COLLOQUE

ADDICTIONS ET GROSSESSE
MOBILISONS-NOUS EN NOUVELLE-AQUITAINE !

12 SEPTEMBRE 2019 • ANGOULÊME

En collaboration avec

AGIR 33 AQUITAINE

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

Santé publique France

ars Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine

nona

ADDICTLIM

ARIA

RESAPSAD

OUVERTURE de la 4e édition

Atika RIDA-CHAFI
Directrice départementale de l'ARS Charente

Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine

PREMIÈRE PARTIE

09h30 – 12h30

Modérateurs:

André Nguyen, pharmacien, coordonnateur d'AddictLim
Dominique Moreau, médecin généraliste, attachée au CSAPA Bobillot, Limousin

PREMIÈRE PARTIE

- 09h45 - 10h45 :

Table ronde sur l'organisation de la coordination « addictions et périnatalité » en Nouvelle Aquitaine

- 10h15 - 10h55 :

Présentation d'un travail de thèse et du premier tutoriel des troubles causés par l'alcoolisation fœtale : le contexte puis, comment aborder la question de l'alcool pendant la grossesse

- 10h55 - 12h30 :

Présentation du Centre Ressources ETACF de l'île de la Réunion, l'alcool au féminin, nécessité du repérage, intérêt du diagnostic et PEC des enfants porteurs de TCAF

1

Table ronde sur l'organisation de la coordination
« Addictions et périnatalité » en Nouvelle-Aquitaine

Marie-Laure Beijas
Florence Calluaud
Gaëlle Dreveau

L'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine

Marie-Laure Beijas, cheffe de projet en périnatalité , Pôle Animation de la politique régionale de l'offre, département offre de soins – plateaux techniques, Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie, ARS NA

Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine

Agir pour la santé de tous

Colloque Addictions et Grossesse: Mobilisons-nous!

12 septembre 2019 Angoulême

M-Laure BEIJAS et Valérie Danger

Addictions et grossesse : une priorité nationale

10% des femmes enceintes consommeraient de l'alcool, même occasionnellement

Baromètre 2017 - Santé publique France

- Mesure 2 des 25 mesures phares du Plan priorité prévention 2018 :
  - Mieux prévenir les consommations à risque et mieux repérer les addictions pendant la grossesse :
    - « Zéro alcool pendant la grossesse » - Santé Publique France
    - Auto -questionnaires « consommation (alcool, tabac, cannabis) - facteurs de vulnérabilités »
    - Diffusion des messages de prévention dans les 16 temps de suivi de la femme enceinte, dont l'EPP

Addictions et grossesse : une priorité nationale

- Action 14 du Plan National de Lutte contre le tabac 2018-2022 :
  - Intensifier les actions pour mieux prévenir et repérer la consommation de tabac pendant la grossesse et pour protéger les jeunes enfants.

- Priorité 2 de l'axe 1 du Plan de mobilisation contre les addictions MILDECA 2018-2022 :
  - Protéger l'enfant à naître de l'exposition aux substances psychoactives pendant la grossesse et améliorer les prises en charge

Addictions et grossesse : une priorité nationale

- Des actions et des outils pour lutter contre la consommations d'alcool pendant la grossesse :
  - Santé Publique France : campagne de communication à l'occasion de la journée mondiale de sensibilisation au Syndrome d'alcoolisation fœtale, le 9 septembre 2019
- Fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives :
  - Appel à projets ouvert jusqu'au 18 octobre (cf. site ARS NA)
  - Cible prioritaire : les **femmes, dont femmes enceintes** et leur entourage
  - Lieux sans tabac dont 50% des ES : priorité maternités

Addictions et grossesse : une déclinaison régionale

- Projet Régional de Santé Nouvelle-Aquitaine :
  - prévention des addictions : priorité femmes et femmes enceintes
- Soutien financier et technique à des projets :
  - Projet du CRAG d'Agir 33 soutenu par la MILDECA et l'ARS depuis 2015
  - Projet du Pr Delcroix sur la formation en ligne des professionnels de la périnatalité sur la prise en charge tabagique
  - Projet du Pr Alla et d'Agir 33 sur le projet 5 A Quit N pour les professionnels de santé
  - Thématique du label Prévenir pour bien grandir®

Critères du label Prévenir pour bien grandir®
Thématique *Conduites à risques et addictions* (1/2)

	Enjeu	Critères
BASIQUE	**L'ensemble du personnel de la maternité ou du CPP est sensibilisé aux enjeux des conduites à risques et aux addictions : mise à disposition d'outils de repérage systématiques et de consultations dédiées**	✓Utilisation d'un annuaire territorial des professionnels spécialisés en addictologie ✓L'établissement interroge systématiquement les femmes enceintes sur leur consommation d'alcool et de tabac avant et pendant leur grossesse ✓L'établissement réalise un partenariat avec l'ELSA
MEDIUM	**La maternité développe un temps de coordination pour l'orientation et le suivi des patientes ayant des conduites à risque et des addictions**	✓Présence systématique d'un référent addicto lors des staffs ou des RCP ✓L'établissement construit un plan de formation des sages-femmes au RPIB ✓Au sein de l'équipe de sages-femmes certaines sont formées en addicto ou appartiennent à l'équipe ELSA

Critères du label Prévenir pour bien grandir®
Thématique *Conduites à risques et addictions* (2/2)

	Enjeu	Critères
PREMIUM	**La maternité ou le CPP met en place une démarche territorialisée de prévention et promotion de la santé en faveur des femmes enceintes et des couples présentant des conduites à risques et des addictions**	✓La maternité est sensibilisée aux effets du syndrome de sevrage sur l'enfant et anticipe ces effets par des consultations du pédiatre dès l'anténatal ✓La maternité ou le CPP dispense des formations hors les murs pour le repérage des addictions auprès des professionnels du champ libéral, gynécologues, PMI, médecins généralistes, sages-femmes ✓La maternité ou le CPP prend part à l'animation territoriale en formalisant des partenariats avec les autres acteurs du territoire : convention avec tous les partenaires extérieurs (service d'addictologie, SAMSAH, CSAPA, ELSA …pour bénéficier de consultations avancées ✓La maternité ou le CPP réalise des groupes de travail de partage d'expérience pluridisciplinaires et/ou de présentation de cas cliniques en addictologie dans le cadre des EPP (évaluation des pratiques professionnelles)

Déclinaison des actions

- Feuille de route régionale concernant les addictions et grossesse
- Proposer des actions et des outils partagés entre le RPNA et le CRAG ➔ Complémentarité et synergies
- Poursuivre les constructions des articulations entre CRAG (Agir 33, Addictlim, Area, Resapsad) et le RPNA

Addictions et grossesse

- Merci pour votre attention

Le Réseau Périnat Nouvelle-Aquitaine

Florence Calluaud, responsable administrative du RPNA

RÉSEAU PÉRINAT
NOUVELLE-AQUITAINE

COLLOQUE ADDICTIONS & GROSSESSE
Angoulême – 12/09/2019

HISTORIQUE

Les réseaux de santé en périnatalité sont les relais des priorités nationales et régionales de santé publique définies en lien avec leur Tutelle, dans le domaine de la périnatalité.

Cadre d'action :

ENJEUX

- Proposer des actions de prévention et promotion pour la santé
- Favoriser l'accès aux soins
- Harmoniser les pratiques
- Contribuer à la qualité et la sécurité des prises en charge
- Encourager la collaboration de tous les acteurs autour de la naissance

HISTORIQUE

3 réseaux périnataux

Réseau Périnat Nouvelle Aquitaine

Association Loi 1901

21 juin 2017

PRINCIPES FONDATEURS – GOUVERNANCE DU RESEAU

AG

- 85 adhérents, personnes morales. Pas de limite au nombre d'adhérents.

CA

- 48 sièges max. répartis en 3 collèges
- Collège des établissements de naissances, collège des professionnels et des usagers, collège des partenaires institutionnels

Bureau

- 12 membres issus du CA élus pour 3 ans

Principes fondateurs

Peuvent adhérer au réseau, **au nom des professionnels de la périnatalité qu'ils représentent** :

- ES naissance,
- Collectivités territoriales,
- Associations de professionnels et d'usagers,
- Conseils de l'Ordre des médecins et des sages-femmes, partenaires institutionnels…

- et d'une manière générale, l'ensemble des organisations ou structures en lien sur le territoire avec les travaux et missions menés par le réseau.

L'adhésion au réseau est gratuite

COMPOSITION DU BUREAU

Président :	Pr DALLAY, Obstétricien, CHU Bordeaux.
1er Vice-président :	Pr PIERRE, Obstétricien – CHU Poitiers
2ème Vice-président :	Pr AUBARD, Obstétricien – CHU Limoges
Secrétaire :	Dr JOURDAIN, Obstétricien, Clinique Jean Villar.
Secrétaire adjoint :	Dr CAMBON, Obstétricien – CH Saintonge
Trésorier :	Mme GAUCHER, Directrice – Polyclinique de Navarre
Trésorier adjoint :	Dr BOUBY, Obstétricien– CH Cœur de Corrèze
Membres :	Mme LAGUERRE-JANVIER, Sage-femme – COSF 33
	Dr Anne-Laure SUTTER, Psychiatre, CH Charles Perrens.
	Dr LAPLACE, Obstétricien – URPS MS
	Dr CAPPIELLO, Médecin responsable PMI 47 – Zone 4
	Dr BOHEC, Obstétricienne – CH de PAU

LE RESEAU EN CHIFFRES

Une équipe de 30 membres

477 participants aux commissions

13 commissions de travail

85 structures membres de l'association

14 membres du comité scientifique

13 sages-femmes de réseau

15 projets de partenariats

500 échographis -tes agréés

FONCTIONNEMENT OPERATIONNEL

La coordination

Coordination médicale

Dr E. ROQUAND-WAGNER

Responsable administrative

Mme F.CALLUAUD

Secrétariat

Comité scientifique

Professionnels de santé bénéficiant de temps dédié afin de décliner la politique de santé en :

- **gynécologie-obstétrique,**
- **pédiatrie,**
- **épidémiologie – santé publique,**
- **psychiatrie périnatale**

Sages-femmes de réseau

- Appui pour les professionnels et les institutions de terrain
- Mise en œuvre des actions régionales de santé publique sur les territoires
- Relais des besoins des territoires auprès de la coordination du réseau

LE COMITE SCIENTIFIQUE

Gynécologie-Obstétrique 1ETP

- Dr Brossard-Violeau CHU Poitiers
- Dr Coicaud-CHU Bordeaux
- Dr André – CHU Bordeaux
- Dr Dekindt – CH Niort

Pédiatrie 1ETP

- Dr Bédu – CHU Limoges
- Dr Rebola – CHU Bordeaux
- Dr Tripon – CHU Poitiers

Psychiatrie périnatale 0.5 ETP

- Dr Added – CH Laborit, Poitiers
- Mme Glatigny – CH Perrens, Bordeaux
- Dr Rainelli – CH Esquirol, Limoges

Coordination orthogénie 0.65ETP

- Mme Agen, SF , CH Périgueux
- Dr Raé – CHU Bordeaux

Epidémiologie 0.5 ETP

- M. Catalan – CHU Limoges

Puéricultrice 0.5 ETP

- Mme Jacquement – PMI 87

LES SAGES FEMMES DE RESEAU

NOM	Territoire	ES Origine	ETP
LAVAL Claire	SF Limousin	CH Blaye	**0,6**
ANSELME Claire	SF 16	CH Angoulême	**0,3**
KISSELEFF Stéphanie	SF 17	CH La Rochelle	**0,5**
CHARTOIS Anne	SF 24	CH Périgueux	**0,3**
COTRAIT Marie-Christine	SF 33	CHU Bdx	**0,8**
LAGARDERE Carole	SF 33	CH Langon	**0,7**
GALAN Sandrine	SF 40	CH Dax	**0,2**
CRANTELLE Stéphanie	SF 47	CH Agen-Nérac	**0,3**
BOREL Sabine	SF 64 Pays basque	CH CB	**0,5**
MAGNY Céline	SF 64 Béarn et Soule	CH Pau	**0,25**
MORALES Corinne	SF 64 Béarn et Soule	Polyclinique Navarre	**0,25**
TAILLEFAIT Corinne	SF 79	PMI 79	**0,3**
IRI Takako	SF 86	CH Châtellerault	**0,5**

LES COMMISSIONS DE TRAVAIL

COMMENT PARTICIPER AUX TRAVAUX DU RESEAU?

Tout professionnel de la périnatalité peut s'investir dans les actions proposées par le réseau sans pour autant être membre de sa gouvernance.

Pour participer aux travaux des commissions de travail, s'investir dans nos projets ou bénéficier des actions proposées par le réseau, il suffit de s'inscrire auprès du secrétariat : contact@rpna.fr ou de se rendre sur notre site internet www.rpna.fr

LE PARTENARIAT AVEC AGIR 33
Formations consommation de toxiques et grossesse

Un travail important de réunion des compétences en périnatalité et addictologie a été réalisé par le réseau Périnat Aquitaine et a abouti à l'élaboration d'un contenu de formation sur la question de la consommation des substances psychoactives (SPA) durant la grossesse. La mise en œuvre du plan de formation a été confiée au réseau AGIR 33 Aquitaine, et a bénéficié du soutien de l'ARS Aquitaine, dès 2014.

La démarche de formation a été imaginée en deux temps successifs :

- Les rencontres transversales *Périnatalité-Addictologie* autour du « R.P.I.B femmes enceintes » permettant d'apporter un premier niveau d'information et de sensibilisation aux professionnels.

- Une formation de deux jours « Addictions et Périnatalité » permettant, quant à elle, une montée en compétences des professionnels les plus proches des femmes.

LE PARTENARIAT AVEC AGIR 33
Prévention de l'alcoolisation fœtale et prise en charge de ses conséquences

En 2015, la MILDECA (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives) et l'ARS Aquitaine ont confié au réseau une mission d'ingénierie de projet consistant à élaborer un plan d'actions aquitain sur la prévention de l'alcoolisation fœtale et la prise en charge de ses conséquences.

La mission d'ingénierie de projet a été financée sur une durée de 8 mois (Juillet 2015-Février 2016), par la MILDECA et l'ARS Aquitaine. AGIR 33 et le réseau ont été partenaires de cette action. A ce titre, le réseau est membre du COPIL du CRAG.

LE PARTENARIAT AVEC AGIR 33
Projet maternités Toi et Moi(s) sans tabac

Objectifs :

Fédérer les professionnels autour d'une action commune ponctuelle : le Moi(s) sans tabac (lutte contre le tabagisme pendant la grossesse)

Soutenir, pendant le mois de novembre 2019, la mise en place d'un programme d' « incitation » d'aide au sevrage tabagique en groupe, pour les futurs parents dans les maternités et CPP de Nouvelle-Aquitaine ayant une offre de soin en tabacologie.

Faciliter l'accès aux outils d'aide au sevrage existants

22 ES de naissances se sont portés volontaires pour participer à cette action.

LE PARTENARIAT AVEC AGIR 33
Autres projets communs

- Plaquette de présentation du CRAG (Centre ressource addictions et grossesse)
- Plaquette focus sur grossesse et TNS (traitements nicotiniques de substitution)
- Soutien à la diffusion des actions (addictutos, formations)

FOCUS SUR…

Les commissions dédiées aux vulnérabilités

Vulnérabilités maternelles et parentales

- *Définir des parcours spécifiques et améliorer le dépistage des addictions.*
- *Dépister et organiser des parcours de PEC.*

Vulnérabilités néonatales et de l'enfant

- *Assurer le suivi des enfants vulnérables jusqu' à 7 ans : prématurés, RCIU, Anoxie, handicap, alcoolisation fœtale, T21, syndromes malformatifs, surdité, rétinopathies*

Journée annuelle du réseau le 10/10/2019 sur les vulnérabilités!

rpna
Réseau Périnat Nouvelle Aquitaine

Jeudi 10 octobre 2019
Athénée municipal, Bordeaux

Inscription gratuite et obligatoire:

contact@rpna.fr

Ensemble, mieux connaître et accompagner les vulnérabilités en périnatalité

Merci de votre attention

Nous contacter :

- contact@rpna.fr ou prenom.nom@rpna.fr
- https://rpna.fr
- 05.56.79.98.51

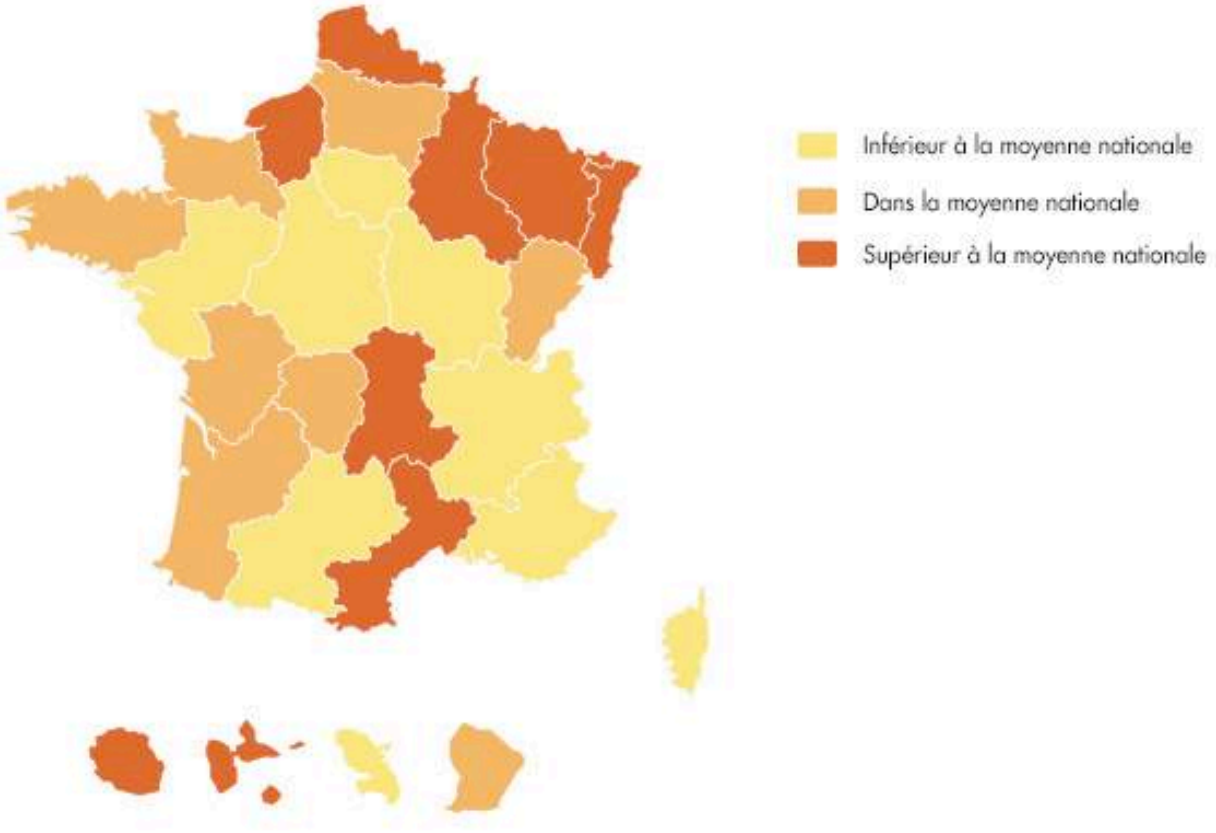
Le Centre Ressources Addictions et Grossesse

Gaelle Dreveau, sage-femme, chargée de mission
AGIR 33 Aquitaine, coordinatrice du CRAG

Pourquoi un Centre Ressources en Nouvelle – Aquitaine?

FRÉQUENCE DES CODES LIÉS À L'ALCOOLISATION FŒTALE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

POUR 1 000 NAISSANCES ENTRE 2006 ET 2013



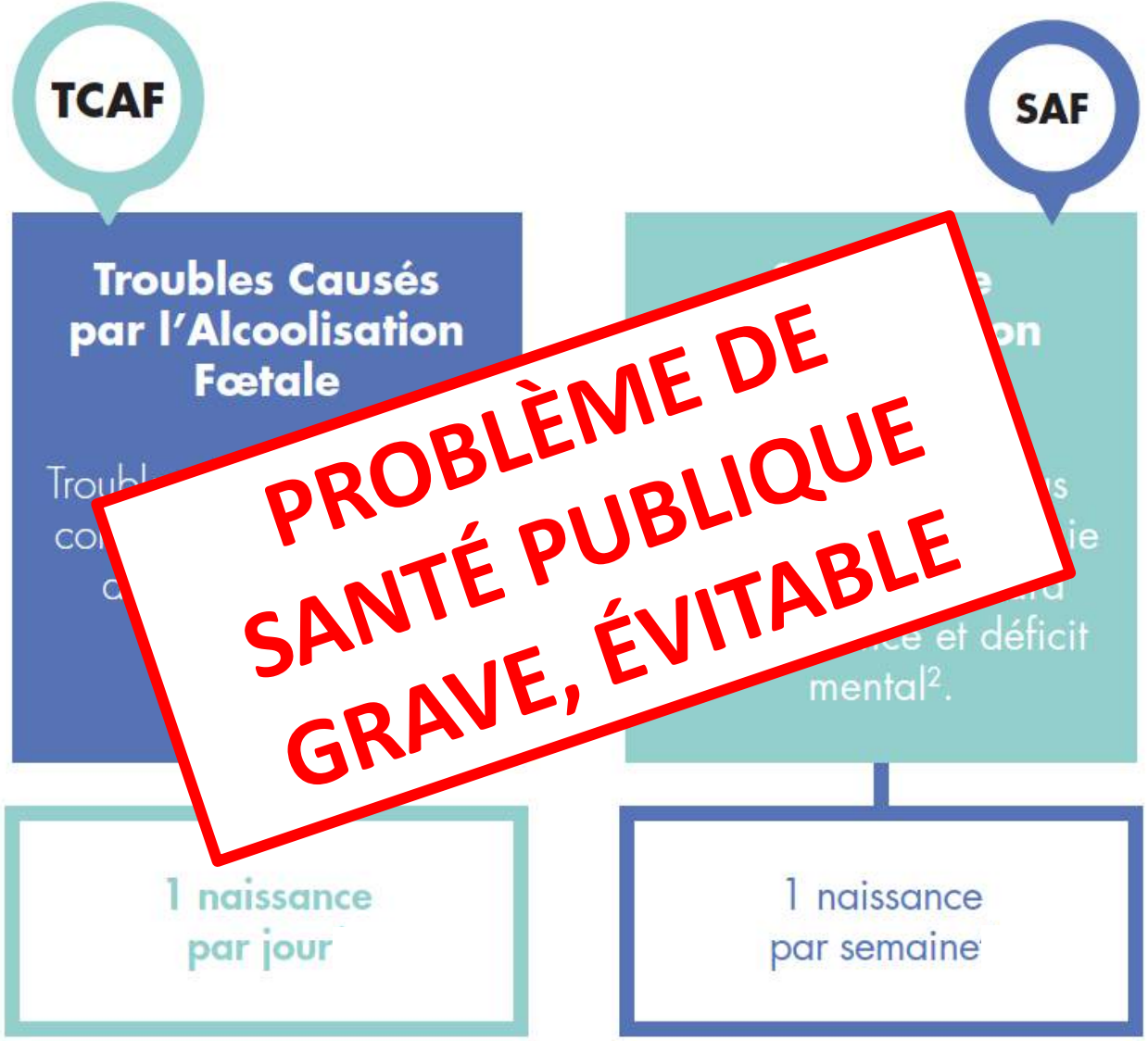
Découpage territorial en 22 régions, avant la réforme de 2014
Moyenne nationale française entre 2006 et 2013 : 0.48 pour 1000 naissances
Champ : France entière, Source : PMSI-MCO 2006-2013, Exploitation : Santé publique France

Le contexte

La Nouvelle-Aquitaine c'est:

L'alcool « tendance »

Et pendant la grossesse…



PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE GRAVE, ÉVITABLE

Le CRAG

- Sollicitation nationale de la MILDECA en 2015
- Plan d'actions porté par Agir 33 Aquitaine
- Expérimentation lancée en avril 2016
- Financée par l'ARS

Objectif: sensibiliser les professionnels et le grand public aux enjeux de la consommation de SPA durant la grossesse

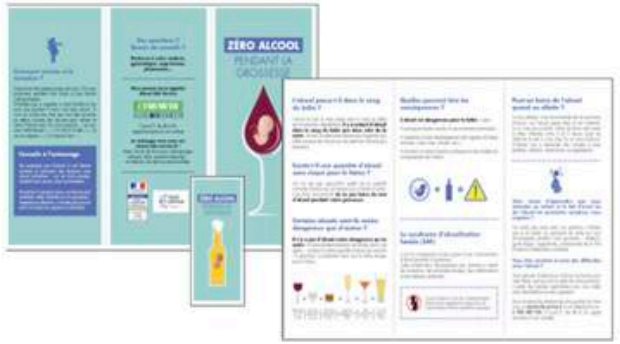
Que fait le CRAG concrètement ?

Prévention ⊕ Formation ⊕ Coordination

Principaux partenariats :

Prévention

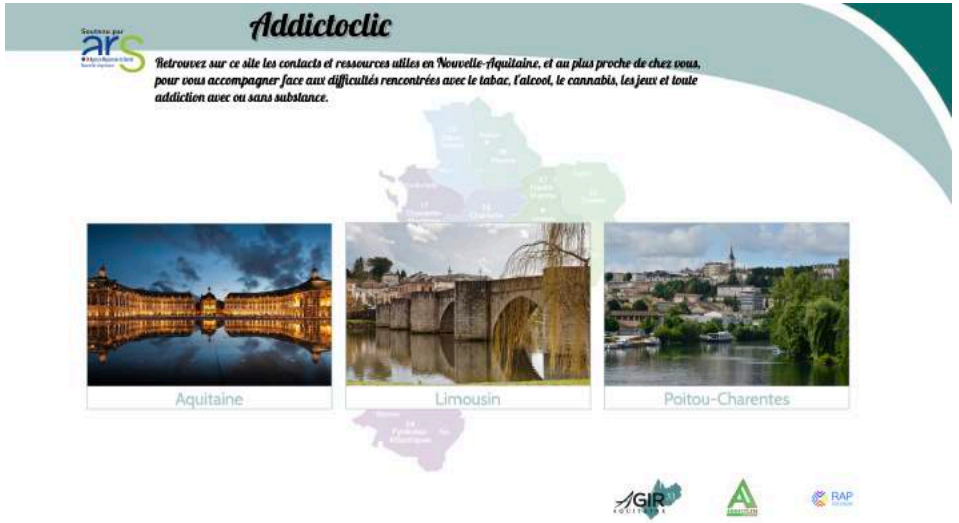
- 4 campagnes d'information
- 4 colloques
- Des outils à disposition (www.alcool-grossesse.com)



Prévention

Des ressources numériques:

- Un site Internet : alcool-grossesse.com
- Un numéro d'appel unique : 05 56 51 56 51
- Un annuaire: addictoclic.com



Formation

Objectif: améliorer la formation des professionnels et donc améliorer le repérage et la qualité de la PEC des femmes et des enfants

- Formation présentielle: 2 jours ou 1/2 jour
- Formation à distance : tutoriels

www.addictutos.com

Coordination

- Temps de rencontre et d'échange
- Accompagnement et soutien méthodologique de projets
- Gestion annuaire en ligne (référents)
- Gestion des formations et sensibilisation « addictions et périnatalité »

Concrètement ?

- Partenariat ++ grâce aux 13 SF de réseau : rencontres territoriales – formations – ressources (addictoclic)
- Collaboration pour des outils de prévention
- Participation aux groupes de travail : vulnérabilités parentales et NN vulnérables
- Toi et moi(s) sans tabac

Concrètement ?

- Relais campagne « Zéro alcool pendant la grossesse » : mobilisation des acteurs, recensement
- Partenariat pour le développement et diffusion d'outils de prévention

Perspectives

Poursuivre l'identification des actions portées sur tout le territoire avec:

- ✓ États des lieux
- ✓ Rencontres territoriales: 1fois/an/territoire
- ✓ Proposition de formations et sensibilisation

Extension aux autres addictions…

Centre Ressources Alcool et Grossesse
Centre Ressources Addictions et Grossesse

Merci pour votre attention

2

Tutoriel sur les troubles causés par l'alcoolisation fœtale

Présenté par Dr Philippe Castera

Les Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale

Partie 1 - Les tutoriels

Pr. Philippe CASTERA

avec le soutien de :

