

UNIVERSITE DE NANTES
UFR DE MEDECINE
ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'Etat de Sage-femme

Prévalence des conduites addictives
au cours de la grossesse
dans les Pays de la Loire

Pauline LE CLAIRE

Née le 15 juin 1990

Directeur de mémoire : Docteur Bernard BRANGER

Année universitaire 2013-2014

REMERCIEMENTS

A Monsieur Branger, pour son écoute et ses conseils utiles tout au long de la rédaction de ce mémoire.

A Madame Garnier, pour sa disponibilité, sa patience et son soutien.

Au Docteur Anne Chassevant et à Catherine Monard, pour leur précieuse bibliographie et leurs nombreux documents.

A mon papa, pour son aide irremplaçable et ces débats source d'inspiration pour ce sujet de mémoire Mais également pour son soutien tout au long de mes études.

A ma maman, pour son œil avisé dans la correction de ce mémoire. Mais également pour son soutien et sa présence irremplaçable et son soutien perpétuel.

A mes frères, Corentin et Augustin, pour leurs fous rires et leur dérision qui m'ont permis de toujours voir les choses positivement.

A promotion, pour tous les moments inoubliables passés ensemble depuis 4 ans et pour ceux à venir.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PARTIE I	2
1. Définitions	2
1.1. Le mot	
« addiction ».....	2
1.2. Définition selon Goodman	2
1.3. Définition selon la CIM 10	3
2. Description des différentes addictions	3
2.1. Addictions avec produits	3
2.1.1. Alcool	3
2.1.2. Tabac	4
2.1.3. Cannabis	4
2.1.4. Héroïne	5
2.1.5. Cocaïne	5
2.1.6. Médicaments psychoactifs	6
2.1.7. Autres produits	6
2.2. Addictions sans produits	6
2.3. Types de consommation	7
2.3.1. Usage simple	8
2.3.2. Usage à risque	8
2.3.3. Abus	8
2.3.4. Dépendance	9
3. Facteurs de risque entraînant un comportement addictif	9
3.1. Facteurs individuels	9
3.2. Facteurs environnementaux	10
3.3. La substance	10
4. Impacts sur la santé	10
4.1. Alcool	11
4.1.1. Conséquences sur la santé en général	11
4.1.2. Impacts sur la santé de la femme et sur la grossesse	11
4.1.3. Impacts sur le développement du fœtus et la santé de l'enfant	12
4.1.3.1. Atteintes fœtales	12
4.1.3.2. Développement de l'enfant	12
4.2. Tabac	12
4.2.1. Impacts sur la santé en général	12
4.2.2. Impacts sur la santé de la femme et sur la grossesse	13
4.2.3. Impacts sur le développement du fœtus et la santé de l'enfant	13
4.2.3.1. Atteintes fœtales	13
4.2.3.2. Développement de l'enfant	13
4.3. Cannabis	14
4.3.1. Impacts sur la santé en général	14
4.3.2. Impacts sur la santé de la femme et sur la grossesse	14
4.3.3. Impacts sur le développement du fœtus et la santé de l'enfant	14

4.3.3.1.	Atteintes fœtales	14
4.3.3.2.	Développement de l'enfant	14
4.4.	Opiacés	14
4.4.1.	Impacts sur la santé en général	14
4.4.2.	Impacts sur la santé de la femme et sur la grossesse	15
4.4.3.	Impacts sur le développement du fœtus et la santé de l'enfant	15
4.4.3.1.	Atteintes fœtales	15
4.4.3.2.	Développement de l'enfant	16
4.5.	Médicaments psychoactifs	16
4.5.1.	Impacts sur la santé en général	16
4.5.2.	Impacts sur la santé de la femme et sur la grossesse	16
4.5.3.	Impacts sur le développement du fœtus et la santé de l'enfant	17
4.5.3.1.	Atteintes fœtales	17
4.5.3.2.	Développement de l'enfant	17
4.6.	Troubles du comportement alimentaire	17
4.6.1.	Impacts sur la santé en général	17
4.6.2.	Impacts sur la santé de la femme et sur la grossesse	17
4.6.3.	Impacts sur le développement du fœtus et la santé de l'enfant	18
4.6.3.1.	Atteintes fœtales	18
4.6.3.2.	Développement de l'enfant	18
4.7.	Grand public	18
4.7.1.	Prévention	18
4.7.2.	Prévention ciblée des femmes enceintes	19
4.7.3.	Soins	19
5.	Prise en charge des nouveaux nés et des enfants de mères addictes	20
6.	Epidémiologie des conduites addictives sur le plan national	20
6.1.	En population générale	20
6.2.	Chez les femmes	21
7.	Epidémiologie nationale des conduites addictives chez les femmes enceintes	22
8.	Epidémiologie de l'impact sur la santé	22
9.	Epidémiologie de la prise en charge	23
PARTIE II : notre étude		23
1.	Description de l'étude	23
1.1.	Historique	23
1.2.	Construction de l'enquête	24
1.3.	Le questionnaire	24
1.3.1.	Description du questionnaire	24
1.3.2.	Méthodes statistiques	25
2.	Résultats	25
2.1.	Description des 16 maternités du réseau ayant répondu aux questionnaires	25
2.2.	Profil général des femmes ayant répondu à l'enquête	28
2.3.	Profil des grossesses des femmes ayant répondu à l'enquête	29
2.4.	Description des profils addictifs et des conséquences	31
2.4.1.	Les profils addictifs	31

2.4.1.1.	Alcool et grossesse	31
2.4.1.2.	Tabac, cannabis et grossesse	33
2.4.1.3.	Alcool – tabac conjugués et grossesse	34
2.4.1.4.	Médicaments, drogues, troubles du comportement alimentaire et grossesse	36
2.4.2.	Conséquences néonatales des consommations	37
2.4.2.1.	Alcool	37
2.4.2.2.	Tabac	37
3.	Discussion	38
3.1.	Exploitation des résultats	38
3.2.	Intérêts de l'étude	40
3.3.	Limites d'un questionnaire	41
3.4.	comparaisons avec d'autres enquêtes	41
3.4.1.	Enquête périnatale nationale	41
3.4.2.	Rapport européen sur la santé périnatale	43
3.5.	Pistes envisageables d'approfondissement pour une enquête future	44
	CONCLUSION	46
	BIBLIOGRAPHIE	47
	ANNEXE	

INTRODUCTION

Les conduites addictives sont considérées comme des comportements entraînant des pathologies à part entière, de plus en plus étudiées, développées et abordées, que ce soit au niveau de la communauté scientifique que du grand public.

Dans la société actuelle, nous pouvons constater une montée en puissance des addictions et particulièrement les nouvelles addictions telles que le jeu pathologique, l'addiction au sexe, les achats compulsifs et d'autres encore. En plus des conduites addictives comportementales, les addictions telles que les dépendances à l'alcool et au tabac sont anciennes mais toujours fortement présentes.

Les perceptions concernant les addictions ont évolué notamment au sujet de l'alcool et du tabac. La médecine possède actuellement une meilleure connaissance des risques et des conséquences sur la santé et notamment sur celle des femmes et des enfants. Nous avons actuellement plus de recul sur les effets du tabac et de l'alcool sur la vie gynécologique et obstétricale de la femme et sur l'avenir de leurs enfants. Pour exemple, nous pouvons citer la description du syndrome d'alcoolisation fœtale du Docteur Lemoine en 1968.

Malgré une évolution des savoirs relatifs aux addictions et à leurs conséquences, le déni fréquent aussi bien dans la population générale que chez les soignants entraîne des difficultés à aborder ces thèmes. De ce fait, les conduites addictives chez les femmes enceintes sont abordées de façon inconstante par les professionnels de santé mais également par les femmes elles même.

L'objectif de l'étude est de décrire la prévalence des conduites addictives au cours de la grossesse pour les femmes accouchant dans les maternités des Pays de la Loire, d'évaluer les facteurs de risques selon l'importance des addictions et d'étudier les conséquences sur les nouveau-nés.

PARTIE I

1. Définitions

1.1. Le mot « addiction »

Le terme d'addiction trouve son origine dans le droit romain ancien et reste utilisé dans ce même contexte jusqu'à la fin du Moyen Age, en Europe Occidentale. L'addiction correspondait à un arrêt du juge donnant « au plaignant le droit de disposer à son profit de la personne même d'un débiteur défaillant » : il s'agissait donc d'une contrainte par le corps [1].

A l'époque contemporaine, dans les pays anglo-saxons tout d'abord, le terme d'addiction apparaît en psychiatrie, désignant les toxicomanies. De son usage initial, son utilisation va progressivement s'étendre à d'autres catégories cliniques qui présentent certaines similitudes notamment au niveau comportemental. Cependant, dans son sens le plus couramment employé, il recouvre les comportements d'utilisation pathologique de substances comme l'alcool, les drogues et les médicaments [1].

1.2. Définition selon Goodman [2]

En 1990, Aviel GOODMAN définit l'addiction comme « un processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écartier ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance des conséquences négatives ».

Il décrit ainsi les critères d'identification des addictions :

- Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.
- Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.
- Plaisir ou soulagement pendant sa durée.
- Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.
- Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :
 - Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation.
 - Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine.
 - Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.
 - Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre.
 - Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales.
 - Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement.
 - Perpétuation du comportement, bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou psychique.

- Tolérance marquée: besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.
- Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.

1.3. Définition selon la CIM 10 [3]

Selon la classification internationale des maladies, on parle de syndrome de dépendance. Il se caractérise par la présence d'au moins trois des manifestations suivantes, pendant au moins un mois de façon répétée :

- Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive.
- Altération de la capacité à contrôler l'utilisation de la substance.
- Survenue d'un syndrome de sevrage physiologique en cas de réduction ou d'arrêt de la substance.
- Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance.
- Préoccupation excessive pour la substance, les autres plaisirs ou intérêts importants sont diminués ou abandonnés.
- Poursuite de la consommation de la substance psychoactive malgré la présence de conséquences nocives.

2. Descriptions des différentes addictions

Des structures cérébrales ont pour rôle de produire une sensation agréable ou une sensation de plaisir quand une fonction vitale est remplie. Ces régions, situées au centre du cerveau, sont connectées entre elles et forment le « circuit de la récompense ». Ajoutées à ce circuit, d'autres structures cérébrales profondes au centre du cerveau forment le système limbique. Ce dernier est impliqué dans les émotions, les motivations, les apprentissages, la mémoire, les fonctions vitales... Mais il n'est pas le seul responsable des émotions.

L'usage de substances psychoactives va mettre en jeu le système limbique provoquant des émotions, des sensations et impliquer ainsi le circuit de la récompense.

2.1. Addictions avec produits

2.1.1. Alcool

La molécule alcool est un déchet du métabolisme des levures ($\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$). Le genre humain connaît cette molécule depuis de nombreuses décennies, réputée pour avoir des effets psychotropes avec des modifications de la pensée et éventuellement des comportements.

Les aspects mythiques, symboliques ou encore historiques renforcent les effets pharmaco-cliniques de façon fort efficace. Les effets attendus sont principalement anesthésiants, avec une diminution du système de contrôle, et stimulants avec une augmentation de l'activité du système de récompense. Les effets recherchés sont plutôt

des effets dits « agréables » comme l'euphorie, la relaxation ou encore la désinhibition ; mais l'usage d'alcool n'est jamais sans risques et peut conduire à différents comportements ou conséquences, dangereux pour la santé. Ils constituent les effets non attendus.

Les classifications de l'alcoolisme, actuellement décrites selon un modèle bidimensionnel clinique et comportemental, distinguent l'abus (DSM-IV) ou usage nocif (CIM-10) et la dépendance (DSM-IV et CIM-10). Le DSM-IV implique plus une conception dynamique [4].

Le syndrome d'alcool-dépendance constitue un état physiologique de neuro-adaptation suite à des prises répétées d'alcool avec nécessité de les poursuivre pour prévenir l'apparition d'un syndrome de sevrage. Cette dépendance implique d'abord l'apparition d'une tolérance puis se traduit par des signes de sevrage à type d'anxiété, de mal être à la diminution ou l'arrêt du produit. Elle peut entraîner aussi une consommation compulsive.

2.1.2. Tabac

Les cigarettes sont composées de tabac, d'additifs et de papier. Le tabac contient la nicotine, substance addictogène avec un effet anxiolytique et coupe faim. Le papier apporte les goudrons. Les additifs quant à eux sont nombreux pour la texture, le goût, la couleur et ont pour certains la fonction de renforcer la dépendance du fumeur en favorisant l'absorption de la nicotine ou en servant à masquer l'irritation provoquée par la fumée. La combustion de ces produits crée de nouveaux composants (monoxyde de carbone...) également nocifs pour la santé.

La dépendance au tabac se confirme chez la majorité des fumeurs lorsque, privés brutalement de leur consommation, ils ressentent une sensation de manque pouvant se traduire par de l'anxiété, de l'irritabilité, du stress voire de la déprime. Il est difficile pour un fumeur de réprimer l'envie de reprendre une cigarette [5].

2.1.3. Cannabis

Le plant de cannabis possède un principe actif responsable des effets psychoactifs : le tétra-hydro-cannabinol. Il est présent à des concentrations différentes selon les préparations et la provenance des produits (l'herbe, la résine, l'huile...) [6].

Sa consommation entraîne un état de détente, de bien-être et une modification des perceptions sensorielles, une sensation d'euphorie mais également des malaises, des tremblements, une impression de confusion. Le cannabis diminue les capacités de concentration, la mémoire à court terme, les réflexes et la perception visuelle.

Les effets du cannabis, dose dépendants, varient en fonction des individus, inégaux face aux risques d'accoutumance ou de dépendance et selon des susceptibilités personnelles mal connues. Différents facteurs entrent en jeu ; certains consommateurs réguliers auront du fait de leur personnalité, de leur histoire, de leur environnement, mais peut-être aussi de leur profil génétique, plus de difficultés à arrêter leur consommation.

La dépendance pathologique, se traduit par une perturbation importante et prolongée du fonctionnement neurobiologique et psychologique de l'individu. Cette phase ultime de consommation pathologique se traduit par l'apparition d'une tolérance, des signes de sevrage à l'arrêt du produit et des dommages graves en complications.

Le cannabis augmente de 1,8 fois le risque d'accidents de la voie publique, augmente les risques cardiovasculaires et les probabilités de conduites à risque.

2.1.4. Héroïne

L'héroïne est un opiacé puissant, obtenu par synthèse à partir de la morphine, extraite du pavot. Cette drogue entraîne une dépendance physique et psychique ; elle peut être administrée par voie intraveineuse ou sous cutanée, sniffée ou encore fumée.

L'héroïne provoque rapidement l'apaisement, l'euphorie et une sensation d'extase. A cet effet immédiat de plaisir intense succède une sensation de somnolence avec parfois des nausées, des vertiges et un ralentissement de la fréquence cardiaque. L'héroïne agit ponctuellement comme un anxiolytique puissant et comme un antidépresseur, mais quand l'usage se répète la tolérance au produit s'installe et le plaisir des premières fois s'amointrit. Le besoin d'augmenter les doses et la fréquence de prise, s'installe rapidement et favorise une dépendance forte, souvent à l'origine d'une marginalisation sociale du consommateur et des conduites de délinquance [7].

L'héroïne favorise les consommations importantes, augmentant ainsi le risque d'overdose avec dépression respiratoire, coma, collapsus et évolution possible vers le décès.

2.1.5. Cocaïne

La cocaïne, un alcaloïde extraite de la feuille de coca, se présente sous forme de poudre blanche, généralement sniffée, fumée ou injectée (effets en cinq minutes si sniffée et en 30 minutes si fumée).

Cette drogue excite et stimule le système nerveux central, en particulier certains centres psychiques et sensoriels. Elle provoque une euphorie immédiate, un sentiment de toute puissance, une augmentation de la concentration et de l'activité physique et psychique, une réduction de l'appétit et du besoin de sommeil, une indifférence à la douleur et à la fatigue. Quand les effets de la cocaïne s'estompent, le retour à la réalité s'accompagne d'un état de dépression et de perte de dynamisme.

La cocaïne peut provoquer une levée des inhibitions pouvant conduire entre autre à des actes de violence et des agressions sexuelles. La sensation de « toute puissance », conséquence de cette drogue, peut aboutir à des passages à l'acte avec mise en danger de soi et d'autrui.

En cas de surdose ou d'overdose la cocaïne induit les mêmes effets que l'héroïne : une dépression respiratoire, un coma voir un décès.

La cocaïne est une substance très addictive et entraîne une forte dépendance psychique. Il est donc difficile d'arrêter une consommation de drogue tant le besoin d'en reprendre s'impose de façon inévitable. L'apaisement, même avec la consommation d'une autre substance, s'obtient très difficilement.

