



**HAL**  
open science

# États des lieux de la consommation déclarée par les femmes de substances psycho-actives avant et au cours de la grossesse à l'Hôpital Couple-Enfant de Grenoble

Sarah Douillet

► **To cite this version:**

Sarah Douillet. États des lieux de la consommation déclarée par les femmes de substances psycho-actives avant et au cours de la grossesse à l'Hôpital Couple-Enfant de Grenoble. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01142369

**HAL Id: dumas-01142369**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01142369>**

Submitted on 15 Apr 2015

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**SICD1**  
Bibliothèques  
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université  
Joseph Fourier**   
GRENoble  
**MEDECINE**

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER  
UFR DE MEDECINE DE GRENOBLE  
DEPARTEMENT DE MAIEUTIQUE

ETATS DES LIEUX DE LA  
CONSOMMATION DECLAREE PAR LES  
FEMMES DE SUBSTANCES PSYCHO-  
ACTIVES AVANT ET AU COURS DE LA  
GROSSESSE A L'HOPITAL COUPLE-  
ENFANT DE GRENOBLE

Mémoire soutenu le 1<sup>e</sup> septembre 2014

Par Sarah Douillet

Née le 8 Février 1990

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

2014

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER  
UFR DE MEDECINE DE GRENOBLE  
DEPARTEMENT DE MAIEUTIQUE

ETATS DES LIEUX DE LA  
CONSOMMATION DECLAREE PAR LES  
FEMMES DE SUBSTANCES PSYCHO-  
ACTIVES AVANT ET AU COURS DE LA  
GROSSESSE A L'HOPITAL COUPLE-  
ENFANT DE GRENOBLE

Mémoire soutenu le 1<sup>er</sup> septembre 2014

Par Sarah Douillet

Née le 8 Février 1990

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

2014

Je tiens à remercier les membres du jury:

**Madame Véronique EQUY,**

Praticien hospitalier en Gynécologie-Obstétrique au CHU de Grenoble,  
Présidente du jury.

**Monsieur François ISTASSE,**

Assistant des hôpitaux en Gynécologie-Obstétrique au CHU de Grenoble.

**Madame Nadine VASSORT,**

Sage-femme enseignante à l'école de sages-femmes de Grenoble.

**Monsieur Frédéric DUPRE,**

Sage-femme à la clinique Mutualiste des Eaux-Clares.

Je tiens à remercier plus particulièrement :

**Madame Aline Noblet,**

Sage-femme tabacologue, Directrice de mémoire,  
Pour son soutien, son accessibilité et son aide précieuse.

**Madame Nadine Vassort,**

Sage-femme enseignante à l'Ecole de sages-femmes, guidante de mémoire.  
Pour son optimisme inébranlable, sa disponibilité et ses conseils avisés.

**Madame Sophie Jourdan,**

Sage-femme enseignante à l'école de sages-femmes de Grenoble.  
Pour son enseignement au cours de ces années d'études.

**Madame Fabrizzio,**

Sage-femme cadre du service des consultations de gynécologie-obstétrique à l'hôpital couple-enfant pour son concours à l'organisation de cette étude.

**Les aides-soignantes du service de consultation,** pour leur aide précieuse au recueil de données de cette étude.

Je remercie également :

**Mes parents, ma famille et mes amis** pour leur soutien, leur écoute et leur amour qu'ils ont su me témoigner toutes ces années.

**Anne Demazeau** pour son aide si précieuse.

## **TABLE DES MATIERES**

<u>I. ABREVIATIONS</u>	p 1
<u>II. INTRODUCTION</u>	p 2
<u>III. MATERIEL ET METHODE</u>	p 6
1. Type d'étude	p 6
2. Population	p 6
2.1 Critères d'inclusion	p 6
2.2 Critères d'exclusion	p 6
3. Recueil de données	p 7
4. Critères de jugement	p 8
5. Analyse des données statistiques	p 8
<u>IV. RESULTATS</u>	p 9
1. Caractéristiques de la population	p 9
2. Prévalences des consommations de substances psycho-actives avant et pendant la grossesse	p 11
3. Objectifs secondaires par substances	p 13
3.1 Le tabac	p 13
a) Evolution de la consommation avant et pendant la grossesse	p 13
b) Arrêts et rechute de la consommation avant et pendant la grossesse	p.13
c) Termes d'arrêt en fonction du score HSI de dépendance avant la grossesse	p.16
3.2 L'alcool	p.17
a) Evolution de la consommation avant et pendant la grossesse	p.17
b) Arrêts de la consommation avant et pendant la grossesse	p.17
3.3 Le cannabis	
a) Evolution de la consommation avant et pendant la grossesse	p.20
b) Arrêts de la consommation avant et pendant la grossesse	p.20

## V. DISCUSSION

1. Biais et limites de l'étude	p.23
2. Caractéristiques de la population	p.25
3. Objectif principal : Prévalences de consommations de substances psycho-actives avant et pendant la grossesse.	p 25
3.1 Avant la grossesse	p 25
3.2 Pendant la grossesse	p 26
4. Objectifs secondaires : Evolution et arrêts de consommation avant et pendant la grossesse	p 28
4.1 Le tabac	p 28
4.2 L'alcool	p 29
4.3 Le cannabis	p 30
5. Propositions et axes d'améliorations	p 30
5.1 Informer	p30
5.2 Repérage et orientation	p31
5.3 Accompagnement	p 33

VI CONCLUSION	p35
---------------	-----

VII.BIBLIOGRAPHIE	p36
-------------------	-----

VIII. ANNEXES	p39
---------------	-----

## **I. ABREVIATIONS**

ARBD: AlcoholRelated Birth Defects

ARND: Alcohol Related Neurobehavioural Disorder

LSD: Lysergsäure Diethylamid

HAS : Haute autorité de santé

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé

HCE : Hôpital couple enfant

QCM : question à choix multiples

HSI: Heaviness of Smocking Index

AUDIT: Alcohol Use Disorders Test

CAST: Cannabis Abuse Screening Test

PMI: Protection Maternelle et Infantile

DMO: Dossier Medical et Obstetrical

EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale

INPES: Institut National de Prévention et d'Education à la santé

CO: Monoxide de Carbone

T-ACE: "Tolérance, Agacement, Réduction, Eveil"

RESPADD: Réseau de Prévention des Addictions

UTAP : Unité Transversale d'Accompagnement périnatale

## **II. INTRODUCTION**

L'usage de substances psycho-actives : tabac, alcool, cannabis et autres drogues illicites fait partie des vulnérabilités psycho-sociales [1].

L'usage de celles-ci est classé en catégories de dépendances croissantes. L'usage simple n'entraîne pas de dommage contrairement à l'usage à risque, qui, lui en cause. Vient ensuite l'usage nocif (aussi appelé abus) qui engendre des complications psychosomatiques et des dommages sociaux, familiaux ou juridiques. Enfin la dépendance psychique est mesurée par le « craving », la dépendance physique, elle se traduit par un syndrome de sevrage et une tolérance au produit [2].

Pendant la grossesse l'usage de ces substances est un usage à risque car il peut affecter le déroulement de la grossesse autant du point de vue somatique que psychologique notamment dans l'établissement du lien mère-enfant, mais également sur la santé de l'enfant à plus long terme.

### Conséquences obstétricales et pédiatriques de la consommation de substances psycho-actives.

La conférence consensus de 2002 « Grossesse et tabac » a exposé les conséquences du tabagisme sur la fécondité (baisse de la fertilité masculine et féminine, augmentation des grossesses extra-utérines et des avortements spontanés), les complications obstétricales (hématomes rétro-placentaires, placentas bas insérés, rupture prématurée des membranes, prématurité, retard de croissance intra utérin et mort fœtale au troisième trimestre plus fréquents) mais aussi les conséquences à plus long terme sur l'enfant (augmentation des morts subites du nourrisson, complications respiratoires dans l'enfance et un risque majoré de cancérogénèse) [3].

La tératogénicité avérée de l'alcool [4] peut avoir des répercussions physiques, cognitives et comportementales sur les enfants exposés in utero. Elles ont été classées en cinq entités cliniques par l'académie américaine de pédiatrie en 2000 : le syndrome d'alcoolisation fœtale avec consommation d'alcool avérée ou non documentée (association de retard de croissance, dysmorphie faciale et troubles neurocognitifs), le syndrome d'alcoolisation fœtal partiel avec consommation d'alcool avérée, les malformations liées à l'alcool (ARBD) et enfin les troubles neurologiques ou comportementaux secondaires à l'alcool (ARND) [5].

Le cannabis, non reconnu comme tératogène [4], est pourtant lui aussi, lorsqu'il est consommé pendant la grossesse responsable de conséquences obstétricales (fausses couches spontanées, placenta prævia, complications pendant le travail) [6]. Son retentissement sur le poids fœtal est encore discuté [7] mais des altérations cognitivo-comportementales, déficits attentionnels et mnésiques (à six ans), des troubles de l'apprentissage, des altérations des fonctions exécutives [6] ont été démontrées. A l'adolescence, une plus grande vulnérabilité à la consommation de cannabis [7] et plus de délinquance [6] sont également avérées ou observées.

Pour ce qui est des autres drogues illicites, on retrouve pour la cocaïne : une augmentation de la prématurité, des morts fœtales, des hématomes rétro-placentaires ainsi que d'hypotrophies [8], [9], pour le crack : une augmentation des ruptures utérines [8] et pour l'héroïne : un syndrome de sevrage néonatal [8].

