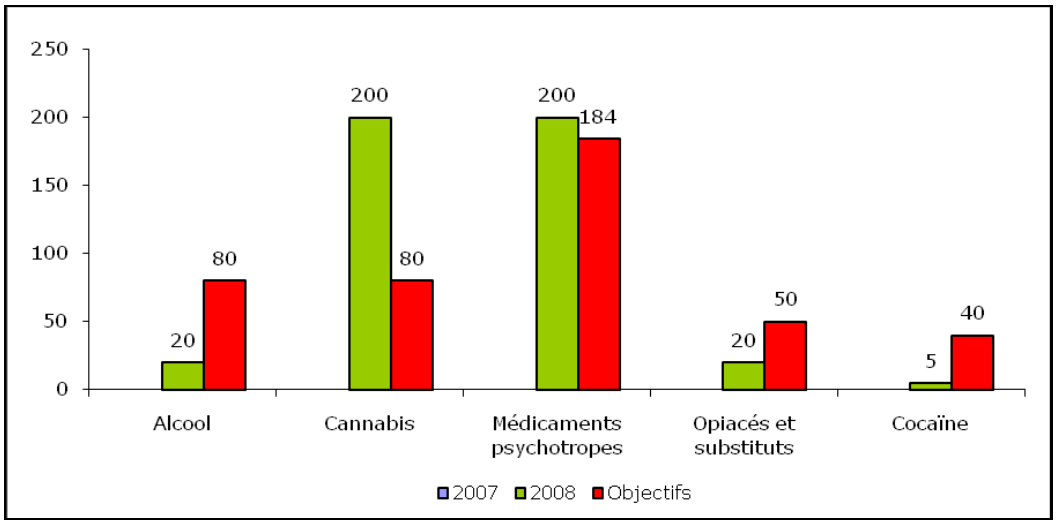
- **Préconisations**

- **Une rencontre pluridisciplinaire pourrait probablement être organisée à Ganges suivant le plan des réunions délocalisées (par la PMI ?)**
- **En fonction des demandes, une formation pourrait ensuite être effectuée (par le CSAPA La Draille ?) dans la clinique en invitant les libéraux et la PMI.**

4.8. NÎMES

4.8.1. Etat des lieux quantitatif

Nombre de femmes enceintes repérées par produit dans les 3 maternités de Nîmes



Sources *: des objectifs : estimation à partir de références bibliographiques*
des chiffres 2007 et 2008 : enquêtes auprès des cadres SF réseau NLR 2008-2009.

Nombre de femmes repérées par la requête CPAM du Gard en 2008

	Accouchements	Total bénéficiaires CPAM enceintes	Lexomil, Xanax, Rivotril		Méthadone	Buprénorphine, Subutex	Total substitution	
CPAM Gard	7544	6822	196	2.87%	7	12	19	0.27%
Calcul au prorata	4981 66%	4504 66%	129	2.87%	4	8	12	1.27%

Les chiffres de la CPAM du Gard sont les plus faibles de la région. Ils sont pour l'ensemble du département, nous n'avons pas de découpage plus précis.
Si on les recalcule en fonction du prorata des accouchements à Nîmes, on retrouve les chiffres suivants :

129 femmes enceintes sous un des 3 benzodiazépines
12 sous traitement de substitution aux opiacés

Ce qui est nettement inférieur aux chiffres déclarés par le cadre de maternité du CHU, ce qui nous interroge ?

4.8.2. Descriptif des prises en charge par maternité

		CHU CAREMEAU	Clinique Kennedy	Clinique Grand-Sud
ORGANISATION EN MATERNITE	**Entretien prénatal précoce dans la maternité**	Oui par 2 ou 3 femmes	Non	Non
	Existence d'une sage-femme référente	Les sages-femmes de l'hôpital de jour (HJ)	Cadre du service	Non
	Existence d'un obstétricien référent	1 vacataire délai de RV 1 mois	Non	Non
	Possibilité Cs addictologie en maternité	Oui, équipe de liaison	Non	Non
	Coordination du suivi pluridisciplinaire anténatal	Au cas par cas par les cadres qui relaient le staff	Cadre du service	Cadre ou PMI
	Staff pluridisciplinaire spécifique ou sensibilisé	Oui, depuis 2005	Oui, depuis 2009	Non
	Préparation des hospitalisations	Par HJ et staff PMI/CHU	Non, pas d'anticipation des gynécologues libéraux	Non
	Utilisation d'une feuille de transmission	Non, dossier obstétrical	Non	Courrier du gynécologue libéral à l'accouchement
	Délivrance des substituts nicotiniques en hospitalisation	Oui	Non	Non
	Délivrance méthadone ou subutex en hospitalisation	Oui	Oui	Oui
	Hospitalisation de la mère pour sevrage ou substitution	Non	Non	Non
TRAVAIL EN RESEAU	**En lien avec les médecins généralistes**	Peu	Oui	
	En lien avec la PMI	Oui, passage 2 fois/semaine + staff PMI en maternité, liaisons écrites	Oui	Oui
	En lien avec les CMP	Peu	Non	
	En lien avec des associations :			
	ANPAA	Oui	Oui	
	CSST	Oui	Non	
	Ligue contre le Cancer	Oui	Consultation IDE tabacologue	
	Autre			
	Social	Staff PMI et assistante sociale de maternité		
	Psychologique	Pédopsy et psychologue en maternité		
PRISE EN CHARGE DES ENFANTS	**Consultation anténatale pédiatrique**	Oui, mais peu de repérage alcool et trop peu de temps de pédiatre	Non	Non
	Hospitalisation mère-enfant pour surveillance sevrage nouveau né	Suites de couches	Suites de couches	Mutation CHU
	Hospitalisation si nouveau né traité	En maternité si<10-12j, puis mutation néonatalogie pour problème de place	Mutation CHU	Mutation CHU
	Organisation du suivi des enfants	Oui, au cas par cas	Oui, pédiatres libéraux + PMI	Pédiatres, généralistes, PMI
	Suivi précoce au CAMSP des enfants SAF	Non, problème de repérage		
	Existence d'un pédiatre référent	Oui	Non	

		CHU CAREMEAU	Clinique Kennedy	Clinique Grand-Sud
FORMATION	**Formations internes à l'établissement**	1 formation de 6 h avec le service d'addictologie de liaison	Tabacologie avec le Dr Contal	
	Participation du personnel aux journées régionales NGLR en 2008	?	Oui, 2 personnes	
	Nombre de personnes formées en 2008			
	Alcoologie	?	0	
	Toxicomanies	?	0	
	Tabacologie	?	?	1 sage-femme DU tabacologie

4.8.3. Besoins et avancées 2008-2009

		CHU CAREMEAU	Clinique Kennedy	Clinique Grand-Sud
BESOINS	**Hébergement mère-enfant**	• Oui		
	Recueil de données	• Oui	• Oui	• Oui
	Fiches de liaison entre partenaires	• Oui	• Oui	• Oui
	Plaquettes d'information pour les patientes	• Oui	• Oui	• Oui
	Formation	• Demande de formation in situ	• Repérage des consommations chez les patientes	• Repérage des consommations des patientes, accompagnement des familles
	Travail en réseau	• Coordination à la maternité dès le début de la grossesse avec 1 temps de sage-femme référente • Plus de temps de pédiatre de maternité	• Consultation addictologie dans l'établissement	

AVANCEES 2009	• Collaboration avec l'équipe d'addictologie de liaison, la PMI et les associations • L'addiction des femmes enceintes est très bien prise en charge.	• Collaboration avec la ligue contre le cancer et l'ANPAA	• Mise en place d'un staff parentalité 2 fois par mois avec la PMI • Renforcement du travail en réseau

4.8.4. Synthèse par bassin de naissance et perspectives locales

- **Freins et leviers :**

Lieu	Bassin de Nîmes	
années	**2007**	**Evolution 2008-2009**
Points forts	• Un réseau addiction développé • Des services d'addictologie hospitaliers et associatifs très actifs • Une expérience avec les mères toxicomanes et leurs enfants depuis 10 ans au CHU (un pédiatre très impliqué) • Un gynécologue sensibilisé qui exerce en libéral et au CHU	• Proposition de formations et de soutien des professionnels par l'équipe d'addictologie de liaison du CHU • Un gynécologue titulaire du DU périnatalité et addictions, qui exerce en libéral et au CHU • Staff mère-enfant avec la PMI dans 2 établissements
Points à améliorer	• Difficulté d'accès aux rendez vous à la maternité du CHU (délai trop long) • Un gynécologue référent présent seulement 1/2 journée par semaine au CHU : pas de coordination repérable en maternité du CHU • Manque d'hébergement en cas de fragilité mère-enfant	• Peu de repérage en consultation prénatale notamment des consommations d'alcool, les patientes addictives sont repérées trop tard • Manque de coordination hors suivi PMI ou consultation du gynéco vacataire • D.U. Périnatalité et Addictions-Montpellier-Nîmes annulé en 2008 et 2009 faute de participants
Besoins	• Une coordination « périnatalité et addictions » en maternité	• Formation des sages-femmes de consultations au dépistage (alcool) et sensibilisation des services de maternité et de pédiatrie néonatale • Des rencontres plus régulières entre les professionnels du sanitaire (périnatalité et addictologie) et du social (PMI, postcures,…)
Projet en cours	• Demande d'un poste de sage-femme à la maternité du CHU pour une coordination « périnatalité et addictions »	• Travail en réseau local pour améliorer l'accueil privilégié de femmes enceintes du Gard et de la région en centre de post-cure Mas St Gilles et Les Capitelles

La gynécologue référente pour les femmes toxicomanes au CHU (N. Bouenel, 1 vacation) a passé en 2009 le DU « périnatalité et addictions » avec le Pr Lejeune à Paris 7. Son mémoire « Etat des lieux dans la région de Nîmes : enquête préalable à la mise en place d'un réseau local » détaille la situation Nîmoise (disponible au réseau NGLR sur demande).

- **Préconisations :**

- **Soutenir la place du gynécologue volontaire pour être référent ville-hôpital (N.Bouenel)**
- **Créer un temps de sage-femme de coordination « grossesse et addictions » pour la maternité du centre hospitalier qui serait plutôt couplé à un temps de coordination des femmes enceintes vulnérables (psychiatrique, précarité, antécédents obstétricaux lourds …) pour le différencier de l'action du service d'addictologie de liaison**
- **Organiser une formation locale ville-hôpital avec les partenaires locaux.**
  Une étudiante sage-femme fait actuellement son mémoire de fin d'études sur les connaissances et les représentations des sages-femmes en addictologie. Ce travail pourrait déboucher sur une formation ciblée des sages-femmes de maternité
- **Organiser des reprises de cas de patientes addictives avec tous les partenaires y compris la pédopsychiatrie qui peut s'organiser à partir du travail existant déjà dans ce service (formation au travail en réseau)**

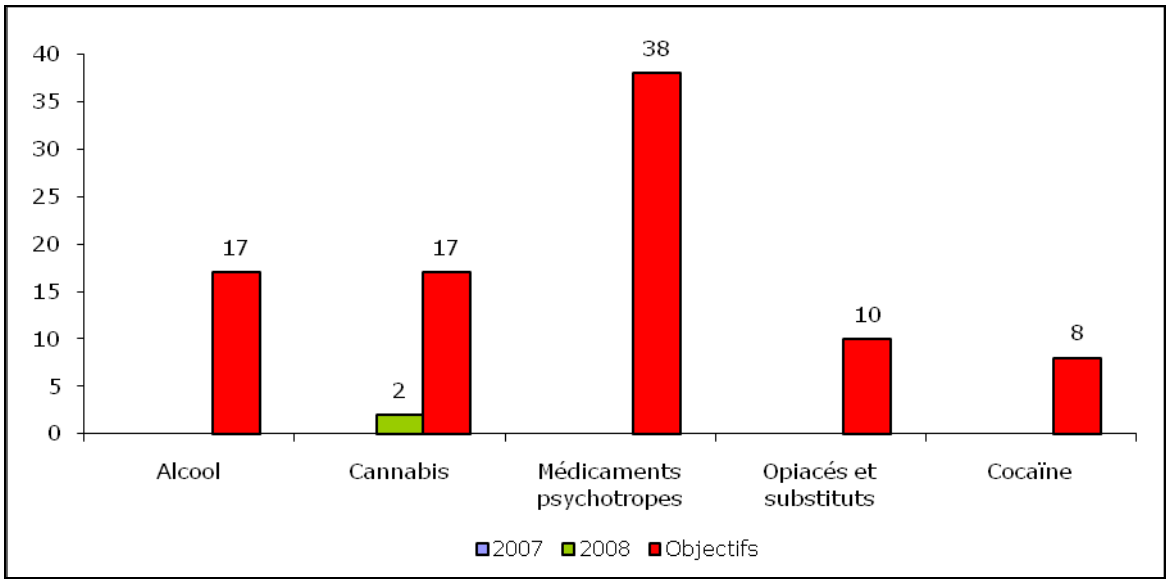
- **Etablir des conventions de partenariat entre les établissements privés ciblés « périnatalité » (maternités, maison maternelle) et les services d'addictologie pour permettre des consultations dans les établissements privés et un soutien des équipes**

- **Soutenir les propositions d'hébergement prioritaire pour des femmes enceintes de la région par les 2 centres de soins en addictologie (Les Capitelles et le Mas St Gilles).**

4.9. BAGNOLS SUR CÈZE

4.9.1. Etat des lieux quantitatif

Nombre de femmes enceintes repérées par produit



Sources *: des objectifs : estimation à partir de références bibliographiques*
des chiffres 2007 et 2008 : enquêtes auprès des cadres SF réseau NLR 2008-2009.

En 2008, 1034 femmes ont accouché à l'hôpital de Bagnols sur Cèze, le repérage des femmes enceintes consommatrices de substances psychoactives est quasiment nul.
La demande de NLR en 2007 a motivé le service maternité à comptabiliser en 2008 le nombre de femmes prises en charge pour le tabac par la sage-femme de la Ligue contre le cancer.

Nombre de femmes repérées par la requête CPAM du Gard en 2008

	Accouchements	Total bénéficiaires CPAM enceintes	Lexomil, Xanax, Rivotril		Méthadone	Buprénorphine, Subutex	Total substitution	
CPAM Gard	7544	6822	196	2.87%	7	12	19	0.27%
Calcul au prorata	1034 13.7%	934 13.7%	26	2.87%	-	-	1 à 2	0.27%

Les chiffres de la CPAM sont pour l'ensemble du département, nous n'avons pas de découpage plus précis. Si on les recalcule en fonction du prorata des accouchements à Bagnols sur Cèze on retrouve des chiffres faibles mais non répertoriés par la maternité :

1 à 2 mères sous traitement de substitution prescrit
26 sous un des 3 benzodiazépines

4.9.2. Descriptif des prises en charge par maternité

		CH LOUIS PASTEUR
ORGANISATION EN MATERNITE	Entretien prénatal précoce dans la maternité	Oui
	Existence d'une sage-femme référente	Non, mais une Sage-Femme serait intéressée
	Existence d'un obstétricien référent	Non, mais un gynéco interessé
	Possibilité Cs addictologie en maternité	Oui, équipe de liaison
	Coordination du suivi pluridisciplinaire anténatal	Non
	Staff pluridisciplinaire spécifique ou sensibilisé	Staff mater-pédiatrie 1 fois/mois
	Préparation des hospitalisations	Par le staff
	Utilisation d'une feuille de transmission	Non
	Délivrance des substituts nicotiniques en hospitalisation	Oui
	Délivrance méthadone ou subutex en hospitalisation	Oui
	Hospitalisation de la mère pour sevrage ou substitution	En addictologie
TRAVAIL EN RESEAU	En lien avec les médecins généralistes	Oui
	En lien avec la PMI	Oui
	En lien avec les CMP	Peu
	En lien avec des associations :	Oui
	ANPAA	Pas de relations
	CSST	RIPOSTE, en lien via l'ELSA
	Ligue contre le Cancer	Mise à disposition d'une sage-femme bénévole
	Autre	
	Social	Proposition d'une place possible en appartement relai par Riposte
	Psychologique	
PRISE EN CHARGE DES ENFANTS	Consultation anténatale pédiatrique	Oui
	Hospitalisation mère-enfant pour surveillance sevrage nouveau-né	Oui, en pédiatrie
	Hospitalisation si nouveau-né traité	En pédiatrie
	Organisation du suivi des enfants	Comme les autres
	Suivi précoce au CAMSP des enfants SAF	Continuité possible car psychologue commune mais pas de repérage
	Existence d'un pédiatre référent	Non
FORMATION	Formations internes à l'établissement	Sensibilisation faite en maternité, formation 2j en mai 2009 avec ELSA
	Participation du personnel aux journées régionales NGLR en 2008	3
	Nombre de personnes formées en 2008	
	Alcoologie	14
	Toxicomanies	3
	Tabacologie	0

4.9.3. Besoins et avancées 2008-2009

		CH LOUIS PASTEUR
BESOINS	**Hébergement mère-enfant**	• Manque structure moyen séjour pour soutenir lien parents-enfant en protégeant l'enfant
	Recueil de données	• Oui
	Fiches de liaison entre partenaires	• Oui, créer un outil de transmission
	Plaquettes d'information pour les patientes	• Oui
	Formation	• Repérage des conduites addictives, pour maternité et pédiatrie • Repérage des SAF
	Travail en réseau	• Manque un référent identifié en maternité et en pédiatrie • Collaborer avec les CMP et L'ANPAA • Inviter le CAMPS aux Staffs maternopédiatrique

AVANCEES 2009	• Rapprochement entre la maternité et l'équipe d'addictologie depuis la réunion de réseau de proximité avec mise à disposition de l'ELSA pour travail direct ou conseil. • Formation par l'équipe d'addictologie de liaison : 1 journée en 2008 et 2 journées en mai 2009. • Comptabilisation des femmes dépistées et prises en charge pour le tabac. • Association Riposte propose de prendre une femme enceinte et son compagnon éventuel dans un de ses appartements relai