Il est fréquent que les héroïnomanes consomment également de la cocaïne pour essayer de compenser les effets de l'héroïne.

2.1.6. Médicaments psychoactifs

Prescrit et utilisé à bon escient, un médicament psychoactif permet d'atténuer ou de supprimer une souffrance psychique telle que l'anxiété, la dépression ou encore les troubles délirants. Ces médicaments, soumis à une prescription médicale, obligent le médecin au diagnostic puis au choix de la thérapeutique, au respect des indications, contre-indications et effets secondaires, déterminant ainsi si le traitement est adapté au patient et à son état de santé [8].

Les effets des médicaments psychoactifs diffèrent selon leur composition chimique, leur posologie et la sensibilité individuelle du patient. Les propriétés des médicaments permettent de les classer en différentes catégories :

- Tranquillisants ou anxiolytiques
- Somnifères ou hypnotiques
- Neuroleptiques ou antipsychotiques
- Antidépresseurs

2.1.7. Autres produits

Il existe une liste non exhaustive de produits addictifs ayant des effets plus ou moins dangereux sur la santé. Les plus fréquents restent :

- LSD : Hallucinogène entraînant désinhibition, sensation de liberté, modifications sensorielles, distorsion du corps, de l'environnement et risque de « bad trip » avec état de panique.
- Ecstasy : Stimulant avec effets secondaires à type de sueurs, fièvre, déshydratation, angoisses et hallucinations.
- GHB : anesthésiant avec effet de bien-être, euphorie, empathie et sommeil mais aussi amnésie de la crise (drogue du viol).
- Poppers, hallucinogènes naturels (champignons), etc...

2.2. Addictions sans produits [9]

Les addictions sans produit ou encore addictions comportementales arrivent en conséquence de plusieurs facteurs physiopathologiques et psychopathologiques.

Sur le plan physiopathologique, la répétition d'une action ayant procuré un certain plaisir va provoquer la libération d'endorphines endogènes par le système nerveux. Ce

« shoot » d'endorphines à répétition, en stimulant en permanence le circuit de la récompense, va entraîner une dépendance à l'action l'ayant provoquée.

Sur le plan psychopathologique, certains individus semblent prédisposés aux addictions comportementales. Ces individus possèdent des traits qui traduisent une sensibilité particulière:

- aux effets « plaisir » d'un comportement comme la recherche de la nouveauté ou de sensations, avec une faible capacité d'évitement du danger.
- aux effets « apaisants » d'un comportement permettant de limiter la souffrance conséquence d'une faible estime de soi, de réactions émotionnelles excessives, d'une gestion difficile des relations aux autres.

Cette sensibilité, liée à des caractéristiques génétiques spécifiques, à un environnement précoce déstabilisant et angoissant, varie selon les individus. L'entrée dans les addictions se fait soit par la recherche de sensations soit par l'évitement de la souffrance et la mise à distance d'émotions trop pénibles et / ou trop angoissantes.

Ce schéma d'entrée dans les addictions comportementales, nous permet de décrire certaines d'entre elles :

- Le jeu pathologique, la dépendance à internet ou aux jeux en ligne reflètent un besoin de se sentir capable de maîtriser le hasard ou de vivre dans un monde virtuel.
- Les vols ou achats compulsifs font référence au besoin de posséder même s'il faut enfreindre la loi.
- La dépendance affective ou sexuelle représente le besoin de dépendre de quelqu'un en lui déléguant tout pouvoir.
- L'addiction au travail montre le désir de se sentir indispensable.
- Les troubles du comportement alimentaire tels que la boulimie, l'anorexie ou l'alternance des deux, répondent à l'exigence du contrôle de son corps et de repousser les limites physiques.
- Addiction au sport intensif qui représente le besoin de contrôle et de dépassement des limites du corps.

2.3. Types de consommation

On peut distinguer différents modes d'usages des substances potentiellement addictives allant du normal au pathologique : usage simple, usage à risque, abus et dépendance. La distinction des modes de consommation doit en parallèle prendre en compte le potentiel addictif de la substance, leur toxicité mais également les multiples facteurs individuels, sociaux, économiques, génétiques, environnementaux et les événements de vie.

2.3.1. Usage simple [10]

L'usage simple se définit comme la consommation des substances psychoactives n'entraînant ni complication somatique ni dommage autre, elle peut être occasionnelle

ou régulière. Cette consommation est socialement réglée et elle se constitue de « normes » qui varient avec le temps.

2.3.2. Usage à risque [10]

L'usage à risque se distingue de l'usage simple par sa susceptibilité à entraîner des dommages du fait :

- De la quantité consommée (supérieure au seuil défini par l'OMS).
- De la situation (grossesse, conduite d'un véhicule, poly-consommation, associations à certains traitements psychotropes).
- Des conditions de consommation (précocité des consommations, cumul de consommations de plusieurs substances, recherche d'ivresses notamment précoces ou répétées, consommations solitaires à visée anxiolytique ou antidépressive).

2.3.3. Abus [10]

L'abus ou encore usage nocif est défini comme une répétition de la consommation de substances psychoactives étant à l'origine des dommages somatiques, psychoaffectifs, sociaux ou judiciaires pour l'individu lui-même ou pour son environnement plus ou moins proche. L'association américaine de psychiatrie a défini les critères de l'abus dans le DSM IV :

- Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :
 - Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école, ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères).
 - Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance).
 - Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance).
 - Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).
- Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance.

2.3.4. Dépendance [10]

La dépendance prend en compte des critères d'ordre biologique, psychologique et de comportement social. Selon le DSM IV, elle est un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative. Elle est caractérisée par la présence de trois ou plus des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

- Tolérance définie par l'un des symptômes suivants :
 - Nécessité d'augmenter les doses de produits pour se sentir bien.
 - Diminution marquée de l'effet pour une même quantité de produit.
- Sevrage caractérisé par symptômes de sevrage ou prise de produits pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- Prise de la substance en quantité plus importante ou pendant une période supérieure à celle envisagée.
- Désir persistant ou efforts infructueux du patient pour diminuer ou contrôler sa consommation de la substance.
- Beaucoup de temps passé ou beaucoup d'efforts prodigués pour se procurer les produits
- Abandon ou diminution des activités sociales, professionnelles ou de loisirs à cause de sa consommation de la substance
- Difficultés à s'empêcher de consommer malgré la connaissance d'un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette consommation.

Remarque : cette nosographie s'applique particulièrement bien à l'alcool et parfois plus difficilement à d'autres produits.

3. Facteurs de risque entraînant un comportement addictif

3.1. Facteurs individuels [11]

Les facteurs neurobiologiques et génétiques entrent en jeu dans la vulnérabilité aux addictions : perturbations des systèmes dopaminergique, glutaminergique, opioïde, noradrénergique et sérotoninergique. Le rôle du stress et l'activation de l'axe corticotrope augmentent la vulnérabilité à la prise de drogue. Les variations interindividuelles de sensibilité au stress et l'absence de contrôle dans un environnement donné peuvent fragiliser une personne et l'amener vers une addiction avec ou sans produits. Les facteurs génétiques auraient une influence sur le métabolisme et l'effet des drogues, contribuant au développement de l'addiction.

Certains traits de personnalité peuvent constituer des facteurs de risques individuels d'installation d'une conduite addictive comme la mauvaise estime de soi, la timidité, les réactions émotionnelles excessives ou inexistantes, les difficultés à faire face à certaines situations.

Le tempérament joue également un rôle ; les personnes présentant un niveau élevé de recherche de sensations, de nouveauté, de réactivité émotionnelle et un faible niveau de sociabilité ou d'évitement sont plus à risque de dépendance.

Les évènements de vie comme, un deuil, une séparation, de la maltraitance, une agression sexuelle ou tout autre traumatisme psychologique important, tiennent une place importante dans la vulnérabilité individuelle à consommer des produits de manière addictive.

3.2. Facteurs environnementaux [11]

De nombreux facteurs environnementaux impactent l'individu et favorisent l'évolution vers une dépendance.

Le fonctionnement intrafamilial, les liens familiaux, l'éducation parentale de type négligeant, rejetant, permissif ou encore fusionnel jouent un rôle dans l'installation d'une conduite addictive. De plus il existe un lien étroit entre l'usage familial d'une substance psychoactive et la consommation précoce chez l'individu (force des apprentissages). La tolérance familiale ou l'interdit familial pour l'usage d'un produit représentent des facteurs de risque de consommation chez l'enfant ou l'adolescent. Il ne faut pas non plus négliger les évènements de vie de famille qui peuvent aussi entraîner une consommation.

Les amis jouent un rôle important dans l'initiation à l'usage de drogues, tabac ou alcool. La pression du groupe, la délinquance, la marginalisation, la représentation du produit et la prédisposition de l'individu à utiliser celui-ci, sont des éléments à prendre en compte.

3.3. La substance [11]

Les trois produits à plus fort pouvoir addictif sont le tabac, l'héroïne et la cocaïne. Pour une faible consommation de ces produits il est retrouvé une dépendance moyenne ou forte chez 50 à 60% des usagers. L'alcool, le cannabis et les amphétamines se révèlent moins addictifs avec un syndrome de dépendance dans 10% des cas.

Le statut social du produit le rend plus acceptable aux yeux de la société donc facilite sa consommation. L'alcool et le tabac sont socialement plus acceptés que l'héroïne qui entraîne une marginalisation de l'individu.

4. Impacts sur la santé

Les conséquences des addictions sur le corps humain sont nombreuses et varient d'un individu à l'autre. On ne parlera ici que des addictions avec produits et des troubles du comportement alimentaire.

La dépendance entraîne une mise en danger de l'individu mais également d'autrui. Sur le plan social, une personne addictive va tout mettre en place pour satisfaire sa dépendance même si elle met en péril un équilibre professionnel, familial ou légal. Sur

le plan physique, les produits responsables de l'addiction impactent la santé de façon délétère, comme citée ci-après.

4.1. Alcool

4.1.1. Conséquences sur la santé en général

L'alcool agit sur de nombreux paramètres physiques et psychiques.

Sur le plan général, l'alcoolisme chronique peut se traduire par une asthénie, une anorexie matinale, des variations pondérales, des troubles du sommeil, des varicosités du visage, une hypersudation (y compris nocturne), des ronflements nocturnes. Il faut préciser que chaque élément en soi n'a pas de valeur spécifique mais la combinaison de plusieurs d'entre eux est évocatrice. Au niveau digestif les troubles sont à type de nausées, de reflux gastro-œsophagiens mais se compliquent d'hépatites alcooliques, de cirrhoses, compensées ou non, des pancréatites. L'alcool entraîne des complications neurologiques à type de polynévrites périphériques ou d'atteintes centrales se traduisant par des troubles de la coordination, de l'équilibre ou encore neurocognitifs (altération de la mémoire, de l'attention, des apprentissages...). Ces troubles neurologiques se compliquent souvent de chutes ou de traumatismes multiples.

L'alcool altère la fonction reproductrice tant chez la femme que chez l'homme.

D'un point de vue psychique, l'alcool entraîne des troubles du comportement et de l'humeur à type de troubles anxieux ou phobiques, d'agressivité ou de violence. Elle complique aussi des tableaux psychiatriques ; la grande difficulté réside dans l'intrication des phénomènes addictifs et psychiatriques

4.1.2. Impacts sur la santé de la femme et sur la grossesse [10]

L'alcoolisme chronique chez la femme, comme la plupart des addictions, diminue la fertilité proportionnellement au degré d'intoxication, avec des perturbations du cycle menstruel, une dysovulation voire une anovulation.

Le contexte psychosocial dans lequel se trouve la femme reste déterminant avec parfois des grossesses non désirées.

L'ivresse aiguë expose la femme enceinte à des troubles de la conscience pouvant aller jusqu'au coma, à des traumatismes à type de chutes, de violences conjugales, d'accidents de la voie publique, potentiellement graves pour elle et pour la grossesse.

L'alcoolisme chronique expose la femme à des risques de malnutrition, de syndromes de sevrage avec complications, de crises comitiales en contexte de sevrage ou non, avec risques potentiels de souffrance fœtale.

Sur le plan obstétrical, l'alcool augmenterait les risques de fausses couches, de morts in utéro, d'hémorragies du premier et deuxième trimestre, d'infections et de chorioamniotites, d'hématomes rétro placentaires et d'accouchements prématurés.

4.1.3. Impacts sur le développement du fœtus et la santé de l'enfant

4.1.3.1. Atteintes fœtales

Le placenta laisse passer l'alcool de façon quasi immédiate, sans modifications métaboliques, après l'ingestion par la mère. L'effet vasculaire de l'alcool serait à l'origine de l'hypotrophie fœtale, responsable également d'anomalies morphologiques, de malformations cérébrales et cardiaques. Pour le fœtus exposé in utero à l'alcool, il multiplie par 2,5 le risque d'enfant mort né [10].

4.1.3.2. Développement de l'enfant [10]

A la naissance le risque de détresse respiratoire est majoré et serait directement lié à la quantité quotidienne d'alcool consommé par la mère. Les premiers mouvements du nouveau-né imprégné par l'alcool sont souvent retardés et insuffisamment efficaces pour assurer une oxygénation optimale.

Il a été décrit chez certains nouveau-nés de mères alcooliques chroniques, un syndrome de sevrage qui associe hyperexcitabilité, trémulations, irritabilité, perturbation du cycle nyctéméral et des difficultés d'alimentation. Cet état peut persister plusieurs semaines.

L'alcoolisme chronique de la mère provoque des anomalies caractéristiques regroupées sous le nom de syndrome d'alcoolisation fœtale associant un faciès très particulier, une hypotrophie staturo-pondérale, une grande fréquence de malformations (fentes palatines, microphthalmie, cataracte, cardiopathies, malformations des membres, malformations urogénitales, hernie diaphragmatique, sténose du pylore) et des perturbations psychomotrices (retard du développement psychomoteur, agitation psychomotrice et agressivité, troubles de l'attention). Ce syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) a été mis en évidence par le Docteur Lemoine dans les années 1970 à Nantes.

Ces enfants exposés à l'alcool in-utero présentent fréquemment un quotient intellectuel diminué et des perturbations du fonctionnement cognitif. Les capacités d'adaptation sociale sont perturbées avec une altération des capacités de jugement. Un risque accru de développer une maladie psychiatrique à type de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité est aussi observé.

Il ne semble pas y avoir d'incidence particulière en termes d'alcoolodépendance pour l'enfant.

4.2. Tabac

4.2.1. Impacts sur la santé en général

L'ensemble des composants du tabac agit sur :

- La fonction cardiovasculaire en augmentant la pression artérielle, en accélérant le rythme cardiaque. Les risques coronariens et les risques de décès par infarctus du myocarde sont augmentés chez les fumeurs, risques vasculaires également présents au niveau des artères cérébrales et des membres inférieurs.

- La fonction respiratoire au niveau de tout l'arbre respiratoire, avec notamment des risques de bronchites chroniques et de cancer du poumon.

4.2.2. Impacts sur la santé de la femme et sur la grossesse [10]

Le tabac intervient de façon néfaste sur la fertilité avec un allongement du délai de conception de plus d'un an chez les femmes et une diminution des chances de réussite de procréation médicalement assistée. Le risque de grossesse extra-utérine est augmentée chez les fumeuses (actives comme passives) en raison d'une diminution de la mobilité ciliaire des trompes ; le risque de fausses couches est également augmenté chez les fumeuses du fait de l'hypoxie chronique.

Durant la grossesse le tabac, par son caractère vasoconstricteur, augmente de 1,5 fois le risque d'hématome rétro placentaire ou de décollements marginaux sur placenta normalement insérés. Il augmente également le risque relatif d'insertion basse du placenta voire de placenta prævia de deux à trois. A noter que l'effet du tabac sur la vascularisation du placenta est réversible en cas d'arrêt.

La consommation de tabac peut être à l'origine d'une hypertension artérielle gravidique entraînant le risque d'une augmentation du taux de retard de croissance.

Le tabac agit également en pourvoyeur de rupture prématurée des membranes et d'accouchement prématuré. Le risque relatif de rupture prématurée des membranes avant 34 semaines d'aménorrhées est multiplié par deux chez les fumeuses et le risque relatif d'accouchement prématuré par deux également.

