UNIVERSITÉ DES ANTILLES
2015

FACULTÉ DE MÉDECINE
HYACINTHE BASTARAUD
N 2015AGUY0903

CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LA FEMME ENCEINTE A SAINT-MARTIN

ÉTUDE DESCRIPTIVE

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD
des Antilles et de la Guyane
Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le 22 octobre 2015

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par MONTHIEUX Alice

Examinateurs de la thèse :

M Eustase JANKY	Professeur Président du jury
M André-Pierre UZEL	Professeur
M André CABIÉ	Professeur
M Jean-Luc VOLUMENIE	Docteur
M Patrick ESCARMANT	Docteur
M Charles VANGEENDERHUYSEN	Docteur Directeur

REMERCIEMENTS

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE JURY

Monsieur le Professeur EustaseJANKY

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Gynécologie-obstétrique

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse et d'évaluer notre travail.

Nous avons eu l'honneur d'améliorer nos connaissances en gynécologie dans le cadre des formations que vous proposez.

Votre parcours force le respect et doit tous nous inspirer.

Votre avis sur notre travail est fondamental.

Veuillez trouver dans ce travail l'expression de nos sentiments les meilleurs et de notre plus grande admiration.

REMERCIEMENTS

À NOTRE MAÎTRE ET JURY DE THÈSE

Monsieur le Professeur André-Pierre UZEL

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Chirurgie orthopédique et traumatologique

Vous nous faites l'honneur de siéger à ce jury de thèse.

Votre avis sur ce travail est important, d'autant que vous avez été notre premier maître d'anatomie.

Votre rigueur professionnelle est un exemple que nous tentons de suivre.

Veuillez trouver dans ce travail toute notre reconnaissance et notre profond respect.

REMERCIEMENTS

À NOTRE MAÎTRE ET JURY DE THÈSE

Monsieur le Professeur André CABIÉ

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Maladies infectieuses

Vous nous faites l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail de thèse et nous vous en sommes très reconnaissante.

Nous avons eu le plaisir de vous compter parmi notre jury de mémoire de DES, et c'est un privilège d'être aujourd'hui évaluée par vous.

Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde estime.

REMERCIEMENTS

À NOTRE MAÎTRE ET JURY DE THÈSE

Monsieur le Docteur Jean-Luc VOLUMÉNIE

Praticien Hospitalier

Gynécologie-obstétrique

Vous nous faîtes l'honneur de participer à l'évaluation de notre travail.

Vous avez su nous transmettre et nous enseignervotre passion pour la gynécologie-obstétrique.

Vos qualités chirurgicales et pédagogiques nous ont impressionnée durant l'année passée dans votre service. Nous espérons pouvoir poursuivre notre formation à vos côtés.

Vous savez l'intérêt que nous portons à votre spécialité, votre rigueur professionnelle est un exemple que nous tenterons de suivre.

Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de notre profond respect

REMERCIEMENTS

A NOTRE JURY DE THÈSE

Monsieur le Docteur Patrick ESCARMANT

Praticien Hospitalier

Radiothérapeute - Oncologue

Après m'avoir vu grandir et élever des fourmis dans des tubes de prélèvement, après avoir vécu tant de choses à tes cotés…

Tu as toujours été présent dans les moments importants de notre vie, merci de me faire l'honneur aujourd'hui d'avoir accepté de participer à l'évaluation de ce travail.

Tu trouveras dans ce travail le témoignage de mon amitié la plus sincère.

REMERCIEMENTS

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE

Monsieur le Docteur Charles VANGEENDERHUYSEN

Praticien Hospitalier au centre hospitalier Louis Constant Fleming de Saint-Martin

Gynécologie-obstétrique

Vous nous avez offert le privilège de réaliser ce travail à vos côtés.

Nous avons pris à cœur la réalisation de cette tâche, merci de la confiance que vous nous avez accordée.

Votre rigueur méthodologique, vos qualités humaines et professionnelles nous ont marquéependant les mois passés avec vous.

Nous vous remercions pour le temps et la patience que vous avez consacrés à la correction et à la relecture de notre travail.

Veuillez trouver en ce travail, le témoignage de notre profonde estime.

À MES MAÎTRES D'INTERNAT

Docteur Marie GOISQUE, pour mes premiers pas dans l'internat, le souvenir d'un accompagnement chaleureux et rassurant.

Docteur Sandra GUIOT, grâce à toi nous aurons bientôt des ramboutans à la maison !

À tous les praticiens du service de gynécologie-obstétrique de la Maison de la Femme la Mère et de l'Enfant :

Docteur Danielle SAINTE-ROSE, un exemple depuis mon plus jeune âge, qui a su me rassurer sur mes compétences, et pour qui j'ai une profonde admiration.

Docteur Henriette GUEYE et sa râpe à fromage…

Docteur Bruno SCHAUB et son échographe,

Docteur Sarah LISE-BURNET,

Docteur Eugénie JOLIVET,

Docteur RamanouADEGBINDIN,

Docteur Sali KEITA,

Docteur Michelle GUENERET,

Docteur Eugène AIHOUNZONON,

Docteur Lucie GERMAIN et docteur Raphaëlle RONIN, j'ai adoré les gardes avec vous !

À l'équipe de gynécologie du centre hospitalier de Saint-Martin :

Docteur Louis JEFFRY, merci pour vos précieux conseils.

Docteur Blanche CODJO, un personnage qui force l'admiration.

Docteur Daniel LECAM, un concentré d'énergie.

À tous les praticiens hospitaliers des urgences de l'hôpital Louis Constant Fleming de Saint-Martin, merci pour votre encadrement parfait durant le semestre que j'ai effectué dans votre service.

Docteur Maurice-Yves ROY-CAMILLE et docteur Rénée MERAUT-SALOMON qui m'ont permis agréablement d'améliorer mes compétences de médecine générale.

REMERCIEMENTS

À MES ANCIENS CO-INTERNES

Elsa COUDERT, finalement nous avons survécu !! J'ai eu énormément de plaisir à apprendre à coté de toi et surtout à faire comme des stars à l'auberge de la vieille tour !!

Laura CROSBY,

A mes co-internes de gynécologie : Fayçal, Charlotte, Perrine, Chloé, Laure-Sophie, Pauline.

Docteur Julie BOULAY et Chloé qui m'ont appris à débrouiller mes échographies pelviennes,

Amélie, Dominique, Marine, Amélie,

A mes co-internes des urgences de Saint-Martin, Edima et Gauthier.

Aux docteurs Vanessa CINGALA, Mathieu LEGRAND et Laure BIANCO, au plaisir de partager un autre SXM cocktail avec vous.

À tatie Nicaise, merci d'être là.

Je remercie chaleureusement **l'équipe du Centre d'Investigation Clinique Antilles-Guyane** pour leur accompagnement tout au long de ce travail, et particulièrement **Monsieur TRESSIERES**pour son soutien méthodologique et statistique précieux**.**

Merci à toute l'équipe du Centre Hospitalier de Trinité, pour votre bienveillance et votre accueil au début de mon internat.

Merci à toute **l'équipe des sages-femmes des urgences de la MFME,** pour votre soutien, pour tout ce que vous m'avez appris durant l'année passée avec vous. J'ai hâte de pouvoir vous retrouver.

Merci à **l'équipe de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier de Saint-Martin**, sans vous je n'aurais jamais réussi à réaliser ce travail. Merci pour votre accueil, votre temps, et pour toutes les photocopies que vous avez dû faire…

Mention spéciale à la meilleure des secrétaires médicales, Marie-Danielle. Tu es incroyable !! Merci d'avoir vérifié mes traductions en anglais!

REMERCIEMENTS

À MA FAMILLE

Maman

Tu as toujours connu une Alice qui voulait être un docteur et cette idée te faisait sourire. J'arrive aujourd'hui au terme de mes études, ton absence est sans doute plus difficile que jamais.

Tu n'es plus là mais tu restes dans mon cœur, je souhaite maintenant être un médecin, comme toi, dont tu serais fière.Je n'oublierai jamais les premiers cours de pharmacologie dans l'armoire à pharmacie à la maison entre le paracétamol et le LOCABIOTAL®.

Reste avec moi et guide-moi tous les jours dans ma pratique.

Papa

Tu as réussi à former une équipe unie et efficace et je crois que c'était ton plus grand souhait.

Même si aujourd'hui je crois qu'on pourrait dire que Caro et moi sommes devenues des femmes, nous serons toujours tes bébés. Je suis tellement heureuse d'avoir pu être ta fille !!!!

Merci pour tes sacrifices, pour tous ces allers retours au collège, au lycée. Pour le stress que tu as dû supporter, pour toutes nos bêtises que tu as su corriger.

Je sais qu'aujourd'hui tu es fier et tu es le premier à devoir être félicité pour tout ce que tu as su faire.

C'est grâce à toi que je suis là aujourd'hui et j'espère ne jamais te décevoir.

Caro

Parfois petite sœur, parfois grande sœur, je n'aurais pas pu rêver mieux comme petite sœur !

Tu seras toujours un exemple pour moi, tu es capable de tellement de choses, tu n'as pas de limites !!!Si un jour, quand nous étions petites, nous avions pu savoir qu'aujourd'hui nous serions là !!! Je n'arrive même pas à réaliser…

Jojo

Avec toi j'ai partagé beaucoup de mes secrets, déjà 10 ans que tu partages notre vie.

Tu as aussi partagé nos pleurs et nos fous rires, je suis heureuse que tu sois aujourd'hui à nos côtés.

Merci pour la frise géante d'histoire de la médecine que tu as pris le temps de faire et qui a sans doute participé à mon entrée dans ces études de médecine.

Mamie

Du haut de tes 85 ans, j'ai plaisir à dire que tu es la femme parfaite.

J'ai eu la chance de pouvoir grandir avec toi, et tu nous as transmis tellement de choses !!!

Nous avons encore plein de choses à vivre avec toi, madame la poteau mitan !!!!

Papi

Je n'oublierai jamais ta forme passée. Je n'ai pas été assez vite pour te soigner comme je le voulais, mais je suis heureuse que tu sois avec nous tous les jours pour faire rire mamie aux éclats !!!

DadouLe petit dernier !! Loin des yeux près du cœur quand même !!

À MES AMIS

À **Malaïka**, sacré bout de femme ! Heureuse d'être ton amie inconditionnelle pour la vie

À **Audrey**… Bon Dieu !!! Nous y sommes… De nombreuses aventures à vivre encore avec toi !

Finalement j'adore ta spé ma chérie !! Ton numéro ne sera jamais très loin, entre deux journées shopping. À**Marco**, **Elrick** et **Jean-Jacques** qui sont toujours loin ! Revenez !!

À **Inès**, merci pour ton amitié. Elle aura été sacrément étrange… Heureusement que tu as été là pour la traduction en espagnol ! Mille mercis !

À **Anouk**, tu te souviens dans la cuisine quand on avait 12 ans ? Je crois que maintenant nous avons officiellement le droit !

À **Sabrina** qui en a toujours marre d'être belle !À**Audrey** MONTOUT et **Audrey** MARCIMAIN,

À **Jimmy**, j'ai hâte de te revoir, merci pour ces heures passées au téléphone. Merci pour ton soutien inconditionnel qui dépasse le temps et l'espace.

À Guillaume

Sacrée histoire tout ça…

Cette thèse est une fin et le début d'une autre vie où tu seras tous les jours à mes côtés.

J'ai été bien inspirée de te prévenir que le meilleur était à venir, de grandes aventures nous attendent…

Et le meilleur est encore à venir !

À mes patients,

CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

CHEZ LA FEMME ENCEINTE A SAINT-MARTIN

ÉTUDE DE PRÉVALENCE

ABSTRACT

- INTRODUCTION :

Prevention and management of psychoactive substancesuse are a major public health issue becausetheyincrease the occurrence of bothobstetric and neonatal complications, and maydetermine the future health of the child. The main objective of ourstudywas to determine the prevalence of at least one psychoactive substance use (tobacco, alcohol, cannabis, and otherdrugs) duringpregnancy in Saint-Martin.