4.9.4. Synthèse par bassin de naissance et perspectives locales

- **Freins et leviers**

Lieu	**Bassin de Bagnols sur Cèze**	
ANNEES	2007	Evolution 2008-2009
Points forts	• 1 seule maternité • 1 service d'addictologie de liaison en lien avec les associations locales (exceptée l'ANPAA)	• Sensibilisation « tabac et grossesse » plus forte • Mise à disposition de l'ELSA pour travail direct ou conseil auprès des professionnels de périnatalité • Ouverture du staff d'addictologie aux personnes de la maternité ou pédiatrie • Implication d'un membre de l'équipe d'addictologie dans le groupe régional
Points à améliorer	• Repérage quasi nul des problématiques addictives en maternité • Pas de collaboration avec les services d'addictologie	• Repérage • Peu de sensibilisation de la pédiatrie, du CAMSP et de la pédopsychiatrie. • Absence de collaboration du CH de Bagnols avec l'ANPAA qui travaille plus avec le CH de Nîmes
Formations	• Demande de formation	1ères formations effectuées par l'équipe d'addicto de liaison : 1 journée en 2008 et 2 journées en mai 2009

Lieu	Bassin de Bagnols sur Cèze	
ANNEES	2007	Evolution 2008-2009
Besoins	• Formation générale sur les addictions • Une collaboration avec le service d'addictologie	• Formations demandées : - Repérage des conduites addictives, pour maternité et pédiatrie - Repérage des SAF
Projet en cours		• Proposition d'une place possible pour une famille en appartement relai par l'association Riposte • Edition des fiches techniques pour tous les consultants de la grossesse du CH

Préconisations

- **Une dynamique se met en route à Bagnols sur Cèze autour de la collaboration maternité – addictologie. Elle est à entretenir par une nouvelle réunion du réseau de proximité en 2010 autour de la mise en pratique des fiches techniques « grossesse et addictions »**

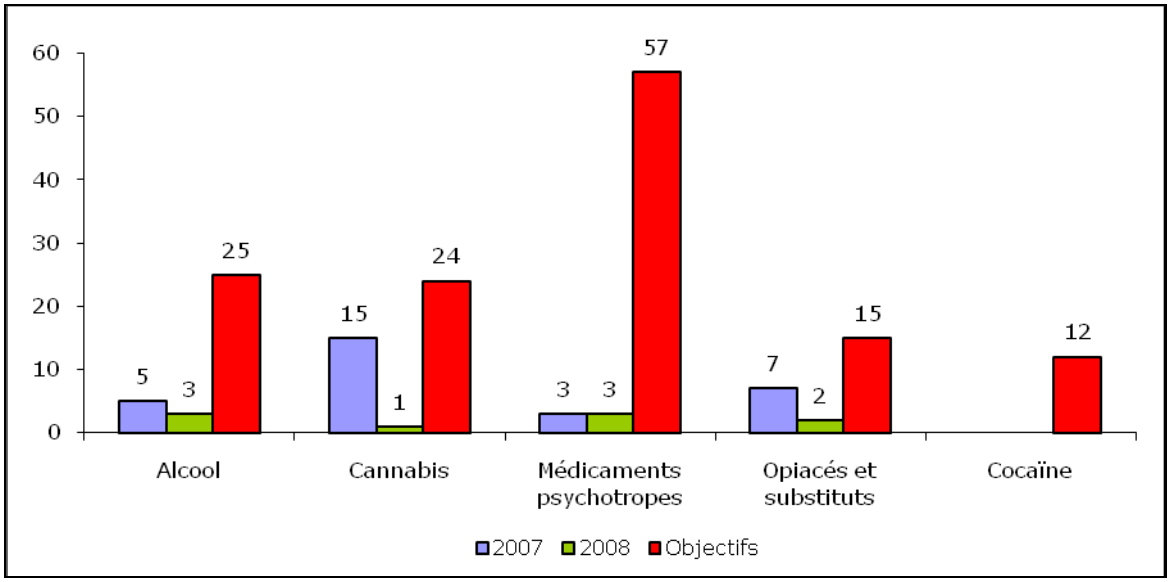
- **L'axe prioritaire de collaboration est obstétrico pédiatrique et les professionnels impliqués dans ces 2 disciplines sont à soutenir : le gynécologue, la sage-femme référente, la psychologue et l'assistante sociale. Il reste à trouver un pédiatre référent, à impliquer le CAMSP et la pédopsychiatrie et à poursuivre les formations**

- **L'initiative de l'association RIPOSTE est à suivre.**

4.10. ALES

4.10.1. Etat des lieux quantitatif

Nombre de femmes enceintes repérées par produit



Sources *: des objectifs : estimation à partir de références bibliographiques*
des chiffres 2007 et 2008 : enquêtes auprès des cadres SF réseau NLR 2008-2009.

Les chiffres ont-ils été surévalués en 2007 ou les prises en charges ont été plus faibles en 2008 ?

Nombre de femmes repérées par la requête CPAM du Gard en 2008

	Accouchements	Total bénéficiaires CPAM enceintes	Lexomil, Xanax, Rivotril		Méthadone	Buprénorphine, Subutex	Total substitution	
CPAM Gard	7544	6822	196	2.87%	7	12	19	0.27%
Calcul au prorata	1529 20.2%	1382 20.2%	39	2.87%			4	0.27%

Les chiffres de la CPAM sont pour l'ensemble du département, nous n'avons pas de découpage plus précis. Si on les recalcule au prorata des accouchements à Alès on retrouve :

- 4 mères sous traitement de substitution aux opiacés
- 39 mères sous un des 3 benzodiazépines recherchés

Le recueil des données concernant les médicaments psychotropes n'est pas effectif.

4.10.2. Descriptif des prises en charge par maternité

		CH	Clinique Bonnefon
ORGANISATION EN MATERNITE	Entretien prénatal précoce dans la maternité	Oui, Valérie Cotte	Oui, Monique Bosson
	Existence d'une sage-femme référente	Non	Oui, Josselyne Pages
	Existence d'un obstétricien référent	Non	Non
	Possibilité Cs addictologie en maternité	Oui, équipe de liaison	Non
	Coordination du suivi pluridisciplinaire anténatal	Par la cadre si patiente connue	Non
	Staff pluridisciplinaire spécifique ou sensibilisé	Non	Oui
	Préparation des hospitalisations	Par la cadre si patiente connue	Non
	Utilisation d'une feuille de transmission	Non	Non
	Délivrance des substituts nicotiniques en hospitalisation	Oui	Oui
	Délivrance méthadone ou subutex en hospitalisation	Oui	Oui
	Hospitalisation de la mère pour sevrage ou substitution	Non effectuées	Non
TRAVAIL EN RESEAU	En lien avec les médecins généralistes	Non	Non
	En lien avec la PMI	Oui	Oui
	En lien avec les CMP	Oui	Oui
	En lien avec des associations :	Oui	Oui
	ANPAA	Oui	
	CSST	Oui	
	Ligue contre le Cancer	Oui	Oui
	Autre		
	Social		
	Psychologique		
PRISE EN CHARGE DES ENFANTS	Consultation anténatale pédiatrique	Non	Non
	Hospitalisation mère-enfant pour surveillance sevrage nouveau-né	Suites de couches	Suites de couches
	Hospitalisation si nouveau-né traité	Transfert mère-enfant en pédiatrie	Transfert CH
	Organisation du suivi des enfants	Au cas par cas	Avec le service de pédiatrie
	Suivi précoce au CAMSP des enfants SAF		
	Existence d'un pédiatre référent	Non	Non
FORMATION	Formations internes à l'établissement	0	
	Participation du personnel aux journées régionales NGLR en 2008	0	2
	Nombre de personnes formées en 2008	0	2
	Alcoologie	0	2
	Toxicomanies	0	2
	Tabacologie	0	2

4.10.3. Besoins et avancées 2008-2009

		CH	Clinique Bonnefon
BESOINS	Hébergement		
	Recueil de données	• Oui	• Oui
	Fiches de liaison entre partenaires	• Non	• Oui
	Plaquettes d'information pour les patientes	• Oui	• Oui
	Formation		
	Travail en réseau		
AVANCEES 2009		• Collaboration avec la ligue contre le cancer pour les consultations tabacologie depuis février 2009	• Consultation de tabacologie au sein de l'établissement

4.10.4. Synthèse par bassin de naissance et perspectives locales

- **Freins et leviers :**

Lieu	Bassin d'Alès	
ANNEES	2007	Evolution 2008-2009
Points forts	• Le travail de fond du réseau périnatal alésien : formations, connaissance mutuelle des professionnels du réseau local • Le médecin addictologue du CH sensibilisé depuis longtemps aux femmes enceintes • Une SF de PMI impliquée dans la prise en compte des comportements addictifs et le réseau périnatalité de proximité	• Bonne dynamique locale ville-hôpital-PMI-libéral autour de l'aide au sevrage tabac
Points à améliorer	• Le faible investissement des gynécologues obstétriciens • La sollicitation de l'addictologue du CH	• Le repérage des femmes consommatrices • Manque de coordination sauf par les SF de PMI
Formations	• 2 journées de sensibilisation organisées localement sur la thématique en 10 ans • Formation « aide à l'arrêt tabac-cannabis » en 2006 avec AM Clauzel	• Une journée d'information et d'échanges « grossesse et addictions » organisée par le réseau périnatalité du bassin alésien en 2008 • Formation du personnel du CH à organiser
Besoins	• Formation intra établissement	• Mobiliser les professionnels de périnatalité sur cette thématique
Projet en cours		• Une réunion avec NGLR à la maternité du CH

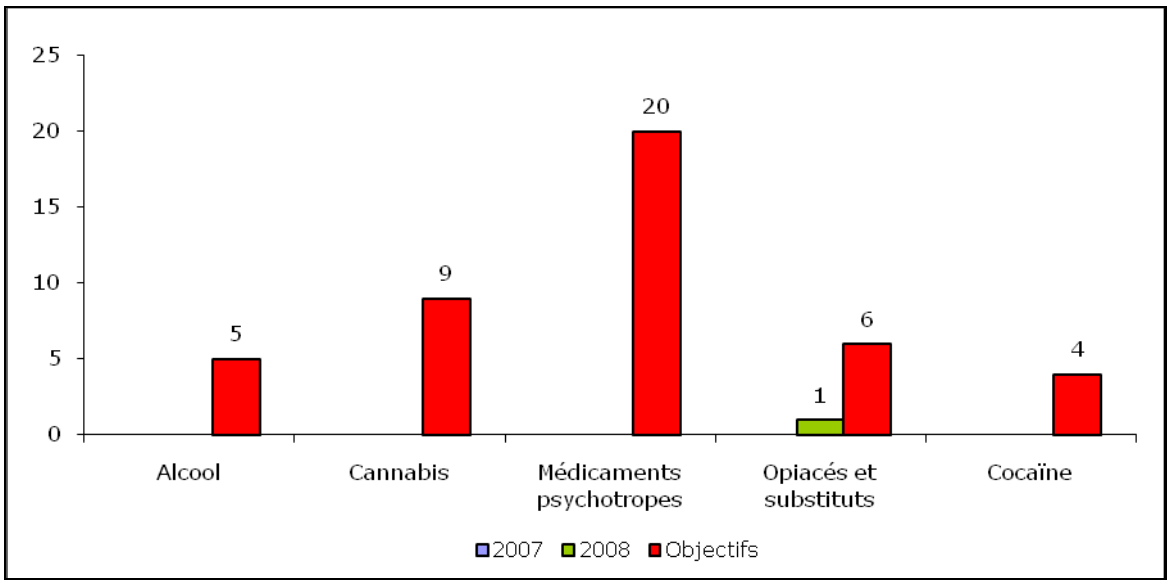
- **Préconisations :**

- **Une formation des professionnels de maternité et pédiatrie pourrait se faire avec les intervenants locaux et NGLR. Nous pourrions commencer par une présentation des fiches techniques « grossesse et addictions » en 2010.**
- **La sage-femme qui effectue les entretiens au CH pourrait aider au repérage des patientes, coordonner leur prise en charge, être un interlocuteur pour les médecins de ville, prescripteurs.**

4.11. MENDE

4.11.1. Etat des lieux quantitatif

Nombre de femmes enceintes repérées par produit



Sources *: des objectifs : estimation à partir de références bibliographiques*
des chiffres 2007 et 2008 : enquêtes auprès des cadres SF réseau NLR 2008-2009.

Aucune donnée en 2007, une mère sous traitement de substitution suivie en 2008, pas de repérage pour les consommations d'alcool et de cannabis ; c'est peu même si Mende totalise 554 accouchements en 2008. Par contre, la maternité s'est mobilisée avec le CODES pour l'aide au sevrage tabac.
La CPAM de Lozère ne nous a pas donné de chiffres que nous pourrions comparer à nos estimations.

4.11.2. Descriptif des prises en charge par maternité

		CH
ORGANISATION EN MATERNITE	**Entretien prénatal précoce dans la maternité**	
	Existence d'une sage-femme référente	Non
	Existence d'un obstétricien référent	Non
	Possibilité Cs addictologie en maternité	Oui, Dr Cunnac
	Coordination du suivi pluridisciplinaire anténatal	Non
	Staff pluridisciplinaire spécifique ou sensibilisé	Oui, non spécifique
	Préparation des hospitalisations	Non
	Utilisation d'une feuille de transmission	Non
	Délivrance des substituts nicotiniques en hospitalisation	Non
	Délivrance méthadone ou subutex en hospitalisation	Oui
	Hospitalisation de la mère pour sevrage ou substitution	Non

		CH
TRAVAIL EN RESEAU	En lien avec les médecins généralistes	
	En lien avec la PMI	Oui
	En lien avec les CMP	
	En lien avec des associations :	
	ANPAA	Oui, Dr Cunnac
	CSST	
	Ligue contre le Cancer	
	Autre	
	Social	Maison Ste Marie à La Canourgue
	Psychologique	
PRISE EN CHARGE DES ENFANTS	Consultation anténatale pédiatrique	
	Hospitalisation mère-enfant pour surveillance sevrage nouveau-né	
	Hospitalisation si nouveau-né traité	
	Organisation du suivi des enfants	Liaison avec la puéricultrice de PMI
	Suivi précoce au CAMSP des enfants SAF	Possible
	Existence d'un pédiatre référent	Non
FORMATION	Formations internes à l'établissement	Non
	Participation du personnel aux journées régionales NGLR en 2008	0
	Nombre de personnes formées en 2008	0
	Alcoologie	0
	Toxicomanies	0
	Tabacologie	0

4.11.3. Besoins et avancées 2008-2009

		CH
BESOINS	Recueil de données	• Non
	Fiches de liaison entre partenaires	• Non
	Plaquettes d'information pour les patientes	• Oui
	Formation	• Pas de demande hors tabacologie

AVANCEES 2009	• La maternité s'est axée uniquement sur la prise en charge du tabagisme

4.11.4. Synthèse par bassin de naissance et perspectives locales

- **Freins et leviers :**

Lieu	Bassin de Mende	
ANNEES	2007	Evolution 2008-2009
Points forts	• Formations du personnel de la maternité suivies en tabac • La maternité en lien avec les services de PMI et les médecins libéraux • Une ressource précieuse : la maison Sainte-Marie à la Canourgue	• Un même interlocuteur pour la ville et l'hôpital en addictologie • Une collaboration étroite avec le service d'addictologie de liaison
Points à améliorer	• En toxicomanie ou autre : aucune donnée. • Pas de formation des professionnels	• Difficulté de repérage des problématiques addictives en maternité
Besoins	• Une collaboration étroite avec le service d'addictologie de liaison • Une collaboration étroite avec une association ou une personne ressource en ville	• Demande de collaboration avec le réseau et de formation
Projet en cours	?	?

Préconisations

- **Organiser une réunion de sensibilisation à la problématique pour tous les professionnels de périnatalité, une formation au repérage des consommations avec les intervenants locaux et NGLR. Nous pourrions commencer par une présentation des fiches techniques « grossesse et addictions » en 2010**

- **Mieux utiliser pour la région les ressources de la Maison Sainte-Marie (centre de post-cure qui peut accueillir des mères avec leurs enfants).**

5. BILAN ET PERSPECTIVES REGIONALES

5.1. REPERAGE DES PATIENTES ADDICTIVES

5.1.1. Bilan

L'évolution du repérage des femmes enceintes consommatrices de substances psychoactives dans les maternités permet d'évaluer l'attention croissante que portent les soignants sur cette problématique, mais aussi l'efficacité des formations organisées sur le sujet. Cependant ce repérage en est encore à ses balbutiements, excepté pour les mères sous traitement de substitution aux opiacés (expérience dans la région depuis 15 ans).
Le simple fait de demander en 2007 aux cadres de maternité le nombre de femmes enceintes consommatrices de substances psychoactives prises en charge dans leur service a induit une augmentation du nombre de femmes repérées en 2008 (Cf. graphique d'évolution par bassin de naissance). Cependant, le recueil des données n'est pas effectué de la même manière dans tous les établissements (PMSI, classeur en suite de couches, comptes-rendus de staff, rapport d'activité d'une sage-femme coordinatrice…).
En effet, il existe 3 sources potentielles d'évaluation du repérage des femmes enceintes consommatrices par les professionnels de la grossesse : Le PMSI, le DCPI et la centralisation des données par un professionnel référent de la maternité :

- *Le DCPI :*

Le Dossier Commun Périnatal Informatisé (DCPI) permet la saisie d'informations relatives à la consommation de substances psychoactives (***Cf. Annexe 8***).

Limites : les items existants actuellement ne permettent pas un recueil exhaustif des données. Les dossiers ne sont pas utilisés dans tous les établissements et les dossiers existants ne sont pas forcément remplis par la sage-femme ou l'obstétricien.