Un constat

Méconnaissance des enjeux

Sous-repérage des consommations

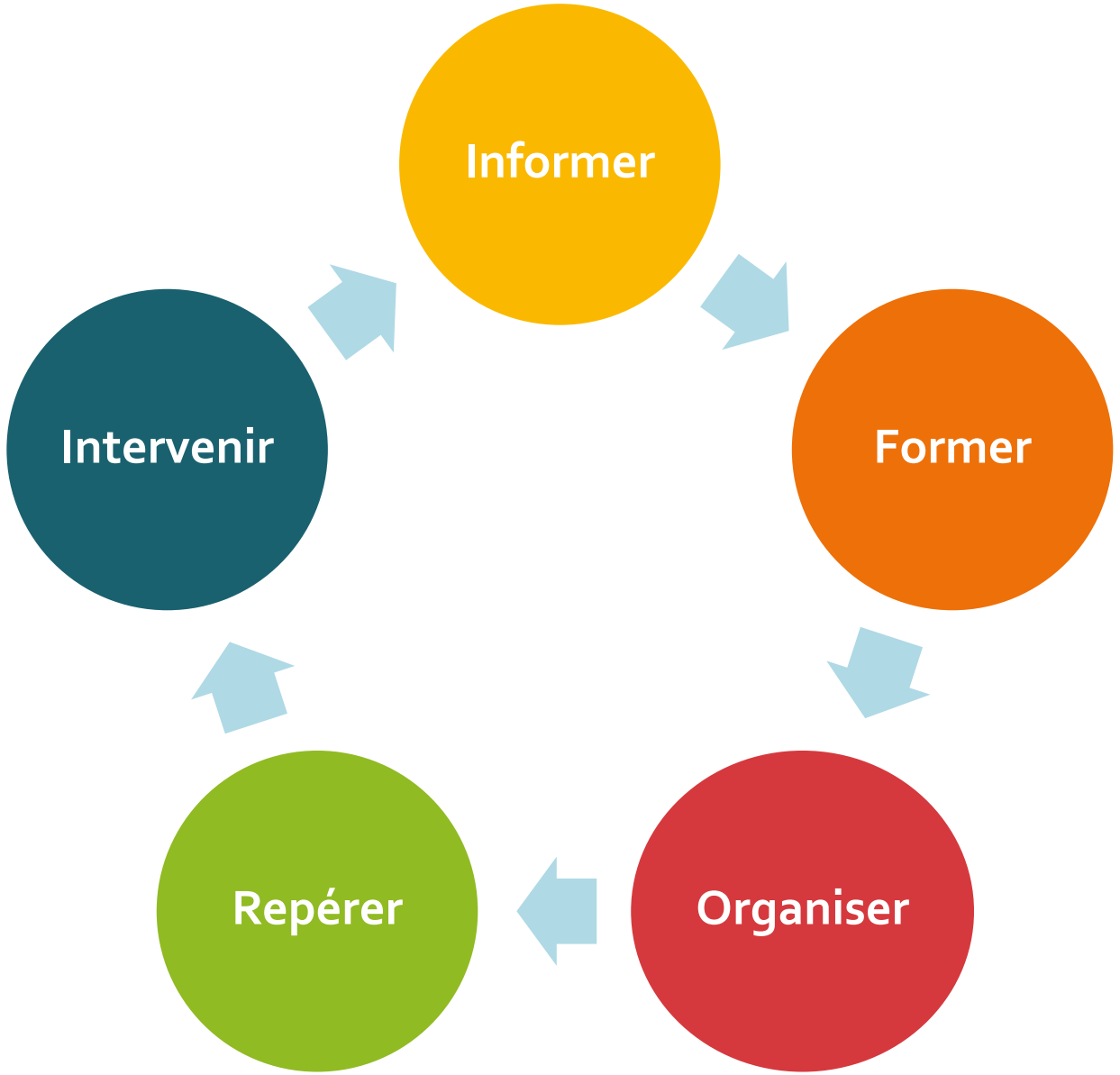
Insuffisance de la traçabilité

Freins culturels

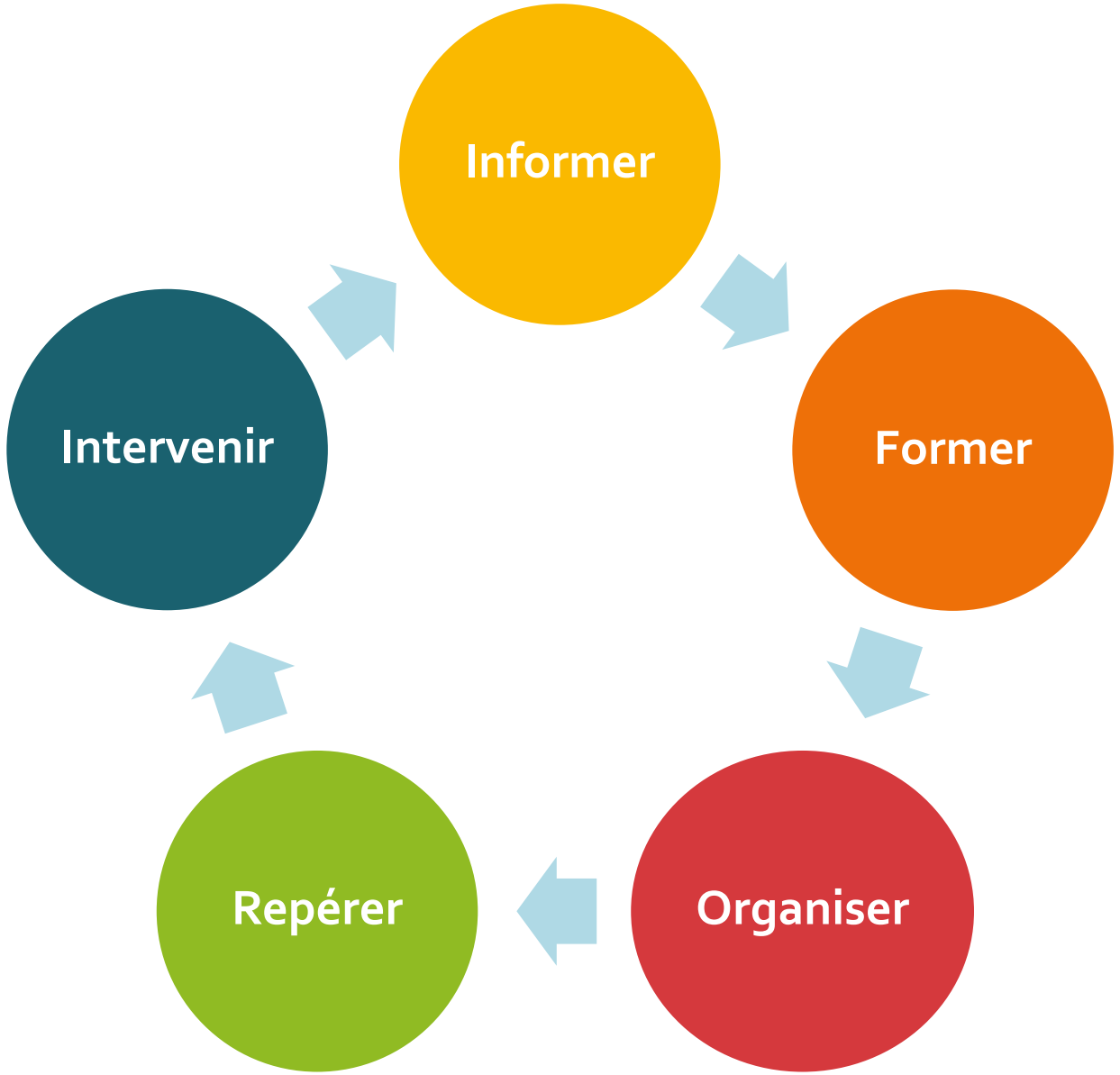
Lobby alcoolier

CRÉER LES CONDITIONS POUR AGIR

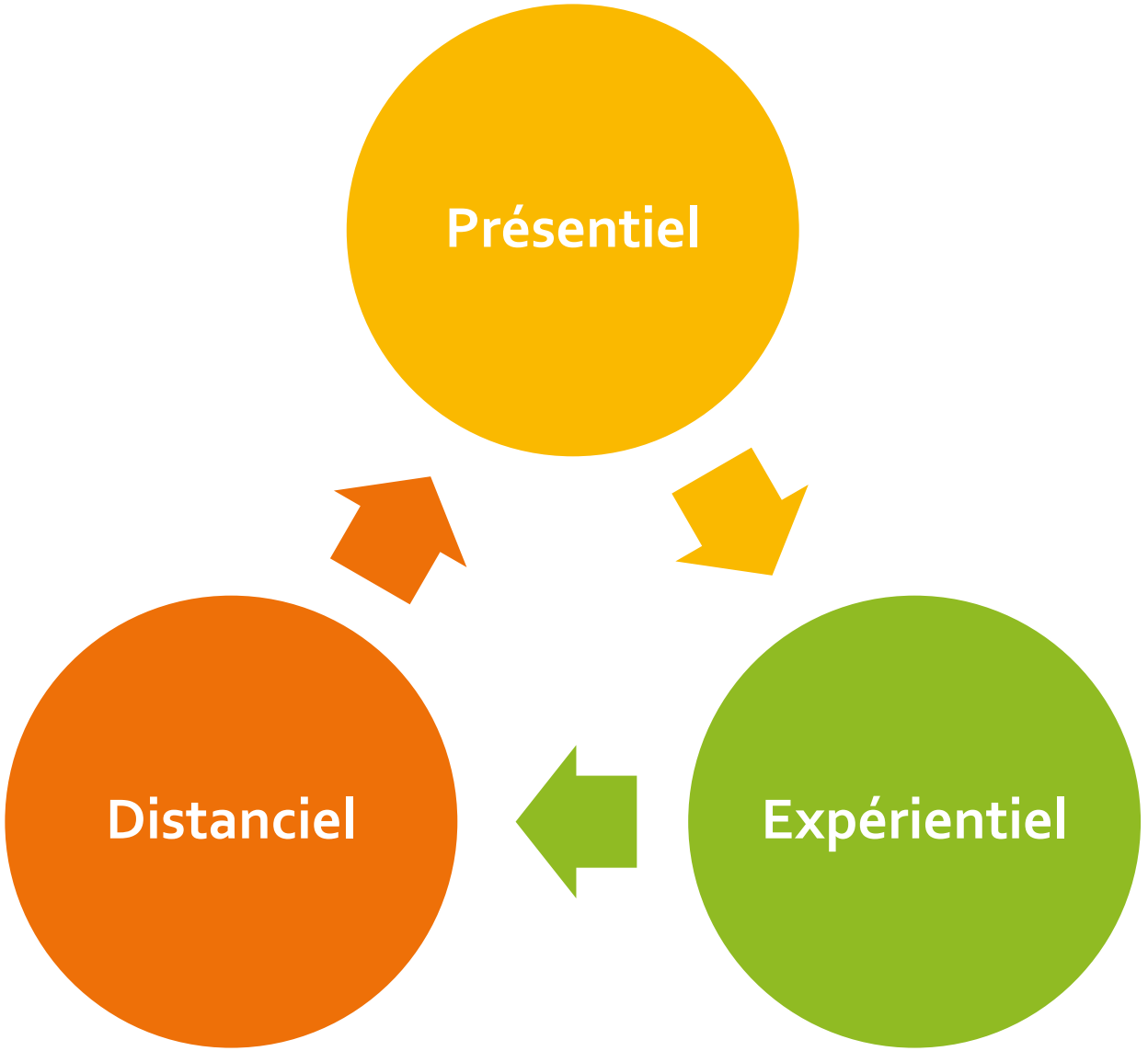
AGIR



AGIR

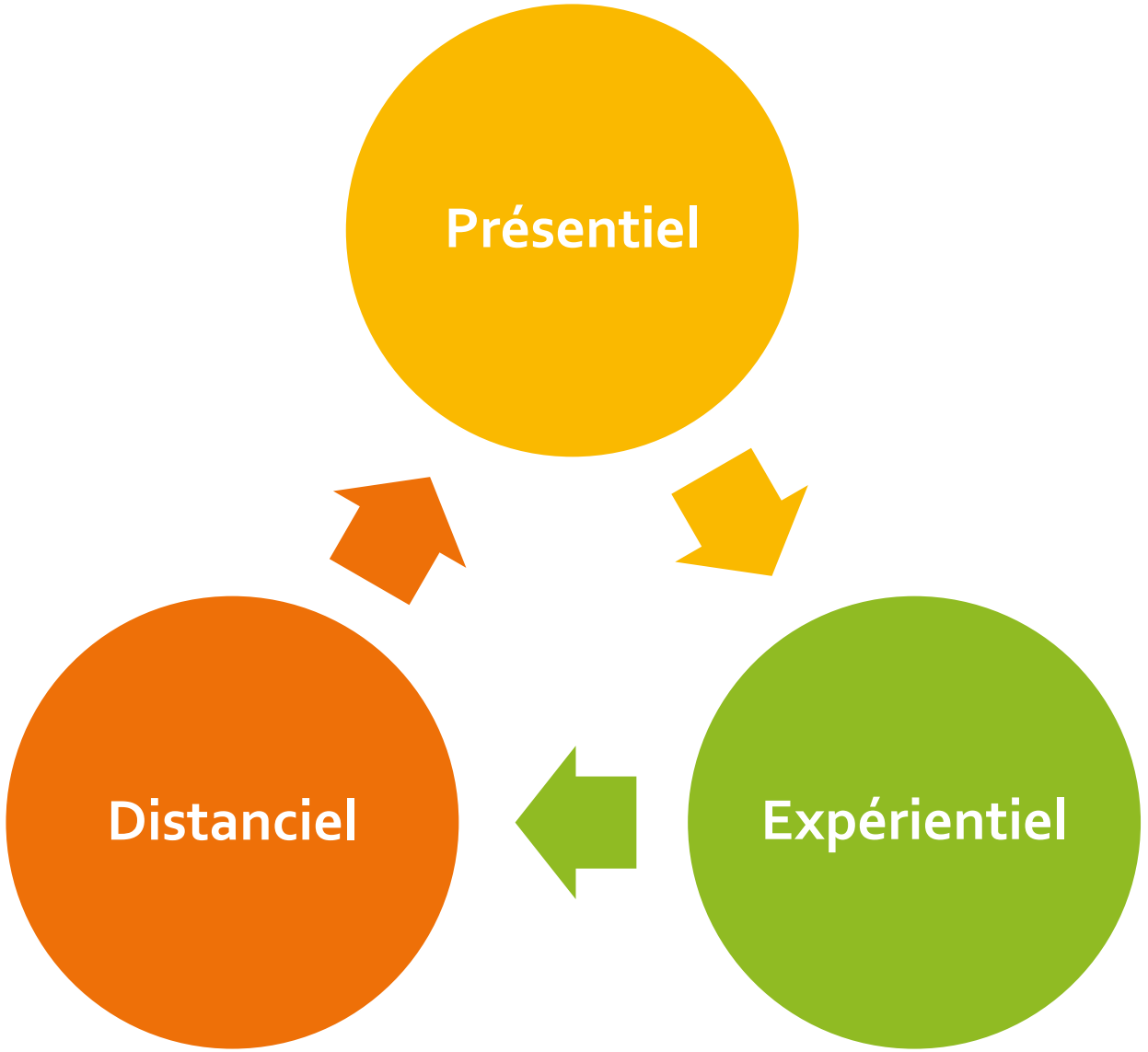


Former



Réf 1,2

Former



Réf 1,2

4 tutoriels
3 Doctorantes
1 Thèse

Une recherche documentaire → version 1

Un comité d'experts → version 2

Des focus groupes de la cible → version 3

EN LIGNE SUR WWW.ADDICTUTOS.COM

Y aller

EN LIGNE SUR WWW.ADDICTUTOS.COM

Y aller

EN LIGNE SUR WWW.ADDICTUTOS.COM

Tutoriel 1
8 mn 07

Les Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale
Partie 1 - Contexte

avec le soutien de :

Y sont allés

500 personnes en 6 mois
Sans médiatisation
Que pour les professionnels

FAIRE SAVOIR ++++

Les Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale
Partie 2 – Comment aborder la question de l'alcool ?

AGIR 33 AQUITAINE

avec le soutien de :

ars Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine

Santé publique France

Le repérage

Consommation chez la femme enceinte

Un constat

- Consommation tracée pour 1% des patientes
- Consommation déclarée pour 11% des patientes

Cherchez l'erreur !

Le repérage

Les difficultés

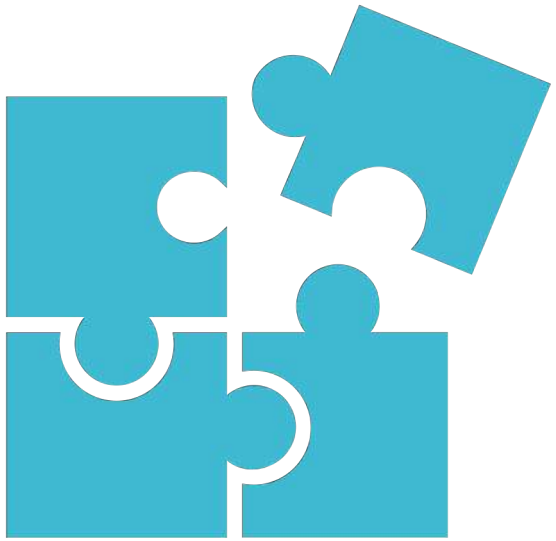
Pourquoi ?

- Consommation non interrogée ?
- Consommation connue non tracée ?
- Ce n'est pas une priorité ?
- C'est trop intrusif ?
- Ça nous met en difficulté ?

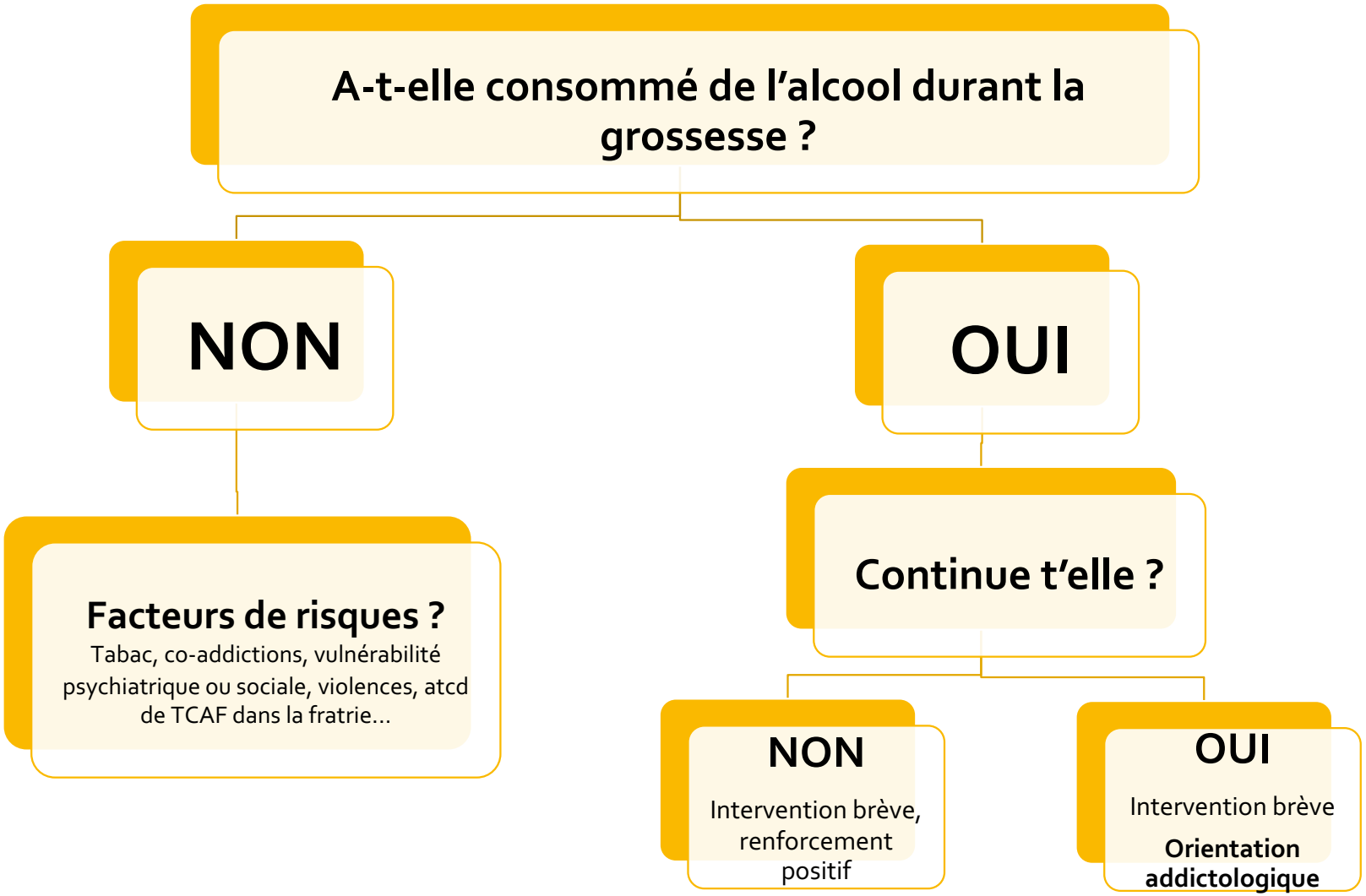
Tout ça à la fois sans doute

Réfléchissons

Qu'est-il utile de savoir ?



En pratique

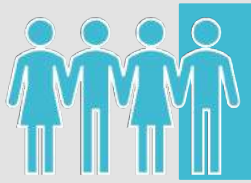


Tracer le repérage

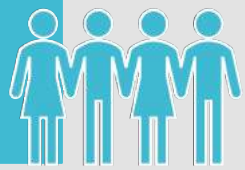
Comment aborder la question de la consommation d'alcool au cours de la grossesse ?

61 % des médecins généralistes déclarent aborder le sujet de façon systématique avec leurs patientes

- **Prendre en compte ses propres représentations sur la consommation d'alcool et celles de la patiente**
- **Etablir une relation de confiance**
- **Ne pas se placer sur le registre de la morale**



Tous les professionnels de santé sont légitimes pour repérer !



Avec quelles patientes aborder le sujet ?

Toute patiente en âge de procréer ou à défaut le plus tôt possible au cours de la grossesse

Quelques principes simples d'entretien

- Intégrer l'alcool aux questions sur le mode de vie
- Prévoir de recevoir la patiente seule
- Eviter les questions fermées, surtout négatives, type :

  « Pas d'alcool ni de tabac ? »

  « Vous ne buvez pas d'alcool ? »
- Interroger sur la consommation avant la grossesse
- Citer les différentes boissons

Quelques principes simples d'entretien

Rester vigilant

- **Pour les populations à risques**
- **Signes d'appels**
  - **Chez le fœtus** : RCIU, microcéphalie, anomalie de développement neurologique …
  - **Chez la mère** : MAP, HTA, consultations répétées aux urgences, VGM élevé et fer sérique bas…
- **Tracer le repérage dans le dossier** : « consommation déclarée nulle ou faible à réinterroger »

L'entretien de repérage

Méthode de la question unique

- Façon empathique et simple de lancer la discussion
- Repère une potentielle consommation en début de grossesse

« À quand remonte votre dernière consommation d'alcool (vin, champagne, bière, cidre ou alcool fort) ? »

L'entretien de repérage

Approche centrée sur la patiente

- Se centrer sur ses préoccupations à elle
- Ne pas se centrer sur le bébé et sa protection (doit venir d'elle)
- Importance d'une approche non critique et rassurante

« Que pouvez-vous me dire au sujet de vos habitudes de consommation d'alcool avant de savoir que vous étiez enceinte? »

« Avez-vous été en mesure de stopper ou de réduire votre consommation depuis? »

« Votre consommation d'alcool vous préoccupe t-elle? »

L'entretien de repérage

Techniques visant à éveiller l'intérêt de la patiente

- **Déclaration initiale**

« Aujourd'hui, j'aimerais vous poser une série de questions au sujet de votre mode de vie. Je pose ces questions à toutes mes patientes puisqu'elles sont importantes en ce qui concerne leur santé et celle de leurs enfants. Vous le voulez bien? »

- **Poser les questions au passé**

« Dans le cadre d'une semaine typique, à combien de reprises avez-vous habituellement pris un verre? »

- **Poser des questions favorisant le dialogue**

« Que voulez-vous savoir des effets de la consommation d'alcool pendant la grossesse ? »

Les questionnaires

- **Questionnaires standardisés (T-ACE, TWEAK, CRAFFT …)** : utiles en cas de consommation persistante durant la grossesse, afin d'évaluer le risque
- La sévérité du trouble d'usage sera évaluée avec les critères du DSM 5
- La biologie quantifiera les dommages mais est peu exploitable en repérage

Evaluation addictologique

- S'il y a des troubles psychiatriques, des troubles d'usage d'autres substances (tabac…), des vulnérabilités sociales importantes, des antécédents addictologiques personnels ou familiaux….
- S'il y a des troubles de l'usage (consommations persistantes)
- Au moindre doute

Merci pour votre attention

3

Centre Ressources ETCAF de l'Ile de la Réunion
L'alcool au féminin : Pourquoi, comment, qui , et quand repérer et orienter ?

Présenté par Mme Barbara Delmotte

Colloque Addictions et Grossesse : Mobilisons-nous !

Jeudi 12 septembre 2019

Le centre ressources ETCAF de La Réunion
L'alcool au féminin : pourquoi, comment, quand repérer et orienter ?

Centre Ressources ETCAF

Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale

Barbara DELMOTTE

Pharmacienne
Chargée de mission
b.delmotte@favron.org

En collaboration avec

AGIR 33 AQUITAINE

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives – Premier ministre – Ministère chargé de la santé

Santé publique France

ars Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine

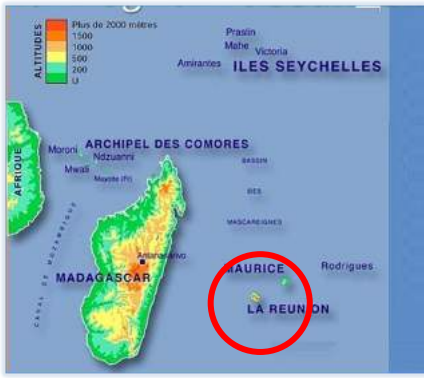
rpna Réseau Périnat Nouvelle-Aquitaine

ADDICTLIM

ARIA

RESAPSAD

LE CENTRE RESSOURCES ETCAF DE LA REUNION



Centre Ressources ETCAF

Ensemble des **T**roubles **C**ausés par l'**A**lcoolisation **F**œtale

FEHAP
LES TROPHÉES DE L'INNOVATION
PRIVÉS NON LUCRATIFS

CONTEXTE REUNIONNAIS

UNE EXPERIENCE REGIONALE HISTORIQUE …

Réunisaf
Réseau de Prévention du SAF

Zéro alcool
pendant la grossesse

S.A.F OCEAN INDIEN
Prévention des conséquences de l'alcool pendant la grossesse

SAF France

…ET UNE NOUVELLE DYNAMIQUE EN 2015

MILD &CA
drogues.gouv.fr

ars
Agence de Santé
Océan Indien

CONTEXTE REUNIONNAIS

Un plan d'action expérimental de prévention des Troubles du Spectre de l'Alcoolisation Fœtale (TSAF) 2016-2018

- **Valorisation des dispositifs de droit commun**
- **Mise en lien des champs ambulatoire, sanitaire, médico-social, social et éducatif**
- **Développement de la prévention**

Centre Ressources ETCAF

Centre Diagnostic ETCAF - SAF

Association Nationale de PRÉVENTION en ALCOOLOGIE et ADDICTOLOGIE A.N.P.A.A. 974

FONDATION PÈRE FAVRON

CHU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE LA RÉUNION

LE CENTRE RESSOURCES ETCAF

Financeur

ars Agence de Santé Océan Indien

Gestionnaire

FONDATION PÈRE FAVRON

Partenariat

CHU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE LA RÉUNION

NOS MISSIONS

→ Coordonner
→ Développer les connaissances
→ Développer la recherche
→ Développer les coopérations
→ Suivre les parcours

Centre Ressources ETCAF

LE CENTRE RESSOURCES ETCAF

- **Information de la population générale**

Sensibiliser encore un grand public

« Le message devient de plus en plus petit sans que personne ne s'en inquiète. » Ce « message » dont parle l'ancienne sénatrice Anne-Marie Payet, c'est le pictogramme affiché obligatoirement sur chaque bouteille d'alcool afin de prévenir le public des dangers de l'alcool pendant la grossesse. À l'origine de l'amendement qui l'a imposé en 2006, Anne-Marie Payet reste depuis très mobilisée sur la question du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) et constate qu'en dix ans les choses évoluent lentement sur le sujet. Trop lentement. « Quand j'ai défendu mon amendement en 2006, mes collègues sénateurs n'avaient pas conscience de la gravité du sujet, rappelle cette dernière. Il a fallu les convaincre avec des chiffres, des témoignages de femmes et de médecins. C'était une méconnaissance sincère de la question. À l'heure actuelle, on retrouve le même phénomène chez le grand public, il n'est pas encore sensibilisé à la question. »

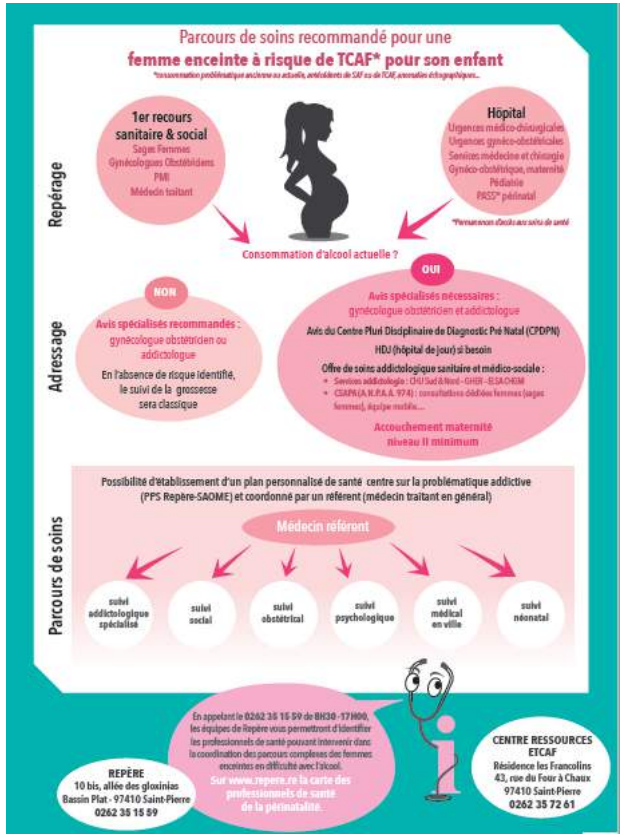
Selon une étude récente, 1 femme sur 4 continue à boire durant sa grossesse.

ter contre le SAF à partir de 2016. Outre obtenir des données fiables sur ce syndrome sur le plan local, qui toucherait 140 enfants par an, le plan vise à mieux informer le grand public des dangers causés par une alcoolisation prénatale. Un domaine dans lequel, Bertrand Pa- dustrie de l'alcool locale. Interrogé sur la place mineure et peu explicite accordée au pictogramme anti-SAF, Alain Chanel, président du syndicat des producteurs de rhum, estime que ce dernier n'est pas foncièrement utile prenant en exemple les cigarettes dont « la

- **Formation des professionnels**

Seul message cohérent
« Zéro alcool pendant la grossesse…
… et même avant »

ALCOOL AU FEMININ : LA DEMARCHE



Réflexion initiée avec le réseau d'addictologie

SAOME
Santé Addictions Outre-Mer

Avec l'appui du réseau de périnatalité REPERE et de l'ANPAA

Repère
RÉSEAU PÉRINATAL RÉUNION

Association Nationale de PRÉVENTION en ALCOOLOGIE et ADDICTOLOGIE
A.N.P.A.A. 974

ALCOOL AU FEMININ : LA DEMARCHE

CONTEXTE

- Grossesse et alcool
- Femme et alcool
- Jeunesse et alcool
- Les TSAF

REPERER

- Quand ?
- Comment ?
- Evaluer le risque

INFORMER

- Expliquer les risques
- Conseiller

ORIENTER

- Addictologie
- Périnatalité
- Psy et social

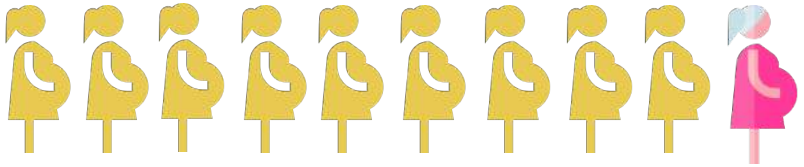
« La meilleure façon d'aider l'enfant de mère toxicomane, c'est d'abord d'aider la mère » *Kandall, 1993*

CONTEXTE : GROSSESSE ET ALCOOL

ALCOOL

- Le produit le **PLUS DANGEREUX** pendant la grossesse
- **TERATOGENE** en période embryonnaire
- **NEUROTOXIQUE** après la période embryonnaire

CONTEXTE : GROSSESSE ET ALCOOL



- **+ d'1 femme sur 10 consomme de l'alcool pendant sa grossesse**

- **4 femmes enceintes ou mères de jeunes enfants sur 10 déclarent ne pas avoir été informées des risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse** (à La Réunion : 3 femmes sur 10)

Source : Baromètre Santé 2017, SPF

Mieux informer des risques de l'alcool sur la grossesse

CONTEXTE : FEMME ET ALCOOL

Alcool chez les femmes en âge de procréer (18-39 ans) en France

- 77,6% en consomment ; 21,5% en consomment au moins une fois / semaine

Source : Baromètre Santé 2017, SPF

Alcool entre la conception et le diagnostic de la grossesse

- 60% en consomment

Après le diagnostic de la grossesse

- 70% arrêtent toute consommation
- 18% réduisent leur consommation
- **11%** poursuivent leur consommation (facteurs socio-économiques élevés + concernés)

Source : MCCormack C et al., Prenatal alcohol consumption between conception and recognition of pregnancy

CONTEXTE : JEUNESSE ET ALCOOL

38 % des filles de 17 ans (♂ 49%) connaissent une API dans le mois (32% à La Réunion)

10 % connaissent des API répétées dans le mois

Enquête ESCAPAD 2017

Prises de risque + fréquentes après consommation d'alcool

Relations sexuelles sans préservatif (21%) ; rapport sexuel non souhaité (3%)

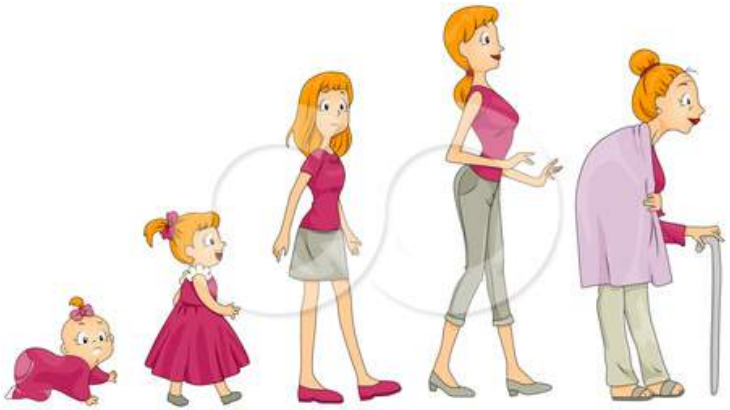
Chiffres Réunion - Enquête ESPAD 2015

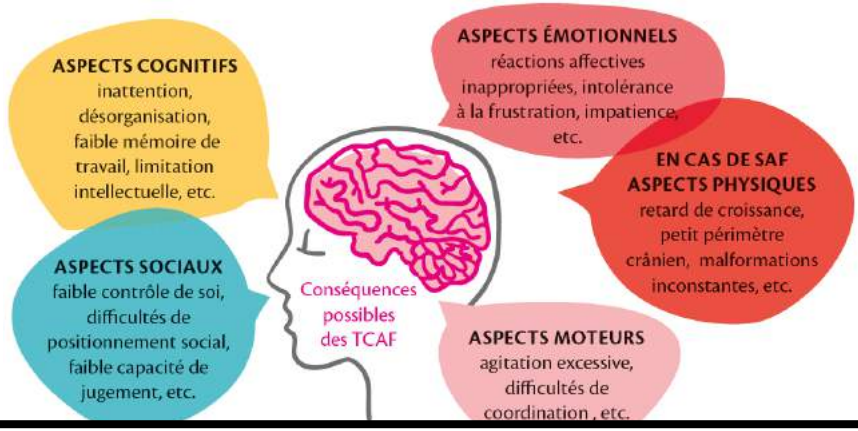
Importance du repérage et de l'intervention précoce

LES TROUBLES DU SPECTRE DE L'ALCOOLISATION FŒTALE

1ère cause de handicap neuro-cognitif et d'inadaptation sociale…

EVITABLE !





… MAIS …

Des consommations d'alcool banalisées, normalisées

Une prévention qui reste insuffisante

Une information à systématiser

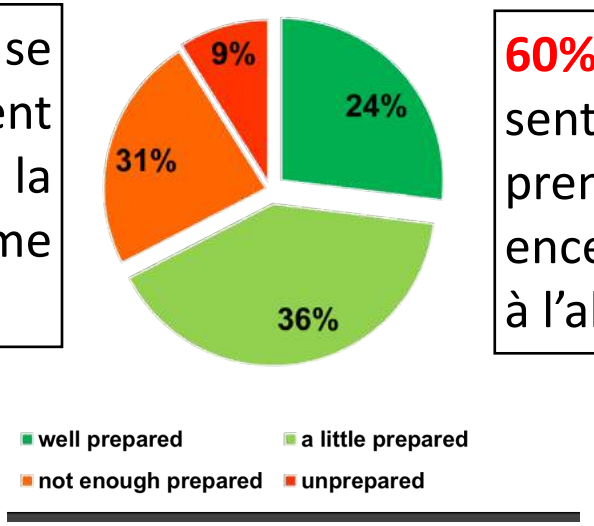
REPERER : PARLER D'ALCOOL

- La population générale estime que **le médecin généraliste est légitime** pour les interroger sur leur consommation d'alcool (Avis du Collège National des Généralistes Enseignants pour un repérage systématique et non jugeant publié en juin 2018)

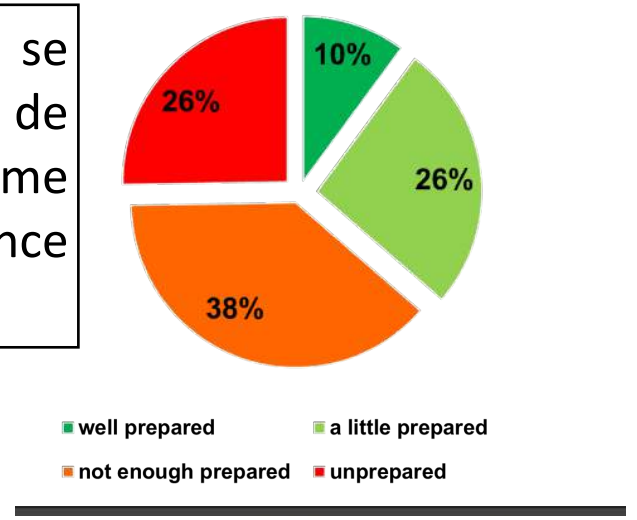
MAIS DANS LA PRATIQUE…

- **Enquête du Centre Ressources ETCAF** sur les connaissances et pratiques des pro. de santé (MG, SF, gynécologues, pédiatres)

40 % des répondants ne se sentent pas suffisamment préparés pour aborder la question avec une femme enceinte



60% des répondants ne se sentent pas capable de prendre en charge une femme enceinte avec une dépendance à l'alcool



REPERER : PARLER D'ALCOOL

- **Question …**

  A banaliser

  A normaliser

  A déstigmatiser

Un verre : 10 grammes d'alcool

L'ABUS D'ALCOOL EST
DANGEREUX POUR LA SANTÉ
À CONSOMMER
AVEC MODÉRATION

REPERER : PARLER D'ALCOOL

- **Les repères de consommations**

REPERER : PARLER D'ALCOOL

- **Nouvelle patiente**
- **Contraceptif**
- **Projet de grossesse**
- **CHEZ LA FEMME ENCEINTE, le + tôt possible…**

…Et tout au long du suivi de grossesse

VIGILANCE RENFORCÉE

Difficultés psychosociales : stress (au travail, au sein du couple…)

Situations à risque : mésusage d'alcool dans l'entourage proche, ATCD de mésusage d'alcool, autres addictions, troubles des conduites alimentaires, ayant déjà donné naissance à un enfant porteur de TCAF

ET chez les femmes enceintes : Grossesse à déclaration tardive, avec anomalies échographiques (RCIU, malformations), grossesse précoce

REPERER : PARLER D'ALCOOL

QUESTIONS ESSENTIELLES (AUDIT C) :
- Fréquence ?
- Nombre de verres consommés par jour ordinaire ?
- Nombre de verres consommés lors d'occasion particulière ?