METHOD :

We performed a continuous serie of descriptive, prospective, epidemiological study of prevalence, between December 18, 2014 and March 23, 2015 at the maternity ward of the Louis Constant Fleming Hospital in Saint-Martin. 217 patients completed a questionnaire (available in English, French and Spanish) on the third day after delivery regarding their consumption of substances before and during pregnancy. The refusal rate for the questionnaire was 1.36 %.

RESULTS :

The prevalence of one psychoactive product use duringpregnancywas 41.5 % (95% CI [34.8-48.5]). Smoking prevalenceduringpregnancywas 12.9 % (95% CI [8.7-18.1]). The alcoholconsumption rate duringpregnancywas 33.8 % (95% CI [27.5-40.5]). The prevalence of cannabis use duringpregnancywas 6.5 % (95% CI [3.6-10.6]). The prevalence of exposure of two or more substances duringpregnancywas 10.4 % (95% CI [6.6-15.3]).

DISCUSSION :

We have demonstrated that substance consumption behavior during the pregnancy is different from national data. Alcohol consumption is higher in our sample, particularly among foreign patients. Improved tracking strategies for at risk patients, health professionals training, the development of appropriate prevention campaigns, and the improvement of social care for patients are the major means to decrease psychoactive substance use during pregnancy in Saint-Martin.

GLOSSAIRE

- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **GEU** : Grossesse Extra-Utérine
- **FCS** : Fausse Couche Spontanée
- **FCT** : Fausse Couche Tardive
- **ARCF** : Anomalie du Rythme Cardiaque Fœtal
- **PPAG** : Petit Poids pour l'Age Gestationnel
- **SAF** : Syndrome d'Alcoolisation Fœtale
- **INSERM** : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- **INPES** : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
- **MDMA** : 3,4-MéthylèneDioxy-MéthAmphétamine
- **TREND** : Tendance Recette et Nouvelles Drogues
- **OFDT** : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
- **LSD** : diéthylamide de l'acide lysergique
- **ESCAPAD** : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A la Défense
- **INVS** : Institut National de Veille Sanitaire
- **VGM** : Volume Globulaire Moyen
- **CCTIRS** : Comite Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé
- **EPICES** : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé
- **IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse
- **IMG** : Interruption Médicale de Grossesse
- **SA** : Semaines d'Aménorrhée
- **INSEE** : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
- **PASS** : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

A. INTRODUCTION 6

I. ÉTAT DE LA QUESTION 6

A. CONSOMMATIONS CHEZ LA FEMME ENCEINTE – QUELS RISQUES ? 6
1. CONSOMMATION DE TABAC 6
2. CONSOMMATION D'ALCOOL 9
3. CONSOMMATION DE CANNABIS 12
4. CONSOMMATION D'AUTRES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES 14

B. DONNÉES ÉPIDEMIOLOGIQUES 17
1. CONSOMMATION CHEZ LA FEMME EN FRANCE 17
2. CONSOMMATION CHEZ LES JEUNES ADULTES 22
3. CONSOMMATION DANS LES DÉPARTEMENTS D'OUTRE-MER 23

C. CONDUITES À RISQUE ET GROSSESSE - ÉPIDEMIOLOGIE 25
1. CONSOMMATION DE TABAC 25
2. CONSOMMATION D'ALCOOL 26
3. CONSOMMATION DE CANNABIS ET AUTRES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES 28

II. OBJECTIFS 30

B. MATÉRIEL ET MÉTHODE 31

I. TYPE D'ÉTUDE, DURÉE ET LIEU DE L'ÉTUDE 31

II. POPULATION 31

III. ÉCHANTILLON 31

A. NOMBRE DE SUJETS NÉCESSAIRES 31
B. CRITÈRES D'INCLUSION ET DE NON INCLUSION 32
C. MODALITÉS D'INCLUSION ET DE RECUEIL DES DONNÉES 32

IV. QUESTIONNAIRE 32

V. MODE DE CIRCULATION ET ANALYSE DES DONNÉES 33

VI. DÉMARCHES RÉGLEMENTAIRES 34

C. RÉSULTAT 35

I. ÉTUDE DESCRIPTIVE DE LA POPULATION 35

A. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES ET SOCIODÉMOGRAPHIQUES 35
B. DONNÉES OBSTÉTRICALES 37
1. ANTÉCÉDENTS 37
2. SUIVI DE GROSSESSE 38
3. COMPLICATIONS OBSTÉTRICALES 38
4. ACCOUCHEMENT 38

C. CONSOMMATIONS 39
1. PRÉVALENCE DES CONSOMMATIONS A RISQUE PENDANT LA GROSSESSE 39
2. CONSOMMATION DE TABAC 40
3. CONSOMMATION D'ALCOOL 42
4. CONSOMMATION DE CANNABIS 44
5. AUTRES PRODUITS 45

II. ANALYSE COMPARATIVE.....46
A. CONDUITE A RISQUE..... 46
B. TABAC..... 47
C. ALCOOL..... 48
D. CANNABIS..... 49

D. DISCUSSION……..……..50

I. ANALYSE DESCRIPTIVE DE LA POPULATION.....50

II. LIMITES DE L'ÉTUDE.....51
A. BIAIS DE DÉCLARATION, DE MÉMORISATION ET D'INFORMATION 51
B. CHOIX DES AUTO-QUESTIONNAIRES..... 52
C. TAILLE DE L'ÉCHANTILLON..... 53

III. CONDUITE À RISQUE AVANT ET PENDANT LA GROSSESSE COMPARAISON AVEC LA LITTÉRATURE 53
A. CONSOMMATION DE TABAC..... 53
B. CONSOMMATION D'ALCOOL..... 54
C. CONSOMMATION DE CANNABIS..... 55
D. CONSOMMATION D'AUTRES PRODUITS..... 56
E. ÉVOLUTION DES NIVEAUX DE CONSOMMATION DE SUBSTANCE AU COURS DE LA GROSSESSE..... 57

IV. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES FEMMES PRÉSENTANT UNE CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES.....57
A. ÂGE..... 57
B. PRÉCARITE..... 58
C. NATIONALITÉ..... 58

V. SUIVI DES PATIENTES.....59
A. REPÉRAGE ET INFORMATION SUR LES CONSOMMATIONS..... 59
B. QUALITÉ DU SUIVI DE GROSSESSE DES PATIENTES..... 59

VI. PROPOSITION POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES CONSOMMATIONS À RISQUE PENDANT LA GROSSESSE À SAINT-MARTIN ..60
A. PRISE EN CHARGE PRÉCOCE..... 60
B. INFORMATION DES FEMMES..... 61
C. AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE SOCIALE..... 62
D. FORMATION DES PROFESSIONNELS..... 62

E. CONCLUSION…….…….....…..63

BIBLIOGRAPHIE……..……..65

A. INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, un intérêt croissant a émergé en France et dans le monde, concernant les conditionsfavorisant l'établissement d'une relation mère-enfant harmonieuse, en particulier pour les nouveau-nés prématurés (1). Le plan périnatalité a affirmé les enjeux de la prévention et de la prise en compte des vulnérabilités psycho-sociales des femmes enceintes(2).

La consommation de substances psychoactives chez la femme en âge de procréer fait partie intégrante de ces vulnérabilités qui influencent le déroulement d'un projet de parentalité.

La prévention et la prise en charge des conduites addictives constituent un enjeu majeur de santé publique, impliquant l'ensemble des intervenants de périnatalité, qu'ils soient médecins généralistes ou spécialistes (obstétriciens, pédiatres, anesthésistes), sages-femmes, psychologues, travailleurs sociaux ou autres.

Les conséquences de la consommation de substances psychoactives sont importantes, aussi bien chez la femme enceinte que chez l'enfant à naître. Une meilleure connaissance de la prévalence et une meilleure identification du profil des femmes consommant des substances psychoactives pendant leur grossesse conduirait à une prise en charge médico-psycho-sociale plus adaptée de la mère et de l'enfant et permettrait de mieux cibler les campagnes de prévention et d'information.

Les données épidémiologiques récentes concernant les conduites addictives chez la femme enceintedans le monde sont nombreuses. Néanmoinsla vigilance s'impose avant d'extrapoler des données étrangères, provenant de pays où les habitudes socioculturelles sont différentes des nôtres.

Le 29mars 2009à Saint-Martin et Saint-Barthélemy, des concertations relatives à uneévolution statutaire propre à chacune de ces îlesdans le cadre del'article 74 de la Constitution ont été organisées, ce qui a conduit à la création de deux nouvelles Collectivités d'Outre-Mer distinctes de la Guadeloupe. Malgré ce nouveau statut, les programmes de santé de Saint-Martin et Saint-Barthélemy dépendent de ceux de la Guadeloupe.

L'île de Saint-Martin (90km²) a vu sa population pratiquement tripler ces trois dernières décennies, passant de 8072 insulaires en 1982 à 35742 en 2012(3). Les migrations intra-caribéennes sont la cause essentielle de l'accroissement démographique de cette île mi-française, mi-hollandaise, avec un afflux permanent de personnes originaires principalement de Haïti, de Saint Domingue et de la Jamaïque. S'ajoute à ce phénomène le passage sur l'île de plus de deux millions de touristes d'où résulte un brassage constant de populations qui s'accompagne d'une importante mixité culturelle. On observe de très grandes disparités de niveau de vie : s'il est comparable à celui de métropole chez les touristes, il est nettement différent pour certaines populations résidentes, contraintes à une grande précarité administrative, sociale et financière.

Il est admis que Saint-Martin est une plaque tournante du trafic de drogue dans la Caraïbe. L'île est une étape dans les réseaux approvisionnant l'Amérique du Nord et l'Europe. Ce transit explique que les produits y sont moins onéreux et plus accessibles qu'en métropole.

L'équipe de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier de Saint-Martin a été à plusieurs reprises confrontée à des conséquences obstétricales et néonatales sévères de telles addictions. Aucune étude sur la consommation de substances psychoactives chez la femme enceinte n'avait été réalisée sur l'île. Nous pouvons supposer que le comportement vis-à-vis des substances psychoactives est différent de celui observé en métropole.

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la prévalence de la consommation d'au moins une substance psychoactive (tabac, alcool, cannabis, cocaïne, MDMA/ecstasy, SUBUTEX®, colle) pendant la grossesse à Saint-Martin.

I. ÉTAT DE LA QUESTION

A. CONSOMMATIONS CHEZ LA FEMME ENCEINTE – QUELS RISQUES ?

Alors que pour la consommation decertaines substances l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a proposé un seuil différenciant l'usage simple de l'usage à risque, chez la femme enceinte ces niveaux de consommation ne sont pas applicables. En effet il est maintenant admis que tout usage de substance psychoactive durant la grossesse est considéré comme un usage à risque. Les conséquences obstétricales et fœtales de telles consommations sont de nos jours bien identifiées dans la littérature.

1. CONSOMMATION DE TABAC

a. Conséquences obstétricales pour la mère

- **Hypofertilité** : le tabagisme actif est associé de manière statistiquement significative à un retard à la conception indépendant des facteurs tubaires d'infertilité. Une relation dose-effet et une réversibilité à l'arrêt du tabac ont été mises en évidence. Ce risque a également été évoqué pour le tabagisme passif(4).

- **Grossesses extra-utérines (GEU)** : le tabagisme est également associé demanière statistiquement significative à une augmentation du risque de GEU par modification de la motilité ciliaire, altération de la contractilité tubaire et altération de l'adhésion de l'ovocyte au pavillon tubaire. Environ 35% des GEU seraient attribuables au tabagisme maternel. Une relation dose-effet et une réversibilité partielle ont été retrouvées.(4)

- **Fausses couches précoces** : de nombreuses études ont mis en évidence une majoration significative du risque de fausses couches spontanées (FCS) précoces chez les fumeuses actives et passives. L'hypoxie chronique et la diminution des flux sanguins artériels chez les fumeuses

conduisent à des difficultés d'implantation embryonnaires avecun risque d'avortement spontané précoce multiplié par deux à trois en cas de tabagisme actif(5)(6)(7).