- *Le PMSI :*

La saisie des diagnostics suivants est prévue dans le PMSI :

P04.1 2 Foetus et nouveau-né affectés par d'autres médicaments absorbés par la mère
P04.2 2 Foetus et nouveau-né affectés par le tabagisme de la mère
P04.3 2 Foetus et nouveau-né affectés par l'alcoolisme de la mère
P04.4 2 Foetus et nouveau-né affectés par toxicomanie de la mère
O35.4 0 Soins maternels pour lésions fœtales présumées dus à l'alcoolisme maternel
O35.5 0 Soins maternels pour lésions foetales présumées médicamenteuses

Limites actuelles :
Seul l'effet repéré chez le fœtus est coté, pas la consommation.
Manque d'exhaustivité dans la saisie due à un manque de sensibilisation des gynécologues obstétriciens sur la problématique.
Absence de valorisation financière dans les services d'hospitalisation lors du codage des items addictions.

- *Une centralisation des données en suites de couches :*

Tous les établissements sont en demande d'une méthodologie et d'un outil commun de recueil de données.

5.1.2. Perspectives

Nous allons proposer une méthodologie à tous les établissements de naissance qui permettra d'obtenir des données fiables, qui pourront être comparées aux objectifs définis d'après les estimations issues de références bibliographiques et les remboursements de médicaments psychotropes effectués par les caisses. Cela demande les actions suivantes :

① Harmonisation de la méthodologie concernant les requêtes CPAM à relayer par la DRASS

② Mise en place d'un outil commun de recueil de données sur support papier et informatique au sein des suites de couches pour une analyse locale des données.

Une fiche de recueil de données régionale permettant de collecter les informations nécessaires à l'évaluation quantitative annuelle du repérage des femmes enceintes addictives a été créée (***Cf. Annexe 7***). Elle a été validée par le groupe régional de pilotage « périnatalité et addictions » et sera envoyée par mail aux cadres de maternité avant fin 2009 pour débuter une saisie prospective dès Janvier 2010.

③ Analyse des données

Une analyse des données collectées dans les DCPI de 2009 sera réalisée en 2010.
Nous devrons travailler sur les terminologies utilisées dans le DCPI pour qu'elles soient en adéquation avec le recueil des données en maternité et les fiches techniques de conduites à tenir.

④ Phase de test

Nous effectuerons rétrospectivement une étude comparative d'efficacité des 3 outils (DCPI, PMSI et recueil de données en suites de couches) de repérage des consommations en maternité au CHU de Montpellier. Cela correspondra à une phase de test pour la région.

5.2 LES FORMATIONS

5.2.1 Bilan

En 2007, la majorité des maternités (16/21) était en demande de formations « grossesse et addictions ». Ces formations n'ont été organisées que dans 3 villes sur 9 : Perpignan, Montpellier et Béziers.
Un besoin de formation a à nouveau été exprimé au cours de chaque réunion délocalisée en 2008 et 2009. Les services d'addictologie ont immédiatement répondu favorablement à ces demandes. Elles ont été organisées rapidement sans budget complémentaire, dans le cadre de collaborations inter-services ou inter-institutions.
Le nombre de villes dans lesquelles des formations « périnatalité et addictions » ont été organisées a doublé en 2009 (6 sur 9). Le contenu de ces formations varie cependant comme le montre le tableau suivant :

Etat des lieux des formations organisées dans la région en 2009

Thème de formation / Ville	Communication et repérage des consommations	Additions et effets des produits sur la grossesse	Reprises de cas pluridisciplinaire et travail en réseau
Perpignan	Formation ville–hôpital-PMI organisée par l'addictologie de liaison et l'association des sages-femmes	Formation pluridisciplinaire, ville-hôpital-PMI organisée par l'addictologie de liaison et l'association des sages-femmes	Formation pluridisciplinaire, ville-hôpital-PMI
Carcassonne	Formation pluridisciplinaire, ville-hôpital-PMI	Formation pluridisciplinaire, ville- hôpital-PMI	Formation pluridisciplinaire, ville–hôpital-PMI
Narbonne	0	Uniquement tabac	0
Béziers	Projet en cours	Oui, pluridisciplinaire, ville–hôpital-PMI Organisée par l'addictologie du CH	0
Sète	0	Uniquement tabac	0
Montpellier	Formation pluridisciplinaire, ville–hôpital-PMI organisée par l'association Pégase et le CHU	Formation pluridisciplinaire, ville–hôpital-PMI organisée par l'association Pégase et le CHU	Formation pluridisciplinaire, ville hôpital-PMI organisée par l'association Pégase et le CHU
Ganges	0	0	0
Nîmes	Projet de DU périnatalité et addictions	Conférence réseau Gard-Lozère Projet de DU périnatalité et addictions	Formation pluridisciplinaire, ville–hôpital-PMI organisée par la pédopsychiatrie

Thème de	Communication et	Additions et effets des	Reprises de cas

formation / Ville	repérage des consommations	produits sur la grossesse	pluridisciplinaire et travail en réseau
Bagnols sur Cèze	Organisée en 2009 au CH	Organisée en 2009 au CH par l'équipe d'addictologie	0
Ales	0	1 journée sous forme de conférences et atelier organisée par le réseau périnatal Alésien	Formation, pluridisciplinaire, ville–hôpital-PMI
Mende	0	Uniquement tabac	0

Des formations périnatalité dites « en réseau » (type AFREE) ont été organisées dans certaines villes de la région par des groupes de travail. Il s'agit de reprises de cas de grossesses difficiles présentées par une équipe pluridisciplinaire devant un public pluridisciplinaire. Les situations présentées sont souvent celles de parents à problématique addictive qui réunissent aussi de nombreuses autres problématiques (psy, sociales, antécédents lourds, difficultés avec les professionnels.). Ces formations ont l'avantage de lutter contre les représentations interprofessionnelles. Les villes dans lesquelles des reprises de cas (avec ou sans addictions) ont été effectuées régulièrement et pendant plusieurs années ont amélioré les rapports ville-hôpital-PMI-libéral (Carcassonne, Perpignan, Pézenas, Ganges, Alès, Bagnols, Nîmes.) Ces reprises de cas ont été rendues possibles avec l'investissement d'un groupe pluridisciplinaire incluant des pédopsychiatres.

5.2.2 Perspectives

Les sages-femmes sont les professionnelles les plus en demande de formations mais celle des médecins (généralistes, gynécologues et pédiatres) est indispensable pour un dépistage optimal des situations à risque.

Les fiches techniques de conduites à tenir et les référentiels de connaissances sont des outils créés régionalement qui peuvent être utilisés comme supports de formations. Par ailleurs la mise en pratique de ces fiches techniques demande une discussion pluridisciplinaire dans chaque établissement, qui permettra une nouvelle rencontre du réseau de proximité impliquant d'avantage les médecins. Au cours de ces rencontres pourra également être évoquée la formation au repérage des consommations.

Les formations *« Additions et effets des produits sur la grossesse »* pourraient être qualifiées de « niveau 1 ». Informatives, elles doivent être organisées avec les services d'addictologie, les gynécologues et pédiatres locaux.

Une formation *au repérage des consommations et à la communication avec les femmes enceintes additives* manque dans 7 des 11 bassins de naissances. C'est une formation que l'on pourrait qualifier de « niveau 2 », à proposer en priorité aux sages-femmes qui effectuent les entretiens prénataux précoces et des consultations. Ce module (repérage des addictions, communication avec les femmes addictives) pourrait être proposé par le réseau périnatal régional sur demande et faire appel à des formateurs d'un autre bassin de naissance.

Enfin, une formation au *travail en réseau* doit être mise en place localement pour retrouver les bases de l'alliance thérapeutique avec les femmes (et les couples) à partir de la grossesse (conformément à la demande de patientes) et améliorer les collaborations professionnelles en toute transversalité.
Il pourrait s'agir d'effectuer des reprises de cas difficiles en groupe pluridisciplinaire avec la collaboration des services de psychologie périnatale de chaque bassin de naissance.

D'autre part, nous allons mettre en place une formation *« Accompagnement du sevrage tabagique des femmes enceintes »* pour un groupe de sages-femmes qui seront les référentes désignées par chaque maternité de la région.

5.3. DYNAMIQUE DES RESEAUX DE PROXIMITE

5.3.1 Bilan

La quasi-totalité des services et des associations d'addictologie de la région est disposée à s'impliquer avec les professionnels de périnatalité auprès des femmes enceintes.
Cependant ceci ne suffira pas au repérage des femmes enceintes addictives. La difficulté réside dans l'implication des professionnels de la périnatalité : gynécologues obstétriciens, sages-femmes et pédiatres qui pourtant sont les professionnels de première ligne qui rencontrent toute femme enceinte et qui sont à même de repérer leurs difficultés, notamment la consommation de substances psychoactives.

Dans les bassins de naissance où la dynamique est efficace dans la durée, on retrouve deux éléments communs:

- la présence d'un groupe pluridisciplinaire (incluant un pédiatre et une sage-femme référente) qui se réunit régulièrement autour d'un projet commun : formation, projet d'hébergement, de réseau… (Perpignan, Béziers, Montpellier, Carcassonne) créant l'animation du réseau de proximité.
- l'existence d'une sage-femme référente dans la maternité qui coordonne les prises en charge et organise les hospitalisations mère-enfant.

Pour soutenir une dynamique dans un bassin de naissance, il est donc indispensable de trouver au moins un référent du champ obstétrical (sage-femme ou gynécologue) et un du champ pédiatrique (pédiatre ou puéricultrice).

Dans certaines maternités de la région, une sage-femme référente a été repérée ou désignée. Souvent une cadre (maternité privée) ou une sage-femme qui effectue les entretiens prénataux précoces.
Cependant un temps de liaison leur manque pour :

- coordonner l'hospitalisation des patientes
- avoir un rôle de médiateur parents-équipes pluridisciplinaires
- centraliser les informations
- matérialiser le lien intra-extra établissement

Dans certains établissements, il existe un pédiatre référent pour les consultations anténatales des femmes qui prennent des psychotropes, les conduites à tenir et la centralisation des informations. Pour les autres établissements, le manque de pédiatre(s) référent(s) entraîne des difficultés dans la continuité du parcours de soin des femmes enceintes addictives.

Tableau des référents par ville pour la thématique grossesse et addictions

	Maternités	Pédiatre	Addictologie	PMI
Perpignan	M-L.Mercier (SF CH) E.Bouisset (SF St Pierre)	Dr B.Weït (CH)	Dr B.Delmas (CH)	P.Perez, SF
Carcassonne	**P.Commessie**(SF CH)	Dr Letsigo (CH) Dr Meïer (CAMSP)	M.Plas (CH)	
Narbonne	Dr Campos (GO CH)		Dr Vaucher (CH)	R.Escalais, SF
Béziers	D.Moulet (SF CH) A.Ferrini (SF CH) O.Puel (SF Champeau)		P.Mathieu (CH) P.Galland (réseauVH)	
Sète	S.Fourrier (SF CH) M.Bousquet (SF Ste Thérèse)		Dr Kitchke	
Montpellier	**C.Chanal**(SF CH), **V.Rey**(SF CH) **K.Havasi**(SF cliniques)	E.Mazurier(CHU) M.Misraoui (libéral+1 vacation CHU)	Dr Léglise (CHU) Dr Faucherre (ELSA) P.Rohr (ANPAA)	Dr Alauzen
Ganges	Dr Maistre			
Nîmes	Dr N.Bouenel (GO vacation CH)	Dr J.Dendalle	Pr Perney	
Bagnols sur Cèze	D.Ismaiza (??CH)		Dr Lopez	
Ales			Dr S.Orcel	E.Sapède, SF
Mende			Dr Cunnac	

Les professionnels en **rouge et gras** sont les professionnels ayant du temps financé pour la prise en charge des femmes enceintes addictives

Les professionnels se sont mobilisés malgré l'absence de financement mais il existe des limites au temps…

5.3.2 Perspectives

- *Des référents :*

Pour une dynamique efficace, il semble indispensable d'identifier **un référent en maternité** (sage-femme ou gynécologue) **et un référent en pédiatrie** qui **soient reconnus localement, et qui** puissent disposer d'un temps dégagé pour cette problématique.

Par ailleurs, un référent en addictologie par bassin de naissance est également nécessaire pour participer aux formations et à la réflexion pluridisciplinaire locale.

Ces référents locaux seraient en lien au niveau régional dans le cadre du groupe de pilotage « périnatalité et addictions ».

- *Une sage-femme de coordination :*

Un temps de **sage-femme de coordination** pour la prise en charge des patientes addictives les plus complexes et celles ayant des psychopathologies doit être dégagé. Il pourrait être affecté soit à une équipe d'addictologie, de psychiatrie ou de liaison, soit à un réseau ville hôpital, soit à une association et détaché sur les maternités. Cette activité pourrait être liée à un temps de sage-femme de coordination pour toutes les femmes enceintes vulnérables, qui permet d'accueillir les femmes addictives sans stigmatisation pour organiser leur prise en charge en maternité, ou a un temps de sage-femme tabacologue (**C*f. annexe 9 :*** 2 exemples de fiche de poste de sage-femme coordinatrice). Cette sage-femme pourrait également exercer une fonction d'animation de réseau local en lien avec le réseau régional.

- *Poursuite des réunions de réseau de proximité :*

Nous prévoyons d'organiser en 2010 une réunion délocalisée à Sète et une à Mende afin de réunir le réseau de proximité périnatalité et addictologie, comme nous l'avons fait dans les autres bassins de naissance.

Comme nous l'avons déjà précisé plus haut, la mise en pratique des fiches techniques pour les consultants de la grossesse nécessite une discussion pluridisciplinaire dans chaque établissement.
La présentation de ces fiches pourrait être ainsi faite lors de nouvelles rencontres entre le réseau périnatal et le réseau de proximité (Narbonne, Alès, Nîmes, Bagnols...) en impliquant davantage les médecins.
Une 2ème possibilité serait de soutenir les référents locaux pour qu'ils organisent eux-mêmes ces rencontres avec notre appui (Carcassonne, Montpellier, Perpignan,…). Nous pourrons ainsi suivre les actions engagées en 2008 ou 2009 dans les bassins de naissance à la suite de la première vague de réunions.
Dans les établissements qui ne possèdent pas d'équipe de liaison en addictologie, des collaborations formalisées par convention pourraient se mettre en place entre les associations (ANPAA, CSST,…) et les maternités (pédiatrie, agence de PMI…).

- *Evaluation et prise en charge des comportements addictifs :*

Tous les hôpitaux publics disposent maintenant d'une équipe de liaison en addictologie qui peut venir dans les maternités rencontrer les patientes. La collaboration entre les deux services a souvent trouvé un nouvel essor à partir des réunions délocalisées que nous avons organisées.
Les maternités privées, plus démunies, pourraient établir des conventions de partenariat avec les CSAPA dont les professionnels peuvent se déplacer en ville.
Les femmes enceintes qui consomment du cannabis (ou les poly-consommatrices sans dépendance) pourraient être reçues en maternité dans le cadre des consultations « jeunes consommateurs et famille » (consultations avancées).

5.4. UNE COORDINATION REGIONALE

La poursuite d'une coordination régionale en lien permanent avec les référents de proximité est le meilleur garant d'une cohérence régionale et d'une politique au plus près des besoins des patientes et des professionnels de terrain.

Le groupe de pilotage « périnatalité et addictions » issu de la CRN doit être étoffé d'au moins un référent en périnatalité et d'un référent en addictologie par bassin de naissance (il manque Alès, Narbonne et Mende). Ce groupe doit pouvoir se réunir 3 ou 4 fois par an avec le soutien logistique de NGLR pour des travaux communs :

- Actualisation des référentiels « périnatalité et addictions »
- Mise à jour des fiches techniques de conduites à tenir « grossesse et addictions » (prévue fin 2010 après l'évaluation de leur utilisation par les professionnels de terrain)
- Création d'une fiche de liaison entre professionnels
- Analyse des avancées, ressources et difficultés de chaque bassin de naissance
- Conception de programmes de formation
- Identification des évaluations des projets et des pratiques locales
- Propositions…

5.5. HOSPITALISATION MERE-ENFANT ET HEBERGEMENT

5.5.1 Bilan

En cas de problématique addictive complexe (alcool, dépendance aux opiacés, poly-toxicomanies, pathologie psychiatrique associée…), le temps d'hospitalisation mère-enfant doit être effectif et prolongé (1 semaine à 1 mois) pour :

- Surveiller le sevrage du nouveau-né,
- Soutenir les relations mère-enfant dans un environnement sécurisé,
- Travailler la prise en charge en réseau pluridisciplinaire (et donc addictologique) des parents.

En cas d'addiction non stabilisée, les situations sont trop lourdes pour les structures d'hébergement mère-enfant classiques. Un suivi médical de la mère doit être associé à la sécurité de l'enfant.
La sortie de l'enfant à domicile avec ses parents en toute sécurité peut être difficile à évaluer en un temps court et demande un temps de moyen séjour mère-enfant ou mère-père-enfant (1 à 3 mois).

Les hébergements mère-père-enfant sont trop peu nombreux dans toute la région. Ceci est pourtant indispensable lorsque :

- La famille complète est à soutenir
- Le père est un soutien pour sa compagne et dans les soins à l'enfant.

5.5.2 Perspectives

Dans chaque réunion délocalisée où des associations qui effectuent des hébergements thérapeutiques (en centre ou appartement relai) étaient présentes, celles-ci ont proposé d'accueillir en priorité des femmes enceintes de la région avec un travail en réseau local. Ces initiatives sont à soutenir (Nîmes, Bagnols, Carcassonne, Lozère,...) comme les collaborations locales entre les structures « petite enfance » et les centres de postcure ainsi qu'entre les maisons maternelles et les structures d'addictologie et de psychiatrie (convention d'intervention d'urgence, charte, consultations in situ, soutien des équipes).