- Types d'alcool consommés?

Intégré à l'interrogatoire classique : activité physique, habitudes alimentaires, sommeil, allergies, tabac, alcool, autre drogues, médicaments…

LA POSTURE (ouverte, bienveillante, empathique)
« Parlez-moi de vos consommations d'alcool ? »
« Et avant de vous savoir enceinte? »

Le repérage doit être noté et régulièrement réactualisé dans le dossier médical.

REPERER : L'AUTOQUESTIONNAIRE (GROSSESSE)

- **Dépistage des situations médico-psycho-sociales à risque (tabagisme, consommation d'alcool, de cannabis, dépression, violence, isolement social)**

GEGA
Groupe d'Étude Grossesse & Addiction

- **A compléter en salle d'attente par la femme enceinte lors de la 1ère consultation dans l'établissement quel que soit le terme de grossesse.**

- **Consultable et téléchargeable sur internet.**

Lien : http://www.asso-gega.org/docs/Auto-questionnaire_GEGA.pdf

REPERER : L'AUTOQUESTIONNAIRE (GROSSESSE)

SELF-COMPLETED QUESTIONNAIRE ABOUT VULNERABILITIES OF PREGNANT WOMEN IN REUNION ISLAND: GOOD ACCEPTABILITY AND EFFICIENCY TO SCREEN ALCOHOL CONSUMPTION

before pregnancy	57%
during pregnancy	8%

during pregnancy 13%

Interesting
Yes for 85% of all women
for 81% of drinkers
for 86% of non drinkers

Embarrassing
Yes for 5% of all women
for 12% of drinkers
for 4% of non drinkers

Providing Help
Yes for 14% of all women
for 25% of drinkers
for 13% of non drinkers

79% of women felt well before filling in the questionnaire, 85% felt well after having completing it.

REPERER : EVALUATION DU RISQUE

AUDIT C : Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption
INTERPRETATION

Un score ≥ 3 chez la femme et ≥ 4 chez l'homme = **mésusage**

Un score ≥ 10 = dépendance

≤ 3 (femme) ; ≤ 4 (homme)

Usage à risque (mésusage / dépendance)

Usage à faible risque

FEMMES EN AGE DE PROCREER

Une attention particulière doit être portée :

- **Aux jeunes filles**
- **Au désir de grossesse**
- **Au moyen de contraception (en l'absence de projet de grossesse)**

FEMME EN AGE DE PROCREER

REPERAGE

INFORMATION

Pas de risque / Faible risque

Désir de grossesse

Contraception (absence, arrêt)

→ Informer sur les risques potentiels de la consommation d'alcool sur la santé
→ Expliquer les risques potentiels de la consommation d'alcool en cas de grossesse

→ Conseiller vigilance v-a-v de la consommations d'alcool pour le couple (les hommes aussi !) en période préconceptionnelle :
1- la période entre la date des dernières règles et la révélation de la grossesse est à risque pour l'embryon
2- l'alcool est toxique pour les gamètes (ovules et spermatozoïdes)

→ proposer d'accompagner la patiente dans son choix de contraception (info, conseils)

FEMME EN AGE DE PROCREER

REPERAGE

INFORMATION

ORIENTATION

Usage à risque

Désir de grossesse

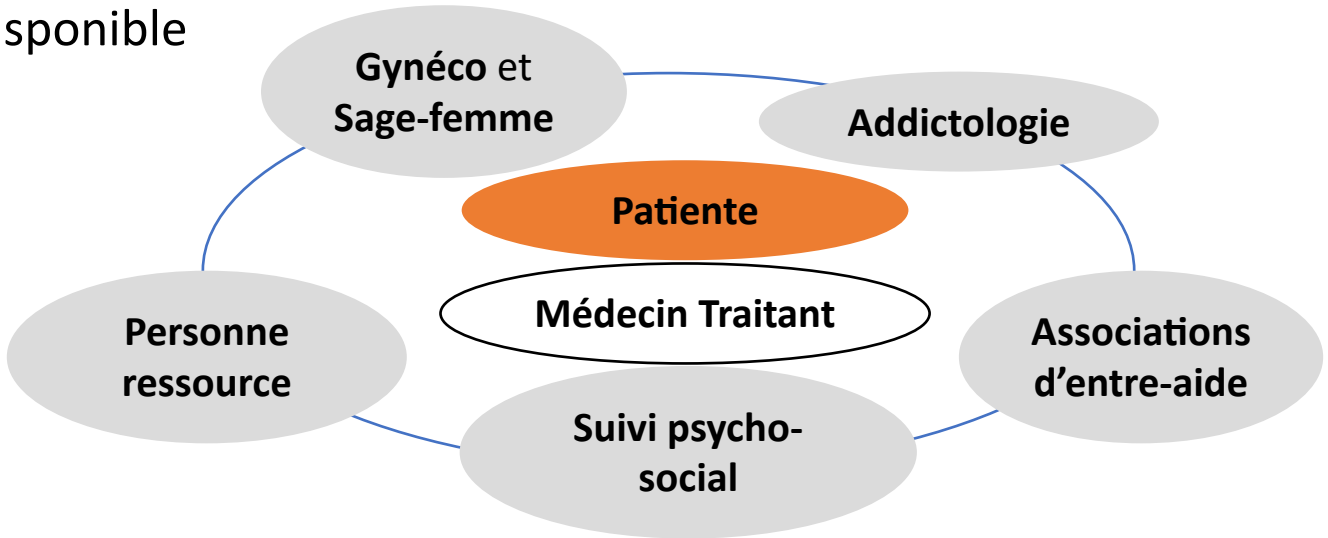
Contraception (absence, arrêt)

→ Informer sur les risques potentiels de la consommation d'alcool sur la santé

→ Expliquer +++ les risques potentiels de la consommation d'alcool pour le futur bébé

→ Entretien motivationnel (cf. reco HAS) :

- Evaluer les bénéfices / risques de la consommation pour la patiente (± pour son futur bébé)
- Si patiente ouverte au changement, en demande → orientation
- TOUJOURS rester disponible



FEMMES ENCEINTES

En pratique : 2 types de situations MAIS PAS D'A PRIORI !!!

FEMME ENCEINTE

Pas de risque / Faible risque

✓ **Consommation d'alcool occasionnelle avant le diagnostic de la grossesse**

→ **Expliquer les risques** de la consommation d'alcool pour le fœtus → **0 alcool pendant la grossesse**
→ **Rassurer** et être à l'écoute

→ **Vérifier la non consommation d'alcool tout au long de la grossesse**

REPERAGE

INFORMATION

SUIVI

FEMME ENCEINTE

Grossesse à risque

REPERAGE

- **Consommation d'alcool avant le diagnostic de grossesse, pouvant être tardif**
- **Consommation d'alcool chroniques, ivresses répétées même après le diagnostic (dépendance)**

INFORMATION

→ **Expliquer les risques** de la consommation d'alcool pour le fœtus et pour la santé personnelle de la patiente

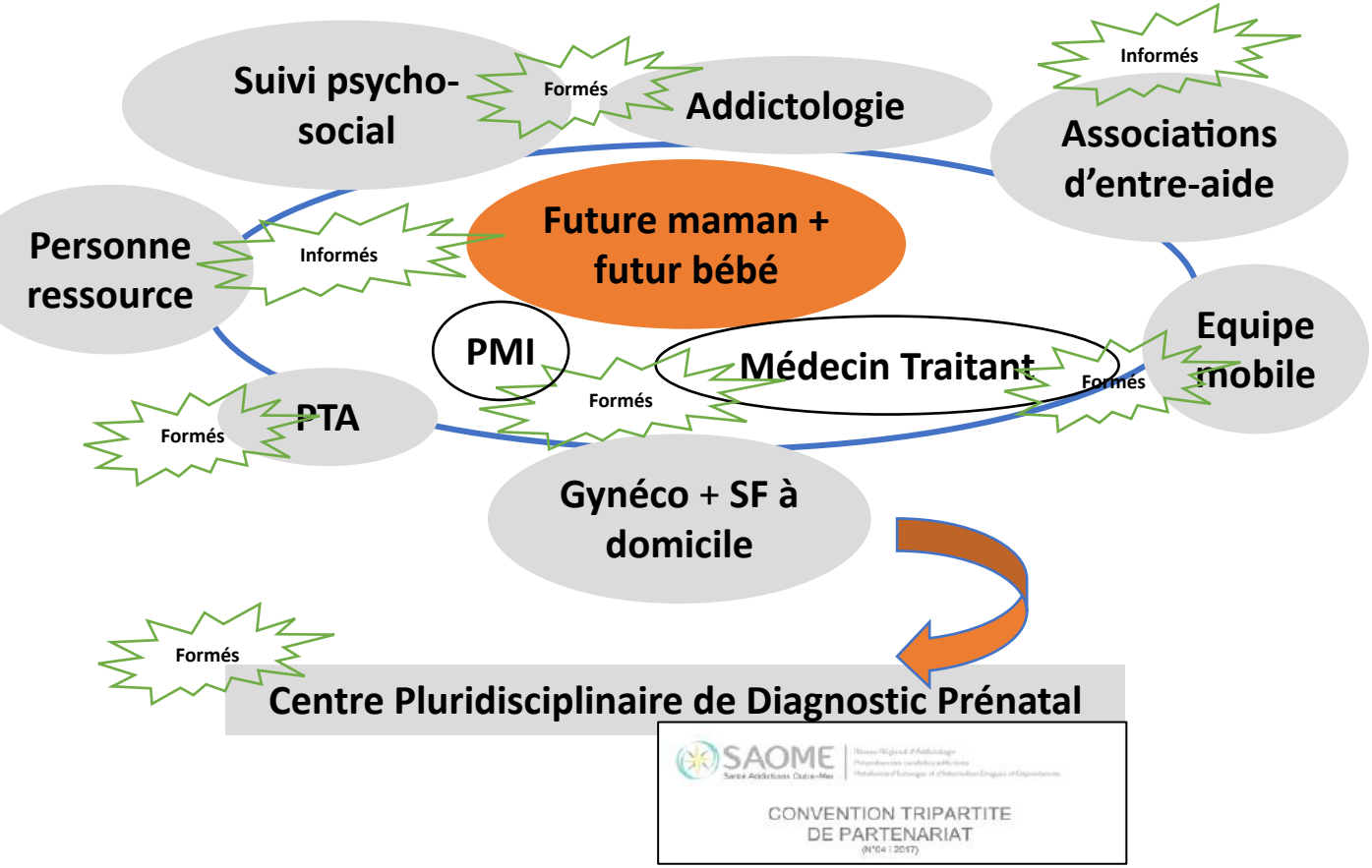
→ **Entretien motivationnel** (cf. recommandations HAS) : Valoriser le changement (= bénéfices pour le bébé) et **encourager / motiver** l'arrêt (ou la diminution)

ORIENTATION

Le lien entre l'étape du repérage et celle de l'orientation vers des professionnels spécialisés est <u>essentiel</u>

FEMME ENCEINTE

Grossesse à risque



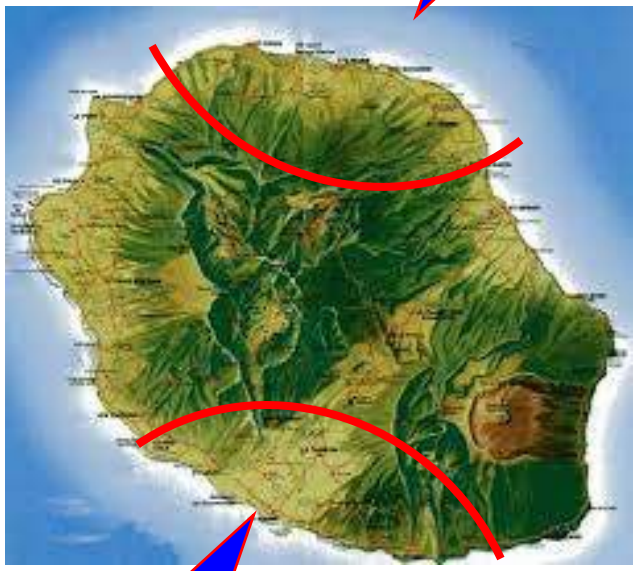
CRÉER UN MICRO-RESEAU

- Intervention de sages-femmes au domicile, travailleurs sociaux
- Centres de cure ambulatoire en alcoologie et Unités Hospitalières d'Alcoologie
- Suivi obstétrical : grossesse à risque
- Rencontre avec l'équipe pédiatrique avant la naissance : lien mère/enfant, prévention placement et séparation mère/enfant
- Enfant vulnérable : suivi type prématuré

FOCUS SUR LE DISPOSITIF FIL D'ARIAAN

Association Nationale de PRÉVENTION en ALCOOLOGIE et ADDICTOLOGIE
A.N.P.A.A. 974

Centre Ressources ETCAF



Equipe mobile Fil d'ARIAAN :
Agir contre les Risques Inhérents à l' Alcoolisation Anté Natale

<u>LE PUBLIC</u> : les femmes enceintes avec une consommation d'alcool et éloignées des parcours de soin ET les famille concernées par les TSAF

<u>MISSION</u> : aller vers le public cible (principe de libre adhésion), accompagner vers le soin et la prise en charge, créer du lien

APPUI A L'ORIENTATION : RESSOURCES A LA REUNION

SAOME
Santé Addictions Outre-Mer

Repère
RÉSEAU PÉRINATAL RÉUNION

- Réseaux d'addictologie SAOME et de périnatalité REPERE

→ Annuaires

- La PTA 974 pour faire le lien entre MG et autres professionnels

APPUI
PTA 974
0800 444 974

Centre Ressources ETCAF

PERSPECTIVES

- **Valorisation de l'expérience réunionnaise**

- **Evolution des recommandations nationales/internationales → travaux du CNSF - Interventions en période périnatale avec un focus alcool-grossesse**

CNSF

amélioration des pratiques

évolution des croyances

Colloque Addictions et Grossesse : Mobilisons-nous !

Jeudi 12 septembre 2019

Le centre ressources ETCAF de La Réunion
L'alcool au féminin

Centre Ressources ETCAF

@centre.ressources.etcaf

b.delmotte@favron.org

4

Nécessité du repérage, intérêt du diagnostic et prise en charge des enfants porteurs de TCAF

Présenté par Pr Bérénice Dorey

Troubles du Spectre de l'Alcoolisation Fœtale

Repérer, Diagnostiquer

Qui ? Quand ? Comment ? Pourquoi ?

Centre Ressources ETCAF

AGIR 33 AQUITAINE

12 septembre 2019

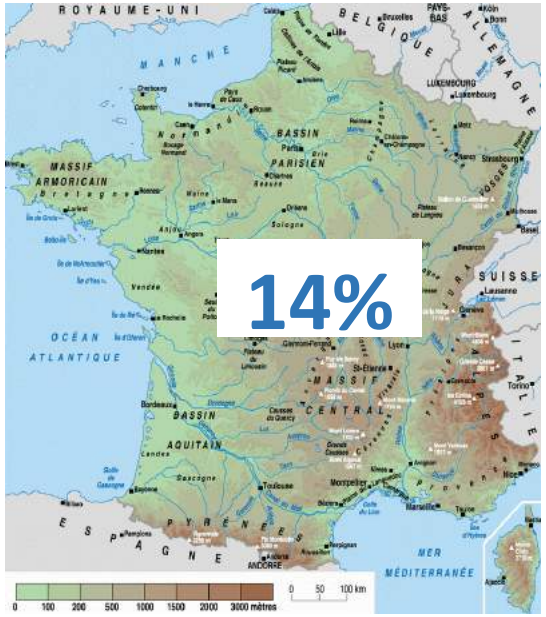
Bérénice DORAY

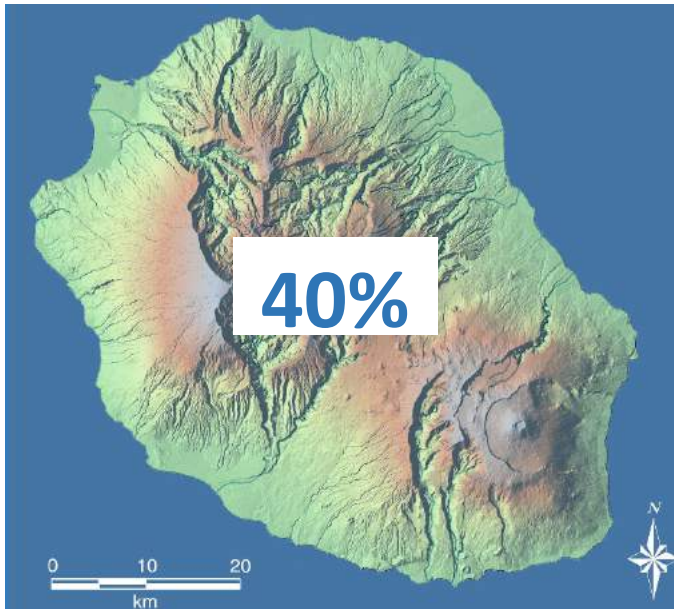
PU-PH en GENETIQUE
Vice-doyen Recherche UFR Santé La Réunion
Directrice du Centre Ressources ETCAF

L’Ile de La Réunion, c’est ceci

Mais l'Ile de La Réunion, c'est aussi cela

Une proportion élevée de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté





- ↗ des API chez les filles de 17 ans entre 2014 et 2017 à La Réunion avec plus grande proximité des comportements entre garçons et filles *OFDT : enquêtes ESCAPAD*

- Grossesses chez les mineures : 10 fois plus élevées à la Réunion (versus métropole)

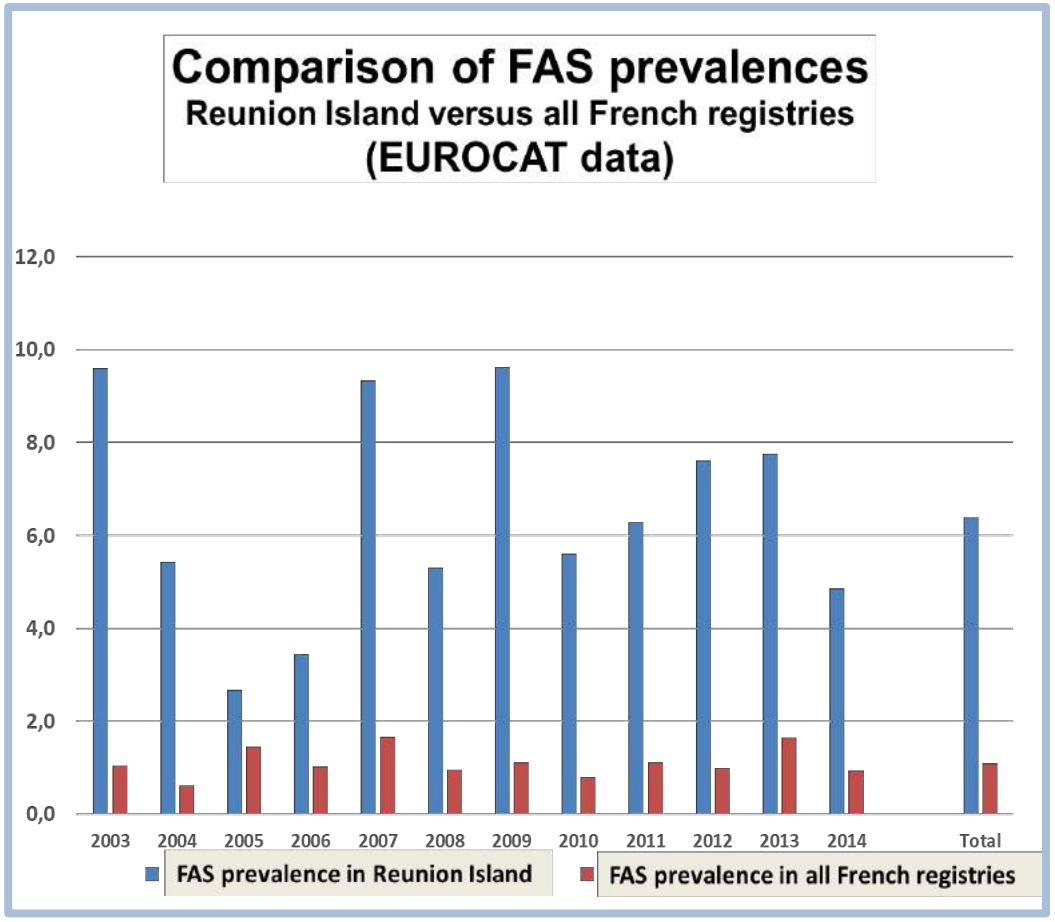
Mais l'Ile de La Réunion, c'est aussi cela

Une fiscalité dérogatoire

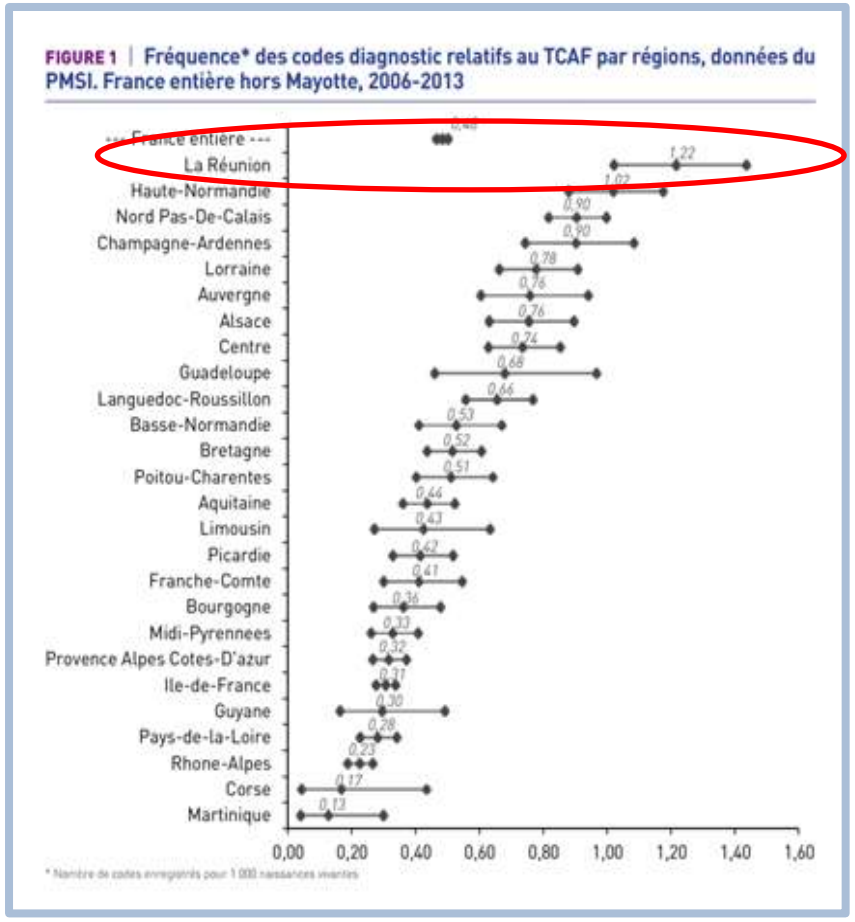
Mais l'Ile de La Réunion est aussi

Championne de France pour la Prévalence

Registres de Malformations Congénitales 2003-2014



Santé Publique France Septembre 2018

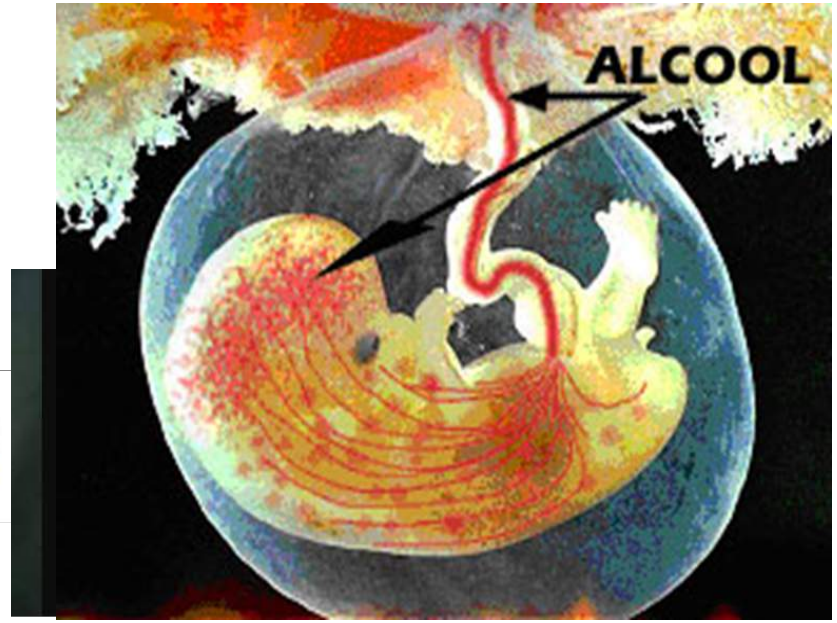


C’est quoi, les TSAF?

ALCOOL

Le plus dangereux des produits pendant la grossesse

Un verre : 10 grammes d'alcool



Petite molécule diffusable rapidement dans les différents compartiments hydriques du corps

Diffusion passive à travers les différentes membranes cellulaires dont le placenta

Elimination fœtale lente (immaturité hépatique, cavité amniotique = réservoir)

Alcoolémie fœtale = ou > alcoolémie maternelle

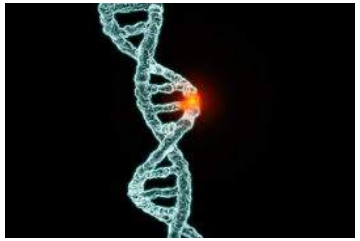
UN SPECTRE LESIONNEL

Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale ETCAF
Troubles du Spectre de l'Alcoolisation Fœtale TSAF

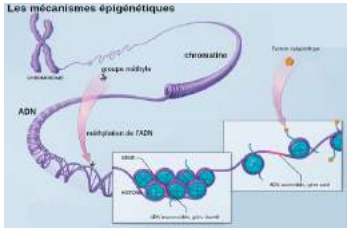
TERATOGENE

- **Quantité** — Pas de dose minimale sans risque
- **Durée**
- **Mode** — Binge drinking plus à risque
- **Stade d'exposition**

GENETIQUE



EPIGENETIQUE

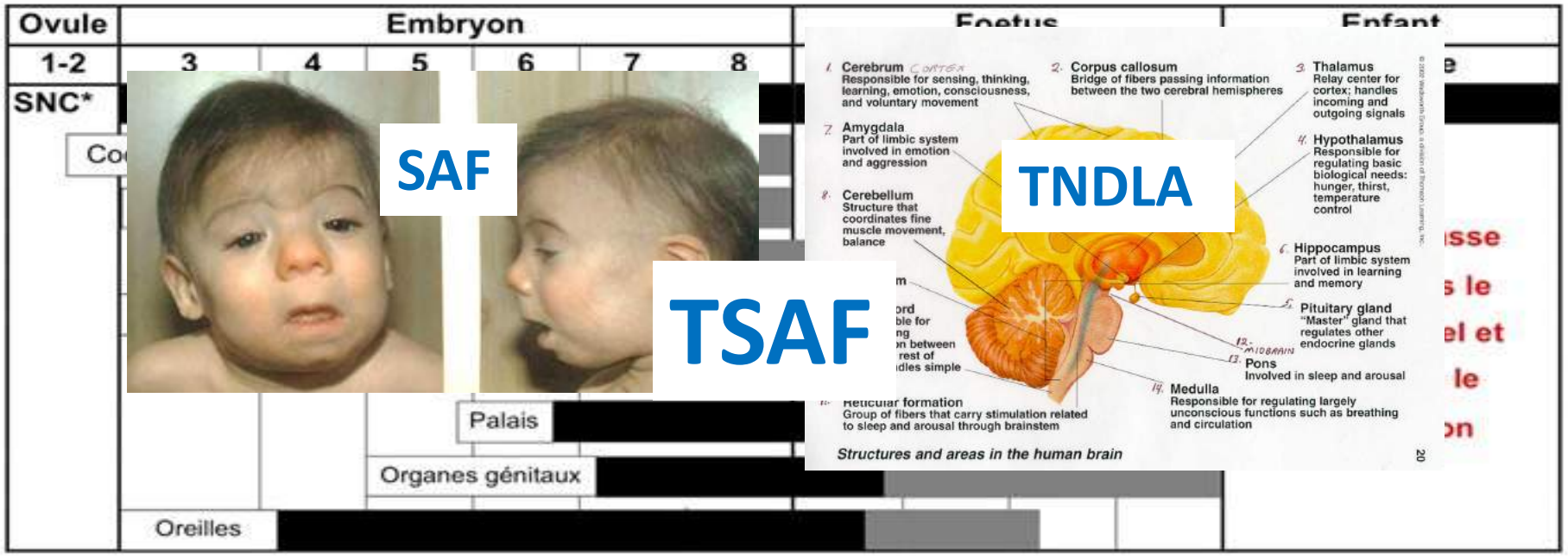


UN SPECTRE LESIONNEL

DANGEREUX pendant TOUTE la grossesse mais conséquences différentes

Période de développement des différents organes et sensibilité correspondant aux effets d'une exposition à l'alcool.

Développement (en semaine)



* SNC : système nerveux central

Risque accru

Susceptibilité moindre

Source : « Alcool et effet sur la santé, INSERM, 2001

UN SPECTRE PHENOTYPIQUE

Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale ETCAF
Troubles du Spectre de l'Alcoolisation Fœtale TSAF

TSAF – Un enjeu majeur de Santé Publique

TSAF 1 naissance/100

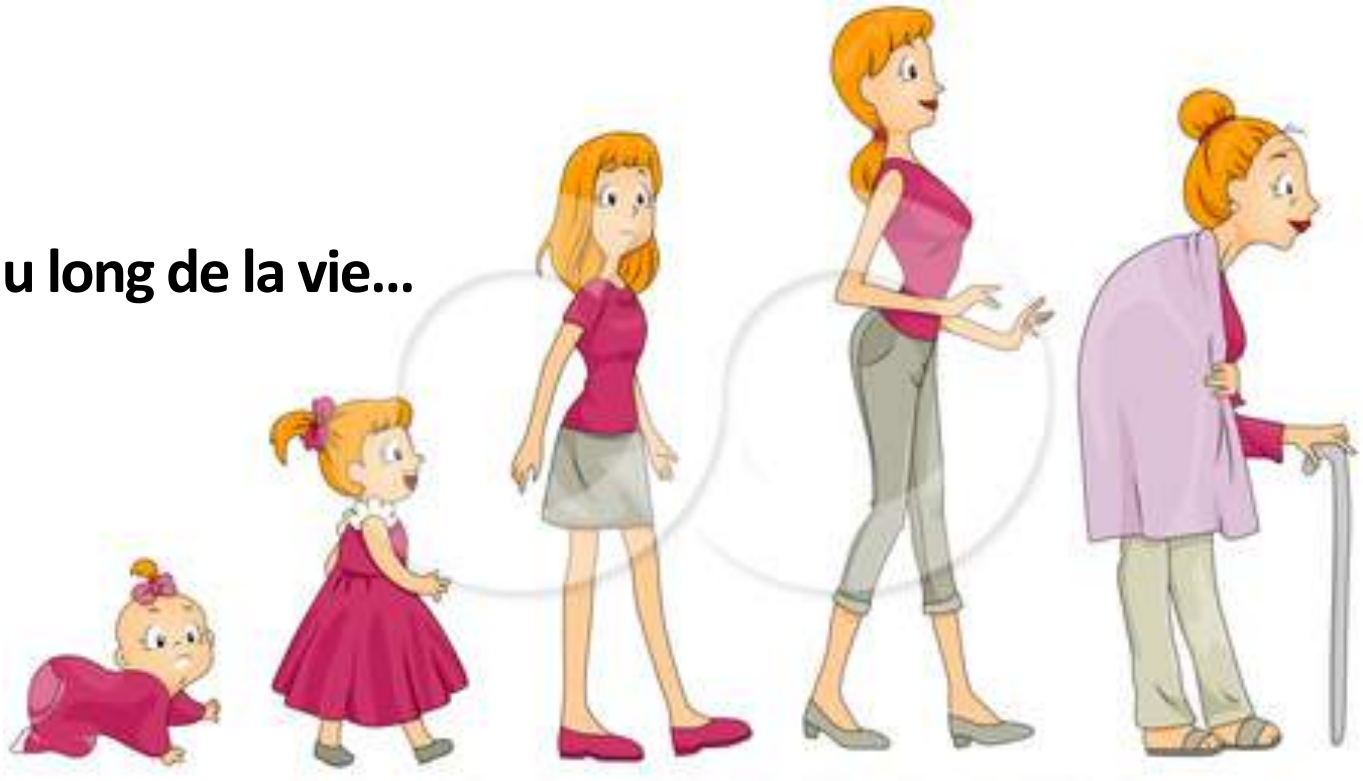
France : 8000 naissances/an
Réunion : 150 naissances/an

Un nouveau-né tous les 2 jours à La Réunion

TSAF – Un enjeu majeur de Santé Publique

1ère cause de handicap neuro-cognitif et d'inadaptation sociale… EVITABLE !