- **Anomalies placentaires :** le risque relatif de placenta prævia est multiplié par deux àtrois chez les patientes fumeuses par rapport aux patientes non fumeuses par un mécanisme d'hypertrophie précoce du placenta. Le tabagisme augmente également le risque d'hématome placentaire vrai ainsi que les décollements marginaux du placenta normalement inséré (5).

- **Rupture prématurée des membranes et risque d'accouchement prématuré** : il existe un risque relatif dose dépendant de rupture prématurée des membranes avant terme multiplié par deux en cas de tabagisme maternel, et multiplié par trois avant 34 semaines d'aménorrhée. Le risque relatif moyen d'accouchement prématuré est même multiplié par 2, jusqu'à 12 % d'incidence quand la mère fume plus de 20 cigarettes par jour (5)(7). La mortinatalité est également augmentée avec environ 10 % des fausses couches tardives (FCT) qui seraient imputables au tabac.

b. <u>Conséquences sur le fœtus et le nouveau né</u>

- **Diminution des mouvements actifs fœtaux** : L'hypoxémie induite par laconsommation de cigarettes entraîne une diminution des mouvements fœtaux pendant 60 à 90 minutes après chaque cigarette. Un effet a également été observé sur les mouvements pseudo-respiratoires fœtaux qui sont plus nombreux en salve pendant une heure environ après la cigarette(5).

- **Anomalies du rythme cardiaque fœtal (ARCF) et petits poids pour l'âge gestationnel (PPAG)**: 10 à 15 minutes après une cigarette, une diminution des flux des artères ombilicales a été observée. Durant l'accouchement, les ARCF sont plus prononcées, en rapport avec le taux de CO maternel expiré (5). Le poids moyen de naissance des nouveau-nés de mères fumeuses nés à terme est diminué de 150 à 250g en moyenne. Cette diminution est liée au nombre de cigarettes fumées et se retrouve également en cas de tabagisme passif. Le poids de naissance est corrélé au taux de

monoxyde de carbone expiré par la mère. L'impact du tabagisme sur le poids de naissance est d'autant plus important qu'il est poursuivi au troisième trimestre de la grossesse(8)(9).

- **Mortalité néonatale** : le risque de mortalité néonatale est multiplié pardeux. Une augmentation de la fréquence des morts subites du nourrisson est également retrouvée par certains auteurs en cas de tabagisme au sein du foyer(4)(7).

- **Anomalies du développement** : les résultats des études sur les conséquencesmorphologiques du tabagisme sont hétérogènes. Il a été décrit une augmentation du risque d'anomalies morphologiques comme la fente palatine, lacraniosténose et lesmalformations cardiaques(5)(10).

- **Lésions cérébrales** : au-delà des conséquences indirectes liées au risquede survenue de PPAG et de prématurité, le tabagisme maternel est un facteur de risque de survenue d'hémorragies intra-ventriculaires. L'hypotrophie et la prématurité sont des facteurs de risque majeurs d'infirmité motrice cérébrale et de trouble du développement cognitif(5).

c. <u>Allaitement</u>

Alors que le tabagisme maternel ne contre-indique pas l'allaitement maternel, les données épidémiologiquesobservent que le tabagisme maternel est unevariable qui influence ladécision d'allaiter et est fortement corrélé à une durée plus courte d'allaitement (11).

En effet, on retrouveune diminution de la durée de la lactation chez les femmes fumeuses d'environ 30 à 50 % par diminution de la sécrétion de prolactine.

Il existe un passage de la nicotine dans le lait maternel pouvant être à l'origine d'agitation et de troubles du sommeil chez le nouveau-né. Le lait produit est moins riche en calories, en acides gras et en vitamine C. Il existe également une modification du goût du lait pouvant entrainer une modification de l'appétence du nouveau-né.

d. Conséquences à distance

- **Pathologies respiratoires** : Une augmentation des pathologiesrespiratoireschez l'enfant (asthme, bronchiolites, infections respiratoires basses) a été observée ainsi qu'une augmentation du risque d'otite et de rhinopharyngite(4).

- **Troubles cognitifs et psycho-comportementaux :** il existe une influence négativede l'exposition anténatale au tabac, actif ou passif, sur le développement psychomoteur de l'enfant, indépendamment d'autres variables. L'association est plus forte quand on considère les résultats scolaires et les problèmes comportementaux (trouble oppositionnel, impulsivité, violence et risque de consommation de substances à distance, notamment de tabac)(12).

2. CONSOMMATION D'ALCOOL

L'alcoolisation fœtale est la première cause non génétique et évitable de handicap mental chez le nouveau-né en France (13).

Les retentissements morphologiques et les lésions cérébrales sont essentiellement le fait d'une exposition durant les premières semaines de grossesse. L'exposition poursuivie tout au long de la grossesse majore d'autant plus les conséquences sur le fœtus. Il existe une relation dose / effet entre la consommation d'alcool pendant la grossesse et la gravité des complications observées, mais il n'a pas été possible de définir un seuil de consommation en dessous duquel on pouvait affirmer avec certitude qu'il n'existait pas de risque pour l'enfant à naître. La gravité et les conséquences sociales et économiques des séquelles d'alcoolisation fœtale ont conduit la Société française d'alcoologie et les autorités sanitaires à recommander l'abstention complète de consommation d'alcool pendant la grossesse(14). Du fait de ces éléments, il serait même judicieux de préconiser un arrêt de la consommation d'alcool dès l'arrêt de la contraception.

a. Conséquences pour la mère

La fertilité est également diminuée chez les femmes ayant une dépendance à l'alcool de façon proportionnelle au degré d'intoxication par l'existence de troubles menstruels avec dysovulation.
De nombreux auteurs ont mis en évidence un risque accru de fausses couches précoces et tardives directement lié à la consommation d'alcool(15).
Comme en dehors de la grossesse, la consommation d'alcool expose la femme aux risques d'intoxication aiguë, avec troubles de la conscience pouvant aller jusqu'au coma, et aux risques de traumatismes pour elle et la grossesse en cours (chutes, accidents de la voie publique). La consommation chronique expose au risque de malnutrition et de convulsion de sevrage chez la mère potentiellement à l'origine d'une souffrance fœtale.

b. Conséquences sur le fœtus et le nouveau-né

Le passage placentaire de l'alcool est très important, il parvient au compartiment fœtal presque immédiatement après son ingestion par la mère. Ce passage entraîne des anomalies du développement fœtal ainsi que des modifications vasculaires avec hypoxie fœtale chronique. Des anomalies et lésions spécifiques ont été décrites, le système nerveux paraissant être la cible la plus vulnérable, même à de faibles doses(16).

- **Hypotrophie et PPAG** : une diminution des poids de naissance des nouveau-nés est observée,même pour des niveaux de consommation modérés(9)(17). La Société française d'alcoologie recommande de s'interroger sur une éventuelle consommation d'alcool devant la découverte d'un PPAG sans autre étiologie évidente (14).

- **Mortalité néonatale** : Il existe un risque significatif dose dépendant de décès néonatal en cas de consommation d'alcool pendant la grossesse. Chez ces mères, le risque de décès fœtal néonatal est de 40 % supérieur à celui des abstinentes (18).

- **Syndrome de sevrage néonatal** : les nouveau-nés exposés à des consommations importantes chroniques peuvent présenter ce syndrome qui associe hyperexcitabilité, trémulations, irritabilité, difficultés de succion et de déglutition, perturbation du rythme veille-sommeil pouvant persister plusieurs semaines

- **Syndrome d'alcoolisation fœtale(19)** : les effets observés chez les enfants de femmes ayant consommé de l'alcool pendant la grossesse forment un continuum allant de la forme la plus caractéristique et la plus sévère, le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) à des formes incomplètes se traduisant par des difficultés dans les apprentissages et/ou un trouble des facultés d'adaptation sociale.

Le SAF comporte :

- Une dysmorphie faciale parfois difficile à mettre en évidence (fentes palpébrales raccourcies, sillon naso-labial lisse, allongé, effacé et lèvre supérieure mince).
- Un retard de croissance non spécifique (taille, poids ou périmètre crânien) prénatal, postnatal ou les deux.
- Des troubles du développement neurologique pouvant s'exprimer par un retard mental, des difficultés d'apprentissage (trouble de l'attention, de la mémoire, du raisonnement abstrait), des dyscalculies, des troubles du langage, une déficience sensorielle, des troubles du comportement, des troubles des facultés d'adaptation et des conduites sociales sources de difficultés d'insertion sociale.

c. Allaitement

La bière, moins considérée comme une boisson alcoolisée que le vin, les apéritifs ou les alcools forts, était traditionnellement consommée en fin de grossesse pour préparer l'allaitement maternel, et en période postnatale pour le stimuler, en raison de son effet bénéfique supposé sur la montée laiteuse et la production de lait. On sait maintenant que l'alcool se retrouve dans le lait maternel à un taux proche du taux sanguin. Il peut être à l'origine de troubles neurologiques et de convulsions. Certains auteurs ont d'ailleurs décrit le développement d'une appétence pour l'alcool chez l'enfant à naître en cas de consommation maternelle dans ce cadre.

d. Devenir des enfants exposés

Une méta-analyse récente ne montrait pas d'association significative entre les alcoolisations légères, modérées ou de type « binge drinking » et la survenue de troubles comportementaux ou cognitifs chez l'enfant ou l'adolescent(20). Les auteurs de cette étude rappellent tout de même l'importance de l'abstinence complète de telles consommations pendant la grossesse.

Les résultats des études pour les consommations faibles ou modérées d'alcool pendant la grossesse ne sont pas complètement homogènes, mais certaines d'entre elles suggèrent que la consommation d'alcool pendant la grossesse pourrait négativement influencer le quotient intellectuel, la santé mentale, la mémoire, les performances cognitives surtout visio-spatiales, et le langage(12).

3. CONSOMMATION DE CANNABIS

Les données concernant les conséquences de la consommation de cannabis pendant la grossesse sont moins nombreuses que pour les substances précédentes. Il s'agit d'une consommation souvent associée à d'autres substances psychoactives, en particulier au tabac, ce qui constitue un facteur de confusion important dans l'interprétation des résultats d'études.

a. Conséquences sur le fœtus et le nouveau-né

L'impact de la consommation de cannabis sur le risque de complication néonatale diffère selon les études(21). Pour certains auteurs, en cas de consommation de cannabis pendant la grossesse, le terme d'accouchement est plus précoce, les nouveau-nés présentent de plus petits poids de naissance(9), et sont plus souvent hospitalisés en service de néonatalogie(22)(23). A l'inverse, selon une étude de cohorte rétrospective de 8138 femmes, l'utilisation du cannabis ne peut pas, à elle seule, être considérée comme un facteur de risque de complication néonatale après ajustement sur les autres consommations éventuelles (analyse comparative évaluant les poids de naissance, scores d'APGAR, pH ombilicaux et risque d'admission en unité néonatale)(24).

Des altérations neurocomportementales à la naissance ont été décrites par plusieurs auteurs comme un syndrome de sevrage néonatal au cannabis, associant des tremblements, une diminution des réponses visuelles, une augmentation de l'irritabilité et des réactions d'alarme avec pleurs importants(21)(23). Aucun effet tératogène n'a été mis en évidence chez l'homme à ce jour.

b. Allaitement

Peu d'études ont évalué le retentissement de l'allaitement maternel avec consommation de cannabis sur le développement périnatal(25). Les données pharmacologiques indiquent que le tétra-hydro-cannabinol (THC) se retrouve dans le lait avec un taux huit fois supérieur au taux sanguin maternel ; la demi-vie longue du cannabis ne permet pas d'aménagements de la consommation avec les horaires de tétée comme cela a été suggéré pour le tabacou l'alcool (11).

c. Conséquences psycho-comportementales pour l'enfant exposé

Il existe de nos jours des preuves que la consommation de cannabis pendant la grossesse a des influences négatives sur le développement neurologique de l'enfant, d'autant plus qu'elle est poursuivie durant les périodes critiques de développement neurologique du fœtus. On observe des

conséquences neuropsychiatriques, comportementales et des troubles des fonctions exécutives (25). Même si les conséquences de la consommation de cannabis sontdifficilesà distinguer de celles induites par la consommation de tabac associée, l'étude du développement à distance des enfants exposés a fait apparaître des effets spécifiques. De plus en plus d'études mettent en évidence des modifications du développement neurologique, facteur d'hyperactivité et d'une diminution des fonctions cognitives, et ce d'autant plus que les produits actuellement disponibles présentent un taux de plus en plus élevé de delta-9-tétrahydrocannabinol(21). L'exposition prénatale semblerait être un facteur de risque de développer ultérieurement un usage nocif, voire une dépendance à l'adolescence.PORATH et FRIED ont démontré que le risque relatif d'initiation à l'adolescence est multiplié par 2,5 pour le tabac et par 2,8 pour le cannabis chez les enfants exposésdurant la grossesse (26). Pour l'heure, il n'a pas été retrouvé d'effet de seuil ou de période à risque durant la grossesse.