Il faudrait également pouvoir offrir la possibilité d'une hospitalisation mère-enfant ou mère-père-enfant d'une durée de 1 à 3 mois pour les situations régionales les plus fragiles avec :

- Une prise en charge médicale de l'enfant,
- Une prise en charge médicale de la mère (psychiatrie, addictologique, somatique)
- Un accompagnement de la relation mère-enfant.

L'institut St Pierre à Palavas est porteur d'un projet de ce type. Nous pensons qu'il doit y avoir un recrutement régional.

5.6. LES OUTILS DEMANDES PAR LES MATERNITES

5.6.1 Bilan

22 établissements ont répondu à la question dans l'enquête auprès des cadres-sages-femmes

Outils	Nombre d'établissements	
Fiche de recueil de données	20	91%
Fiche de liaison entre partenaires	18	82%
Plaquettes de communication et d'information aux patientes	21	95%

Autres demandes formulées :

- Fiches techniques "réflexes" Alcool, Cannabis plastifiées pour mettre dans chaque bureau de consultation
- Visite d'un responsable de NGLR
- Supports visuels pour réunions d'information
- Formation in situ par le réseau
- Dossier tabaco simplifié pour femmes enceintes
- Protocoles de prise en charge

5.6.2 Perpectives

- *Fiche de recueil de données* : ***cf. 5.1. et annexe 7***

- *Fiche de liaison entre partenaires*

Demandée par toutes les maternités, cette fiche de liaison entre professionnels va être élaborée par le réseau NGLR et le groupe de pilotage régional « périnatalité et addictions ». Elle fera l'objet de la prochaine réunion de travail du groupe le 11 février 2010.

- *Plaquettes de communication et d'information aux patientes*

Nous avons prévu de créer une plaquette d'information « alcool et grossesse » et une autre sur « grossesse, cannabis et autres substances psychoactives » à l'attention des femmes enceintes comme le demandent les professionnels de la grossesse. Ce travail sera effectué avec le groupe régional de pilotage « périnatalité et addictions »

5.7. LE SUIVI DES ENFANTS ET DES FAMILLES

5.7.1 Bilan

Le suivi médical des enfants de mère addictive est difficile à identifier actuellement malgré une amélioration du dépistage pendant la grossesse.

Les professionnels de PMI sont le plus souvent impliqués dans les prises en charge de ces femmes enceintes addictives mais le suivi des familles au long court est plus difficile.

L'aide sociale à l'enfance et les juges pour enfants sont confrontés aux familles à problématique addictive lourde. Ils ont été peu impliqués dans les réunions délocalisées (hormis dans l'Aude).

5.7.2 Perspectives

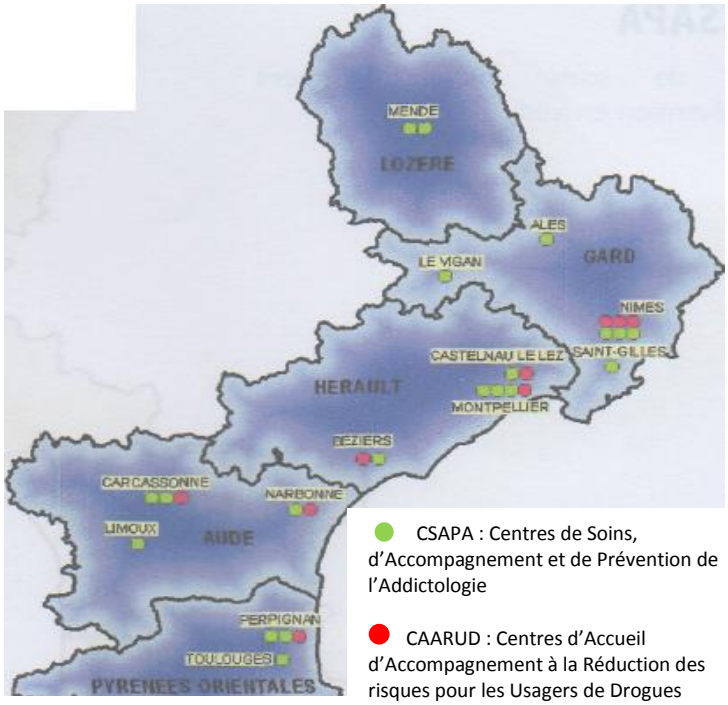
La mise en place du Réseau d'Aval de suivi des nouveaux-nés vulnérables va permettre de mieux suivre les enfants fragilisés par les addictions maternelles. Une collaboration pluridisciplinaire doit se mettre en place localement et régionalement et nous aider à réfléchir sur ce thème.

L'image de la PMI est à positiver auprès des professionnels et du grand public. La PMI pourrait être partenaire du réseau régional dans l'organisation des réunions de réseau de proximité surtout dans les petites agglomérations (Clermont l'Hérault, Bédarieux, Prades, Limoux, Castelnaudary, Ganges, Sète, Mende…)

Les professionnels de l'aide sociale à l'enfance et les juges pour enfants pourraient être formés aux problématiques addictives et impliqués dans les groupes de travail pluridisciplinaires afin d'améliorer la continuité de l'accompagnement des familles.

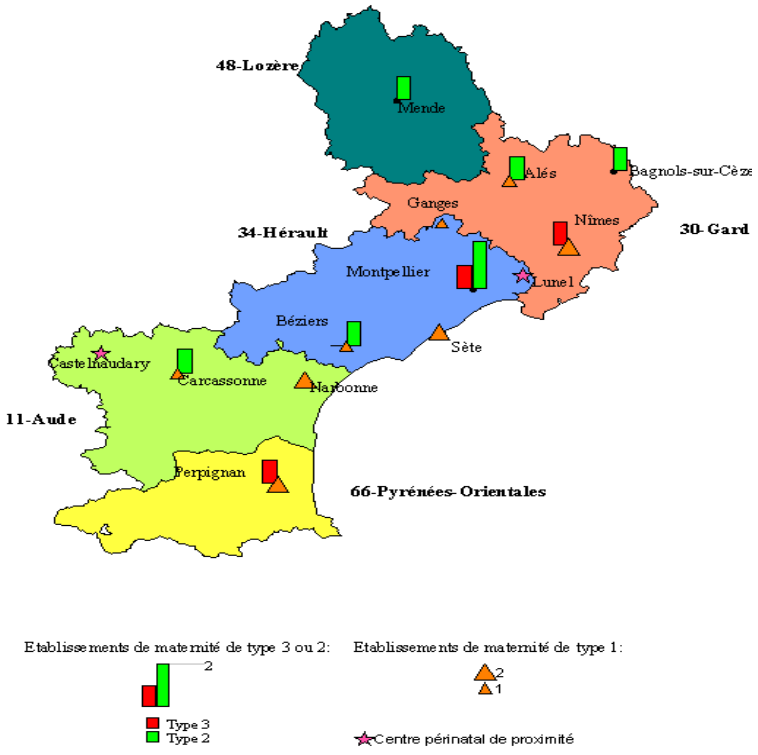
ANNEXES

ANNEXE 1 – CARTOGRAPHIE DE L'EQUIPEMENT MEDICO-SOCIAL EN ADDICTOLOGIE ET DES MATERNITES EN LANGUEDOC-ROUSSILLON



CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention de l'Addictologie

CAARUD : Centres d'Accueil d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues



ANNEXE 2 – ORIENTATIONS MINISTERIELLES

Le ministère de la santé et des solidarités est engagé dans une politique de prévention des risques liés à la prise de substances psycho actives pendant la grossesse.
Les orientations les plus récentes sont :

- La mesure législative qui consiste à apposer le pictogramme « zéro alcool pendant la grossesse » vient en complément d'une série de dispositions adoptées dans le cadre de la Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui rendent obligatoires :
- des campagnes d'information sur la prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale ;
- une information, au collège et au lycée, sur les risques sanitaires de la consommation d'alcool pendant la grossesse ;
- la formation de tous les professionnels de santé et des professionnels du secteur médico-social aux effets de l'alcool sur le fœtus.
  Dans le même sens, un message portant sur ce thème figurera dans les carnets de maternité.

Haute Autorité de Santé (recommandations « abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins »), mai 2007 :

Dans chaque équipe obstétricale, il est recommandé :

- « d'identifier un référent en addictologie susceptible d'intervenir après un premier repérage pour permettre l'instauration d'un suivi spécialisé (place des équipes de liaison spécialisées en addictologie)
- de sensibiliser et de former des professionnels au repérage des poly consommations
- d'étudier un mode d'intégration du père dans les structures relais mère enfant
- d'anticiper la sortie de maternité en construisant un projet de prise en charge spécialisée de façon à prévenir les rechutes. »

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 : Préserver la santé de l'enfant à naître et de la mère et prendre en compte les spécificités des femmes usagères de drogues et d'alcool :

« Lors de la maternité, les femmes peuvent exposer leur bébé aux risques liés à l'alcool et aux drogues. La consommation d'alcool pendant la grossesse est à l'origine de troubles foetaux. Plus de 8 000 bébés sont concernés, dont 1/8 par des formes graves. Selon diverses sources, entre 2005 et 2007, le pourcentage de femmes enceintes consommant de l'alcool pendant leur grossesse varie de 17 % à 48 %. De 3 % à 7,3 % des femmes enceintes disent consommer cinq verres ou plus par occasion, tout en n'étant pas dépendantes à l'alcool. Par ailleurs, 10 % à 30 % des femmes enceintes consommeraient du cannabis, alors que certaines études laissent penser que ce produit a des effets néfastes sur la grossesse et le futur développement de l'enfant.
Pour les autres drogues illicites, environ 1/3 des usagers sont des femmes, et en majorité en âge de procréer. La consommation pendant la grossesse peut être à l'origine de troubles foetaux, dans le cadre de polyconsommations, incluant aussi le tabac.
Les troubles liés à la consommation de drogues ou d'alcool sont minimisés par une prise en charge bien conduite. Avant et pendant la grossesse, l'accès des femmes aux structures médicosociales d'addictologie est difficile, en raison du faible nombre de consultations spécifiques, de la présence masculine forte et de la peur d'être l'objet de violences. Le repérage de la consommation d'alcool ou de cannabis chez les femmes enceintes est insuffisant. Enfin, il est nécessaire de traiter la question spécifique de l'hébergement de femmes avec leurs bébés.
La population des usagers de drogues pris en charge dans les dispositifs de soins et de réduction des risques est minoritairement féminine (25 %). Or, une analyse spécifique de l'enquête « Coquelicot » met en évidence que les femmes usagères de drogues constituent une population particulièrement vulnérable, particulièrement exposée à la précarité, aux violences sexuelles et aux prises de risques. »

Circulaire du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soin aux personnes ayant une conduite addictive : articulation avec la périnatalité

« Les conduites addictives sont à l'origine de nombreux problèmes au cours de la grossesse et après la naissance.
Au-delà des grands syndromes malformatifs qui ont permis de décrire le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF), l'alcool représente la première cause non génétique de retards de développement psychomoteur et de handicaps par le biais du SAF.
Un syndrome de sevrage peut être noté chez les nouveaux nés de mères ayant une toxicomanie active.
Le tabac est responsable d'accouchements prématurés, de retards de croissance in utero, d'hémorragies de la délivrance. Il est également reconnu comme facteur de mort subite du nourrisson.
La consommation de substances psychoactives chez les mères de très jeunes enfants est également source de carences diverses chez l'enfant.
Les femmes enceintes recevant un traitement de substitution par la méthadone nécessitent un suivi et un accompagnement spécifique durant toute la durée de leur grossesse.
De ce fait, il est important de :

- former les intervenants en périnatalité au repérage des consommations de substances psychoactives
- développer le lien avec les équipes de liaison et de soins en addictologie dans les maternités,
- mettre en place des procédures de coopération entre les structures et les réseaux d'addictologie et de périnatalité pour faciliter l'orientation des patients et leur prise en charge par les structures les plus adaptées à leurs problèmes. »

ANNEXE 3 – BILAN DES PARTICIPATIONS AUX REUNIONS DELOCALISEES PAR CATEGORIE PROFESSIONNELLE

	Bagnols	Nîmes	Narbonne	Montpellier	Perpignan	Carcassonne	Béziers
Une sage-femme cadre maternité CH	MOUGENEZ Evelyne	DECALO Rose-Marie	MESBAHI Rachida	CHABERT Audrey	EGLIN Laure	BLANCHARD Marie-Christine	AUDIER Lila
1 sage-femme de maternité hospitalisation du CH	REILHES Brigitte	OZIOL Michèle	*MESBAHI Rachida*				GIBELIN Sylvie
1 sage-femme de consultations du CH	ISMAÏLI-ROCOPLAN Delphine	BARDILLON Catherine PELORCE Joséphine	CARETTE Claudie	REY Valérie CHANAL Corinne	MERCIER Marie-Luce	COMMESSIE Pascale	FERRINI Aline MOULET Delphine
1 obstétricien CH	Dr BLANC MAHBJAR Salha	Dr MASSON Guy	Dr ROUZAUD Martine	Pr BOULOT Pierre		GROSSET Bertrand	
1 obstétricien libéral		Dr BOUENEL Nadine Dr COSTE Yolande	Dr RAPINAT				
1 sage-femme d'une clinique privée		Dr MARIETTE Annie	GARCIA Françoise	HAVASI Kinga	ROLLAND Martine (ND) BOUISSET Elisabeth (St-Pierre)		PUEL Odile
1 sage-femme libérale	BERTHEZONE Marylise		LUCON Nicole	*HAVASI Kinga*	*ROLLAND Martine*	LEBECEL Cécile	PUEYO Geneviève CASSE Laurence

1 cadre infirmier de pédiatrie	MAZZOCUT Nathalie		GRANIER Catherine	CHILLAULT Stella		AMIGUES Marie-Claude	
1 pédiatre du CH		Dr MARIETTE Jean-Bernard Dr DENDALE Joëlle		Dr MAZURIER Evelyne		TRONC Frédéric	GATI Nébia
1 pédiatre libéral				Dr MISRAOUI Michele			
1 professionnel du CAMSP				Dr DAUDE Hubert, pédiatre Dr BOUSQUET-JACQ Nathalie, pédopsychiatre		Dr MEIER Nathalie SALES-MENGIN Martine	impliqué

1 tabacologue	**Ligue** : BERTOLA Sylviane	**CHU** : BERNHARD Lydie **Ligue** : Dr CONTAL Michel DE CAMPO Marie-Hélène, IDE VIDAL-PALETTI Annie, SF	**Ligue** : ERRIE Martine	**CHU** : MARCAIS-ESPIAND Catherine	THIRION Régine, Sf **libérale** (+financement CPAM)	**CH** : SANDRAGNE Christine	**CH** : GUICHEMEZ Philippe **Libéral** : PUEYO Geneviève, PETIT Véronique SF
1 professionnel de CSST	***RIPOSTE :*** *TEBIB Kadem, éducateur* *PAGES Dominique*	**LOGOS**	**AID 11** : KHAZNADJI Nadège CHARRIER Loriane MOREAU Martine, IDE Dr NIETO Yves	**ARC EN CIEL** : BRIGNONE Marie-Laure	**TREMA** : Dr BOURGE Philippe	**AID 11** : BOUTALEB Nahima, BOUNAB Monique **INTERMEDE** : DE LA CRUZ Rueda, IDE, Dr CLAVEL Viviane	**EPISODE** : Dr GALLAND Pascal MATHIEU Pascale, IDE

	Bagnols	Nîmes	Narbonne	Montpellier	Perpignan	Carcassonne	Béziers
service d'addictologie	**ELSA** :DELRIEU Sylvie (psycho), Dr LOPEZ Mercedes	Dr PERNEY Pascal Dr NEKAA Meïssa **ELSA** : LEBARS Yves	Dr VAUCHER Emmanuel **ELSA** : POCURUL Caroline, IDE PAIRIS Valérie, Pschologue	**UTTD** : Dr LEGLISE Yves, **ELSA** : Dr FAUCHERRE Vincent	**ELSA** : Dr DELMAS Bénédicte	GRESLE Patrick **ELSA** : Dr PLAS Martine, COMMESSIE Pascale (SF)	FORTIN Odile **ELSA** : MATHIEU Pascale
1 professionnel de l'ANPAA		CROUZET Corinne	BANCILHON Elodie *CONTARD Serge* ESPITALIE Vanessa, IDE BELAL Sabrina, Psychologue	ROHR Patricia psycho		*GRESLE Patrick*	
1 professionnel des structures d'hébergement thérapeutique	**RIPOSTE** :TEBIB Kadem, éducateur	SPIEGEL Nicolas (Mas St Gilles)NUEL Hervé (Les Capitelles)		*BRIGNONE Marie-Laure (Arc en ciel)*		**INTERMEDE** DE LA CRUZ Rueda, IDE, *Dr CLAVEL Viviane*	
1 représentant d'association d'aide	***RIPOSTE*** *:TEBIB Kadem, éducateur*	OUCHENE Sylvie VECCHI Fabrice	VILAREM Martine	MARCE Sylvie (**Réseau 34**) BOURGUET Régine (**Portia**) MAZZA Virginie (**Réduire les risques**)	DHEUR Michèl (ASCODE) LANG Isabelle (ASCODE)	VILAREM Martine	**Réseau de Santé Agglomération** : Jean Pezon **Maison de la Parentalité** : Florence Georges
1 médecin généraliste	Dr PAGES Dominique		Dr CONTARD Serge	Dr RIVALS Françoise		GAY Bruno	