#### Prévalences de la consommation des substances psycho-actives.

Concernant les prévalences nationales de la consommation des différentes substances psycho-actives dans la littérature, le bulletin épidémiologique hebdomadaire de 2011 retrouve pour le tabac une augmentation de la consommation quotidienne chez les femmes de 20 à 45 ans actuellement à 36% [10]. En prévision de la grossesse 5.9 % des femmes ont déclaré avoir arrêté leur consommation. Avant la grossesse 30.5 % des femmes ont fumé au moins une cigarette par jour. La prévalence du tabagisme pendant la grossesse a diminué de 21.8% en 2003 [11] à 17.1% en 2010 [12].

Pour ce qui est de l'alcool, avant la grossesse, 70% des femmes déclarent boire de l'alcool [13] alors que pendant la grossesse, elles sont entre 22.8% et 27% à en consommer. [12] [13].

Le cannabis, qui est la substance illicite la plus consommée chez les femmes en âge de procréer [14] avec 6.4% et 2.5% chez les tranches d'âge des 18-25 et 26-44 ans [15], 1% des femmes enceintes déclarent en consommer une quantité inférieure ou égale à un joint par mois [12].

Pour les autres substances psycho-actives, avant la grossesse la consommation de cocaïne et de crack serait de 2.4 % en France. Les consommations d'héroïne, d'opiacés détournés et d'ecstasy ou d'autres amphétamines concerneraient 1% des femmes et 0.7% pour le LSD. Aucune femme ne déclare en consommer pendant la grossesse [14].

## L'information, le dépistage et la prise en charge des situations à risques.

Le projet de grossesse ainsi que la grossesse sont des périodes de grands bouleversements psychologiques pour la femme souvent accompagnés d'une motivation à l'arrêt de la consommation de ces substances nocives pour le déroulement de la grossesse et la santé de l'enfant à venir.

L'HAS recommande le repérage des situations à risque et l'évaluation de ce niveau de risque dès la 1<sup>e</sup> consultation de grossesse et la sensibilisation aux effets du tabagisme, de l'alcool et des autres drogues illicites lors des consultations pré-conceptionnelles, [16], [17]. L'entretien individuel ou en couple du quatrième mois vient s'ajouter aux consultations classiques de suivi de grossesse. C'est aussi un moment privilégié pour apporter d'une part « des informations précoces sur la prévention des comportements à risque » et d'autre part pour « repérer des facteurs de vulnérabilité » dont l'identification d'une addiction [1].

L'ANAES en 2004 a insisté sur le conseil minimal à l'arrêt du tabac et l'intervention brève (information sur les outils d'aide à l'arrêt). Ils doivent être délivrés systématiquement à la première consultation et renouvelés par les différents professionnels en contact avec une femme fumeuse. Les différentes prises en charge psychologiques, comportementales et pharmacologiques sont également à proposer quel que soit le professionnel et quel que soit le motif de consultation [3].

La société française d'alcoologie a, quant à elle, publié en 2002, des recommandations d'abstinence totale quant à la consommation d'alcool au cours de la grossesse [18] [19].

La sensibilisation aux effets de ces produits ainsi que la manière de l'aborder doivent également être renforcées dans les formations initiales et continues des professionnels, acteurs du suivi de grossesse [3], [18]. L'enjeu de prévention puis de prise en charge est donc important.

Une approche par produit reste le plus souvent privilégiée dans les travaux de recherche et peu d'étude s'intéressent à l'évolution de la consommation de ces substances aux différentes étapes de la grossesse, c'est pourquoi une étude sur l'ensemble des consommations de substances psycho-actives nous paraissait intéressante. L'hypothèse de recherche est que la prévalence déclarée par les femmes pour chaque substance psycho-active pendant la grossesse à l'HCE correspond aux prévalences nationales.

L'objectif principal de cette étude est donc d'avoir une meilleure connaissance de la consommation de ces substances chez la femme enceinte à l'hôpital couple-enfant de

Grenoble en évaluant la prévalence déclarée avant ainsi qu'aux premiers et troisièmes trimestres de grossesse.

Les objectifs secondaires sont, pour chacune de ces substances, tout d'abord d'évaluer l'évolution de la consommation avant et au premier et troisième trimestre de grossesse, puis d'évaluer la fréquence et le terme des arrêts de consommation et enfin pour le tabac d'évaluer le lien entre dépendance avant la grossesse et fréquence d'arrêt.

### **III. MATERIEL ET METHODE**

#### **1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude descriptive prospective monocentrique.

L'étude a été réalisée dans le service de consultations obstétricales de l'hôpital couple-enfant de Grenoble.

#### **2. Population**

##### **2.1. Critères d'inclusion**

Ont été incluses toutes les femmes consentantes et maîtrisant la langue française venant consulter pour un rendez-vous programmé du troisième trimestre (8<sup>e</sup> ou 9<sup>e</sup> mois, anesthésiste ou terme) à l'hôpital couple-enfant de Grenoble.

##### **2.2. Critères d'exclusion**

Ont été exclues à priori les femmes refusant de participer à l'étude et celles ne maîtrisant pas le français, à posteriori ont été exclues les patientes mineures, les femmes qui n'étaient pas dans le troisième trimestre et les questionnaires incomplets.

### 3. Recueil des données

Les données ont été recueillies au moyen d'auto questionnaires anonymes, volontairement courts, avec des questions fermées, excepté pour une question sur le délai entre le lever et la première cigarette, de type questions à choix multiples (QCM).

La distribution du questionnaire s'est déroulée entre le 14 février et 14 mars 2014 par les aides-soignantes du service qui voient toutes les patientes quelque soit leurs consultations (anesthésiste, sage-femme ou obstétricien).

Le questionnaire a été testé sur 10 patientes afin d'y apporter des corrections (compréhension des questions).

Le questionnaire se divisait en deux parties pour nous renseigner sur :

1) Les caractéristiques sociodémographiques de la population avec l'âge, la parité.

Concernant la précarité sociale, nous n'avons retenu comme indicateur que le régime de sécurité sociale qui est un des critères participant au calcul de l'indice de précarité défini par *Pascal et al* [20].

2) La consommation de substances psycho-actives (tabac, alcool, cannabis, autres drogues illicites), ceci pour répondre à l'objectif principal. Les échelles de consommations et la définition du statut addictologique pour le tabac ont été définies grâce à des auto-questionnaires validés dans la population générale.

- Pour le tabac, la dépendance tabagique avant la grossesse est cotée par le score HSI (Heaviness of Smoking Index), version simplifiée du test de Fagerström en deux items. Les deux items sont : le délai entre le lever et la première cigarette et la consommation de tabac en nombre de cigarettes par jour. La dépendance est classée en fonction du score, elle est faible entre zéro et un, modérée entre deux et trois et forte entre quatre et six. [21], [22].

Le deuxième item utilisé seul définit notre échelle de consommation.

- Pour l'alcool, un des items du score AUDIT (Alcohol Use Disorders Test) définit l'échelle de consommation en nombre de verres par mois, semaine ou jour) [18].
- Pour le cannabis, le test CAST (Cannabis Abuse Screening Test) ne prenant pas en compte la fréquence de consommation, nous avons utilisé l'item d'un questionnaire employé dans une thèse de médecine sur le sujet [23].

#### **4. Critères de jugements**

Le critère de jugement principal est la prévalence de la consommation déclarée par les femmes de substances psycho-actives avant et au cours de la grossesse.

Les critères de jugements secondaires pour le tabac, l'alcool et le cannabis sont les seuils de consommations avant la grossesse et aux premiers et troisièmes trimestres. Le nombre et le terme d'arrêt de la consommation et le nombre d'arrêt en fonction du score de dépendance tabagique (HSI).

#### **5. Analyse des données statistiques**

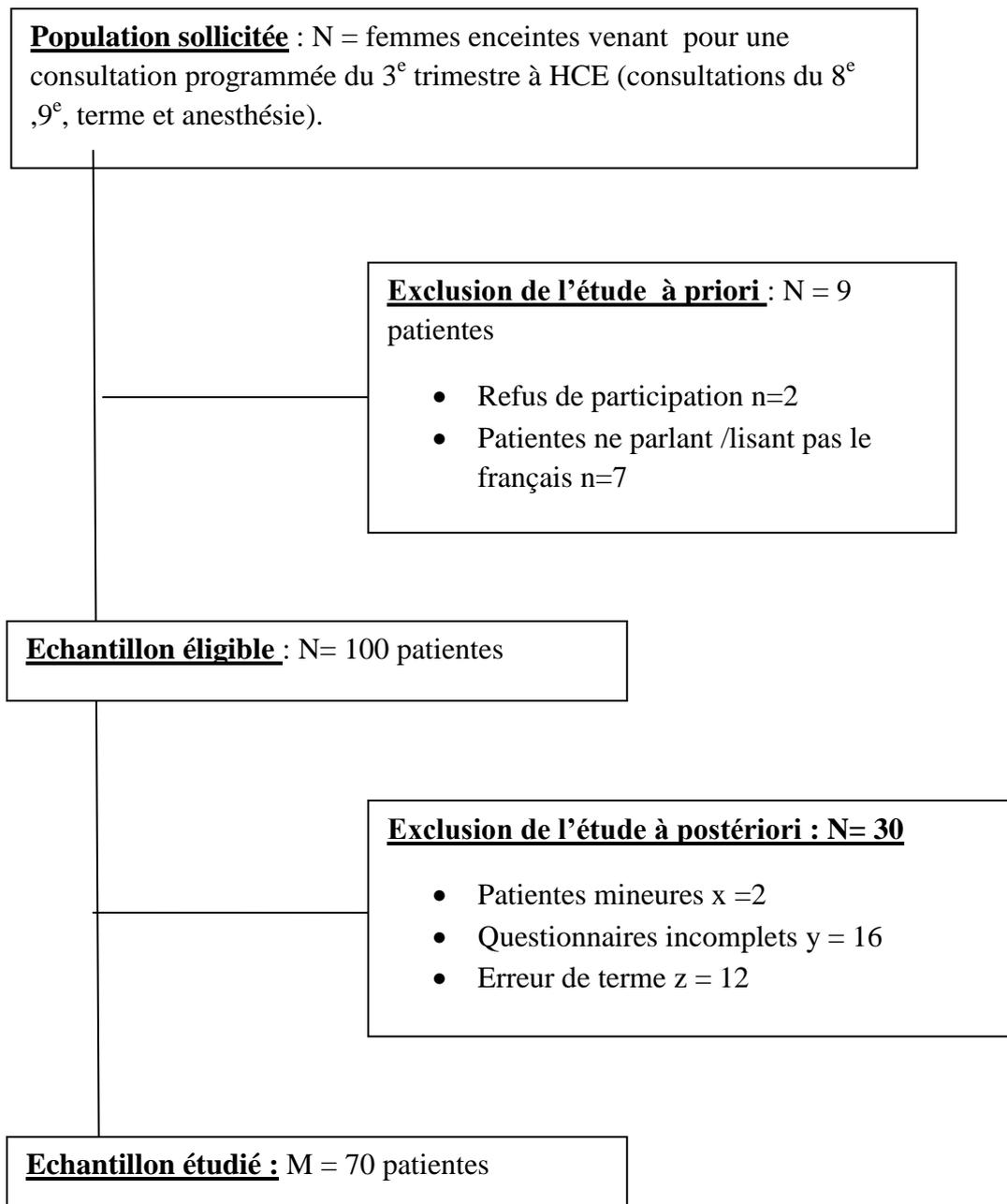
Les variables quantitatives continues ont été décrites par la moyenne et l'écart –type alors que les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et le pourcentage de chaque modalité.

