

**UNIVERSITE DE NANTES
UFR DE MEDECINE
ECOLE DE SAGES-FEMMES**

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

**CANNABIS ET GROSSESSE :
Risques, dépistage et prise en charge**

Marion RIVOAL

née le 12 Juillet 1983

Directeur de mémoire :

Mme Caroline VIGNEAU, Docteur en Pharmacie

Promotion 2002-2007

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
GENERALITES SUR LE CANNABIS ET SES EFFETS.....	2
1.GENERALITES	3
1.1. Historique	3
1.2. Botanique et différentes présentations	3
1.2.1 Botanique.....	3
1.2.2 Différentes présentations	4
1.3. Epidemiologie	5
1.3.1. Etat des lieux en 2005	5
1.3.2. Evolution	5
1.4. Pharmacologie	5
1.4.1. Pharmacocinétique	5
1.4.2. Récepteurs aux cannabinoïdes.....	6
2. EFFETS SUR L'ORGANISME ET LA SANTE	7
2.1. Usage occasionnel	7
2.1.1 Effets cognitifs du cannabis	7
2.1.2. Signes cliniques aigus	8
2.2. Usage chronique	8
2.2.1. Effets cardiovasculaires	8
2.2.2. Effets broncho-pulmonaires	8
2.2.4. Perturbations psychiques.....	9
2.2.5. Effets immunologiques.....	10
2.2.6. Risque de cancers	10
2.3. Effets sur la grossesse	10
2.3.1. Effets sur la fertilité	10
2.3.2. Tératogénicité	10
2.3.3. Effet sur la croissance et l'âge gestationnel	11
2.3.4. Conséquences sur l'enfant	12
3. DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE.....	14
3.1. Différentes modalités de consommation.....	14
3.1.1. Usage festif/occasionnel	14
3.1.2. Usage nocif.....	14
3.1.3. Dépendance.....	14
3.1.4. Syndrome de sevrage.....	15
3.2. Dépistage :	15
3.2.1. Interrogatoire.....	15
3.2.2. Tests biologiques	16
3.3. Un exemple de prise en charge : Les « consultations cannabis »	17
3.3.1. Présentation.....	17
3.3.2. Enquête sur les consultants accueillis	18
ETUDE	20
1. PRESENTATION DE L'ETUDE.....	21
1.1. Objectifs de l'étude	21
1.2. Méthodes.....	21
1.2.1. Contenu du questionnaire	21

1.2.2. Population de l'enquête et distribution du questionnaire.....	21
1.2.3. Recueil des données	22
1.2.4. Analyse statistique	22
2. RESULTATS	22
2.1. Population dans l'ensemble.....	22
2.1.1. Taux de réponse	22
2.1.2. Répartition des professionnels.....	23
2.1.3. Age des professionnels.....	23
2.1.4. Sexe des professionnels.....	24
2.2. Etape descriptive	24
2.2.1. Interrogatoire au sujet d'une consommation de produits illicites éventuelle	24
2.2.2. Précision du type de produit consommé	25
2.2.3. Le dépistage systématique par interrogatoire	25
2.2.4. Dépistage par d'autres techniques.....	26
2.2.5. Les professionnels se considèrent-ils suffisamment informés sur les risques de la consommation de cannabis durant la grossesse.....	27
2.2.6. Réseaux ou correspondants	28
2.2.7. Expérience pratique des professionnels de santé.....	29
2.2.8. Evolution du nombre des consommatrices de cannabis en cours de grossesse selon l'avis des professionnels	29
2.2.9. Difficultés dans la prise en charge de ces patientes	30
2.2.10. Arrive-t-il aux professionnels d'orienter leurs patientes vers les adresses ou numéros de téléphone cités précédemment.....	30
2.2.11. Arrive-t-il aux professionnels interrogés de faire appel à d'autres professionnels pour la prise en charge de ces patientes	31
2.2.12. Une prise en charge systématique de ces patientes semble-t-elle nécessaire aux professionnels interrogés.....	32
2.2.13. Propositions pour une meilleure prise en charge	33
2.2. Etape comparative :.....	33
2.2.1. Résultats selon la profession	33
2.2.2. Résultats selon l'âge.....	35
2.2.3. Résultats selon l'information	36
DISCUSSION	37
1. TAUX DE PARTICIPATION, FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE	38
1.1. Taux de participation	38
1.2. Forces et faiblesses de l'étude	38
1.2.1. Forces de l'étude	38
1.2.2. Limites de l'étude	38
2. PERCEPTION DU RISQUE LIE A LA CONSOMMATION.....	39
2.1. Différences de perception du risque selon la profession	39
2.2. Banalisation de la consommation	41
3. L'INFORMATION	41
CONCLUSION	43
ANNEXES	44
BIBLIOGRAPHIE	48

INTRODUCTION

Le cannabis est la substance illicite la plus consommée en France. En effet depuis quelques années, on constate une nette augmentation et une certaine banalisation de cette consommation, essentiellement chez les jeunes. Cette substance, considérée comme « drogue douce » n'a pas la même connotation péjorative que la cocaïne ou l'héroïne et conduit les jeunes à en faire une consommation festive au même titre que l'alcool ou la cigarette. Cependant, les risques que peut entraîner cette consommation sont mal connus du grand public et des professionnels de santé eux-mêmes.

Dans l'interrogatoire que nous soumettons aux femmes enceintes consultant au CHU de Nantes figure cette question : «Avez-vous fait ou faites-vous l'usage de drogues ?». Nous avons pu constater que nous étions de plus en plus nombreux, à la maternité de Nantes à avoir reçu des réponses positives de ces patientes, particulièrement en ce qui concerne le cannabis ; nous avons pris conscience de la difficulté dans laquelle nous nous trouvons d'informer ces femmes sur les risques qu'elles encourent et sur ceux qu'elles font courir à leurs enfants.

Dans une première partie, nous avons, grâce à une revue de la littérature, exposé les risques d'une consommation de cannabis.

Puis, grâce à une étude auprès des professionnels de santé de Loire-Atlantique prenant en charge les grossesses, nous avons essayé d'évaluer et de comparer les pratiques en matière de dépistage et de prise en charge des patientes consommatrices de cannabis en cours de grossesse en fonction de la catégorie professionnelle.

GENERALITES SUR LE CANNABIS ET SES EFFETS

1.GENERALITES

1.1. Historique

Depuis 12000 ans, le chanvre est utilisé pour la fabrication de textiles.

Les premiers usages toxicomanogènes mentionnés dans la pharmacopée chinoise datent du 28^{ème} siècle avant JC.

Son usage s'est ensuite étendu vers l'Inde et les pays voisins dans un objectif rituel.

Au début du 18^{ème} siècle, il est employé pour ses vertus laxatives, différentes maladies inflammatoires ou la dépression.

Il est introduit en Europe au début du 19^{ème} siècle par les soldats de Bonaparte et par des médecins anglais de retour des Indes. Il est alors utilisé en médecine pour le traitement des migraines, de l'asthme et de l'épilepsie.

Les prescriptions de cannabis vont décliner à partir des années 1890 après la mise en évidence de ses effets narcotiques et l'utilisation majoritaire des opiacés dans le traitement de la douleur.

Le cannabis est retiré de la pharmacopée américaine en 1941 après l'introduction du « Marihuana Tax Act » mettant en évidence le potentiel addictif du cannabis.

Dans les années 1970, après la vague de consommation hippie et particulièrement depuis quelques années, l'intérêt médical du cannabis est étudié : il est utilisé comme traitement adjuvant de la douleur chez les cancéreux chroniques, comme stimulant de l'appétit chez les sidéens et comme traitement possible dans le glaucome. [1]

1.2. Botanique et différentes présentations

1.2.1 Botanique

Le cannabis appartient à l'ordre des Urticales et à la famille des Cannabinacées. Il a été décrit en 1758 par Karl Von Linné sous la désignation de *cannabis sativa*. [2]

Il existe deux variétés de cannabis : le *cannabis sativa sativa* utilisé pour la fabrication de textile et le *cannabis sativa indica* ou chanvre indien.

Le chanvre indien est une variété plus petite, trapue, et ne produisant quasiment aucune fibre textile ; cependant, elle se protège de la chaleur par la production d'une résine abondante au niveau des grappes de fleurs femelles. [23] Il contient de nombreux principes psychoactifs dont le tétrahydrocannabinol (THC) qui est le plus actif et dont la concentration peut-être très variable. [3]

1.2.2 Différentes présentations

Le cannabis peut être fumé, ingéré, pur ou avec du tabac, de l'eau, de l'alcool ou de la cocaïne.

La résine

Elle est aussi appelée haschisch ou shit. Elle se présente sous forme de barrette brune ou jaune obtenue par battage ou tamisage des feuilles et de sommités florales sèches. Elle est coupée à l'aide d'autres substances plus ou moins toxiques : henné, cirage, paraffine, curry, opium,...sa concentration en THC est d'environ 10%. Le shit est chauffé afin d'en détacher des petits morceaux, puis mélangé et roulé avec du tabac dans une feuille de papier à cigarette. Il peut également être ingéré s'il est incorporé à des pâtisseries (« space cakes »). La latence et l'efficacité des effets varient selon le mode de consommation et la concentration en THC. [4]

L'herbe

Marijuana, ou beuh, elle se compose d'un mélange de sommités fleuries et de feuilles séchées réduites en poudre. Sa concentration en THC varie de 4 à 10%. Elle peut se fumer pure ou mélangée au tabac. Elle peut également être consommée à l'aide de narguils ou pipes à eau (bhang).

L'huile de cannabis

Elle est extraite de la résine par de l'alcool à 90 degrés, puis exposition au soleil afin d'évaporer l'alcool. Elle est ensuite chauffée afin d'être solidifiée. Sa concentration en THC est de 10%. Elle reste difficile à trouver et est utilisée par les consommateurs intensifs. [3]

1.3. Epidemiologie

1.3.1. Etat des lieux en 2005

En 2005, près de trois adultes sur dix parmi les 18-75 ans déclarent avoir déjà expérimenté le cannabis, et 7% déclarent en avoir fait usage dans l'année écoulée. La consommation reste plus élevée chez les hommes que chez les femmes et concerne surtout une population jeune. Cependant, compte tenu du vieillissement des consommateurs, en 2005, toutes les classes d'âge sont concernées.

Dans la classe des 18-25 ans : 14% ont fumé du cannabis au cours du dernier mois, 9% en font un usage régulier (>10fois dans le mois) et 4% un usage quotidien. [5]

1.3.2. Evolution

On a constaté depuis les années 90 une hausse du nombre de consommateurs pour atteindre 31% des 18-64 ans en 2005. Cependant, ce mouvement semble s'arrêter, car l'expérimentation chez les 18-25 ans semble en baisse pour les hommes (56% en 2005 contre 61% en 2002) et stable pour les femmes (39% en 2005 contre 37% en 2002). Au delà de cet âge, les expérimentateurs sont plus nombreux. L'augmentation de l'expérimentation de cannabis est principalement le fait des femmes de plus de 20 ans.

L'usage occasionnel en hausse entre 1992 et 2002 est resté stable entre 2002 et 2005 et concerne 8% des 18-64 ans.

L'usage récent se stabilise également aux alentours de 5% depuis 2000.

La consommation régulière, elle, a subi une augmentation entre 2000 et 2005 en passant de 1,7% à 2,7% chez les 18-64 ans. [5]

1.4. Pharmacologie

1.4.1. Pharmacocinétique

Le Δ^9 -tetrahydrocannabinol est le principal élément psychotrope du *cannabis sativa*.

Absorption :

L'absorption du THC peut se faire par ingestion ou inhalation. Son activité est nettement plus forte en cas d'inhalation : la biodisponibilité varie de 10 à 35%.

Distribution :

Les cannabinoïdes et particulièrement le THC sont des molécules très lipophiles ; ainsi, ils pénètrent rapidement dans la circulation sanguine après inhalation puis dans les tissus hautement vascularisés (foie, cœur, tissu adipeux, rein, rate, ...). Le THC passe également rapidement la barrière placentaire et la concentration sanguine fœtale est quasiment identique voire supérieure à la concentration sanguine maternelle. De ce fait, la concentration plasmatique, diminue rapidement. Les effets sur le système nerveux apparaissent au bout de quelques secondes après inhalation chez le consommateur novice, le délai est supérieur pour le consommateur chronique. Ces effets apparaissent après quelques heures lors d'une ingestion orale.