1 professionnel de psychiatrie			BLANCHARD Pascale MOUTON Christelle ALIX Anne-Sophie	PRIOUX Nadine Dr GUILLAUME Sébastien			**Equipe mobile psychiatrie-précarité:** BOUKADOUM Joëlle, IDE GEORGES Florence, Psychologue
1 professionnel de pédopsychiatrie	LY Elisabeth BURDET Alexandra	ROY Joel		R.Kojayan R-M. Toubin			LOUBIAS Eric
1 psychologue du CH maternité et/ou pédiatrie	*LY Elisabeth* *BURDET Alexandra*					GOUZVINSKI Françoise	
1 assistante sociale maternité				PLUSCH Michèle			GUILBERT Thiphaine
1 Médecin de PMI	THEROND Virginie		DAVIS-BERGES Véronique	LAURENT-VAUCLARE Monique		DAVID-BERGES Véronique	BOUSQUET Paul SULTAN Gaël
1 Sage-femme de PMI	HENRY Christine	BLARD Hélène, coordinatrice	ESCALAIS Régine HAAS Sylvie DUBOIS Nadia		PEREZ Patricia, référente addictions		SATGE Marie-Christine
1 Puéricultrice de PMI			PIETRAC Christine	MADAMOURS Béatrice			BOIXADERE Aurélie

	Bagnols	Nîmes	Narbonne	Montpellier	Perpignan	Carcassonne	Béziers
1 représentant d'hébergement mère-enfant			**Maison maternelle ADAFF :** BOREL Chantal	**Institut St Pierre:** Dr DOUAN Brigitte, BUSSIERES Valérie(psycho), CLAPOT Céline(AS) **La Clairière** : DE CHARLES Patricia **Foyer de l'enfance** : BOESPFLUG Sylvie, IDE, BUISSON Elisabeth, psycho, COLSE Jeanne-Marie Puéricultrice, BALSAN Simone, **Regain** : HACHCHADI Said, LEYTON Elodie	**Maison maternelle LES RIVAGES** : DELON Annie	**Maison maternelle ADAFF** : JAN Nicolas	
ASE						LASSERTESSES Marie-Pierre	
DDASS	Dr CAVAGNARA Marie-Claude, Médecin inspecteur	ROLS Palma, Infirmière de santé publique			VINOT Aline		
CAF			DURAND Marie-Laure				
CPAM				LOPEZ David		BOSC Anne	

	Bagnols	Nîmes	Narbonne	Montpellier	Perpignan	Carcassonne	Béziers
Professionnels a impliquer	CAMSP, pédiatres, gynécologues libéraux	Centre maternel	Pédiatres	Tous les champs professionnels sont impliqués	Obstétriciens, pédiatrie, CAMSP, ANPAA	Tous les champs professionnels sont impliqués	Obstétriciens publics et privés
Professionnels mobilisés suite à la réunion	Directeur de l'ANPAA	Service d'addictologie du CH, médecins, infirmières et puer de PMI, Les Capitelles et le Mas St Gilles	La psychologue et l'assistante sociale ont une position transversale qui peut être utilisée en coordination		Constitution d'un groupe pluridisciplinaire autour de l'hébergement mère-enfant+ addictions	Pédiatres, gynécologues	L'équipe d'addictologie (formation ouverte au privé), l'équipe de périnatalité, de psychiatrie précarité, l'assistante sociale

«PERINATALITE ET ADDICTION »
Réunion délocalisée
NARBONNE
Le 23 janvier 2009

Date de la réunion	23/01/2009
Lieu de la réunion	Narbonne
Nombre de personnes attendues	33
Nombre de personnes présentes	31
Nombre total de répondants	17
Taux de participation	94%
Taux de réponse	55%

Avis plutôt ou satisfaisant sur:

Cette réunion vous a permis de :

▪ Faire un point sur les organisations existantes	16	94.2%
▪ Evaluer ensemble vos besoins	13	76.4%
▪ Réfléchir sur vos projets d'organisation et de formalisation de travail en réseau	15	93.8%
▪ Se rencontrer et se connaître	16	100%
▪ Définir une (ou des) personne(s) référente(s)	10	66.7%

Vous avez trouvé :

▪ Le temps de parole et d'échange entre les participants	16	94.1%
▪ La réflexion pluridisciplinaire sur les pratiques professionnelles	14	82.3%
▪ L'organisation de la rencontre et le rôle de l'animateur	17	100%
▪ Appréciation générale de la réunion	16	94.1%

Pour le futur :

▪ Cette rencontre va provoquer des changements dans vos pratiques professionnelles	13	99.7%
▪ Recommandation de cette action auprès de vos collègues	17	100%
▪ Envie de participer aux prochaines actions	17	100%
▪ Envie de participer à des réflexions régionales (référentiels, protocoles, plaquettes d'informations…)	17	100%

ANNEXE 5 – COMPTE-RENDU DE LA REUNION DELOCALISEE A NARBONNE

Date : 23 janvier 2009 **Heure : 9H30-16H30**

DURÉE DE LA RÉUNION : …5h……..

THEME DE LA RÉUNION : réunion délocalisée « périnatalité et addictions » à Narbonne

Présents : 30 personnes (Voir liste des participants)

Excusés : Mme Bosc (CPAM), Dr Darras, Mme Torrente

Absents :CAMSP, Mme Granier, Gynécologues et pédiatres libéraux

Compte rendu

Objectifs de la rencontre :

- Etat des lieux de l'existant, sur chaque bassin de naissance
- Faire remonter les besoins en addiction et périnatalité

Selon les régions ou bassin de naissance, il n'y a pas les mêmes structures. Chaque bassin de naissance a des initiatives intéressantes a médiatiser pour l'ensemble de la région.

Mme CRIBALLET et Mme CHANAL du réseau périnatal régional sont mandatées pour ce travail.

Début 2007 le réseau « Naitre en LR » a effectué une enquête auprès des cadres de maternités de la région concernant la visibilité de la thématique addiction. L'addiction tabac est bien renseignée dans cette étude et peu sur les autres produits. (Cocaïne, alcool, prise de médicaments psychotropes compulsifs¡

Une requête a été menée par la CPAM de l'Aude : il y a eu en 2007 une délivrance de traitement de substitution aux opiacés (méthadone ou buprénorphine) pour 19 femmes enceintes dans le département.

Présentation des personnes présentes :

Sage femme libérale, rare dans son activité, deux cas qui ont été adressé au service d'addictologie de liaison des hôpitaux où ces dames devaient accoucher (Béziers, Carcassonne) ; Mme Lucon fait des entretiens du quatrième mois, permet de faire connaissance et de planifier la surveillance médicale et l'accompagnement pendant la grossesse et aussi après la naissance pendant les premiers mois.
Fait un peu de consultations tabacco. Formée par AM Clauzel à Coursan sur tabac et grossesse, elle a un analyseur de CO, également impliquée dans l'association « Aude allaitement » .

SF à la polyclinique : fait des entretiens prénataux précoces (EPP) dans les limites de son emploi du temps. Difficile d'identifier les problèmes d'alcool. A fait formation entretien avec le réseau.

Maternité du CH

Dans le service pour le tabac c'est OK, pour l'alcool moins bien. Comment à minima pouvoir faire le dépistage et l'accompagnement ? Difficulté en temps mais aussi le non-besoin, pour elle, d'aborder la consommation de produits car pour elle, les patientes ne disent jamais la vérité et cachent leurs consommations,
Il n'a pas été prononcé clairement le besoin de connaissance de la toxicomanie de la patiente pour mettre en place une prise charge spécifique médicale. Demande de lisibilité des autres partenaires, faire des « autoroutes » selon les thématiques.
Il y a un besoin en formation pour le dépistage, puis l'infirmière de liaison permet prendre le relais.
Maternité sans tabac ok, mais pour toutes les autres addictions, ils n'ont aucune formation, besoin d'un référent, d'avoir des protocoles

SF échographiste : échographie 1er et 3eme trimestre. Elle voit les femmes tôt, ensuite elle propose l'entretien prénatal précoce(EPP) et la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Entretien est proposé systématiquement mais les femmes ne viennent pas toujours. Seule à s'occuper des EPP, elle ne voit pas toutes les femmes, travaille aussi avec les SF libérales.
Difficulté de repérer les femmes enceintes qui boivent, sauf les grosses consommatrices. Problème des professionnels qui ne sont pas à l'aise avec le sujet : par ex quand une femme qui s'est alcoolisé de façon massive en début de grossesse.
Expérimentation sur six mois : un cours de parentalité en 7ème séance de prépa avec deux puer du service de pédiatrie et la psychologue.
Permettra une amélioration des relations pédiatrie-maternité ?
Le lien ville hôpital se fait par un gynécologue, qui est la porte d'entrée dans la maternité des femmes à problématique addictives. Il est tabacologue également. Le MG ou le centre doit prendre contact avec lui et après la prise en charge est codifiée.

PEDIATRIE DU CH
En 2008 ils ont eu 6 enfants adressés par la mater pour sevrage d'opiacés sur 60 enfants hospitalisés sur l'année. Cela fait 10% des situations qui mobilisent beaucoup de monde. Pas eu de formation spécifique.
Le service est souvent mis devant le fait accompli alors que la mère sort de la maternité et l'enfant doit rester en pédiatrie. Pourtant beaucoup de choses sont faites pour la patiente, mais trop dispersée ou coup à coup et cela entraîne pour la patiente un climat non rassurant pour cette personne ayant cette pathologie. Et même parfois, il y a un retard de mis en place du traitement de substitution par la maternité par méconnaissance de la toxicomanie de la mère. Elle souligne qu'il manquerait une concertation de tous les intervenants « au moment » ou « avant » l'arrivée des enfants en pédiatrie, notamment avec la mater. Mieux organiser en amont afin de mieux anticiper.
Bon liens avec la Pmi et pédopsy
Un Staff obstétrico-pédiatrique se remet en place, cela va probablement aider à l'anticipation

PMI de l'AUDE (conseil général)
Capacité de travailler ne réseau avec tous les professionnels, travail en équipe dans les centres médico-sociaux, échanges d'information, intérêt du travail au domicile des patientes, relation de respects et de confiance entretenue avec les femmes enceintes, problématique de l'alcool.
Travailler le réseau avec les libérales pour l'EPP
La puéricultrice de PMI suit des enfants en prévention ou en ASE. Peu de situations d'addiction repérées dans sa pratique en quatre ans, une seule mère lui en a parlé, elle était suivie par AID11.

Il y a des difficultés repérées avec la maternité pour les liaisons avec les puéricultrices, alors qu'il n'y a pas de problème concernant les sages femmes de PMI, peut-on améliorer l'accueil et la communication entre la maternité et les puéricultrices de PMI ?

Par contre, il y a un travail actuel dynamique avec la pédiatrie sur les liaisons.
Pas de liaison mis en place, formelle ou informelle entre la Polyclinique et la PMI, les contacts sont sporadiques

Réseau ville-hôpital RAVITOX : Sida et toxicomanie deux missions :

- Coordination des acteurs professionnels qui les entourent. et accompagnement Médico-psycho-social.
- Une branche formation, notamment maternité addiction, financement DDASS DRASS.

Centre maternel sur Narbonne foyer ADAFF, mission de protection et prévention : ils se réorganisent en interne, initie des rencontres avec les différents partenaires, équipes travaillent mieux.
Pas de professionnels de la santé dans leurs équipes, juste du social et de l'éducatif, on besoin de travailler avec d'autres. Sur le problème d'addiction elle travaille avec AID11.
Demande d'amélioration de la communication, besoin de travail en lien avec la maternité sur la préparation de l'hospitalisation

CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE (CMP)
La psychologue qui intervient à la maternité et CMP (avec Dr), voit les mères et fait le lien.avec les partenaires d'accompagnement. Elle voit les futures mamans avant la naissance puis après la naissance, pendant l'hospitalisation ou quand les mères sont adressées par les professionnels de santé.

Assistante sociale du centre médico-social, fait si possible le lien entre les services maternité, pédiatrie et CMP.
Le parcours des patientes à l'intérieur de la maternité semble cloisonné+++.
Pédopsychiatre CH et CMP, accompagnement avant et après l'acct, pas de connexion directe avec le service d'addicto
Réunions de prise en charge précoce une fois par mois le jeudi matin au départ tous le monde était invité mais souvent il n'y a que la PMI et CMP : redéfinir les objectifs ?
Peut être cela pourrait être le lieu de préparation de des hospitalisations et organisation des sorties de la maternité ou de la pédiatrie.
Peut être des reprises de cas avec le CMP et la pédiatrie pourrait améliorer la fluidité entre les 3 services ?

SERVICE D'ADDICTOLOGIE DE LIAISON DU CH
Les personnes qui prennent RDV sont orientées vers ANPAA 11 ou AID 11. L'activité de prescription de méthadone est déléguée à AID11, lien en convention pour la prescription avec Dr Nieto, dans l'usage le travail se fait en complémentarité et finalement il a peu de liens. Si un patient est hospitalisé au CH le psy de AID11 vient voir le patient dans le service.
Le CSAPA (ANPAA), fonctionne depuis deux mois et il est décidé de leur envoyer toutes les consultations. Le CH ne va plus assurer que les hospitalisations pour sevrage.
Très peu de lien avec la maternité, très ponctuel ces dix dernières années. Dr VAUCHER est très étonné que la maternité ne signale aucune patiente enceinte consommatrice régulière d'alcool. Il s'en inquiète++++
Prise de sang avec recherche de CDT systématique pendant la grossesse pour dépistage serait simple et rapide. Pourquoi de pas mettre en place une étude sur six mois, en mettant en place la recherche CDT (marqueurs de consommation d'alcool de moins de 10 jours) lors du premier bilan chez toutes les femmes enceintes de la CDT ? Serait-il possible d'ajouter un autre test pour les autres drogues en dehors d'une recherche sur l'urine afin de faire une étude complète en addiction. A réfléchir avec les gynéco de la maternité lors d'un staff ?
Il y a un besoin en formation, car il est exprimé une difficulté pour aborder l'alcool avec les patientes.
Cette année, se met en retrait et les formations sur l'alcool seront faite par l'ANPAA, mais le service d'addicto de liaison reste disponible.
Psychologue dans le service d'addiction service du Dr Vaucher, basée en médecine B, va faire le suivi quand patiente hospitalisée.
Difficulté d'identifier les problèmes des patientes, peu de demande du service maternité
Infirmière addicto de liaison du CH de Narbonne, **(61 27),** depuis juin 2008, à mi-temps travail en post cure ambulatoire à Narbonne, mi-temps addiction de liaison, en cours de réalisation d'un état des lieux
Lundi AM sur le CHRS de Narbonne.
Mardi : au CH, elle fait le tour des services du CH : demande à connaitre la maternité et de la pédiatrie
Elle rencontre, sur demande des équipes, la personne dans le service et analyse sa situation et ses besoins puis elle fait la liaison sur les structures existantes et l'accompagne. Son objectif est de maintenir l'équipe en place et de la soutenir, travailler ensemble, pas forcément que du soin mais aussi évaluation (CSJA : centre de soin en alcoologie)

Tabacologue, bénévole de la ligue, 23 Cs à la maternité en 2007, 50 personnes en 2008 (patient, famille et professionnels).
Mme Errie fait remarquer que le niveau social est assez défavorisé à la maternité de Narbonne, les difficultés sont majeures. Il y a des consommations croisées, et les problèmes multiples et travaillés de front.
Beaucoup d'absentéisme dans les cs tabaco.
Les femmes enceintes addictives voient en anténatal un pédiatre **.**

ANPAA 11
Une équipe pluridisciplinaire avec psychologue, conseillère économique et sociale, médecin, assistante sociale association qui vient de se monter. Association nationale déclinée au niveau départemental. Prend en charge les personnes consommatrices d'alcool. En cours de présentation aux différents professionnels de santé. Peu d'expérience des femmes enceintes

Médecin généraliste sur Narbonne (qui suit les patientes toxicomanes) et médecin référent pour l'alcool au CSAPA (centre de soin d'accompagnement de soins en addiction) : structure financé par CPAM et ONDAM

Il a suivi 3 ou 4 femmes enceintes toxicomanes en 2008.

ANNEXE 5

AID11

Médecin généraliste, prescripteur de méthadone : 3 à 4 femmes enceintes en 2007 difficulté de prendre contact avec la maternité, identifier les professionnels référents à la mater. Cela pourrait se faire ?
Educ spé : fait le lien avec le réseau à AID11. Elle présente également tous les ans le travail de l'association à l'IFSI. Pas de formation particulière sur la grossesse**.**
Le contact est difficile avec la maternité du CH, difficulté d'anticiper, elle a sollicité le cadre de la mater et souhaite qu'on lui permettre de rencontrer le service.
Educ spé : elle suit une femme qui est récemment maman, elle a peut de contact avec les professionnels qui l'entourent la PMI la prenant déjà en charge.
Educ spé : suivi éducatif
Demande de rencontres ente AID 11 et les deux services du CH notamment pour reprendre les situations à froid.

Coordinatrice petite enfance à la CAF, coordonne en partenariat avec le service PMI du CG des actions auprès des professionnels de la petite enfance dont les Relais assistantes maternelles (Ram) et les établissements d'accueils du jeune enfant (crèches, halte garderies, ……)
Importance des réseaux pour la création de liens, qui favorise et facilite l'accompagnement des personnes.

Infirmière, **DDASS de l'Aude**. L'addiction est une thématique prioritaire dans l'Aude. Il y a des financements possibles par le GRSP sauf pour la formation des professionnels.
Projet sur le CH de Carcassonne bon projet.