4.2.3. Impacts sur le développement du fœtus et la santé de l'enfant

4.2.3.1. Atteintes fœtales [10]

L'hypoxie et l'acidémie induites par le monoxyde de carbone entraînent une diminution des mouvements actifs fœtaux. La fumée du tabac provoque des anomalies du rythme cardiaque fœtal, notamment au moment du travail. Le retard de croissance est également plus fréquent chez les nouveau-nés de mères fumeuses, avec un poids abaissé de 150 g. à 250 g. par rapport à celui des nouveau-nés de mères non fumeuses. Le risque de mort fœtale in utero est multiplié par deux et les 10% de morts fœtales tardives ainsi que le risque élevé d'hémorragies intraventriculaires, seraient également attribuables au tabac.

4.2.3.2. Développement de l'enfant [10]

La nicotine pourrait être à l'origine d'anomalies de la prolifération cellulaire et de la différenciation des neurones par son action sur les neurotransmetteurs spécifiques du cerveau fœtal. Le risque de pathologies respiratoires augmente chez les enfants exposés à la fumée du tabac à type d'asthme, de bronchiolites, d'infections respiratoires basses, de bronchites, ainsi que celui d'otites et de rhinopharyngites. Les enfants de mères tabagiques souffriraient plus fréquemment des troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité. Les conduites addictives, abus de substances et troubles du comportement alimentaire type boulimie, seraient associées au tabagisme maternel pendant la

grossesse, avec une vulnérabilité plus importante chez les filles. Les garçons présenteraient plus des troubles des conduites à type de délinquance.

Il ne faut cependant pas oublier les facteurs socio-économiques qui ont aussi un rôle déterminant dans le devenir de ces enfants.

4.3. Cannabis

4.3.1. Impacts sur la santé en général

Les troubles dus à l'usage régulier de cannabis apparaissent plus d'ordre psychique, avec des troubles importants de la concentration, de la mémoire et une baisse des performances psychomotrices. La consommation régulière augmente le risque de schizophrénie et d'attaques de paniques.

Sur le plan physique, le cannabis provoque une inflammation de tout l'appareil respiratoire, augmente les risques de cancer du poumon et d'accidents cardio-vasculaires [12].

4.3.2. Impacts sur la santé de la femme et sur la grossesse

On connaît mal les effets du cannabis sur la grossesse ; il entraînerait une diminution de la perfusion utéro-placentaire, une augmentation du risque de fausses couches, de placenta prævia et d'accouchements prématurés [10, 13].

4.3.3. Impacts sur le développement du fœtus et la santé de l'enfant

4.3.3.1. Atteintes fœtales

Une consommation importante de cannabis pourrait être responsable d'un retard de croissance intra-utérin [10].

4.3.3.2. Développement de l'enfant

On décrit des altérations neurocomportementales chez les enfants à type d'hyperexcitabilité, d'irritabilité et de difficultés alimentaires ainsi que des troubles du sommeil pouvant perdurer dans la petite enfance. Le cannabis semblerait provoquer chez les enfants des difficultés d'attention mais également des altérations de la fonction inhibitrice impliquée dans le contrôle de l'impulsivité. Il existe un risque d'initiation de consommation de tabac multiplié par 2,5 et de cannabis multiplié par 2,8 chez les sujets exposés in utero au cannabis par rapport aux sujets non exposés [10].

4.4. Opiacés

4.4.1. Impacts sur la santé en général [14]

La cocaïne provoque une contraction de la plupart des vaisseaux entraînant une nécrose des tissus, également à l'origine de troubles du rythme cardiaque pouvant provoquer des accidents cardio-vasculaires. Sur le plan psychique la cocaïne va être responsable d'une grande instabilité émotionnelle, de délires paranoïaques, de phases d'excitation et d'amnésie.

Le risque principal lié à l'héroïne se situe sur le plan respiratoire en entraînant des embolies pulmonaires, des bronchospasmes ou encore des pneumopathies d'hypersensibilité.

Ces deux drogues, responsables d'une désinhibition de l'individu, de sensation d'euphorie et de toute puissance, peuvent mettre en danger l'individu et/ou autrui avec des conduites à risques (ex : rapport sexuel non protégé), mais aussi des décès par overdose.

La pratique des injections de ces deux drogues, expose aux infections locales lorsque les conditions d'hygiène ne sont pas optimales. La mise en commun du matériel d'injection et des objets de préparation expose à un risque très important de contamination par le VIH ou le VHC.

4.4.2. Impacts sur la santé de la femme et sur la grossesse [10]

Les opioïdes avec leur action inhibitrice sur l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique entraînent une diminution de la fertilité chez les femmes héroïnomanes et cocaïnomanes, et une augmentation de la fréquence des fausses couches spontanées et du risque de mort in utéro.

Une femme héroïnomane, plus exposée pendant la grossesse aux risques d'infections, à la malnutrition, à l'anémie mais aussi aux états de manque, voit s'aggraver les risques d'apparition de contractions utérines responsables de menaces d'accouchement prématuré.

La cocaïne, par ses effets pharmacologiques cardiovasculaires avec vasoconstriction et hypertension artérielle, augmente la fréquence de certaines pathologies comme la pré-éclampsie et l'éclampsie ou l'hématome rétro placentaire, ainsi que le risque de rupture utérine tout comme la menace d'accouchement prématuré.

4.4.3. Impacts sur le développement du fœtus et la santé de l'enfant

4.4.3.1. Atteintes fœtales [10]

Les opioïdes aggravent la mortalité périnatale et peuvent être responsables d'un syndrome de sevrage intra-utérin (émission méconiale, agitation ou convulsion fœtale).

La cocaïne présente une grande toxicité pendant la grossesse et ses effets seraient augmentés chez le fœtus, avec retards de croissance intra utérins, lésions viscérales, anomalies de la face, des membres, du cœur, de l'appareil urinaire et du système nerveux central.

4.4.3.2. Développement de l'enfant [10]

Dans 80 à 100% des cas, les nouveaux nés de mère dépendante aux opiacés présentent un syndrome de sevrage, associant des signes neurologiques à type d'irritabilité, hyperactivité, hyperexcitabilité, trémulations, des signes neurovégétatifs à type de tachypnée, apnée, hyperthermie, larmoiement et des signes digestifs à type de difficultés

d'alimentation, régurgitation, vomissements, diarrhée, nécessitant la mise en place d'un traitement spécifique.

Les effets délétères à long terme chez ces enfants restent mal connus ; cependant les facteurs environnementaux semblent jouer un rôle majeur dans le pronostic à long terme de leur devenir après une exposition in-utéro. Le pronostic repose donc essentiellement sur le contexte socio-familial.

A la naissance, l'imprégnation par la cocaïne entraîne un syndrome de détresse respiratoire périnatale et un score d'APGAR très bas. Ce syndrome de sevrage néonatal, observé chez 10 à 40% des nouveaux nés exposés à la cocaïne in-utéro, se révèle rarement sévère.

Une augmentation des troubles de l'apprentissage, des altérations du langage, des troubles du comportement se retrouve à long terme, mais comme pour l'héroïne, il ne faut pas négliger l'environnement social dans lequel l'enfant va évoluer.

4.5. Médicaments psychoactifs

4.5.1. Impacts sur la santé en général

Les personnes consommant des médicaments psychotropes rentrent souvent à leur insu dans le système de l'addiction. L'usage initial, dans le champ du soin, avec le médecin à l'origine de la prescription, complexifie la situation.

Les patients recourent à ces médicaments psychoactifs pour leur rôle thérapeutique afin de faire face aux difficultés de leur vie quotidienne. La dépendance représente le danger principal de ces substances s'installant de façon insidieuse avec une perte de conscience de la réalité.

4.5.2. Impacts sur la santé de la femme et sur la grossesse

Comme pour les autres conduites addictives, la dépendance aux médicaments psychoactifs rend la perception de la réalité erronée et peut conduire à des mises en danger. Le risque de grossesse non désirée chez ces femmes addictes est plus fréquent.

On décrit souvent que la grossesse entraîne un effet bénéfique sur la consommation des psychotropes, mais cela a été montré chez les consommatrices modérées mais non chez les femmes dépendantes. La grossesse peut déclencher chez elles un besoin de protection du fœtus donc entraîner une diminution de la consommation de psychotropes ou à l'inverse provoquer une angoisse, des accès dépressifs avec la nécessité d'augmenter celle-ci.

Les antidépresseurs pendant la grossesse n'entraîneraient pas de risques sur le plan obstétrical mais un arrêt total pourrait mettre en danger la santé de la mère. La balance bénéfice-risque de la poursuite ou non d'un traitement reste donc individuelle. Les anxiolytiques n'auraient pas non plus d'effets sur la grossesse mais pourraient entraîner

une sédation plus importante de la mère et du fœtus. Le traitement se fera à posologie minimale efficace.

4.5.3. Impacts sur le développement du fœtus et la santé de l'enfant

4.5.3.1. Atteintes fœtales

Le risque principal lié aux psychotropes en période néonatale pour le nouveau-né est le syndrome de sevrage avec une somnolence, une hypotonie, des difficultés de succion mais surtout une détresse respiratoire et une apnée nécessitant parfois des gestes de réanimation en salle de naissance. Ces signes montrent une persistance de l'imprégnation du nouveau-né par les psychotropes même en cas de prise ponctuelle par la mère. Dans les jours qui suivent la naissance, le syndrome de sevrage se traduira plutôt par de l'hyperexcitabilité, de l'hypertonie voire des convulsions. Cela laisse supposer une prise chronique des psychotropes par la mère [10].

4.5.3.2. Développement de l'enfant

A long terme les psychotropes ne semblent pas avoir d'effets sur le développement de l'enfant.

4.6. Troubles du comportement alimentaire

4.6.1. Impacts sur la santé en général [15]

Les complications dues aux troubles du comportement alimentaire sont multiples. L'anorexie comme la boulimie agissent sur l'axe hypothalamo-hypophysaire avec principalement des impacts sur les axes corticotrope, thyroïdienne, somatotrope et gonadotrope.

L'anorexie provoque des complications physiques à long terme comme principalement l'ostéoporose, les fractures pathologiques et a un retentissement dentaire. Sur le plan psychique on observe des difficultés à type de tendance dépressive, de phobies invalidantes ou des troubles obsessionnels compulsifs qui peuvent perdurer dans le temps.

La boulimie présente un risque majeur d'ordre psychosocial avec des possibilités de rechutes et de chronicisation du trouble alimentaire. Une amélioration de la conduite alimentaire n'exclue pas l'aggravation par la mise en place d'associations de comportements dangereux tels des abus d'alcool, de drogues ou des conduites suicidaires.

4.6.2. Impacts sur la santé de la femme et sur la grossesse [10]

Dans les deux cas, on décrit des troubles de la fertilité, plus rapportés chez les patientes anorexiques que chez les patientes boulimiques, avec un risque accru de grossesses non désirées.

Des troubles spécifiques à la grossesse s'observent chez les femmes souffrant de TCA :

- Hyperemesis gravidarum et comportements alimentaires compulsifs entraînant des troubles hydro-électrolytiques chez les boulimiques,
- Diabète gestationnel chez les boulimiques,
- Hypertension gravidique, pré-éclampsie,
- Insuffisance de prise de poids ou inversement prise de poids excessive,
- Anémie, problèmes de cicatrisation, complications infectieuses,
- Rupture prématurée des membranes, accouchement prématuré,
- Fausses couches.

4.6.3. Impacts sur le développement du fœtus et la santé de l'enfant

4.6.3.1. Atteintes fœtales [10]

Les complications pendant la grossesse peuvent survenir quand l'IMC de la patiente est inférieur ou égal à 20, avec une augmentation des risques de retard de croissance, de microcéphalie, de l'incidence des malformations congénitales à type de fentes labio-palatines et une mortalité périnatale multipliée par six.

4.6.3.2. Développement de l'enfant

Les complications néonatales sont à type d'hypoglycémie, d'infections, de score d'APGAR bas [10].

Les enfants de mères souffrant de TCA ne présentent généralement pas de troubles du développement [10].

4.7. Prévention

4.7.1. Grand public

La prévention, indispensable dans la prise en charge des addictions, permet de sensibiliser et d'éviter les comportements à risques. L'éducation pour la prévention renforce l'individu dans sa capacité à faire des choix, en connaissant les risques liés à certains produits addictifs. En donnant aux individus toutes les informations concernant les dangers des substances psychoactives, on les met face à leurs décisions pour leur permettre d'être les premiers responsables d'eux-mêmes et de leur santé. La rencontre, le dialogue et la relation constituent des paramètres importants dans l'éducation des individus. Les intervenants en fournissant des outils, comme les clés de la compréhension des drogues et des addictions, permettent aux sujets d'évaluer leurs choix et se projeter dans l'avenir.

Les actions de prévention doivent aider à prendre conscience des risques et des conséquences, à repérer les consommations problématiques et à diminuer voire arrêter ces consommations [16].

Le repérage précoce de conduites à risques prend aussi une place légitime dans la prévention.

4.7.2. Prévention ciblée des femmes enceintes

Des campagnes de prévention contre les addictions et leurs effets sur la grossesse ont été mises en place par les pouvoirs publics, telle la campagne « zéro alcool » de l'INPES en 2006. Soixante pour cent des usagers pensent encore qu'une femme peut, sans risque pour son bébé, consommer de l'alcool de façon ponctuelle et en faible quantité. Des campagnes de prévention sur l'alcool et le tabac ont été développées, notamment en 2004 avec « 9 mois... 0 alcool 0 tabac » mais il n'existe pas de campagne de prévention concernant spécifiquement les effets des drogues pendant la grossesse [17].

La place des professionnels de santé est primordiale dans la prévention des effets des conduites addictives et dans l'information des femmes pendant la grossesse. Les consultations de grossesse restent des moments privilégiés pour évaluer la consommation de la femme, même si le dépistage n'est pas toujours réalisé dans les maternités. Mais parler d'addictions avec les patientes requiert de l'expérience et surtout de savoir dépasser les réticences à aborder ce sujet. Le choix d'un questionnaire acceptable pour les professionnels et les patientes, reste un moyen pratique et efficace pour évaluer les conduites addictives en cours de grossesse, en complément de l'interrogatoire. Mais ces questionnaires sont peu répandus chez les sages-femmes et les obstétriciens.

4.8. Soins [18]

Concernant l'alcool, la femme présente des symptomatologies physiques et psychiques plus marquées avec de plus, des comorbidités psychiatriques plus fréquentes, à type de dépression, de troubles anxieux, de troubles du comportement alimentaire. Ces comorbidités rendent plus difficiles la prise en charge de la femme enceinte alcoolo-dépendante tant sur le plan du diagnostic que sur le plan des choix thérapeutiques. Le risque de malformation fœtale justifie le sevrage thérapeutique maternel avec une hospitalisation recommandée et un suivi psychothérapeutique pendant et après la grossesse.

La grossesse représente fréquemment un facteur motivationnel pour la diminution voire l'arrêt du tabac. Cependant les femmes qui diminuent leur consommation, ont tendance à inhaler plus profondément donc à augmenter le taux de monoxyde de carbone. L'arrêt du tabac étant bénéfique quel que soit le terme de la grossesse, les professionnels de santé doivent proposer une aide au sevrage dès la première visite et durant toute la grossesse. Il existe différentes approches psychologiques et/ou comportementales qui peuvent être mises en place dans la prise en charge de l'arrêt du tabac, mais toutes passent par une écoute de la femme enceinte fumeuse pour lui permettre de prendre conscience de l'aspect toxicomanie du tabagisme. Durant la grossesse la substitution nicotinique peut être utilisée pour l'aide au sevrage, en complément d'une approche psychologique et/ou comportementale.

En cas de dépendance aux opiacés, il existe un consensus en faveur d'une utilisation continue des traitements de substitution aux opiacés (TSO), comme la méthadone et la

buprénorphine, pendant toute la grossesse. Les bénéfices principaux des TSO pendant la grossesse résident dans la prévention des interruptions de grossesse, des hypotrophies fœtales et dans l'amélioration du suivi de grossesse, la réduction des risques d'infections virales et la baisse globale des niveaux de consommation de drogues.

Dans une situation de troubles du comportement alimentaire, la grossesse doit être considérée comme à haut risque, elle nécessite une prise en charge multidisciplinaire et rapprochée. La femme doit être orientée vers une unité spécialisée pour y bénéficier d'un encadrement thérapeutique et d'une éducation sur les modifications corporelles, la prise de poids, l'équilibre alimentaire.

5. Prise en charge des nouveau-nés et des enfants de mères addictes [19]

L'alcool atteint gravement le fœtus, avec le syndrome d'alcoolisation fœtale complet ou de formes atténuées, entraînant des retards mentaux et des handicaps majeurs. Un repérage précoce de ces enfants favorise un suivi médical régulier et la mise en place d'un accompagnement familial permettant une stabilité ainsi que des issues scolaires et professionnelles moins défavorables.