En l'état actuel des connaissances vis-à-vis des conséquences de l'exposition durant la grossesse, il paraît raisonnable d'appliquer le principe de précaution.

4. CONSOMMATION D'AUTRES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

a. Fertilité

La consommation d'opiacés entraîne des anomalies du cycle menstruel par leurs effets anti-gonadotropes et hyperprolactinémiants. Ces effets peuvent être à l'origine d'une hypofertilité mais aussi de découverte tardive de la grossesse. La consommation d'héroïne majore le risque de fausses couches précoces (15 à 30 % selon les études)(27).

b. Accouchement prématuré

La fréquence des accouchements prématurés oscille entre 20 et 55 % chez les patientes consommatrices d'opiacés (4 à 5 % en population générale)(27). Le risque d'accouchement prématuré

est majoré particulièrement durant les périodes d'abstention et de manque pouvant provoquer des contractions utérines et un syndrome de sevrage fœtal avec convulsions.

L'utilisation de la méthadone et de la buprénorphinediminue considérablement la survenue de complications maternelles, fœtales et néonatales. Le risque de complication obstétricale est réduit d'environ 30 % en cas de prise de méthadone pendant la grossesse, malgré la poursuite éventuelle des consommations parallèles par réduction du risque d'apparition de périodes de manque. Bien que la méthadone soit le traitement de substitution historique, des données actuelles suggèrent que l'utilisation de la buprénorphine entraîne de meilleurs résultats néonataux (28).

c. Petits poids pour l'âge gestationnel

La consommation de drogues est généralement associée à des petits poids de naissance, secondaires à l'existence de modifications vasculaires du placenta (29)(30). Selon une revue de la littérature de l'Académie américaine de pédiatrie, un effet propre de la cocaïne sur la diminution des poids de naissance a été mis en évidence. Les études sur l'exposition anténatale à la métamphétamine ont également montré un lien spécifique avec de plus petits poids de naissance(9).

d. Comportement néonatal

Le syndrome de sevrage néonatal peut être retardé (jusqu'à 10 jours) et associe des signes neurologiques (agitation, irritabilité hyperexcitabilité, trémulations, hypovigilance), des signes neurovégétatifs (tachypnée, apnées, hyperthermie, hypersudation et larmoiements) et des signes digestifs (régurgitations diarrhées avec risque de déshydratation)(9). En l'absence de prise en charge adaptée, l'évolution peut aller jusqu'au décès néonatal. La mortalité périnatale est élevée, le pronostic est excellent en cas de prise en charge précoce.

e. Allaitement

L'héroïne, comme la méthadone, passe dans le lait maternel. Les doses ingérées par le nouveau-né sont faibles. L'allaitement maternel chez les mères sous traitement substitutif n'est pas contre-indiqué. Selon la majorité des auteurs, il n'existerait pas de différence significative de performances cognitives entre les enfants exposés aux opiacés et à la cocaïne, après ajustement sur les facteurs environnementaux(31).

Malgré le contrôle des facteurs environnementaux, il demeure difficile d'évaluer des éléments comme les interactions entre la mère et l'enfant qui peuvent également influer sur l'apparition de ces troubles. L'Association américaine de pédiatrie considère que la consommation d'opiacés, cocaïne ou de métamphétamine sont des contre-indications à l'allaitement maternel. A l'inverse, l'utilisation de méthadone est considérée comme compatible avec l'allaitement, d'autant plus qu'elle diminue les symptômes secondaires à l'abstinence néonatale (9). Le Collège national des gynécologues et obstétriciens français s'est également positionné en ce sens, n'autorisant l'allaitement qu'à condition d'interrompre toute consommation supplémentaire (27).

f. Comportement et fonctions exécutives

Les études longitudinales sur l'exposition prénatale aux opiacés n'ont pas mis en évidence d'effet secondaire sur le développement des enfants. Les scores de développement ont tendance à être inférieurs chez les individus exposés, mais cette association disparaît après ajustement sur les facteurs médicaux et environnementaux. Même si plusieurs études ont révélé des altérations decertaines fonctions exécutives (oculomotricité, attention, mémoire de travail), aujourd'hui peu de données valables montrent une association entre l'exposition prénatale aux métamphétamines et une diminution du quotient intellectuel des enfants(9).

B. DONNEES ÉPIDEMIOLOGIQUES

1. CONSOMMATION CHEZ LA FEMME EN FRANCE

L'alcool et le tabac sont les substances psychoactives les plus utilisées en France. Alors que la consommation d'alcool est habituellement occasionnelle pour plus d'un quart de la population, la consommation de tabac est le plus souvent quotidienne compte tenu de son pouvoir addictif.

L'usage des produits psychoactifs diffère selon les substances, le sexe et les âges. Depuis les années 1990, des enquêtes épidémiologiques évaluant les usages de produits psychoactifs sont régulièrement menées par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) et l'InstitutNational de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) en population générale et chez les jeunes.

L'évolution des prévalences des consommations d'alcool, tabac et cannabis selon le sexe en 2010 est résumée dans les figures 1a, 1b et 1c.

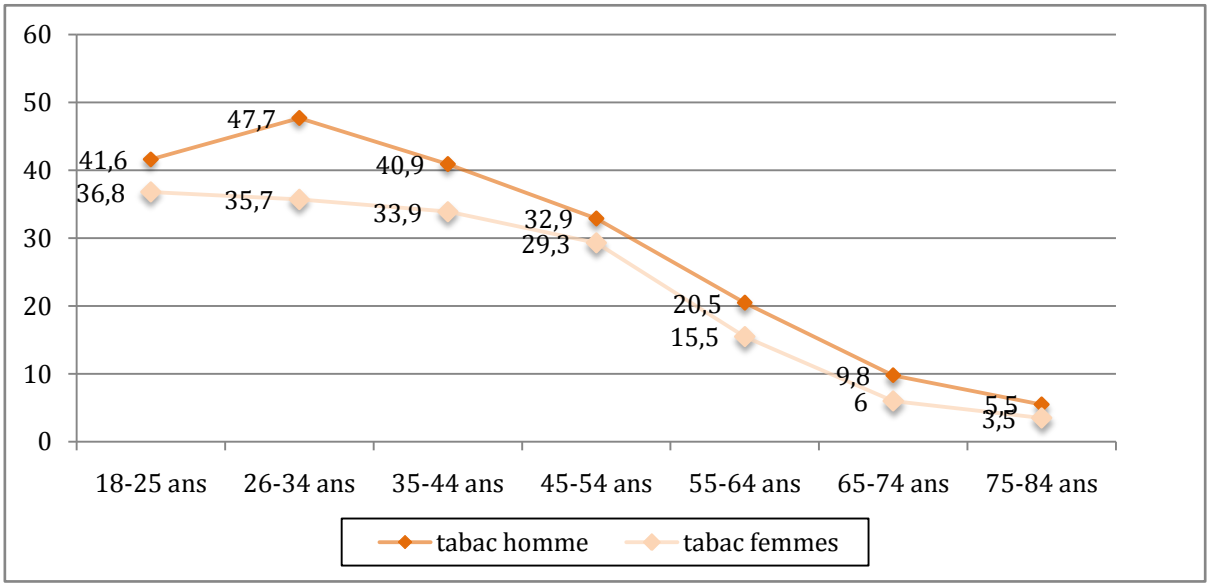


Figure 1a : Niveau d'usage régulier de tabac chez les 18-85 ans en 2010 en France selon la tranche d'âge et le sexe (en %) (32)

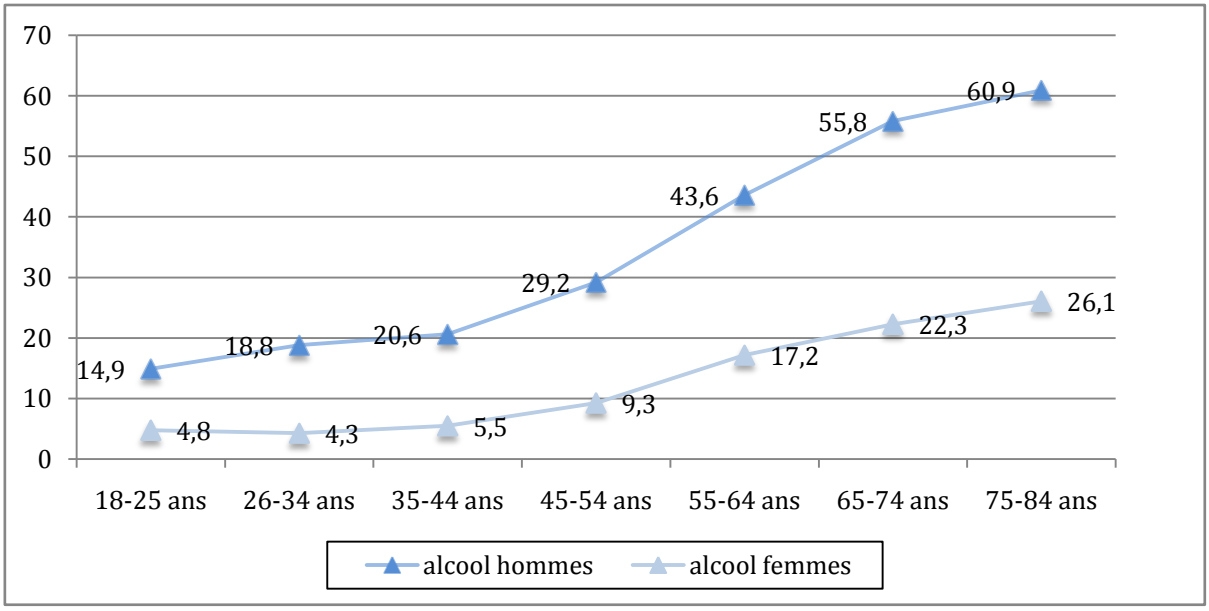


Figure 1b : Niveau d'usage régulier d'alcool chez les 18-85 ans en 2010 en France selon la tranche d'âge et le sexe (en %) (32)

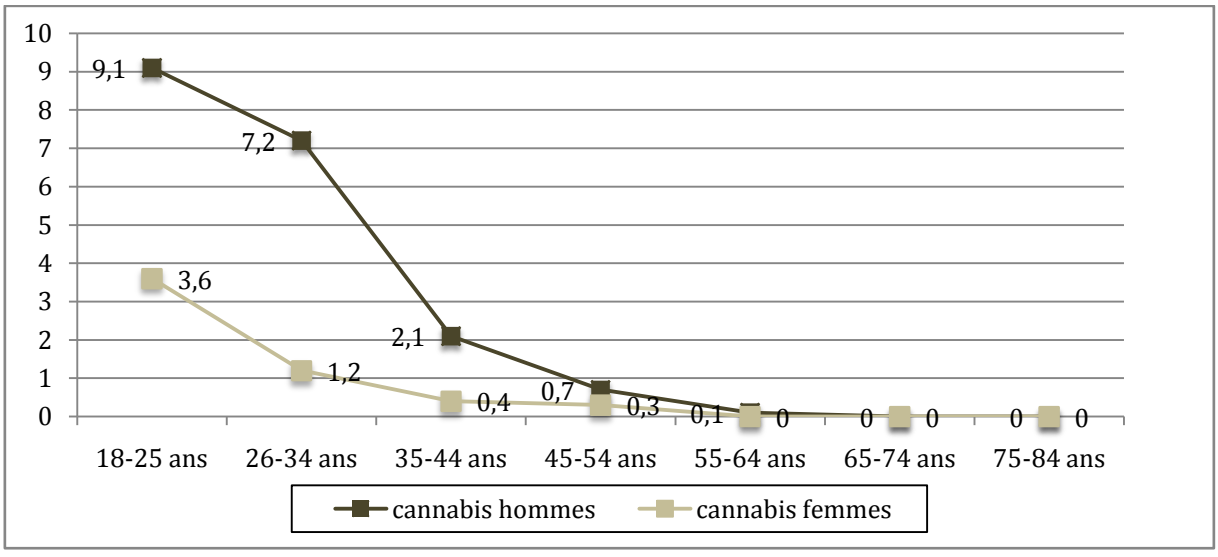


Figure 1c : Usage régulier de cannabis chez les 18-85 ans en 2010 en France selon la tranche d'âge et le sexe (en %) (32)

a. Tabac

Un programme national de réduction du tabagisme a été annoncé par la ministre de la Santé en septembre 2014 afin d'éviter l'initiation du tabagisme, d'aider les fumeurs à interrompre leur consommation et d'agir sur l'industrie du tabac(33).