Métabolisme :

Le métabolisme, se fait en majeure partie au niveau du foie, par hydroxylation et oxydation. Il se fait également au niveau du cœur et des poumons mais à un degré bien moindre.

Les métabolites obtenus sont très nombreux. Les métabolites majeurs sont :

- Le 11-OH THC ayant une activité psychotrope comparable à celle du THC
- Le THC-COOH ayant des propriétés anti-inflammatoires et analgésiques

Élimination :

L'élimination lente du produit se fait par excrétion urinaire (15 à 30%), et par les selles (30 à 65%). Elle se fait également par voie exocrine (sueur) et par le lait maternel. [3]

La vitesse d'élimination varie selon la dose et la fréquence de consommation.[6]

Ces différentes voies d'élimination ont alors permis la mise en place de techniques de dosage dans le cadre médico-légal.

1.4.2. Récepteurs aux cannabinoïdes

Les cannabinoïdes provoquent de nombreuses réponses comportementales liées à l'existence de sites de liaison spécifiques.

Récepteurs CB1

Les CB1 sont principalement retrouvés dans les régions corticales et sous corticales impliquées dans les processus cognitifs d'apprentissage de mémoire, et de récompense (cortex frontal, hippocampe, amygdale) dans les régions impliquées dans les phénomènes moteurs : activité, coordination motrice (ganglion de la base et cortex cérébral) et dans les régions impliquées dans la perception de la douleur (moëlle épinière, amygdale, thalamus). Le récepteur CB1 a également été mis en évidence au niveau du placenta par et des localisations au niveau utérin et ovarien auraient été retrouvées. [7]

Récepteurs CB2

Les récepteurs CB2 ont été retrouvés au niveau du système immunitaire (ganglions, rate, thymus, lymphocytes), du placenta, du pancréas et des ovaires. [8]

2. EFFETS SUR L'ORGANISME ET LA SANTE

2.1. Usage occasionnel

2.1.1 Effets cognitifs du cannabis

Les signes de l'intoxication aiguë au cannabis se manifestent en fonction de la quantité de THC administrée. Ces effets sont essentiellement centraux et neuropsychiatriques. Le délai de survenue de l'ivresse cannabique varie en fonction de la dose de THC et du mode d'administration.

- Forme mineure : ivresse légère, euphorie, somnolence. Elle est d'évolution brève, habituellement sans conséquences. Les symptômes sont : crampes épigastriques, hyperhémie conjonctivale. Anxiété, irritabilité, désorientation temporo-spatiale, hypersensorialité.
- Forme modérée : désinhibition, labilité de l'humeur, troubles de la mémoire et de l'attention, temps de réaction augmenté, incapacité à accomplir des tâches multiples simultanées.
- Intoxication importante : dysphorie, troubles du langage, atteinte de la coordination motrice, faiblesse musculaire. [6]

Il n'existe pas de dose létale chez l'homme. [8]

2.1.2. Signes cliniques aigus

Manifestations cardiovasculaires :

On constate une augmentation de la fréquence cardiaque et du débit sanguin environ 10 minutes après la prise. Ces manifestations peuvent parfois être responsables de palpitations ou d'une réduction de la tolérance à l'effort. Il existe également une vasodilatation périphérique responsable d'hypotension orthostatique, d'hypersudation ou de céphalées.

Manifestations broncho-pulmonaires :

Le $\Delta 9$ -THC est responsable d'une bronchodilatation transitoire qui n'évite pas les conséquences inflammatoires dues au potentiel irritant des produits de combustion mais aussi directement liées à l'action du $\Delta 9$ -THC.

Autres effets somatiques :

Il existe un certain nombre d'autres effets, parfois inconstants tels que : hyperhémie conjonctivale, mydriase, nystagmus, photophobie, augmentation de l'appétit, sécheresse buccale, troubles digestifs, rétention vésicale, réaction anaphylactoïde et éruption cutanée. [6 ; 3]

2.2. Usage chronique

2.2.1. Effets cardiovasculaires

Un usage chronique et important de $\Delta 9$ -THC peut entraîner un ralentissement de la fréquence cardiaque associé à une hypotension, attribués à la diminution du tonus sympathique central. Ces effets peuvent également être expliqués par la stimulation des récepteurs CB1 et la baisse secondaire d'un facteur endothélial : *l'endothelium derived hyperpolarizing*.

On peut également signaler l'existence rare d'une artérite cannabique chez des consommateurs chroniques de cannabis mais modérés de tabac. Les agents en cause seraient les constituants du cannabis fumés autres que le THC. [6 ; 3]

2.2.2. Effets broncho-pulmonaires

L'exposition chronique au cannabis entraîne des perturbations bronchiques. On retrouve chez ces consommateurs une bronchite chronique avec toux chronique, expectoration et râles sibilants à l'auscultation thoracique. L'atteinte inflammatoire

bronchique, confirmée par vidéobronchoscopie, pourrait être due, au moins partiellement, à la stimulation de la production de radicaux libres par la fumée de cannabis.

L'altération de la fonction respiratoire par le cannabis fumé reste un sujet controversé car les études sont contradictoires et le rôle du tabac insuffisamment défini. [6] [3]

2.2.4. Perturbations psychiques

Perturbations cognitives

Chez le fumeur chronique de cannabis, on va retrouver des perturbations cognitives telles que : des troubles de la mémorisation et de l'attention, des troubles de l'apprentissage et du rappel de listes de mots. Chez des consommateurs exclusifs on a retrouvé un temps de réaction significativement plus long.

Syndrome amotivationnel

Il associe :

- Déficit de l'activité
- Indifférence affective
- Altération du fonctionnement intellectuel avec inhibition psychique
- Pauvreté intellectuelle et ralentissement de la pensée
- Désintérêt et manque d'ambition

Ces troubles régressent après quelques semaines ou quelques mois d'abstinence

Cannabis et schizophrénie [27]

Le lien entre cannabis et schizophrénie est très controversé et les nombreuses études ne permettent pas de déduire que la consommation de cannabis est un facteur causal de schizophrénie. Plusieurs interprétations de ce lien entre usage de cannabis et schizophrénie sont possibles :

- L'usage abusif et précoce est un marqueur de vulnérabilité individuelle à la schizophrénie
- L'usage abusif est un facteur déclenchant ou activant d'une schizophrénie latente
- L'usage est un facteur étiologique de la schizophrénie allié à d'autres facteurs tels que génétiques, neuropsychiques, environnementaux et sociaux.

2.2.5. Effets immunologiques

Malgré des modifications immunitaires retrouvées chez l'Animal, il y a peu de travaux réalisés chez l'Homme. Une immunodépression éventuelle pourrait induire une vulnérabilité, surtout pulmonaire, d'autant plus que les cigarettes sont parfois contaminées d'*Aspergillus Funigatus*. Certaines études ont mis en évidence le rôle du cannabis dans le développement d'infections opportunistes chez les patients sidéens; mais d'autres n'ont pas montré d'association entre l'usage du cannabis et l'évolution de maladies infectieuses comme le sida.[3]

2.2.6. Risque de cancers

D'après les dernières études, le Δ^9 -THC ne serait pas considéré comme cancérigène, cependant, la fumée, elle, est cancérigène et mutagène. Plusieurs données épidémiologiques suggèrent que la fumée de cannabis exposerait les consommateurs au risque de cancers bronchiques et des voies aériennes supérieures et de cancers digestifs supérieurs.[3]

2.3. Effets sur la grossesse

2.3.1. Effets sur la fertilité

Il existe des modifications de la fertilité, aussi bien chez l'homme que chez la femme dues en majeure partie à une perturbation du système endocrinien.

Chez l'homme, on retrouve une diminution de la production des spermatozoïdes et une diminution de la taille de la prostate lors d'une consommation chronique et importante de cannabis.

Chez la femme, une consommation chronique de cannabis serait associée à des cycles anovulatoires. Ces troubles seraient réversibles à l'arrêt de la substance.[3]

2.3.2. Tératogénicité

Chez l'Animal

Plusieurs études ont été menées sur différentes espèces animales utilisant des extraits de cannabis ou de Δ^9 -THC. Ces études ont été menées avec des doses largement supérieures à celles utilisées par l'Homme. Cependant les résultats de ces études manquent de cohérence.

Chez les rats exposés aux extraits de cannabis, ont été retrouvées des anomalies des membres et de fermeture du tube neural. Chez les lapins, l'injection de fortes doses de résine de cannabis a permis de retrouver des anomalies de fermeture du tube neural et des cas de phocomélie.

Avec le Δ^9 -THC, de nombreuses études n'ont rapporté aucun cas de tératogénicité. A de fortes doses administrées par voie orale, on a retrouvé des cas de hernie ombilicale, pied bot ou fente palatine chez la Souris. L'injection de fortes doses chez le Singe Rhésus à différents stades de gestation a entraîné des avortements spontanés.

Ces études contradictoires et ayant été réalisées à des doses bien supérieures à celles utilisées par l'Homme, ne permettent pas de conclure sur un éventuel risque tératogène chez l'Homme. [3 ; 9]

Chez l'Homme

D'après les études rétrospectives et prospectives, on ne peut pas conclure sur un éventuel risque tératogène du cannabis. Dans un certain nombre d'études, on note l'apparition d'anomalies mineures, mais dont la fréquence n'est pas augmentée par rapport aux enfants nés de mères non consommatrices durant la grossesse.

Les anomalies mineures retrouvées ne peuvent pas être attribuées au cannabis, considérant les autres consommations associées telles que le tabac et l'alcool. [3]

2.3.3. Effet sur la croissance et l'âge gestationnel

Conséquences sur la croissance fœtale

De nombreuses études, dont les premières datent du début des années 1980 ont établi un lien entre la consommation maternelle de cannabis et le risque de retard de croissance intra utérin. Hingson, dans une étude rétrospective portant sur une cohorte de 1690 femmes a montré que les consommatrices de cannabis donnaient naissance à des nouveaux-nés dont l'hypotrophie serait comparable au syndrome d'alcoolisme fœtal variant de 95 à 139g selon les doses utilisées (*Hingson et al., 1982*). [10]

Fried, dans son étude prospective ne met pas en évidence de différence significative sur le poids de naissance (*Fried et al. 1984*) mais l'échantillon est faible (n=84) [11]. Au contraire, l'étude prospective de Zuckerman réalisée sur 1226

patients constate une diminution significative du poids (-80g, $p=0,04$) et de la taille (-0,5cm, $p=0,02$) (Zuckerman *et al.*, 1989) [12] ; résultats également retrouvés par Fergusson (Fergusson *et al.*, 2002) [13].