Concernant les opiacés, la prise en charge se fait principalement à la naissance avec la gestion du syndrome de sevrage que peut développer l'enfant, en prévenant l'inconfort du nouveau-né par des techniques de nursing (emmaillotage, peau à peau, bercement...). Le recours à des traitements non opiacés se fait peu fréquemment.

Pour finir, lorsque la mère souffre de troubles du comportement alimentaire, il faut prévoir une prise en charge du couple mère-bébé avec des professionnels adaptés, car les mères ont plus tendance à contrôler les repas et la prise de poids de leur enfant. Un suivi pédiatrique est donc indispensable.

Quel que soit le comportement addictif de la mère, le devenir de l'enfant va principalement dépendre de l'environnement dans lequel il va évoluer. Un environnement stable permet à l'enfant d'évoluer dans les meilleures conditions possibles.

6. Epidémiologie des conduites addictives sur le plan national

6.1. En population générale [20]

Sur le plan national, les substances licites, le tabac et l'alcool, restent les produits les plus consommés qu'il s'agisse d'une expérimentation ou d'un usage quotidien. Le tabac, moins souvent expérimenté que l'alcool (35,5 millions versus 44,4 millions) est plus consommé quotidiennement (13,4 millions versus 4 millions).

Concernant les drogues illicites, le cannabis prend la première place du produit le plus consommé avec 13,4 millions d'expérimentateurs et plus d'un million de consommateurs réguliers. La cocaïne se place en deuxième dans les produits illicites consommés avec un usage environ dix fois moins important en termes d'expérimentation ou d'usage à l'année.

Parmi les 18-64 ans, les consommations varient selon l'âge et le sexe. Pour tous les produits les hommes se révèlent plus consommateurs que les femmes ; les consommations ou expérimentations de tabac, cannabis et autres produits illicites sont plus fréquentes chez les plus jeunes, à l'inverse de la consommation régulière d'alcool.

Un Français sur dix (10,4 %) a pris des anxiolytiques dans l'année, 6,3 % des somnifères et 6,2 % des antidépresseurs. La proportion d'utilisateurs au cours de l'année est passée de 15,1 % à 18,3 % entre 2005 et 2010, cette hausse est due principalement à l'évolution des usages chez les femmes de 55 à 75 ans.

L'anorexie touche en majorité les filles (à 90 %) ; les pics d'apparition de la maladie se situent entre 13-14 ans et 16-17 ans. Toutefois, l'anorexie peut apparaître dans l'enfance ou à l'âge adulte.

La boulimie atteint surtout les jeunes filles (environ six filles pour un garçon), débutant généralement plus tard que l'anorexie, avec un pic de fréquence vers 19-20 ans.

6.2. Chez les femmes

Les hommes consomment plus de boissons alcoolisées (18%) que les femmes (6 %), mais 35% des femmes déclarent une consommation hebdomadaire. Les épisodes d'ivresse au cours de l'année augmentent globalement (19 % en 2010) cependant l'ampleur de la hausse a été plus importante chez les jeunes de 18 à 34 ans, et en particulier chez les jeunes femmes de 18 à 25 ans, pour qui les niveaux ont le plus nettement augmenté : leur consommation ponctuelle de quantités importantes est passée de 30 à 42 % entre 2005 et 2010, et l'ivresse au cours de l'année de 20 à 34 %. La hausse des usages à risque ponctuel et chronique apparaît, là encore, marquée chez les jeunes femmes de 18 à 25 ans (41 % en 2010 versus 29 % en 2005) [20].

Le test de Fagerström, auto-questionnaire d'évaluation de la dépendance tabagique, révèle qu'en 2010, 35 % des fumeurs quotidiens présentent des signes de dépendance moyenne et 18 % de forte dépendance. Cette dernière augmente avec l'âge jusqu'à 54 ans et diminue ensuite, touchant environ 17% des femmes [20].

En 2010, parmi les adultes âgés de 18 à 64 ans, environ un tiers (33 %) déclare avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. Cette expérimentation est le fait de 25% de femmes. L'usage actuel (dans les 12 derniers mois) concerne 5 % des femmes. Ces usages touchent particulièrement les jeunes générations avec 9 % de filles de 18-25 ans ayant un usage récent (au cours du dernier mois) et 4 % pour les usages réguliers (au moins dix fois au cours des trente derniers jours). Concernant les autres drogues, le niveau d'expérimentation est de 1,7% chez les femmes (0,6% pour l'héroïne et 3,8% pour la cocaïne) [20].

Il est estimé que 5 à 7% des femmes en âge de procréer souffrent de troubles du comportement alimentaire. La prévalence de l'anorexie mentale est estimée entre 0,5 à 1% chez les jeunes femmes. Son incidence est de 1 à 12 cas par an en France pour 100 000 habitants, la prévalence de la boulimie est de 1 à 3% [10, 21].

7. Epidémiologie nationale des conduites addictives chez les femmes enceintes

L'enquête périnatale nationale 2010, montre que la consommation de tabac déclarée par les femmes diminue, aussi bien avant la grossesse (30,5 % contre 35,9 % en 2003) qu'au cours de celle-ci (17,1 % ont fumé au troisième trimestre de leur grossesse contre 20,8 %). Les femmes s'arrêtent de fumer majoritairement au début de la grossesse (81%) [22].

Pour la consommation d'alcool, 19,7 % des femmes déclarent avoir bu au moins une fois durant leur grossesse, alors qu'elles savaient qu'elles étaient enceintes. Par ailleurs, 3,7 % des femmes déclarent une consommation de plus de trois verres en une même occasion [22].

Il n'existe actuellement en France dans la littérature, aucune donnée sur la prévalence de la consommation de cannabis et autres drogues illicites pendant la grossesse.

Il en est de même pour les troubles du comportement alimentaire, peu d'études s'y sont intéressées. D'après le PHRC national de 2010, il est probable que 3% des femmes prises en charge pendant leur grossesse présentent un trouble du comportement alimentaire [23].

8. Epidémiologie de l'impact sur la santé [24]

49 000 décès par an sont attribuables à l'alcool ; ce nombre correspond à la mortalité et à l'augmentation des risques d'être atteint par certaines pathologies (cancers, cirrhoses) suivant les quantités d'alcool consommées.

En 2004, le nombre de décès attribués au tabac comprenant, les principaux cancers liés au tabac, les maladies respiratoires et les maladies cardio-vasculaires, est d'environ 73 000 décès dont 59 000 chez les hommes. En 2006, on estime le nombre de décès par cancers attribuables au tabac à 36 990, dont 22 645 par cancer du poumon. Même si la situation masculine s'améliore alors que celle des femmes se détériore, les hommes touchés sont quatre fois plus nombreux que les femmes.

Les hommes interpellés pour usage d'héroïne, cocaïne ou crack ont un risque global de décès 5 fois plus élevé que leurs homologues et 9 fois plus pour les femmes. Des surdoses, une mortalité liée au sida et aux hépatites B et C, une exposition accrue aux accidents de la route, aux suicides et aux pathologies des appareils circulatoire, respiratoire et digestif, expliquent cette surmortalité. Parmi les usagers de drogues injectables, la prévalence du VIH est de 6,2% à 7,4 % et du VHC est de 33,3 % à 46 %.

Le nombre annuel de décès à la suite d'un accident de la route imputable au cannabis est estimé, à la fin des années 2000, entre 175 et 190 décès, En ce qui concerne la mortalité globale liée à la consommation de cannabis, quelques études font apparaître une surmortalité des usagers par rapport aux non-usagers. La responsabilité de cette substance dans certaines pathologies est cependant avérée, en particulier dans le cancer du poumon, dont l'usage du cannabis multiplierait le risque par 3.

9. Epidémiologie de la prise en charge [24]

En 2011, 133 000 personnes ayant un problème avec l'alcool viennent consulter en ambulatoire mais des usagers en difficulté sont également vus dans les hôpitaux ou en médecine de ville. Pour 2011, les statistiques hospitalières hors psychiatrie ont enregistré plus de 147 000 séjours avec un diagnostic principal de troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool et environ 48 800 séjours pour sevrage à l'alcool. En incluant les séjours liés à l'alcool en diagnostic associé, 470 000 hospitalisations mentionnant un problème d'alcool ont été recensées en 2011, dont 280 000 pour des troubles liés à la dépendance.

En 2012, les substituts nicotiques de traitements d'aide à l'arrêt du tabac représentent plus de 95 % des ventes en pharmacie. Les consultations de tabacologie ont accueilli en moyenne 15,2 nouveaux patients par mois en 2012, dont 53 % adressés par un professionnel de santé. En 2009, au cours d'une semaine donnée, environ 90 000 personnes ont consulté un médecin généraliste dans le cadre d'un sevrage tabagique. En 2013, 2,4 millions de fumeurs ont recours à des traitements d'aide à l'arrêt du tabac

Les prises en charge concernant uniquement ou principalement la cocaïne, d'autres stimulants ou des médicaments détournés de leur usage sont assez peu fréquentes. En 2011, les statistiques hospitalières (hors psychiatrie) ont enregistré 3 790 séjours pour sevrage de personnes dépendantes à une drogue (hors alcool) et près de 6 400 séjours de personnes prises en charge pour leur usage de drogues illicites (hors cannabis) ou de médicaments détournés. La statistique hospitalière ne permet cependant pas de connaître le nombre d'usagers suivis en ambulatoire dans le cadre de consultations en addictologie.

Au moins 38 000 personnes bénéficient de prises en charge en raison de leur consommation de cannabis dans les structures spécialisées en addictologie.

PARTIE II : notre étude

1. Description de l'étude

1.1. Historique

Sur le plan national, les enquêtes périnatales, réalisées en 2003 et 2010 par l'INSERM, permettent de dresser le profil des femmes enceintes. Parmi les questions de l'enquête certaines portaient sur les consommations d'alcool, de tabac et de cannabis pendant la grossesse. En raison d'une évolution continue des termes et définitions en addictologie, des études sur la prévalence des conduites addictives pendant la grossesse et leurs impacts, semblent essentielles pour une prise en charge optimale des femmes enceintes.

En 2008, au niveau local, au CHU de Nantes, une étude sur la prévalence des conduites addictives chez 300 femmes, a été réalisée. Son but premier était l'évaluation de la prévalence des conduites addictives chez les femmes enceintes de la maternité du CHU de Nantes. Les objectifs secondaires étaient de déterminer le statut addictologique des femmes consommatrices de tabac, cannabis ou alcool, d'étudier le lien avec la poursuite de la consommation durant la grossesse mais également d'étudier le statut sociodémographique des femmes consommatrices de toxiques pendant la grossesse.

Suite à cette étude, une autre a été réalisée en 2009 permettant d'étudier la prévalence des conduites addictives chez 500 femmes enceintes à Nantes. L'objectif de cette enquête était l'évaluation de la prévalence des conduites addictives chez les femmes enceintes sur le bassin nantais et de la différence entre maternité publique (CHU) et maternités privées (Maison de la naissance à Jules Verne et Clinique de l'Atlantique) [25].

Depuis ces deux études, aucune autre enquête traitant des conduites addictives pendant la grossesse n'a été menée. De plus, aucune étude n'a été réalisée sur l'ensemble de la région des Pays de la Loire. Une enquête sur la prévalence des conduites addictives pendant la grossesse, a donc été mise en place au sein du Réseau Sécurité Naissance.

1.2. Méthode

Le Réseau « Sécurité Naissance-Naître ensemble » est une association regroupant les vingt-trois maternités des Pays de la Loire et les professionnels de la périnatalité. Le réseau possède différentes missions [26]:

- La coordination, l'harmonisation et l'amélioration de la qualité des soins.
- L'organisation de l'offre et des parcours de soins.
- L'évaluation de l'activité dans le domaine de la périnatalité.
- La participation à des actions de prévention.

Le choix d'une enquête par questionnaire a été arrêté, permettant d'obtenir un nombre conséquent de réponses et évitant au maximum les limites déclaratives.

L'enquête s'est adressée aux femmes ayant accouché dans les maternités du Réseau Sécurité Naissance des Pays de la Loire. Le questionnaire a été proposé aux 23 maternités du réseau par l'intermédiaire des cadres sages-femmes, médecins et professionnels addictologues.

Les cadres étaient chargés de mettre les questionnaires à disposition des soignants ; sages femmes, médecins. Ceux-ci étaient distribués dans les services de suites de couches, à toutes les femmes, le jour même de leur accouchement ou dans les jours suivants, ceci pendant une semaine déterminée. L'enquête s'est déroulée pendant huit mois, de juillet 2012 à février 2013. Il s'agissait d'auto-questionnaires, anonymes et complétés de façon libre par les accouchées.

1.3. Le questionnaire

1.3.1. Description du questionnaire

Le questionnaire, mis au point par le Réseau « Sécurité Naissance-Naitre ensemble », comportait plusieurs parties :

- Description sommaire de la patiente : âge, taille, poids avant grossesse et prise de poids pendant la grossesse. Il était également demandé le lieu d'habitation, le lieu d'accouchement, la date d'accouchement, le terme, le sexe et le poids du ou des nouveau-nés.
- Description de la consommation éventuellement de tabac avant grossesse, aux premier et troisième trimestres de la grossesse. Les patientes devaient indiquer le nombre de cigarettes fumées par jour et le type de cigarette (industrielle ou roulée). La même question était posée pour la consommation de cannabis.
- Description de la consommation éventuelle d'alcool avant la grossesse et aux premier et troisième trimestres de grossesse. Les questions portaient sur la consommation éventuelle, la quantité par occasion (nombre de verres) et la fréquence des occasions.
- Description d'une prise de médicaments psychotropes ou autres substances (héroïne et cocaïne) avant la grossesse et/ou pendant. Le médicament ou produit devait être renseigné ainsi que la fréquence de prise.
- Description d'éventuels troubles du comportement alimentaire à type de boulimie, anorexie, alternance des deux, avant la grossesse aux premier et troisième trimestres.
- Suite à ces questions les patientes devaient indiquer si les conduites addictives avaient été abordées par un professionnel de santé pendant la grossesse ou si elles avaient pu parler d'une conduite addictive avec un professionnel.

1.3.2. Méthodes statistiques

Les données qualitatives sont exprimées en pourcentage. Les quantités sont présentées avec les moyennes \pm un écart type avec le minimum et le maximum. Les comparaisons sont faites avec le test du χ^2 ou le test de Fisher pour les pourcentages, les moyennes avec le test de Student ou une ANOVA. Pour étudier les répercussions sur l'état néonatal du tabagisme maternel, une analyse multivariée a été pratiquée avec régression logistique sous SPSS 20.0 avec présentation d'un odds ratio ajusté.

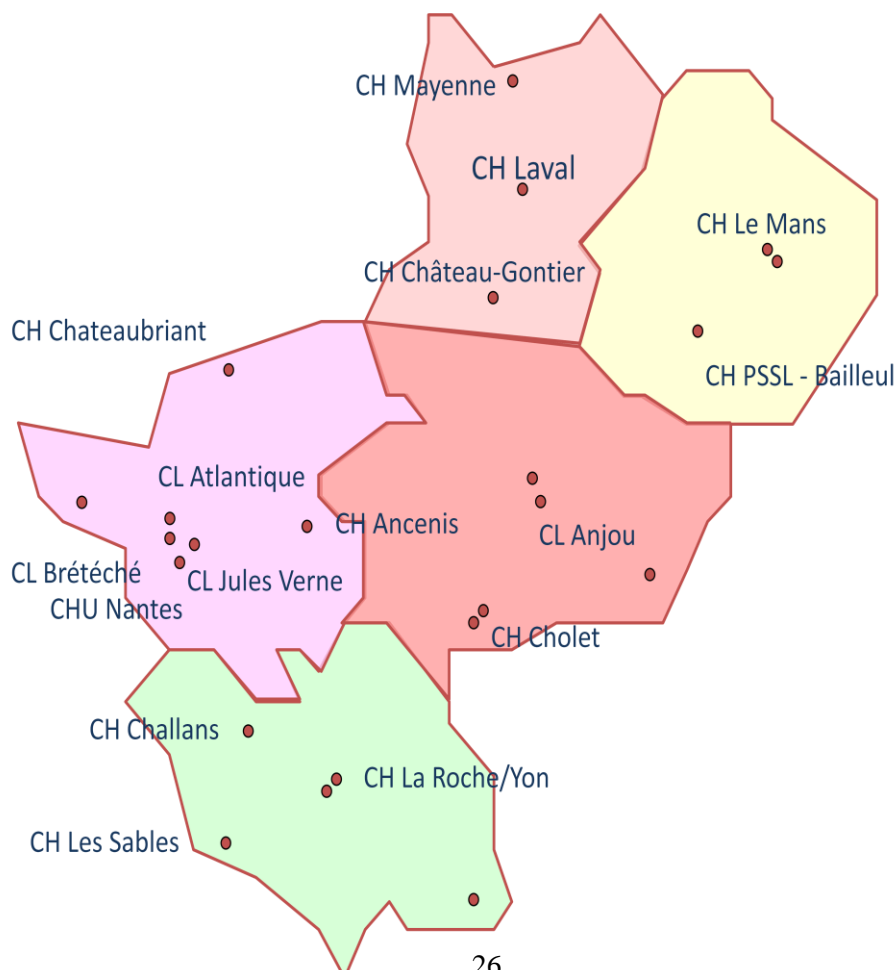
Les RCIU ont été définis à partir de la table de Kramer en tenant compte de l'âge gestationnel, du poids de naissance et du sexe de l'enfant. En raison du petit nombre de RCIU < 2DS (2%) le seuil choisi a été < -1DS (17%).