La prévalence du tabagisme chez la femme est inférieure à celle observée chez l'homme. Le tabagisme régulier féminin a véritablement démarré dans les années 60 et 70, et sa prévalence a augmenté jusqu'aux années 90 avec 27 % de fumeuses en 1992 et 46 femmes pour 54 hommes en 2010. Cette proportion s'est ensuite stabilisée pour connaître une inflexion entre 2000 et 2005. Après une hausse de la prévalence, prédominant chez les 45-64 ans et non négligeable chez les jeunes femmes (prévalence de 34 % en 2005 et 37 % en 2010), on a pu observer une diminution significative en 2014 au sein des 20-44 ans (alors qu'elle est en hausse chez les femmes de 55 à 64 ans).
L'évolution de la prévalence du tabagisme chez la femme entre 2005 et 2014 est résumée dans la figure 2.

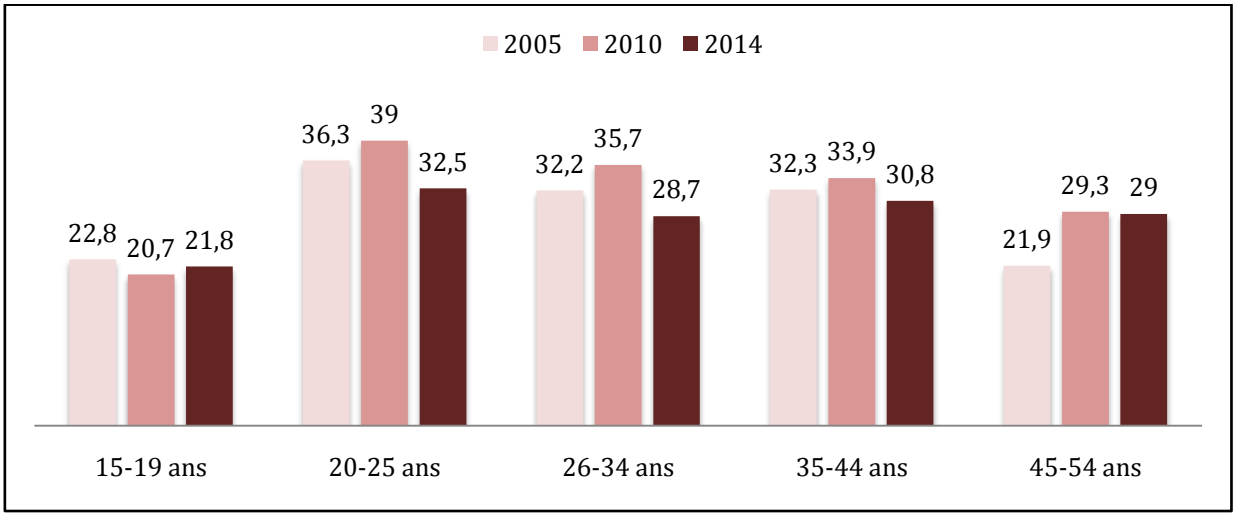


Figure 2 : Évolution de la prévalence du tabagisme chez la femme en France entre 2005 et 2014, par tranche d'âge (en %) (34)

b. Alcool

En 2014, les niveaux de consommation sont stables par rapport à 2010, avec une baisse significative de la consommation quotidienne de 11 % à 9,7 % des Français. Parallèlement à cette diminution, de nouveaux comportements poursuivent leur progression. L'alcoolisation ponctuelle importante (« binge drinking »)quant à elle augmente de façon significative (38 % des 15-75 ans), en particulier chez les femmes (24 % en 2014 contre 21 % en 2010). Si la part des personnes ayant connu une ivresse au cours de l'année est stable, la fréquence des ivresses répétées (8 % en 2010) et régulières (3 % en 2010) est en hausse, tout particulièrement parmi les femmes (de 3,6 à 5,2 % pour les ivresses répétées ; de 0,9 % à 1,6 % pour les ivresses régulières)(35).

Ces augmentations concernent principalement les femmes prolongeant la tendance actuelle au rapprochement des comportements entre les deux sexes.

c. Cannabis

En 2014, 42 % des adultes âgés de 18 à 64 ans déclarent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. La proportion est plus importante parmi les hommes que chez les femmes (50 % contre 33 %). Les sujets entre 26 et 34 ans sont les plus représentés pour les deux sexes. La consommation de cannabis concerne surtout les plus jeunes (28 % pour les 18-24 ans, 34 % des hommes et 23 % des femmes consommant du cannabis). L'analyse de l'évolution actuelle par sexe et âge montre que parmi les femmes, la hausse est surtout le fait des moins de 40 ans(34). L'évolution de la prévalence de la consommation de cannabis par sexe est illustrée dans la figure 3.

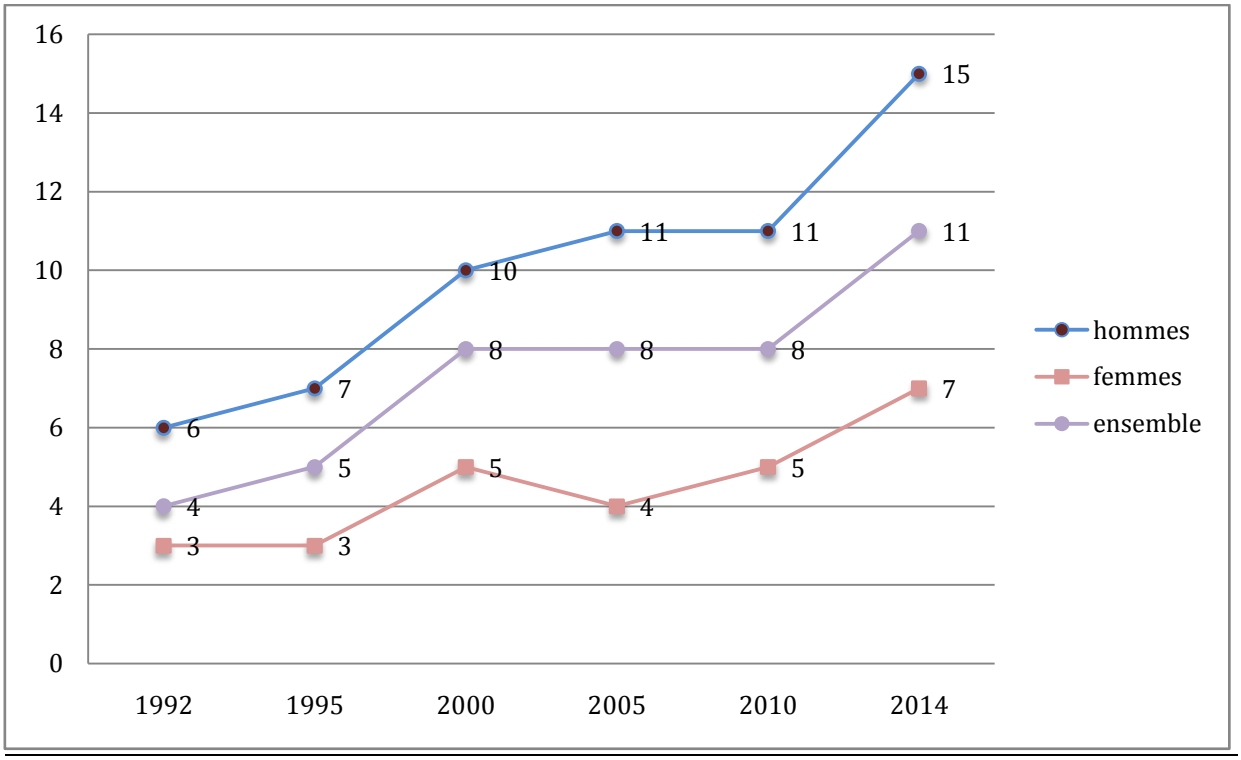


Figure 3 : Évolution entre 1992 et 2014 de la proportion d'usagers actuels de cannabis parmi les 18-64 ans, par sexe, (en %)(34)

d. Autres substances psychoactives

Les niveaux de consommations des autres drogues sont largement inférieurs à ceux observés pour le tabac, l'alcool et le cannabis.

La part des 18-64 ans ayant expérimenté la cocaïne a été multipliée par quatre en deux décennies(de 1,2 % en 1995 à 2,6 % en 2005, 3,8 % en 2010 et 5,6 % en 2014)(34). La tendance à la hausse est secondaire à la diffusion plus large d'un produit autrefois cantonné à des catégories aisées et touchant depuis quelques années l'ensemble des catégories de la société. L'usage actuel, comme l'expérimentation concerne deux à trois fois plus d'hommes que de femmes. La part des personnes ayant déjà pris de la cocaïne au moins une fois dans leur vie apparaît maximale parmi les 18-34 ans (8,8 %), ce qui met en évidence une évolution entre les générations.

Les niveaux d'expérimentation des substances synthétiques telles que la MDMA / ecstasy et les amphétamines sont respectivement de 4,3 % et de 2,3 %. La proportion d'usagers actuels d'ecstasy a

augmenté de manière significative entre 2010 et 2014 et atteint son niveau maximal depuis 10 ans. Cette hausse est à mettre en parallèle avec les observations de terrain du dispositif TREND (Tendances Récentes Et Nouvelles Drogues) de l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) qui mettent en évidence une diffusion notable de la MDMA / ecstasy, avec des doses plus importantes.

La prévalence des usages dans l'année selon le sexe de diverses substances (cocaïne, poppers, champignons hallucinogènes, MDMA / ecstasy, colle, LSD, amphétamines, héroïne) est présentée dans la figure 4.