Un effet dose-dépendant sur le poids de naissance et la taille du pied du fœtus a été mis en évidence dans une étude récente réalisée chez des femmes consultant pour une interruption médicale de grossesse (Hurd *et al.*, 2005). [14]

On retrouve de nombreux biais à ces études malheureusement difficiles à lever :

- Antécédents médicaux, différences génétiques et sociales responsables d'un biais de sélection
- Echantillons souvent faibles et recueil des données par questionnaire
- Consommation associée à celle du tabac
- Evolution des concentrations en Δ^9 -THC
- Patientes consommatrices présentant d'emblée des facteurs de risque de retard de croissance intra utérin (dénutrition, mauvais suivi, dépistage difficile, pathologies prédisposantes). [15]

Mis en forme

Conséquences sur l'âge gestationnel

Les études portant sur le risque de prématurité sont contradictoires. Certaines études ont tout de même prouvé une diminution de la durée de gestation comme Fried qui, dans son étude (Fried *et al.* 1984), a pu mettre en évidence une diminution de la durée de gestation de 0,8 semaines. Cette diminution serait dose-dépendante.[11]

2.3.4. Conséquences sur l'enfant

Nouveau-né et syndrome de sevrage

Chez 420 nouveaux nés exposés à 5 cigarettes de cannabis par semaine, il a été retrouvé, dans le premier mois de vie :

- Des tremblements
- Des pleurs inconsolables et une atténuation de la puissance de ces pleurs
- Une atténuation de la réponse visuelle aux stimuli lumineux
- Des troubles du sommeil. [16] [7]

Quelles conséquences à long terme

Deux études de cohorte prospectives longitudinales ont permis de suivre des couples mère-enfant exposés in utero au cannabis et d'en évaluer les conséquences sur le plan cognitif et comportemental. Ce sont : l'Ottawa Prospective Prenatal Study (OPPS) débutée en 1978, portant sur un échantillon de 698 femmes et dont le suivi se poursuit toujours ; la Maternal Health Practices and Child Development Study (MHPCD) débutée en 1982 portant sur un échantillon de 600 femmes dont le suivi s'est interrompu à 10 ans . [7] Les principales altérations cognitives et comportementales observées au cours de ces études sont :

- A 1 an : aucune anomalie de développement [16]
- A 3 ans : altération de la mémoire immédiate, des capacités d'abstraction, du raisonnement verbal [17]
- Pas de troubles du langage à 5 et 6 ans [17]
- A 6 ans : altérations de l'attention, troubles mnésiques, hyperactivité, impulsivité surtout chez les garçons [18]
- A 10 ans : mêmes altérations qu'à 6 ans [19], troubles des apprentissages, troubles des fonctions exécutives, augmentation de la délinquance.[17]
- A l'adolescence : risque d'initiation de consommation de tabac et de cannabis, [20]
- A l'âge adulte : changements de l'activité neuronale durant l'inhibition de la réponse [21]

Mort subite du nourrisson

Une étude réalisée en Nouvelle Zélande a montré que la consommation de cannabis durant la grossesse est un facteur de risque de mort subite du nourrisson (*Scragg RKR, 2001*). Le risque augmente avec le degré de consommation. Dans cette étude, 14% des morts subites du nourrisson seraient dues à une consommation de cannabis en cours de grossesse contre 51% dues au tabac.[22]

Intoxications accidentelles de l'enfant

Chez l'enfant, l'ingestion d'une grande quantité de cannabis peut entraîner des troubles de la conscience avec hypotonie généralisée et mydriase. Des cas rares de coma chez de jeunes enfants ayant ingéré du cannabis ont été rapportés dans la littérature. [3] [4]

3. DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE

3.1. Différentes modalités de consommation

3.1.1. Usage festif/occasionnel

L'usage simple, occasionnel, n'entraîne pas de dommage et n'est pas pathologique. Le caractère licite ou illicite de la substance n'est pas un critère de pathologie, seulement un fait social. [22]

3.1.2. Usage nocif

Selon la 10^{ème} Classification Internationale des Maladies, l'usage nocif de cannabis se définit par :

- Les dommages physiques ou psychiques induits par une consommation répétée
- L'absence des critères de diagnostic de dépendance au cannabis

La définition de l'abus de cannabis, donnée par le DSM-IV insiste davantage sur les dommages psycho-affectifs et sociaux

- Incapacité à remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison
- Conduite de véhicules motorisés perturbée sous l'emprise de cannabis
- Problèmes judiciaires
- Problèmes interpersonnels familiaux ou sociaux
- Incapacité à se passer du produit pendant plusieurs jours
- La mise en péril de la santé et de l'équilibre d'autrui (femme enceinte sur son bébé)

3.1.3. Dépendance

C'est la phase ultime des consommations pathologiques. Elle se traduit par :

- Des signes de sevrage à l'arrêt du produit
- Une augmentation de la quantité consommée
- Désir et efforts infructueux pour contrôler l'utilisation de la substance

Concernant les usagers de cannabis, l'usage répété et l'abus de cannabis entraînent une dépendance psychique moyenne à forte selon les individus : les préoccupations sont centrées sur l'obtention du produit. Cependant, les experts s'accordent à dire que la dépendance physique est minime.

3.1.4. Syndrome de sevrage

Chez les usagers de cannabis, les études rapportent un syndrome débutant après 24h d'abstinence avec un pic d'intensité maximum après 2-4 jours diminuant après 7 jours. Ce syndrome est caractérisé par : une agitation, une perte d'appétit, des nausées, une perturbation du sommeil, une irritabilité ou hyperactivité, parfois une augmentation de la température corporelle. Il est relativement peu marqué du fait du stockage important du cannabis dans l'organisme et du relargage progressif de la substance active.

3.2. Dépistage :

3.2.1. Interrogatoire

En pratique, quelle attitude avoir en consultation ?

L'empathie, l'écoute et le respect semblent être les meilleures attitudes à adopter. Il s'agit d'éviter que le patient ou la patiente ne se sente mis en danger et jugé par un médecin intrusif sur ses comportements de consommation et d'arriver à faire comprendre la nécessité médicale pour le professionnel de santé de connaître les consommations.

Il est également important d'encourager les attitudes d'aide et de soutien de la part de l'entourage, de créer un climat de confiance. [23]

Comment aborder la question du cannabis en consultation ?

La consommation de cannabis peut-être abordée de plusieurs manières :

- Elle peut tout d'abord être abordée de manière systématique par le professionnel lors d'une consultation, en posant simplement la question : « fumez-vous ? », « du tabac ? du cannabis ? »

Dans de rares cas :

- Le sujet peut-être abordé spontanément par le patient. Le consommateur est bien souvent dans l'ignorance et le déni de la dangerosité de son usage

- La consultation peut avoir lieu à la demande de l'entourage mais, dans ce cas la situation est souvent plus délicate, car le consommateur n'est pas forcément motivé pour une démarche de sevrage. [22]

Ces cas ne concernent généralement pas la femme enceinte.

Comment effectuer un repérage de l'usage nocif ?

Les principales informations nécessaires au repérage et à l'évaluation de la gravité de la consommation sont obtenues grâce au dialogue et à l'échange avec la personne. Ce dialogue peut éventuellement être complété d'auto-questionnaires tels que le CAST ou le DETC spécifique pour le cannabis. [22]

Le DETC CAGE est un questionnaire qui peut facilement être réalisé en consultation : deux réponses positives (ou plus) à ces questions sont évocatrices d'une consommation nocive de cannabis.

- Avez-vous ressenti le besoin de diminuer votre consommation de cannabis ?
- Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
- Avez-vous déjà eu l'impression que vous fumiez-trop de cannabis ?
- Avez-vous déjà eu besoin de fumer du cannabis dès le matin pour vous sentir en forme ?

Il existe d'autres questionnaires plus spécifique d'une consommation chez les jeunes tels que l'ADOSPA.

3.2.2. Tests biologiques

Prélèvements urinaires

Les urines sont le milieu de choix pour le dépistage de la consommation de cannabis car les concentrations y sont plus élevées que dans le sang. Le Δ^9 -THC-COOH y est présent en grande quantité pendant une dizaine de jours après la prise et est détectable jusqu'à 2 à 3 mois pour un gros fumeur. ce type de dépistage est fréquemment utilisé dans certaines situations : dopage, conduite automobile, suivi de toxicomanes, recherche d'une conduite addictive en milieu professionnel. Cependant, le test ne renseigne pas sur le moment de la dernière prise de cannabis. [6]

Prélèvements sanguins

Le prélèvement sanguin permet d'estimer le temps écoulé depuis la dernière prise. La méthode cependant est très longue et possède quelques limites : le seuil de concentration de Δ^9 -THC à partir duquel on observe une altération de la vigilance varie d'un individu à l'autre et il existe un phénomène d'accoutumance qui modifie le seuil en fonction de la quantité consommée. [6]

La salive

La concentration dans la salive est proportionnelle à celle observée dans le sang. C'est un test facile à réaliser, adapté à un dépistage de masse. Le Δ^9 -THC reste présent dans la salive pendant environ 6heures. [6]

La sueur

Le Δ^9 -THC y est sécrété en quantité très faible. Il s'agit d'un milieu utile pour un dépistage de consommation récente et par une technique de référence. [6]

Les cheveux

Cette analyse permet de mettre en évidence une consommation de cannabis alors que ses principaux métabolites ont disparu du sang et des urines. Elle révèle une consommation chronique et permet d'établir un « calendrier » de la consommation sur plusieurs mois. Elle est utilisée dans le cadre du dopage, de la conduite automobile en médecine du travail et en médecine légale. [6] Une étude réalisée en 1999 a proposé de rechercher les cannabinoïdes dans les cheveux des nouveaux-nés de mères consommatrices. [3]

3.3. Un exemple de prise en charge : Les « consultations cannabis »

3.3.1. Présentation

Depuis Février 2005, ont été mises en place, dans le cadre d'un programme de prévention de l'usage de cannabis, des consultations spécifiques, dans chaque département. Ces consultations ont pour but d'accueillir tous ceux qui ont, ou pensent avoir, une consommation problématique de cannabis. Elles sont étroitement associées au dispositif d'addictologie existant : 75% à un Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes (CSST), 8% à un Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA), 15% à un service hospitalier et 2% à un CCAA/CSST.

Objectifs :

- Proposer une évaluation de la consommation
 - Offrir une information et un conseil personnalisés aux usagers à risque
 - Offrir une prise en charge aux consultants ayant un usage nocif sans complications sociales ni psychiatriques
 - Accompagner ou proposer une orientation aux consultants lorsque la situation le justifie
 - Offrir un accueil aux parents en difficulté face à la consommation de leur enfant.
- [24]

3.3.2. Enquête sur les consultants accueillis

Une enquête nationale a été menée par questionnaire auprès de professionnels ayant accueilli des patients ou leur entourage entre le 15 mars et le 15 avril 2005 avec un suivi jusqu'au 30 juin 2005.

Objectifs :

Cette enquête a pour but :

- D'apprécier si le dispositif rejoint la population cible
- De repérer les outils d'évaluation de la consommation de cannabis utilisés
- De répondre à certaines questions relatives au déroulement des consultations
- De préciser les caractéristiques de l'entourage et les motifs de son recours à la consultation

Résultats de l'enquête :

- 70% des consommateurs concernés sont des consommateurs de cannabis, 90% d'entre eux ont moins de 25 ans et 80% sont des garçons.
- 3 types de populations de consommateurs sont concernés : 38% sont adressés par la justice, 31% par un tiers et 31% consultent spontanément.
- 63% de ces consommateurs déclarent un usage régulier ou quotidien de cannabis ; plus du tiers fait l'objet d'un diagnostic de dépendance.
- En moyenne un consommateur est vu deux fois. Il ne sera vu qu'une seule fois dans un cas sur deux, 23% assisteront à deux consultations et 30% à trois consultations et plus.

Les usagers simples sont renvoyés vers des groupes de parole et points d'écoute et les usagers « à risque » font l'objet d'une poursuite de l'évaluation ou sont envoyés vers des structures de prise en charge spécialisée.

Il existe un taux d'abandon d'environ 30% chez les personnes nécessitant un suivi, principalement après la première et la deuxième consultation. Abandon dû en général à l'allongement du délai entre ces consultations. [25]

ETUDE

1. PRESENTATION DE L'ETUDE

1.1. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les pratiques des professionnels concernant le dépistage de la consommation de cannabis en cours de grossesse.

L'objectif secondaire était d'évaluer le niveau d'information de ces professionnels concernant le risque éventuel lié à la consommation.

1.2. Méthodes

Type d'étude : étude prospective à partir de questionnaires destinés aux professionnels de santé

1.2.1. Contenu du questionnaire

Notre questionnaire, présenté en annexe, comprend trois parties avec 14 items dont 6 questions ouvertes.

Dans la première partie (items n°1,2,3,4), nous nous sommes intéressés au dépistage, principalement lors de l'interrogatoire. Grâce à la question n°1 nous souhaitions savoir si la question était posée aux patientes lors du suivi de grossesse. Les questions suivantes permettent de préciser la pratique de l'interrogatoire.

Nous avons souhaité, dans la deuxième partie (items n°5,6,7), évaluer le niveau d'information des professionnels. Il leur a été demandé par la question n°6 s'ils se sentaient suffisamment informés sur la consommation de cannabis en cours de grossesse et quelles étaient leurs sources d'information.

Dans la dernière partie (items n°8 à 14), nous nous sommes intéressés plus particulièrement aux professionnels ayant eu parmi leurs patientes des consommatrices de cannabis, aux difficultés qu'ils peuvent rencontrer lors de leur suivi et à la prise en charge qu'ils effectuent pour ces patientes.