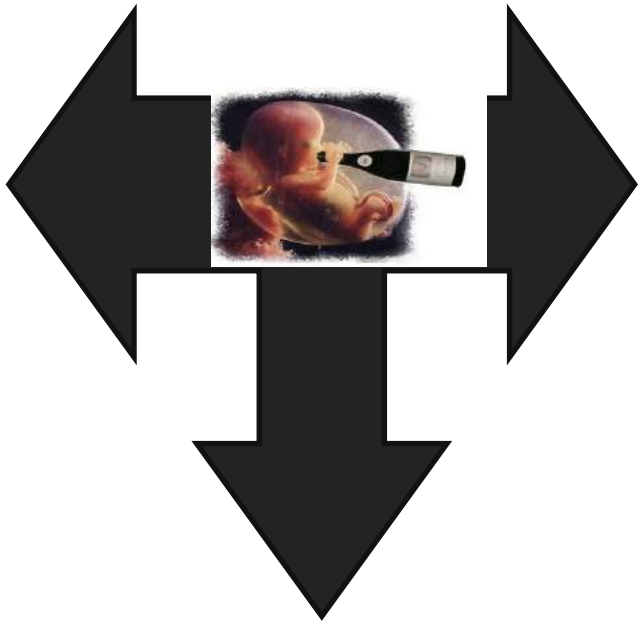
Des conséquences tout au long de la vie…



DESCRIPTION CLINIQUE

Syndrome d'Alcoolisation Fœtale

Retard de croissance



Troubles neuro-développementaux

Syndrome dysmorphique et malformatif

DESCRIPTION CLINIQUE

Retard de croissance pré

RCIU

Cause la plus fréquente d'

Evoquer une possible alco

Microcéphalie

Y PENSER !!!

REGARDER LE CARNE

Acta Neuropathologica Communications

RESEARCH Open Access

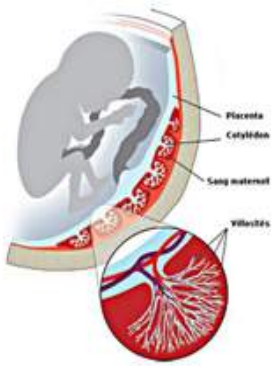
PLGF, a placental marker of fetal brain defects after in utero alcohol exposure

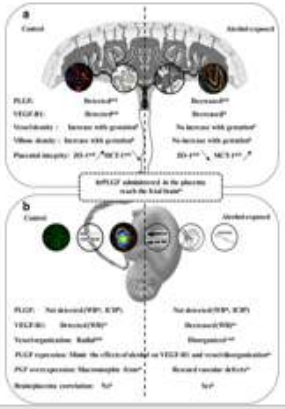
Matthieu Lecuyer, Annie Laquerrière, Soumeya Bekri, Céline Lesueur, Yasmina Ramdani, Sylvie Jégou, Arnaud Uguen, Pascale Marcorelles, Stéphane Marret and Bruno J. Gonzalez

Anomalies placentaires

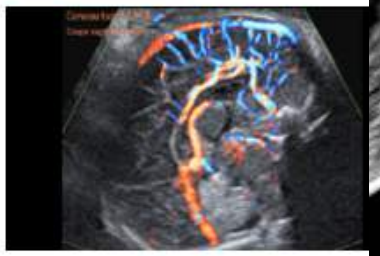
- Altérations de l'invasion trophoblastique → HTA gravidique
- Diminution des villosités → Hypotrophie
- Diminution de la vasculogénèse placentaire → Diminution des échanges

- Altération de l'angiogénèse placentaire → Diminution de PLGF





Altération de l'angiogénèse cérébrale



DESCRIPTION CLINIQUE

Retard de croissance pré et postnatal

CROISSANCE POSTNATALE

Retard staturopondéral habituel dans la petite enfance

↓

DYSPRAXIE BUCCO FACIALE → DIFFICULTES D'ALIMENTATION

↓

Difficultés de succion déglutition
Difficultés d'alimentation par la cuillère
Refus des morceaux

↓

GUIDANCE PARENTALE – SUIVI ORTHOPHONIQUE PRECOCE

DESCRIPTION CLINIQUE

Dysmorphie faciale

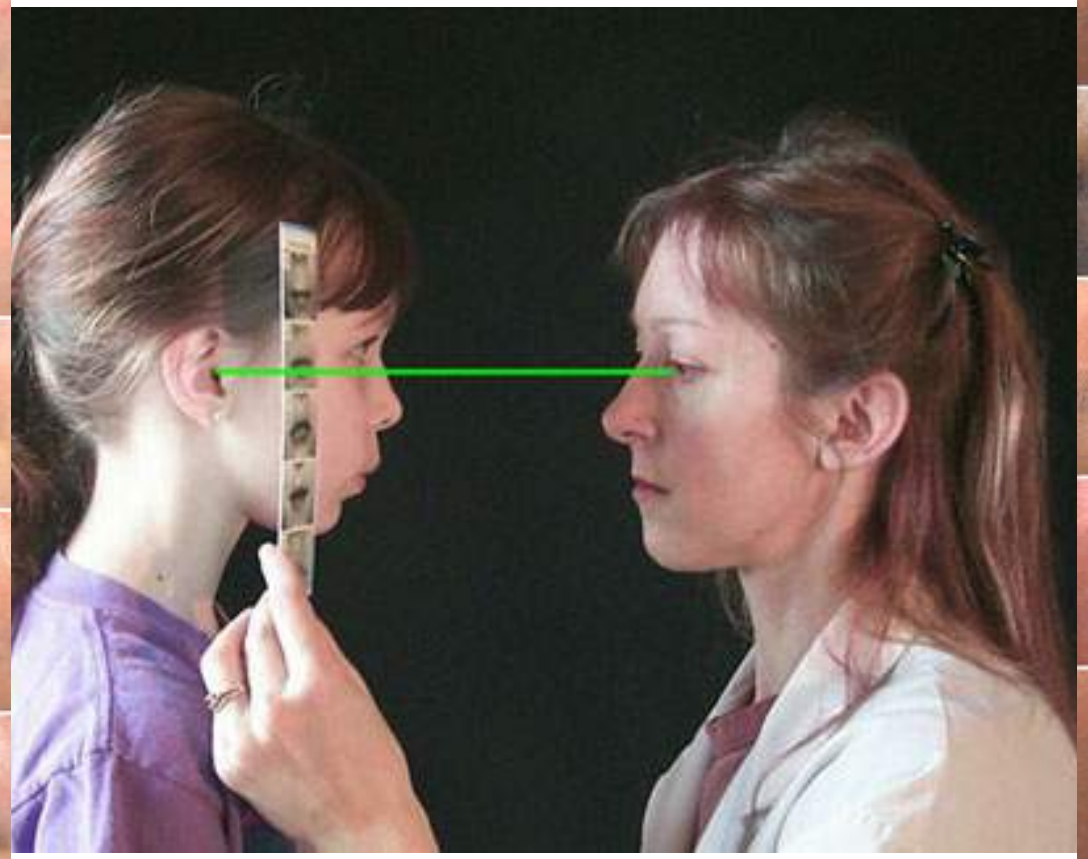
- Fentes palpébrales étroites
- Philtrum long, bombé, sans relief
- Lèvre supérieure fine

Y PENSER !!!!!

DESCRIPTION CLINIQUE

Dysmorphie faciale

Lip-Philtrum Guide I



Astley et Larren, Seattle, USA

Lip-Philtrum Guide 2

DESCRIPTION CLINIQUE

Dysmorphie faciale

DESCRIPTION CLINIQUE

Dysmorphie évolutive

Y PENSER !!!!! PHOTOS ANCIENNES

DESCRIPTION CLINIQUE

Absence de malformation spécifique
Majoration globale du risque
Dépend de la période d'exposition

Syndrome malformatif

Malformations SNC

Anomalies de fermeture du tube neural (anencéphalie, myéloméningocèle)

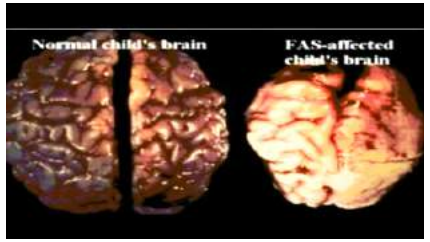
Microcéphalie, atrophie cortico-sous-corticale, dilatation ventriculaire

Agénésie, hypoplasie du corps calleux

Anomalies du cervelet, de l'hippocampe

Troubles de migration neuronale, hétérotopies

Connections synaptiques anormales



Malformations squelettiques

Anomalies costo-vertébrales, synostose radio-cubitale, luxation hanche

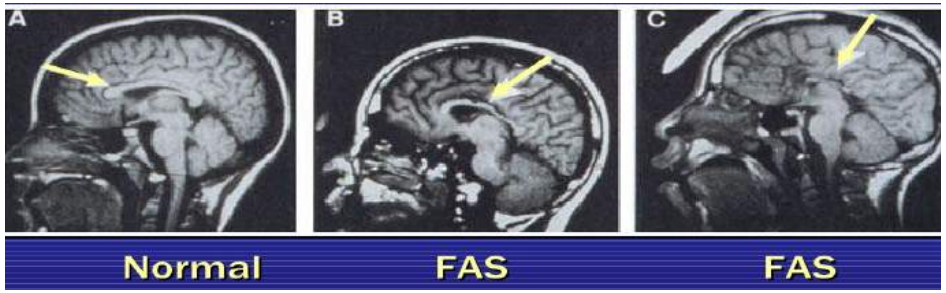
Troubles sensoriels

Anomalies ophtalmologiques

Myopie, Cataracte, Microphtalmie, hypoplasie du nerf optique

Anomalies auditives

Malformation de l'oreille externe, moyenne et interne



Malformations cardiaques

CIA, CIV, tétralogie de Fallot

Malformations rénales

Hypoplasie rénale, Hydronéphrose

Malformations crânio-faciales

Fente oro-faciale, craniosténoses

Anomalies cutanées

Hirsutisme, implantation basse des cheveux, angiomes, hypoplasie unguéale

Y PENSER !!!!!

DESCRIPTION CLINIQUE

Troubles neuro-développementaux

Le problème, ce n’est pas la face, … mais le cerveau !

Mode d'expression variant avec l’âge

Nouveau-né → si consommation maternelle récente

Immédiat : Syndrome d’imprégnation néonatale

Abattement, torpeur, détresse respiratoire, hypoglycémie
Alcoolémie ?

Différé (2-3 jours) : Syndrome de sevrage

Anomalies succion, hyperexcitabilité, tremblements, convulsions
Troubles du sommeil
EEG perturbé

DESCRIPTION CLINIQUE

Troubles neuro-développementaux

Hypotonie axiale, hypertonie périphérique

Trémulations, irritabilité, épilepsie

Difficultés alimentaires, troubles du sommeil

→ Mort subite du nourrisson ++

Retard des acquisitions psycho-motrices

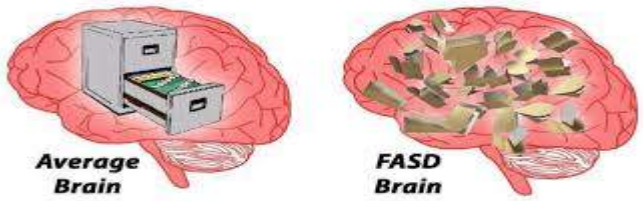
DESCRIPTION CLINIQUE

Déficience cognitive oui, mais … QI supérieur à 70 dans 50 % des cas

Capacité à s'exprimer > Niveau de compréhension HANDICAP INVISIBLE

Troubles de la motricité fine

- Difficulté à boutonner les vêtements
- Difficulté à lacer les chaussures
- Difficulté à tenir et manipuler un crayon
- Difficulté à faire une chose ≠ avec chaque main
- Troubles de l'équilibre
- Mauvaise intégration de l'information visuelle



Syndrome dysexécutif : difficultés

- à mémoriser : mémoire à court terme altérée
- à généraliser, à tirer des conclusions
- à manier des concepts abstraits
- à alterner, passer d'une situation à l'autre (flexibilité mentale)
- à planifier, à récupérer des informations
- à mettre en place des stratégies, à extrapoler
- à utiliser les mêmes connaissances pour gérer des situations nouvelles

Tout ce qu'il doit faire à l'école !!!

DESCRIPTION CLINIQUE

Troubles du comportement « Tératogénèse comportementale »

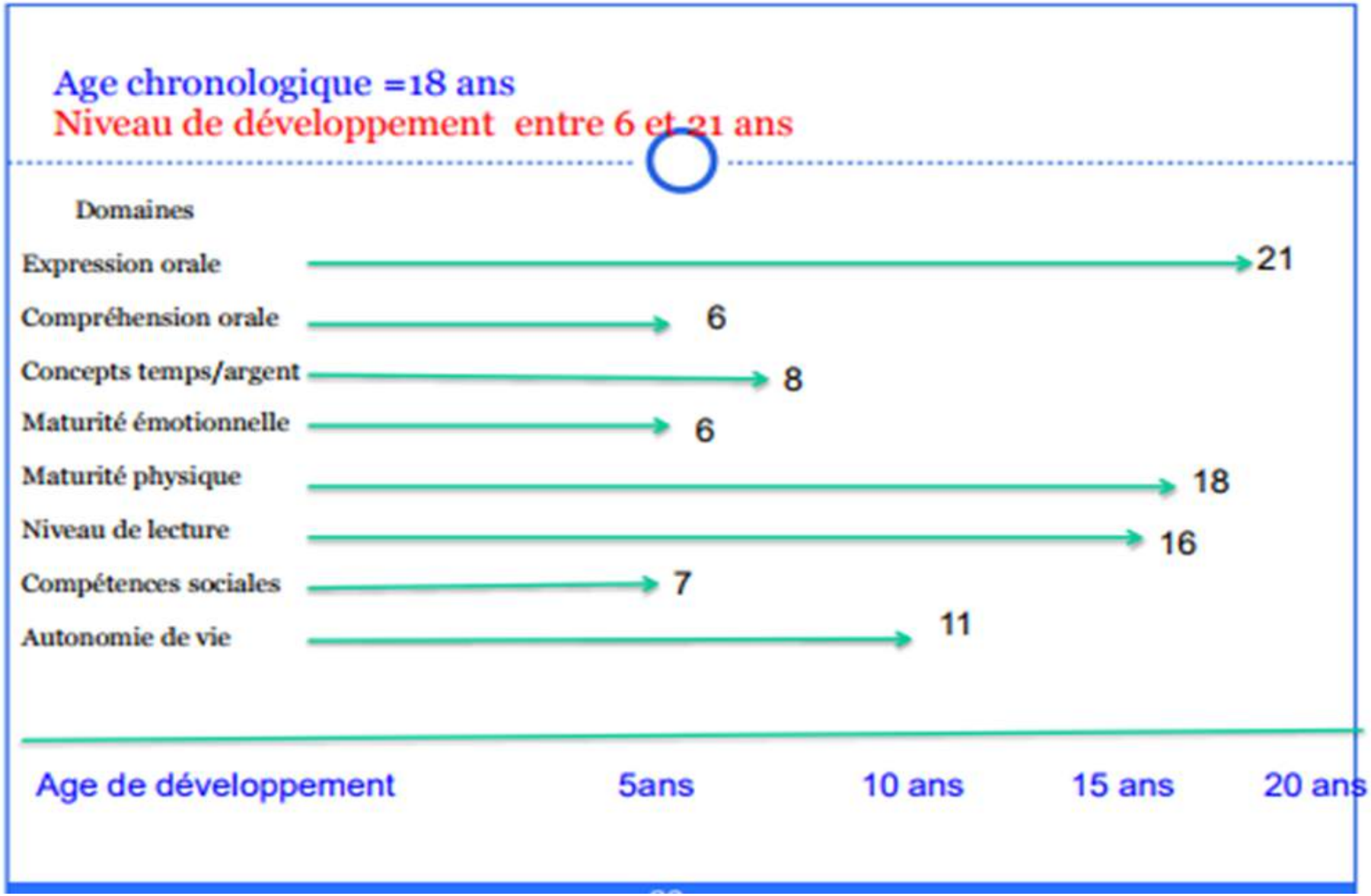
Troubles de l'attention, Hyperactivité, Distractibilité
Immaturité et labilité émotionnelle, impulsivité, colère, intolérance à la frustration
Mise en danger → Nécessité d'une surveillance constante

Syndromes psychiatriques plus fréquents (CIM)
Troubles perceptifs (hypersensibilité, résistance à la douleur, hyperacousie)
Troubles du sommeil

Déficit des aptitudes sociales : Difficultés à comprendre les codes de la vie en société, à appréhender les notions de propriété, bien et mal
Difficulté à comprendre les affects
Familiarité excessive avec des inconnus

DESCRIPTION CLINIQUE

En conséquence



Comment ?

TSAF – Un paradoxe

« L'immobilisme est en marche, et rien ne pourra l'arrêter. »

— Edgar Faure

Dr Paul Lemoine, 1968

TSAF – Le contexte national

« Grande Cause Nationale »

Rapport 22 mars 2016

Dispositions spécifiques à l'Outre-mer

Stratégie Nationale de Santé 2018-2022

Priorité 2

Protéger l'enfant à naître de l'exposition aux substances psychoactives pendant la grossesse

Centre Ressources ETCAF – Rendre visible

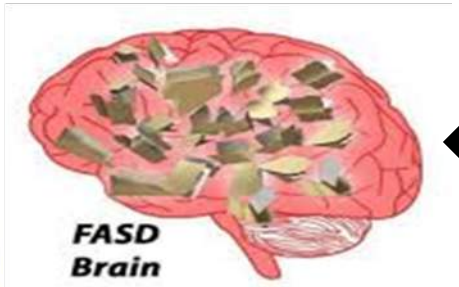
Informer la population générale et former les professionnels aux dangers de l'alcool pendant la grossesse

ZERO ALCOOL
Pendant la grossesse

ZERO ALCOOL
Dès le projet de grossesse… **Pour la future mère et le futur père**

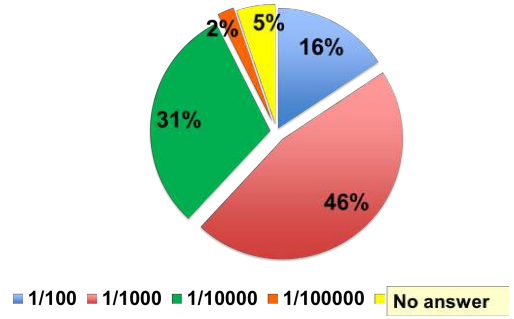
Centre Ressources ETCAF – Rendre visible

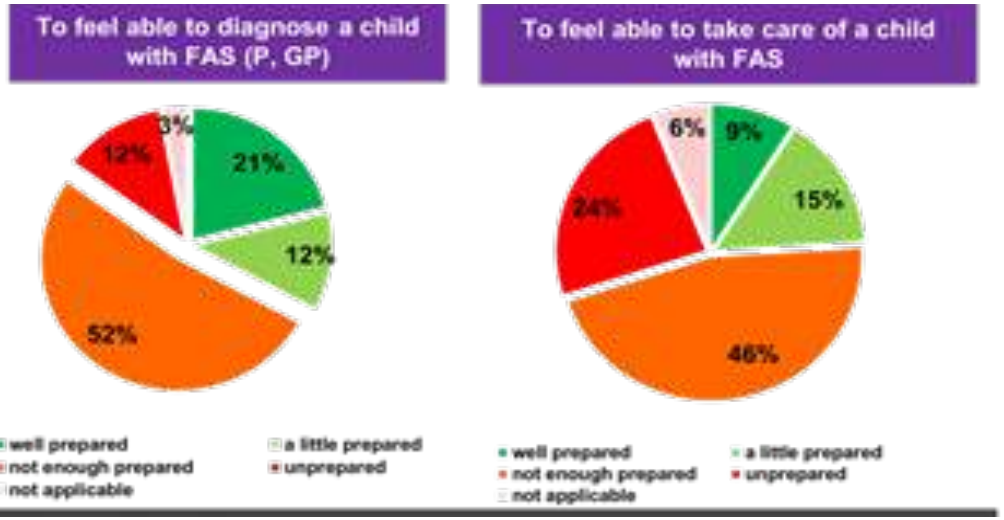
Former les professionnels au repérage des TSAF

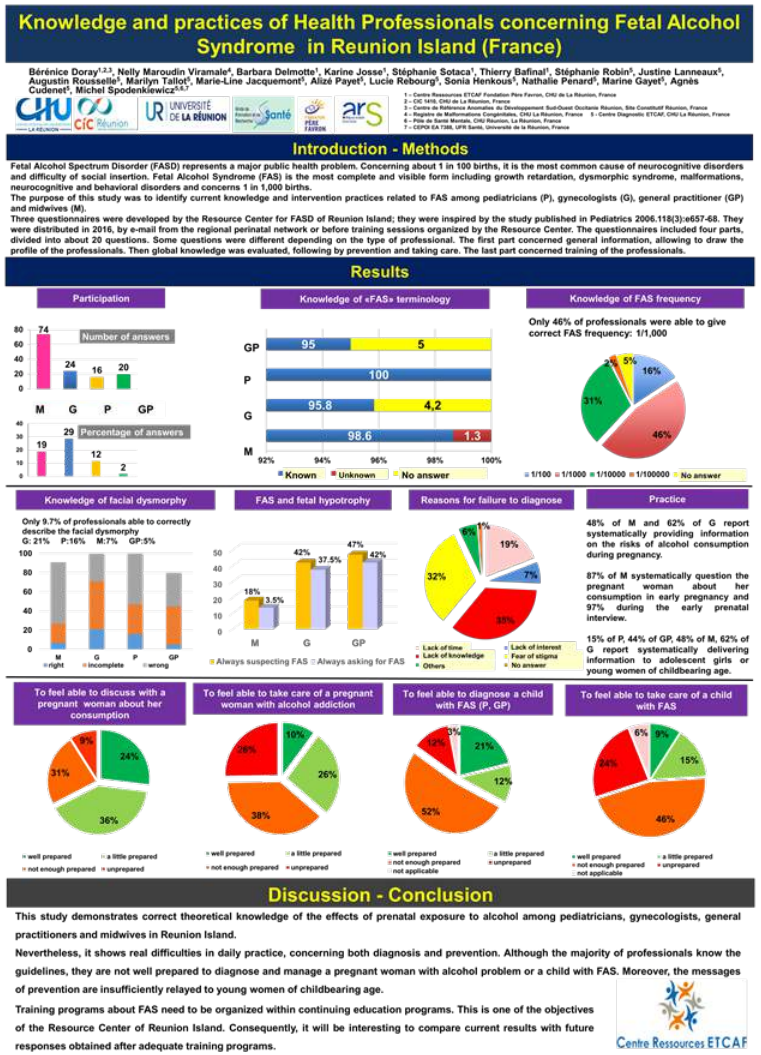


Knowledge of FAS frequency

Only 46% of professionals were able to give correct FAS frequency: 1/1,000







Centre Ressources ETCAF – Rendre visible

- **Diffuser les connaissances et le savoir-faire**

  Coordonner et assurer des actions de formation

  - ***Formation initiale* : environ 4000 étudiants**

    • **Faculté de Médecine : PACES depuis 2016, Master 1 Vie Santé depuis 2017, service sanitaire depuis 2018**

    • **IFSI, Ecole de Sages-Femmes depuis 2016**

    • **Ecole d'aides-soignants et auxiliaires puéricultures 2018**

    • **Institut de psychomotricité : depuis 2016**

    • **CAP petite enfance : depuis 2018**

    IRTS : Educateurs Jeunes Enfants depuis 2018

Centre Ressources ETCAF – Rendre visible

Diffuser les connaissances et le savoir-faire

Formation continue : environ 2000 professionnels

- **PROFESSIONNELS DE SANTÉ**
  - **soirées interprofessionnelles 2016 et 2018 organisées par REPERE-SAOME**
  - **DPC professionnels santé et médico-social : 4 sessions 2018 organisées par REPERE**
  - **CPDPN : 1 session en 2017**
  - **Addictologie-maternité GHER**
  - **JOROP 2016 et 2017 : organisées par REPERE**

- **EDUCATION NATIONALE : médecins, infirmiers, psychologues, Ass. sociales, maîtres ré**
- **MÉDICO-SOCIAL : CMPP. CAMSP, SESSAD, MDPH avec Centre diagnostic**

- **SOCIAL : Conseil départemental : Assistantes familiales, Travailleurs sociaux des TAS, PMI, Kaz'Oté**
- **PJJ : avec Centre diagnostic**

- **RSMA**

Centre Ressources ETCAF – Rendre visible

Diffuser les connaissances et le savoir-faire

Informer / Communiquer auprès du grand public

En 2018

- Communiqués de presse
- Interviews : TC, Radio, presse écrite, médias numériques
- Santé Publique France : Spot Radio
- Jeunes : Services civiques, classes de 3èmes, service sanitaire, CRIJ

Quand

Quand

Quand

Des pratiques à changer

Quand penser au TSAF devant un Trouble Neuro-Développemental ?

Systématiquement ?

TSAF 1/100

Un nouveau-né tous les 2 jours à La Réunion

Nécessairement

TSAF
Y penser si TND et Exposition Prénatale à l'Alcool (EPA)

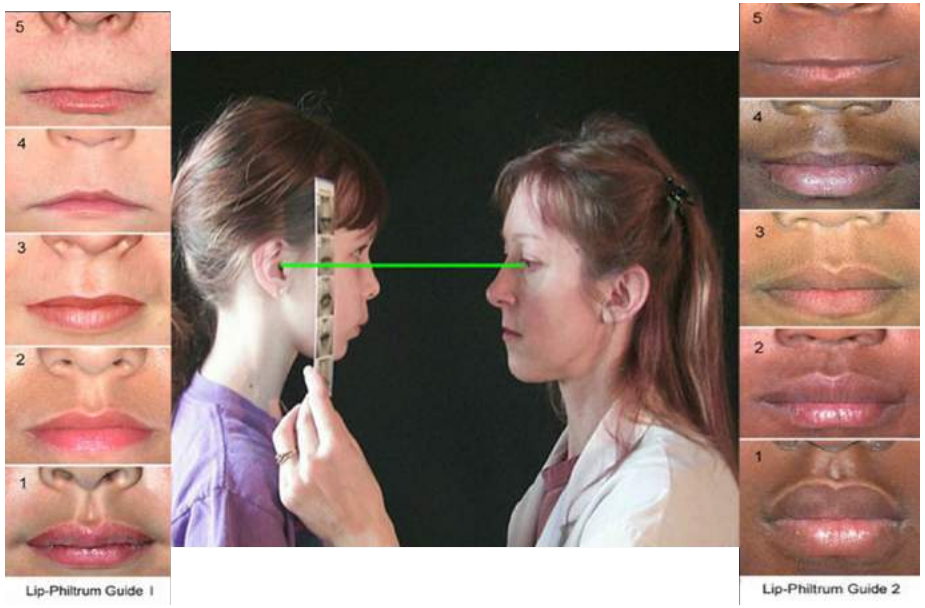
TSAF
Y penser si TND et Retard de croissance

TSAF
Y penser si TND et Dysmorphie évocatrice

Fentes palpébrales étroites

Philtrum long, bombé, sans relief

Lèvre supérieure fine



TSAF
Y penser si TND et Syndrome Malformatif

Syndrome malformatif

Malformations SNC

Anomalies de fermeture du tube neural (anencéphalie, myéloméningocèle)

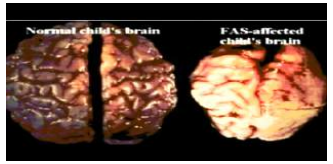
Microcéphalie, atrophie cortico-sous-corticale, dilatation ventriculaire

Agénésie, hypoplasie du corps calleux

Anomalies du cervelet, de l'hippocampe

Troubles de migration neuronale, hétérotopies

Connections synaptiques anormales



Malformations squelettiques

Anomalies costo-vertébrales, synostose radio-cubitale, luxation hanche

Troubles sensoriels

Anomalies ophtalmologiques

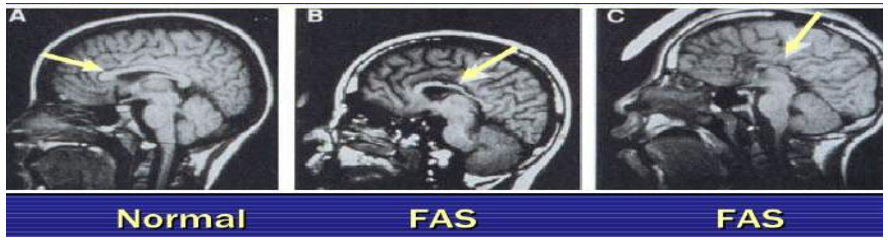
Myopie

Cataracte, Microphtalmie, hypoplasie du nerf optique

Anomalies auditives

Malformation de l'oreille externe, moyenne et interne

Absence de malformation spécifique
Majoration globale du risque
Dépend de la période d'exposition



Malformations cardiaques

CIA, CIV, tétralogie de Fallot

Malformations rénales

Hypoplasie rénale, Hydronéphrose

Malformations crânio-faciales

Fente oro-faciale, craniosténoses

Anomalies cutanées

Hirsutisme, implantation basse des cheveux

Angiomes, hypoplasie unguéale

TSAF
Y penser devant un profil cognitivo-comportemental …

Déficience cognitive oui, mais …

QI supérieur à 70 dans 50 % des cas

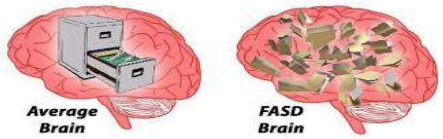
Capacité à s'exprimer > Niveau de compréhension HANDICAP INVISIBLE

Troubles de la compréhension verbale

Troubles de la mémoire à court terme
Lenteur
Syndrome dysexécutif : difficultés

à généraliser, à tirer des conclusions

à manier des concepts abstraits



à alterner, passer d'une situation à l'autre (flexibilité mentale)

à planifier, à récupérer des informations

à mettre en place des stratégies, à extrapoler

à utiliser les mêmes connaissances pour gérer des situations nouvelles

Troubles du comportement

Troubles de l'attention, Hyperactivité, Distractibilité

Dysrégulation émotionnelle

Immaturité et labilité émotionnelle, impulsivité, colère, intolérance à la frustration

Syndromes psychiatriques plus fréquents
Troubles du sommeil

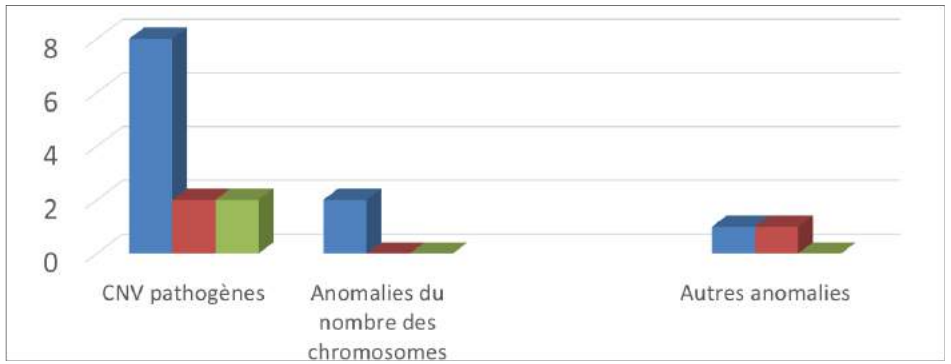
Difficulté à comprendre les affects
Familiarité excessive avec des inconnus

Aptitudes sociales affectées

Difficultés pour codes de la vie en société, notions de propriété, bien et mal

TSAF
Y penser si contexte évocateur… mais pas que !

TSAF
Y penser si même si autre étiologie …!



Anomalies génétiques au sein d'une cohorte Réunionnaise de patients porteurs de Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale – Importance du bilan génétique

Valérie Thiaw-Niam[1] , Michel Spodenkiewicz[2,3,4], Stéphanie Robin[2], Justine Lanneaux[2], Augustin Rousselle[2], Marilyn Tallot[2], Marie-Line Jacquemont[1,2], Alizé Payet[2], Lucie Rebourg[2], Sonia Henkous[2], Nathalie Penard[2], Marine Gayet[2], Agnès Cudenet[2], Barbara Delmotte[5], Karine Josse[5], Stéphanie Sotaca[5], Thierry

1 – Centre de Référence Anomalies du Développement Sud-Ouest Occitanie Réunion, Site Constitutif Réunion, France
2 – Centre Diagnostic ETCAF, CHU La Réunion, France
3 – Pôle de Santé Mentale, CHU Réunion, France

L'ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale (ETCAF) constitue un vaste spectre clinique. Contrairement à l'exposition à la cause, cette fréquente de troubles neurocognitifs et comportementaux sévères. Le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) représente la forme la plus sévère, associant retard de croissance

Établir un diagnostic de TCAF peut être difficile, en particulier en cas de dysmorphie atténuée ou absente ou d'exposition prénatale à l'alcool non confirmée, et il n'est pas toujours d'une origine TCAF d'une autre cause de troubles développementaux, notamment chromosomique. Par ailleurs, la littérature scientifique fait état de patients atteints de microremaniements chromosomiques, microdélétions ou microduplications. Ces CNV pour «Copy Number Variations», identifiés par ACPA (Analyse Chromosomique sur Puce à ADN), notamment par CGH-Array, sont recherchés dorénavant en première intention en cas de déficience intellectuelle et de syndrome malformatif.

L'objectif de cette étude est d'évaluer la fréquence des anomalies chromosomiques chez des patients porteurs de TCAF. Ces résultats, confrontés aux données de la littérature, ont

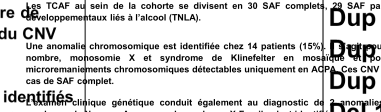
Etude	Abdelmalik N et al., 2012[1]	Zarrei M et al., 2017[2]	Jamuar S et al., 2018[3]	Cette étude, 2019
Type de patients	TCAF suspecté	TCAF confirmé	TCAF suspecté	TCAF confirmé
Effectif total	27	95	36	93
Effectif de patients avec TCAF	11	95	11	93
CNV pathogènes	2 (2 patients non TCAF)	12 (14 patients avec TCAF)	3 (2 patients avec TCAF)	8 (12 patients avec TCAF)
Anomalies () indique le nombre de patients porteurs du CNV considéré En violet, les CNV identifiés dans la littérature et notre étude En marron, les CNV identifiés à plusieurs reprises dans la littérature	Dup 1q44 Del 16p11.2	Del 2q21.2 (2) Dup 2q31.1 Del 3q29 Dup 6p21.32 Dup 6q26 Dup 12p13.33 Del 12q21.31 Del 15q13.3 Dup 16p13.3 (2) Dup 18q12.1 Dup 21q22.3	Del 2q37 Del 4q31.21 Dup 22q11.22	Del 2q14 Del 3p26.1 (3) Dup 3q29 Dup 5q14.3 Del 15q11 Dup 15q13.3 (2) Dup 15q26.3 Del 16p11.2 (2) Dup 22q11.23
Fréquence globale de CNV	2/27	14/95	3/36	12/93
Fréquence de CNV en cas de TCAF	0	14/95 (15%)	3/11 (27%)	12/93 (13%)

Résultats

Les TCAF au sein de la cohorte se divisent en 30 SAF complets, 29 SAF partiels et 34 troubles neuro-développementaux liés à l'alcool (TNLA).