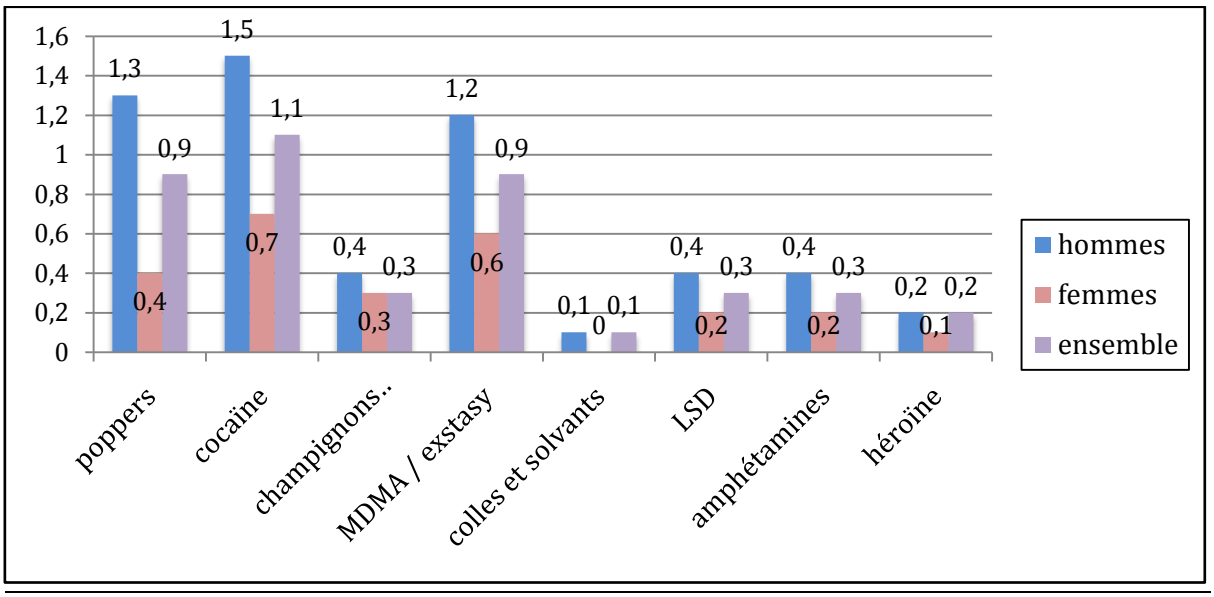


Figure 4 : Usages dans l'année de drogues illicites selon le sexe, parmi les 18-64 ans (en %)(34)

2. CONSOMMATION CHEZ LES JEUNES ADULTES

L'OFDT a conduit en 2014 la huitième enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD) sur les usages de substances psychoactives licites et illicites chez les jeunes adultes(36). Les usages de substancesdes jeunes diffèrent de leurs aînés. En se centrant

sur l'adolescence, cette étude permet d'étudier une période cruciale pour ces comportements, tandis que sa répétition en fait un outil pertinent pour appréhender l'évolution des comportements d'usages et des conduites addictives chez les adolescents et potentiels futurs parents.

Chez les jeunes adultes, l'usage quotidien du tabac est en légère hausse depuis 2011, la prévalence du tabagisme quotidien était de 30,2 % en 2011 contre 31,9 % en 2014.Dans la continuité de ce qui était observé durant les années 2000, les niveaux de tabagisme quotidien ne diffèrent pas entre garçons et filles à la fin de l'adolescence, le nombre de cigarettes fumées restant inférieurchez les filles par rapport aux garçons. Le niveau de tabagisme chez les adolescents en 2014 demeure inférieur de 7 points à celui de 2000.

L'usage régulier d'alcool (plus de 10 fois par mois) s'avère également en haussede 2 points par rapport à l'année 2011(12,3 % des adolescents, dont 6,8 % des filles). Les alcoolisations importantes répétées (plus de 5 verres en une même occasion, plus de trois fois au cours du dernier mois) marquent un léger recul, après une nette augmentation de 3 points entre 2005 et 2010.
L'usage du cannabis est également en développement (4,0 % d'usage quotidien en 2014), soit une hausse relative de 40 % depuis l'année 2000, avec une augmentation bien plus marquée chez les jeunes femmes (5,8 % soit une hausse relative de 70 %).

Les niveaux d'expérimentation (un usage au moins au cours de la vie) de substances illicites plus rares (MDMA / ecstasy, amphétamines et cocaïne) ont augmenté dans des proportions et à des rythmes différents selon les groupes de produits considérés, en restant inférieurs à 4 %.

3. CONSOMMATION DANS LES DÉPARTEMENTS D'OUTRE-MER

D'après une récente étude comparant les consommations de produits psychotropes dans les Antilles françaises aux moyennes nationales, la consommation d'alcool annuelle moyenne par personne (10,48 litres pur par personne de plus de 16 ans) s'inscrit sous la moyenne nationale (13,4 litres).

La prévalence du tabagisme est également plus basse (19,8 % chez les hommes et 8 % chez les femmes). Seul le crack y est consommé de façon plus importante que dans le reste de la France, avec une prévalence de 1 % chez les 14-44 ans. La consommation des autres substances psychoactives reste marginale(37).

L'OFDT propose dans sa récente parution une analyse des données de l'enquête ESCAPAD menée chez les adolescents à l'échelle régionale. Les trois départements d'Outre-Mer, la Martinique, la Guadeloupe et la Réunion affichent des niveaux de tabagisme quotidien bien inférieurs à la moyenne métropolitaine. Concernant la consommation de cannabis, les niveaux déclarés en Martinique et la Réunion sont comparables à la moyenne nationale, mais ils sont inférieurs en Guadeloupe. Les indicateurs d'alcoolisation (régulière ou ponctuelle importante) sont proches dans les quatre départements d'Outre-Mer (Martinique, Guadeloupe, Guyane, Réunion), à des niveaux très inférieurs à ceux observés en métropole. Le tabagisme est 2 à 3 fois moins fréquent chez les jeunes(38).

C. CONDUITES À RISQUE ET GROSSESSE - EPIDEMIOLOGIE

1. CONSOMMATION DE TABAC

La grossesse et la naissance d'un enfant sont les premières raisons citées par les femmes adultes fumeuses motivant l'arrêt du tabac, et ce avant la prise de conscience des répercussions du tabac sur leur propre santé. Les résultats des principales études récentes sur la prévalence du tabagisme avant, pendant et après la grossesse sont présentés dans le tableau 1.

ÉTUDE	**Avant la grossesse (en %)**	**Pendant la grossesse (en %)**		
Conférence de consensus « Grossesse et tabac » France, 2004 (4)	27 à 37	17		
Rapport européen sur la santé périnatale 2010(39)	31	17		
National Survey on Drug 2009 Etats-Unis, 2009 (40)	33,3	21,8		
« Etat des lieux : conduites addictives et grossesse en France » France, 2010(41)	34	22		
Tobacco and AlcoholDuringPregnancy Suisse (42)	31,2	21,7		
DUMAS Paris 2008(43)	16,3	10,2		
Enquête nationale périnatale France, 2010(44)	30,5	17,4		
Enquête nationale périnatale Guadeloupe, Guyane, Réunion, 2010(44)	21,5	9,7		
García-Serra Ibiza 2010(45)	39,3			
BLASCO-ALONSO Espagne 2015(46)		21,2 (T1)	18,5 (T2)	13,3 (T3)

Tableau 1 : Résultats des études de prévalence de la consommation de tabac pendant la grossesse

2. CONSOMMATION D'ALCOOL

Les enquêtes nationales périnatales permettent de disposer d'indicateurs valides de santé périnatale qui permettent de définir les politiques de santé dans ce domaine.

Selon une enquête qualitative publiée par l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS), la recommandation de l'abstinence pendant la grossesse est mal comprise par les femmes dans la mesure où elle n'est pas perçue comme absolue(47). Elles connaissent peu les conséquences de la consommation d'alcool sur l'enfant à naître. Les sources d'information de ces femmes concernant la grossesse sont diverses, mais l'expérience de leur propre mère demeure la source qu'elles estiment la plus digne de confiance. Par ailleurs, les femmes semblentdistinguer les alcools tolérés, « les alcools doux », et les « alcools forts » : selon elles, les différents alcools n'auraient pas les mêmes effets sur l'enfant à naître.

La limite commune à toutes les études de prévalence sur la consommation d'alcool pendant la grossesse est qu'elles sont basées sur des auto-déclarations. Ces résultats sont généralement sous-estimés d'environ 30 % par rapport à la consommation réelle en population générale. Il n'existe pas de test biologique objectif pour évaluer le niveau de consommation d'alcool considéré comme à risque pendant la grossesse. Du fait des conséquences de l'exposition du fœtus à l'alcool, de multiples études se sont intéressées à la recherche d'un marqueur biologique permettant de repérer un usage important et répété. Ces tests comme le volume globulaire moyen (VGM), le dosage de la gammaglutamyl-transférase et de la transferrine désyaléequi permettent de repérer un usage important hors grossesse ont un intérêt limité chez la femme enceinte compte tenu du seuil nul recommandé par l'OMS. Ces marqueurs demeurent intéressants pour repérer les niveaux d'usage susceptibles d'entraîner un syndrome d'alcoolisation fœtale.

Les résultats des principales études récentes sur la prévalence de la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse sont présentés dans le tableau 2.

Auteur, lieu et année d'étude	Avant la grossesse (en %)	Pendant la grossesse (en %)		
DUMAS Paris, 2008(43)	40,8	25,3		
HOUET Caen, 2003 (48)	Toutes consommations : 79 > 14 verres/semaine : 10 Binge drinking : 33	Toutes consommations : 43 1 à 6 verres/ semaine : 31 5 à 14 verres/semaine : 7 > 14 verres/ semaine : 5 Consommations à risque : 9,9 Binge drinking : 7		
SENN Saint-Etienne,2004 (49)		Toutes consommations : 48 AUDIT > 3 : 12,6 AUDIT > 6 : 1 Binge drinking : 6,6		
DE CHAZERON France, 2003-2004(50)		Toutes consommations : 52,2 1 à 2 verres/ semaine : 69,1 3 à 6 verres 2 à 4 fois/mois : 3,2 Binge drinking : 13,7		
LEMOLA Suisse, 2007(51)		30,0 Binge drinking : 2,2		
DUPRAZ Genève, 2008 (42)	62,7	36,3		
BLONDEL France, 2010(44)		22,8		
BLONDEL Guadeloupe, Guyane, Réunion, 2010 (44)		22,1		
GARCIA-SERRA Ibiza, 2010(45)		32,7		
BLASCO-ALONSO Malaga,2015(46)		40,7 (T1)	23,1 (T2)	17,1 (T3)

Tableau 2 : Résultats des enquêtes de prévalence sur la consommation d'alcool pendant la grossesse.

3. CONSOMMATION DE CANNABIS ET AUTRES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

La prévalence de l'usage de drogues illicites chez les femmes enceintes est une donnée peu évaluée en France.

Le cannabis étant la substance illicite la plus fréquemment consommées chez les adolescents et les jeunes adultesselon les études, il faut s'attendre à ce qu'il en soit de même chez la femme enceinte.

La prévalence des conduites de dépendance aux opiacés pendant la grossesse est estimée entre 0,3 et 1 % des accouchements en Europe. Les résultats des études menées aux Etats-Unis sont très différents d'une étude à l'autre en raison de l'existence de différences significatives dans les habitudes et les comportements sur le territoire, des modalités de recrutement des maternités et de la méthodologie utilisée (questionnaire et/ou analyses toxicologiques).

Une revue de la littérature de FAJEMIROKUN de 2004 aux Etats-Unis retrouve entre 1,8 et 18 % de consommation de cocaïne pendant la grossesse(52).

Comme pour toutes les études portant sur le repérage des consommations de tabac ou d'alcool pendant la grossesse, il existe d'autant plus de sous-déclarations des consommations de substances illicites pendant la grossesse. La peur des répercussions légales, le sentiment de culpabilité, la subjectivité des enquêtes déclaratives sont les facteurs de négation ou de minimisation des consommations.

L'analyse des cheveux maternels et du méconium sont des techniques objectives fiables décrites depuis plusieurs années permettant de mettre en évidence l'utilisation de drogues, l'analyse capillaire étant la technique la plus sensible(45).

Les résultats des principales études récentes surla consommation de cannabis, cocaïne, ecstasy/MDMApendant la grossesse sont présentés dans le tableau 3.

ÉTUDE	Méthodologie	Cannabis (en %)	Cocaïne (en %)	Opiacés (en %)	Autres substances (LSD, ecstasy, MDMA) (en %)
WILLIAMSON Angleterre 2001	méconium	13,2 %	2,7	3,7 méthadone 6 % traces autres opiacés	1,7 (amphétamine)
PICHINIMeconium Project Méditerranée 2002-2004(53)	549 femmes Questionnaire Méconium		1,8 4,4	1,3 8,7	0,2 0,2
LEMOLA Suisse 2007(51)	368 femmes post-partum	1,4			
SAUREL-CUBIZOLLES 2010	13545 femmes Questionnaire	1,2			
HAYATBAKHSH 2000-2006 Australie(22)		2,6			
GARCIA-SERRA Ibiza 2010(45)	Questionnaire Cheveux Méconium	1,2 10,2 1,72	1,2 6,5 5,6	0 0	

Tableau 3 : Résultats des études de prévalence sur la consommation de cannabis, cocaïne opiacés, LSD, Ecstasy et MDMA pendant la grossesse.