1.2.2. Population de l'enquête et distribution du questionnaire

Le questionnaire a été distribué aux médecins traitants, gynécologues médicaux, sages-femmes et gynécologues obstétriciens de Loire-Atlantique, selon plusieurs modes :

- Envoi par courrier postal avec enveloppe réponse timbrée. La sélection des professionnels s'est faite à partir de l'annuaire 2006 et de manière :
 - Exhaustive pour les gynécologues médicaux, sages-femmes et gynécologues obstétriciens du département.
 - Randomisation à 20% des médecins généralistes du département
- Distribution exhaustive, sur une journée, aux professionnels du service de consultations du CHU de Nantes.
- Distribution exhaustive aux sages-femmes de PMI de Loire-Atlantique par l'intermédiaire du médecin responsable.

1.2.3. Recueil des données

Il a été effectué sur la période du 12/11/06 au 31/12/06.

1.2.4. Analyse statistique

La saisie et l'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel EpiData.

Tests statistiques utilisés: student, test du χ^2 (significatif si $p < 0,05$)

2. RESULTATS

2.1. Population dans l'ensemble

2.1.1. Taux de réponse

382 questionnaires ont été envoyés à :

- 200 Médecins Généralistes
- 55 Gynécologues médicaux
- 69 Sages-Femmes
- 58 Gynécologues obstétriciens

Au total, 241 questionnaires nous ont été renvoyés, ce qui nous donne un taux de réponse de 60,1%. Cependant, 32 questionnaires n'étant pas exploitables, l'analyse a été réalisée à partir de 209 questionnaires (54,7%).

- Médecins généralistes : 53,5% (n=107)
- Gynécologues médicaux : 38,2% (n=21)
- Sages-femmes : 72,5% (n=50)
- Gynécologues obstétriciens : 53,4% (n=31)

2.1.2. Répartition des professionnels

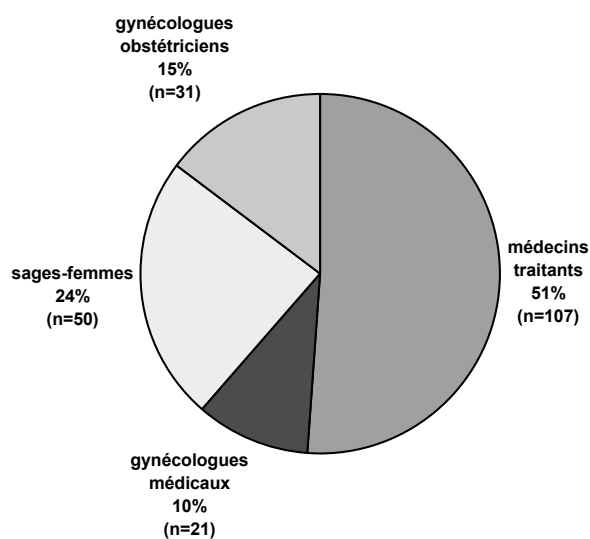


Figure 1 : Répartition des réponses en fonction de la profession

2.1.3. Age des professionnels

La moyenne d'âge des professionnels est de 46,1 ans (écart type = 8,96)

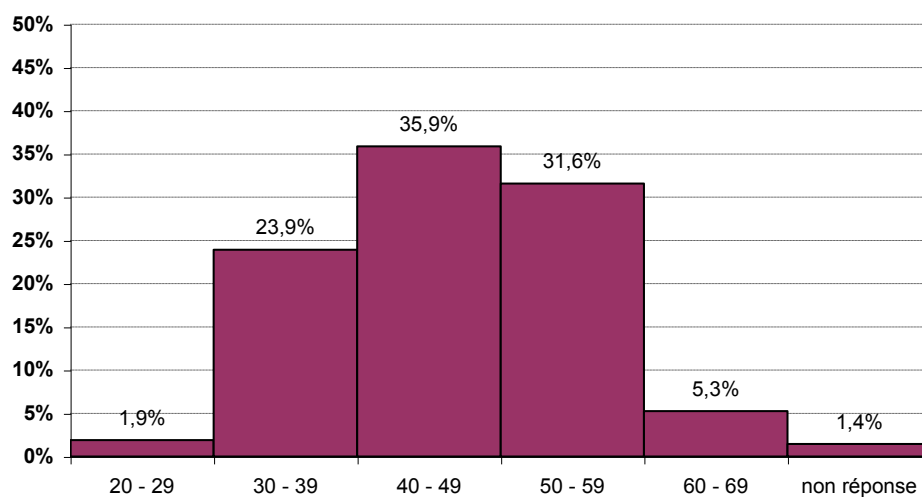


Figure 2 : Age des professionnels interrogés

La moyenne d'âge des professionnels varie de 41 ans pour les sages-femmes à 48,6 ans pour les médecins généralistes.

2.1.4. Sexe des professionnels

On retrouve 51,2% d'hommes et 48,8% de femmes.

- Médecins généralistes : 76,4% d'hommes
- Gynécologues médicaux : 90,5% de femmes
- Sages-femmes : 100% de femmes
- Gynécologues obstétriciens : 75,9% d'hommes

2.2. Etape descriptive

2.2.1. Interrogatoire au sujet d'une consommation de produits illicites éventuelle

Sur 206 professionnels ayant répondu à la question, 51,9% (n=107) interrogent systématiquement ou souvent la patiente au sujet d'une consommation de produits illicites éventuelle.

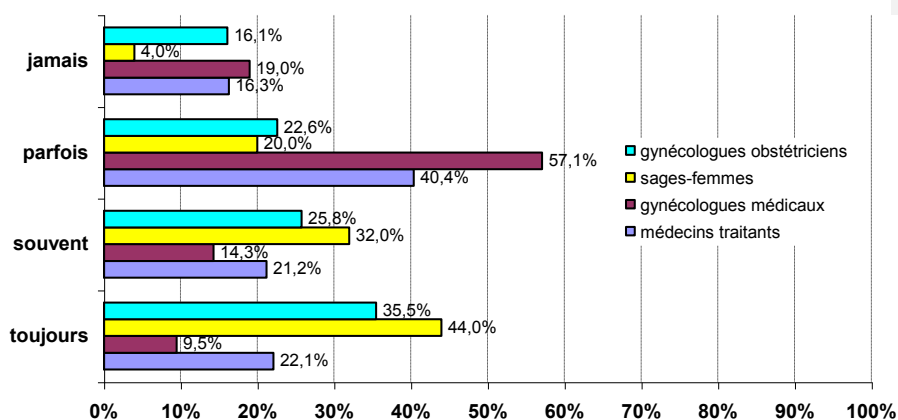


Figure 3 : Interrogatoire des patientes au sujet d'une consommation de produits illicites éventuelle en fonction de la catégorie professionnelle

2.2.2. Précision du type de produit consommé

Parmi les 209 professionnels, 80,4% (n=168) ont précisé aux patientes de quel type de produit il s'agit.

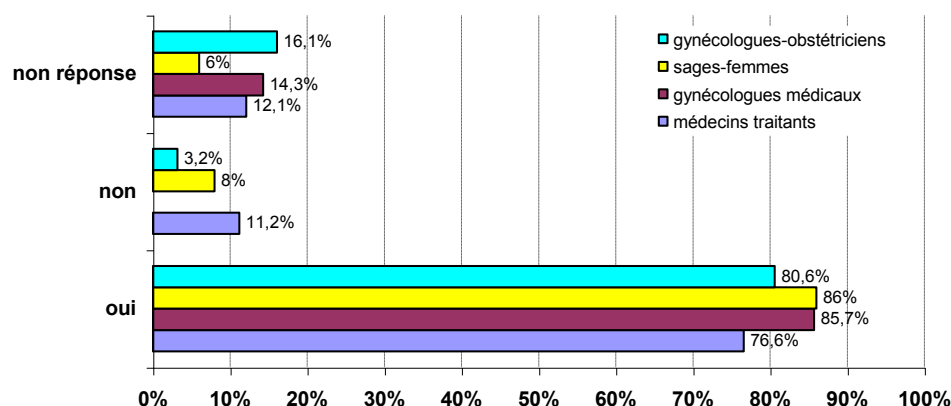


Figure 4 : précision du type de produit consommé par les patientes en fonction de la catégorie professionnelle

2.2.3. Le dépistage systématique par interrogatoire

Sur 208 professionnels ayant répondu à la question, 46,6% (n=97) pensent qu'un dépistage systématique par interrogatoire est indispensable dans tous les cas et 47,1% (n=98) pensent qu'un dépistage systématique par interrogatoire est justifié selon le contexte.

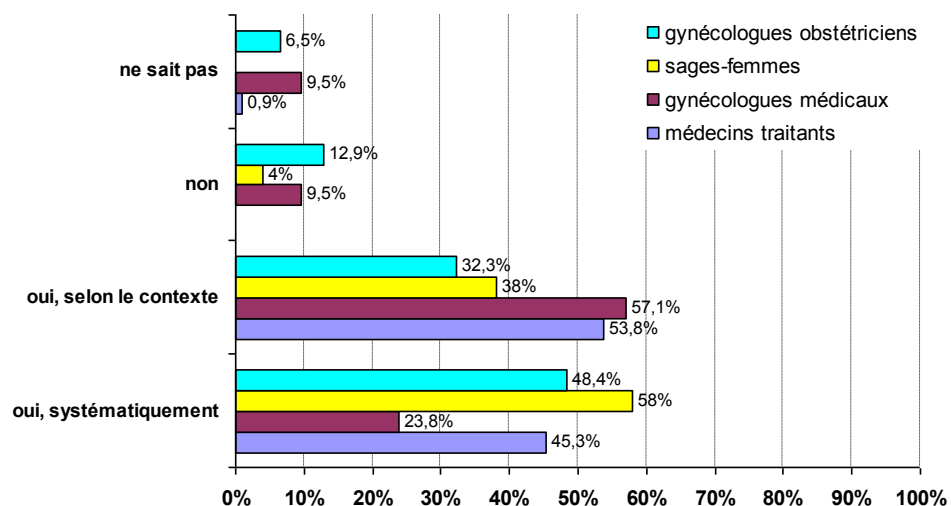


Figure 5 : Nécessité d'un dépistage systématique par interrogatoire en fonction de la catégorie professionnelle

2.2.4. Dépistage par d'autres techniques

La majorité des professionnels de santé s'accorde à penser que l'utilisation de techniques autres que l'interrogatoire n'est pas nécessaire dans la plupart des cas comme le montrent les figures 6, 7 et 8.

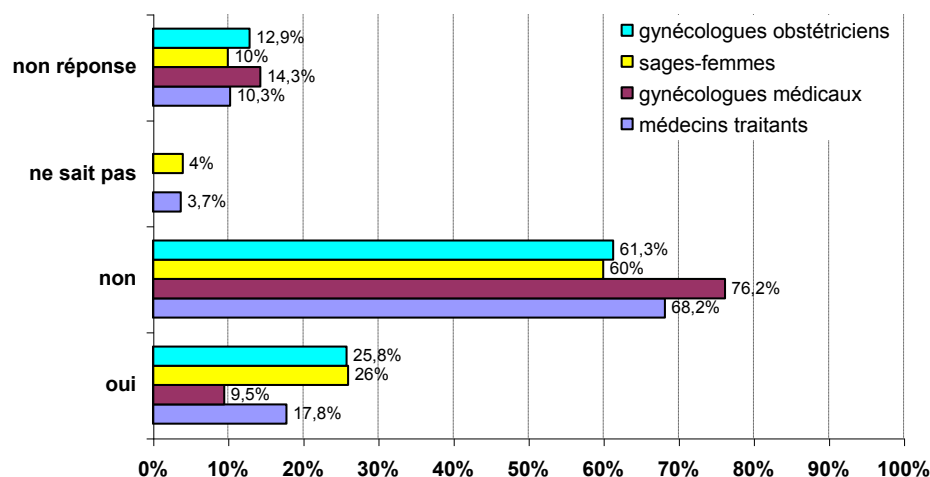


Figure 6 : Nécessité d'un dépistage par testeur de CO en fonction des catégories professionnelles