Une anomalie chromosomique est identifiée chez 14 patients (15%), soit un total de 15 anomalies de nombre, monosomie X et syndrome de Klinefelter en mosaïque et pour 14 patients (13%) de microremaniements chromosomiques détectables uniquement en ACPA. Ces CNV sont en priorité identifiés en cas de SAF complet.

L'examen clinique génétique conduit également au diagnostic de 2 anomalies géniques dont 1 cas de syndrome de Noonan. Aucun cas de syndrome X-Fragile n'est identifié.



Certains remaniements récurrents, associés aux troubles neuro-développementaux, sont identifiés à la fois dans la littérature et dans notre cohorte (loci 3q29, 15q13.3, 16p11.2).

Par exemple la région 15q13.3 comportant le gène *CHRNA7*, rend compte de difficultés attentionnelles fréquemment rapportées dans les TNDLA avec troubles du langage, troubles comportementaux du spectre autistique ou psychotique (pauvreté du langage, regard fuyant et du contact oculaire, mouvements répétitifs, possiblement associé à un déficit attentionnel, un comportement impulsif ou agressif et des troubles des interactions sociales.

La présence d'une anomalie génétique associée peut rendre compte :

- d'une majoration clinique du phénotype (pouvant expliquer le fait que ces anomalies sont plus fréquemment rapportées en cas de SAF complet)
  - cognitivo-comportemental en particulier dans les cas de duplication 15q13.3 et délétion 16p11.2, préalablement rapportés dans la littérature dans ce contexte, considérés comme des variants prédisposant aux troubles neuro-psychiatriques : dans notre cohorte les 2 patientes (sans lien familial) porteuses d'une délétion 16p11.2 présentent des troubles psychiatriques marqués, au premier plan dépressifs.
  - physique : par exemple la présence d'une monosomie X ou d'un syndrome de Noonan

Conclusion

Cette étude est la première étude Française réalisée au sein d'une cohorte importante de patients porteurs de Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale. Avec une proportion d'anomalies génétiques similaire à celles rapportées dans la littérature internationale (13%), elle confirme l'importance de compléter à titre systématique les explorations réalisées lors du bilan d'un TCAF par un bilan génétique tant clinique que biologique avec ACPA. Cette préconisation sera à considérer à l'occasion de la rédaction du Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) coordonnée par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Ce bilan génétique est fondamental afin d'une part, de mieux disséquer les interactions entre patrimoine génétique et produit tératogène neurotoxique, d'autre part afin de proposer un bilan malformatif et un suivi appropriés ainsi qu'une prévention tertiaire optimale associant information vis-à-vis de la consommation d'alcool et conseil génétique de l'anomalie génétique.

De façon plus générale, cette étude vient conforter le plaidoyer d'une approche globale et multidisciplinaire des troubles du développement embryonnaire, avec sur le plan étiologique la recherche tant de facteurs environnementaux, tels les tératogènes évitables comme l'alcool, que de vulnérabilités intrinsèques, en particulier génétiquement déterminées.

1 - Abdelmalik N, van Haelst M, Mancini G, Schrander-Stumpel C,Marcus-Soekarman D, Hennekam R, Cobben JM. 2013. Diagnostic outcomes of 27 children referred by pediatricians to a genetics clinic in the Netherlands with suspicion of fetal alcohol spectrum disorders. Am J Med Genet Part A 161A:254–260, 2 – Zarrei M, Hicks G, Reynolds J, Thiruwahindrapuram B, Engchuan W, Pind M, Lamoureux S, Wei J, Wang Z, Marshall C, Wintle R, Chudley A, Scherer S. Copy number variation in fetal alcohol spectrum disorder. Biochem. Cell Biol. doi.org/10.1139/bcb-2017-0241, 3 Jamuar SS, Picker JD, Stoler JM. Utility of Genetic Testing in Fetal Alcohol Spectrum Disorder. J Pediatr 2018;196:270-4.

Pourquoi ?

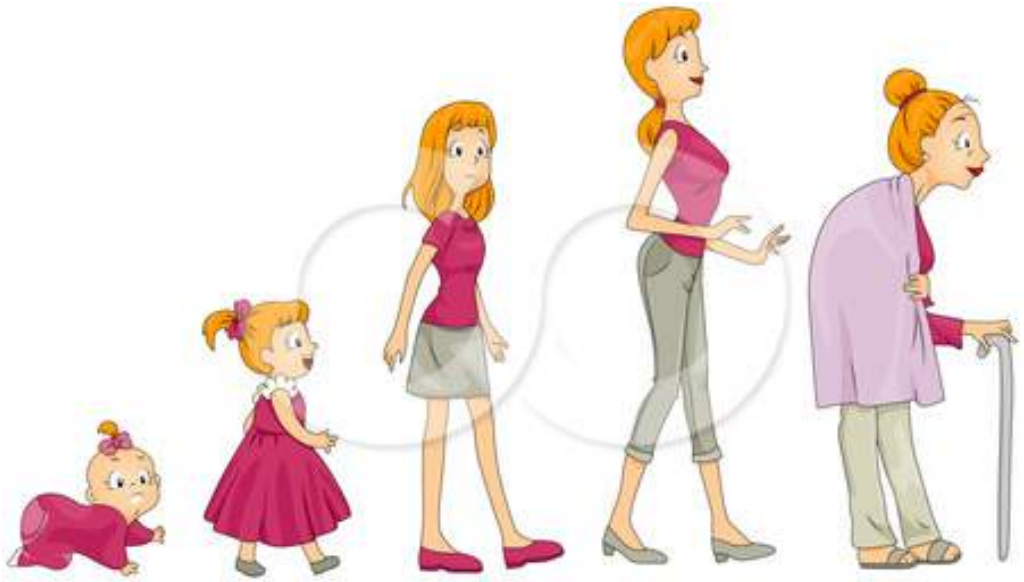
Importance du repérage des enfants

Et ensuite ??

EN L'ABSENCE DE DIAGNOSTIC

Handicaps surajoutés et incapacités secondaires

Troubles somatiques et neuro-comportementaux



Croissance
Malformations
Anomalies dentaires
Troubles sensoriels
Epilepsie
Maladies auto-immunes
Cancer

EN L'ABSENCE DE DIAGNOSTIC

Handicaps surajoutés et incapacités secondaires

Troubles neuro-développementaux

Enfant atteint : souvent mal compris

Mauvaise interprétation : comportement souvent pris pour de la mauvaise volonté, de la provocation, ou comme le résultat d'une éducation familiale défaillante.

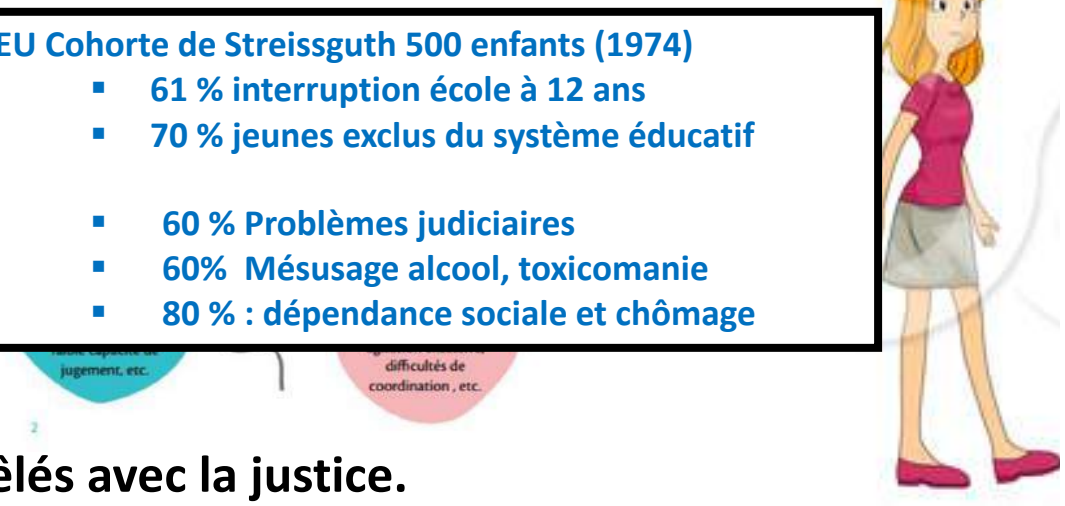
Sans prise de conscience des parents et de la famille, et sans accompagnement adapté, risque de développement de troubles secondaires tels que

- **découragement**
- **mauvaise estime de soi**
- **rupture ou refus scolaire**
- **anxiété, irritabilité, dépression, suicide**
- **opposition, fugues**
- **vulnérabilité à de mauvaises influences**
- **conduites à risques (alcool, drogues, VIH)**

EU Cohorte de Streissguth 500 enfants (1974)

- 61 % interruption école à 12 ans
- 70 % jeunes exclus du système éducatif

- 60 % Problèmes judiciaires
- 60% Mésusage alcool, toxicomanie
- 80 % : dépendance sociale et chômage



- **comportements déplacés --> risque de démêlés avec la justice.**

TSAF – Importance du diagnostic

Effets primaires des TSAF irrémédiables et immuables

MAIS incapacités secondaires atténuables

Streissguth (1997) : identification de facteurs de protection universels qui parviennent à diminuer les incapacités secondaires

- un foyer stable, stimulant et de bonne qualité
- maintien au sein d'une même famille
- absence de mauvais traitement
- accès aux services pour personnes atteintes de déficiences du développement
- un diagnostic avant l'âge de 6 ans
- un milieu scolaire bienveillant (Saskatchevan Learning 2004)

IMPORTANCE DU DIAGNOSTIC

MILIEU FAMILIAL →

DIAGNOSTIC PRECOCE → déculpabilisation de l'enfant
→ mise en place d'un suivi médico-social adapté.
Important d'apprendre à accepter l'enfant comme il est, pour pouvoir mieux l'aider à trouver ses points forts et ses faiblesses.
Revoir le champ des possibles.

MILIEU SCOLAIRE →

Relation parents/enseignants primordiale
Un enseignant bien informé sera plus apte à interpréter correctement le comportement de l'enfant, et saura, dans la mesure du possible, adapter son niveau d'exigence à celui-ci.
AVS, Tiers-temps

TOUT AU LONG DE SA VIE →

Reconnaissance travailleur Handicapé
Besoin constant d'un accompagnateur, «deuxième cerveau», pour aider à gérer le quotidien : argent, démarches administratives
Nécessité de tableau d'horaires, planning de tâches quotidiennes, bloc-notes …

TSAF – Centre diagnostic

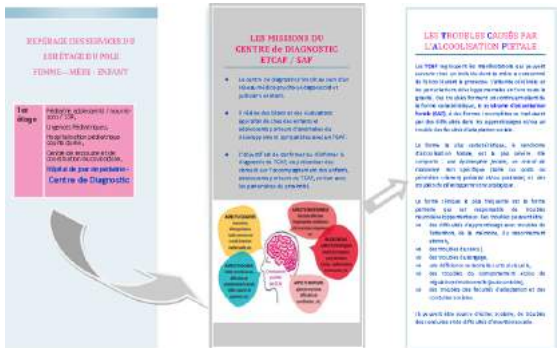
- 2 sites: Pôles Femme-Mère-Enfant du CHU (Saint-Denis et Saint-Pierre)
- Opérationnel depuis Juillet 2017 (CHU Sud) et Février 2018 (CHU Nord)

Financeur

Gestionnaire

- **Bilan multidisciplinaire** neuropédiatrique, neuropsychologique, psychomoteur, pédopsychiatrique, malformatif, génétique

- **Enfants entre 5 et 18 ans**



Plus de 100 enfants diagnostiqués

SEUL CENTRE EN FRANCE…

Parcours Enfant

Dépistage

- **Professionnels de la santé, du médico-social, du social, de l'Education Nationale et de la justice**

Diagnostic

- **Bilan dans le Centre Diagnostic – Diagnostic – Dossier MDPH - Préconisations**

Suivi

- **Accompagnement et suivi par les établissements médico-sociaux et les services sociaux**

Parcours Famille

TSAF – Casser le cycle

Diagnostic
- **Enfant**

Repérer
Diagnostiquer
Prendre en charge
- **Fratrie**

Repérer
Diagnostiquer
Prendre en charge
- **Mère**

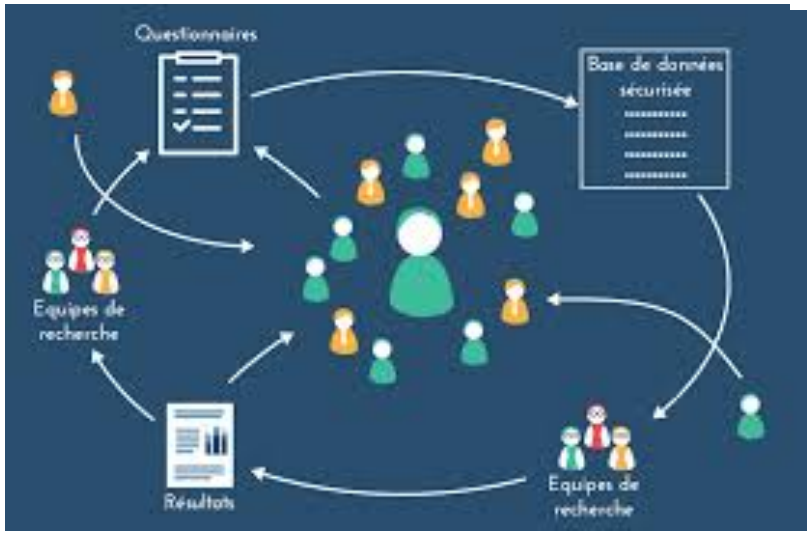
Impulser la Recherche

Cohorte

- **Patients porteurs d'un SAF âgés de 0-4 ans et >19 ans après consultation spécialisée**
- **Patients porteurs d'un SAF et d'un TNDLA âgés de 5-18 ans après bilan spécialisé réalisé en centre diagnostic SAF/ETCAF**

- **Construction et gestion de la base au CIC-EC**
  - **Pr Bérénice Doray**
  - **Dr Michel Spodenkiewicz**

- **Collection biologique**
  - **CRB du CHU de La Réunion**



Etat des Lieux

VIVRE AVEC LE SAF
Association de familles concernées par les Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale

SAOME
Santé Addictions Outre-Mer

Santé publique France

ars Agence de Santé Océan Indien

Communication

Identifier les facteurs de risque (RPIB, entretien prénatal, auto-questionnaire)

Repère
RÉSEAU PÉRINATAL RÉUNION

Fil d'ARIAAN

Association Nationale de PRÉVENTION en ALCOOLOGIE et ADDICTOLOGIE
A.N.P.A.A. 974

Favoriser l'accès au diagnostic

(Centre Diagnostic)

CHU
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
LA RÉUNION

Fil d'ARIAAN

Centre Ressources ETCAF

Mettre en place et Renforcer la prise en charge et l'accompagnement

Fil d'ARIAAN

ASSOCIATION SAINT-FRANÇOIS D'ASSISE

FONDATION PÈRE FAVRON

Perspectives

Pérennisation au-delà de 2019

Oui, mais comment ?

Perspectives

- De plus en plus de consultations… et de diagnostics
- De plus en plus de situations maternelles pour l'équipe mobile > 40
- De plus en en plus de situations enfants-familles
  - Environ 70 en 2018, regroupement de fratries, consultations, accompagner les mamans dont l'enfant est vu en consultation, préparer la consultation, prise en charge

Perspectives cliniques

Population cible du centre diagnostic : 5-18 ans

Et les plus jeunes ?

Si exposition prénatale à l'alcool
Suivi de type prématuré

Et les adultes ?

Centre diagnostic
Enfant – Jeune – Adulte
Hors CHU

Perspectives cliniques

Points positifs

- Reconnaissance
- Sollicitations multiples et récurrentes

Points critiques

- Répondre à la demande
- Manque de temps et de personnel dédiés

Perspectives

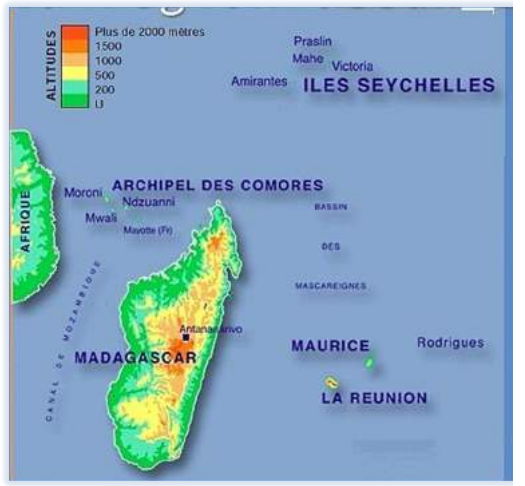
Formation des Formateurs

DU TSAF

MOOC

Unité de Formation et de Recherche Santé

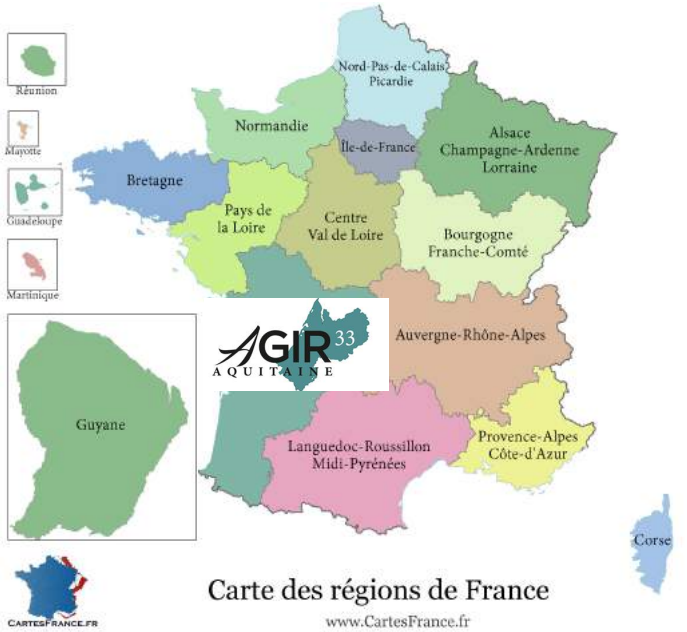
Perspectives cliniques



Ile de La Réunion
Mobilisation d'un territoire

ARS-OI, Fondation Père Favron, CHU
Population , Politiques

Centre Ressources ETCAF



CENTRE RESSOURCES
un dispositif unique et innovant

Centre Ressources ETCAF

CONTACTEZ-NOUS

Site internet : http://etcaf.favron.org

@centre.ressources.etcaf

berenice.doray@chu-reunion.fr 06 92 22 13 24
b.delmotte@favron.org 06 92 60 57 24
centre.ressources@favron.org 02 62 35 72 61

PAUSE DÉJEUNER

12h30 – 14h00

Quelques idées de restauration dans votre pochette….

DEUXIÈME PARTIE

14h00 – 16h30

Modératrice:

Joëlle Cristiani, médecin addictologue, PH, responsable de la consultation d'addictologie et de l'équipe ELSA – Villeneuve sur Lot

5

Cannabis et Grossesse

Présenté Pr Philippe Nubukpo

Université de Limoges

Inserm
Institut national de la santé et de la recherche médicale

CENTRE HOSPITALIER ESQUIROL LIMOGES

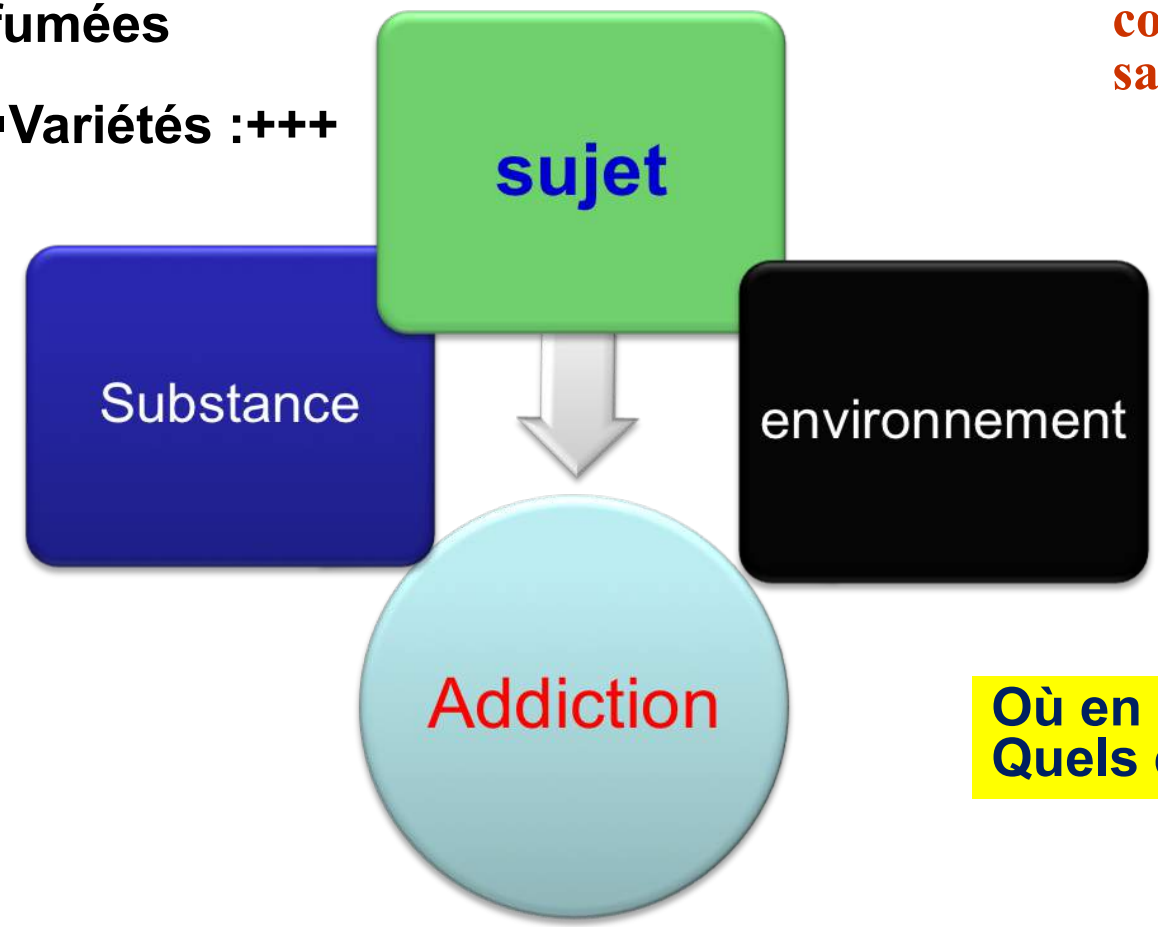
Cannabis et grossesse

Pr Philippe Nubukpo
Psychiatre des hôpitaux, Addictologue, PU-PH

Angoulême le 12 septembre 2019

Introduction

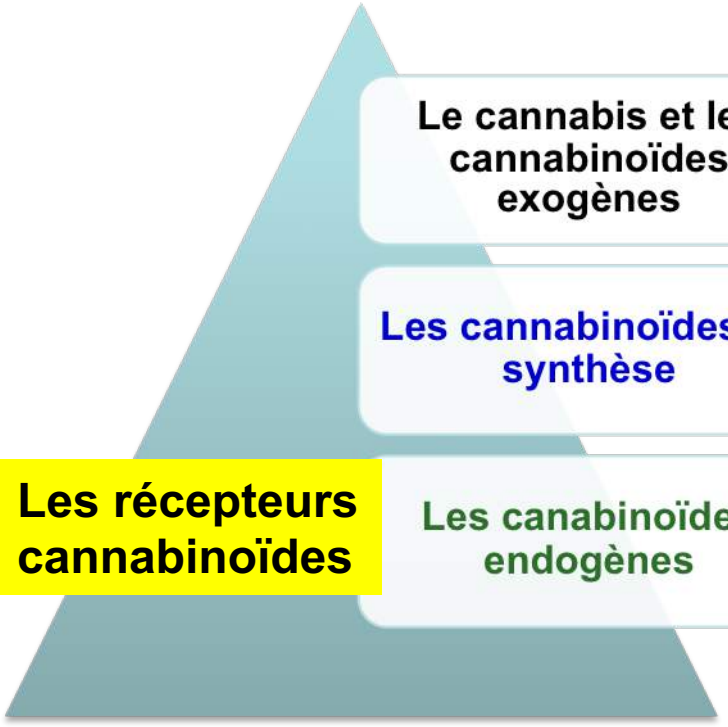
- Cannabis : cultivé sur les pentes himalayennes 5000 ans avant JC
- Hérodote (484-425 av J.C): l'ivresse délirante suite à l'inhalation des fumées
- Variétés :+++



De nombreux débats :
dépénalisation,
diabolisation…
Consensus scientifique :
conséquences réelles sur la santé

Où en sommes nous ?
Quels effets sur la grossesse ?

La substance : une biologie en découverte



Le cannabis et les cannabinoïdes exogènes

- Herbe, résine, huile
- Fumé, inhalé, ingéré

>400; THC, CBD
THC (Herb:30%, Res:50%, H:60%)

Les cannabinoïdes de synthèse

>100; Spice ; JWH-018

Les canabinoïdes endogènes

L'anandamide
2-arachidonyl glycerol
virodhamine, oléamide,
N-arachidonyl dopamine

Les récepteurs cannabinoïdes

- CB1 (1991) : Ganglions de la base, cervelet; cortex cérébral et hippocampe
- CB2 (1993) : macrophages de la moelle osseuse, cerveau, ensemble du syst. Immunitaire

Endocannabinoïdes et grossesse

- **Rôle des endocannabinoïdes dans le développement embryonnaire et fœtal**
  - **Les récepteurs CB1 et CB2 sont exprimés chez l'embryon aux stades pré- et post-implantatoires**
  - **Un niveau trop élevé d'anandamide inhibe le développement de l'embryon dès le stade deux cellules**
  - **Un taux trop faible d'anandamide accélère la différenciation et la croissance du trophoblaste**

(Correa et al, 2016 ; INSERM 2001; Friedrich et al, 2016)

- **Mise en évidence dans les cellules placentaires humaines :**
  - Les récepteurs CB1 et CB2 (Kenney et al, 1999)
  - Les enzymes de dégradation et de synthèse des endocannabinoïdes (FAAH) (Davitian et al, 2006; Park et al, 2003)

Endocannabinoïdes et grossesse

- **Les cannabinoïdes perturbent la croissance fœtale par plusieurs autres mécanismes:**
  - **Enzymatique :** Ex : Les endocannabinoïdes se lient aux cellules pancréatiques β entrainant une diminution sécrétion insuline.

    (facteurs de croissance foetale IGF-1 et IGF-2 sont régulés par l'insuline)

    (El Marroun et al,2010)
  - **Action sur le facteur de croissance endothélial vasculaire (VEGF)** : diminution de la prolifération des cellules endothéliales des veines ombilicales
  - **Perturbent la réplication de l'ADN**

- **La consommation de cannabis serait à l'origine:**
  - **d'une mauvaise placentation (**par déséquilibre entre la synthèse d'anandamide et sa dégradation par la FAAH)
  - **d'une mauvaise implantation du blastocyste,**
  - **d'une inhibition de la décidualisation (CB1)**(Correa, et al, 2016)

L'environnement : une épidémie galopante

- Drogue la plus consommée et dont le trafic est le plus répandu à l'échelle mondiale

- En Occident, la disponibilité de produits à forte teneur de THC

Cannabis et grossesse : épidémiologie

- **Aux USA:**
  - **Prévalence en augmentation chez la femme enceinte (comme dans la Pop. Générale)**:

    2,3 % (vs 6,2%) en 2002

    3,8% (vs 9,2%) en 2014

    (Brown et al, 2017)

  - **La consommation diminuait avec l'avancée de la grossesse** :
    - **10,7 %** au premier trimestre
    - **2,8 %** au 2e trimestre
    - **2,3 %** au 3e trimestre

    (National Survey on Drug Use and Health, 2012)

Cannabis et grossesse : épidémiologie

- **En France une prévalence estimée entre 1 et 10%?**
  - **Enquête nationale périnatale de 2010, un usage de cannabis (plus d'une fois au cours de la grossesse) par 1,2 % des mères**
  - **dont 1/3 de façon régulière (3 fois par mois et plus)**

    (Saurel-Cubizolles et al, 2013 ; Blondel et Kermarrec, 2011 ; Houdebine et al, 2009)

  - **3% de femmes enceintes déclarent avoir fumé au cours de la dernière année (contre 8% des femmes en âge de procréer)** (INPES 2013)

- **En augmentation ?**
  - Moins d'usage d'héroïne et **plus de prises de cannabis**

    (Lejeune et al, 2013)

  - Prévalence estimée : 3 à10% (Lamy et al, 2014)

Caractéristiques des femmes enceintes consommant du cannabis en France

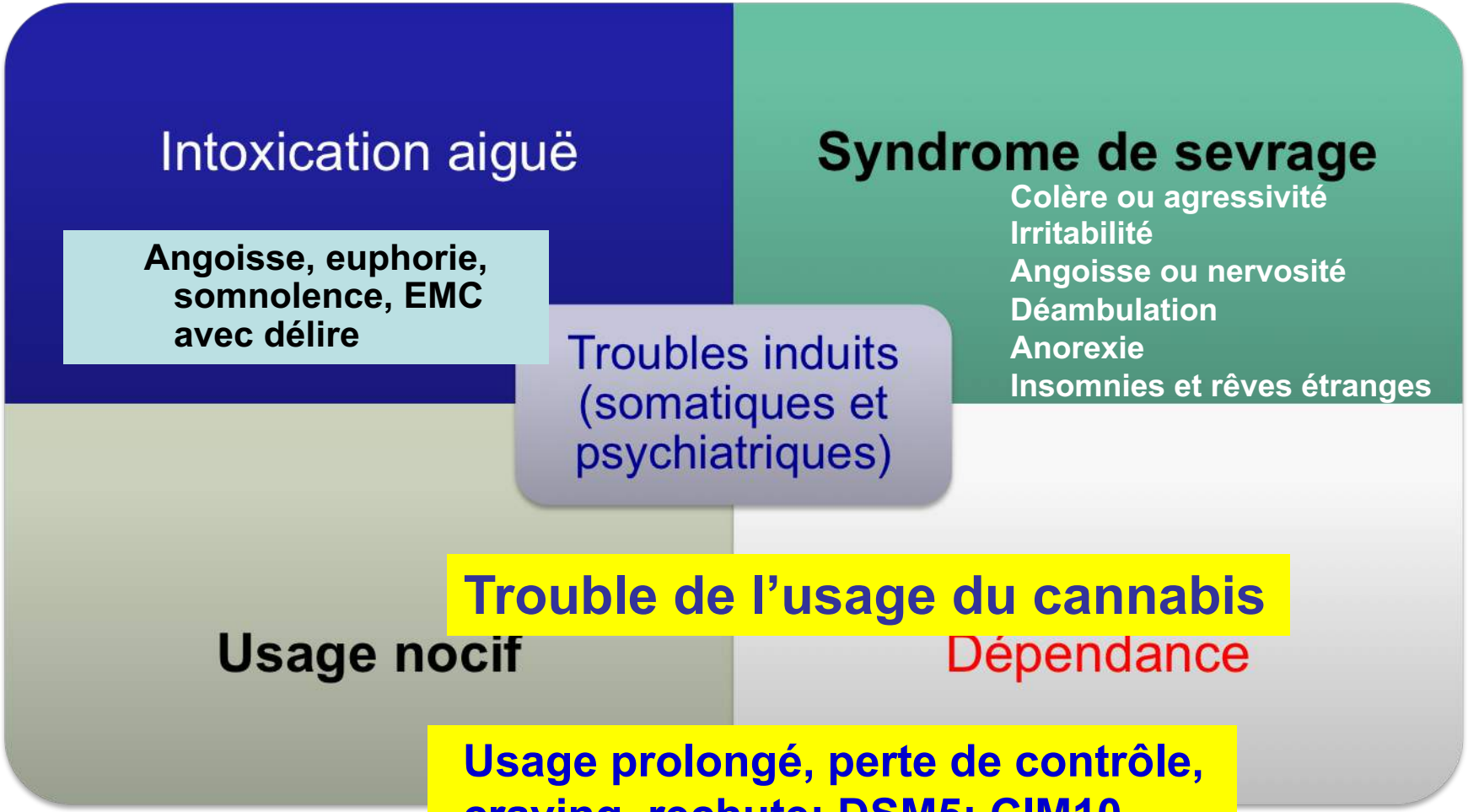
- **Agées de moins de 25 ans, primipares, célibataires**
- **Difficultés sociales et familiales importantes**
- **Niveau d'études inférieur à la population générale**
- **Antécédents de dépression**
- **Avec des polyconsommations :**
  - **au-delà du premier trimestre : 6,3 % des femmes**
  - **L'usage de tabac et d'alcool souvent associé**

(Saurel-Cubizolles et al, 2013 ; Chassevent-Pajot *et al,2011)*

Le sujet :
Les complications cliniques de l'usage du cannabis

Cas particulier de la grossesse

Les conduites addictives : cas du cannabis



NB : Le sd. de sevrage peut durer plusieurs semaines

Complications psychiatriques

Syndrome amotivationnel

- Lié à un usage chronique
- Déficit de l'activité (apragmatisme, pas de volonté)
- Asthénie intellectuelle et physique
- Perturbations cognitives
- Pensée abstraite et floue
- Difficultés de concentration et mnésiques
- Rétrécissement de la vie relationnelle

Diagnostic différentiel: schizophrénie, détérioration mentale

Complications psychiatriques et/ou comorbidités

- **Troubles anxieux :**
  - Troubles les plus fréquents+++
  - Attaque de panique (bad trip), aversive
  - Syndrome de dépersonnalisation/ déréalisation, immédiat, peut durer quelques semaines

- **Troubles psychotiques :**
  - Rôle dans la psychose aiguë transitoire
  - Rôle plus controversé dans les psychoses chroniques
  - Exacerbation des symptômes psychotiques
  - Prévalence vie entière d'un TUC : 50% chez le schizophrène

- **Trouble de l'humeur**

Conséquences somatiques et autres, liées à l'usage du cannabis

- **Cardiovasculaires :**
  - **Effet hypotenseur de la Δ9THC ⟹ augmentation FC**
  - **Artériopathies**
  - **Une trentaine de décès (toxicité aiguë cardiovx du THC)** (Etude Drame, 2013).
  - **3 cas d'infarctus du myocarde chez les adolescents de 16 ans dus à des spices** (Mir et al, 2011)

- **Respiratoire :**
  - **Fumée de cannabis : effets proches de celle du tabac mais 4 fois plus**
  - **Certains cancers (ex : poumon: RR x par 3)** (OFDT, 2009)

- **Digestif : orexigène, fibrose (CB1; chez HVC)…**

- **Accidentologie : cannabis : rx1.8 ; + alcool: rx14**

Cas spécifique de la grossesse

Complications chez la mère

La consommation régulière /Complications obstétricales

- **diminution de la perfusion placentaire**
- **difficultés voire échecs d'implantation embryonnaire,**
- **polyhydramnios**
- **fausses couches spontanées,**
- **placenta prævia,**
- **dystocies du travail (perception atténuée des contactions avec retard de décision, pré-éclampsies…)**
- **risque de mortalité sous anesthésie générale en obstétrique**

Les résultats des études restent contradictoires

(Faitot et al, 2015; Karila et al, 2006 ; Chabarria et al., 2016; Warshak et al, 2009);

Autres complications chez la mère

- **Syndrome de sevrage cannabique / ivresse cannabique**

- **Syndrome d'hyperémèse cannabique :**

  Lors de consommations chroniques

  – **nausées et vomissements sévères**
  – **douleurs abdominales**
  – **compulsion à prendre des douches chaudes** (Alaniz et al, 2015)

Alaniz, et al, « Cannabinoid hyperemesis syndrome: a cause of refractory nausea and vomiting in pregnancy », *Obstet Gynecol*, vol. 125, no 6, p. 1484−1486, juin 2015.