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Stat View.

## IV. RESULTATS

### 1. Caractéristiques de la population

Figure 1 : Diagramme de population.



Nous avons inclus 70 patientes entre le 14 février et le 14 mars 2014, 9 patientes ont été exclues à priori et 30 patientes l'ont été à postériori de l'étude pour différentes raisons (patientes mineures, questionnaires incomplets et erreur de terme hors du troisième trimestre).

L'âge moyen des patientes dans l'échantillon est de 30 ans, 45.7% d'entre elles sont primipares.

Sur le plan social, en début de grossesse une grande majorité a un complément de protection de type mutuelle (84.3%), 15.7% des femmes avaient une couverture sociale seule, 11.4% d'entre elles avaient une couverture médicale universelle (CMU). Dans l'échantillon aucune n'avait une aide médicale d'état ou aucune couverture sociale.

Tableau 1 : Caractéristiques générales de la population

	<b>Effectif de la population N=70</b>
<b>Âge (m, e.t)</b>	30 (4.58)
<b>Primipare (n, %)</b>	32 (45.7%)
<b>Couverture sociale en début de grossesse (n, %)</b>	70 (100%)
- Couverture sociale et mutuelle (n, %)	59 (84.3%)
- Couverture sociale seule (n, %)	11 (15.7%)
Dont CMU (n, %)	8 (11.4%)
Dont AME (n, %)	0 (0.0%)
- Pas de couverture sociale (n, %)	0 (0.0%)

## **2. Objectif principal : Prévalences déclarées des substances psycho-actives avant et au cours de la grossesse.**

Concernant le tabagisme, 30% des femmes fument avant la grossesse, ce taux diminue au fur et à mesure de l'avancement de la grossesse passant de 27.1% à 18.6% entre le premier et le troisième trimestre de grossesse.

Pour ce qui est de l'alcool une grande majorité de femmes consomment de l'alcool avant la grossesse : 65.7%, plus de la moitié en consomment encore au cours du premier trimestre 52.9%. En fin de grossesse la consommation diminue très nettement passant à 2.9% de femmes au troisième trimestre.

Les femmes consommatrices de cannabis avant la grossesse représentent 5.7% des femmes, aucune femme n'a déclaré en consommer au cours de la grossesse.

Les autres drogues illicites (héroïne, cocaïne, ecstasy LSD et crack) sont consommées par une petite minorité de femmes 2.9% avant la grossesse et comme pour le cannabis aucune ne déclare en consommer au cours de la grossesse.

Tableau 2 : Prévalences déclarées de substances psycho-actives avant et au cours de la grossesse dans la population.

<b>Substances psycho-actives</b>	<b>Prévalences déclarées de la consommation de substances psycho-actives avant et au cours de la grossesse</b>
	<b>N= 70</b>
<b>Tabac (n, %)</b>	
- Avant la grossesse (n, %)	21 (30.0%)
- Au 1 <sup>e</sup> trimestre (n, %)	19 (27.1%)
- Au 3 <sup>e</sup> trimestre (n, %)	13 (18.6%)
<b>Alcool (n, %)</b>	
- Avant la grossesse (n, %)	46 (65.7%)
- Au 1 <sup>e</sup> trimestre (n, %)	37 (52.9%)
- Au 3 <sup>e</sup> trimestre (n, %)	2 (2.9%)
<b>Cannabis (n, %)</b>	
- Avant la grossesse (n, %)	4 (5.7%)
- Au 1 <sup>e</sup> trimestre (n, %)	0 (0.0%)
- Au 3 <sup>e</sup> trimestre (n, %)	0 (0.0%)
<b>Autres drogues (n, %)</b> <b>(héroïne, cocaïne, ecstasy, LSD et crack)</b>	
- Avant la grossesse (n, %)	2 (2.9%)
- Au 1 <sup>e</sup> trimestre (n, %)	0 (0.0%)
- Au 3 <sup>e</sup> trimestre (n, %)	0 (0.0%)

### **3. Objectifs secondaires classés par substance psycho-actives**

#### **3.1 Consommation de tabac**

a) Evolution de la consommation avant et pendant la grossesse (chez les femmes tabagiques).

Nous notons tout d'abord que le nombre de fumeuses diminue avec l'avancement de la grossesse puisque sur l'ensemble des femmes fumeuses avant la grossesse on retrouve successivement 90.5 % de fumeuses au premier trimestre puis 61.9% au troisième trimestre. Ceci se traduit par une augmentation des femmes ne consommant plus de tabac au cours de la grossesse successivement 9.5% et 38.1% aux premiers et troisièmes trimestres.

En terme de quantité de tabac fumé, la majorité des femmes fument moins de 10 cigarettes par jours et ce quelque soit l'état de grossesse ou le trimestre de celle-ci. En effet elles sont 66.7% avant la grossesse puis 81% et 57.1% aux premiers et troisièmes trimestres. Nous notons que la grossesse est l'occasion pour les femmes fumeuses de diminuer le nombre de cigarettes fumées. En effet, les consommatrices de 11 à 20 cigarettes par jours sont 19% avant la grossesse versus 4.8% aux premiers et troisièmes trimestres de grossesse. Celles fumant entre 21 à 30 cigarettes par jours représentent 4.8% des fumeuses avant la grossesse et ne sont plus représentées au cours de celle-ci, quand aux fumeuses de plus de 31 cigarettes par jours elles représentent 9.5% des femmes avant la grossesse et ne sont plus que 4.8% au premier trimestre et absentes au troisième trimestre.

Cette diminution du nombre de cigarettes fumées explique l'augmentation au premier trimestre dans la catégorie des femmes fumant moins de 10 cigarettes à 81% alors qu'elles n'étaient que 66.7% avant la grossesse.

Tableau 3 : Evolution de la consommation de tabac en fonction de l'état et du trimestre de grossesse chez les femmes tabagiques.

<b>Terme de grossesse</b>	<b>Evolution de la consommation de tabac parmi les femmes fumeuses</b>	
	<b>N=21</b>	
<b>Avant la grossesse (n, %)</b>		
- Nulle	0	(0.0%)
- Générale	21	(100.0%)
- < 10 cigarettes /jrs	14	(66.7%)
- 11-20 cigarettes /jrs	4	(19.0%)
- 21-30 cigarettes/jrs	1	(4.8%)
- >31 cigarettes/jrs	2	(9.5%)
<b>Au premier trimestre (n, %)</b>		
- Nulle	2	(9.5%)
- Générale	19	(90.5%)
- < 10 cigarettes /jrs	17	(81.0%)
- 11-20 cigarettes /jrs	1	(4.8%)
- 21-30 cigarettes/jrs	0	(0.0%)
- >31 cigarettes/jrs	1	(4.8%)
<b>Au troisième trimestre (n, %)</b>		
- Nulle	8	(38.1%)
- Générale	13	(61.9%)
- < 10 cigarettes /jrs	12	(57.1%)
- 11-20 cigarettes /jrs	1	(4.8%)
- 21-30 cigarettes/jrs	0	(0.0%)
- >31 cigarettes/jrs	0	(0.0%)

b) Arrêts et rechute de la consommation avant et pendant la grossesse (chez les femmes tabagiques)

Alors que la majorité des femmes fumeuses ne se sont jamais arrêtées au cours de la grossesse (52.4%), parmi les femmes qui arrêtent de fumer la majorité des arrêts se fait au premier trimestre (33.1%) mais on retrouve 9.5% des femmes qui arrêtent leur consommation de tabac avant la grossesse en prévision de celle-ci.

Seule une femme sur 21 femmes tabagiques a repris une consommation de tabac après avoir arrêté au cours de la grossesse.

Tableau 4 : Nombres d'arrêt et de rechute avant et au cours de la grossesse chez les femmes fumeuses.