Résultats de l'enquête 2007 auprès des cadres de maternité du LR

NOM DE L'ETABLISSEMENT	**POLYCLINIQUE LE LANGUEDOC à Narbonne**
SOURCE	Enquête SF Cadres
DISPOSITIFS EXISTANTS	➲ Un service d'addictologie. ➲ 3 personnes référentes : une sage femme formée sur l'ensemble des addictions sauf les médicaments psychotropes, un addictologue et une psychologue ➲ Formations suivies sur l'ensemble des addictions sauf les médicaments psychotropes. ➲ La maternité en lien avec les services de PMI.
NBRE DE FEMMES ADDICTIVES SUIVIES	En tabac : aucune donnée. En toxicomanie ou autre : aucune donnée.
PROJET EN COURS	
DIFFICULTES	➲ Peu d'accompagnement de femmes enceintes qui ont des problèmes addictives car elles sont orientées plutôt vers l'hôpital.
BESOINS	➲ Des plaquettes d'informations pour les patientes

NOM DE L'ETABLISSEMENT	**CH à Narbonne**
SOURCE	Enquête SF Cadres
DISPOSITIFS EXISTANTS	➲ En tabac, dispositif le plus développé : consultations en tabacologie par une sage femme. ➲ Un service d'addictologie de liaison. ➲ 1 personne référente : une sage femme formée sur le tabac ➲ Formations suivies en tabac. ➲ La maternité en lien avec les services de PMI.

NBRE DE FEMMES ADDICTIVES SUIVIES	En tabac : 40 femmes enceintes vues. En toxicomanie ou autre : aucune donnée.
PROJET EN COURS	➲ Une collaboration étroite avec le service d'addictologie de liaison.
DIFFICULTES	
BESOINS	➲ Soutien du réseau NLR en logistique pour mettre en place un projet de collaboration étroite avec le service d'addictologie de liaison. ➲ Des plaquettes d'informations pour les professionnels ➲ Des plaquettes d'informations pour les patientes ➲ Des protocoles de conduites à tenir ➲ Des journées de formation ou d'information

BILAN DE LA REUNION

Ce qui ressort de la matinée. Il y a des blocages et des ressources

1. Difficulté entre intra hospitalier et extra hospitalier, notamment avec la maternité. Car, la pédiatrie est déjà sur une autre dynamique car il est en train d'être mis en place des liaisons formalisées entre la PMI et le service. Les différents partenaires expriment une volonté d'améliorer le travail avec la maternité.
2. La réunion du jeudi pourrait servir de présentation des cas dont il y a besoin de faire de la concertation, en ouvrant à AID 11, IDE de liaison, ANPAA 11 quand ils ont besoin de présenter les cas qui vont arriver. Objectif : préparer le séjour en maternité, création du réseau favorable à la reconnaissance de la place de chacun dans le suivi de ces patientes. afin d'améliorer l 'accompagnement et la santé des mères et de l'enfant.
3. le staff obstétrico-pédiatrique se met en place, cela pourrait améliorer les liaisons maternité-pédiatrie
4. L'équipe de pédopsychiatrie (Mme Mouton, Mme Alix) est en position transversale dans les 3 services
5. Il y a un besoin en formation sur la thématique « comment aborder le problème notamment l'alcool »
6. Lien entre maternité et PMI : création, d'une fiche de liaison ?

Remarque :

Manque de visibilité sur la filière médicale de suivi des enfants car il n'y avait pas de pédiatres narbonnais présents aujourd'hui ni personne du CAMSP

ANNEXE 6 – LE SITE WWW.PERINAT-FRANCE.ORG

Périnatalité et addictions

Référentiels "Périnatalité et addictions"

Introduction

Ces textes ont été rédigés par un groupe de travail régional pluridisciplinaire, sous groupe "périnatalité et addictions" de la Commission Régionale de la Naissance pour servir de **socle commun de connaissances sur cette problématique en Languedoc-Roussillon**.

Rédaction des référentiels

- Commission Régionale de la Naissance - LR
- Réseau Périnatal Naître et Grandir en Languedoc Roussillon

Les référentiels du Réseau Naître et Grandir en LR sont diffusés à titre informatif pour les professionnels de la périnatalité de la région.
Ils ont été rédigés en l'état actuel des connaissances à la date de validation du référentiel et n'engagent en aucun cas la responsabilité directe ou indirecte du réseau ou de ses membres quant aux conséquences qui pourraient découler de leur utilisation.

Liste des rédacteurs :

- Anne ALAUZEN, médecin addictologue, Montpellier
- Jean Louis BALMES, médecin addictologue, Nîmes
- Corinne CHANAL, sage-femme coordinatrice "grossesse et addictions", Montpellier
- Anne Marie CLAUZEL, tabacologue, Montpellier
- Odile FORTAIN, cadre de santé, Béziers
- Pascal GALLAND, médecin addictologue, Béziers
- Martine HINSINGER, sage-femme, Montpellier
- Catherine MARCAIS ESPIAND, sage-femme tabacologue, Montpellier
- Evelyne MAZURIER, pédiatre, Montpellier
- Michèle MISRAOUI, pédiatre, Montpellier
- Meïssa NEKAA, médecin addictologue, Nîmes
- Pascale MATHIEU-PEYRERON, infirmière, Béziers
- Anne STOEBNER, médecin de santé publique, tabacologue, Montpellier

Liste des référentiels

- Le concept d'addiction- validation juin 2009
- Périnatalité et addictions ; quelques repères pour les entretiens- validation avril 2009
- Alcool et périnatalité validation avril 2009
- Cannabis et périnatalité validation avril 2009

Référentiels en attente de mise en ligne :

- Tabac et périnatalité
- Opiacés, cocaïne et autres substances psychoactives en périnatalité

Fiches techniques "Grossesse et addictions"

Introduction

Les **fiches techniques de conduite à tenir "grossesse et addictions"** s'adressent plus particulièrement aux **consultants de la grossesse** : gynécologues-obstétriciens, médecins généralistes et sages-femmes.

Elles ont été rédigées sous l'égide du réseau périnatal **« Naître en Languedoc-Roussillon » par un groupe régional pluridisciplinaire « périnatalité et addictions » dont vous trouverez la liste ci-dessous.** Ce groupe est issu de la Commission Régionale de la Naissance et de groupes de travail locaux (Perpignan, Béziers, Montpellier...).

Groupe de travail
Grossesse et addictions

Coordinateurs :
Pierre Boulot
Corinne Chanal
Gisèle Criballet

Groupe de travail pluridisciplinaire
addictologues, tabacologues,
gynécologues obstétriciens, pédiatres, sages-femmes,
psychiatres, pédopsychiatres,
infirmières, éducateurs

- Serge ABAUTRET, éducateur, Montpellier
- Anne ALAUZEN, médecin addictologue, Montpellier
- Muriel ARNOLD SMITH, Sage-femme, Ganges
- Jean Louis BALMES, médecin addictologue, Nîmes
- Elisabeth BOUISSET, Sage-femme, Perpignan
- Pierre BOULOT, gynécologue-obstétricien, Montpellier
- Nathalie BOUSQUET-JACQ, pédopsychiatre, Montpellier
- Thomas BUDNIOK, pédiatre, Perpignan
- Corinne CHANAL, sage-femme coordinatrice "grossesse et addictions", Montpellier
- Anne Marie CLAUZEL, tabacologue, Montpellier
- Pascale COMMESSIE, sage-femme, Carcassonne
- Michel CONTAL, tabacologue, Nîmes
- Gisèle CRIBALLET, coordinatrice Réseau périnatal, Montpellier
- Hubert DAUDE, pédiatre, Montpellier
- Hélène DONADIEU-RIGOLE, médecin alcoologue, Montpellier
- Monique FERRERE, pédiatre, Carcassonne
- Odile FORTAIN, cadre de santé, Béziers
- Solange FOURRIER, sage-femme, Sète
- Anne FRANCOIS, sage-femme, Sète
- Pascal GALLAND, médecin addictologue, Béziers
- Martine HINSINGER, sage-femme, Montpellier
- Catherine MARCAIS ESPIAND, sage-femme tabacologue, Montpellier
- Guy MASSON, gynécologue-obstétricien, Nîmes
- Pascale MATHIEU-PEYRERON, infirmière addictologue, Béziers
- Evelyne MAZURIER, pédiatre, Montpellier

- Marie Luce MERCIER, sage-femme, Perpignan
- Michèle MISRAOUI, pédiatre, Montpellier
- Meïssa NEKAA, médecin addictologue, Nîmes
- Patricia PEREZ, sage-femme, Perpignan
- Patricia ROHR, psychologue, Montpellier
- Anne STOEBNER, médecin de santé publique, tabacologue, Montpellier
- Rose Marie TOUBIN, pédopsychiatre, Montpellier
- Patrick VENTURINI, pédopsychiatre
- Bénédicte WELTMAN-DELMAS, addictologue, Perpignan

Ces fiches ont été écrites et validées une par une à des dates différentes entre fin 2008 et début 2009. Elles sont perfectibles en fonction des remarques des professionnels de terrain. **Elles seront mises à jour fin 2010**.

La mise en pratique de ces fiches techniques de conduite à tenir demande une discussion pluridisciplinaire dans chaque établissement.

Liste des fiches techniques

- 1 - Aborder les consommations de substances psycho-actives pendant la grossesse - validation 12 septembre 2008
- 2 - Opiacés et grossesse validation 12 mars 2009
- 3 - Amphétamines ou Cocaïne et grossesse validation 6 novembre 2008
- 4 - Alcool et grossesse validation 26 janvier 2009 → MAJ Octobre 2009
- 5 - Tabac et grossesse validation 13 mars 2009
- 6 - Cannabis et grossesse validation 12 septembre 2008

Conduites à tenir pédiatriques

- Syndrome de sevrage aux opiacés
- Troubles causés par l'alcoolisation foetale

Téléchargement

Manuel des référentiels de pédiatrie

juin 2008

Articles Grand Public

- Alcool et grossesse
- Tabac et grossesse
- Drogue et grossesse

Adresses utiles

en Languedoc Roussillon

- Annuaire de consultations, Points écoutes et hébergement alcoologie, tabacologie , toxicomanie en Languedoc-Roussillon
- Annuaire du réseau périnatal Naître en Languedoc-Roussillon
- Coordination Périnatalité et Addictions (ex CPUD) au CHU de Montpellier

Bureau de coordination
- **Corinne Chanal** email : Corinne Chanal
- **Valérie Rey** email : Valérie Rey

- **Répondeur** à la disposition des femmes enceintes et professionnels de santé **Tel : 04 67 33 64 77**

Annuaire de la MILDT

Annuaire des consultations de tabacologie (OFT)

DROGUES ALCOOL TABAC INFO SERVICE DATIS
tel 0 800 23 13 13
Numéro vert national

Grossesse et psychopathologies

Fiche technique
"Grossesse et médicaments psychotropes"

Introduction

Cette fiche technique a été rédigée sous l'égide du réseau périnatal Naître et Grandir en Languedoc Roussillon par les professionnels de santé du Languedoc Roussillon suivants :

- BOISSEAU Reynald, psychiatre, Montpellier
- BOISSEZON Marie Christine, sage femme, Montpellier
- De BOUARD Véronique, gynécologue obstétricien, Montpellier
- BOULOT Pierre, gynécologue obstétricien, Montpellier
- CASSÉ Laurence, sage femme, Béziers
- CAUNES Brigitte, sage femme, Carcassonne
- CHANAL Corinne, sage femme coordinatrice grossesse et addictions, Montpellier
- CHANTELOT Laurence, sage femme, Carcassonne
- COLLIN Guillaume, psychiatre, Montpellier
- COMMESSIE Pascale, sage femme, Carcassonne
- CRIBALLET Gisèle, Sage femme, coordinatrice, Montpellier
- DELRIEU Véronique, sage femme, St Mathieu de Tréviers
- DESSEIGNET Philippe, gynécologue obstétricien, Montpellier
- DUNAND Thierry, médecin généraliste, Béziers
- FERRINI Aline, sage femme, Béziers
- GALLAND Pascal, Médecin Addictologue, Béziers
- GOUZVINSKI Françoise, psychologue, Carcassonne
- GRANIER Ghislaine, psychologue, Perpignan
- GROLIER Claude, sage femme, Sète
- GURY David, pédiatre, Montpellier
- HAVASI Kinga, sage femme coordinatrice P3SM, Montpellier
- KOJAYAN Rafi, pédopsychiatre, Montpellier
- LAMOULIÉ Catherine, pédopsychiatre, Sète
- LAURENT-VAUCLARE Monique, médecin adjoint santé, Montpellier
- LETSIGO Sophie, pédiatre, Carcassonne
- MAZURIER Evelyne, pédiatre, Montpellier
- MOUTON Christel, psychologue, Narbonne
- NOURRISSON Pierre Hugo, médecin généraliste, Villegaihenc
- PARADIS TRENEULE Anne Marie, sage femme, Mende
- PREVOST Marie Aude, sage femme, Carcassonne
- RACHEDI Nadia, médecin à la Direction PMIS, Montpellier
- ROY Joël, pédopsychiatre, Nîmes
- SABOURIN Hervé, psychiatre, Montpellier
- THOMPSON Marie Andrée, pharmacien, Montpellier
- TOUBIN Rose Marie, pédopsychiatre, Montpellier
- VALLIERES Hélène, puéricultrice, Montpellier
- VEZOLE Hélène, sage femme, Montpellier
- VIGNAL Jacques, gynécologue obstétricien, Montpellier

Fiche technique

- **Grossesse et médicaments psychotropes**
  - validation 13 octobre 2009

ANNEXE 7 – LA FICHE DE RECUEIL DE DONNEES EN SUITES DE COUCHES

NOM : ..... **DATE D'ACCOUCHEMENT** : ...../...../.....

PRENOM : ..... **TERME (SA)** : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

ALCOOL

Au moins 2 alcoolisations occasionnelles excessives (>3-4 verres) ❒

Plusieurs fois par mois, plusieurs mois pendant la grossesse ❒

CANNABIS

Régulier (10 fois par mois) ❒

Quotidien ❒

COCAINE

Occasionnel ❒

Plusieurs fois par mois, plusieurs mois pendant la grossesse ❒

AMPHETAMINES

Occasionnel ❒

Plusieurs fois par mois, plusieurs mois pendant la grossesse ❒

OPIACES

HEROINE ❒

METHADONE * ❒ Préciser : Sirop ❒ Gélule ❒

SUBUTEX* BUPRENORPHINE* ❒

* prescrite ou non

MEDICAMENTS PSYCHOTROPES

Indiquer le nom des médicaments

..... ❒

..... ❒

..... ❒

AUTRES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Indiquer le nom des substances (LSD, Kétamine, Champignons…)

..... ❒

..... ❒

..... ❒

PRISE EN CHARGE ADDICTOLOGIQUE ou PSYCHIATRIQUE

Dans l'établissement ❒

Hors établissement ❒

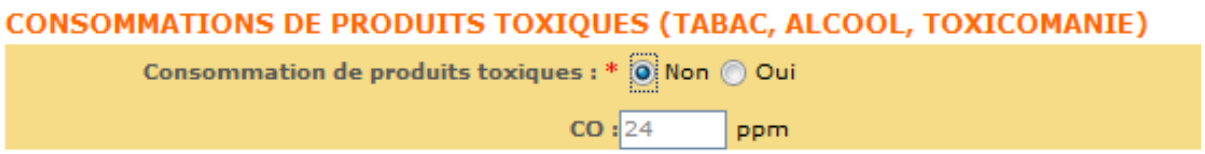
DONNEES CONCERNANT L ENFANT

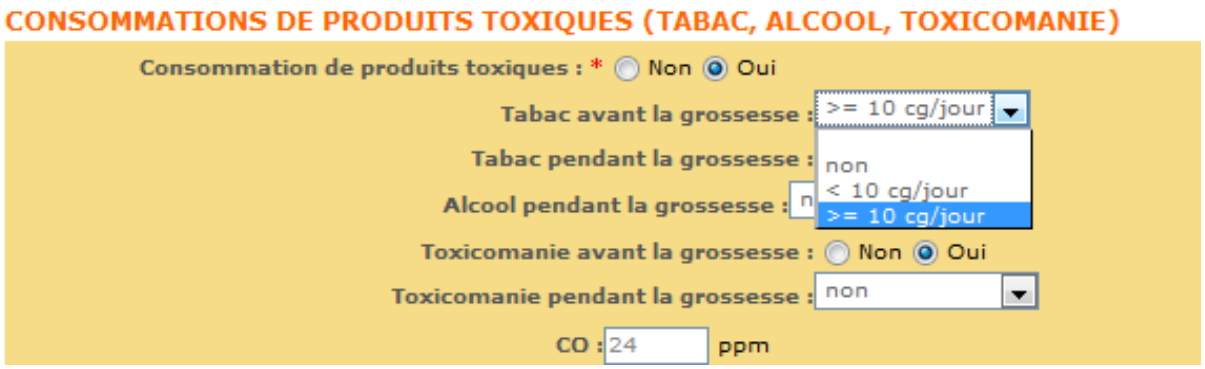
Syndrome de sevrage aux opiacés ❒

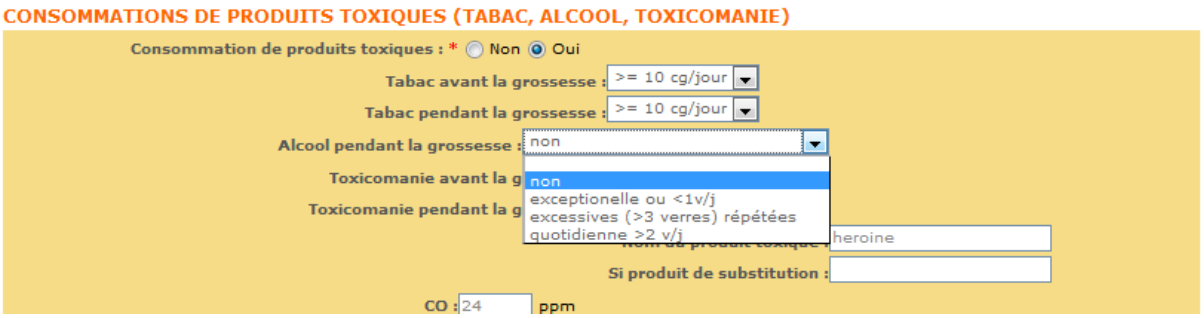
Traitement médicamenteux du syndrome de sevrage ❒