Complications chez le fœtus

❑ Le THC passe librement la barrière hématoplacentaire

- Sa concentration dans le sang foetal : au moins égale à celle de la mère (Davitian et al, 2006).

❑ Les conséquences de la prise de cannabis :

- **Diminution d'oxygénation due à l'intoxication au dioxyde de carbone** (quand consommés fumés) et ses conséquenes
  - Augmente la carboxyhémoglobine dans le sang maternel, donc diminution de l'oxygénation placentaire

- **Liées à l'action particulière du THC .**
  - Diminue le tonus des vaisseaux sanguins et la tension artérielle.
  - Augmente le flux sanguin de la mère, le flux sanguin placentaire et cardiaque du fœtus.

(El Marroun *et al, 2010)*

Complications chez le fœtus (2)

- **Diminution de la croissance fœtale : diminution du poids de naissance, de la taille, périmètre crânien**

- **Anomalies congénitales : liées à la baisse significative de l'absorption d'acide folique (ex: de fermeture du tube neural…).**

- **Prématurité inférieure à 37 SA**

NB : Certaines études n'observent pas d'association entre la consommation à elle-seule de cannabis prénatale et les données néonatales

Difficultés d'imputation car peu d'études prospectives (3) et beaucoup de facteurs de confusion

(Mark et al, 2015 ; Conner et al, 2015; Gray et al, 2010; Hayatbakhsh et al, 2012; Sherwood et al, 1999; . Fergusson et al, 2002; Boutier et Rainellei, 2017. …)

Complications chez le nouveau-né

- **Admission en soins intensifs de néonatologie++**

- **Syndrome de sevrage du nouveau-né**
  - **Excitabilité neurologique (cris aigus, troubles du sommeil, trémulations, hypertonie, convulsions…)**
  - **Troubles gastro-intestinaux (régurgitations, vomissements, succion difficile, diarrhée…)**
  - **Système nerveux autonome (éternuements, sueurs, bâillements, augmentation du rythme respiratoire…).**

- **Troubles du sommeil**

- **Mort subite du nourrisson**
  - **conditions sociales plus précaires**
  - **environnement cannabique plus important pour le bébé**
  - **consommation de cannabis par le père augmente le risque**

Lamy et al, 2015; Klonoff-Cohen et P. Lam-Kruglick, 2001; Lejeune, 2007; Scragg et al., 2001

Cannabis et allaitement

Très peu de données disponibles.

- ❑ **le THC passe dans le lait en quantité modérée.**
- ❑ **chez les consommatrices régulières, le cannabis se concentre et se stocke dans le lait.**

Conséquences :

- **somnolence**
- **tétées moins fréquentes**
- **quantité de lait diminuée (inhibition de la production de prolactine via l'action du THC sur l'hypophyse)**

- **Allaitement lors de consommation régulière de cannabis est fortement déconseillé**

(Murphy et al, 1998)

Intoxications pédiatriques accidentelles au cannabis

- **Les intoxications pédiatriques restent peu décrites**
- **Principalement des enfants de moins de 3 ans**
- **Essentiellement des intoxications graves.**

(Murphy et al, 1998; Djulus et al, 2005; Amirav et al, 2011)

Complications chez l'enfant et l'adolescent

❑ Troubles cognitifs

- **Troubles de l'apprentissage**
- **Trouble de l'attention**
- **Troubles mnésiques**
- **Troubles exécutifs**

❑ Troubles psychiatriques :

– **TDAH, anxiété et dépression, troubles du comportement**

❑ Conduites addictives:

– **Risque accru d'usage de THC chez adolescents exposés in utero**

(El Marroun et al, 2009 ; Lamy et al, 2014, Goldschmidt et al, 2004 et 2012; Hayatbakhsh

Repérer et prendre en charge

Place du cannabis dans les soins?

Repérage et prise en charge

- **Quand ? : Tout au long de la grossesse**
- **Qui ? : tous les intervenants**
- **Comment ?**
  - **Consommez vous des substances psychoactives ?**
  - **Sans jugement, approche motivationnelle, RPIB**
  - **Aide d'outils : Cannabis Abuse Screening Test (CAST), Alcohol Advisory Council (ALAC) etc.**
  - **ELSA, CSAPA, Périnatalité, Unité d'Addictologies, RDRD**

- **Prendre en charge:**
  - **Pas de médicament de substitution; arrêt? Réduction ?**
  - **Traitement de sevrage : symptomatique**
  - **Approche multiaxiales : prise en compte des problèmes biopsychosociaux, affirmation de soi etc. au long cours**
- **Préventions : stages de sensibilisation, CJC etc.**

Cannabis grossesse et Réduction des risques et dommages (RDRD)

- **Rappel : THC déconseillé aux femmes enceintes et allaitantes**

- **Mais si l'arrêt est impossible :**

- **Fractionner les prises**
- **Espacer les consommations dans le temps**
- **Avoir des phases de repos**
- **Evitez de consommer en même temps que d'autres psychotropes**
- **Ne pas consommer si on conduit**
- **Ne pas consommer seul**
- **Connaître les produits que l'on prend : se renseigner sur : qualité, composition, ne pas acheter auprès de personnes inconnues.**
- **En cas d'effets indésirables (ex : angoisse), cherchez un endroit tranquille, un entourage, apaisant. Surtout ne pas paniquer : les effets du produit s'estompent avec le temps**

Vertus du cannabis pendant la grossesse ?

- **Utilisation de cannabis pendant la grossesse comme antiémétique ?**
- **Les études sont rares.**
  - **Dans une étude canadienne, 92 % des femmes enceintes qui avaient consommé du cannabis pendant leur grossesse, afin de limiter les nausées et les vomissements, l'avaient évalué « efficace » voire « extrêmement efficace » (Westfall et al, 2006)**
- **Impossible de le recommander pour le moment**

- **En France les femmes enceintes seront exclues du projet de cannabis thérapeutique…**

R. E. Westfall, P. A. Janssen, P. Lucas, et R. Capler, « Survey of medicinal cannabis use among childbearing women: patterns of its use in pregnancy and retroactive self-assessment of its efficacy against "morning sickness" », Complement Ther Clin Pract, vol. 12, no 1, p. 27‑33, févr. 2006.

Conclusion

- **Usage du cannabis en progression dans la société et chez la femme enceinte**
- **Rôle des endocannabinoïdes dans la grossesse**
- **Conséquences maternelles et fœtales de plus en plus documentés**
- **Des données épidémiologiques à enrichir en France**
- **Nécessité de la prévention et d'une prise en charge pluri professionnelle**

Merci!

Annexes

La substance

- **Le cannabis ou chanvre**
- **Le chanvre : usage dans l'automobile, les papiers, les vêtements, bâtiment etc.**

- **Pour ses propriétés psychotropes :**

  INDICA *(relaxation mentale)*
  SATIVA *(effet high, cérébral,…)*
  RUDERALIS *(très faiblement psychotrope, usage industriel).*

- La plupart des variétés sont **hybrides** : croisements entre ces trois familles.

- **Herbe, résine (haschich), huile**
- **Fumé, inhalé, ingéré**

- **Principales molécules psychotropes : THC, Cannabidiol (CBD)**

- **Le THC est le seul cannabinoïde d'origine végétale qui soit actuellement interdit.**

- **Effets fonction voie de consommation, concentration en THC (Herbe:30%, Resine:50%, H:60%**

Quelques chiffres récents en France

↗ ❑ 45 % des adultes de 18 à 64 ans ont expérimenté le cannabis en 2018 ;

→ ❑ 11 % sont des usagers actuels

↘ ❑ 39 % des jeunes de 17 ans ont expérimenté le cannabis et 7 % sont des fumeurs réguliers

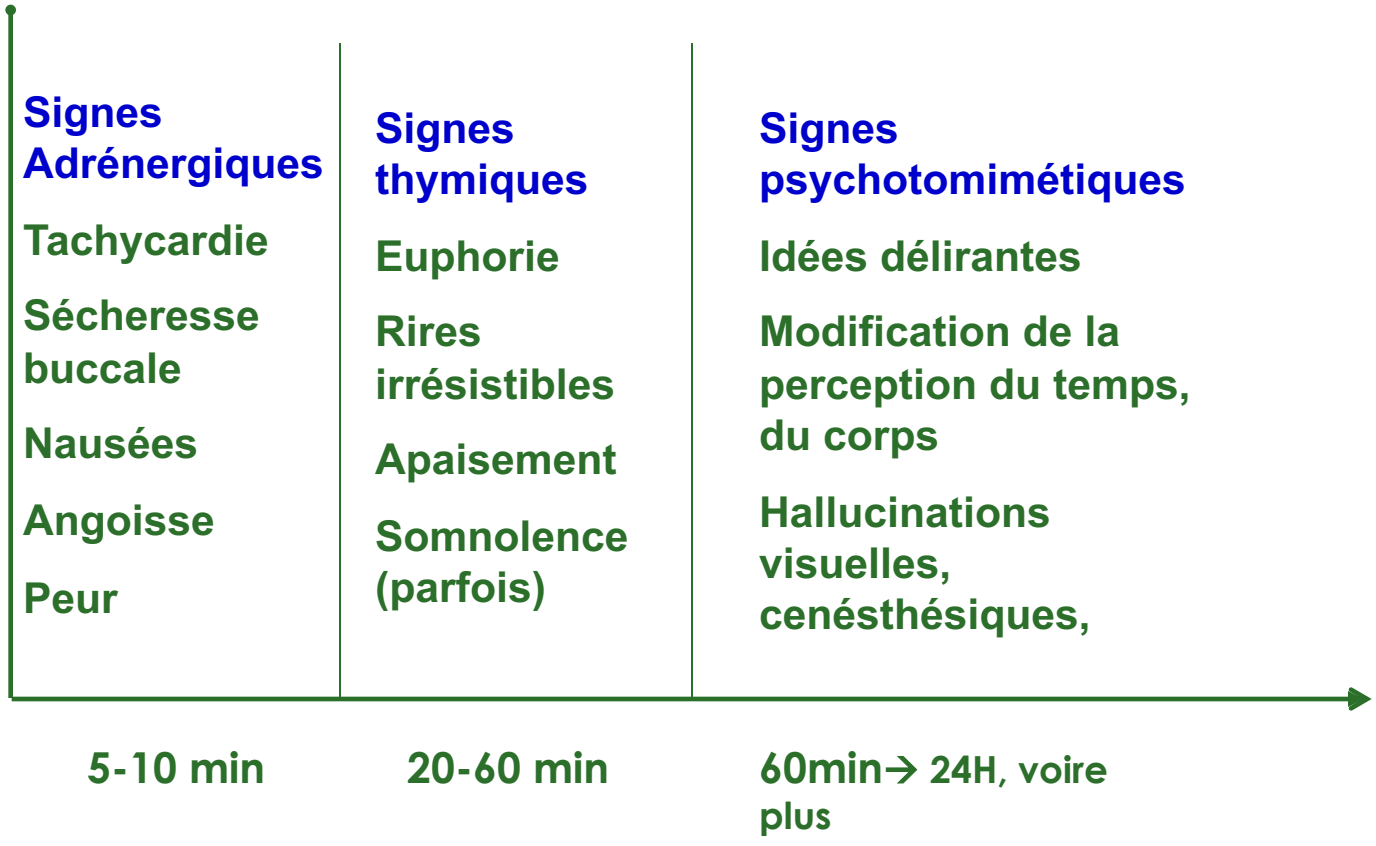
❑ Usage problématique ou dépendance pour 3 % des 18-64 ans et 7 % des 17 ans

❑ 59 000 personnes prises en charge en CSAPA pour THC

❑ 24 000 jeunes consommateurs de THC vus en CJC

Drogues, Chiffres clés 2019; OFDT

L’ intoxication aiguë au cannabis



Syndrome de sevrage au cannabis

Signes fréquents

- Colère ou agressivité
- Anorexie ou perte de poids
- Irritabilité
- Angoisse ou nervosité
- Déambulation
- Insomnies et rêves étranges

Signes moins fréquents

- Frissons
- Thymie dépressive
- Douleurs abdominales
- Tremblements
- Sueurs

Début à 24H, maximal entre 2 et 4 jours, décru à 7 jours; peut durer plusieurs semaines

Budney et al. Am J Psy. 2004

Trouble de l'usage de cannabis (DMS-5) : mésusage+dépendance

Utilisation problématique conduisant à des dommages cliniques significatifs ou une détresse se manifestant par l'apparition d'au moins deux des signes ci-après sur une période d'un an

1. **une incapacité à gérer sa propre consommation : l'usager consomme plus longtemps ou une quantité plus importante qu'il ne le voulait ;**
2. **des efforts infructueux pour arrêter ou contrôler la consommation ;**
3. **un temps de plus en plus important est consacré à la recherche du produit, son utilisation ou récupérer de ses effets**
4. **craving ou désir fort (envie irrésistible) ou urgent à consommer**
5. **utilisation récurrente entraînant un échec à remplir les obligations professionnelles, scolaires ou domestiques**
6. **une poursuite de la consommation malgré la conscience des problèmes (sociaux ou interpersonnels) qu'elle engendre ou accentue**
7. **les activités sociales, culturelles ou de loisir sont diminuées ou abandonnées en raison de l'importance que prend le produit dans la vie quotidienne ;**
8. **utilisation récurrente dans les situations où elle représente un danger physique**
9. **une poursuite de la consommation malgré la conscience ou l'expérience des effets néfastes physiques ou psychologiques qui pourraient en résulter**
10. **une tolérance (ou accoutumance) impliquant une augmentation des doses pour un effet similaire, ou un effet nettement diminué si les doses sont maintenues à leur état initial ;**
11. **un syndrome de sevrage en cas d'arrêt ou une prise du produit (ou une substance proche) pour éviter un syndrome de sevrage ;**

Conséquences somatiques liées à l'usage du cannabis

- **Digestif :**
  - **Sécheresse bucale**
  - **Augmentation appétit**

- **Cannabis et foie :**
  - **A l'état physiologique, le foie exprime peu de récepteurs CB**
  - **Expression augmenté en cas d'hépatite :**
    - **Les CB1 augmentent la fibrose**
    - **Les CB2 inhiberaient la fibrose**
    - **Les patients hépatite C fumeurs de cannabis ont plus de fibrose que les non fumeurs (Hezode et al, 2005)**

Usage thérapeutique du cannabis ?

- Ont été évoqués :
  - **Antalgique, antiémétique, neuroprotecteur, antiglaucomateux, antispastique : semblent modestes**
  - **Pas d'indication actuelle dans le sevrage thérapeutique !**

  - **France : 3 canabinoïdes de synthèse**
    - **2 en ATU nominative**

dronabinol (Marinol*) et **nabilone (Cesamet*)** : orexigènes et antiémétiques chez des patients avec SIDA ou cancers

- **1 a l'AMM depuis 2014 :**

- **nabiximol (sativex*)** 28mg de THC et 25mg de CBD : spasticité dans la SEP ; En attente de prix ; SMR faible; ASMR:0

- **Des évolutions récentes (ANESM)**

Usage thérapeutique du cannabis en France

(ANESM, 2019).

- Le cannabis à visée médicale sera expérimenté chez des patients en "impasse thérapeutique",
- souffrant de :
  1. certaines formes d’épilepsies résistantes aux traitements,
  2. de douleurs neuropathiques (résultant de lésions nerveuses) non soulagées par d’autres thérapies,
  3. d’effets secondaires des chimiothérapies
  4. pour les soins palliatifs
  5. les contractions douloureuses liées à d’"autres pathologies du système nerveux central
  6. les contractions musculaires incontrôlées de la SEP
- 276 000 personnes concernées en France
- Exclusion des femmes enceintes
- Prescription initiale" par des médecins spécialistes

Conséquences chez le nouveau-né

L'objectif principal : évaluer l'effet de la consommation de drogues, et notamment de cannabis, pendant la grossesse, sur les données de naissance.

Etude rétrospective: 92 dyades hospitalisées sur 13 unités mère-bébé, entre janvier 2001 et décembre 2010.

Les paramètres de naissance évalués : la prématurité, le poids de naissance et le transfert en néonatologie.

Les résultats :

- une augmentation significative des transferts en néonatologie chez les nouveau-nés exposés in utero aux drogues.
- étude de cas cliniques : des symptômes en faveur d'un syndrome de sevrage et un léger retard de développement discutable (Boutier et Rainellei, 2017).

Bouthier Aurélie et Rainelli C. mpact de l'exposition in utero au cannabis sur le développement de l'enfant : proposition d'une réflexion méthodologique, thèse d'exercice, Limoges, Université de Limoges, 2017.

6

Cigarette électronique chez la femme enceinte

Présenté par Dr Paul Vanderkam

Cigarette électronique et grossesse

PAUL VANDERKAM

COLLOQUE ADDICTION ET GROSSESSE

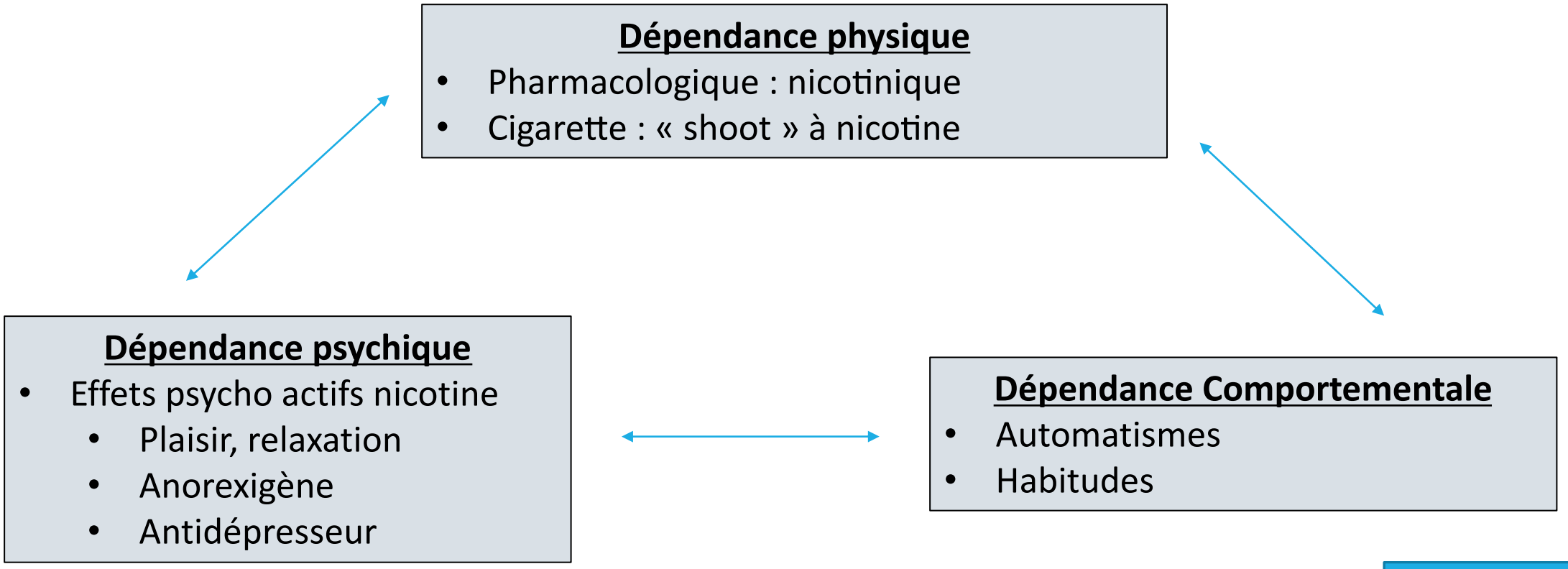
ANGOULÊME – 12 SEPTEMBRE 2019

Tabagisme

- 5 à 7 millions de morts / an
- Forte morbidité
- Coût économique et sociétal important
  - France : 120 milliards d'euros
  - Monde: 1852 milliards de dollars

Goodchild et al., 2018
Kopp et al., 2005
WHO, 2013

Dépendance tabagique



Benowitz, 2008

Tabagisme et grossesse

- Environ 31% de FE enceintes
  - 18% au 3ème trimestre
  - Effets bénéfique de l'arrêt

- 42% arrêtent pendant
  - Taux important de rechutes

Lelong et al., 2001
Underner et al., 2017

Effets

Avant	Pendant	Effets Post nataux
• Pathologie CV/respiratoires • Cancers • Ostéopénie • Infertilité	• Métaboliques • GEU, FCS • HRP, RPM • Prématurité, MFIU • RCIU	• Pulmonaires • Neuro-comportementaux • Croissance

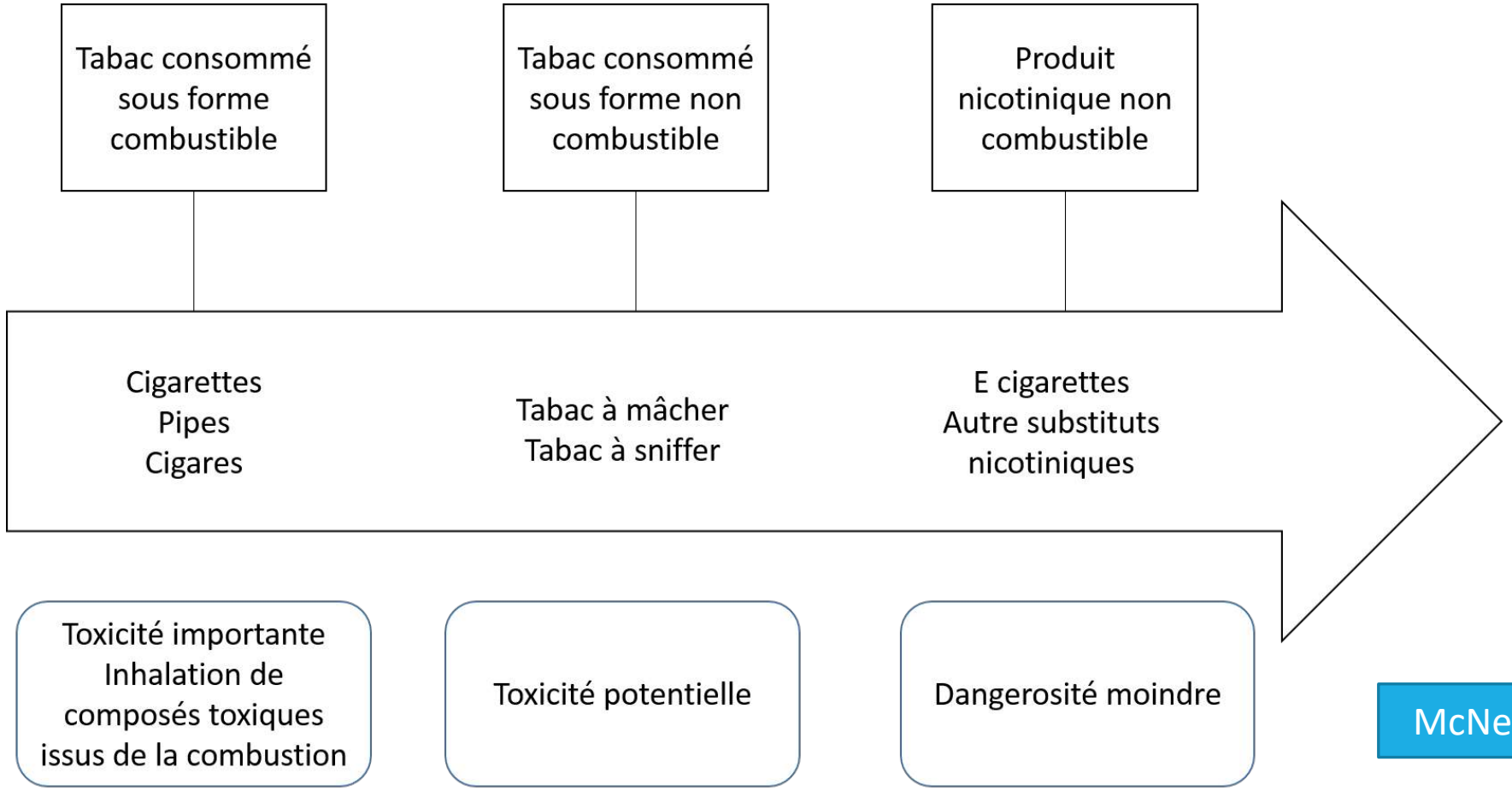
Waylen et al., 2009

Les méthodes validées

- Accompagnement spécifique ++
  - Conseil minimal
  - Psychothérapies
  - Aides financière
- Substituts nicotiniques
  - SN : Patchs sur 16 heures – adaptations régulières
  - Efficacité modérée – discordance dans la littérature
  - TTT combiné efficace
- Varénicline/Bupropion contre indiqués

Myung et al., 2012
Underner et al., 2017

Réduction de consommation



McNeill and Munafò, 2013

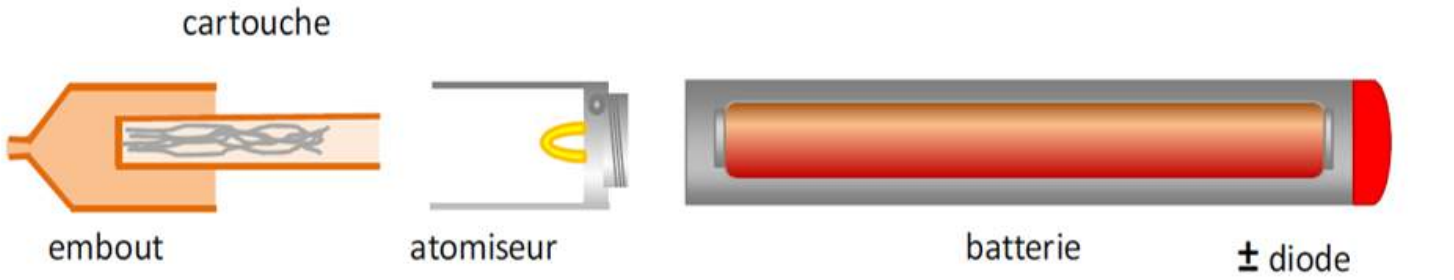
Cigarette électronique

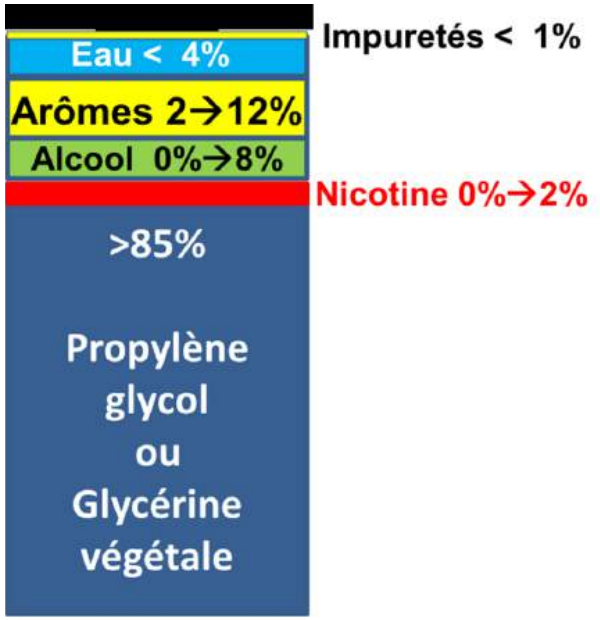
Prévalence

- Explosion du marché en 2013
  - Vapotage chez les hommes 3,3%
  - Vapotage chez les femmes 2,1%
  - FE → peu de données (Wagner : 6%, prévalence en augmentation)
- Perception + négative chez la femme
- Législation prudente
  - Efficacité?
  - Sécurité?
  - Conduite à tenir?

Wagner et al., 2017
Sante publique France,2018

Fonctionnement





Dautzenberg, 2013
Trehy et al., 2011

Modèle

1ère génération

Non rechargeables
Faible voltage
Testées dans des essais cliniques

2nd génération

Rechargeables
Voltage augmenté
Meilleure absorption de nicotine
Non testées dans des essais cliniques

3ème génération – « Mods »

Rechargeables
Personnalisables
Voltage réglable
Non testées dans des essais cliniques

Lechner et al., 2015

Efficacité

- MA de 2016: efficacité modérée
  - 3 études cliniques
  - Données observationnelles
- 700 000 arrêts en France en 2017
- Aucuns essais randomisés chez la femme enceinte

Hartmann-Boyce et al., 2014
Sante publique France,2018

Effets indésirables

- Irritation VADS
- Syndrome de manque : irritabilité, insomnie
- Peu d'effets indésirables graves répertoriés
  - **Polémique : 5 Décès Etats-Unis**
  - **Pneumopathie lipoïde +++++ → vitamine E/THC ?**
- **Etudes inexistantes chez la femme enceinte**

CDC, 2019

E cigarette vs cigarettes

Table 4 Comparison of toxins levels between conventional and electronic cigarettes

Toxic compound	Conventional cigarette (µg in mainstream smoke)[35]	Electronic cigarette (µg per 15 puffs)	Average ratio (conventional vs electronic cigarette)
Formaldehyde	1.6–52	0.20–5.61	9
Acetaldehyde	52–140	0.11–1.36	450
Acrolein	2.4–62	0.07–4.19	15
Toluene	8.3–70	0.02–0.63	120
NNN	0.005–0.19	0.00008–0.00043	380
NNK	0.012–0.11	0.00011–0.00283	40

NNK, N′-nitrosonornicotine (NNN) and 4-(methylnitrosoamino)-1-(3-pyridyl)-1-butanone; NNN, N′-nitrosonornicotine.

Goniewicz et al., 2013

Toxicologie

NICOTINE

PAS DE CO

CARCINOGENES

Acétaldéhyde

Formaldéhydes

Nitrosamine

METAUX LOURDS

C.O.V

Breland et al., 2019
Greene et al., 2019
Li et al., 2018

Toxicologie

- Alcool vapoté????
- Métaux lourds → développement fœtal
- Données précliniques ++++
  - Effet sur cellules embryonnaires
  - Stress oxydatif
  - Retards de croissance chez la souris

Breland et al., 2019
Greene et al., 2019
Li et al., 2018

Conduite à tenir

- Recommandations
  - Utilisation déconseillée
  - Informer – rassurer
  - « Hard core smokers »
- E-liquides
  - Nicotine → pharmaceutiques, éviter les sels
  - Normes AFNOR → contrôle impuretés, colorants interdits
  - Puissance

Dautzenberg et al., 2016
Underner et al., 2017

Conclusion

- Peu de données
- Importance de l’accompagnement
- Vigilance sur les e-liquides

PAUSE

15h10 – 15h25

7

Prise en charge des enfants DYS en Nouvelle-Aquitaine

Présenté par M. Stéphane Dufaure

Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine

Agir pour la santé de tous

Organisation, structuration et coordination de la prise en charge des enfants « DYS » en Nouvelle-Aquitaine

12 septembre 2019

Les troubles « DYS »

- **Les troubles « DYS» sont regroupés en 5 catégories :**
  - **dyslexie et/ou dysorthographie**,
  - **dysphasie**,
  - **dyspraxie**,
  - **troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité** ,
  - **dyscalculie**.

-Les troubles apparaissent au cours du développement de l'enfant, avant ou lors des premiers apprentissages et persistent à l'âge adulte. Ils ont des répercussions sur la vie scolaire, professionnelle et sociale.

-Leur repérage, dépistage et diagnostic sont déterminants pour le parcours de soins de l'enfant/adolescent.

-Il s'agit d'un trouble neuro-développemental, acquis lors du développement neurologique pendant la vie fœtale, ou en post-natal.

-Ces troubles peuvent présenter des troubles cognitifs spécifiques gênant la poursuite de leurs apprentissages.

Organisation actuelle du dépistage et diagnostic des enfants « DYS » en NA

- **Dépistage et diagnostic des enfants « DYS »**

❑ **centres expert (CRTLA) :**

-CHU Bordeaux,

-CH Henri Laborit, Poitiers,

-CHU Limoges,

❑ **Centres ressources des troubles spécifiques des apprentissages :**

-CTAL à Mont de Marsan et Dax,

Missions :

-diagnostiquer les enfants de 4 à 14 ans,

-proposer un bilan, un plan de soins et d'accompagnement personnalisés et accompagner les parents dans sa mise en œuvre,

-orienter les cas complexes vers les centres de références régionaux (de niveau 3).