		<b>Arrêts et rechute de la consommation de tabac chez les femmes fumeuses</b>	
		<b>N=21</b>	
<b>Arrêt avant la grossesse (n, %)</b>		2	(9.5%)
<b>Arrêt complet pendant la grossesse (n, %)</b>		8	(38.1%)
	- 1 <sup>e</sup> trimestre (n, %)	7	(33.1%)
	- 2 <sup>e</sup> trimestre (n, %)	0	(0.0%)
	- 3 <sup>e</sup> trimestre (n, %)	1	(4.8%)
<b>Jamais (n, %)</b>		11	(52.4%)
<b>Rechute (n, %)</b>		1	(4.8%)

c) Termes d'arrêts en fonction du score HSI de dépendance tabagique avant la grossesse.

Les femmes tabagiques qui présentent une faible dépendance avant la grossesse, au tabac sont plus nombreuses à stopper leur consommation (56.3% contre 25% pour les dépendances modérées). Parmi ces femmes faiblement dépendantes c'est majoritairement au premier trimestre que survient l'arrêt de la consommation de tabac (37.5%).

Plus les femmes sont dépendantes au tabac avant la grossesse plus elles ont de difficultés à arrêter leur consommation au cours de celle-ci puisque le taux d'arrêt diminue avec l'importance de la dépendance (56.3% d'arrêt pour les femmes peu dépendantes contre 25% et 0% pour les femmes modérément et fortement dépendantes respectivement).

Tableau 5 : Nombre d'arrêt avant et au cours de la grossesse en fonction de score HSI de dépendance avant la grossesse chez les femmes tabagiques.

<b>Terme d'arrêt</b>	<b>Score HSI 0-1 Faible dépendance (n=16)</b>	<b>Score HSI 2-3 Dépendance modérée (n=4)</b>	<b>Score HSI 4-6 Dépendance forte (n=1)</b>
<b>Total des arrêts pendant la grossesse (n, %)</b>	9 (56.3%)	1 (25%)	0 (0.0%)
- Avant la grossesse	2 (12.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
- 1 <sup>e</sup> trimestre	6 (37.5%)	1 (25.0%)	0 (0.0%)
- 2 <sup>e</sup> trimestre	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
- 3 <sup>e</sup> trimestre	1 (6.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
<b>Pas d'arrêt</b>	7 (43.8%)	3 (75.0%)	1 (100.0%)

### 3.2 Consommation d'alcool

a) Evolution de la consommation avant et au cours de la grossesse parmi les femmes consommatrices d'alcool.

Concernant la consommation d'alcool, nous remarquons que pour les femmes, la grossesse est l'occasion d'arrêter totalement leur consommation puisque 19.6% puis 95.7% d'entre elles ne consomment plus d'alcool au premier puis au troisième trimestre. Ceci se traduit parallèlement par une diminution de la prévalence générale de la consommation d'alcool passant successivement de 100% avant la grossesse à 80.4% et 4.4% aux premiers et troisièmes trimestres.

Une diminution de la quantité consommée est exprimée par la grande majorité de la population étudiée : on retrouve 91.3% des femmes qui consomment une fois par mois au moins de l'alcool avant la grossesse, elles sont respectivement 73.9% et 6.5% aux premiers et troisièmes trimestres. Parmi les consommatrices de cette catégorie (une fois par mois au moins) la majorité de ces femmes ont spécifié avoir une consommation festive, 56.5% avant la grossesse, 73.9% et 4.4% aux premiers et troisièmes trimestres.

Pour les 6.5% des femmes qui consomment deux à quatre fois par mois au moins de l'alcool avant la grossesse, aucune ne déclare en consommer une fois enceinte.

Une femme consomme deux à trois fois par semaine de l'alcool et ceci qu'elle soit enceinte ou non.

Tableau 6 : Evolution de la consommation d'alcool parmi l'échantillon de femmes consommatrices d'alcool.

**Variation de la consommation parmi les consommatrices  
d'alcool  
N = 46**

---

<b>Avant la grossesse</b>		
<b>(n, %)</b>	- Nulle	0 (0.0%)
	- Générale	46 (100.0%)
	- 1 fois par mois au moins	42 (91.3%)
	Dont festive	26 (56.5%)
	- 2-4 fois par mois au moins	3 (6.5%)
	- 2-3 fois par semaine	1 (2.2%)
	- Au moins 4 fois par semaine	0 (0.0%)
<b>Au premier trimestre (n, %)</b>		
	- Nulle	9 (19.6%)
	- Générale	37 (80.4%)
	- 1 fois par mois au moins	34 (73.9%)
	Dont festive	32 (69.6%)
	- 2-4 fois par mois au moins	0 (0%)
	- 2-3 fois par semaine	1 (2.2%)
	- Au moins 4 fois par semaine	0 (0.0%)
<b>Au troisième trimestre (n, %)</b>		
	- Nulle	44 (95.7%)
	- Générale	2 (4.4%)
	- 1 fois par mois au moins	3 (6.5%)
	Dont festive	2 (4.4%)
	- 2-4 fois par mois au moins	0 (0.0%)
	- 2-3 fois par semaine	1 (2.2%)
	- Au moins 4 fois par semaine	0 (0.0%)

---

b) Arrêts de la consommation avant et au cours de la grossesse chez les femmes consommatrices d'alcool.

Un certain nombre de femmes arrêtent totalement leur consommation d'alcool en prévision de la grossesse (19.6%) mais la majorité arrête au premier trimestre (71.7%). Elles sont peu de femmes à stopper leur consommation au cours des trimestres suivants (2.2% aux deuxièmes et troisièmes trimestres) et ne sont que 4.3% à ne jamais stopper leur consommation au cours de la grossesse.

Tableau 7 : Prévalence du nombre d'arrêt de consommation d'alcool chez les femmes consommatrices d'alcool en fonction de l'état et du trimestre de grossesse.

<b>Arrêt de consommation d'alcool chez les femmes consommant de l'alcool. N= 46</b>	
<b>Arrêt avant la grossesse (n, %)</b>	9 (19.6%)
<b>Arrêt complet au cours de la grossesse (n, %)</b>	35 (76.1%)
- 1 <sup>e</sup> trimestre (n, %)	33 (71.7%)
- 2 <sup>e</sup> trimestre (n, %)	1 (2.2%)
- 3 <sup>e</sup> trimestre (n, %)	1 (2.2%)
<b>Pas d'arrêt (n, %)</b>	2 (4.3%)
<b>Rechute (n, %)</b>	NR

### 3.3 Consommation de cannabis

- a) Evolution de la consommation avant et pendant la grossesse (chez les consommatrices de cannabis).

Avant la grossesse quatre femmes sont consommatrices de cannabis dont la moitié a une consommation modérée soit moins de 10 joints par mois. Une femme a arrêté d'en consommer avant la grossesse.

Au cours de la grossesse aucune femme ne déclare consommer du cannabis (0% au premier comme au troisième trimestre.

Tableau 8 : Evolution de la consommation parmi les femmes consommatrices de cannabis en fonction de l'état et du trimestre de grossesse.

**Evolution de la consommation parmi les consommatrices  
de cannabis  
N=5**

---

<b>Avant la grossesse (n, %)</b>	- Nulle	1 (20.0%)
	- Générale	4 (80.0%)
	- < 1 fois par mois-	1 (20.0%)
	- < 10 fois par mois	2 (40.0%)
	- > 10 fois par mois	1 (20.0%)
	- Plusieurs fois ou tous les jours	0 (0.0%)
<b>Au premier trimestre (n, %)</b>	- Nulle	5 (100.0%)
	- Générale	0 (0.0%)
	- < 1 fois par mois	0 (0.0%)
	- < 10 fois par mois	0 (0.0%)
	- > 10 fois par mois	0 (0.0%)
	- Plusieurs fois ou tous les jours	0 (0.0%)
<b>Au troisième trimestre (n, %)</b>	- Nulle	5 (100.0%)
	- Générale	0 (0.0%)
	- < 1 fois par mois	0 (0.0%)
	- < 10 fois par mois	0 (0.0%)
	- > 10 fois par mois	0 (0.0%)
	- Plusieurs fois ou tous les jours	0 (0.0%)

---

b) Arrêts de la consommation avant et pendant la grossesse (chez les consommatrices de cannabis).

Concernant les arrêts, toutes les femmes consommatrices de cannabis se sont arrêtées en prévision de la grossesse.

Tableau 9 : Prévalence du nombre d'arrêt de consommation de cannabis chez les femmes consommatrices en fonction de l'état et du trimestre de grossesse.

		<b>Arrêt de consommation d'alcool chez les femmes consommant de l'alcool. N= 5</b>
<b>Arrêt avant la grossesse (n, %)</b>		5 (100.0%)
<b>Arrêt complet au cours de la grossesse (n, %)</b>		0 (0.0%)
	- 1 <sup>e</sup> trimestre (n, %)	0 (0.0%)
	- 2 <sup>e</sup> trimestre (n, %)	0 (0.0%)
	- 3 <sup>e</sup> trimestre (n, %)	0 (0.0%)
<b>Pas d'arrêt (n, %)</b>		0 (0.0%)
<b>Rechute (n, %)</b>		NR

## V. DISCUSSION

### 1. Biais de l'étude

Le premier biais de cette étude est le défaut de puissance du fait de la courte durée sur laquelle l'étude a pu être menée et l'effectif limité. L'échantillon est d'autant plus insuffisant pour estimer des prévalences faibles comme celles concernant les substances psycho-actives illicites. La comparaison avec les prévalences nationales n'auront donc qu'une valeur indicative.