2. Résultats

2.1. Description des 16 maternités du réseau ayant répondu aux questionnaires

Sur les 23 maternités du Réseau «Sécurité Naissance-Naitre ensemble » des Pays de la Loire, 16 ont répondu avec 343 questionnaires retournés, le taux de réponses s'élève à 57 % ; ce résultat, théorique correspond à une extrapolation à partir du nombre total d'accouchements dans le réseau, rapporté à une semaine. Cela permet de penser que l'échantillon de patientes répondant à l'enquête est représentatif et exploitable.

Figure 1: Localisation des maternités ayant répondu



Dans chaque département, plus de la moitié des maternités du réseau ont répondu :

- Six sur sept en Loire Atlantique
- Trois sur cinq en Vendée et dans le Maine et Loire
- Deux sur trois dans la Sarthe
- La totalité en Mayenne

Tableau 1: Profil des maternités ayant répondu

Maternité	Type	Nombre d'accouchement en 2012	Consultation addictologie possible	Nombre de réponses
1. CHU Nantes	Type 3	3949	Oui	21
2. Clinique de l'Atlantique	Type 2B	4 758	Oui	33
3. Clinique Jules Verne	Type 2A	3 344	Oui	21
4. Clinique Brétéché	Type 1	1 435	Oui	23
5. CH Challans	Type 1	859	Non	10
6. CH Le Mans	Type 3	3 750	Oui	47
7. CH Cholet	Type 2B	2 047	Oui	22
8. CH Laval	Type 2A	1 701	Non	28
9. CH Châteaubriant	Type 2A	677	Oui	11
10. CH La Roche sur Yon	Type 2B	2773	Non	29
11. CH Sables d'Olonne	Type 1	654	Non	16
12. CH Château Gonthier	Type 1	955	Non	11
13. CH Mayenne	Type 1	726	Non	14
14. CH Pôle Santé Sarthe et Loire	Type 1	630	Non	12
15. CH Ancenis	Type 1	838	Oui	12
16. Clinique de l'Anjou	Type 2A	2118	Non	33
Total	16	31 214	8	343

Le nombre de réponses diffère d'un département à l'autre. La Loire Atlantique présente le taux le plus élevé avec 35,3%, la Mayenne le plus faible avec 15,5%. Les pourcentages de réponses des autres départements des Pays de la Loire sont respectivement 17,2% pour la Sarthe et 16% pour la Vendée et le Maine et Loire. Sur les seize maternités ayant répondu à l'enquête, six sont en Loire Atlantique, trois en

Mayenne et en Vendée et deux en Sarthe et en Maine et Loire. Les trois niveaux possibles de maternité sont représentés, deux établissements de type 3, sept de type 2 (A ou B) et sept de type 1.

Le tableau ci-dessus, indique que sur les seize établissements ayant participé à l'enquête la moitié propose des consultations en addictologie.

2.2. Profil général des femmes ayant répondu à l'enquête

Tableau 2: Profil des femmes

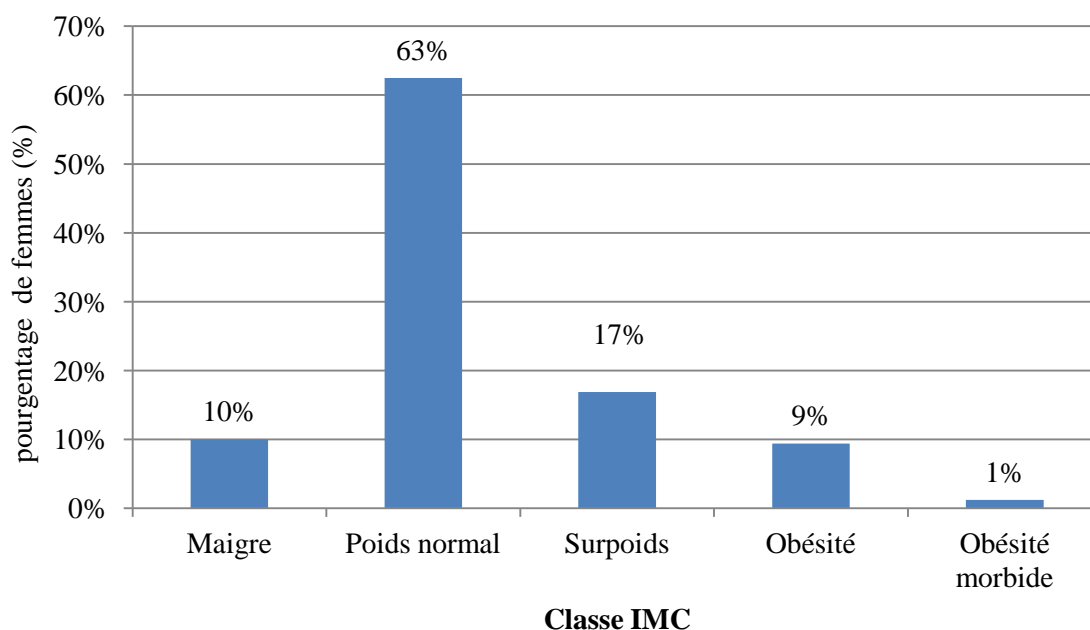
	Moyenne	Min - Max
Age (années)	29,5 ±5,2	19 - 43
Taille (m)	1,64 ± 0,06	1,46 - 1,82
Poids (kg)	64,1 ± 14,6	37 - 139
IMC (kg/m ²)	23,7 ± 5,2	15,5 - 51

L'âge moyen de ces femmes se situe à 29,5 ans ($\pm 5,2$ ans) avec un âge minimal de 19 ans et un maximal de 43ans. Le profil d'âge des femmes ayant répondu semble concordant avec celui des femmes des Pays de la Loire dont la moyenne d'âge est de 29,8 ans [27].

Sur les 343 femmes ayant répondu, 331 ont renseigné correctement leur taille et leur poids avant la grossesse. Sur ces femmes, 10% sont considérées comme maigres ($IMC < 19$), 62,5 % avec une corpulence normale ($19 \geq IMC < 25$), 17% en surpoids ($25 \geq IMC < 30$), 9,5% obèses ($30 \geq IMC < 40$) et 1% présente une obésité morbide ($IMC > 40$).

Aux âges extrêmes, entre 15 – 19 ans et 40 – 44 ans, les femmes ayant répondu semblent avoir tendance à être plus maigres, tout en restant dans la normale, avec des IMC à 21 - 22 kg/m².

Figure 2: Répartition des femmes selon leur IMC



63% des femmes de l'étude ont un indice de masse corporelle normal et 17% des femmes semblent être en surpoids. Notre enquête montre un pourcentage similaire de femmes maigres et de femmes obèses, avec un résultat de 10% et 9%. Le pourcentage de femmes ayant un IMC normal correspond à celui de l'enquête périnatale de 2010, dont le résultat est de 64,6%.

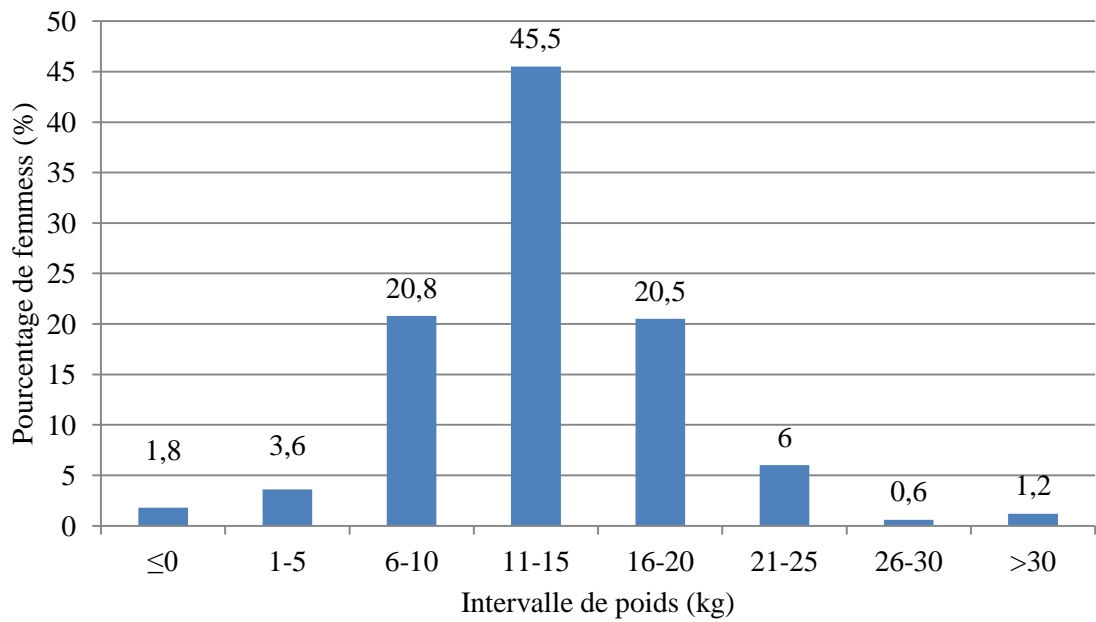
On ne peut pas affiner plus précisément le profil des femmes ayant répondu à l'enquête dans d'autres domaines, les questionnaires ne permettant pas d'obtenir des informations sur les antécédents médicaux et les traitements suivis.

2.3. Profil des grossesses des femmes ayant répondu à l'enquête

L'enquête ne prévoyait pas de recherche d'informations sur les antécédents obstétricaux (la parité, les fausses couches, les interruptions de grossesse, les antécédents de prématurité, etc...).

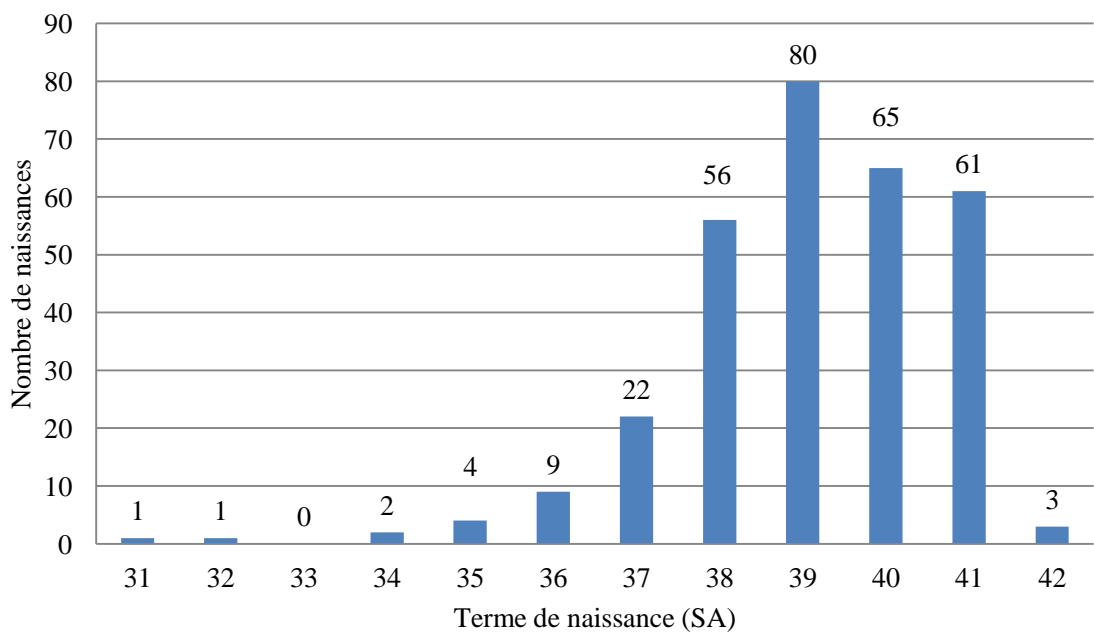
Les réponses montrent une prise de poids de 14 kg en moyenne. Cependant sur l'ensemble des femmes les écarts de poids apparaissent comme importants, variant d'une perte pondérale de 9 kg à une prise de 72 en neuf mois.

Figure 3: Prise de poids durant la grossesse



Pour toutes les classes d'IMC, la prise de poids se trouve entre 11 et 15 kg. Les femmes en surpoids ou obèses paraissent prendre moins de poids que celles de poids normal ou de poids inférieur à la normale, ce qui correspond aux chiffres nationaux.

Figure 4: Terme de naissance



Le terme moyen de naissance se situe à 39 SA, avec des extrêmes à 31 SA et 42 SA. D'après l'enquête périnatale de 2010, le terme moyen sur le plan national est de 40 SA. Le poids de naissance moyen des nouveau-nés de l'enquête se situe à 3350 grammes (± 520 grammes), sur le plan national à 3254 grammes ($\pm 567,7$ grammes). Notre échantillon de nouveau-nés est représentatif.

Les nouveau-nés de l'étude sont à 51,7% des garçons et à 48,3% des filles.

2.4. Description des profils addictifs et des conséquences

2.4.1. Les profils addictifs

2.4.1.1. Alcool et grossesse

Tableau 3: Profil des femmes déclarant consommer de l'alcool

	Pas d'alcool avant ni pendant grossesse N= 154	Alcool avant grossesse N= 165	Alcool pendant grossesse T1*** N= 9	Alcool pendant grossesse T3*** N= 15	p
Age (ans)	29,1 \pm 5,7	29,7 \pm 4,8	30,7 \pm 6,1	31,5 \pm 4,7	0,3
IMC (kg/m ²)	24,7 \pm 5,7	22,9 \pm 4,7	22,9 \pm 3,5	22,5 \pm 2,4	0,01
Femmes maigres* (%)	7,4	13,2	0	6,7	0,13
Surpoids/ obésité** (%)	37,1	19,5	33,3	13,3	0,13

* IMC < 19

** IMC \geq 25

*** T1 : 1^{er} trimestre ; T3 : 3^{ème} trimestre

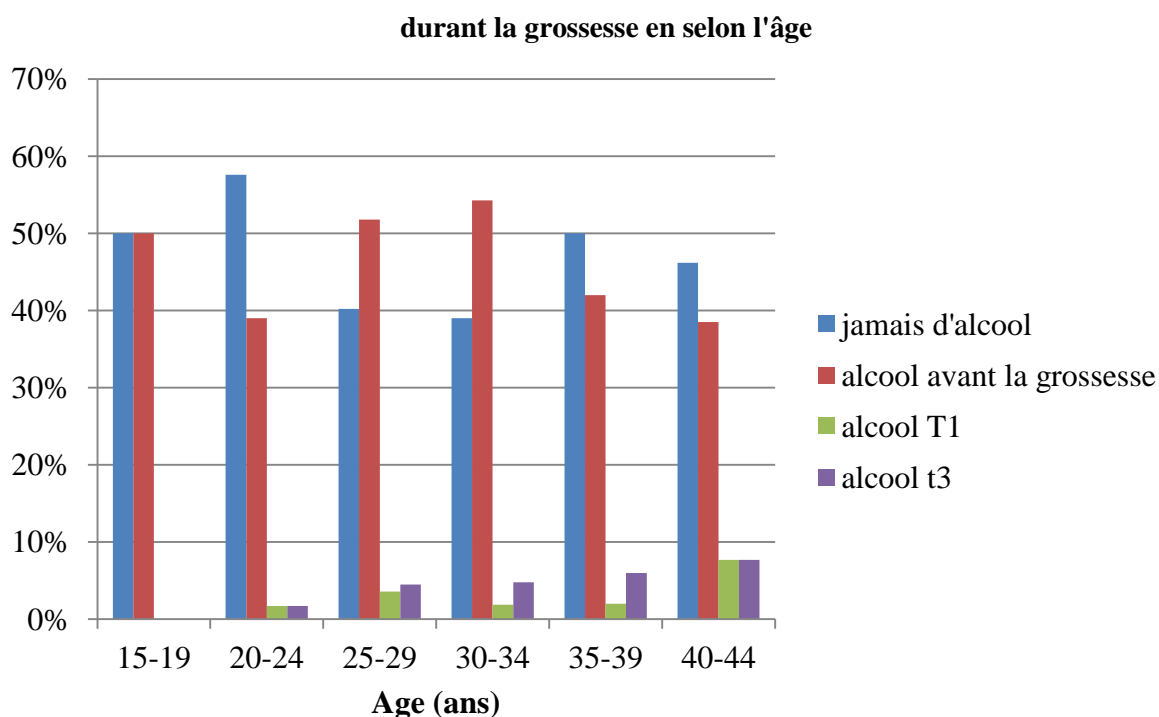
La moyenne d'âge augmente de deux ans entre les femmes n'ayant jamais bu d'alcool ni avant ni pendant la grossesse et celles buvant au troisième trimestre. Les non consommatrices d'alcool avant la grossesse ont en moyenne 29 ans et les consommatrices sont âgées de 31,5 ans en moyenne.