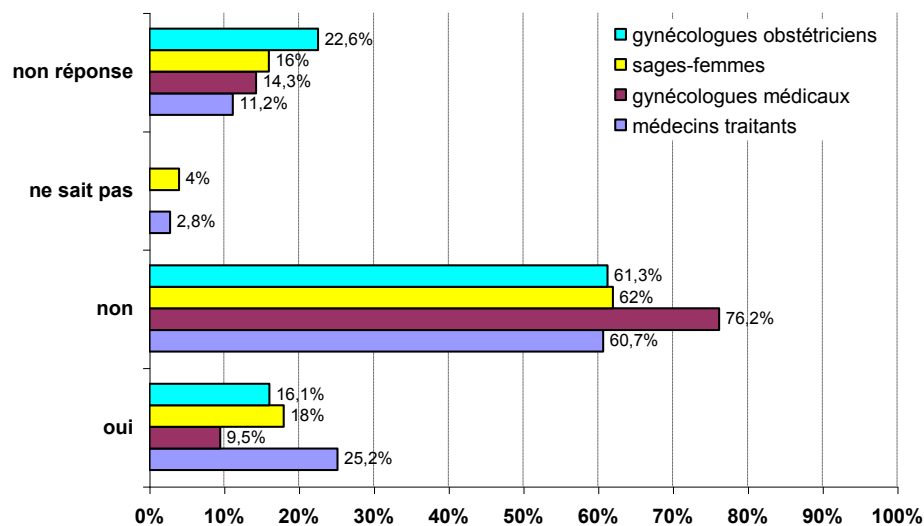


Figure 7 : Nécessité d'un dépistage par dosage urinaire de THC en fonction des catégories professionnelles

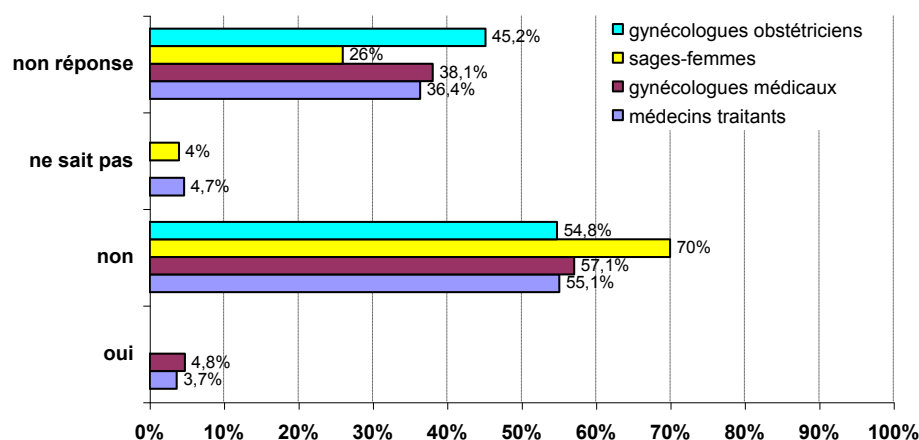


Figure 8 : Nécessité d'un dépistage par d'autres techniques en fonction des catégories professionnelles

2.2.5. Les professionnels se considèrent-ils suffisamment informés sur les risques de la consommation de cannabis durant la grossesse

Sur 208 professionnels ayant répondu à la question, 69,7% (n=145) ne se considèrent pas suffisamment informés des risques de la consommation de cannabis en cours de grossesse.

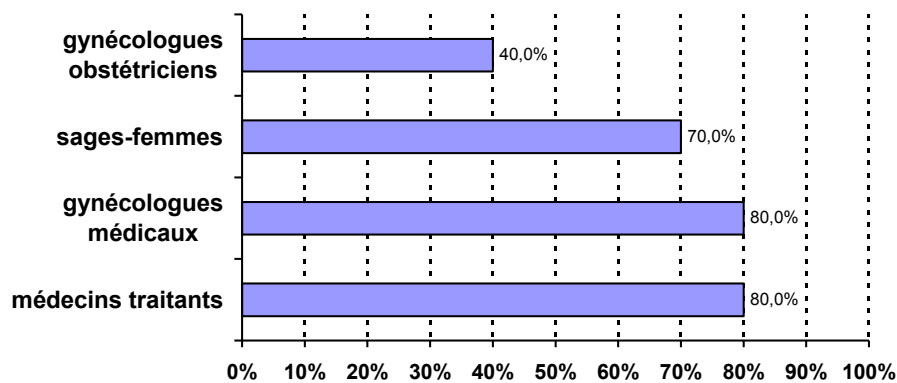


Figure 9 : Professionnels ne se sentant pas suffisamment informés sur les risques de la consommation de cannabis durant la grossesse

Les principales sources d'information connues et citées par les professionnels sont :

- La presse professionnelle (n=54)
- La formation continue (n=50)
- La presse (n=22)
- Les réseaux (n=15)
- Les autres professionnels (n=8)

2.2.6. Réseaux ou correspondants

Sur 207 professionnels ayant répondu à la question, 64,3% ne connaissent pas d'adresse ni de numéro de téléphone d'information sur le cannabis.

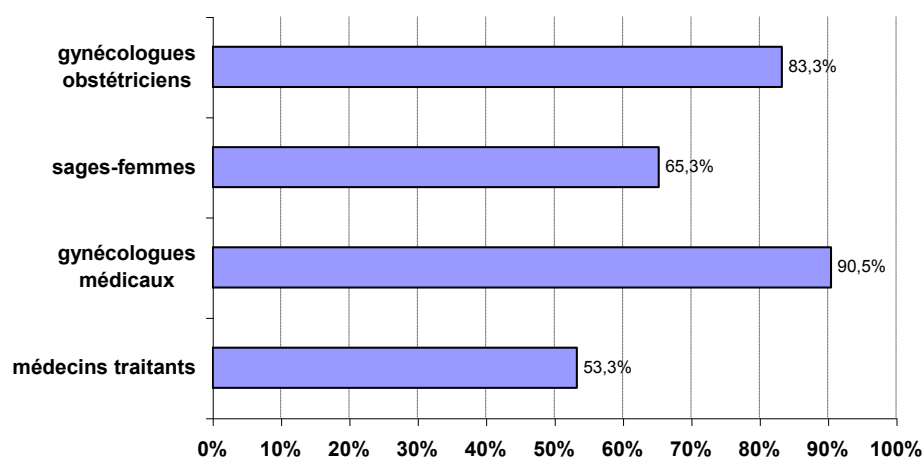


Figure 10 : Professionnels ne connaissant pas d'adresses ni de numéros de téléphone d'information concernant le cannabis, en fonction de la catégorie professionnelle

Les principales adresses et numéros de téléphone connus et mentionnés par les professionnels sont :

- Le service d'addictologie du CHU de Nantes (n=21)
- L'association Le Triangle à Nantes(n=16)
- L'association La Rose des Vents à Saint Nazaire (n=13)
- Drogues Info Services (n=12)
- L'Ecoute Cannabis (n=8)

2.2.7. Expérience pratique des professionnels de santé

Parmi les 208 professionnels ayant répondu à la question : 39,9% ont eu, parmi leurs patientes, des consommatrices de cannabis en cours de grossesse.

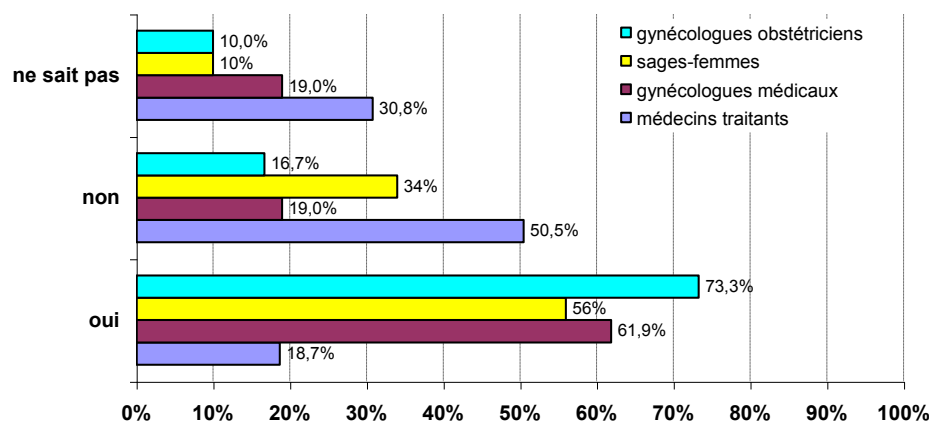


Figure 11 : Population de patientes consommatrices de cannabis en fonction de la catégorie professionnelle

2.2.8. Evolution du nombre des consommatrices de cannabis en cours de grossesse selon l'avis des professionnels

Parmi les 208 professionnels ayant répondu à la question, 69,2% ne savent pas mais 28,4% pensent que cette consommation augmente.

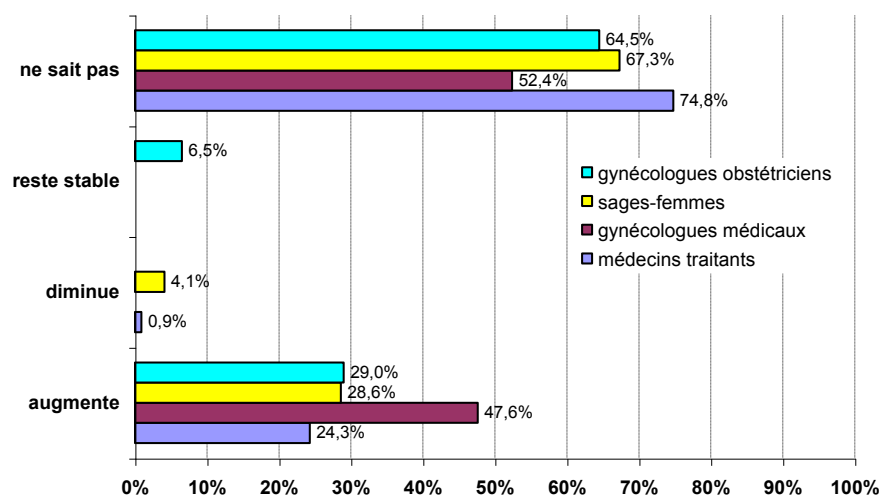


Figure 12 : Estimation par les professionnels de l'évolution du nombre des consommatrices de cannabis en cours de grossesse

2.2.9. Difficultés dans la prise en charge de ces patientes

Parmi les 209 professionnels, 48,3% ne rencontrent pas de difficultés pour la prise en charge de ces patientes.

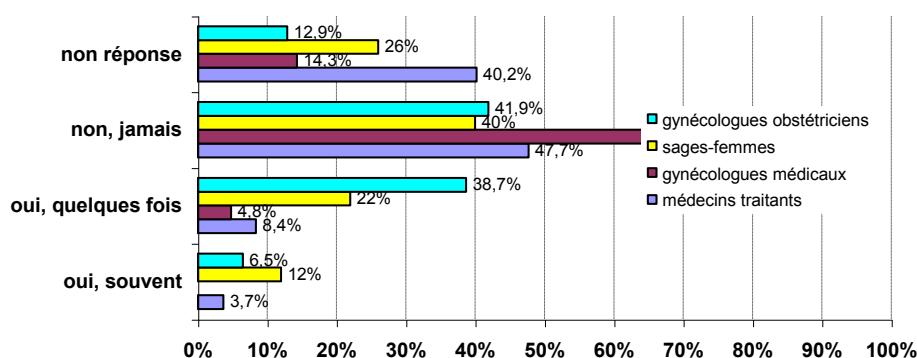


Figure 13 : Difficultés rencontrées au cours du suivi de grossesse de patientes consommatrices de cannabis en fonction de la catégorie professionnelle

Les principales difficultés rencontrées et mentionnées par les professionnels sont :

- Les problèmes d'observance (n=9)
- Le déni des patientes du risque pour la grossesse(n=4)
- Le refus de prise en charge (n=4)
- La rechute (n=4)
- Le déni de l'addiction (n=3)

2.2.10. Arrive-t-il aux professionnels d'orienter leurs patientes vers les adresses ou numéros de téléphone cités précédemment

Parmi les 209 professionnels interrogés : 71,3% n'ont jamais orienté leurs patientes vers ces adresses ou numéros de téléphone.