Les critères d'exclusion de l'étude entraînent eux aussi des biais : les femmes étrangères ne comprenant ou ne lisant pas le français n'ont pas reçu le questionnaire, or elles sont issues de catégories sociales défavorisées pouvant modifier aussi les résultats retrouvés.

Deux patientes mineures ont été exclues, or la consommation de cannabis progresse durant les années collège [15], l'exclusion des jeunes filles mineures pourrait donc modifier les prévalences pour le cannabis.

Les sources d'erreurs les plus classiques des enquêtes de consommations sont les biais de déclaration et de mémorisation. Les enquêtes de consommation dans la population générale sont déjà soumises à un biais de sous-déclaration systématique notamment pour la consommation d'alcool en comparaison avec les données de ventes [23], [25], cette sous-déclaration toucherait d'autant plus les gros consommateurs, qui par culpabilité, seraient incités à déclarer volontairement une consommation moindre [26],[377],[378]. La consommation des produits illicites est, quand à elle, plus difficile à recueillir car elle se heurte à la peur des enquêtées de déclarer des pratiques illégales [25]. La sous-déclaration des consommations concerne toutes les substances psycho-actives chez les femmes enceintes du fait de la réprobation morale de la société et du sentiment de culpabilité à déclarer un comportement pouvant mettre en danger le bon déroulement de la grossesse et la santé de l'enfant à venir.

Le moment, le lieu, ainsi que le mode de recueil des données, peuvent eux aussi altérer les réponses obtenues. Au vue de la diversité des lieux de suivi de grossesse (PMI, médecins généralistes, obstétriciens et sages-femmes, libéraux) et étant donné les objectifs de l'étude concernant l'évolution des consommations au cours de la grossesse nous avons choisi d'interroger les femmes au troisième trimestre de grossesse puisque la majorité d'entre elles

ont un rendez-vous dans la maternité où elles vont accoucher (pour le suivi de fin de grossesse et l'ouverture du DMO ou pour la consultation pré-anesthésie) .

Interroger les femmes pendant la grossesse minimise le risque d'erreurs de mémorisation quand à leur consommation avant la grossesse. Les enquêtes en post-partum recueillent quand à elles des prévalences supérieures dues au fait que les femmes révèlent plus librement les vrais niveaux de consommations, une fois qu'elles sont rassurées par la bonne santé de leur nouveau-né [27]. Si le temps de passation de l'étude (pendant la grossesse) incitait les femmes à sous-déclarer leurs consommations, le choix de l'auto-questionnaire, lui, présente l'avantage de retrouver des taux de consommations supérieurs aux enquêtes en face à face, et se prêterait donc mieux à la déclaration de comportements « sensibles » ou « répréhensibles » confortant l'impression d'anonymat. Dans notre étude la distribution par une personne extérieure au corps médical (aides-soignantes du service) qui ne juge pas les réponses obtenues renforçait également cet aspect [23], [24]. Ce mode de recueil entraîne cependant généralement un taux de réponses manquantes important, ce qui est le cas dans notre étude (16 %). D'autre part les patientes refusant de participer à l'étude peuvent être potentiellement consommatrices s'excluant ainsi volontairement et venant fausser les résultats, elles sont au nombre de deux dans notre étude

Il serait donc intéressant, au vue de ce problème inhérent aux enquêtes déclaratives de consommations de substances psycho-actives au cours de la grossesse d'envisager de comparer la consommation déclarée avec une analyse toxicologique qui permettrait de se rapprocher de la réalité, mais soulève de multiples difficultés et lourdeurs de mise en place ainsi que des freins éthiques vis-à-vis de la population étudiée.

## 2. Caractéristiques de la population

L'âge moyen des femmes interrogées est de 30 ans, il correspond à l'âge retrouvé dans l'étude de *Beaumel et al* [28], qui est de 29.9 ans.

Nos données sont également conformes à celles retrouvées dans le cadre de l'enquête périnatale de 2010 [2] pour ce qui concerne le taux de femmes primipares (45.7% versus 44.7%), la couverture sociale de type mutuelle 84.3% versus 81.5%. Par contre, nous retrouvons, toujours selon cette même étude, un taux supérieur de femmes ayant une couverture sociale seule avec 15.7% (dont 11.4% ayant une couverture médicale universelle) versus 4.5% [5]. Ceci est un indicateur de la plus grande vulnérabilité sociale de la population de l'HCE. Il serait intéressant de compléter en utilisant l'outil de repérage des vulnérabilités sociales validé par *Pascal et al* [20]. Le taux nul de femmes bénéficiant d'une aide médicale d'état n'est pas représentatif car nous avons exclu les femmes étrangères.

## 3. Objectif principal : Prévalence des consommations déclarées de substances psycho-actives

### 3.1. Avant la grossesse

Les prévalences déclarées avant la grossesse des femmes à l'HCE de Grenoble sont similaires à celles retrouvées dans la littérature pour chaque substance psycho-active et correspondent aux données nationales.

30% des femmes consomment **du tabac** dans notre étude ce qui correspond aux données de *Beck and al* en 2011 avec 36% de femmes de 20 à 45 ans qui consomment quotidiennement du tabac [10].

Il en est de même pour la prévalence de consommation **d'alcool** déclarée par les femmes, elle est de 65.7% dans la présente étude ce qui est conforme aux résultats retrouvés dans l'enquête *Magne C et al* menée en 2010 à Brest, où 70% de femmes déclaraient consommer de l'alcool [13].

*Beck et al* en 2010 retrouvent entre 2.5% et 6.4% de consommateurs **de cannabis** respectivement chez les 26-44 ans et les 18-25 ans [15]. Nous retrouvons un taux semblable puisque 5.4% des femmes ont déclaré consommer du cannabis avant la grossesse.

Pour **les autres drogues illicites**, les chiffres sont difficilement comparables car nous n'avons pas spécifié le type de produit consommé mais nous retrouvons 2.9% de femmes consommatrices avant la grossesse. Ceci est proche des données de *Chassevent-Pajot et al* en 2011 avec respectivement 2.4% de consommatrices de crack et de cocaïne ,1% pour l'héroïne, les opiacés détournés, les amphétamines et 0.7% pour le LSD [14].

### 3.2. Pendant de la grossesse

Pour **le tabac** nous retrouvons des prévalences au cours de la grossesse très supérieures aux chiffres nationaux : la prévalence de femmes tabagiques retrouvée à l'HCE de Grenoble est de 27.1% versus 17.1% chez *Blondel et al* [12].

Ces chiffres dont la force est difficile à évaluer du fait de l'échantillon limité, peuvent être expliqués par la plus grande vulnérabilité psycho-sociale de la population de femmes venant consulter à l'hôpital public de Grenoble. Dans sa thèse A.Chassevent a en effet prouvé que la vulnérabilité sociale est fortement liée à la dépendance tabagique, ainsi que les antécédents de dépression [23]. Il aurait donc été intéressant de rechercher les autres critères de vulnérabilité psycho-sociale, ainsi que les antécédents de dépression, et de rechercher les troubles anxieux pendant la grossesse par le score EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) validé dans la littérature. [28]

L'avancement de la grossesse est l'occasion pour les femmes d'arrêter leur consommation de tabac. En effet entre le premier et le troisième trimestre nous retrouvons une diminution de la prévalence de femmes tabagiques passant de 27.1 à 18.6 %. Dans une enquête transversale réalisée en 2003 nous retrouvons la même tendance avec 17% et 14% de femmes tabagiques aux premiers et troisièmes trimestres [3]. L'information et la sensibilisation à l'arrêt ou à la diminution des consommations semblent donc efficaces, mais nous pouvons nous interroger sur la nécessité d'une sensibilisation en anténatale ou plus précocement dès le début de la grossesse.

Pour ce qui est de l'**alcool**, *Blondel B et Al* et *Magne C* retrouvent en 2010 une prévalence de 22.8% et 27% respectivement [12], [13] ce qui est bien inférieur à celle de notre échantillon puisque la moitié des femmes déclarent en consommer. Ce chiffre peut être expliqué par le fait que dans notre enquête, nous n'avons pas questionné les femmes sur le terme de découverte de la grossesse, or beaucoup de femmes arrêtent leur consommation d'alcool une fois qu'elles se savent enceintes.

Pour le tabac et l'alcool il aurait été intéressant de savoir si les femmes avaient reçu ou non une information sur les risques de ces consommations et à quelle occasion (première consultation de grossesse, entretien prénatal etc. ...) et si une prise en charge notamment pour le tabac leur avait été proposée.

Pour ce qui est du **cannabis** nous retrouvons des chiffres inférieurs aux données nationales, *Blondel et al* en 2010 retrouve 1% de femmes consommatrices pendant la grossesse [12], alors que dans notre échantillon aucune femme ne déclare en consommer. Le manque de puissance, plus particulièrement pour retrouver des prévalences faibles, l'exclusion des mineures, la sous estimation d'autant plus importante que l'enquête a lieu pendant la grossesse et dans une maternité, et le caractère illicite du produit, concourent à retrouver une consommation plus faible.

Tableau de comparaison des prévalences **au cours de la grossesse** entre Grenoble et la France.