Une équipe pluridisciplinaire composée :un neuropédiatre coordonnateur du centre, un neuropsychologue, un psychomotricien, un orthophoniste, une secrétaire médicale, un enseignant spécialisé.

L'activité des centres ressources est réalisée à partir d'un hôpital de jour d'activité de médecine (T2A).

❑ **Repérage et dépistage de proximité :**

-médecins libéraux, pédiatres, médecins PMI, médecins Education Nationale,

Stratégie nationale pour l'autisme au sein des TND 2018-2022

- **Mise en place d'un parcours coordonné de bilan et intervention précoce d'un an pour les enfants de 0 à 6 ans inclus.**

Objectif:

accélérer l'accès à un diagnostic, favoriser des interventions précoces sans l'attendre, répondre aux problèmes d'errance diagnostique et réduire les sur-handicaps conformément aux RBPP de la HAS.

Stratégie nationale pour l'autisme au sein des TND 2018-2022

- **Création de plateforme de coordination et d'orientation (PCO),**

Objectif :

- Participation et évolution des structures de deuxième ligne chargées de l'accueil et l'accompagnement des enfants autistes et/ou avec troubles du neuro-développement.

- Structuration territoriale et graduée de l'offre pluridisciplinaire et sécurisation du parcours des familles dès le repérage d'un potentiel TND.

- Organisation d'un parcours complet de bilan et d'intervention précoce, en libéral en alternative à l'accueil dans une structure pluridisciplinaire de deuxième ligne.

- Appui sur les analyses des professionnels mobilisés pour donner à la famille l'ensemble des informations nécessaires, organiser le parcours et si possible, poser un diagnostic fonctionnel.

-Construction d'un parcours coordonné, sécurisé et fluide, respectueux de la situation et des souhaits des familles, dès le repérage d'un développement inhabituel.

-Rémunération des professionnels libéraux suivants contribuant au diagnostic fonctionnel et nosographique selon l'âge de l'enfant : ergothérapeute, psychologue, psychomotricien par **l'instauration d'un forfait précoce.**

Les plateformes de coordination et d'orientation (PCO) en Nouvelle-Aquitaine

- **La plateforme se charge d'organiser trois fonctions :**

  - l'appui aux professionnels de la 1ère ligne ;

  -l'accompagnement et les interventions pluridisciplinaires auprès des enfants et des familles dans le parcours diagnostique au travers notamment d'un conventionnement avec les structures de ligne 2 du territoire;

  - la coordination des professionnels de santé libéraux ayant contractualisé avec elle et l'accompagnement de la famille dans le parcours mobilisant ces professionnels.

- Seule une structure de niveau 2 expérimentée dans la conduite d'évaluations et de diagnostics, conformément aux recommandations en la matière, peut être éligible pour porter les plateformes.

- Le périmètre d'intervention de la plateforme devra être au maximum départemental avec la possibilité de relais infra-départementaux.

- La plateforme devra s'articuler avec les dispositifs connexes existants sur les territoires : CPTS, PTA, PCPE, lien avec le PTSM.

Les plateformes de coordination et d'orientation (PCO) en Nouvelle-Aquitaine

- **Deux types de financement des plateformes :**

- Une dotation pour couvrir son rôle d'information, coordination et orientation : un temps administratif (secrétariat et gestion) et un temps médical et paramédical relatif à la coordination de l'ensemble du parcours par la plateforme, dans un objectif d'appui à l'élaboration du diagnostic par le médecin de première ligne ;

- Une dotation versée par les caisses (CPAM) destinée à couvrir le paiement du forfait précoce auprès des professionnels de santé (psychomotricien, ergothérapeute, psychologue).

Les plateformes de coordination et d'orientation (PCO) en Nouvelle-Aquitaine

- **Déploiement des plateformes en NA :**

1ère vague :

-plateforme en Vienne (CAMSP PEP86) ;

-plateforme en Gironde (GCS CHCP, CRA) ;

-plateforme dans les Pyrénées Atlantiques (GCSMS Autisme France) ;

2ème vague : AMI lancé le 20 mai 2019 et 3ème vague : avant fin 2019, lancement d'un AMI pour les départements dépourvus de plateforme

-Deux-Sèvres ;

-Charente Maritime ;

-Les Landes ;

-Lot et Garonne ;

-Charente ;

-Dordogne ;

-Corrèze ;

-Creuse ;

-Haute-Vienne

Structuration du parcours des enfants « DYS » en Nouvelle-Aquitaine

- **Projet de parcours en réflexion (2019-2020) :**

-Réflexion en cours de l'ARS avec les associations de familles d'enfants « DYS » en NA.

Constats des associations DYS :

-améliorer le repérage des TND ,

-repérage et diagnostic pour permettre un diagnostic et une prise en charge adaptée :

-éviter l'errance diagnostique et les difficultés d'orientation et de coordination de parcours,

-soin : interventions adaptées aux besoins et conformes aux RBPP de la HAS,

-scolarisation : adaptations scolaires en fonction des besoins de l'enfant,

-délais d'accès et coûts (reste à charge) des bilans dans le parcours diagnostic,

-MDPH : partenariat nécessaire, sensibilisation des professionnels et acculturation sur les « DYS »,

-articulation de l'Education Nationale et du médico-social,

-identification d'une offre de répit pour les familles.

Structuration du parcours des enfants « DYS » en Nouvelle-Aquitaine

Pistes d'actions et de réflexions sur le parcours « DYS » :

- ✓ **Amélioration du repérage du TND**
  -déploiement des PCO avec l'appui aux professionnels de 1ère ligne,
  -structuration de l'offre d'intervention de la 2ème ligne et liens avec la 3ème ligne (CRA/CTRLA),
  -coordination des interventions des professionnels libéraux TND.

- ✓ **Qualifier, diagnostiquer et adapter les interventions et les apprentissages :**
  -structuration de l'offre de 2ème ligne en lien avec les PCO,
  -évolution de l'offre des CMPP en NA,
  -identification de l'offre spécialisée : SESSAD DYS…
  -déploiement des centres ressources sur tout le territoire,
  -le PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé) permettant les aménagements et adaptations pédagogiques pour l'enfant et le PPS (projet personnalisé de scolarisation).

Structuration du parcours des enfants « DYS » en Nouvelle-Aquitaine

Propositions de l'ARS :

-volonté de co-construire un parcours « DYS » en NA avec les associations de famille,

-plan d'actions intégrant des propositions concrètes concernant la structuration du parcours « DYS »,

-concertation avec les autres acteurs institutionnels pour structurer le parcours (Education Nationale, formation professionnelle et emploi),

-proposition de mise en place d'une instance régionale sur le suivi du parcours « DYS ».

8

Identification des cas de Syndrome d'Alcoolisation Fœtale et autres Troubles

Présenté par M. Kévin Ouzzani

Identification du Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF) et d'autres Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale (TCAF) à partir d'un entrepôt de données hospitalier

Projet porté par Pr. François ALLA
Chef du service de soutien méthodologique et d'innovation en prévention (SSMIP)
CHU de Bordeaux

12/09/2019

Kevin Ouazzani Touhami

Interne en Santé Publique (M2 SITIS ISPED)

Unité IAM, CHU de Bordeaux

Encadré par Dr. Sébastien COSSIN (Unité IAM)

L’équipe de l’unité I.A.M (Pellegrin)

Gouvernance : Service d'Information Médicale (SIM), Pôle de santé publique du CHU de Bordeaux,

Chef de service : Pr Geneviève Chêne
Responsable d’unité : Dr Moufid HAJJAR

Equipe :

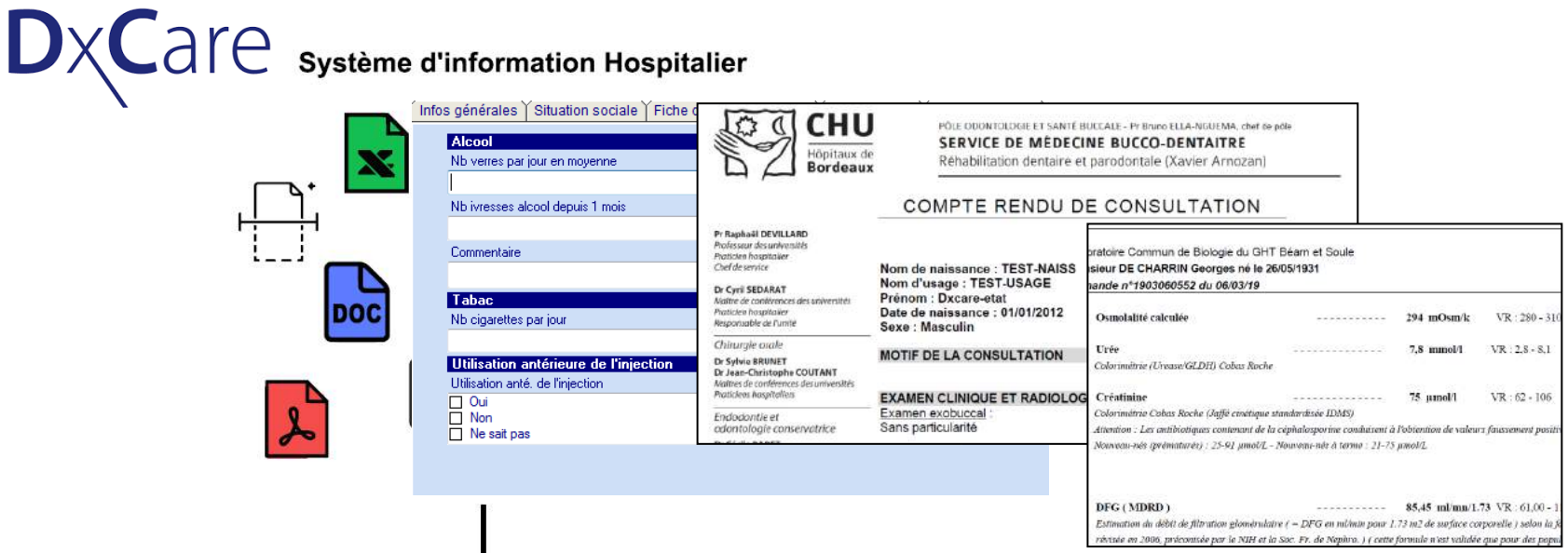
- 3 médecins :
  Dr Frantz THIESSARD, MCU-PH
  Dr Vianney JOUHET, PH
  Dr Sébastien COSSIN, AHU
- 1 ingénieur
- 1 ARS
- 4 internes de Santé Publique (3 M2 Informatique + 1 M2 Biostats)
- 1 externe en pharmacie
- 1 stagiaire.

Contexte de l'étude

Première cause de handicap mental non génétique entièrement évitable

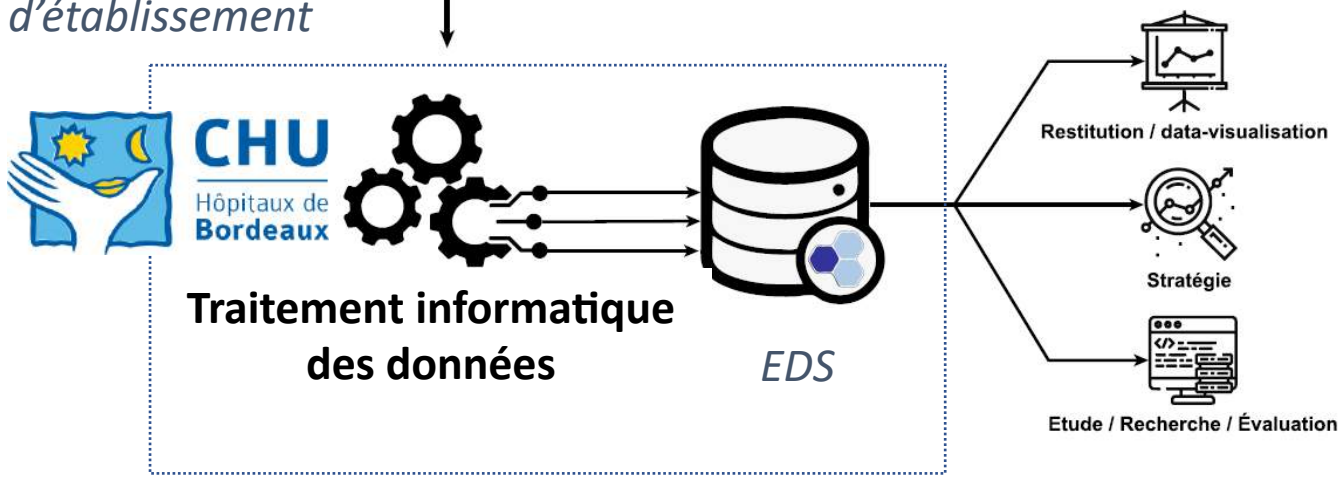
- **Santé Publique France :**
  - sous estimation de la prévalence du SAF via le **Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI)** (échelle nationale) et de la consommation d'alcool chez les femmes enceintes
  - information présente dans le dossier patient informatisé
- **Priorité plan addiction 2018-2022:** Protéger **l'enfant à naître** de l'exposition aux **substances psychoactives pendant la grossesse** et améliorer les prises en charge (priorité n°2)

Contexte : l'entrepôt de données de santé (EDS)

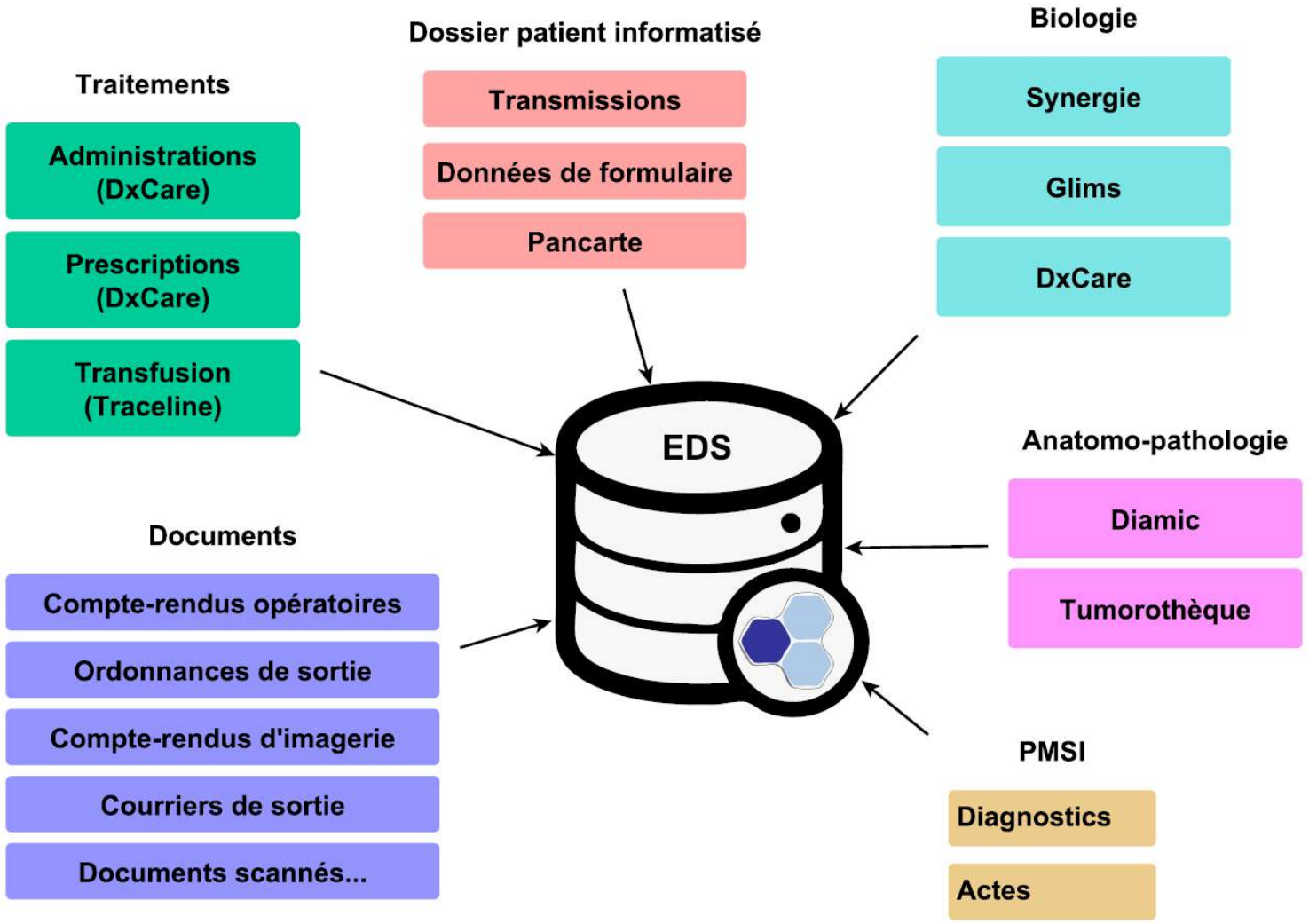


Projet d'établissement

Environnement Entrepôt de Données de Santé



Contexte : l'entrepôt de données de santé (EDS)



Quelques chiffres : EDS

>1 400 000 **Patients venus depuis 2010**

>10 000 000 **Venues** (≈séjour dans une UF)

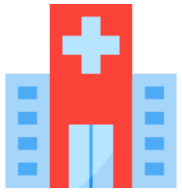
>1 000 000 000 **Eléments de données**

Type	N
Réponses à des formulaires	300 000 000
Biologie	500 000 000
Prescriptions	110 000 000
PMSI	27 000 000
Courrier, Compte-rendus…	13 000 000
Autres	4 000 000

Contexte épidémiologique en « vie réelle »

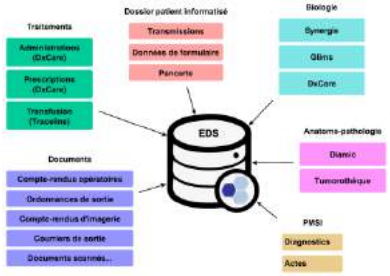
Décrire, surveiller et évaluer, avant et après intervention, *des problématiques de* ***santé publique***

Population hospitalière



Service de soutien méthodologique et d'innovation en prévention (SSMIP)

+ IAM



Epidémiologie descriptive
Indicateurs de prévention

Exemples :
Obésité, addictions, consommation de tabac, d'alcool…

Objectifs

Utilisation secondaire des données cliniques recueillies en pratique courante

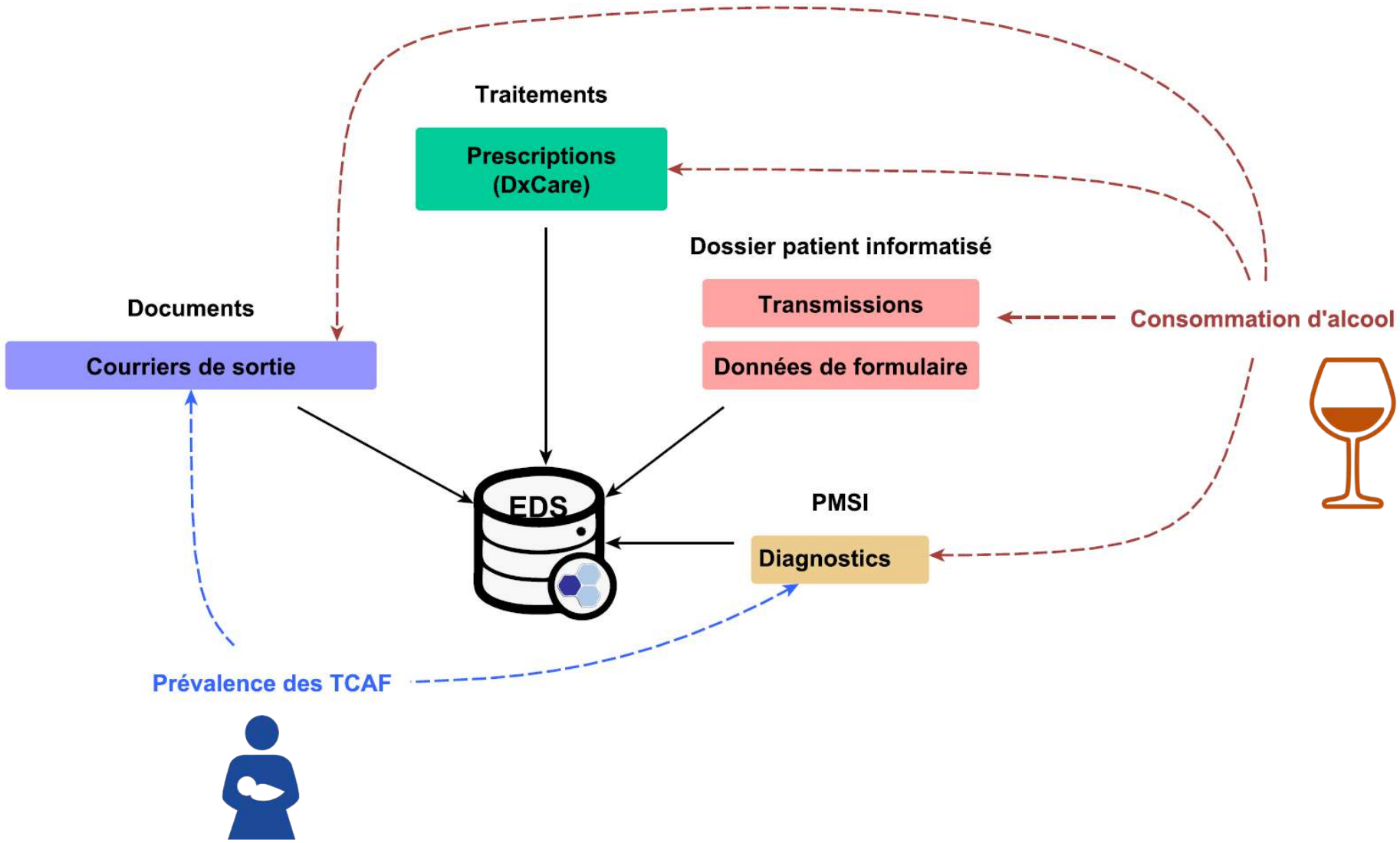
⬇

Etude épidémiologique rétrospective

Objectif principal : Mesurer la prévalence du SAF à partir de données hospitalières (entrepôt de données)

Objectif secondaire : Mesurer la consommation d'alcool pendant la grossesse chez les femmes enceintes au CHU de Bordeaux

Méthodologie informatique générale



Méthode pour l'OBJECTIF PRINCIPAL
identification des TCAF via le dossier patient

Sources de données

Dossier patient informatisé ← *Evaluation* — **PMSI seul**

Dossier patient informatisé	PMSI seul
Source d'information pour le codage PMSI	Utilisé pour rendre compte de **l'activité d'un établissement**
Données **non codées** (*texte libre*)	Données **codées** (*CIM-10*)
Nécessite un **traitement informatique spécifique** *(analyse du texte, annotation…)*	Accès aux données et interprétation faciles
Interprétation subjective	Imprécis, peu sensible ou **inadapté pour certaines pathologies**

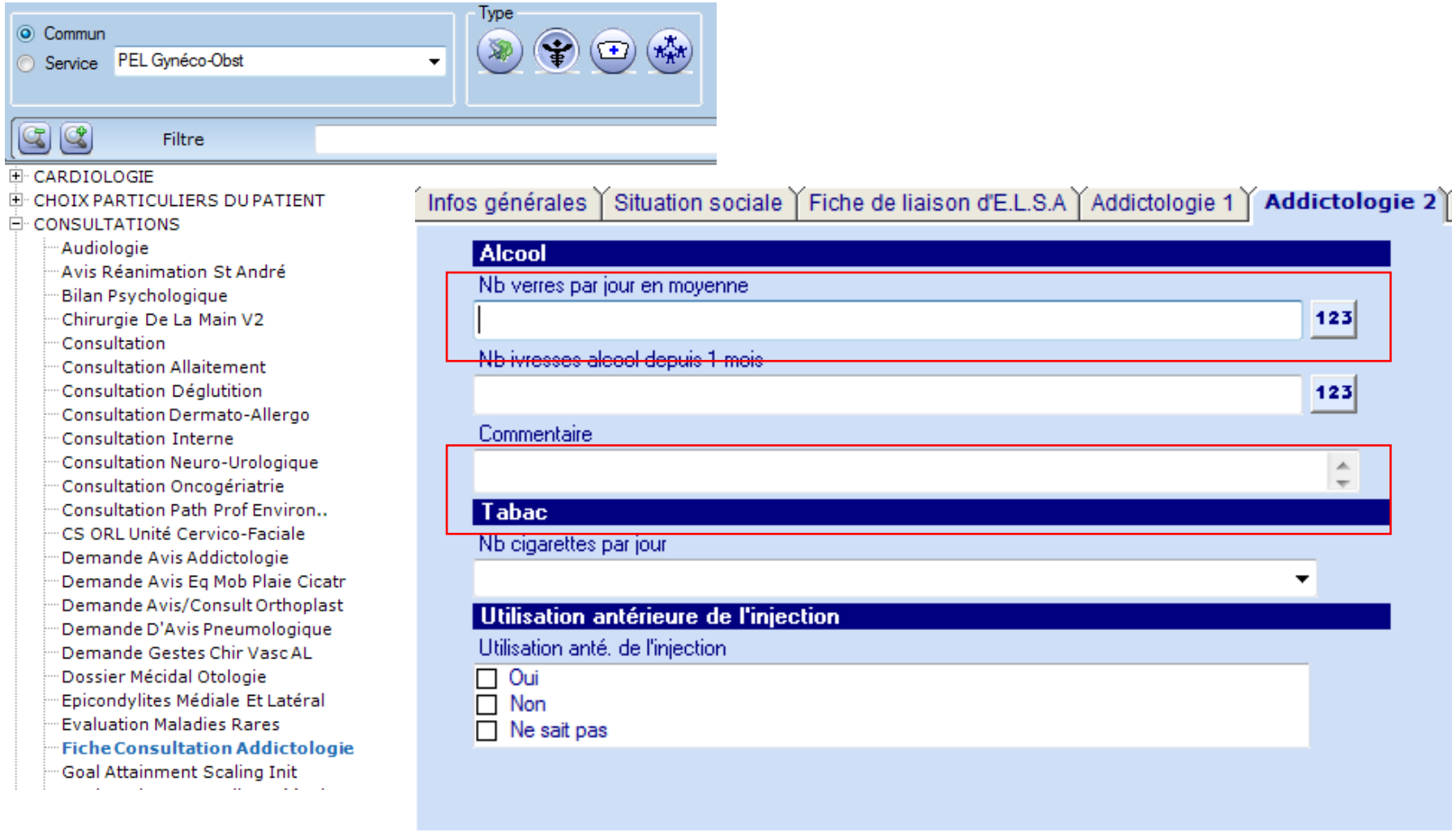
Q86.0 : Syndrome d'Alcoolisme Fœtal

P04.3 : fœtus et nouveau-né affectés par l'alcoolisme de la mère

Méthode pour l'OBJECTIF SECONDAIRE
consommation d'alcool

1. Identifier et intégrer les sources de données au sein de l'entrepôt
2. Mesurer la consommation d'alcool **chez tous les patients**
3. Mesurer la consommation (risque d'exposition) d'alcool chez les femmes enceintes pendant la grossesse

Méthode pour l'OBJECTIF SECONDAIRE
consommation d'alcool : exemple des **formulaires**



Méthode pour l'OBJECTIF SECONDAIRE
consommation d'alcool : choix du modèle théorique

Comment décrire la consommation d'alcool ?

(Melton et al.)

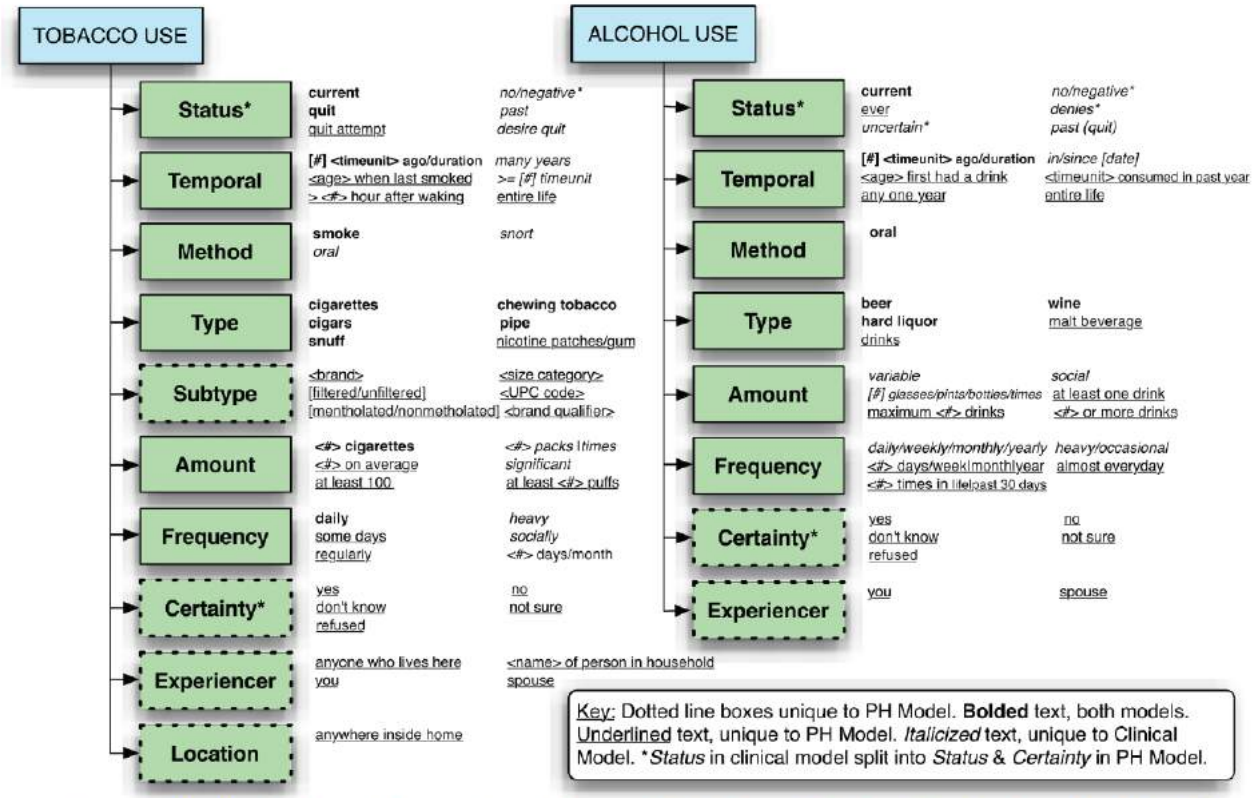
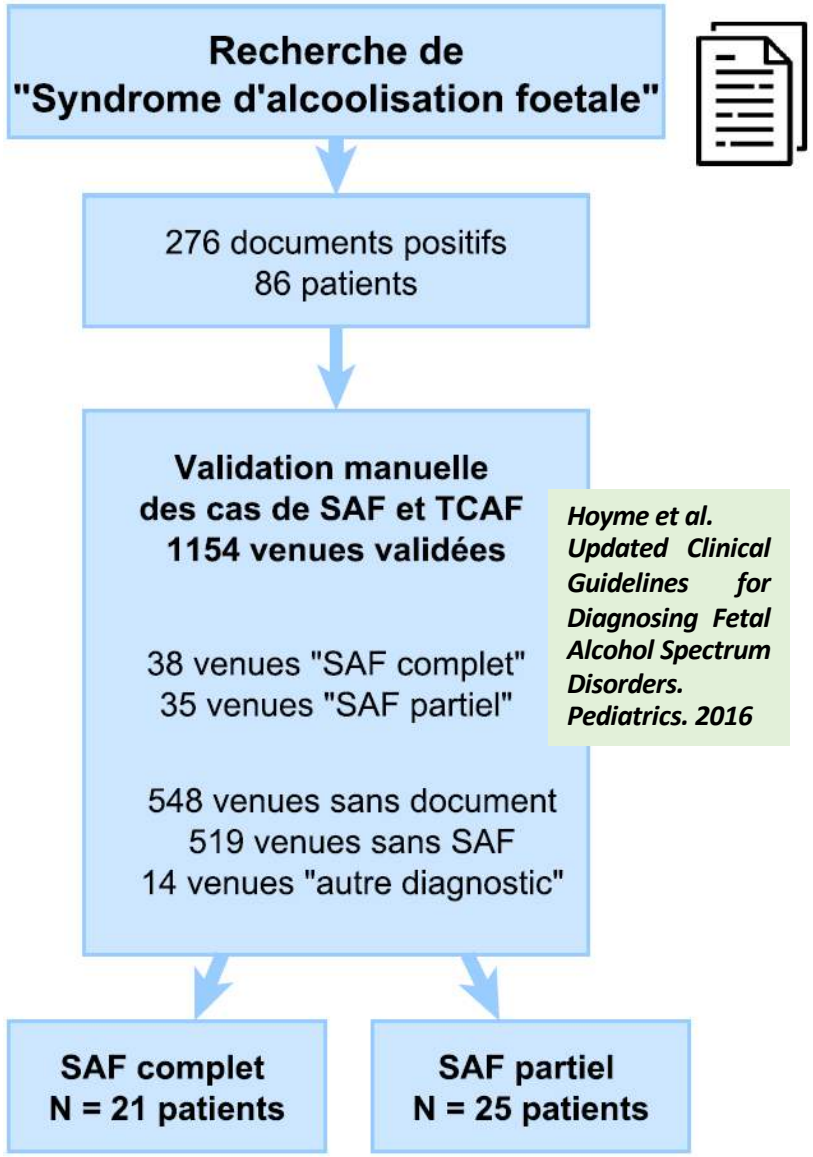