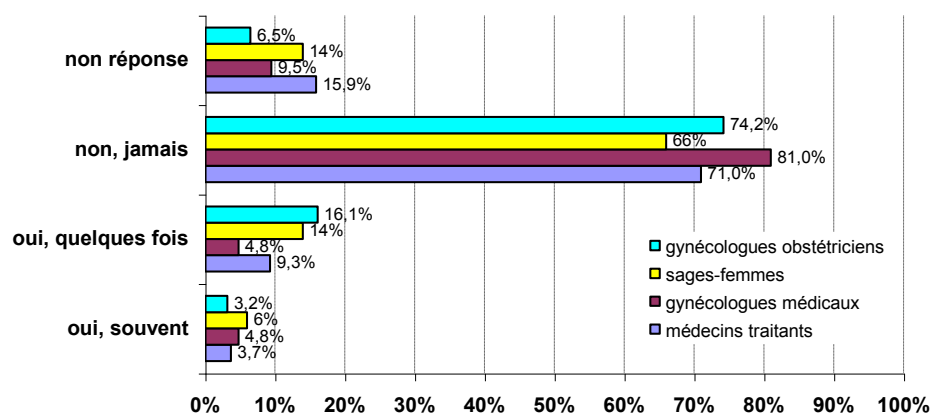


Figure 14 : Orientation des patientes consommatrices de cannabis vers d'autres adresses ou numéros de téléphone en fonction de la catégorie professionnelle

2.2.11. Arrive-t-il aux professionnels interrogés de faire appel à d'autres professionnels pour la prise en charge de ces patientes

Parmi les 209 professionnels, 61,2% n'ont jamais fait appel à d'autres professionnels pour la prise en charge de ces patientes.

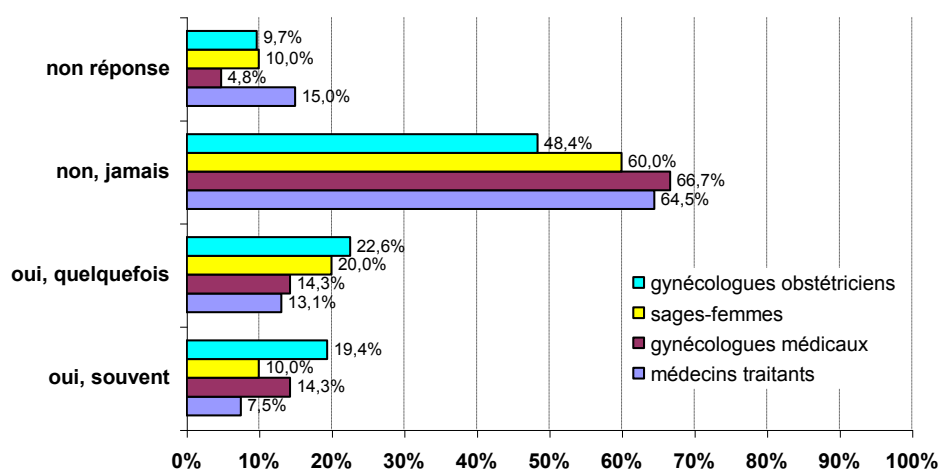


Figure 15 : Orientation des patientes vers d'autres professionnels en fonction de la catégorie professionnelle

Les principaux professionnels sollicités pour la prise charge de ces patientes sont :

- Les psychologues (n=10)
- Les services de PMI (n=7)
- Les médecins traitants (n=5)
- Les centres spécialisés : Triangle, Rose des Vents (n=5)
- Les psychiatres (n=4)
- Les tabacologues (n=4)

2.2.12. Une prise en charge systématique de ces patientes semble-t-elle nécessaire aux professionnels interrogés

Parmi les 209 professionnels interrogés, 68,9% pensent qu'une prise en charge systématique de ces patientes est nécessaire.

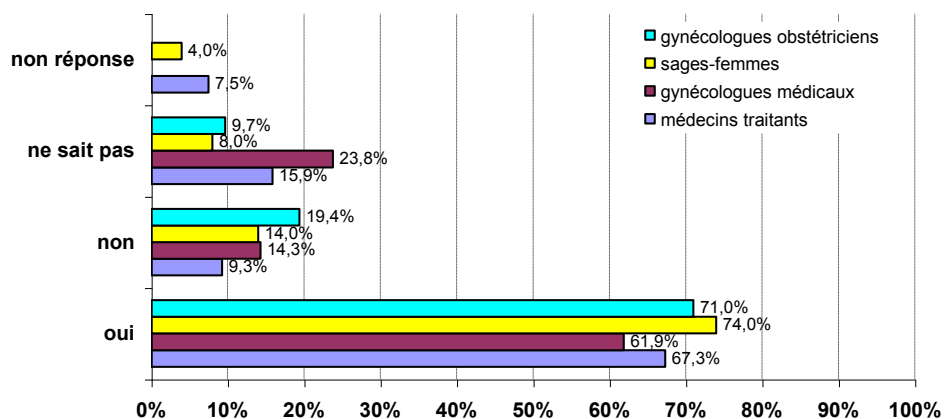


Figure 16 : Nécessité d'une prise en charge systématique en fonction de la catégorie professionnelle

Les professionnels souhaitant une prise en charge systématique de ces patientes pensent qu'elle est nécessaire car :

- Selon eux il s'agit d'une grossesse à risque (n=52)
- Il faut sensibiliser ces patientes sur leur consommation de cannabis (n=11)
- Cela peut les aider à se sevrer (n=11)

Les professionnels pensant qu'une prise en charge systématique n'est pas nécessaire le justifient par le fait que :

- L'arrêt de la consommation doit être une décision personnelle (n=5)
- Cet arrêt est souvent spontané (n=5)
- Il existe une banalisation de cette pratique (n=2)

2.2.13. Propositions pour une meilleure prise en charge

De nombreuses idées ont été suggérées. Les plus fréquemment citées sont :

- Une information des professionnels (n=36)
- La médiatisation (n=16)
- Des consultations spécialisées (n=16)
- Une plaquette pour les patientes (n=14)
- Une prise en charge multidisciplinaire (n=13)
- Un dépistage systématique (n=9)

2.2. Etape comparative :

2.2.1. Résultats selon la profession

Nous avons séparé les professionnels en deux catégories. Nous avons comparé les professionnels confrontés à la naissance et les professionnels ne réalisant que le suivi de grossesse, c'est-à-dire d'une part les sages-femmes et obstétriciens, et d'autre part les médecins généralistes et gynécologues médicaux. Ces groupes seront ensuite désignés respectivement par groupe 1 et groupe 2.

Dépistage

70,4% (n=57) des sages-femmes/obstétriciens contre 40% (n=50) des médecins traitants et gynécologues interrogent toujours ou souvent la patiente ($p<0,0001$, $OR=3,71$, $[1,33-2,33]$).

La différence entre les pratiques de dépistage est significative ($p=0.0003$).

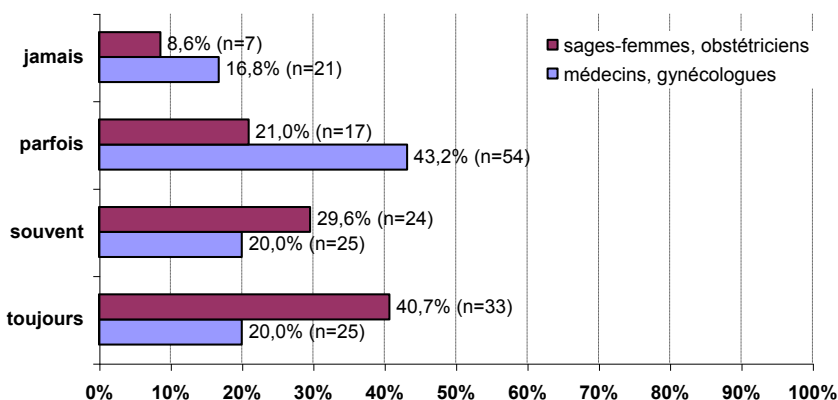


Figure 17 : Interrogatoire au sujet d'une consommation de produits illicites selon les professionnels ($p=0,0003$)

Mis en forme

Mis en forme

Niveau d'information

Le groupe 1 se considère comme informé dans 41% des cas contre 23% dans le groupe 2. La différence entre la perception du niveau d'information entre les 2 groupes est significative ($p=0.0065$)

Mis en forme

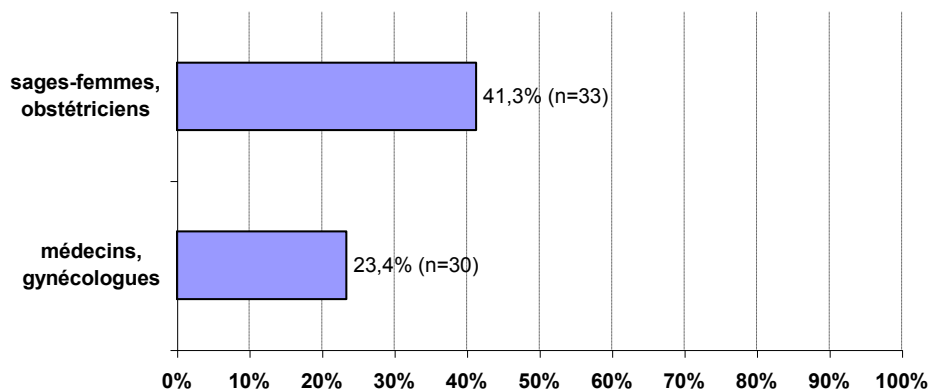


Figure 18 : professionnels se considérant comme suffisamment informés sur les risques d'une consommation de cannabis durant la grossesse ($p=0,0065$, $OR=2,25$, [1,18-4,29])

Le groupe 2 a plus souvent à sa disposition des coordonnées de contact que le groupe 1. la différence entre la connaissance d'adresses ou numéros de téléphone concernant le cannabis entre les 2 groupes n'est pas significative ($p=0.0625$) mais on peut souligner une tendance : les professionnels ne pratiquant pas l'accouchement disposent de plus de « contacts »

Mis en forme

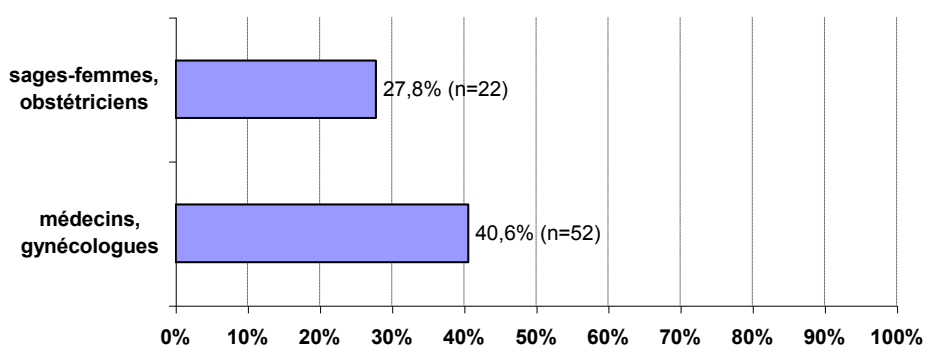


Figure 19 : professionnels connaissant des adresses et des numéros de téléphone concernant le cannabis ($p=0,0625$)

Pratiques professionnelles

Mis en forme

Le groupe 1 a plus rencontré dans sa pratique professionnelle des patientes enceintes consommatrices de cannabis (62.5% versus 25.8% pour le groupe 2). Cette différence est significative ($p < 0.0001$).

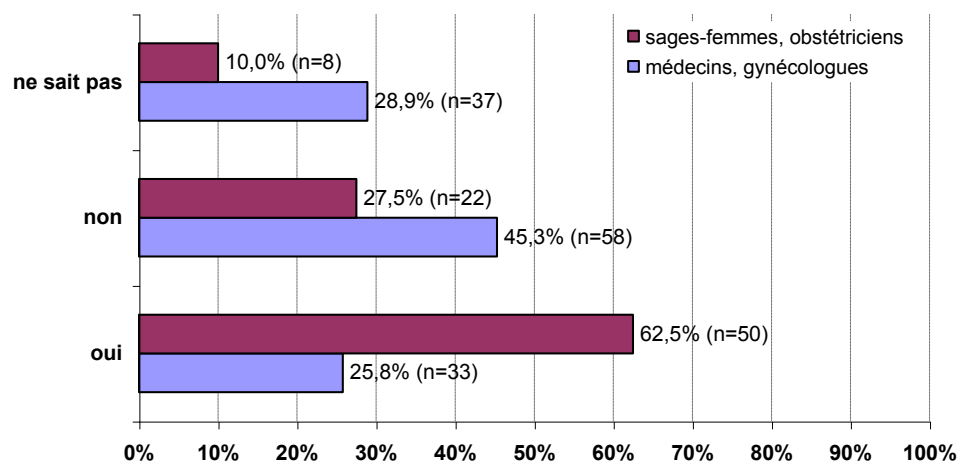


Figure 20 : professionnels ayant ou ayant eu des consommatrices de cannabis durant leur grossesse parmi leur patientes.