	<b>Tabac</b>	<b>Alcool</b>	<b>Cannabis</b>	<b>Autres substances illicites</b>
<b>HCE Grenoble</b>	27.1%	52.9%	0%	0%
<b>France</b>	17.1% <i>Blondel B et al</i> 2010 [12]	22.8% <i>Blondel B et al</i> 2010[12] 27% <i>Magne C et al</i> 2010 [13]	1% <i>Blondel B et al</i> 2010[12]	0% <i>Chassevent-Pajot A et al</i> 2011[14]

#### **4. Objectifs secondaires : Evolutions et arrêts des consommations de substances psycho-actives.**

##### 4.1.Tabac : Evolution et arrêts de consommation au cours de la grossesse.

Concernant l'évolution de la consommation en cours de grossesse l'étude de A.Chassevent retrouve une diminution franche chez les fumeuses de plus de 10 cigarettes par jour, passant de 47% avant la grossesse à 5 % au cours de celle-ci [23], ce qui correspond à nos résultats puisque dans notre échantillon 34.3% fument plus de 10 cigarettes par jour avant la grossesse, elles sont 9.6% et 4.8% aux premiers et troisièmes trimestres.

La majorité des femmes consomment pendant la grossesse moins de 10 cigarettes par jour 81.0 et 57.1% aux premiers et troisièmes trimestres dans notre étude et la moitié des fumeuses (53%) dans cette même thèse [23].

La grossesse reste une motivation importante à l'arrêt de consommation de tabac. *Blondel et al* en 2010 retrouve 5.9% des femmes, qui s'arrêtent en vue de la grossesse, ce qui correspond à ce que nous retrouvons dans notre étude avec 9.5 % [12].

Dans l'étude de *Grangé G et al* 41.6% arrêtent leur consommation de tabac au cours de la grossesse ce que nous retrouvons dans notre étude avec 38.1% [29].

Les femmes cessent leurs consommation de tabac majoritairement au premier trimestre c'est-à-dire avant que toute intervention d'un tabacologue ne soit mise en place. Selon les études on retrouve entre 40.5% et 84.1% d'arrêt ce qui est conforme à nos résultats avec 87.5% dans notre échantillon [23], [29].

Dans l'étude *A.Chassevent-Pajot et al*, les patientes tabagiques ont trois fois plus de risque de continuer leur consommation, si elles sont dépendantes, versus celles qui ne le sont pas. Ceci est également conforme à nos résultats puisque nous avons montré dans notre étude que plus les femmes sont dépendantes (score HSI élevé) et plus elles ont de difficulté à stopper leur consommation de tabac pendant la grossesse [14].

Ces femmes très dépendantes sont considérées comme des « hard score smokers », la motivation de la grossesse ne leur suffit pas pour arrêter et elles nécessitent d'autant plus une aide personnalisée pour y arriver.

#### 4.2.Alcool : Evolution et arrêts de la consommation au cours de la grossesse.

Comme pour le tabac, le diagnostic de grossesse est un facteur important de changement et de motivation à l'arrêt de la consommation d'alcool. Avant la grossesse A.Chassevent retrouve dans sa thèse 97.8% de femmes qui consomment de l'alcool entre une et quatre fois par mois, alors que nous, nous retrouvons 85% , le chiffre inférieur de notre étude vient probablement du fait de la plus grande sous-déclaration pendant la grossesse alors que l'étude de référence a été menée en post-partum.

Selon cette même étude, pour ce qui concerne les catégories de consommation les plus importantes (pluri mensuelle et pluri-hebdomadaire), leur consommation diminue nettement avec le diagnostic de grossesse puisque 62% des consommatrices avant la grossesse ne sont plus que 3% pendant la grossesse respectivement. Nous observons ce fait avec 8.7% de consommatrices avant la grossesse versus 2.2% pendant la grossesse (la grande différence entre les chiffres pouvant être expliquée par le faible effectif de notre population et la sous – déclaration majorée pour les consommations plus importantes) [23]. Pour la catégorie de consommation la plus faible (minimum mensuelle) le nombre de femmes consommatrices est relativement stable avant et au cours de la grossesse avec 38% versus 40% (toujours selon la même étude [23]) et 91.3% versus 73.9% dans notre étude. Il aurait été intéressant de mesurer l'évolution de la consommation d'alcool avant et au cours de la grossesse en fonction du type d'usage (simple ou mésusage) avant la grossesse.

Comme dans la littérature nous retrouvons 19.6 % de consommatrices d'alcool versus 20% pour ce même auteur [23] mais la majorité arrête à la fin du 1<sup>e</sup> trimestre (71.7% versus 74% dans [23]) et peu d'arrêts se font dans les deux derniers trimestres (4.4% versus 9% dans [23]).

Selon les études nous retrouvons entre 38% et 57% [25], [23] de consommatrices d'alcool abstinentes au cours de la grossesse. Dans notre étude 20 % seulement des femmes se déclarent abstinentes au premier trimestre alors qu'elles le sont quasiment toutes au troisième trimestre (95.7%).

Ceci signifie que durant la période de l'organogénèse elles sont encore une majorité à consommer de l'alcool qui est tératogène. Il est donc important de ne pas sous-estimer cette consommation pendant la grossesse car son usage est inscrit dans notre culture et même si les

femmes enceintes semblent appliquer les recommandations de « zéro alcool pendant la grossesse » cela survient trop tard en fin de grossesse.

#### 4.3. Cannabis : Evolution et arrêts de la consommation au cours de la grossesse

Avant la grossesse, nous retrouvons dans notre étude une majorité de femmes (60%) qui présente un usage occasionnel (moins de 10 fois par mois), ce qui correspond aux résultats de A.Chassevent sur le sujet : 62% dans [23].

100% des femmes arrêtent leur consommation pendant la grossesse ; elles sont 69% dans l'étude d'A.Chassevent [23]. Le manque de puissance de notre étude explique sans doute cette différence ainsi que la sous déclaration par les femmes d'autant plus importante pendant la grossesse.

Dans notre étude toutes les femmes ont arrêté leur consommation avant la grossesse, A.Chassevent retrouve 34% des consommatrices qui arrêtent avant la grossesse et 71% au premier trimestre [23]. La différence aurait probablement été à rechercher dans la programmation ou non de la grossesse et dans la date de diagnostic de grossesse.

Les femmes semblent donc avoir bien compris la toxicité du cannabis pendant la grossesse.

## **5. Propositions et axes d'améliorations**

### 5.1.Informer

En terme de prévention primaire, l'information du grand public sur les risques liés à la consommation de substances psycho-actives, s'adressant surtout aux jeunes en milieu scolaire, doit être répétée et ciblée sur les dangers de ces consommations pendant la grossesse et dès la conception. Plus spécifiquement, concernant l'alcool , notre étude montre d'une part que les recommandations de la société française d'alcoologie « zéro alcool pendant la grossesse » de 2002 ont porté leurs fruits puisque quasiment aucune femme ne consomme d'alcool en fin de grossesse . Cependant elles sont appliquées par les femmes de manière trop tardive. Il reste encore beaucoup de femmes qui n'arrêtent leur consommation qu'à la fin du premier trimestre, elles consomment donc un produit tératogène durant la période

d'organogénèse. Les médias et les affiches sur les risques de l'alcool pendant la grossesse sont les premières sources d'information des femmes [13], en effet la grande campagne de INPES entre 2004 et 2007 avait eu un fort impact sur l'information des femmes [23], mais il n'est que de courte durée .Il pourrait donc être intéressant qu'une nouvelle campagne nationale soit lancée mais en insistant d'avantage sur les effets au premier trimestre.

Ces messages éducatifs doivent être relayés par les professionnels de la périnatalité au cours de leurs consultations. Ils doivent certes spécifier les risques, mais s'assurer d'une part de la compréhension de ceux-ci, ainsi que des recommandations qui en découlent.

C'est pourquoi la formation des professionnels est indispensable. Elle permet non seulement de les sensibiliser eux même aux effets des substances psycho-actives, mais aussi de leur donner des outils pour aborder avec plus d'aisance ces consommations, ainsi que de leur offrir un cadre pour pouvoir orienter ces patientes.

Actuellement deux sages-femmes de l'hôpital couple-enfant, sont déjà formées en tabacologie et une possède un DIU de périnatalité et addictions, cette formation spécifique pourrait répondre aux besoins mis à jour dans notre étude.

## 5.2.Repérage, orientation

Le repérage des consommations de substances psycho-actives présente un double intérêt obstétrico-pédiatrique : diminuer la morbi-mortalité liée à ces consommations toxiques et addictologiques d'une part, et s'adresser à une population de femmes jeunes, d'autre part, pour qui ces conduites sont moins ancrées.

Les professionnels de la périnatalité ont en effet l'avantage d'être en contact avec les femmes en pré-conceptionnel, lors du suivi gynécologique de prévention (on pense surtout à l'abord des risques du tabagisme lors de la prescription d'une pilule oestro-progestative), ou lors d'un projet de grossesse.

La grossesse, période de contact obligatoire avec un professionnel médical, reste un moment privilégié pour le repérage des conduites addictives. Celui-ci devrait être plus systématique au vue des prévalences encore élevées que nous retrouvons dans notre étude. Les moments pour aborder ce sujet sont multiples : consultations prénatales (particulièrement

l'interrogatoire à l'ouverture du dossier), d'urgences, hospitalisation, séances de préparation à la naissance.

Mais le temps de consultation étant limité, il ne permet souvent pas d'aborder ces consommations de manière exhaustive, c'est pourquoi l'entretien du 4<sup>e</sup> mois doit être plus particulièrement proposé à ces femmes. Cette consultation longue, spécifiquement dédiée au dialogue avec la femme, permettra de prendre le temps d'aborder ces consommations, de délivrer un conseil minimal et de proposer une intervention brève. Il est pourtant encore trop peu pratiqué en France. Seulement 21% des femmes en bénéficient selon *Blondel et al.*

Car s'il s'agit de repérer des conduites addictives, elles sont souvent associées à d'autres facteurs de vulnérabilité (facteurs psycho-sociaux), qu'il est aussi indispensable d'évaluer.