II. OBJECTIFS

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la prévalence de l'existence d'au moins une conduite à risque avec substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis, opiacés, cocaïne, amphétamines et autres drogues illicites, benzodiazépines) chez la femme enceinte ayant accouché au centre hospitalier de Saint-Martin.

Plusieurs objectifs secondaires ont été fixés :

- Déterminer le statut addictologique des femmes ayant consommé des toxiques avant leur grossesse selon les critères de questionnaires validés pour chacune de ces substances (tabac, alcool, cannabis).
- Décrire les liens possibles entre les caractéristiques sociodémographiques et socio-sanitaires de ces femmes et les consommations de toxiques pendant la grossesse.
- Détailler le parcours de soins des femmes enceintes accouchant à Saint-Martin.
- Décrire les complications obstétricales et néonatales éventuelles survenues en fonction de l'existence ou non d'une addiction.

B. MATÉRIEL ET MÉTHODE

I. TYPE D'ÉTUDE, DURÉE ET LIEU DE L'ÉTUDE

- **Type d'étude** : étude épidémiologique descriptive, en série continue, prospective, transversale, de prévalence.
- **Lieu de l'étude** : étude monocentrique menée dans le service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier Louis Constant Fleming à SAINT-MARTIN.
- **Durée de l'étude** : entre le 18 décembre 2014 et le 23 mars 2015.

II. POPULATION

Il s'agissait du suivi exhaustif des femmes ayant accouché à un terme supérieur à 22 semaines d'aménorrhée ou d'un enfant de poids supérieur à 500g (critères de viabilité de l'OMS), hospitalisées dans le post-partum dans le service de gynécologie obstétrique du centre hospitalier de Saint-Martin.

III. ÉCHANTILLON

A. NOMBRE DE SUJETS NÉCESSAIRES

Selon la littérature, la prévalence de consommation de tabac chez la femme enceinte est comprise entre 10,2 et 22 % des femmes selon les études.

Concernant les autres conduites addictives, les données de la littérature nous permettaient d'évaluer la prévalence de la consommation d'alcool entre 23 et 52 %. Pour les autres substances, les données provenaient d'études européennes : 1,5 à 10 % pour le cannabis, 2 à 4 % pour la cocaïne, 3 à 8 % pour les opiacés. Nous avons estimé la prévalence de l'existence d'au moins uneaddiction à 30 % dans notre population, 200 patientes étaient nécessaires pour estimer cette prévalence avec un intervalle de confiance à 95% de ± 6%. En prenant en compte 10% de refus de participation possibles, nous avons estimé le nombre de sujets à inclure à 220 patientes.

B. CRITERES D'INCLUSION ET DE NON INCLUSION

- **Inclusion** : femme ayant accouché à un terme supérieur à 22 semaines d'aménorrhée ou d'un enfant de poids supérieur à 500g, ayant donné son accord oral pour participer à l'étude.

- **Non inclusion** : femmes refusant de participer à l'étude, ou ayant quitté le centre hospitalier immédiatement après l'accouchement, rendant impossible l'entretien.

C. MODALITES D'INCLUSION ET DE RECUEIL DES DONNEES

- Les patientes étaient incluses, de façon exhaustive, au fur et à mesure des accouchements.
- Au deuxième jour du post-partum, un dossier contenant une fiche d'information (annexe I) et un questionnaire (annexe II)leur était remis avec tous les renseignements nécessaires à propos de l'étude. C'est à ce moment qu'il leur était demandé leur consentementoral pour participer à l'enquête. Le questionnaire a été traduit en anglais et en espagnol pour s'adapter aux spécificités locales.
- Le questionnaire était ensuite récupéré par l'investigateur à J+3 et complété si besoin lors d'un entretien avec la patiente.
- Des données supplémentaires étaient ensuite recueillies dans le dossier obstétrical de chaque patiente.

IV. QUESTIONNAIRE

Le questionnaire a été élaboré avec l'aide de l'Unité de soutien méthodologique et réglementaire de la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation du CHU de Pointe-à-Pitre.

Il était constitué de quatre parties (cf. annexe II):

- Caractéristiques sociodémographiques et socio-sanitaires permettant notamment de calculer l'indice de précarité EPICES (cf. annexe III).

- Consommation de tabac, d'alcool, de cannabis et d'autres produits psychoactifs avant et pendant la grossesse.

  Cette partie du questionnaire comportait des auto-questionnaires validés en population générale française :FAGERSTRÖM (cf. annexe IV) pour le tabac, CAST pour le cannabis (cf. annexe V) et AUDIT pour l'alcool (cf. annexe VI). Ces questionnaires sont couramment utilisés dans les études car ils permettent de déterminer le statut addictologique des patientes vis-à-vis du toxique.
- Déroulement et suivi de la grossesse.
- Données médicales retrouvées par l'investigateur dans le dossier obstétrical de la patiente.

Le questionnaire a été testé sur une période d'une semaine avant le début effectif de l'étude, dans chaque langue, afin d'y apporter d'éventuelles corrections.

V. MODE DE CIRCULATION ET ANALYSE DES DONNÉES

L'anonymisation a été effectuée immédiatement après l'accouchement. Un numéro a été attribué à chaque questionnaire en fonction du numéro d'accouchement. Ces données ont été couplées dans un tableau confidentiel.
Les données ont ensuite été saisies sur le logiciel Epi-Info® V3.5.4 à l'aide d'un masque de saisie.

Les analyses ont été essentiellement descriptives. Les variables qualitatives ont été décrites sous forme d'effectifs et de fréquences. Les variables quantitatives distribuées normalement ont été décrites sous forme de moyennes et d'écarts-types. Dans le cas contraire le minimum, le maximum et les quartiles sont fournis.Les prévalences estimées ont été accompagnées d'un intervalle de confiance à 95%.

Les données ont été traitées à l'aide du logiciel Excel® et du logiciel SPSS® V21.

VI. DÉMARCHES RÉGLEMENTAIRES

Ce protocole a fait l'objet d'une déclaration auprès du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS). À l'heure où nous présentons ce document, la déclaration auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés est toujours en attente de l'avis favorable du CCTIRS.

Nous avons également effectué une déclaration auprès du Comité d'éthique du centre hospitalier universitaire de la Guadeloupe.

C. RÉSULTATS

Entre le 18 décembre 2014 et le 23 mars 2015, les patientes au deuxième jour du post-partum ont toutes été interrogées. Au total, 217 patientes ont répondu au questionnaire, 3 patientes ont refusé de participer à l'étude et ont donc été exclues de notre échantillon.

I. ÉTUDE DESCRIPTIVE DE LA POPULATION

A. CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES ET SOCIODEMOGRAPHIQUES

La moyenne d'âge des patientes était de 29 ± 7 ans. Les données sociodémographiques des patientes sont décrites dans le tableau 4.

	N	n	%
Couverture sociale			
Non ou demande en cours	216	129	59,7
Lieu de résidence	217		
Saint-Martin (partie française)		180	82,9
Saint Barthelemy		28	12,9
Saint-Martin (partie hollandaise)		7	3,2
Autre		1	0,5
Nationalité	215		
Française		102	47,0
Dominicaine		39	18,0
Haïtienne		22	10,1
Hollandaise		17	7,8
Jamaïcaine		11	5,1
Autre		24	11,1
Niveau d'étude	199		
Primaire		20	10,1
Secondaire			
1er cycle		46	23,2
2e cycle		76	38,2
Supérieur court (1er cycle)		37	18,6
Supérieur long (2e cycle)		20	10,1
Situation administrative	211		
Régulière		185	87,7
Situation familiale			
« vit seule »	216	83	38,4

Tableau 4 : Caractéristiques sociodémographiques des patientes de l'étude

n : nombre de patientes correspondant à la variable étudiée

N : nombre de patientes ayant répondu à l'item correspondant

La situation de précarité était définie par un score EPICES (annexe III) supérieur ou égal à 30 calculé à partir des réponses des patientes.Les données socio-économiques des patientes sont décrites dans le tableau 5.

	N	n	%
Précarité (score EPICES ≥ 30)	217	136	65,1
Diplôme	217		
Diplôme français		122	57,3
Diplôme étranger		71	33,3
Aucun diplôme		20	9,4
Niveau d'étude	199		
Certificat d'étude primaire		20	10,1
Brevet élémentaire, brevet des collèges		20	10,1
CAP, BEP		26	13,1
Baccalauréat, brevet professionnel		76	38,2
Diplôme premier cycle		37	18,6
Diplôme deuxième cycle		20	10,1
Catégorie socioprofessionnelle	211		
Artisan, commerçant et chef d'entreprise		6	2,8
Cadre et profession intellectuelle supérieure		9	4,3
Profession Intermédiaire		13	6,2
Employé		63	29,9
Ouvrier		2	0,9
Etudiant		16	7,6
Sans emploi		102	48,3
Difficultés financières d'accès aux soins	217	68	31,8

Tableau 5 : Données socio-économiques des patientes de l'étude

n : nombre de patientes correspondant à la variable étudiée

N : nombre de patientes ayant répondu à l'item correspondant

B. DONNEES OBSTETRICALES

1. ANTECEDENTS

Les principaux antécédents obstétricaux des patientes sont présentés dans le tableau 6.

	N	n	%
Fausse(s) couche(s) précoce(s)	214	52	24,3
Fausse(s) couche(s) tardive(s)	213	5	2,3
Interruption(s) Volontaire(s) de Grossesse	214	64	29,9
1 IVG		40	18,7
2 IVG		18	8,4
3 IVG ou plus		6	2,8
Interruption Médicale de Grossesse	210	1	0,5
Primigestes	214	52	24,2
Primipares	215	81	37,9

Tableau 6 : Antécédents obstétricaux des patientes de l'étude

n : nombre de patientes correspondant à la variable étudiée

N : nombre de patientes ayant répondu à l'item correspondant

2. SUIVI DE GROSSESSE

La grossesse n'avait pas été programmée chez36,7 % des patientes de notre échantillon. Le terme médian de découverte des grossesses était de 6 semaines d'aménorrhée. La médiane de premier rendez-vous de suivi de grossesse déclaré était de 9 semaines d'aménorrhée.

Le suivi de grossesse a été défini comme correct si la patiente avait effectué un bilan biologique avant l'admission au bloc obstétrical, si elle avait effectué au moins quatre consultations prénataleset au moins trois échographies. Dans notre échantillon 12,3 % des grossesses ont été mal suivies.

Le suivi des grossesses a été effectué par une sage-femme libérale (92 %), un gynécologue libéral (70%), le médecin généraliste (15,2 %), une sage-femme de la maternité (54,8 %), une sage-femme de protection maternelle infantile (9,7 %), un gynécologue obstétricien de la maternité (14,3 %). A noter que 4,6 % des patientes ont déclaré n'avoir eu aucun suivi durant leur grossesse.

Les patientes ont déclaré avoir été informées sur les risques liés à la consommation de substances pendant la grossesse dans 89,5 % des cas : 79,8 % des patientes concernant le tabac, 78,3 % d'entre elles concernant la consommation d'alcool, et 64,0 % des patientes concernant l'usage du cannabis pendant la grossesse. Au total, 80,3 % des patientes ont été interrogées sur leur consommation éventuelle d'autres substances psychoactives.

3. COMPLICATIONS OBSTETRICALES

Sur l'ensemble des grossesses, 22,1 % ont été suivies pour complications obstétricales : 7,4 % pour diabète gestationnel, 6,5 % pour pré-éclampsie, 6,0 % pour menace d'accouchement prématuré et 2,8 % pour autres complications, principalement pour des anomalies échographiques.