Sur la réponse oui, : $p < 0,0001$, OR=4,64 [2,45-8,85]

2.2.2. Résultats selon l'âge

La répartition des professionnels ayant répondu à l'étude s'étale de 26 à 67 ans et la moyenne d'âge est de 46,1ans.

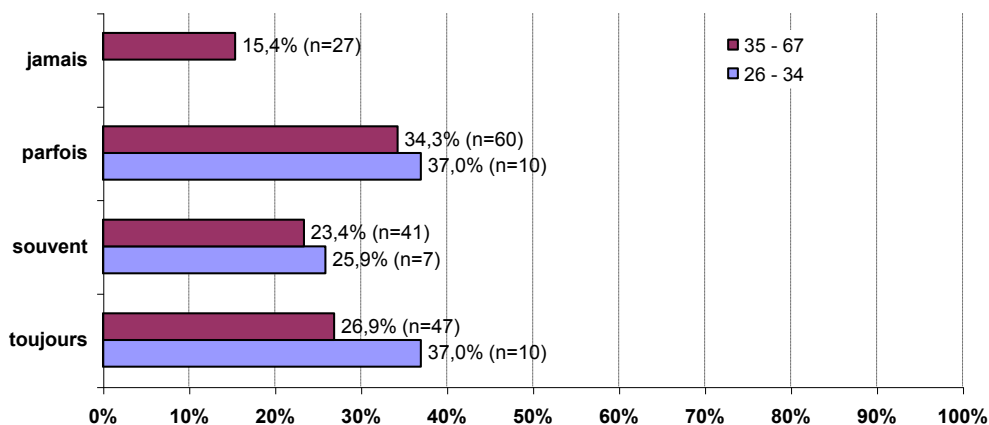


Figure 21 : interrogatoire au sujet d'une consommation de produits illicites éventuelle selon l'âge du professionnel

88,9% (n=24) des professionnels âgés de 26 à 34ans ne se considèrent pas suffisamment informés sur les risques d'une consommation de cannabis en cours de grossesse contre 66,9% (n=119) des professionnels âgés de 35 à 67 ans (p=0,202).

Cette différence d'information entre les classes d'âge n'est pas significative mais on note quand même une tendance à la meilleure information des plus jeunes.

2.2.3. Résultats selon l'information

Parmi les professionnels ayant répondu à notre enquête : 69,7% (n=145) des professionnels disent ne pas se considérer comme suffisamment informés des risques de la consommation de cannabis en cours grossesse.

Les professionnels les plus informés interrogent 6.8 fois plus souvent leurs patientes sur leur consommation de cannabis que les moins informés. La différence est significative.

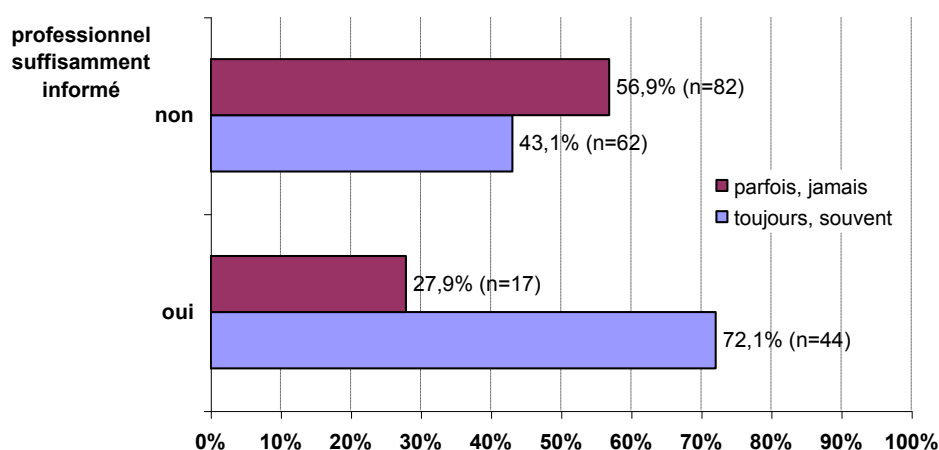


Figure 22 : interrogatoire au sujet de la consommation de produits illicites en fonction du niveau d'information du professionnel (p<0,0001, OR=6,80, [3,39-13,76])

DISCUSSION

1. TAUX DE PARTICIPATION, FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

1.1. Taux de participation

On peut dire que la participation à notre étude a été excellente car notre taux de participation est de 60,1%. Dans ce type d'étude, le taux de participation est en moyenne d'environ 30% de réponses.

On peut expliquer ce taux important par :

- Le système d'enveloppe-réponse timbrée jointe au questionnaire
- Le questionnaire est court, il y a peu de questions ouvertes, il peut être rempli rapidement par les professionnels de santé
- Le sujet abordé est un sujet d'actualité, car la consommation de cannabis est une consommation qui se banalise et est très fréquente chez les jeunes

1.2. Forces et faiblesses de l'étude

1.2.1. Forces de l'étude

Les principales forces de notre enquête sont :

- La méthodologie de sélection qui a permis de sélectionner un échantillon représentatif de la population ciblée
- Un large échantillon avec l'envoi de 382 questionnaires
- Un excellent taux de participation

1.2.2. Limites de l'étude

La principale limite de notre enquête, retrouvée dans la plupart des études reste le biais de sélection. En effet, les professionnels qui répondent et renvoient le questionnaire sont les professionnels intéressés par le sujet de l'enquête.

Notre enquête possède également quelques autres limites qui ont rendu son exploitation parfois difficile :

- 32 des questionnaires n'ont pas pu être exploités, car seule la première page avait été remplie.
- Nous n'avons pas retrouvé d'études du même type référencées dans la littérature ; nous ne pourrions donc pas comparer les résultats que nous avons obtenus.

2. PERCEPTION DU RISQUE LIE A LA CONSOMMATION

Comme nous l'avons montré dans la première partie, le risque d'une consommation de cannabis est réel. Il est réel pour la femme et également pour l'enfant qu'elle porte. Il nous a donc paru nécessaire d'interroger les professionnels de santé afin d'évaluer leurs pratiques en matière de dépistage, et leur niveau d'information sur ces risques.

2.1. Différences de perception du risque selon la profession

Au cours de notre étude, nous avons décidé de confronter le point de vue des professionnels pratiquant l'accouchement, donc au contact du nouveau-né, à celui des professionnels réalisant essentiellement le suivi des patientes avant l'accouchement. Nous avons pu mettre en évidence une différence de pratique médicale entre ces deux groupes que nous désignerons par la suite : groupe 1 pour les sages-femmes et gynécologues obstétriciens et groupe 2 pour les médecins généralistes et gynécologues médicaux.

Il existe une différence significative entre les professionnels du groupe 1 et ceux du groupe 2. (70,4% des professionnels du groupe 1 interrogent la patiente au sujet d'une consommation de produits illicites contre 40% des professionnels du groupe 2).

On retrouve une tendance ($p=0,0625$) des professionnels du groupe 1 à connaître plus de correspondants que les professionnels du groupe 2.

On constate que la majorité des professionnels ne sait pas comment évolue la consommation de cannabis dans la population des femmes enceintes. L'explication peut venir du fait que les professionnels sont en majorité peu informés sur le sujet mais aussi par le fait que le dépistage n'est pas encore bien installé dans toutes les catégories professionnelles.

Il s'avère que ce sont les professionnels spécialisés dans la grossesse qui repèrent parmi leurs patientes le plus de consommatrices de cannabis. Cette différence est due au fait que les sages-femmes et obstétriciens interrogent plus systématiquement la patiente sur sa consommation de produits illicites que les autres catégories professionnelles.

D'après notre étude descriptive, lors du suivi de ces patientes, ce sont en majorité les professionnels du groupe 1 qui sont confrontés à des difficultés et qui orientent majoritairement ces patientes vers d'autres structures et d'autres professionnels. Mais on comprend que ces difficultés ne pourront être perçues et attribuées au cannabis que si un dépistage de la consommation a été fait préalablement.

De manière générale, les professionnels s'accordent à dire qu'une prise en charge systématique de ces patientes est nécessaire mais qu'il y a des progrès à faire dans ce domaine.

Les professionnels confrontés à la naissance, plus souvent confrontés aux risques de cette consommation sont mieux informés. Ils sont en première ligne vis-à-vis des risques obstétricaux, et le plus souvent mis en cause, de manière générale lors des plaintes et procès. Ils auront certainement plus tendance à dépister les femmes consommatrices de cannabis de manière systématique connaissant ces risques et les conséquences qu'ils peuvent avoir sur la naissance, la période néonatale et le long terme sur ces enfants exposés. Par conséquent, et comme le montrent les résultats de notre étude, ce sont eux qui vont rencontrer le plus de difficultés face à ces patientes et ce sont eux qui vont plus facilement orienter les femmes vers d'autres praticiens et d'autres structures de prise en charge.

Les professionnels du groupe 2 réalisent essentiellement des suivis de grossesse, mais la consultation du 8^{ème} et 9^{ème} devant se faire dans la structure prévue pour l'accouchement, ils savent que cette patiente sera vue par un obstétricien ou une sage-femme. Ils sont de ce fait peut-être moins sensibilisés aux risques pour le bébé de la consommation de cannabis en cours de grossesse. Cependant, dans notre étude, nous avons constaté que ces professionnels réalisant uniquement le suivi de grossesse avaient tendance à connaître plus d'adresses et de numéros de téléphone vers lesquels orienter les patientes. Ce qui nous prouve qu'ils gardent de côté des ressources ainsi que des correspondants en cas de nécessité. Notons aussi que ces professionnels ont une patientèle complètement différente et non exclusivement des femmes enceintes, ils doivent donc être à même de répondre à une grande diversité de problèmes cliniques et de patients à orienter.

Même s'il existe des différences entre les deux catégories, l'ensemble des professionnels s'accorde à dire qu'une prise en charge systématique doit être réalisée pour ces patientes. La notion de risque reste donc bien à l'esprit de tous les professionnels de santé.

2.2. Banalisation de la consommation

La consommation de cannabis et sa banalisation sont un problème de santé publique. En effet, comme nous l'avons rappelé dans notre partie épidémiologie, on constate une augmentation de la consommation de cannabis dans la population générale. Près d'un adulte sur trois âgé de 18 à 65 ans en a déjà fait l'expérimentation et cette expérimentation se fait de plus en plus tôt. Malgré les risques que peut occasionner cette drogue qualifiée de « douce », elle n'a pas la même connotation péjorative que les drogues dites « dures » telles que la cocaïne ou l'héroïne.

Dans notre première partie, nous avons précisé que l'augmentation du nombre des expérimentations de cannabis était principalement le fait des femmes de plus de 20 ans, donc des femmes en âge de procréer. Nous pouvons même dire que la banalisation est très importante car même les femmes ne font pas part de leur consommation à leur médecin ou à leur sage-femme s'ils ne lui posent pas la question.

3. L'INFORMATION

La perception du risque de cette consommation dépend de l'information. Ce sont les professionnels les mieux informés qui vont d'avantage s'intéresser aux conséquences engendrées par le cannabis sur la grossesse.

Dans les résultats de notre enquête, il apparaît que la majorité des professionnels ne se sent pas suffisamment informée sur les risques d'une telle consommation et qu'ils connaissent peu de réseaux ou de structures de prise en charge pour les patients.

Ce sujet devenant un sujet de plus en plus d'actualité, il apparaît important de l'aborder systématiquement dans la formation initiale des personnels de santé. On a d'ailleurs pu constater dans notre enquête une tendance des praticiens de moins de 35 ans à être mieux informés et à interroger plus systématiquement les patientes sur une consommation de cannabis lors du suivi de grossesse. On pourrait expliquer cette tendance par le fait que ces jeunes professionnels ont probablement été confrontés eux-mêmes ou dans leur entourage à une consommation de cannabis. Et le sujet est aussi de plus en plus abordé dans les formations médicales.

Cependant, malgré de récentes revues de la littérature, on constate que les professionnels n'ont pas encore bien conscience du risque et que l'information reçue sur le sujet leur paraît insuffisante.