Une brochure d'information pour se faire aider en cas de vulnérabilité avec le numéro des personnes ressources, est actuellement en projet dans le service. Elle est réalisée par l'ensemble des maternités du réseau de périnatalité Alpes-Isère (RPAI) et sera distribuée aux patientes lors de leur inscription à la maternité.

La consommation du conjoint ainsi que sa participation aux consultations, pour qu'il bénéficie des mêmes conseils que la parturiente, est aussi importante. Il aura un impact majeur sur les chances d'arrêts, comme de rechute, particulièrement pour le tabac [30].

Cependant pour le professionnel, il s'agit aussi d'évaluer la sévérité de la conduite addictive. Distinguer ainsi les femmes qui ont un usage simple, en dehors de la grossesse, et qui pourront arrêter leur consommation si l'information sur les risques est claire de celles qui ont un usage problématique qui nécessiteront une prise en charge plus spécifique.

Dans notre étude nous voyons bien que certaines fumeuses arrêtent leur consommation à la fin de premier trimestre, avant d'avoir eu un rendez-vous avec une sage-femme tabacologue, alors que pour les plus dépendantes l'arrêt reste difficile.

Ainsi nous proposons quelques améliorations au niveau du dossier médical obstétrical (DMO) des patientes pour améliorer le repérage et la prise en charge ultérieure.

Pour le tabac actuellement figure sur le volet antécédents médicaux le nombre de cigarettes fumées, cela pourrait être remplacé par le score HSI qui côtoie la dépendance de la patiente. Pour les consultations mensuelles, actuellement c'est la notion de « tabac augmenté/diminué/arrêté » qui doit être renseignée, or d'une part c'est une évaluation

subjective, et d'autre part, elle ne reflète pas l'intoxication au CO de la femme et du fœtus. La diminution du nombre de cigarettes fumées fait que spontanément les femmes aspirent d'avantage de CO pour conserver la même dose de nicotine. Il faudrait donc continuer à encourager la mesure du CO en consultation, ou lors d'une hospitalisation. Cette mesure est le moyen le plus objectif de connaître l'intoxication tabagique réelle et elle encourage davantage les patientes à aller vers l'arrêt.

Pour l'alcool, le nombre de consommatrices pendant la grossesse, plus particulièrement au premier trimestre, pose là aussi le problème du repérage en début de grossesse. C'est pourquoi la notion d'alcool « oui/non » à l'ouverture du DMO pourrait être remplacée par le terme « boissons alcoolisées » (moins fort) et il pourrait être introduit le score T-ACE, recommandé pour repérer les conduites d'alcoolisation des femmes enceintes [18].

Un auto-questionnaire rempli par les femmes en salle d'attente pour repérer les vulnérabilités pourrait aussi être mis en place.

### 5.3. Accompagnement

Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives a été adopté le 19 septembre 2013 par le comité interministériel. Une des priorités est la prise en compte des populations les plus exposées pour diminuer les risques et les dommages sanitaires et sociaux, les femmes enceintes en font partie.

Un guide à l'usage des professionnels sur la grossesse et les substances psycho-actives, publié par le réseau de prévention des addictions (RESPADD) et disponible gratuitement est un support de référence pour le suivi et la prise en charge des femmes et de leurs enfants, il dresse un état des lieux des ressources disponibles en France.

Concernant plus spécifiquement le réseau de périnatalité Alpes-Isère, une plaquette à l'usage des patientes avec les contacts des personnes ressources pour la prise en charge des consommations de substances psycho-actives est en cours d'élaboration.

Le travail en réseau est primordial pour accompagner au mieux les problématiques d'addictions qui sont souvent intriquées à d'autres problématiques socio-économiques et psychologiques. Une prise en charge multidisciplinaire est alors nécessaire : psychiatre, addictologue, sages-femmes de l'UTAP, assistante-sociale, sage-femme de consultation et de

grossesse pathologique, gynécologues-obstétriciens, médecins généralistes, pédiatres mais aussi l'implication des puéricultrices de néonatalogie et des sages-femmes et auxiliaires de puériculture de l'unité kangourou pour encourager le lien mère-enfant et éviter la séparation en cas de syndrome de sevrage.

Il pourrait être intéressant de travailler par la suite à élaborer des fiches techniques pour les professionnels avec un rappel des risques et un protocole de prise en charge par substance psycho-active comme cela est en place dans le « réseau périnatal naître et grandir » en Languedoc Roussillon.

## **VI. CONCLUSION**

Cette étude, contrairement à l'hypothèse de départ a mis en évidence des prévalences plus importantes pour le tabac et l'alcool pendant la grossesse que celles de la littérature nationale, et ce particulièrement en début de grossesse. Mais elle montre que celles du cannabis et des autres drogues sont nulles au cours de celle-ci. Pour toutes les substances psycho-actives la grossesse est l'occasion pour les femmes de modifier leurs consommations en diminuant la quantité de produit consommé voire en arrêtant complètement. La majorité des arrêts survient en début de grossesse et pour le tabac le succès d'arrêt est lié à la dépendance avant la grossesse.

L'information des risques liés à ces consommations psycho-actives, et ce dès le suivi gynécologique de prévention mais aussi lors de la déclaration de grossesse et tout au long du suivi de celle-ci est indispensable. Le repérage de ces femmes consommatrices mais également des autres vulnérabilités psycho-sociales qui y sont souvent associées concourent à l'orientation de ces femmes vers une prise en charge optimale, le plus souvent multidisciplinaire.

La sage-femme, présente tout au long de ces étapes peut jouer un rôle fondamental dans ce dépistage et dans la prise en charge.

Les perspectives d'améliorations sont réelles, il paraît donc essentiel que la prévention primaire particulièrement pour la consommation d'alcool pendant la grossesse soit poursuivie. Mais c'est surtout la formation des professionnels de la périnatalité pour qu'eux même soient convaincus des risques et puissent aborder la question en consultation qui pourrait être encore améliorée. Nous avons pu proposer des axes d'amélioration pour le service où a été réalisée notre étude notamment par des modifications dans le DMO pour améliorer le repérage des patientes tabagiques ainsi que l'utilisation plus systématique du CO testeur dans le cadre du suivi.

## **VII. BIBLIOGRAPHIE**

- [1] Haute autorité de santé. Recommandations professionnelles pour la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Novembre 2005.
- [2] M. Reynaud (coordinateur). Traité d'addictologie. Paris : Flammarion Médecine-sciences ; 2006
- [3] Conférence consensus de Lille « Grossesse et tabac », texte de recommandations (version longue), 7 et 8 octobre 2004. J.Gynecol Obstet Biol Reprod. 2005 ; 34 Spec no 1
- [4] CRAT : Centre de référence sur les agents tératogènes, <http://www.crat.org/>.
- [5] E.Serror, E.Chapelon, M.Bué, H.Garnier-Lengliné, C.lebeaux-Legras, A.Loudenot et al. Alcool et grossesse. Archives de Pédiatrie 2009 ; 16 : p 1364-1373.
- [6] L.Karila, O.Cazas, T.Danel, M. Reynaud. Conséquences à court et long terme d'une exposition prénatale au cannabis. J Gynecol Biol Reprod 2006 ; 35 : p 62-70.
- [7] M.Kanit, M.Sana, T.Bani, X.Laqueille. Cannabis et grossesse : actualité et expériences cliniques. Annales Médico-Psychologiques 2009 ; 167 : p 539-540.
- [8] C.Lejeune, A-M.Simonpoli, P.Gressens. Conséquences obstétricales et pédiatriques de la consommation de cocaïne pendant la grossesse. Archives de pédiatrie 2009 ; 16 : p 556-563.
- [9] C.Lejeune. Conséquences périnatales et addictions. Archives de pédiatrie 2007 ; 14 : p 656-658.
- [10] F.Beck, R.Guignard, JB.Richard , JL.Wilquin, P.Peretti-Watel. Augmentation récente du tabagisme en France, principaux résultats du baromètre de santé, France, 2010. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, numéro thématique-Journée mondiale sans tabac 2011 ; 20-21 : p 230-232.
- [11] B.Blondel, K.Supernant, C.Du Mazaubrun, G.Breart . Enquête nationale périnatale 2003, Situation en 2003 et évolution depuis 1998. Février 2005.
- [12] B.Blondel, M.Kermarrec. Enquête nationale périnatale de 2010, les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Mai 2011.
- [13] C.Magne, C.Simon, B.Lebdiri, I.Paulard. Abord de la consommation d'alcool en consultation prénatale .Enquête au CHRU de Brest. La revue Sage-femme 2012 ; 11 : p 113-119.
- [14] A.Chassevent-Pajot, M.Guillou-Landréat, M.Grall-Bronnec, L.Wainstein, H-J.Phillipe, P.Lombrail et al. Etude de prévalence des conduites addictives chez les femmes enceintes dans une maternité universitaire. J Gynécol Obstet Biol Reprod 2011 ; 40 : p 237-245.

[15] F.Beck, R.Guignard, JB.Richard, ML Tovar, S.Spilka. Les niveaux d'usage des drogues en France. Tendances 2011 ; n°76.

[16] Haute autorité de santé. Recommandations professionnelles : Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Mai 2007.

[17] Haute autorité de santé. Document d'information pour les professionnels, projet de grossesse : informations, message de prévention, examen à proposer. Septembre 2009.

[18] Société française d'alcoologie. Recommandations sur les conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse. Octobre 2002.

[19] Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Alcool et grossesse parlons-en, guide à l'usage des professionnels. Juin 2011.