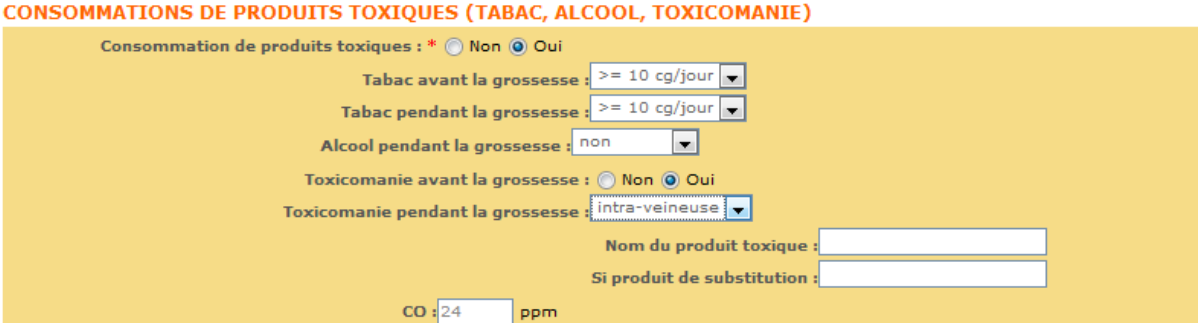
Syndrome d'Alcoolisation Fœtale complet ou incomplet ❒

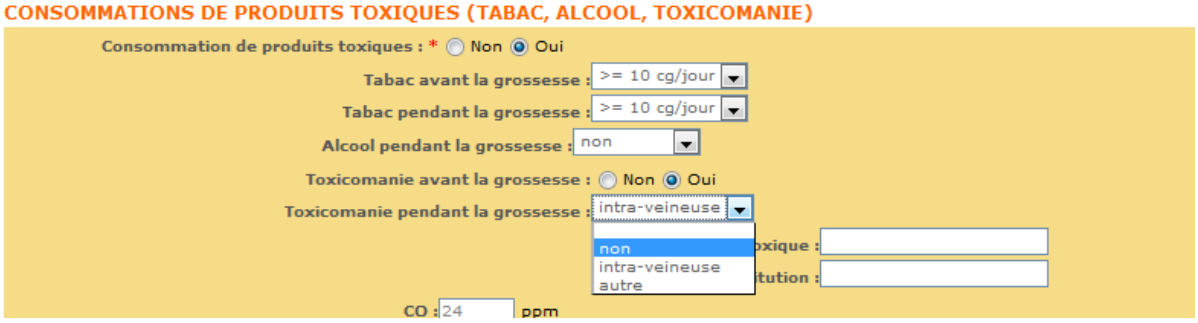
ANNEXE 8 – CAPTURES D'IMAGES DCPI











ANNEXE 9 – DEUX EXEMPLES DE FICHE DE POSTE DE SAGE-FEMME COORDINATRICE

Fiche de poste n°1 : Sage-femme coordinatrice « grossesse et addictions » (document réalisé d'après l'expérience des équipes de Carcassonne et du CHU de Montpellier)

Missions auprès des patientes et de leur entourage :

Les missions de la sage-femme référente vont de la prévention au soin, en passant par l'intervention précoce, auprès des femmes et de leur entourage.
Dans le service de gynécologie-obstétrique, il s'agit d'accueillir toute femme enceinte, ou avec un projet de grossesse, hospitalisée ou en consultation, en difficulté avec les addictions (directe ou indirecte).

-Evaluer les différentes consommations de produits psycho-actifs, quelque soit le produit.
-Evaluer les conséquences éventuelles médico-psycho-sociales des consommations notamment par rapport à la grossesse (repérer les grossesses à risque).
-Informer des risques amenés par les consommations et informer des possibilités de soins et d'accompagnement.
-Accompagner : tout en laissant à la personne le libre choix de sa décision concernant sa consommation, se mettre à sa disposition dans une démarche d'accompagnement.

* Accompagnement vers le soin en Addictologie, éventuellement en lien avec les structures de soin et l'ensemble du réseau : entretiens motivationnels, aide au sevrage, aide au maintien de la non consommation, orientation vers les structures de soin locales si besoin, organisation avec celles-ci de post cure ou d'hospitalisation si besoin, passer le relais pour un accompagnement à long terme, tout ceci avec CSST, CCAA, services sociaux, PMI, etc …
* Accompagnement en tant que référente hospitalière d'une grossesse à risque (garante de l'activation du réseau) : organiser les différentes consultations, assurer les liens avec les différents professionnels hospitaliers, libéraux ou de PMI.
* Préparer l'hospitalisation et la naissance.
* Préparer le post natal.

Missions auprès du réseau de proximité :

- Impulser la mise en place de protocoles d'organisation et de prise en charge de ces grossesses à risque.
- Participer activement à l'activation et à la mise en place du réseau de proximité.
- Se mettre à disposition pour des actions de sensibilisation, de prévention, auprès du grand public comme des professionnels de la santé, de la périnatalité, de l'addiction et autres… (Formations)
- Participer aux grandes campagnes nationales de santé dans ses déclinaisons loco régionales.
- Participer aux différentes réunions organisées par les services de soins et de PMI, autour de patientes ou réunions de fonctionnement.
- S'inscrire dans une dynamique de projets « périnatalité – addictions » en intra et extra hospitalier.
- Animer le réseau de soin, former les professionnels de la périnatalité et de la santé.
- Evaluer, réajuster et assurer la traçabilité des actions mises en œuvre.

Missions auprès de la région

-Assurer le lien avec le réseau régional, et participer à la réflexion régionale.

Fiche de poste n°2 : Sage-femme de coordination vulnérabilité du P3SM

Actions auprès des patientes

- ***Mettre en confiance progressivement et évaluer*** *les besoins des futurs parents (médicaux, situation sociale et familiale, histoire obstétricale et incidence des difficultés psychologiques) : informations sur les prises en charge médicales, sur les possibilités existantes, reprise de l'histoire des prises en charge antérieures, explicitation des protocoles de soins, du projet P3SM…)*
- *Anticiper et organiser le suivi obstétrical avec la femme / le couple :* ***travail de médiation*** *en liaisons avec les autres professionnels (pédiatres, gynéco obstétriciens, pédopsychiatres, psychologues, médecins généralistes, sages-femmes libérales, CHU, PMI …..)*
- *Prise de RDV téléphonique si besoin*
- ***Soutenir les soignants*** *en lien et en difficulté avec les patientes (rencontres régulières avec les soignants, informations sur le devenir…).*

- *Veiller au* ***maintien de la continuité des soins*** *tout au long de la prise en charge, anté, per et postnatale en anticipant sur le plus grand nombre de problèmes possibles : prévenir les équipes de l'arrivée de la patiente, préparer les transmissions faites aux équipes en associant les parents de façon la plus étroite possible, éviter la séparation mère - enfant*
- *S'assurer de* ***l'organisation des soins en postnatal****: travail de liaison entre les équipes pluridisciplinaires intra et extra hospitalières pour une cohérence dans la continuité de la prise en charge. Les parents restent au centre de toutes ces transmissions : téléphone, rencontre avec les parents et les professionnels, souvent en semi urgence.*

Articulation interne du pôle P3SM

- *Les sages-femmes coordinatrices sont en première ligne pour recevoir les femmes et travaillent en étroite collaboration avec les psy du pôle.*
- *Elles favorisent la rencontre avec le pédopsychiatre ou la psychologue, si besoin, en s'appuyant sur la confiance qu'elles ont instituée.*
- *Les sages-femmes s'appuient sur des rencontres régulières multi hebdomadaires avec les psy du P3SM pour faire le point : sur l'état émotionnel des parents, le niveau d'accueil des équipes, les progrès des parents, la qualités des interactions précoces parents enfant.*

Le travail en réseau

Avec l'équipe de maternité

- *Les rencontres avec les équipes médicales et paramédicales de la clinique afin d'optimiser l'accueil et la prise en charge des familles. (apport d'informations sur la problématique psychologique de la femme, personnalisation de la prise en charge si besoin…) se font au coup par coup, à n'importe quel moment, dans n'importe quel lieu au plus prêts des besoins.*

Avec l'équipe de la maternité publique (Arnauld de Villeneuve :A.D.V)

- *Transmissions personnalisées des éléments pertinents lors de mutations vers ADV*
- *Transmissions aux équipes de pédopsychiatrie (Unité Petite Enfance : Dr Molenat) si besoin pour éviter des ruptures de prises en charge psychologiques.*

Avec le secteur extra hospitalier :

- *en amont de la prise en charge, chaque fois que cela paraît nécessaire, prise de contact avec les professionnels de confiance de la femme (médecin généraliste, psychiatre, obstétricien, sage femme libérale, PMI …)*
- *pendant le suivi : information de l'évolution de la femme aux professionnels impliqués dans la prise en charge*
- *en aval de la naissance : travail avec les équipes de PMI, sociales, psychiatriques en accord avec les psy de l'équipe P3SM*

Le travail de recueil de données :

- *Recueil des données sur les dossiers informatisés au fur et à mesure des prises en charge.*

Actions auprès des patientes

- ***Mettre en confiance progressivement et évaluer*** *les besoins des futurs parents (médicaux, situation sociale et familiale, histoire obstétricale et incidence des difficultés psychologiques) : informations sur les prises en charge médicales, sur les possibilités existantes, reprise de l'histoire des prises en charge antérieures, explicitation des protocoles de soins, du projet P3SM…)*
- *Anticiper et organiser le suivi obstétrical avec la femme / le couple :* ***travail de médiation*** *en liaisons avec les autres professionnels (pédiatres, gynéco obstétriciens, pédopsychiatres, psychologues, médecins généralistes, sages-femmes libérales, CHU, PMI …..)*
- *Prise de RDV téléphonique si besoin*
- ***Soutenir les soignants*** *en lien et en difficulté avec les patientes (rencontres régulières avec les soignants, informations sur le devenir…).*
- *Veiller au* ***maintien de la continuité des soins*** *tout au long de la prise en charge, anté, per et postnatale en anticipant sur le plus grand nombre de problèmes possibles : prévenir les équipes de l'arrivée de la patiente, préparer les transmissions faites aux équipes en associant les parents de façon la plus étroite possible, éviter la séparation mère - enfant*
- *S'assurer de* ***l'organisation des soins en postnatal****: travail de liaison entre les équipes pluridisciplinaires intra et extra hospitalières pour une cohérence dans la continuité de la prise en charge. Les parents restent au centre de toutes ces transmissions : téléphone, rencontre avec les parents et les professionnels, souvent en semi urgence.*

Articulation interne du pôle P3SM

- *Les sages-femmes coordinatrices sont en première ligne pour recevoir les femmes et travaillent en étroite collaboration avec les psy du pôle.*
- *Elles favorisent la rencontre avec le pédopsychiatre ou la psychologue, si besoin, en s'appuyant sur la confiance qu'elles ont instituée.*

- *Les sages-femmes s'appuient sur des rencontres régulières multi hebdomadaires avec les psy du P3SM pour faire le point : sur l'état émotionnel des parents, le niveau d'accueil des équipes, les progrès des parents, la qualités des interactions précoces parents enfant.*

Le travail en réseau

Avec l'équipe de maternité

- *Les rencontres avec les équipes médicales et paramédicales de la clinique afin d'optimiser l'accueil et la prise en charge des familles. (apport d'informations sur la problématique psychologique de la femme, personnalisation de la prise en charge si besoin…) se font au coup par coup, à n'importe quel moment, dans n'importe quel lieu au plus prêts des besoins.*

Avec l'équipe de la maternité publique (Arnauld de Villeneuve :A.D.V)

- *Transmissions personnalisées des éléments pertinents lors de mutations vers ADV*
- *Transmissions aux équipes de pédopsychiatrie (Unité Petite Enfance : Dr Molenat) si besoin pour éviter des ruptures de prises en charge psychologiques.*

Avec le secteur extra hospitalier :

- *en amont de la prise en charge, chaque fois que cela paraît nécessaire, prise de contact avec les professionnels de confiance de la femme (médecin généraliste, psychiatre, obstétricien, sage femme libérale, PMI …)*
- *pendant le suivi : information de l'évolution de la femme aux professionnels impliqués dans la prise en charge*
- *en aval de la naissance : travail avec les équipes de PMI, sociales, psychiatriques en accord avec les psy de l'équipe P3SM*

Le travail de recueil de données :

- *recueil des données sur les dossiers informatisés au fur et à mesure des prises en charge.*

ANNEXE 10 – QUELLE PLACE DU REPERAGE DES ADDICTIONS DANS LES DOSSIERS OBSTETRICO-PEDIATRIQUES ?

Quelle place du repérage des addictions dans les dossiers obstétrico-pédiatriques ?

Gisèle CRIBALLET
Sage-femme coordinatrice médicale
du Réseau « Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon »

Fabien ARMAND Sage-femme DCPI (NGLR)
Pr Pierre BOULOT Président du Réseau (NGLR)

naître

Enquête
Fédération réseaux de santé périnatale en France
FFRSP

Il a été répertorié par la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP) en 2009 :

- **44 réseaux** dits régionaux ou départementaux et **15 réseaux** dits de proximité.

naître

Nous avons interrogé ces réseaux par mail

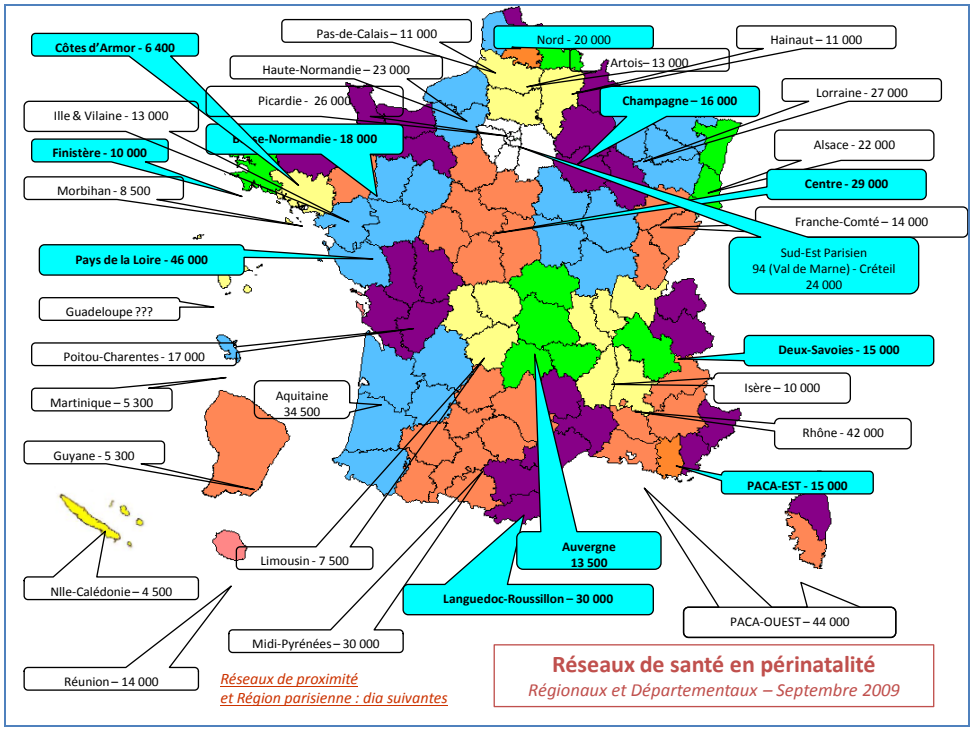
- Possédaient-ils un dossier commun partagé?
- Format papier ou informatisé.
- Comprenaient-ils des items sur la consommation du tabac avant et pendant la grossesse?
- Si oui lesquels?
- Idem pour les autres addictions.