De plus, ce tableau nous indique que les femmes n'ayant jamais consommé d'alcool, que ce soit avant ou pendant la grossesse, sont à 37,1% en surpoids voir obèses. On peut également remarquer que les femmes ne cessant pas leur consommation d'alcool au troisième trimestre, apparaissent comme plus maigres que les femmes ne consommant pas d'alcool avant la grossesse.

La tranche d'âge regroupant le plus de femmes semblant déclarer boire de l'alcool pendant le premier trimestre apparaît être celle des 40 – 44 ans. Il en est de même au troisième trimestre. Les femmes entre 30 et 34 ans apparaissent comme les plus nombreuses à ne pas consommer d'alcool aux premier et troisième trimestres de la

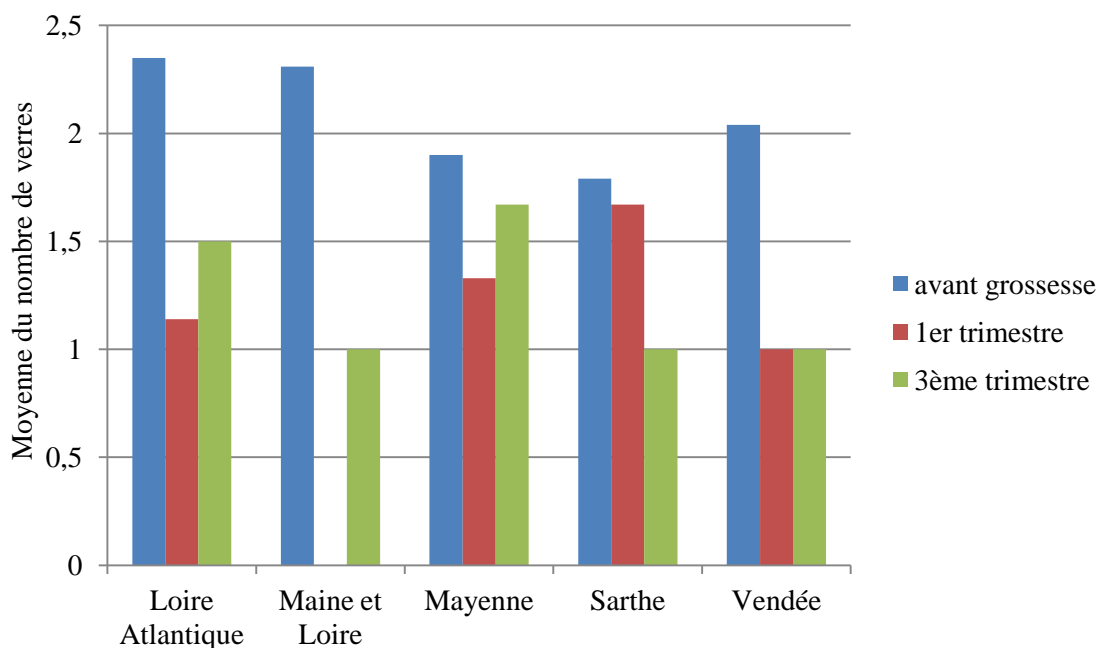
grossesse (54,3%) mais également les plus nombreuses à consommer de l'alcool avant la grossesse.

Figure 5: Evolution de la déclaration de la consommation d'alcool



La consommation d'alcool déclarée s'avère variable d'un département à l'autre. Ainsi les femmes venant de Sarthe sont plus nombreuses à ne pas consommer d'alcool avant la grossesse (59,3%) et les femmes de Vendée paraissent être plus nombreuses à déclarer consommer de l'alcool avant la grossesse (56,4%). De même, aux premier et troisième trimestres de grossesse, les femmes de Vendée semblent moins consommatrices (98,2%) et les femmes de Mayenne semblent être plus consommatrices (7,5%).

Figure 6: Moyenne du nombre de verres par occasion chez les buveuses selon le département



Le nombre de verres consommés varie d'un département à l'autre mais, de façon générale, diminue durant la grossesse. Cependant dans aucun département la consommation ne s'avère nulle pendant toute la grossesse.

2.4.1.2 Tabac, cannabis et grossesse

Tableau 4: Profil des femmes déclarant fumer

	Pas de tabac ni avant ni pendant grossesse N= 240	Tabac avant grossesse N= 50	Tabac pendant grossesse T1*** N= 14	Tabac pendant grossesse T3*** N= 39	p
Age (ans)	30,1 ± 5,2	29,1 ± 5	27,4 ± 6,2	27,3 ± 4,7	0,005
IMC (kg/m ²)	23,9 ± 5,3	23,3 ± 5,1	23,1 ± 6,9	23 ± 3,4	0,47
Femmes maigres* (%)	10	12	7,1	8,1	0,24
Obésité ou surpoids** (%)	29,6	28	14,2	18,9	0,24
Conjoint fumeur (%)	23,2	72,1	57,1	83,8	0,00
Quantité cigarettes	--	10 ± 6	6 ± 4	5 ± 3	--

*IMC <19

**IMC ≥25

*** T1 : 1^{er} trimestre ; T3 : 3^{ème} trimestre

Les femmes n'ayant jamais fumé ont en moyenne 30 ans alors que celles déclarant fumer au troisième trimestre de la grossesse ont 27 ans. L'écart d'âge entre les non fumeuses avant la grossesse et les fumeuses est de trois ans. La différence d'IMC, entre les non fumeuses et les fumeuses pendant la grossesse, reste peu importante (23,9 kg/m² versus 23 kg/m²). L'IMC est plus faible, tout en demeurant normal, pour les femmes fumant aux premier et troisième trimestres de la grossesse. La prise moyenne est de quinze kilogrammes lors de l'arrêt du tabac.

Nous pouvons remarquer que les femmes fumant au troisième trimestre déclarent dans 83,8% des cas que leur conjoint fume également.

Sur les 96 patientes fumant avant la grossesse, sept déclarent consommer du cannabis, avec une moyenne d'âge de 26 ans. Le nombre de consommatrices de cannabis étant trop faible, leur profil ne peut être réalisé.

Au troisième trimestre de la grossesse, la moyenne d'âge des femmes stoppant leur consommation est de 27 ans pour le tabac et de 25ans pour le cannabis (ceci est une observation non significative si nous tenons compte du nombre de réponses pour le cannabis). De façon globale, la quantité de cigarettes diminue entre la période avant la grossesse et la grossesse.

Tout comme pour l'alcool, les consommations de tabac et de cannabis semblent différer selon le département. Les femmes de Loire-Atlantique paraissent déclarer être les plus fumeuses, que se soit en dehors de la grossesse ou pendant (39,6 % / 37,3 % / 39,5 %). Il n'en est pas de même pour le cannabis ; dans la Sarthe les femmes sont les plus consommatrices de cannabis avant et pendant la grossesse (42,9 %).

Lorsque les variables sont étudiées dans l'ensemble (tableau 5) en analyse multivariée, le jeune âge est associé à la persistance du tabagisme au T3 / femmes non fumeuses. Par ailleurs, le RCIU tel que défini (< 1 DS) est associé (p = 0.05) à la persistance du tabac pendant la grossesse même en tenant compte de l'âge, de la taille, du poids et de la prise de poids pendant la grossesse.

Tableau 5 : Analyse multi variée de trois populations

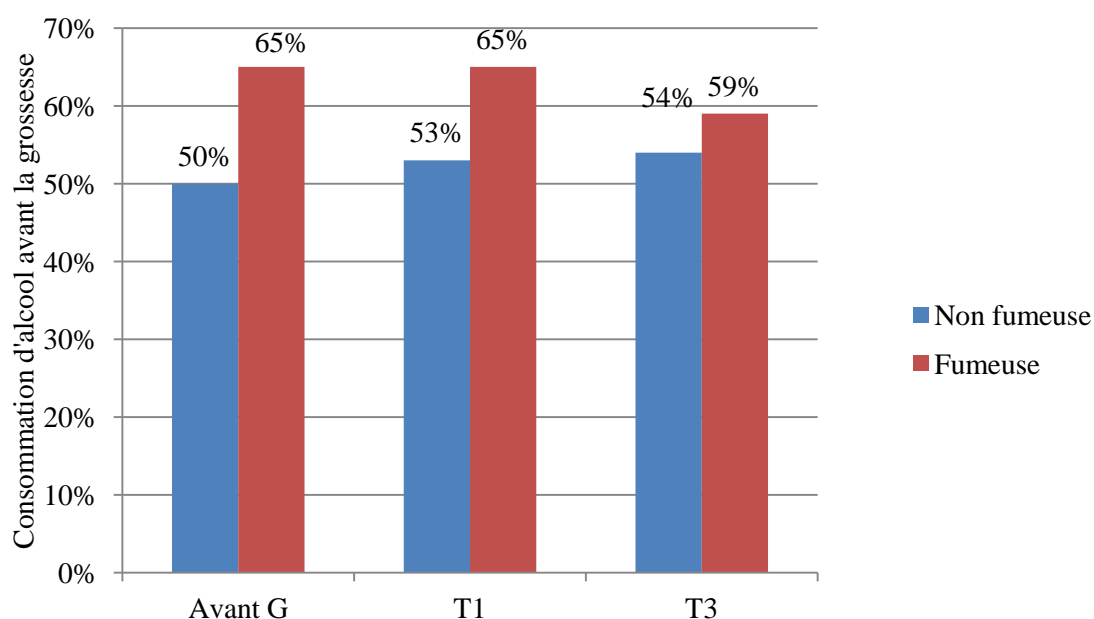
Critères	Non fumeuses versus fumeuses T3		Fumeuses qui arrêtent pendant grossesse versus fumeuses T3	
	ORa	p	ORa	p
Age (ans)	1,11	0,01	1,05	0,32
Prématuré (%)	0,57	0,44	0,32	0,25
Poids (kg)	1,009	0,57	1,002	0,89
Prise poids (kg)	0,96	0,34	0,99	0,99
Taille (cm)	1,01	0,63	1,04	0,44
OH avant G (%)	1,12	0,77	0,47	0,13
RCIU < - 1 DS (%)	0,45	0,08	0,32	0,05
Sexe (% G)	1,18	0,67	1,07	0,88

2.4.1.3 Alcool – tabac conjugués et grossesse

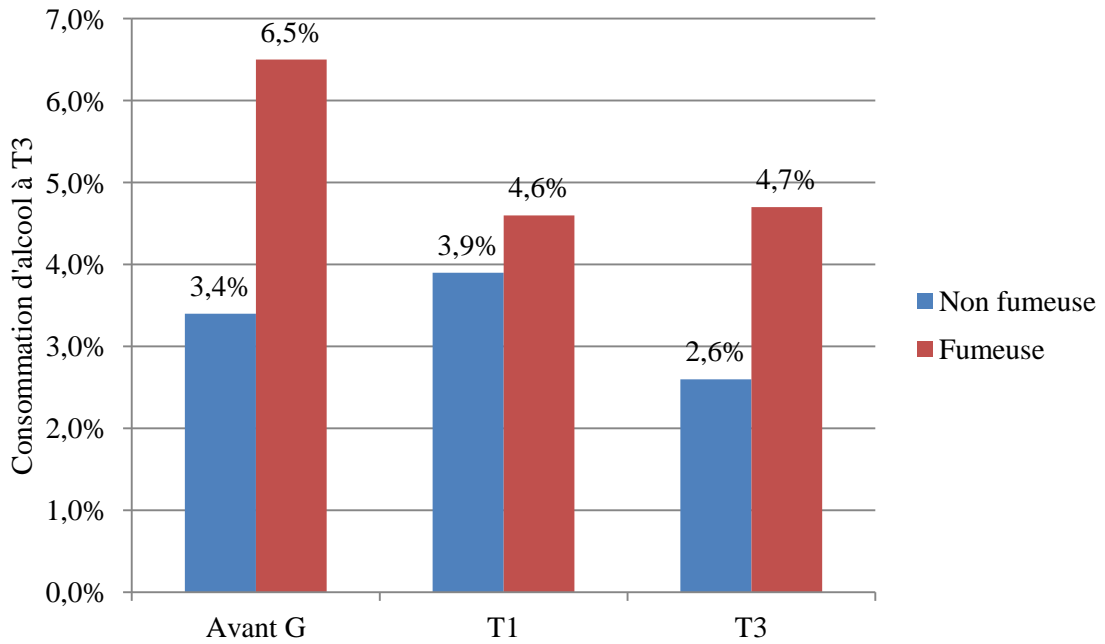
L'étude met en évidence que 64,6 % des femmes déclarant fumer semblent également consommatrices d'alcool avant la grossesse, 5,9 % d'entre elles consomment du tabac et de l'alcool au premier trimestre et 2,6 % au troisième trimestre de la grossesse. 85,7 % des femmes attestant fumer du cannabis sont également consommatrices d'alcool avant la grossesse, elles le sont à 50 % au premier trimestre et il ne semble pas plus y avoir d'association cannabis- alcool au troisième trimestre de la grossesse, mais encore une fois les chiffres autour du cannabis ne sont pas exploitables.

Figure 7 : Consommation d'alcool en fonction de la consommation de tabac

- Déclaration d'alcool avant la grossesse



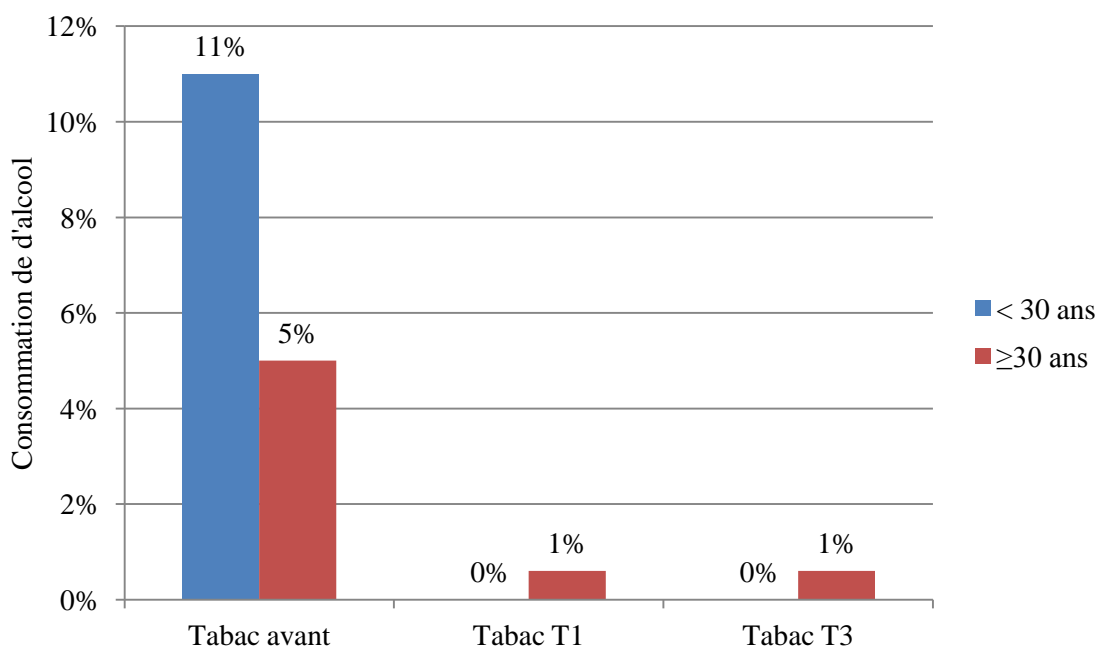
- Déclaration d'alcool au 3^{ème} trimestre



Les femmes consommant de l'alcool avant la grossesse semblent fumer à 65% avant la grossesse mais également au premier trimestre. Elles sont encore 59% à fumer au troisième trimestre.