[20] J.Pascal, H.Abbey-Huguenin, C.Agard, N.Asseray, E.Billaud, D.Baron et al. Elaboration d'un outil de repérage des usagers en situation de vulnérabilité sociale consultant à l'hôpital. La presse médicale 2004 ; vol 33 : p 710-715.

[21] J.Le Houezec, J.Perriot, G.Peiffer. Les tests d'évaluation de la dépendance tabagique . Revue des maladies respiratoires 2012 ; vol 29 (numéro 4) : p 462-474.

[22] Haute autorité de santé. Recommandation de bonne pratique. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Méthode Recommandation pour la pratique clinique. Octobre 2013.

[23] A.Chassevent. Maternité et conduites addictives .Enjeux et intérêt de l'addictologie de liaison en périnatalité. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, DES de psychiatrie n°153 : Université de Nantes, faculté de médecine, 2008.

[24] P. Arvers, B. Le Bourhis, N.Leymarie, C.Menard, G.Saint-Blanquat, J.Weill. Intérêts et limites des enquêtes de consommation. L'alcool à chiffre ouverts : consommation et conséquences, indicateurs en France. Paris : Séli Arslan ; 1998.

[25] A.Dumas, C.Lejeune, L.Simmat-Durand, C.Crenn-Hebert, L.Mandelbrot. Grossesse et substances psycho-actives : étude de prévalence de la consommation déclarée. J Gynécol Obstet Biol Reprod 2008 ; 37 : p 770-778.

[26]B. Le Bourhis La sous évaluation de la consommation de boissons alcoolisées dans les enquêtes. Cahiers de IREB 1995; n°12 : p 253-257.

[27] A.Alvik, T.Haldorsen, B.Groholt, R.Lindemann. Alcohol consumption before and during pregnancy comparing concurrent and retrospective reports. Alcohol Clin Exp Res 2006; 30: p 510-515.

[28] C.Beaumel, A. Pla, M.Vatan. La situation démographique en 2008. INSEE Résultats société 2010 ; p 109.

[28] Donna E Stewart,MD. Depression during pregnancy. NEJM 2011; 365; p 1605-1611.

[29] G.Grangé, A.Borgne, A.Ouazana, J-P.Huillier, P.Valensi, G.Peiffer. Taux de sevrage tabagique chez la femme enceinte en fonction des trimestres. Gynecol Obstet Fert 2006 ; 34 : p 1126-1130.

[30] E.Houdebine, C.Guillaumin, A.Rouquette, C.Dagorne, S.Madzou, A.Fournie et al .Le tabagisme gravidique. Etude descriptive et facteurs pronostiques d'arrêts du tabac pendant la grossesse. J Gynécol Obstet Biol Reprod 2009 ; 38 : p 155-160.

## **VIII. ANNEXES**

Bonjour, actuellement en dernière année d'étude à l'école de sage-femme de Grenoble, j'ai entrepris un travail de recherche sur les différentes dépendances pendant la grossesse, particulièrement sur l'évolution du tabagisme au cours de la grossesse afin d'en améliorer la prise en charge.

Pour mener à bien mon étude pourriez-vous s'il vous plaît répondre à ce questionnaire qui est totalement anonyme et dont les réponses ne seront utilisées que dans le cadre de ma recherche.

**Pour remplir ce questionnaire ENTOUREZ LA REponse qui vous correspond.**

Merci beaucoup de votre participation,

Sarah Douillet

1) **Quel âge avez-vous ?** .....Ans

2) **Est-ce votre première grossesse ?**

Oui Non

3) **Concernant votre couverture sociale en début de grossesse, vous étiez affiliée :**

Au régime de sécurité sociale et une mutuelle      A un régime de sécurité sociale seul  
A la CMU      A l'aide médicale d'état      Vous n'aviez pas de couverture sociale

### **Concernant le tabac :**

4) **Avant votre grossesse, fumiez-vous du tabac et si oui combien de cigarettes par jours ?**

Non    1 à 10    11 à 20      21 à 30      plus de 31 (si non passez à la question 8)

5) **Si oui le matin, combien de temps après votre réveil fumiez vous votre première cigarette ?**

.....minutes

6) **Avant ou au cours de la grossesse, avez-vous complètement arrêté de fumer ?**

Oui, avant la grossesse en prévision de celle-ci      Oui au 1<sup>e</sup> trimestre      Oui au 2<sup>e</sup> trimestre  
Oui au 3<sup>e</sup> trimestre      Non jamais

7) **Pendant votre grossesse, combien de cigarettes fumiez-vous en moyenne par jour ?**

a) **Au 1<sup>e</sup> trimestre de la grossesse**

0    1 à 10    11 à 20      21 à 30      plus de 31

b) **Actuellement au troisième trimestre**

0    1    1 à 10    11 à 20      21 à 30      plus de 31

### **Concernant l'alcool :**

8) **Avant votre grossesse, vous arrivait-il de boire de la bière, du vin ou d'autres boissons alcoolisées ?**

Jamais    Une fois /mois ou moins    De manière festive      2 à 4 fois/mois    2 à 3 fois /semaine  
4 fois par semaine et plus (Si jamais passez à la question 12)

9) **Avant la grossesse ou au cours de celle-ci, avez complètement arrêté de boire toutes boissons alcoolisées ?**

Oui, Avant la grossesse en prévision de celle-ci    Oui, Au 1<sup>e</sup> trimestre    Oui, Au 2<sup>e</sup> trimestre  
Oui, Au 3<sup>e</sup> trimestre    Non jamais

10) **Pendant votre grossesse, quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?**

a) **Au premier trimestre**

Jamais    Une fois /mois ou moins    2 à 4 fois/mois    2 à 3 fois /semaine  
Au moins 4 fois par semaine

b) **Actuellement, au troisième trimestre**

Jamais    Une fois /mois ou moins    2 à 4 fois/mois    2 à 3 fois /semaine  
Au moins 4 fois par semaine

**Concernant le cannabis :**

11) **Avant la grossesse, vous arriviez t il d'en fumer ?**

Jamais    Moins d'un joint par mois    Moins de 10 joints / mois    10 joints ou plus/ mois  
Tous les jours ou presque    Plusieurs joints / jours    (Si jamais passez à la question 15)

12) **Pendant la grossesse, quelle est la fréquence de consommation de cannabis ?**

a) **Au premier trimestre**

Jamais    Moins d'un joint par mois    Moins de 10 joints/ mois    10 joints ou plus/ mois  
Tous les jrs ou presque    Plusieurs joints / jours

b) **Actuellement, au troisième trimestre**

Jamais    Moins d'un joint par mois    Moins de 10 joint/ mois    10 joints ou plus/ mois  
Tous les jrs ou presque    Plusieurs joints / jours

13) **Au cours de votre grossesse, avez-vous complètement arrêté votre consommation de cannabis au cours de la grossesse ?**

Oui    Non

**Concernant les autres substances telles que la cocaïne, héroïne, crack, LSD ou ecstasy, subutex , méthadone :**

14) **Avant la grossesse, vous est-il déjà arrivé de consommer une de ces substances**

Oui    Non

15) **Au cours de la grossesse, en avez-vous consommé ?**

Oui    Non

### **Heaviness of Smoking Index**

**Use the following test to score a patient's level of nicotine dependence once they have been identified as a current or recent smoker**

**Please tick one box for each question**

How soon after waking do you smoke your first cigarette?

Within 5 minutes	3
5-30 minutes	2
31-60 minutes	1
60+ minutes	0

How many cigarettes a day do you smoke?

10 or less	3
11 – 20	2
21 – 30	1
31 or more	0

**Total Score score**

- 1- 2 = very low dependence
- 3 = low to mod dependence
- 4 = moderate dependence
- 5 + = high dependence

## RESUME

**Objectifs :** Evaluer la prévalence des consommations de substances psycho-actives (tabac, alcool, drogues illicites) avant et pendant la grossesse et évaluer pour le tabac, l'alcool et le cannabis l'évolution des consommations, le nombre d'arrêt pendant la grossesse ainsi que pour le tabac la prévalence du nombre d'arrêt en fonction de la dépendance tabagique.

**Méthode :** Etude descriptive, réalisée à l'Hôpital couple-enfant de Grenoble. L'enquête a été menée en consultation au troisième trimestre par un auto-questionnaire distribué entre le 13 janvier et le 14 février 2014. Le critère de jugement principal est la prévalence de la consommation déclarée des substances psycho-actives avant et pendant la grossesse. Les critères de jugements secondaires pour le tabac, l'alcool et le cannabis avant et pendant la grossesse sont les seuils de consommations, le nombre et le terme d'arrêts de la consommation, pour le tabac : le nombre d'arrêt en fonction du score de dépendance tabagique.

**Résultats :** 70 patientes ont été incluses, 30 exclues. La prévalence de consommation retrouvée avant la grossesse : 30% pour le tabac, 65.7% pour l'alcool, 5.7% pour le cannabis et 2.9% pour les autres drogues illicites. Pendant la grossesse : 27.1% puis 18.6% de femmes sont tabagiques (1<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> trimestres), 52.9% puis 2.9% consomment de l'alcool, et aucune femme ne consomme des drogues illicites. Pour le tabac : 52.4% des fumeuses n'arrêtent jamais, le niveau de dépendance et l'arrêt sont liés. Pour l'alcool 73.9% en consomment en début de grossesse puis 95.7% arrêtent en fin de grossesse.

**Conclusion :** Pour le tabac et l'alcool les prévalences pendant la grossesse sont très élevées. Il faudrait poursuivre la formation des professionnels et l'organisation de la prise en charge de ces grossesses à risque.

**Mots-clefs :** Substances-psycho-actives, Consommation, Grossesse.