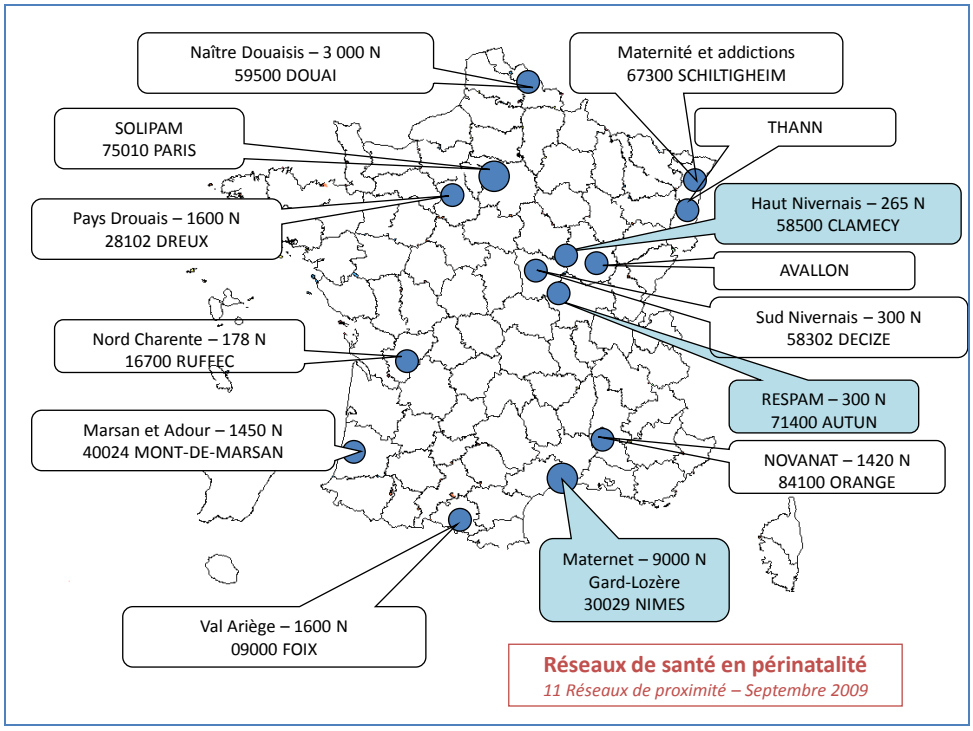
naître

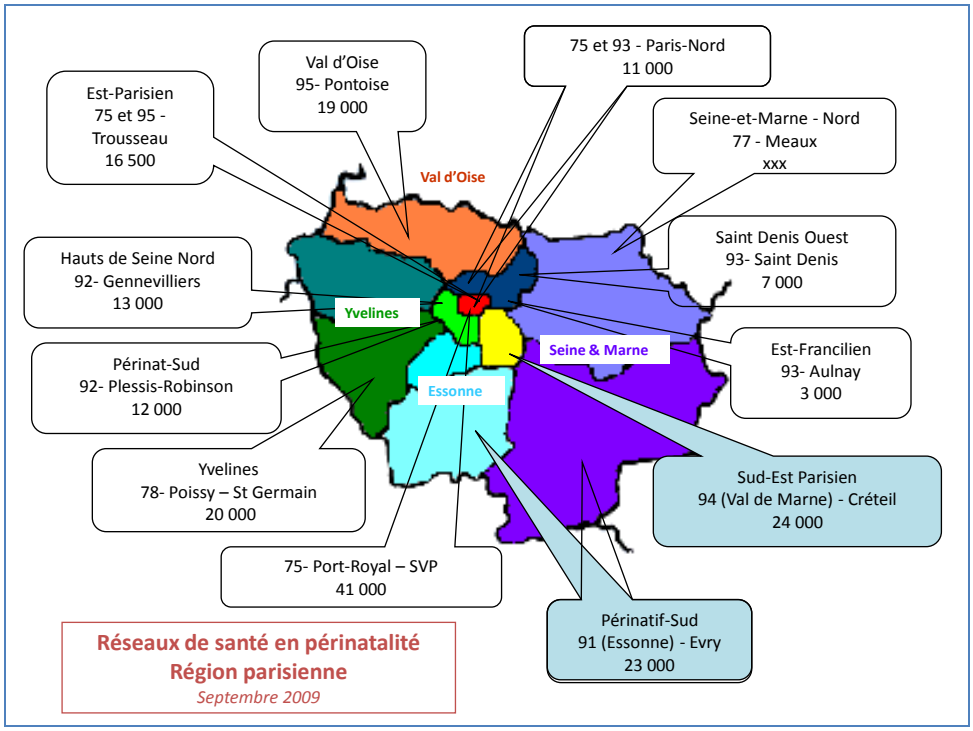
Seulement **14 réseaux de santé** périnatale ont répondu à cette enquête:

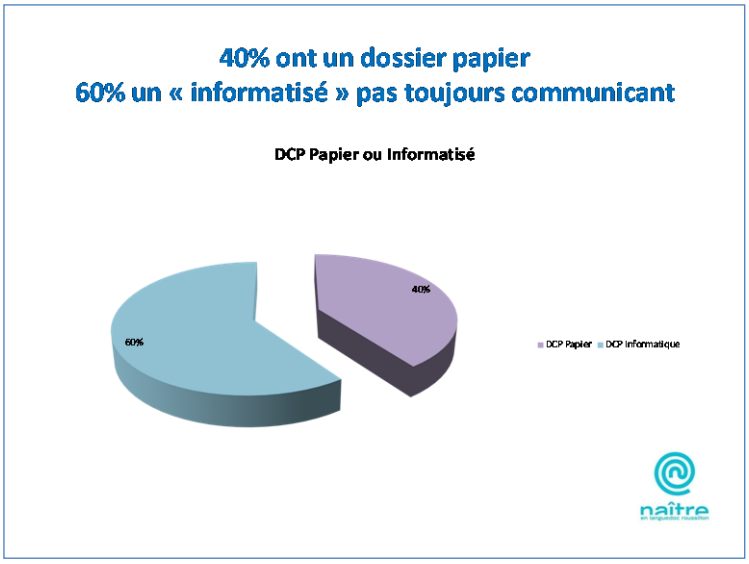
- **Auvergne**
- **RSP sud Evry Essonne91**
- **RSP 94 Est**
- **Nord et Pas de Calais**
- **Champagne Ardenne REIMS**
- **Finistère BREST**
- **PACA est Haute Corse Monaco**
- **RSP Basse-Normandie**
- **Autun Morvan RESPAM**
- **RSP Pays de Loire : Naître ensemble**
- **RSP des Deux-Savoies**
- **Languedoc-Roussillon : Naître et Grandir en LR**
- **Haut Nivernais**
- **Côtes d'Armor ADEPAFIN**

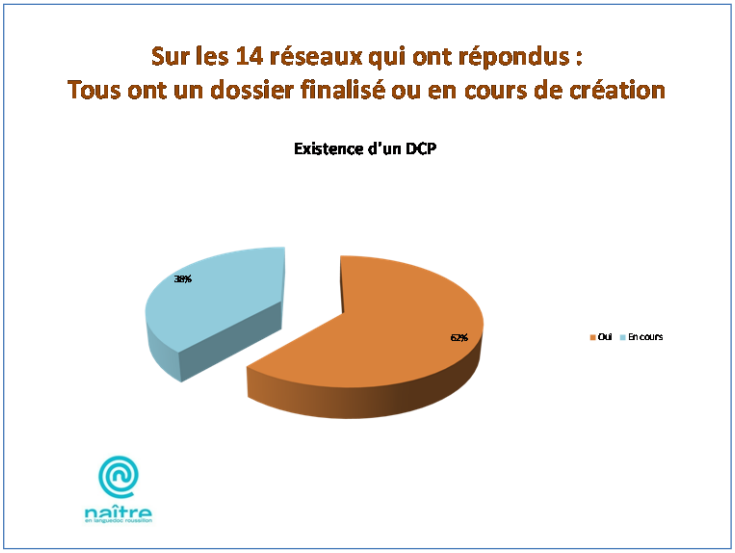
naître


Côtes d'Armor - 6 400
Pas-de-Calais – 11 000
Nord - 20 000
Hainaut – 11 000
Artois– 13 000
Haute-Normandie – 23 000
Picardie - 26 000
Champagne – 16 000
Lorraine - 27 000
Ille & Vilaine - 13 000
Finistère - 10 000
Alsace - 22 000
Morbihan - 8 500
Centre - 29 000
Franche-Comté – 14 000
Sud-Est Parisien
94 (Val de Marne) - Créteil
24 000
Pays de la Loire - 46 000
Guadeloupe ???
Poitou-Charentes - 17 000
Deux-Savoies - 15 000
Martinique – 5 300
Aquitaine
34 500
Isère – 10 000
Rhône - 42 000
Guyane - 5 300
PACA-EST - 15 000
Limousin - 7 500
Auvergne
13 500
Nlle-Calédonie – 4 500
Languedoc-Roussillon – 30 000
PACA-OUEST – 44 000
Midi-Pyrénées – 30 000
Réunion – 14 000
Réseaux de proximité
et Région parisienne : dia suivantes
Réseaux de santé en périnatalité
Régionaux et Départementaux – Septembre 2009

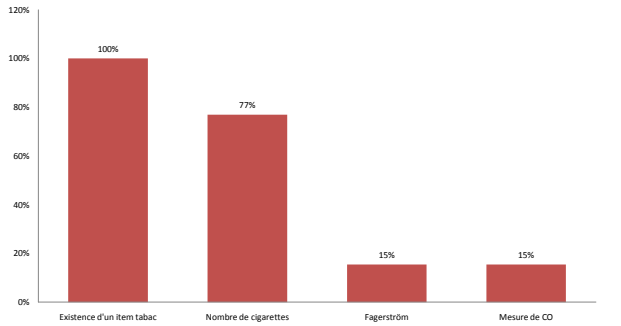

Naître Douaisis – 3 000 N
59500 DOUAI
Maternité et addictions
67300 SCHILTIGHEIM
SOLIPAM
75010 PARIS
THANN
Haut Nivernais – 265 N
58500 CLAMECY
Pays Drouais – 1600 N
28102 DREUX
AVALLON
Sud Nivernais – 300 N
58302 DECIZE
Nord Charente – 178 N
16700 RUFFEC
RESPAM – 300 N
71400 AUTUN
Marsan et Adour – 1450 N
40024 MONT-DE-MARSAN
NOVANAT – 1420 N
84100 ORANGE
Maternet – 9000 N
Gard-Lozère
30029 NIMES
Val Ariège – 1600 N
09000 FOIX
Réseaux de santé en périnatalité
11 Réseaux de proximité – Septembre 2009


Est-Parisien
75 et 95 -
Trousseau
16 500
Val d'Oise
95- Pontoise
19 000
75 et 93 - Paris-Nord
11 000
Seine-et-Marne - Nord
77 - Meaux
xxx
Val d'Oise
Saint Denis Ouest
93- Saint Denis
7 000
Hauts de Seine Nord
92- Gennevilliers
13 000
Yvelines
Seine & Marne
Est-Francilien
93- Aulnay
3 000
Périnat-Sud
92- Plessis-Robinson
12 000
Essonne
Yvelines
78- Poissy – St Germain
20 000
Sud-Est Parisien
94 (Val de Marne) - Créteil
24 000
75- Port-Royal – SVP
41 000
Périnatif-Sud
91 (Essonne) - Evry
23 000
Réseaux de santé en périnatalité
Région parisienne
Septembre 2009


40% ont un dossier papier
60% un « informatisé » pas toujours communicant
DCP Papier ou Informatisé
40%
60%
DCP Papier
DCP informatique
naître

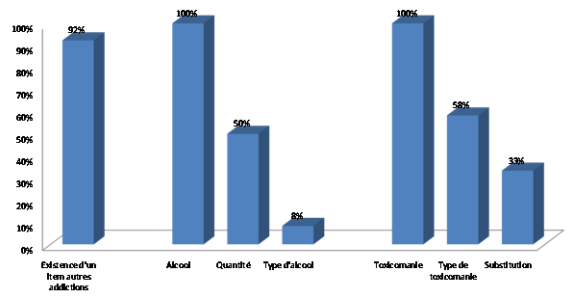

Sur les 14 réseaux qui ont répondus :
Tous ont un dossier finalisé ou en cours de création
Existence d'un DCP
38%
62%
Oui
En cours
naître

RESPAM et Auvergne
ont retenu le test de dépendance Fagerström.
Seuls RESPAM et LR
ont comme item le dosage du CO.



- Un seul réseau a un item sur la consommation de médicaments psychotropes pendant la grossesse dans son dossier (Basse-Normandie)
- Certains de ces réseaux ont un dossier spécifique en tabacologie et autres addictions chez les femmes enceintes (RSP 94 Est).

Pour les autres addictions :
Tous les réseaux ont des items sur les autres addictions alcool et toxicomanie différenciés.



- L'ensemble des réseaux soulignent la difficulté à obtenir des soignants un remplissage systématique de ces items.
- Les items existent dans les dossiers mais sont très peu renseignés et mal remplis.
- Quid de l'exhaustivité des données ?

Présentation du DCPI du Languedoc-Roussillon :

Dossier Commun Périnatal Informatisé régional.

- **les 22 maternités de la région** et un groupe de travail de professionnels de la région ont élaboré avec un prestataire (société SQLI) en **2005-2006** le DCPI.
- Grâce à des financements du **plan e-santé** pour les établissements publics et du **Conseil Régional** pour les établissements privés (soutiens ARH, DRASS et CRN).
- Le logiciel a été testé début 2006, la mise en ligne du dossier a débuté sur **site pilote en septembre 2006** et **en production en janvier 2007.**

naître

- Ce dossier est accessible depuis n'importe quel poste informatique doté d'une connexion internet sécurisée (identifiant +mot de passe) et possède un serveur d'identité régional.
- La promotion du DCPI ainsi que la formation de tous les utilisateurs potentiels ont été confiés à une sage-femme recrutée pour ce poste.
- Le DCPI fonctionne 24/24h et est jugé d'accessibilité très facile. L'accès est gratuit pour tous les professionnels de la périnatalité

naître

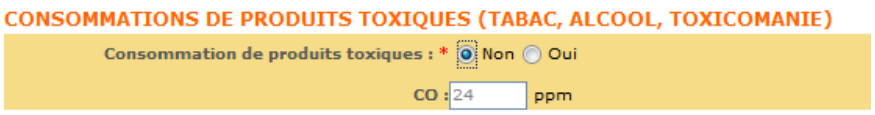
- Ce logiciel intègre également un dossier d'hospitalisation néonatale, la dématérialisation du certificat du 8ème jour (CS8) ainsi que les fiches de suivi des nouveau-nés fragiles dans le cadre du réseau d'aval.
- Le nombre d'utilisateurs augmente tous les jours comme le montrent les chiffres (2800 consultations par mois, 560 nouvelles grossesses tous les mois).
- Le DCPI a permis l'exploitation des données périnatales en temps réel, que ce soit au niveau local (pour chaque maternité) ou au niveau d'un territoire de santé.

naître

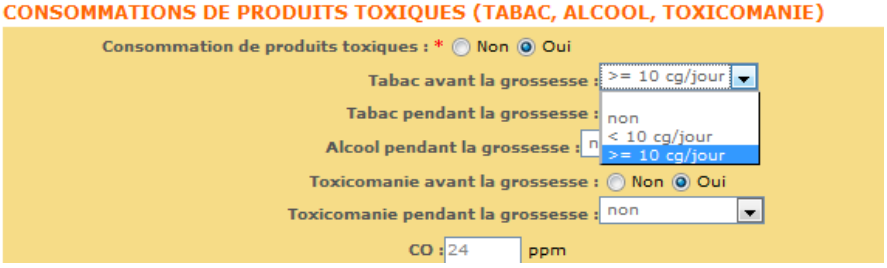
- Lors de l'ouverture du dossier, dans les renseignements généraux sur la grossesse, le remplissage des items sur la consommation de tabac ou d'autres addictions est obligatoire.
- Par contre le taux de CO est facultatif, la mesure n'en étant pas toujours aisée.
- Le réseau NGLR a équipé toutes les maternités d'analyseurs de CO ainsi que les sages-femmes libérales qui conduisent l'entretien prénatal précoce, les sages femmes de PMI et certains services de néonatalogie.
- Il est prévu dans les prochaines évolutions et améliorations du dossier une mesure du CO à chaque consultation de grossesse afin d'évaluer les prises en charge proposées ainsi qu'à l'arrivée en salle de naissance.

naître

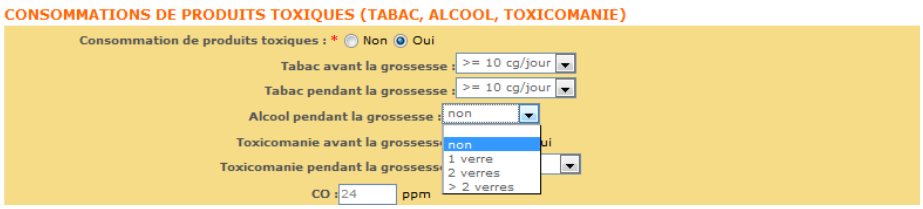
Patiente non addictive



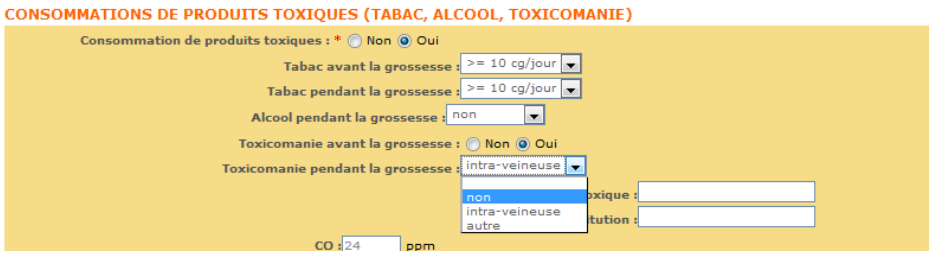
Patiente addictive



alcool



toxicomanie



Quelques chiffres en LR

- Sur **20 411 dossiers saisis** sur la plateforme depuis la création du dossier, **10446 dossiers ont été renseignés sur la consommation de produits toxiques pendant la grossesse.**
- Il a **7906 femmes non consommatrices** avant et pendant la grossesse, **2540 consommatrices** : **24.5%**
- **797** femmes fumaient **moins** de 10 cigarettes par jour avant la grossesse elles sont **1542** pendant la grossesse : **60%**
- **1743** femmes fumaient **plus** de 10 cigarettes par jour avant leur grossesse, et plus que **426** pendant la grossesse : **16%**
- **572** femmes ont arrêté de complètement de fumer pendant la grossesse : **22.5%**

Mesure du CO

Il y a eu **260 mesures de CO renseignées** :

Seulement 10% des femmes consommatrices ont été testées :

- Entre 0 et 5 ppm : 102 femmes
- De 6 à 10 ppm : 55 femmes
- De 11 à 15 ppm : 44 femmes
- De 16 à 20 ppm : 34 femmes
- De 21 à 25ppm : 9 femmes
- Plus de 26 : 16 femmes

CONCLUSION

- Il reste difficile d'analyser les statistiques disponibles à ce jour, étant donné la phase de montée en charge du DCPI, et la non exhaustivité des données.
- **L'irrégularité du remplissage** est encore un obstacle, la formation et la motivation des professionnels de santé est un objectif majeur une fois que l'outil existe.
- L'ensemble des réseaux soulignent la difficulté à obtenir des soignants un remplissage systématique de ces items.
- La proposition que nous pourrions faire par l'intermédiaire de la FFRSP serait de proposer **un choix d'items communs à tous les réseaux** qui possèdent un dossier commun afin de pouvoir faire une évaluation plus large au niveau national par l'intermédiaire des RSP.
- **Le dosage du CO** parait essentiel si les professionnels sont équipés de testeur, il évite de passer à coté des fumeuses passives et des fausses déclaration, et est un outil d'information