Les consommations diminuent de façon importante. Les femmes continuant à consommer de l'alcool au troisième trimestre de la grossesse sont 6,5% à fumer avant la grossesse et 4,6% et 4,7% aux premier et troisième trimestres.

Figure 8: Consommation de tabac en fonction de la consommation d'alcool selon l'âge



Les femmes de moins de 30 ans semblent plus consommatrices de tabac et d'alcool avant la grossesse que les femmes de plus de 30 ans, mais elles semblent être moins consommatrices au cours de la grossesse.

2.4.1.4. Médicaments, drogues, troubles du comportement alimentaire et grossesse

Lors de cette étude, plusieurs questions sur la consommation de médicaments et/ou de drogues avant et/ou pendant la grossesse, ont été posées. Cependant il n'y a eu que très peu de réponses, rendant ininterprétables les résultats.

Nous ne pouvons donc pas conclure sur la prise de médicaments et de drogues pendant la grossesse.

Tableau 6 : Consommation de médicaments ou drogues avant et pendant la grossesse

	Consommation grossesse	avant	Consommation pendant grossesse
Anxiolytiques	5		7
Méthadone	Pas de donnée		1
Autres	8		20

Il en est de même pour les troubles du comportement alimentaire ; en effet seul 19 patientes déclarent avoir eu des troubles du comportement alimentaire avant leur grossesse. Nous rappelons que les troubles abordés dans le questionnaire étaient l'anorexie, la boulimie, l'alternance des deux, la restriction alimentaire, l'usage abusif de laxatifs, les vomissements et l'hyperactivité physique.

De la même façon, 40 patientes déclarent avoir vomi durant le premier trimestre et 9 au troisième trimestre. Cependant on ne peut corréliser ces vomissements à des TCA car 50% des femmes ont une hyperémèse gravidique durant le premier trimestre de la grossesse.

En ce qui concerne l'usage abusif de laxatifs, la restriction alimentaire et l'hyperactivité physique pendant la grossesse, nous n'avons pas de donnée. Nous ne pouvons donc pas conclure sur la fréquence des troubles du comportement alimentaire pendant la grossesse en Pays de la Loire et leurs conséquences obstétricales et fœtales. Cependant, notre attention peut être retenue par des IMC à 21-22 kg/m² chez les plus jeunes (15-19 ans), tranche d'âge où les TCA plutôt à type d'anorexie sont plus nombreux. Cela nous ramène aussi à l'observation précédente de la continuité de la consommation d'alcool en fonction de l'âge (40-44 ans).

2.4.2. Conséquences néonatales des consommations

2.4.2.1. Alcool

Tableau 7 : Profil de nouveau-nés de mères consommant de l'alcool

	Pas d'alcool ni avant ni pendant grossesse	Alcool avant grossesse	Alcool pendant grossesse T1	Alcool pendant grossesse T3	p
Terme de naissance (SA)	39,1 ± 1,4	38,9 ± 1,7	39,1 ± 3,3	39,8 ± 1,3	0,25
Prématurité (%)	3,8	6,8	11,1	7,1	0,61
Poids de naissance (gr)	3 412 ± 515	3 271 ± 500	3 353 ± 700	3 582 ± 478	0,51
RCIU (< - 1 DS) (%)	9,7	20,6	11,1	13,3	0,06

Dans notre étude, le terme moyen de naissance est de 39 SA. Ce tableau montre que le terme de naissance des nouveau-nés de mères consommant ou non de l'alcool durant la grossesse reste sensiblement le même.

Lorsque la mère consomme de l'alcool au premier trimestre de la grossesse, le pourcentage de naissances prématurées et après terme est identique avec un taux de 11,1%.

2.4.2.2. Tabac

Tableau 8 : Profil des nouveau-nés de mères fumeuses

	Pas de tabac avant pendant grossesse	de ni Tabac avant grossesse	Tabac pendant grossesse T1	Tabac pendant grossesse T3	OR	p
Terme de naissance (SA)	39 ± 1,6	39,4 ± 1,3	38,5 ± 2,9	39,1 ± 1,8	--	0,39
Prématurité (%)	5,7	2,1	10	8,3	7	0,81
Poids de naissance (g)	3353,4 ± 513,7	3466,2 ± 563	3217,3 ± 625,7	3210,8 ± 411,1	--	0,12
RCIU (%)	13,3	14	7,1	30,8	1	0,03

Ce tableau indique que dans notre population d'étude, le terme de naissance reste à environ 39 SA, que les mères fument ou non.

On remarque, à travers ces résultats, que le pourcentage de retards de croissance in-utéro est doublé entre les non fumeuses et les fumeuses au cours de la grossesse. Il passe de 13,3 et 14% avant la grossesse à 30,8% au troisième trimestre.

Dans la majorité des cas le terme de naissance reste entre 37 et 41 SA, que la mère fume ou non. Cependant on peut noter 10% de prématurité lorsque les mères fument au premier trimestre et 8,3% au troisième trimestre.

3. Discussion

3.1. Résumé des résultats

Concernant la consommation de tabac, notre étude met en évidence que 10% des femmes enceintes continuent à fumer au troisième trimestre. Il s'agit de femmes plus jeunes (27 ans) que les femmes non fumeuses au cours de la grossesse. Les conjoints de ces patientes sont, pour la plupart fumeurs. Nous pouvons alors penser que plus les femmes sont jeunes moins elles modifient leur consommation de tabac au cours de la grossesse et d'autant plus que leur conjoint est fumeur.

D'autre part nous constatons que la consommation de tabac baisse avec l'âge, aussi bien avant que pendant la grossesse, mais nous pouvons aussi affirmer que la quantité de cigarettes fumées diminue au cours de la grossesse.

L'étude nous montre que les femmes fumant au troisième trimestre, accouchent de bébés plus petits et ayant plus fréquemment un retard de croissance in utero. Une femme fumant tout au long de la grossesse a plus de risques d'avoir un enfant avec un retard de croissance in utéro mais non nécessairement prématuré.

Nous constatons que la moyenne d'âge des femmes consommant de l'alcool, augmente avec la grossesse. Les femmes ne buvant pas, ni avant ni pendant la grossesse, sont plus nombreuses à être en surpoids ou obèses ; de plus au troisième trimestre les femmes consommatrices d'alcool sont plus maigres.

L'étude met aussi en évidence une différence importante entre les femmes consommatrices d'alcool avant la grossesse et pendant la grossesse. D'une façon générale la consommation diminue entre ces deux périodes, quelque soit la tranche d'âge. Cependant nous remarquons que plus les femmes avancent en âge moins elles semblent modifier leurs habitudes par rapport à l'alcool.

Notre enquête montre qu'il persiste des femmes qui consomment de l'alcool au troisième trimestre de la grossesse (5%), elles sont plus âgées et ont un IMC plus faible. L'impact de cette consommation d'alcool semble faible concernant la santé physique des nouveau-nés (retard de croissance in-utéro ?).

Nous remarquons que les modifications des comportements, au cours de la grossesse sont plus nettes pour le tabac que pour l'alcool, particulièrement au troisième trimestre.

3.2. Intérêts de l'étude

Cette étude montre que le « Réseau Sécurité-Naissance » peut organiser une enquête de prévalence des conduites addictives dans les maternités des Pays de la Loire, et que 16 maternités ont organisé le recueil de l'information. Rappelons que sur les vingt-trois maternités, seize ont répondu, permettant d'obtenir le retour de 343 questionnaires, ce qui correspond à un taux de réponses de 57%. La diffusion par le Réseau s'est révélée comme un atout majeur, permettant ainsi d'obtenir un nombre de retours suffisamment conséquents pour nous laisser penser que les résultats obtenus sont exploitables et représentatifs pour la population des Pays de la Loire.

Les cadres des services des différentes maternités autorisaient la diffusion des questionnaires avant la distribution aux femmes ayant accouché. Nous pouvons supposer alors qu'un maximum de professionnels de santé exerçant dans les services des maternités a eu accès aux questionnaires, augmentant la probabilité qu'ils soient sensibilisés au travers de cette enquête.

Sur le plan national la dernière étude abordant les consommations de substances addictogènes chez les femmes enceintes a été menée en 2010 par l'INSERM. Dans la région de Nantes la dernière étude réalisée sur les conduites addictives et la grossesse date de 2009 ; concernant les Pays de Loire nous n'avons pas retrouvé d'étude sur le même thème. La mise en place de cette enquête sur la prévalence des comportements addictifs chez les femmes enceintes, nous est apparue comme importante et intéressante. Elle a permis de faire un état des lieux de la consommation de substances addictogènes au cours de la grossesse dans les Pays de la Loire mais également de comparer la situation de la région par rapport à celle de la France.

3.3. Limites de l'étude

Il s'agit d'une enquête déclarative au moment de l'accouchement concernant des comportements avant et pendant la grossesse. Dans ces conditions, si on pense généralement que les déclarations des consommations de tabac/ cannabis sont fiables, il existe toujours des réserves sur les consommations d'alcool et de substances illicites.

Dans cette enquête, plusieurs questions étaient posées sur les consommations de drogues et de médicaments mais également sur les troubles du comportement alimentaire (boulimie, anorexie, alternance des deux, restriction alimentaire, pratique excessive du sport, etc...). Que ce soit pour la consommation de substances illicites, de médicaments ou pour les troubles du comportement alimentaire, le nombre de réponses reste insuffisant pour réaliser une analyse des données. Nous ne pouvons donc pas établir d'informations sur les consommations de drogues et de médicaments ainsi que des troubles du comportement alimentaire pendant la grossesse dans les Pays de la Loire.

Par ailleurs, les questions concernant les demandes d'informations sur les conduites addictives lors d'une grossesse, faites par les femmes aux professionnels et les informations délivrées par les professionnels de santé aux femmes n'ont pas pu être exploitées en raison d'une mauvaise compréhension des questions. De plus, nous ne connaissons pas le contexte dans lequel les consultations de grossesse se sont déroulées. Le professionnel a pu estimer, en fonction du profil de la patiente, que l'information pouvait ne pas être abordée ; cette dernière a pu également ne pas avoir souhaité aborder ce sujet avec le professionnel de santé. D'autre part, pour pouvoir exploiter ces deux questions de façon optimale, il faudrait que nous connaissions l'avis de ces derniers. Cela permettrait de croiser les points de vue respectifs. Certaines femmes enfin, ne se sentant pas concernées, n'ont pas forcément répondu.

Nous pouvons émettre l'hypothèse d'un biais de mémoire dans les réponses apportées par ces femmes durant le séjour en suites de couches, les détails de consommation peuvent être souvent oubliés, les préoccupations étant toutes autres. Les suites de couches sont connues pour être une période d'instabilité psychologique et affective pouvant influencer la compréhension des questions et donc les réponses. Nous présentons cet argument comme une hypothèse.

Outre les difficultés de compréhension et le biais de mémoire, les préoccupations premières de la patiente se concentrent sur son nouveau-né, l'état de l'enfant va donc agir sur les réponses de la mère. Une femme dont l'enfant est hospitalisé ou nécessite des soins particuliers, aura tendance à ne pas répondre ou de façon non totalement objective et sincère.

Nous remarquons que toutes les femmes incluses dans l'enquête ne renseignent pas toutes les questions, même si le questionnaire comportait des possibilités de réponses négatives. Nous supposons que les femmes ne se sentant pas concernées par une quelconque conduite addictive, auraient pu avoir tendance à ne pas répondre aux questionnaires.

3.4. Comparaisons avec d'autres enquêtes

3.4.1. Enquête périnatale nationale

En 2010, l'INSERM a mené une enquête à l'échelle nationale ayant comme axe principal la périnatalité en France, cette enquête fait suite à une autre également menée par l'INSERM en 2003. Ces deux enquêtes ont permis d'étudier l'évolution en sept ans des profils de femmes enceintes et des pratiques médicales.

Un des objectifs de l'enquête périnatale de 2010 était de fournir un échantillon national permettant de comparer des données départementales, régionales ou locales provenant d'autres sources.

Si nous comparons le profil des femmes françaises ayant accouché en 2010 avec celui des femmes des Pays de la Loire, nous remarquons que la moyenne d'âge est sensiblement la même, 29,9 ans au national et 29,5 ans au local.

Concernant le poids, sur le plan national, 54,7% des femmes pesaient soixante kilogrammes ou plus. Nous remarquons que dans les Pays de la Loire les femmes semblent être dans la même situation à 54,9%. Les pourcentages de patientes en surpoids et obèses sont également semblables. L'enquête périnatale indiquait 17,3% de femmes en surpoids et 9,9% obèses, notre étude retrouve 17% de patientes en surpoids et 9% obèses.

Nous sommes en mesure de dire que notre échantillon de femmes des Pays de la Loire est représentatif et comparable à la population générale des femmes enceintes en France.

Concernant la grossesse, les femmes de notre étude prennent en moyenne quatorze kilogrammes au cours de leur grossesse, elles sont 27,3% à avoir pris plus de quinze kilogrammes. Au niveau national, le poids des femmes, pendant la grossesse a augmenté en moyenne de treize kilogrammes et pour 30% des patientes la prise de poids est supérieure à quinze kilogrammes. Nous constatons que dans les Pays de la Loire les femmes semblent prendre plus de poids que la moyenne nationale mais elles sont moins nombreuses à dépasser une prise pondérale de quinze kilogrammes pendant toute la durée de la grossesse.

Dans l'enquête périnatale de l'INSERM, 33% des femmes fumaient avant la grossesse, cependant nous ne savons pas si ce pourcentage inclut uniquement les femmes fumant avant la grossesse et ayant arrêté ou celles n'ayant pas arrêté. L'enquête périnatale nous indique que 89,8% des femmes interrogées ont stoppé leur consommation au premier ou deuxième trimestre. Dans la région des Pays de la Loire 30% des femmes fumaient avant la grossesse, parmi elles 48,5% ont arrêté avant la grossesse, 13,6% au premier ou deuxième trimestre. Nous constatons que les femmes de notre étude semblent être moins consommatrices de tabac mais également moins nombreuses à modifier leur consommation avant ou au cours de la grossesse.

La question de la consommation d'alcool était abordée dans les questionnaires de l'enquête périnatale, tout comme dans la notre. Dans l'enquête périnatale la consommation occasionnelle était différenciée de la consommation quotidienne, ce qui n'était pas le cas dans notre étude. Cependant nous pouvons comparer notre population avec celle de l'étude nationale sur la consommation occasionnelle.

L'enquête périnatale montre que 77% des femmes ne buvaient pas pendant la grossesse alors que les femmes des Pays de la Loire semblent n'être que 45% à déclarer ne pas boire pendant la grossesse. Sur le plan national, 17% des femmes consommaient de l'alcool une fois par mois ou moins d'une fois et 2,5% déclaraient avoir consommé de l'alcool deux à quatre fois par mois ou plus au cours de la grossesse. Dans notre étude 4% des patientes affirmaient en avoir consommé moins d'une fois par mois et 0,8% plusieurs fois par mois.

Nous remarquons qu'à l'inverse du tabac, les femmes des Pays de la Loire semblent être plus consommatrices d'alcool avant la grossesse mais également plus nombreuses à modifier leur consommation au cours de la grossesse.

Le cannabis a également été abordé dans l'enquête périnatale, le nombre de réponses était suffisamment important pour permettre d'obtenir une idée de la consommation de cannabis chez les femmes enceintes en France, contrairement à notre étude.

Le questionnaire de l'INSERM ne comportait pas de questions concernant les consommations d'autres substances addictogènes ou encore les troubles du comportement alimentaire, contrairement à l'enquête du Réseau « Sécurité Naissance ».

Nous pouvons rappeler, à l'aide du Baromètre Santé Jeunes de 2010, que les Pays de la Loire s'inscrivent comme la région en surconsommation tabagique chez les 15-30 ans. Il en est de même pour l'alcool. Dans cette région les consommations et ivresses répétées apparaissent comme plus fréquentes chez les 15-30 ans qu'ailleurs en France [28].

3.4.2. Rapport européen sur la santé périnatale

Le rapport européen sur la santé périnatale a été établi par EURO-PERISTAT Project et coordonné par l'INSERM.

Le projet EURO-PERISTAT avait pour objectif de fournir aux professionnels de santé et aux utilisateurs des systèmes des soins, des données comparables sur la santé et les soins des femmes enceintes et de leurs nouveau-nés en Europe. Vingt-neuf pays participèrent ainsi que tous les états de l'Union Européenne ; le comité scientifique comportait des experts dans le domaine de la santé périnatale de chacun des pays. Les renseignements furent récoltés au travers des études faites à l'échelle nationale dans les différents pays de l'Europe ; de grandes disparités furent mises en évidence.