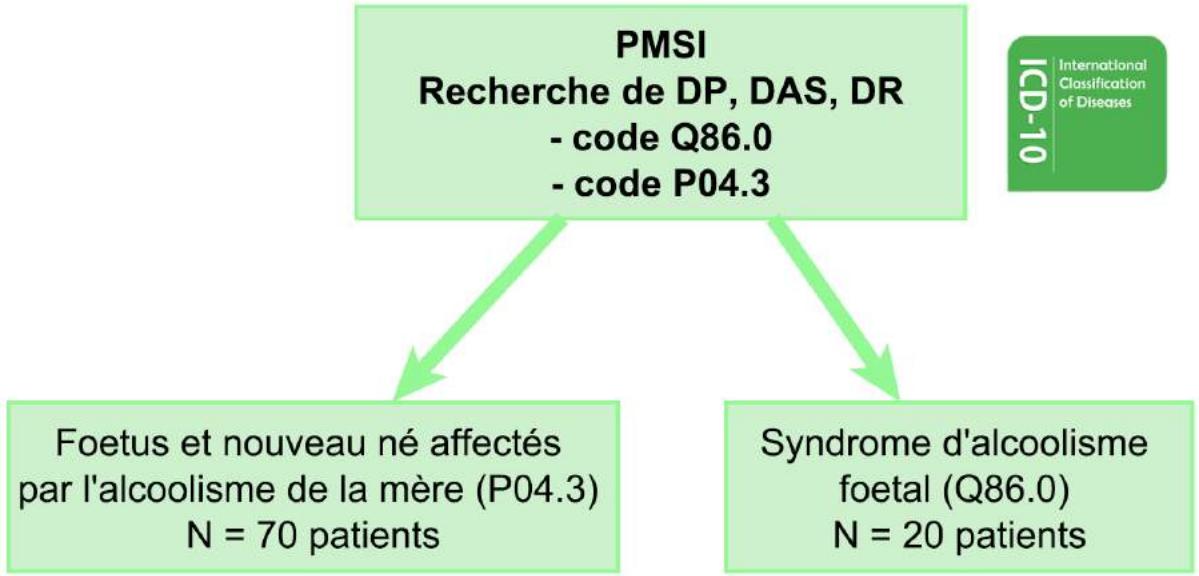
Figure 2. Public Health and Clinical Social History Models for ALCOHOL USE and TOBACCO USE

Résultats pour l'OBJECTIF PRINCIPAL
identification des TCAF



Hoyme et al. Updated Clinical Guidelines for Diagnosing Fetal Alcohol Spectrum Disorders. Pediatrics. 2016

Résultats pour l'OBJECTIF PRINCIPAL
identification des TCAF



Résultats pour l'OBJECTIF PRINCIPAL
identification des TCAF

Recherche de "Syndrome d'alcoolisation foetale"

276 documents positifs
86 patients

Validation manuelle des cas de SAF et TCAF
1154 venues validées

38 venues "SAF complet"
35 venues "SAF partiel"

548 venues sans document
519 venues sans SAF
14 venues "autre diagnostic"

SAF complet
N = 21 patients

SAF partiel
N = 25 patients

Hoyme et al. Updated Clinical Guidelines for Diagnosing Fetal Alcohol Spectrum Disorders. Pediatrics. 2016

	Se	VPP
PMSI vs DPI	**0.50**	**0.21**
Q86.0 vs SAF complet	**0.38**	**0.40**
P04.3 vs TCAF non SAF	**0.24**	**0.09**

PMSI
Recherche de DP, DAS, DR
- code Q86.0
- code P04.3

ICD-10 International Classification of Diseases

Foetus et nouveau né affectés par l'alcoolisme de la mère (P04.3)
N = 70 patients

Syndrome d'alcoolisme foetal (Q86.0)
N = 20 patients

P04.3 +	P04.3 -		Q86.0 +	Q86.0 -
1	20	SAFc	8	13
6	19	SAFp	8	17

Résultats pour l'OBJECTIF PRINCIPAL
identification des TCAF

Annotation

↓

Dictionnaire de termes (N=300)

Concepts (N=25)	Nombre de termes distincts	Exemples
Trouble neuro-développemental	**63**	*« retard global des acquisitions »; « retard global du developpement »*
Exposition prénatale à l'alcool	**58**	*« alcoolisme maternel »; «alcoolisation aigue »*
Retard staturo-pondéral	50	*« Retard staturo-ponderal »; « Retard de croissance sévère »*
Syndrome d'Alcoolisation Fœtale	**31**	*« syndrome d'alcoolisme foetal »*
Dysmorphie faciale non précisée	23	*« syndrome dysmorphique mineur »*
Malformation cardiaque	12	*« cardiopathie »; « foramen ovale permeable »*
Lèvre supérieure fine	10	*« levre superieure qui est fine »*
Philtrum court/long	9	*« philtrum légèrement effacé »*
[…]	[…]	[…]

Résultats pour l'OBJECTIF SECONDAIRE
Consommation d'alcool : formulaires

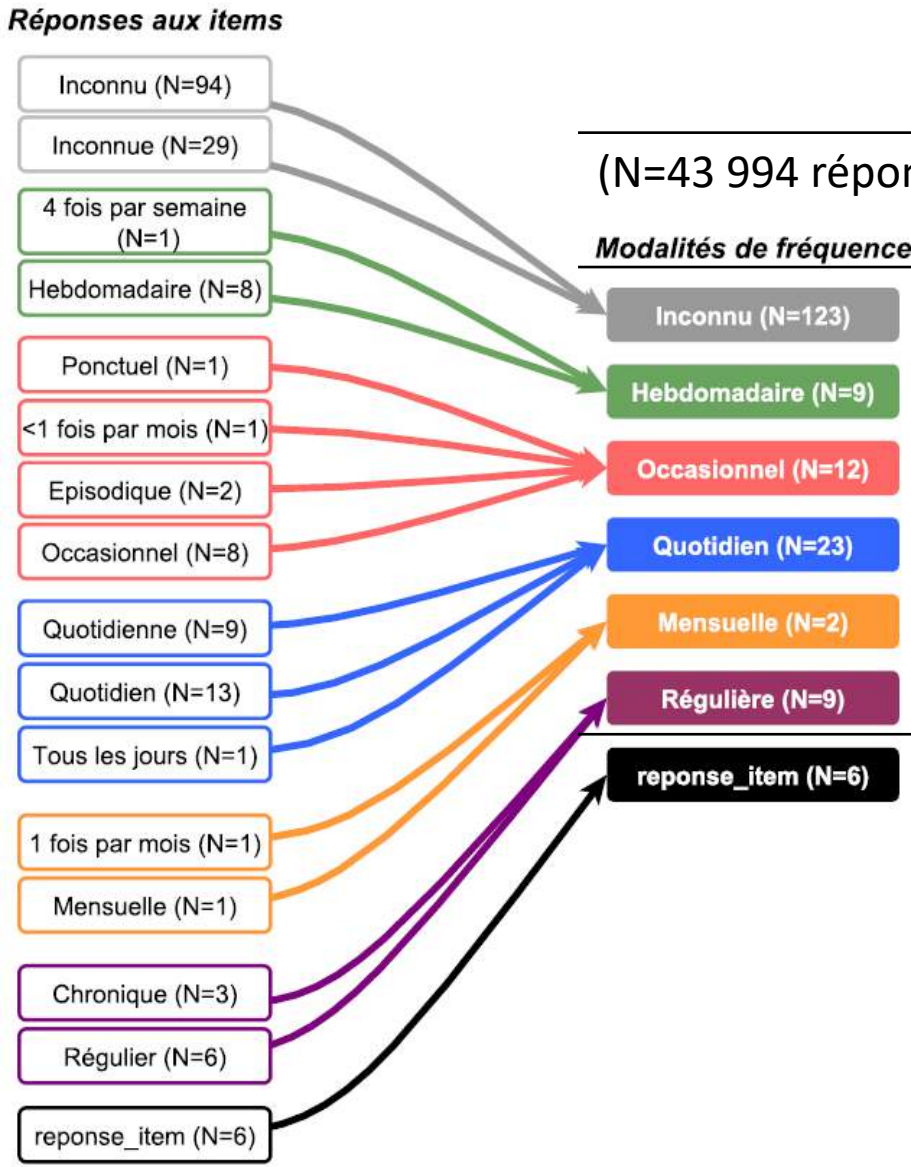
184 questions → 106 806 réponses

Statut	N	(%)
Consommation actuelle	43 994	(41,2)
Consommation ancienne	1 691	(1,6)
Pas de consommation	61 121	(57,2)

BabelNet

Type	
306 termes hyponymes de « boisson alcoolisée » ↓ 298 termes désignant une boisson alcoolisé en français	12 termes présents dans les réponses Ex : « Consommation de 15 verres de **gin, vodka, bière** par jour » **-> En cours d'analyse**

Résultats pour l'OBJECTIF SECONDAIRE
Consommation d'alcool : questionnaires



(N=43 994 réponses)	n	(%)
Modalités de fréquence		
Inconnu (N=123)	15 985	(36,3)
Hebdomadaire (N=9)	1 215	(2,8)
Occasionnel (N=12)	6 037	(13,7)
Quotidien (N=23)	5 925	(13,6)
Mensuelle (N=2)	155	(0,1)
Régulière (N=9)	14 677	(33,5)
reponse_item (N=6)		

PMSI

Identification de 45 codes PMSI

- Consommation simple (N=19)
- **Alcool pendant la grossesse (N=1)**
- Dépendance à l'alcool (N=9)
- Sevrage (N=1)
- Pathologies causées par la consommation chronique d'alcool (N=14)

Codes PMSI (nombre de codes distincts)	Séjours	Patients
Consommation d'alcool (19)	**34 121**	**20 908**
Dépendance à l'alcool (9)	22 145	10 924
Pathologies chroniques liées à l'alcool (14)	22 376	6 131
Sevrage (1)	3 176	1 874
Exposition maternelle à l'alcool (1)	**3**	**3**

Conclusion

Résultats

Meilleure mesure de la prévalence des TCAF à partir des données de « vie réelle »

Intégration de sources hétérogènes pour la consommation d'alcool

Limites

Estimation locale

Résultats intermédiaires

Méthodologique

Perspectives

Enrichissement avec les données du SNDS

Intégration et instanciation à poursuivre

Extension du modèles à d'autres substances

Utilisation secondaire des données

Sources

1. Germanaud D, Toutain S. Exposition prénatale à l'alcool et troubles causés par l'alcoolisation fœtale. Contraste. 27 nov 2017;N° 46(2):39-102.
2. Popova S, Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health. mars 2017;5(3):e290-9.
3. Russell M, Czarnecki DM, Cowan R, McPherson E, Mudar PJ. Measures of Maternal Alcohol Use as Predictors of Development in Early Childhood. Alcohol Clin Exp Res. 1991;15(6):991-1000.
4. May PA, Baete A, Russo J, Elliott AJ, Blankenship J, Kalberg WO, et al. Prevalence and Characteristics of Fetal Alcohol Spectrum Disorders. Pediatrics. nov 2014;134(5):855-66.
5. Guide Méthodologique MCO 2019 | Publication ATIH [Internet]. [cité 2 sept 2019]. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/guide-methodologique-mco-2019
6. Hoyme HE, Kalberg WO, Elliott AJ, Blankenship J, Buckley D, Marais A-S, et al. Updated Clinical Guidelines for Diagnosing Fetal Alcohol Spectrum Disorders. Pediatrics [Internet]. août 2016 [cité 19 févr 2019];138(2). Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4960726/
7. Shin S-Y, Kim WS, Lee J-H. Characteristics Desired in Clinical Data Warehouse for Biomedical Research. Healthc Inform Res. avr 2014;20(2):109-16.
8. Murphy SN, Mendis ME, Berkowitz DA, Kohane I, Chueh HC. Integration of Clinical and Genetic Data in the i2b2 Architecture. AMIA Annu Symp Proc. 2006;2006:1040.
9. i2b2: Informatics for Integrating Biology & the Bedside [Internet]. [cité 2 sept 2019]. Disponible sur: https://www.i2b2.org/about/
10. Text Reference [Internet]. [cité 2 sept 2019]. Disponible sur: https://docs.oracle.com/cd/B28359_01/text.111/b28304/cqoper.htm#CCREF0300
11. Raguideau F, Zureik M, Dray-Spira R. Exposition in utero à l'acide valproïque et aux autres traitements de l'épilepsie et des troubles bipolaires et risque de malformations congénitales majeures (MCM) en France. :11.
12. Stenetorp P, Pyysalo S, Topic G, Ohta T, Ananiadou S, Tsujii J. brat: a Web-based Tool for NLP-Assisted Text Annotation. :6.
13. Ontology (Computer Science) - definition in Encyclopedia of Database Systems [Internet]. [cité 6 août 2019]. Disponible sur: https://tomgruber.org/writing/ontology-definition-2007.htm
14. Gruber TR. A translation approach to portable ontology specifications. Knowl Acquis. 1 juin 1993;5(2):199-220.
15. Zhang Y-F, Tian Y, Zhou T-S, Araki K, Li J-S. Integrating HL7 RIM and ontology for unified knowledge and data representation in clinical decision support systems. Comput Methods Programs Biomed. 1 janv 2016;123:94-108.
16. Beale T, Heard S. An Ontology-based Model of Clinical Information. :5.
17. Brown EG, Wood L, Wood S. The Medical Dictionary for Regulatory Activities (MedDRA). Drug Saf. 1 févr 1999;20(2):109-17.
18. Melton GB, Manaktala S, Sarkar IN, Chen ES. Social and Behavioral History Information in Public Health Datasets. AMIA Annu Symp Proc. 3 nov 2012;2012:625-34.
19. Lybarger K, Yetisgen M, Ostendorf M. Using Neural Multi-task Learning to Extract Substance Abuse Information from Clinical Notes. AMIA Annu Symp Proc. 5 déc 2018;2018:1395-404.
20. Wang Y, Chen ES, Pakhomov S, Arsoniadis E, Carter EW, Lindemann E, et al. Automated Extraction of Substance Use Information from Clinical Texts. AMIA Annu Symp Proc. 5 nov 2015;2015:2121-30.

Merci pour votre attention

kevin.ouazzani-touhami@chu-bordeaux.fr

9

Présentation du projet 5A-QUIT-N

Présenté par :

Mme Estelle Clet

Mme Nolwenn Stevens

5A-QUIT-N

Projet d'accompagnement au sevrage tabagique des femmes enceintes en Nouvelle-Aquitaine

Estelle Clet
Nolwenn Stevens
Service de soutien méthodologique et d'innovation en prévention (SSMIP)
CHU de Bordeaux

12 septembre 2019
Colloque « Addictions et grossesse »
Cité de la BD – Angoulême

Le SSMIP

Service de soutien méthodologique et d'innovation en prévention

UHIP

Unité hospitalière d'innovation en prévention

- Accompagnement des innovations technologiques et organisationnelles selon l'approche « evidence-based »
- Soutien à la recherche évaluative
- Accompagnement aux différentes étapes de l'innovation

USAP

Unité de soutien aux actions de prévention

- Apport de connaissances
- Aide à la détermination des besoins et à la réponse aux appels à projet
- Accompagnement de l'évaluation de processus et résultats
- Contribution à la formation et la mise en réseau des acteurs

Le contexte politique

Programme national de lutte contre le tabac (PNLT) 2018-2022

Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022

Réseau hôpital sans tabac dont les maternités sans tabac

En 2018, la prévalence nationale du tabagisme quotidien parmi les 18-75 ans est de 25,4%.[1]

[1] Andler et al. 2019. « Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes : résultats su baromètre de Santé publique France 2018 » Bull Epidémiol Hebd. (15):271-77

Le contexte épidémiologique

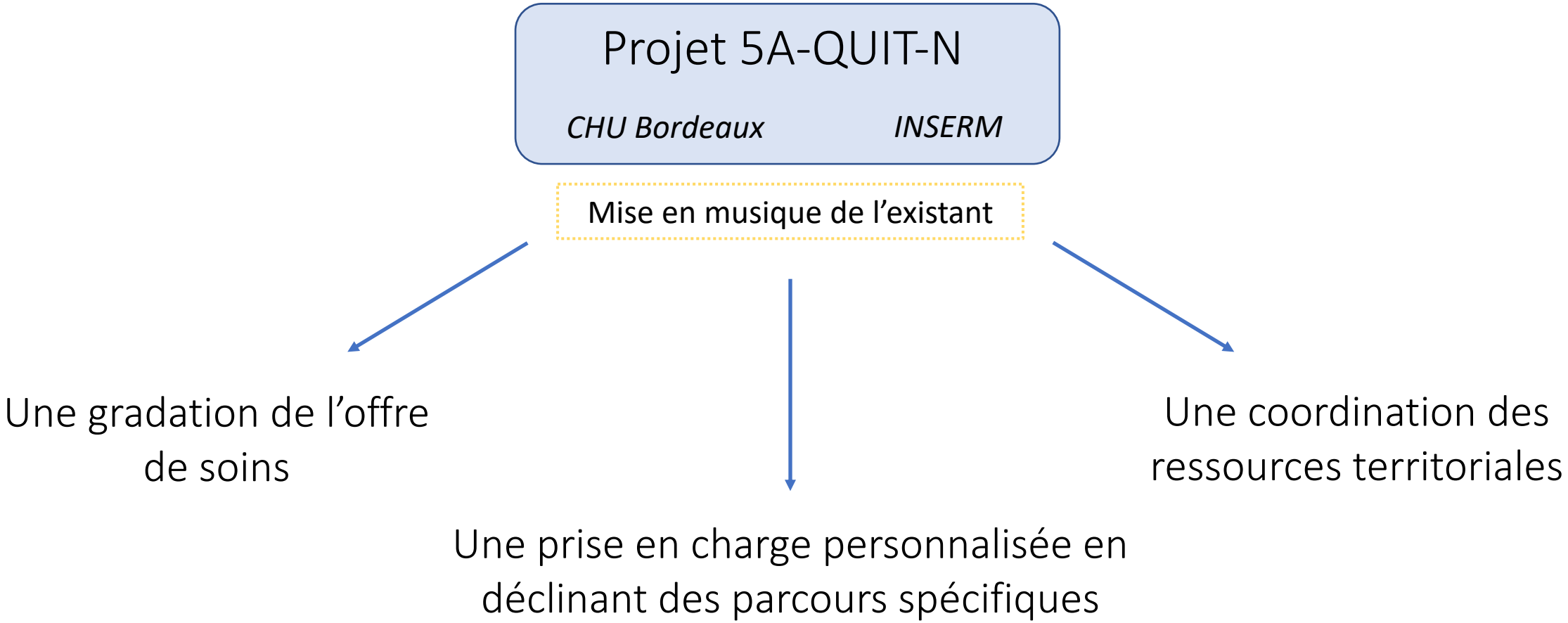
« 28 % des fumeurs en France reçoivent le conseil d'arrêter de fumer de la part des professionnels de santé »[1]

« 80 % des femmes déclarent avoir été interrogées sur leur consommation de tabac durant la grossesse »[2]

« 46,3 % des femmes fumeuses pendant leur grossesse disent avoir reçu des conseils sur l'arrêt du tabac »[2]

[1] Enquête internationale ITC – International Tobacco Control Policy Evaluation Project, 2011.
[2] Enquête nationale périnatale, 2017

Le projet 5A-QUIT-N

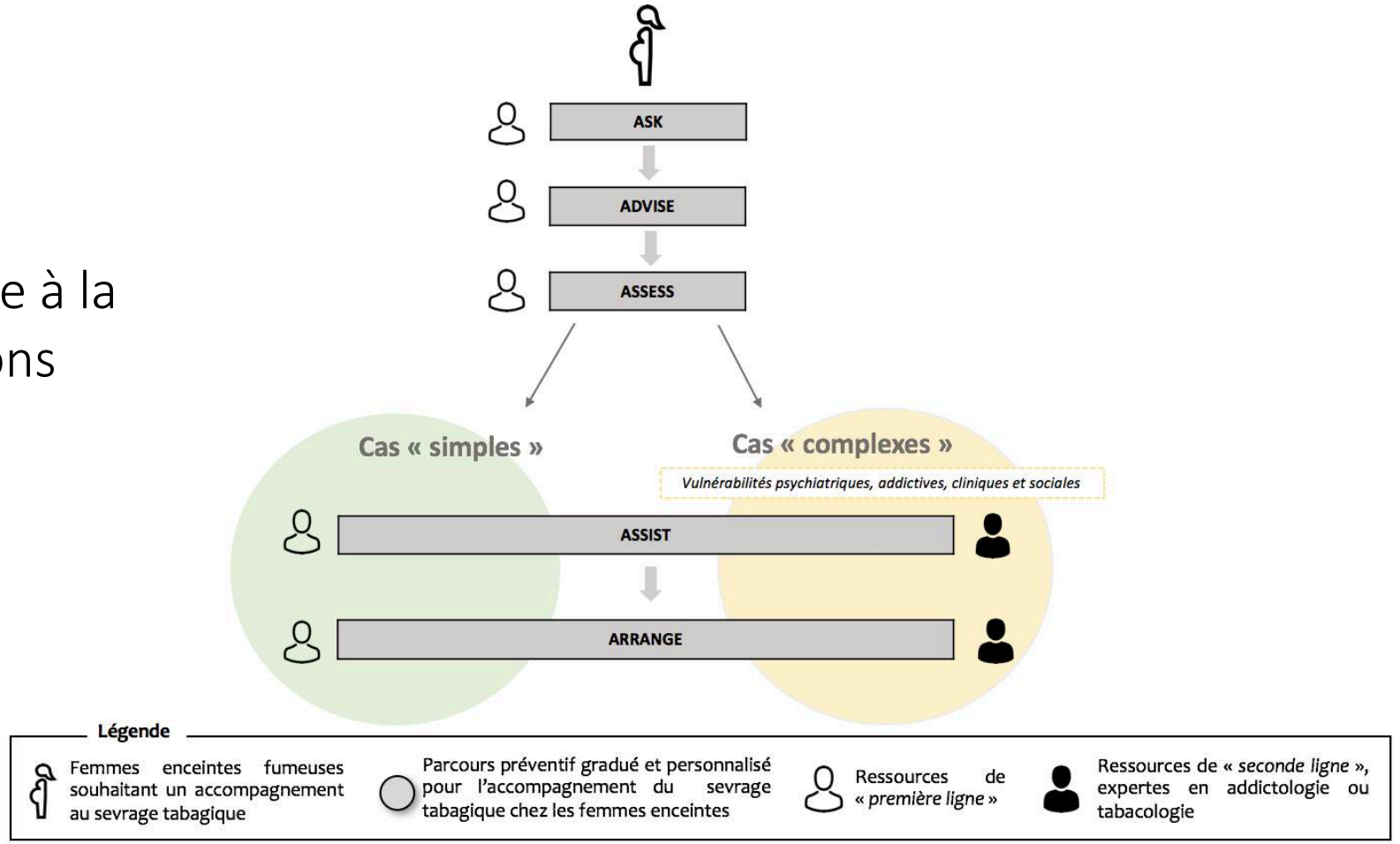


Une gradation de l'offre de soins

- Organisation des professionnels du territoire en deux lignes
  - Les professionnels de **première ligne** : ensemble des professionnels en contact avec la femme enceinte
    Systématisation de la proposition de sevrage
    Evaluation initiale
  - Les professionnels de **seconde ligne** : spécialistes en addictologie et/ou tabacologie

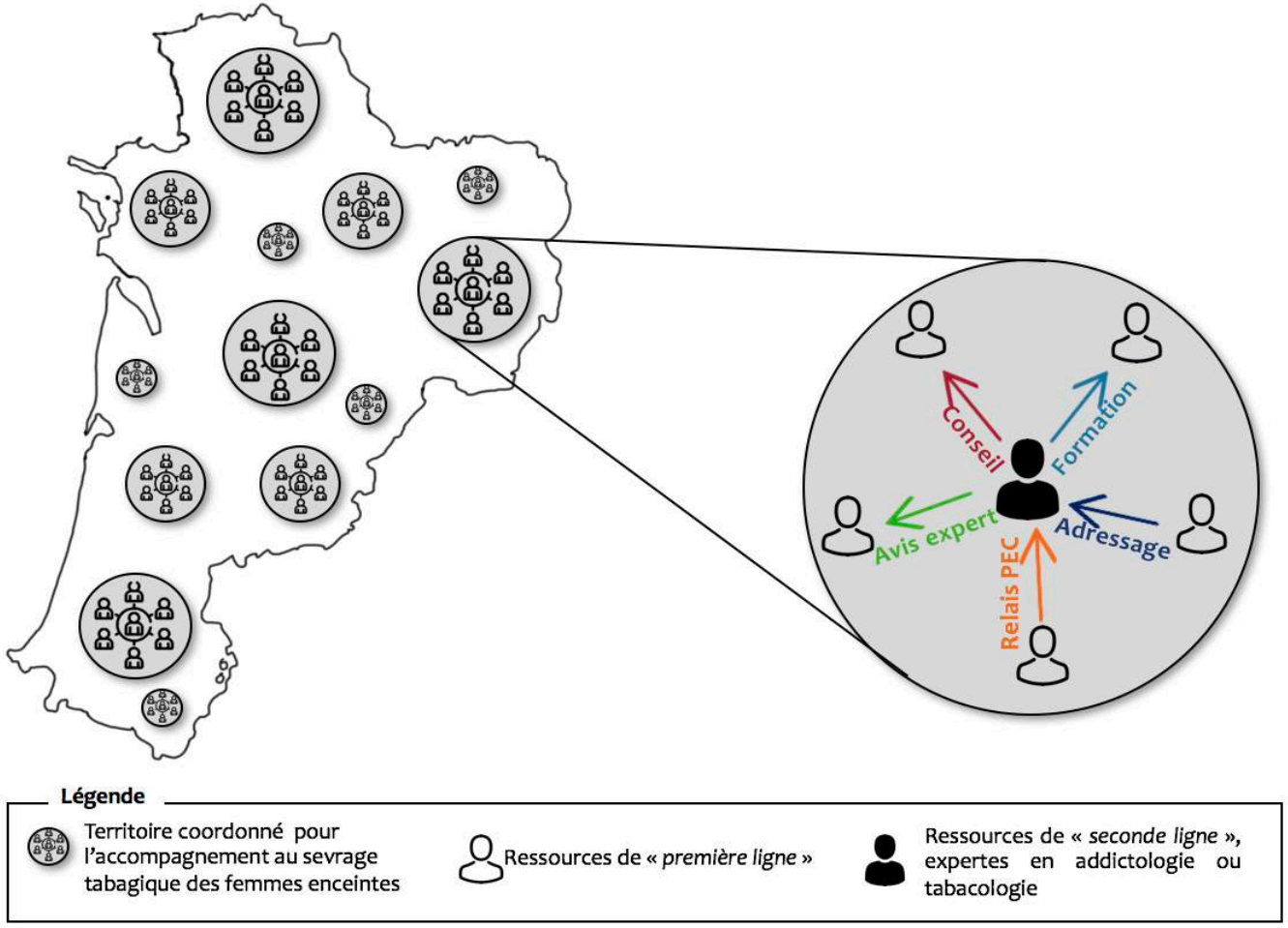
Une prise en charge personnalisée autour de parcours spécifiques

- Méthode 5A
- Prise en charge adaptée à la complexité des situations



Une coordination des ressources territoriales

- Identification des ressources expertes
- Organisation d'un réseau de prise en charge
- Interactions entre les deux lignes



L’objet de la recherche

Obtenir une intervention intégrant le savoir scientifique et expérientiel

Identifier les éléments clés de l’intervention

Analyser la viabilité de l’intervention

→ Ouvrir et comprendre la « boite noire » de l’intervention

Méthode

Théorie d'intervention

S. Michie (2011 et 2013)

1. Description de l'intervention à l'aide des recommandations
2. Analyse de l'intervention à l'aide d'une théorie de changement de comportement (BCT)
3. Analyse de l'intervention à l'aide d'une théorie d'implémentation (COM-B)

Méthode

Etude de viabilité

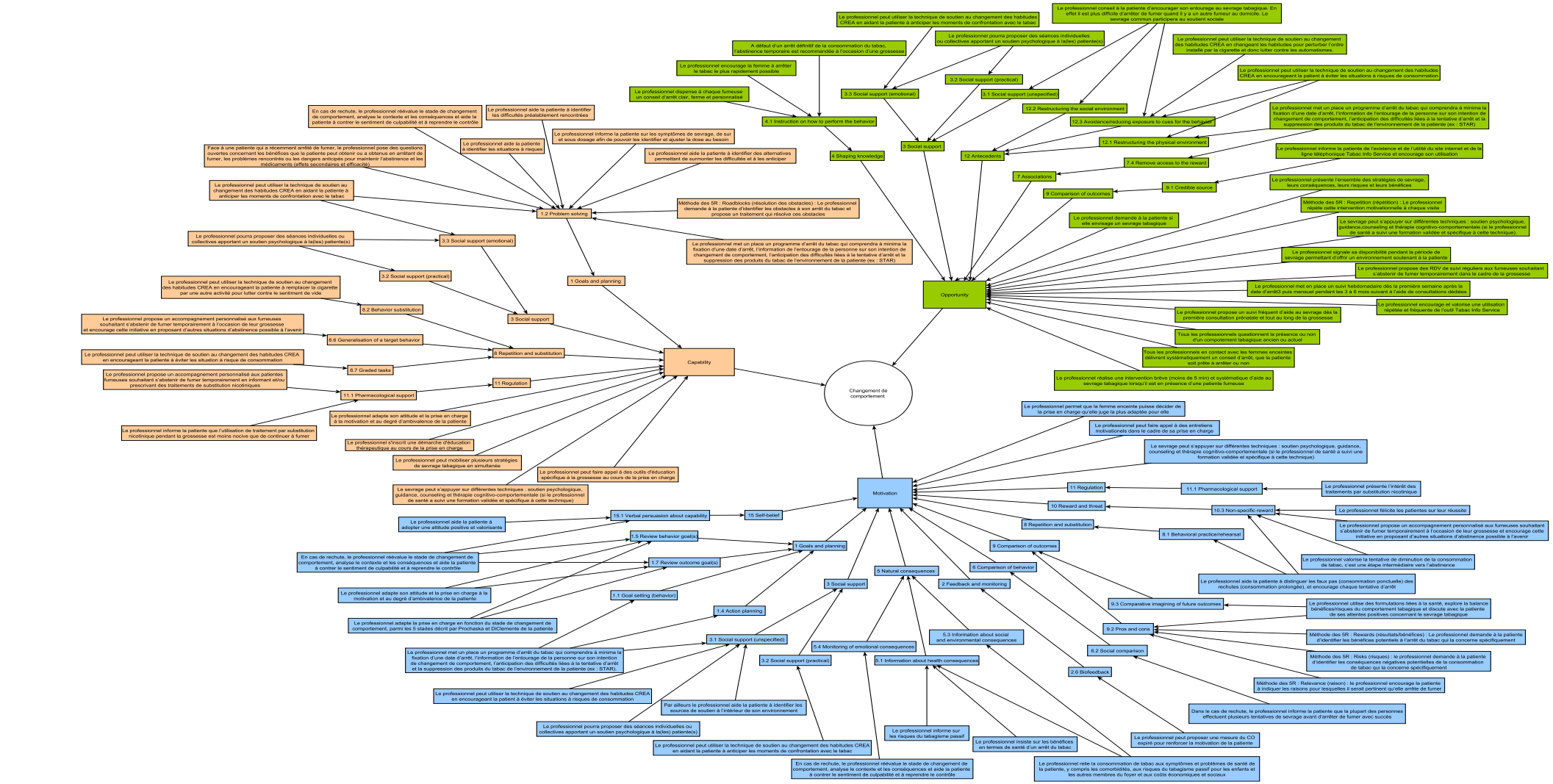
H. Chen (2010)

- Etudier le déploiement de l'intervention en conditions réelles

- « La viabilité est la mesure dans laquelle une évaluation fournit la preuve qu'une intervention est efficace dans le monde réel. »[1]

[1] Huey T. Chen, 2010, « the bottom-up approach to integrative validity : A new perspective for program evaluation »

Théorie d'intervention



Protocole de l'étude de viabilité

1 Etude de viabilité *a priori*
Méthode qualitative à destination des professionnels

2 Etude de viabilité post déploiement de l'étude pilote
Méthode qualitative et quantitative à destination des professionnels et des bénéficiaires

Pour conclure

- Résultats en cours de discussion et validation par un consensus d'expert

- Soumis à un appel à projet en septembre 2019

Merci pour votre attention

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION !

CENTRE RESSOURCES ADDICTIONS ET GROSSESSE (CRAG)

4 rue de Fleurus, 33000 Bordeaux
Mme Gaëlle Dreveau
gaelle.dreveau@agir33.fr
05 56 51 56 51 • 06 33 64 03 61

Un grand merci aux intervenants et modérateurs

- Marie-Laure Beijas, Cheffe de projet en périnatalité, Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie, ARS NA
- Florence Calluaud, Responsable administrative du RPNA
- Philippe Castera, Professeur Associé de médecine générale addictologue, coordonnateur médical Agir 33
- Barbara Delmotte, Chargée de mission du Centre Ressources ETCAF de la Réunion
- Bérénice Doray, Professeur à l'université, cheffe de service de génétique au CHU, Directrice du Centre Ressources ETCAF de la Réunion
- André Nguyen, coordonnateur médical d'Addictlim
- Dominique Moreau, médecin généraliste en retraite, CSAPA Bobillot
- Joelle Cristiani, addictologue, pôle de Santé du Villeneuvois
- Philippe Nubukpo, psychiatre addictologue, chef du pôle universitaire d'addictologie en Limousin au CH Esquirol
- Paul Vanderkam, médecin généraliste addictologue, Poitiers
- Stéphane Dufaure, Inspecteur de l'action sanitaire et sociale, Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie, ARS NA
- Stéphane Ouazzani, interne de Santé Publique CHU Bordeaux, Master 2 SITIS, ISPED, stagiaire à l'Unité d'Informatique et d'Archivistique Médicale
- Estelle Clet, étudiante en Pharmacie, Master 2 PSP, EHESP Rennes
- Nolwenn Stevens, Ingénieur d'étude hospitalière, CHU de Bordeaux
- Martine Valadié-Jeannel, médecin spécialiste de Santé Publique

MERCI

En 2020, nous devenons la **CO**ordination **RÉ**gionale **ADD**ictions **N**ouvelle-**A**quitaine

COREADD NA

AGIR 33 AQUITAINE

ADDICTLIM

ARIA

RESAPSAD

Santé publique France

MILD & CA

drogues.gouv.fr

ars Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine

rpna Réseau Périnat Nouvelle-Aquitaine

ireps Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé NOUVELLE-AQUITAINE