Parmi les propositions évoquées dans les questionnaires pour améliorer la prise en charge des patientes, nous avons pu retenir quelques idées récurrentes et intéressantes pour l'information du grand public et des personnels de santé tels que :

- La prévention scolaire
- La réalisation de plaquettes et d'affiches à visée informative à l'attention des patientes
- La médiatisation des conséquences du cannabis sur la santé
- La réalisation d'une plaquette d'information à l'attention des professionnels

Avec la mise en place récente du « Plan Addictologie », les praticiens vont pouvoir organiser une prise en charge multidisciplinaire et mettre en place une coordination avec des centres spécialisés dans la prise en charge de ces patientes. Des réseaux, dont l'objectif est la mise en relation de différents professionnels de santé confrontés au problème lié à l'addictologie ont déjà été mis en place. Dans notre région, le Réseau Toxicomanie de la Région Nantaise a cette vocation.

CONCLUSION

Dans une première partie, nous avons démontré que les risques d'une consommation de cannabis en cours de grossesse sont réels. Ils le sont pour la mère car l'usage chronique de cannabis a des répercussions qui peuvent être graves à long terme. Ils le sont également pour l'enfant car le peu d'études menées à ce jour ne permettent pas d'exclure les conséquences à long terme sur le développement de l'enfant.

Grâce à notre étude nous avons pu montrer que les professionnels confrontés à la naissance ont probablement une meilleure notion du risque et de ce fait s'intéressent plus au dépistage des consommations à risque que les professionnels réalisant uniquement le suivi de grossesse. Cependant, la majorité des professionnels ayant participé à notre enquête se trouve en manque d'information concernant le sujet. Or une prise en charge adaptée nécessite en amont une bonne information et un dépistage adapté.

Pour répondre à ce point, et avec les différents partenaires rencontrés pour ce travail (le Réseau Sécurité Naissance et le Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance de Nantes), nous avons décidé de poursuivre ce travail afin d'améliorer le dépistage des patientes concernées par des consommations de cannabis. Cette application pratique va prendre différentes formes :

- La création pour les praticiens d'une « fiche réflexe », avec un interrogatoire complet et comprenant les différents tests de dépistage de l'usage nocif de cannabis tels que le DETC
- La création d'une plaquette à destination des patientes les informant des risques, des structures de prise en charge, avec auto-questionnaire d'évaluation. Un contact a été pris avec l'Ecole de Design de Loire-Atlantique afin de mettre en place ce projet.

ANNEXE

RIVOAL Marion
Etudiante Sage-Femme 4^{ème} année
Ecole de Nantes
12 rue de la Barillerie
44000 NANTES
06 62 80 50 95

Mesdames, Messieurs, Sages-Femmes et Médecins,

Actuellement étudiante Sage-Femme en quatrième année, je prépare un mémoire sur le thème : les femmes enceintes consommant du cannabis et leur prise en charge.

Dans ce but, je réalise une étude auprès de médecins généralistes, spécialistes et sages-femmes.

Vous trouverez ci-joint un questionnaire qui je l'espère retiendra votre attention. Je vous remercie par avance de bien vouloir m'aider dans mon étude en me retournant dès que possible ce document complété.

Je vous prie d'agréer Mesdames, Messieurs l'expression de mes sentiments les plus respectueux et reconnaissants.

Marion RIVOAL

**QUESTIONNAIRE ANONYME
CANNABIS ET GROSSESSE**

Vous êtes :

1. Médecin Généraliste : - pratiquant des suivis de grossesse ☐
- ne pratiquant pas de suivis de grossesse ☐
2. Gynécologue médical(e) : - pratiquant des suivis de grossesse ☐
- ne pratiquant pas de suivis de grossesse ☐
3. Sage-Femme ☐
4. Gynécologue-obstétricien ☐

Votre mode d'exercice :

1. Libéral ☐ 2. Hospitalier ☐ 3. PMI ☐

Votre âge

Votre sexe : 1. Masculin ☐ 2. Féminin ☐

1 . Lors du suivi de grossesse, interrogez-vous systématiquement la femme au sujet d'une consommation de produits illicites éventuelle ?

1. Toujours ☐ 2. Souvent ☐ 3. Parfois ☐ 4. Jamais ☐

2 . Faites-vous préciser de quel type de produit il s'agit ?

1. Oui ☐ 2. Non ☐

3 . Pensez-vous qu'un dépistage systématique par interrogatoire soit indispensable ?

1. Oui, systématiquement ☐ 2. Oui, selon le contexte ☐ 3. Non ☐ 4. Ne sait pas ☐

4 . Est-ce qu'un dépistage par d'autres moyens vous semble souhaitable ?

- avec un analyseur de CO de l'air expiré (idem tabac) : 1. Oui ☐ 2. Non ☐
- par des dosages urinaires de THC : 1. Oui ☐ 2. Non ☐
- par d'autres moyens : 1. Oui ☐ 2. Non ☐ *Lesquels ?*

5 . Vous considérez-vous comme suffisamment informé(e) sur les risques de la consommation de cannabis durant la grossesse ?

1. Oui ☐ 2. Non ☐

6 . Par quelles sources, avez-vous reçu des informations ?

.....
.....
.....

7 . Connaissez-vous des adresses ou des numéros de téléphone d'information sur le cannabis ?

1. Oui ☐ 2. Non ☐

Si oui lesquels ?

.....
.....
.....

8 . Avez-vous, ou avez-vous eu, parmi vos patientes, des consommatrices de cannabis durant leur grossesse ?

1. Oui ☐ 2. Non ☐ 3. Ne sait pas ☐

9 . D'après-vous, le nombre de ces consommatrices :

1. Augmente ☐ 2. Diminue ☐ 3. Ne sait pas ☐

10 . Avez-vous déjà rencontré des difficultés pour la prise en charge de ces patientes ?

1. Oui, souvent ☐ 2. Oui, quelquefois ☐ 3. Non, jamais ☐

si oui lesquelles ?

.....
.....
.....

11 . Vous est-il arrivé d'orienter vos patientes vers une des adresses ou numéros de téléphone cités à la question n°6 ?

1. Oui, souvent ☐ 2. Oui, quelquefois ☐ 3. Non, jamais ☐

12 . Vous est-il déjà arrivé de faire appel à d'autres professionnels afin de prendre en charge ces consommatrices ?

1. Oui, souvent ☐ 2. Oui, quelquefois ☐ 3. Non, jamais ☐

si oui lesquels ?

.....
.....

13 . Une prise en charge systématique de ces consommatrices vous semble-t-elle nécessaire ?

1. Oui ☐

pourquoi ?

.....

2. Non ☐

pourquoi ?

.....

3. Ne sait pas ☐

14 . Que proposeriez-vous afin d'améliorer cette prise en charge ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

BIBLIOGRAPHIE

INTERNET

- [1]<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/toxicomanies/toxicomanie/produits/cannabis/historique.htm>

OUVRAGES

- [3]Inserm, expertise collective. **Cannabis : quels effets sur le comportement et la santé ?** Paris. Les éditions Inserm. 2001. 429p.
- [6]Reynaud M **Cannabis et Santé, vulnérabilité, dépistage, évaluation et prise en charge.** Flammarion Médecine-Sciences. Mai 2004. 194p.
- [8] Roques B **La dangerosité des drogues, rapport au secrétariat d'Etat à la Santé.** Ed Odile Jacob, La documentation française. Janvier 1999. 316p.

ARTICLES/REVUES

- [2]Richard D., Senon JL. **Le cannabis.** Revue Toxibase. 1^{er} trimestre 1995. 25p
- [5]OFDT. **Les niveaux d'usages des drogues en France en 2005.** Tendances. Mai 2006. 6p
- [7]Karila L., Cazas O., Danel T., Reynaud M. **Conséquences à court et à long terme d'une exposition prénatale au cannabis.** J Gynecol Obstet Biol Reprod.; 35 (1) : p62-69
- [9]Spezia F. **Alcool, tabac et cannabis : revue des études de tératogénèse chez l'animal.** Gynécologie Obstétrique et Fertilité. 2006 ; 34 : p940-944
- [10]Hingson R et al. **Effects of Maternal Drinking and Marijuana Use on Fetal Growth and Development.** Pediatrics. Octobre 1982 ; 70 (4) : p539-546.
- [11]Fried PA, Watkinson B, William A. **Marijuana use during pregnancy and decreased length of gestation.** Am J Obstet Gynecol. 1984 ; 150 : p23-27
- [12]Zuckerman B, Frank DA, Hingson R et al. **Effects of maternal marijuana and cocaine use on fetal growth.** N. Engl. J. Med. 1989 ; 320 : p762-768
- [13]Fergusson DM, Horwood LJ, NorthstoneK, ALSPAC Study Team. **Maternal use of cannabis and pregnancy outcome.** Br J Obstet Gynaecol. 2002 ; 109 : p21-27

- [14]Hurd YL, Wang X, Anderson V et al. **Marijuana impairs growth in mid-gestation fetuses.** Neurotoxicology et Teratology. 2005 ; 27 : p221-229
- [15]Davitian C, Uzan M et al. **Consommation maternelle de cannabis et retard de croissance intra-utérin.** Gynécologie Obstétrique et Fertilité. 2006 ; 34 : p632-637
- [16]Fried PA. **Marihuana use by pregnant women : neurobehavioral effects in neonates.** Drug Alcohol Depend. 1980 ; 6 : p415-
- [17]Fried PA, Smith AM. **A literature review of the consequences of prenatal marihuana exposure. An emerging theme of a deficiency in aspects of executive fonction.** Neurotoxicology and Teratology. 2001 ; 23 : p11-12
- [18]Leech SL, Richardson GA, Goldschmidt L, Day NL. **Prenatal substance exposure: effects on attention and impulsivity of 6-year-olds.** Neurotoxicology and Teratology. 1999 ; 21 : p109-118
- [19]Goldschmidt L, Day NL, Richardson GA. **Effects of prenatal marijuana exposure on child behavior problems at age 10.** Neurotoxicology and Teratology. 2000 ; 22 : p325-336
- [20]Mamen M. **Effects of marijuana on young adults.** CMaj. Avril 2002 ; 166 (7) : p887-891.
- [21]Smith MA, Fried PA et al. **Effects of prenatal marijuana on response inhibition : an fMRI study of young adults.** Neurotoxicology and Teratology. 2004 ; 26 : p533-542.
- [22]Scragg RKR, Mitchell EA et al. **Maternal cannabis in the sudden death syndrome.** Acta paediatr. 2001 ; 90 : p57-60
- [23] INPES. **Repérage précoce de l'usage nocif de cannabis.** Repères pour votre pratique. Juillet 2006.4p
- [24]OFDT. **Premier bilan des « consultations cannabis ».** Tendances. Septembre 2006. 4p
- [25]Obradovic I. **Enquête sur les personnes accueillies en « consultations cannabis » en 2005,** Saint-Denis, OFDT, 2006. 100p.

THESES ET MEMOIRES

- [4]Chamayou J. **Les dangers du haschich : les dernières découvertes scientifiques sur le cannabis**. Septembre 2002. 136p
- [26]Pageaud D. **Prévenir et prendre en charge l'usage problématique du cannabis : quelle est la place du médecin généraliste**. Mars 2004.150p.
- [27]Cheneau Aline. **Consommation de cannabis par les jeunes : un réel problème de santé publique : enquête réalisée par le CEIP de Nantes et analyse des nouvelles modalités de prise en charge**. 2006. 101p.

RESUME

Le cannabis est le produit illicite le plus consommé en France et cette consommation touche essentiellement une population jeune. De ce fait nous sommes maintenant de plus en plus confrontés à des femmes consommatrices de cannabis en cours de grossesse. Même s'il s'agit d'une drogue dite « douce », les risques encourus sont encore mal connus des patientes mais aussi des professionnels de santé. Grâce à une étude prospective auprès des professionnels concernés par la grossesse, nous avons pu mettre en évidence le fait que le dépistage de ces femmes n'est pas encore devenu un automatisme lors du suivi de la grossesse, ainsi que le manque d'information des professionnels sur ce sujet. Il reste encore des progrès à réaliser concernant la prise en charge de ces patientes et la grossesse reste un moment privilégié pour aborder les consommations à risques et l'aide au sevrage.

Mots clés : cannabis, marijuana, grossesse, conséquences fœtales, développement fœtal, déficit cognitif, prise en charge.