Le projet EURO-PERISTAT a étudié le tabagisme maternel au cours de la grossesse, aux premier et troisième trimestres. La justification de cette étude était que les effets du tabac sur la grossesse et sur les enfants sont établis et que le tabagisme est un facteur défavorable évitable.

Vingt-trois pays ont fourni des données concernant le tabagisme maternel, les résultats mettaient en évidence que dans de nombreux états, plus de 10% des femmes fumaient au cours de leur grossesse.

Dans cette étude, en 2010, la France faisait partie des pays dont le taux de fumeuses était le plus élevé avec l'Angleterre, le Pays de Galles, l'Irlande du nord et l'Espagne.

La France indiquait un taux de 30,6% de fumeuses au premier trimestre, l'étude du Réseau « Sécurité Naissance » en indique 15%. Concernant le troisième trimestre la France indiquait 17% de femmes fumant et le Réseau « Sécurité Naissance » 11%.

La région des Pays de la Loire semble avoir une consommation moins importante que celle nationale mais comme la plupart des pays d'Europe, elle reste supérieure à 10%.

La consommation d'alcool au cours de la grossesse n'était abordée, dans l'enquête EURO-PERISTAT, qu'au travers du syndrome d'alcoolisation fœtale. La prévalence

pour 1000 naissances était de 0,05, cependant ce chiffre ne correspondait qu'à une liste de pays, dont la France, mais non à tous les pays de l'étude.

Ce résultat ne nous permet pas de comparer nos données avec cette étude européenne. De plus il n'en existe que peu en Europe, abordant la consommation d'alcool au cours de la grossesse. Notre enquête ne peut donc être comparée qu'avec l'enquête périnatale nationale.

3.5. Pistes envisageables d'approfondissement pour une enquête future

Plusieurs questions dans cette enquête n'ont pas été abordées car non visées. Pour obtenir le plus de réponses possibles et un remplissage rapide, le questionnaire devait tenir sur une seule page. Cette condition a restreint le nombre de questions ne permettant pas de définir de façon suffisamment précise le profil des femmes susceptibles d'avoir un comportement addictif.

Si nous étions amenés à construire un autre questionnaire sur le même sujet, nous pourrions ajouter différentes questions pour dresser un profil plus complet.

Il serait intéressant d'ajouter des items concernant les antécédents. Des informations sur les antécédents médicaux et psychiatriques permettraient de mieux connaître la population de femmes répondant à l'enquête. Des renseignements sur d'éventuelles pathologies et traitements associés nous aideraient à distinguer les classes de médicaments utilisés dont les produits addictogènes.

Pour mieux cerner la femme et sa grossesse, des informations sur les antécédents gynéco-obstétricaux nous auraient été utiles notamment la parité et la gestité. Nous pourrions avoir des informations concernant les éventuelles interruptions volontaires de grossesse, les fausses couches spontanées ou encore les grossesses extra-utérines avec la gestité. Nous aurions alors des renseignements sur un possible parcours d'aide médicale à la procréation, souvent plus fréquent chez les femmes ayant des conduites addictives. Il ne faut pas oublier les retentissements psychologiques que peuvent entraîner chez une femme ces interruptions ou échecs de grossesse, conduisant parfois à un besoin de soutien psychologique ou amenant des problématiques addictives.

La parité, nous laisse penser que les femmes ayant un ou plusieurs enfants sont susceptibles d'avoir déjà reçu des informations de prévention au cours de leur précédente grossesse.

Concernant le profil addictif, les questions ne permettaient pas de distinguer la consommation occasionnelle du comportement addictif. Une notion de durée de consommation antérieure à la grossesse, et une description plus détaillée de la consommation d'alcool, rendraient possible cette distinction.

Il semblerait judicieux aussi de distinguer la consommation quotidienne de l'occasionnelle avant et au cours des premier et troisième trimestres de la grossesse, avec dans chaque situation une question sur le nombre de verres consommés. Pour estimer le nombre de verres pris par les femmes avant et au cours de la grossesse, nous pourrions nous référer aux seuils fixés par l'OMS concernant le nombre verres pour

une consommation responsable chez la femme en dehors de la grossesse, qui est de deux verres par jour en moyenne pour une consommation quotidienne et de quatre verres par occasion.

Les conduites addictives avec substance ont été abordées dans ce questionnaire ainsi que les troubles du comportement alimentaire qui se classent eux dans les addictions sans produit ou encore addictions comportementales. Ces dernières, dans lesquelles nous retrouvons le jeu pathologique, les achats compulsifs, l'addiction au sexe, possèdent une incidence moindre et une épidémiologie mal connue. Ceci peut expliquer pourquoi ces conduites n'ont pas été évoquées dans les questions.

Pour chaque substance addictive, il serait intéressant d'ajouter quelques précisions sur les caractéristiques des consommations pour permettre de faire une distinction entre consommation occasionnelle et quotidienne, ce qui était le cas dans notre étude pour le tabac.

Dans notre enquête la question des médicaments était abordée, les réponses ont montré que nous ne pouvions pas faire de distinctions entre les traitements d'une pathologie organique et ceux d'une pathologie plus d'ordre psychologique. Nous pourrions aborder uniquement la consommation de médicaments psychotropes tels que les antidépresseurs, les anxiolytiques, les neuroleptiques et les hypnotiques, potentiellement addictogènes, tout en différenciant la consommation quotidienne de celle occasionnelle.

Au sujet des addictions comportementales sans substance, même si elles restent peu répandues, il serait intéressant de les aborder. Ces addictions n'ont pas d'effet direct sur la grossesse mais des questions permettraient de dresser un profil de la femme enceinte et de faire un lien avec des poly addictions possibles.

Le questionnaire autour des troubles du comportement alimentaire aborde cependant le sujet des vomissements au cours de la grossesse ; 11% des femmes indiquaient des vomissements au premier trimestre et 3% au troisième trimestre. Pour que les patientes fassent la différence entre des vomissements liés à la grossesse et des vomissements liés à un trouble du comportement alimentaire, nous pourrions demander s'il s'agissait de vomissements provoqués et s'ils préexistaient.

Pour finir, les questions sur l'information délivrée par les professionnels de santé et la possibilité d'interrogations par la femme enceinte, nous pourrions indiquer que les items concernent toutes les consommations ou conduites abordées dans le questionnaire.

Il ne faut pas oublier que pour aborder ces questions, toutes les femmes n'ont pas le même niveau de compréhension donc il faut utiliser des termes simples adaptés à toutes.

Rôle de la sage-femme et des professionnels de la périnatalité

1- Repérer pendant la grossesse et à l'accouchement les conduites addictives par un interrogatoire ciblé et non culpabilisant (voir réglottes du « Réseau Sécurité Naissance »), en estimant la motivation des femmes pour le sevrage. S'aider du CO testeur pour quantifier le CO dans l'air expiré montrant l'importance du risque néonatal lié au tabac.

2- Proposer une aide immédiate soit sous forme de conseil minimal, soit sous forme d'entretien motivationnel auprès de sages-femmes ou médecins tabacologues ou addictologues au sein de la maternité ou par l'intermédiaire des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) qui existent dans chaque territoire de périnatalité des Pays de la Loire (idem réglottes). Promouvoir les substituts nicotiques pendant la grossesse.

3- Participer et organiser des formations en tabacologie et addictologie au sein des maternités pour les professionnels. Comprendre les facteurs liés aux consommations qui sont le plus souvent intriqués avec des facteurs psycho-sociaux (chômage, antécédents sociaux) et médicaux (obésité, maladies chroniques).

4- Informer les femmes enceintes et les couples des dangers des consommations dès le début de grossesse : affiches, plaquettes (voir documents du Réseau).

5- Réaliser ou participer à des enquêtes de prévalence et de résultats des consommations à risques pour connaître l'importance des expositions et en déduire des actions locales à entreprendre.

CONCLUSION

Cette étude nous a permis d'établir la prévalence des conduites addictives chez les femmes enceintes dans les Pays de la Loire grâce à un échantillon conséquent de 343 patientes. Elle nous a également permis de mettre en évidence que les addictions au cours de la grossesse ont une incidence notable, et constituent un problème de santé publique important.

Pour suivre l'évolution des addictions chez les femmes enceintes, il serait intéressant de réaliser des études répétées sur plusieurs années, abordant les antécédents médicaux, gynéco-obstétricaux et psychologiques mais de suivre également l'évolution des enfants.

Malgré des campagnes de prévention nationales, les conduites addictives restent un problème de santé publique qui pourrait être évité. Il a en effet été prouvé à plusieurs reprises que le repérage des addictions au cours de la grossesse permet de diminuer les risques obstétricaux, fœtaux et néonataux liés à ces addictions.

Les pathologies addictives restent des pathologies complexes souvent incluses dans un contexte biopsychosocial difficile. Le questionnement des femmes enceintes doit être systématique au cours des consultations de suivi de grossesse. L'interrogation des femmes sur ce sujet n'est pas évident, il est important d'établir une relation de confiance et de qualité entre le professionnel de santé et la patiente.

Les sages femmes, ayant pour mission le suivi de grossesse et le dépistage des pathologies au cours de cette période, sont des professionnels en situation de repérer ces femmes en danger et de créer une relation de confiance permettant une prise en charge adaptée. Il ne faut pas oublier que le travail autour de ces femmes et de leur grossesse doit être réalisé au sein d'un réseau de professionnels pour assurer une prise en charge optimale et cohérente.

BIBLIOGRAPHIE

1. REYNAUD, M. Quelques éléments pour une approche commune des addictions. Problématique générale/ ed. par Flammarion Médecine - Sciences. Paris : Flammarion, 2006, p. 4. (Traité d'addictologie)
2. GOODMAN, A. Addiction: definition and implications. British journal of addiction. 1990, n°85, [11], p. 1403-1408.
3. Organisation Mondiale de la Santé, Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives. Classification internationale des maladies, des troubles mentaux et troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche. Dixième édition. Genève : Masson, 1994, p.52-53.
4. GUIBERT S., PERAULT L., RICHARD D. Définitions et classifications de l'alcoolisme. Alcool / ed par Flammarion Médecine – Sciences. Paris : Flammarion, 2006, p. 308-309. (Traité d'addictologie)
5. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, Mission Interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Les produits principaux : tabac. Drogues et dépendance, le livret d'information, 2^e édition. Saint-Denis : INPES, 2006, p 108-109.
6. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, Mission Interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Les produits principaux : cannabis. Drogues et dépendance, le livret d'information, 2^e édition. Saint-Denis : INPES, 2006, p 26-27.
7. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, Mission Interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Les produits principaux : l'héroïne. Drogues et dépendance, le livret d'information, 2^e édition. Saint-Denis : INPES, 2006, p 62-63.
8. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, Mission Interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Les produits principaux : les médicaments psychoactifs. Drogues et dépendance, le livret d'information, 2^e édition. Saint-Denis : INPES, 2006, p 120-121.
9. REYNAUD, M. Sensations, émotions, passions et addictions. Autres addictions/ ed Flammarion Médecine – Sciences. Paris : Flammarion, 2006, p. 687-688. (Traité d'addictologie)
10. CHASSEVENT, Anne. Maternité et conduites addictives. Enjeux et intérêts de l'addictologie de liaison en périnatalité. Th : Médecine : Nantes : 2008, p. 6-9.
11. KARILA L., REYNAUD M. Facteurs de risque et de vulnérabilité. Problématique générale / ed Flammarion Médecine – Sciences. Paris : Flammarion, 2006, p. 44-45. (Traité d'addictologie)
12. BENSIMON, Jacques. L'abécédaire des substances psychoactives. Les drogues. Paris : De Vecchi, 2009, p. 84-85.
13. KARILA, L., REYNAUD, M. Cannabis. Addictions et grossesse / ed Flammarion Médecine – Sciences. Paris : Flammarion, 2006, p. 769.
14. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, Mission Interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Les produits

- principaux : la cocaïne. Drogues et dépendance, le livret d'information, 2e édition. Saint-Denis : inpes, 2006, p 40-41.
15. VINDREAU, C. Troubles du comportement alimentaire. Autres addictions / ed Flammarion Médecine – Sciences. Paris : Flammarion, 2006, p. 658-664. (Traité d'addictologie)
 16. MOREL, A., COUTERON, J-P. Les conduites addictives : comprendre, prévenir, soigner. Paris : Dunod, 2008, p230-231-235.
 17. GUILLEMONT, J., ROSILIO, T., DAVID, M., LEON, C., ARWIDSON, P. Connaissances des Français sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse. *Evolutions : résultats d'études et de recherches en prévention et en éducation pour la santé* [en ligne]. Octobre 2006, n°3, [Novembre 2013], p.2. Disponible sur <http://www.inpes.sante.fr/evolutions/>
 18. DE CHAZERON, I., BOUSSIRON, D., LLORCA, P-M., LEMERY, D., MALET, L., PERRIOT, J. Eléments pour la prévention et la prise en charge des addictions pendant et après la grossesse. *Addictions et grossesse* / ed Flammarion Médecine – Sciences. Paris : Flammarion, 2006, p.774-778. (Traité d'addictologie)
 19. VIGNAU, J. Toxicomanies et autres drogues (sauf cannabis). *Addiction et grossesse* / ed Flammarion Médecine – Sciences. Paris : Flammarion, 2006, p. 765-766. (Traité d'addictologie)
 20. BECK, F., GUIGNARD, R., RICHARD, J-B., TOVAR, M-L., SPILKA, S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. *Tendance* [en ligne]. Juin 2011, n°76. Disponible sur <http://www.ofdt.fr/ofdtev/live/publi/tend/tend76.html>
 21. CHAN-GIROUX, M., CHASSEVENT, A., PHILIPPE, H-J., VENISSE, J-L. Les troubles du comportement alimentaire et la grossesse, p3.
 22. BLONDEL, B., KERMARREC, M. Enquête périnatale 2010 : Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Paris : Mai 2011 (INSERM), p19 – 20.
 23. PHRC National (2010 : Paris). Création d'un nouveau réseau d'investigateurs. Mise en place d'un réseau de recherche prospectif multidisciplinaire et multicentrique : « troubles alimentaires et périnatalité ». CORCOS, M., TRELUYER, J-M., SERREAU, R. Paris : 2010. p8.
 24. POUSSET, Maud. Drogues, chiffres clés, édition n°5. [en ligne]. Juin 2013, n°5. Disponible sur <http://www.ofdt.fr/ofdtev/live/publi/dce/dcc13.html>
 25. GEGA, 40èmes journées nationales de la SFMA (Octobre 2010). Enquête de prévalence des conduites addictives chez les femmes enceintes dans trois maternités de Nantes. CHASSEVENT, A., CHAPLOT, S., PARENT, N.
 26. www.reseau-naissance.fr/module-pagesetter-viewpub-tid-2-1.html
 27. www.insee.fr/fr/themes/tableau/asp?reg_id=38ref_id=poptc02201
 28. BECK, F., RICHARD, J-B. Les comportements de santé des jeunes. Analyse du Baromètre santé 2010. Saint- Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2013, p79-101.

NOM : LE CLAIRE

PRENOM : PAULINE

Titre du mémoire :

Prévalence des conduites addictives au cours de la grossesse dans les Pays de la Loire

Actuellement les connaissances évoluent de façon majeure au sujet des conduites addictives dans la population générale mais également dans celle des parturientes et de leurs enfants. La prévalence des comportements addictifs est importante chez les femmes en âge de procréer en France mais également dans les Pays de la Loire. Cependant peu d'études ont été menées sur la grossesse et les conduites addictives. Une étude a été réalisée au sein du Réseau « Sécurité Naissance » des Pays de la Loire, ayant permis d'établir la prévalence des comportements addictifs chez les femmes enceintes.

Cette prévalence reste importante dans les Pays de la Loire. La consommation de tabac reste importante au cours de la grossesse d'autant plus que le conjoint fume. Il en est de même pour l'alcool, les consommations diminuent au cours de la grossesse mais restent présentes.

Une enquête plus approfondie permettrait de dresser un profil détaillé des femmes enceintes et des conduites addictives chez ces dernières. Une meilleure connaissance de la prévalence des addictions pendant la grossesse, dans les Pays de la Loire, permettrait une prise en charge multidisciplinaire optimale de ces femmes. Il ne faut oublier que la grossesse est une période pendant laquelle les femmes sont ouvertes au changement et où la prévention est d'avantage entendue.

MOTS-CLES

Conduites addictives

Tabac – Alcool – Cannabis – Héroïne – Cocaïne- Troubles du comportement
alimentaire
Grossesse