4. ACCOUCHEMENT

Les patientes ont accouché par voie basse dans 76,1 % des cas. Chez 23,1 % des patientes une césarienne a été réalisée, une césarienne en urgence chez 10,8 % des patientes et une césarienne

programmée dans 13,1 % des cas. Les principales indications de césarienne d'emblée étaient un utérus cicatriciel et la présentation par le siège.

Le taux de transfert en néonatalogie a été de 10,8 %, le motif du transfert n'a pas été recueilli.

C. CONSOMMATIONS

1. PREVALENCE DES CONSOMMATIONS A RISQUE PENDANT LA GROSSESSE

Nous avons défini la prévalence d'une conduite à risque pendant la grossesse comme l'exposition éventuelle du fœtus à une substance quel que soient le terme et la quantité. Toutes les femmes ayant déclaré avoir eu une consommation, même interrompue au premier trimestre ont été comptabilisées. Les prévalences des consommations à risque pendant la grossesse sont détaillées dans le tableau 7.

	N	n	%	IC à 95%
Conduite à risque au cours de la grossesse (alcool ou tabac ou cannabis ou autre produit)	212	88	41.5	[34,8 ; 48,5]
Tabac pendant la grossesse	217	28	12.9	[8,7 ; 18,1]
Alcool pendant la grossesse	216	73	33.8	[27,5 ; 40,5]
Cannabis pendant la grossesse	217	14	6.5	[3,6 ; 10,6]
Autre produit pendant la grossesse	213	1	0.5	[0,0 ; 2,6]
Poly-addiction pendant la grossesse	212	22	10.4	[6,6 ; 15,3]

Tableau 7 : Prévalence des consommations de substances psychoactives au cours de la grossesse
n : nombre de patientes correspondant à la variable étudiée
N : nombre de patientes ayant répondu à l'item correspondant

2. CONSOMMATION DE TABAC

Une consommation de tabac au cours de la vie a été déclarée par 31,4 % des patientes de notre échantillon.

- Consommation en début de grossesse

En début de grossesse, 12,9 % des patientes ont déclaré être fumeuses. Les types d'usage de tabac avant la grossesse chez les femmes consommatrices avant la grossesse, déterminés selon le score de FAGERSTROM sont présentés dans la figure 5.

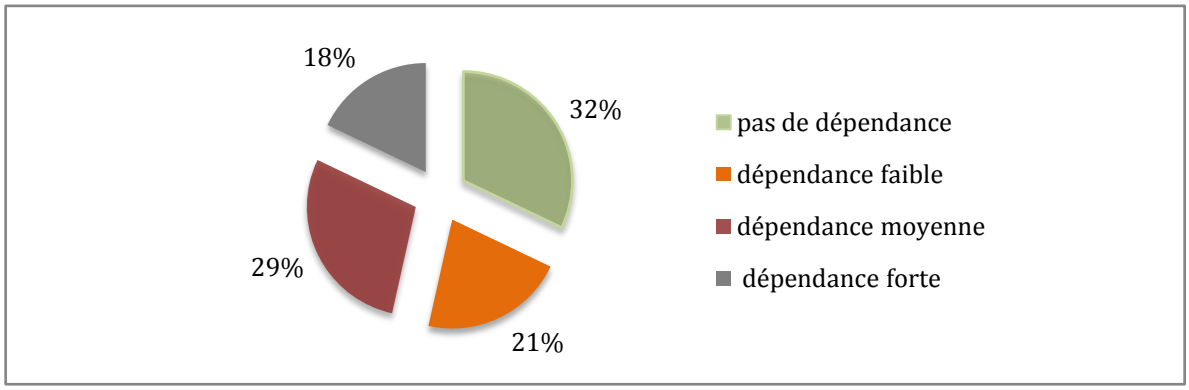


Figure 5 : Type d'usage de tabac chez les femmes consommatrices avant la grossesse selon le score de FAGERSTRÖM

- Comportement au cours de la grossesse

La prévalence du tabagisme durant la grossesse chez les patientes ayant accouché était de 12,9 % (n=28 ; IC 95 % [8.7-18.1]). 57 % (n=16) des patientes fumeuses ont déclaré avoir poursuivi leur consommation au cours de la grossesse. Parmi celles qui ont secondairement interrompu leur consommation, 91,7 % (n=11) l'ont fait au premier trimestre de la grossesse, soit 39,3 % des patientes fumeuses avant la grossesse.

L'évolution de la prévalence de la consommation de tabac en fonction du terme de la grossesse est résumée dans la figure 6.

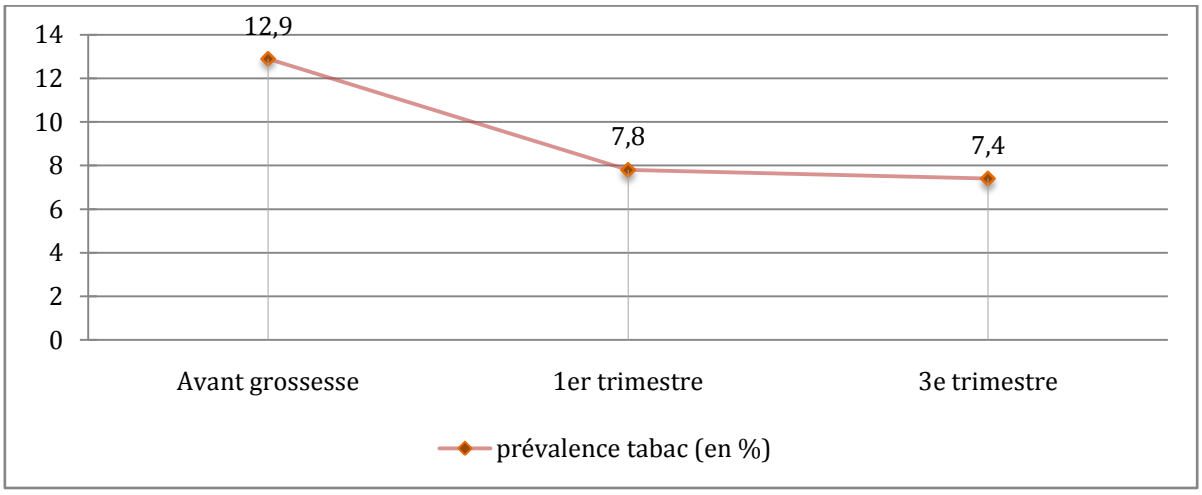


Figure 6 : Évolution de la prévalence de consommation de tabac au cours de la grossesse (en %)

- Quantité

Les patientes ont toutes déclaré avoir diminué leur quantité de cigarettes fumées par jour. Le nombre de cigarettes consommées avant et pendant la grossesse est décrit dans les figures suivantes 7 et 8.

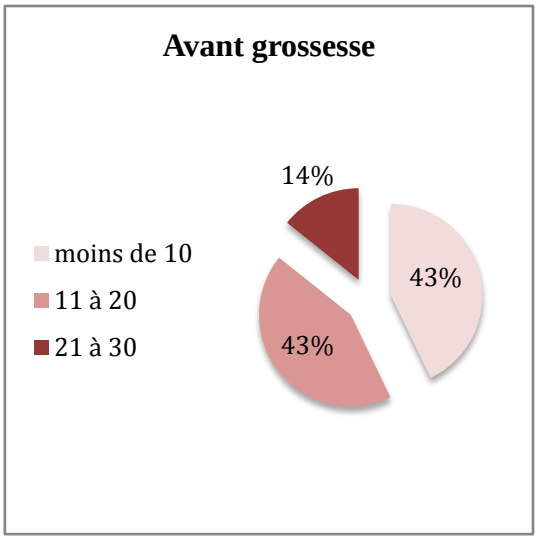


Figure 7 : Nombre de cigarettes / jour avant la grossesse

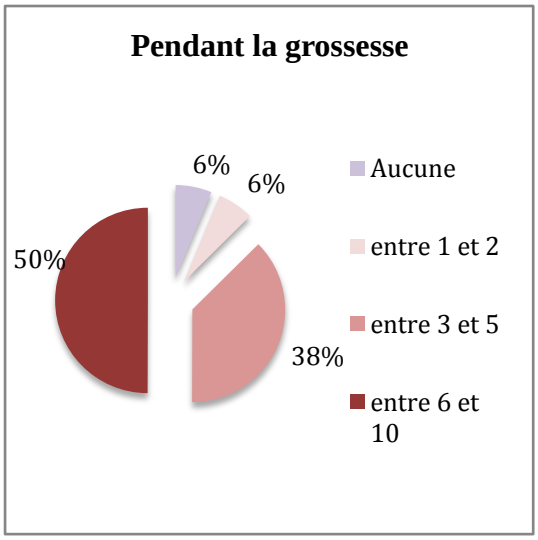


Figure 8 : Nombre de cigarettes / jour pendant la grossesse

3. CONSOMMATION D'ALCOOL

Une consommation d'alcool au cours de la vie a été déclarée par 79,7% des patientes de notre échantillon.

- Consommation avant la grossesse.

Le type d'usage avant la grossesse chez les femmes consommatrices d'alcool a été calculé pour chaque patiente à partir du questionnaire AUDIT. Avant la grossesse, 6,1 % d'entres elles présentaient un score supérieur ou égal à 7 témoignant un mésusage de l'alcool. À noter qu'une patiente présentait un score supérieur à 11, en faveur d'une dépendance à l'alcool.

- Comportement au cours de la grossesse

La prévalence de la consommation d'alcool durant la grossesse chez les patientes ayant accouché était de 33,6 % (n=73 ; IC95% [27.5 ; 40.5]).

La poursuite de la consommation d'alcool a été rapportée par 48,0 % des patientes. Parmi celles qui ont secondairement interrompu leur consommation, 95,5 % (n=42) l'ont fait au premier trimestre de la grossesse. L'évolution de la prévalence de la consommation d'alcool en fonction du terme de grossesse est résumée dans la figure 9.

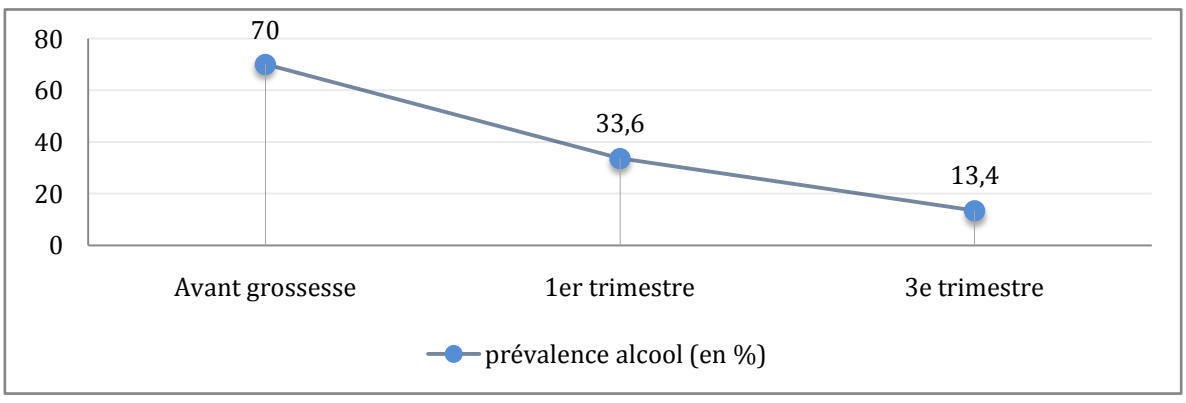


Figure 9 : Evolution de la prévalence de la consommation d'alcool au cours de la grossesse

Une consommation d'alcool avant la grossesse a été déclarée par 152 patientes.Parmi ces patientes, 52 % (N=79) ont interrompu leur consommation avant la grossesse. La consommation a été poursuivie pendant toute la grossesse par 29 patientes.

- Quantité

Les patientes ont déclaré avoir diminué la quantité d'alcool consommée dans 98,6 % des cas. L'évolution de la fréquence de consommation d'alcool avant et pendant la grossesse est décrite dans la figure 10.

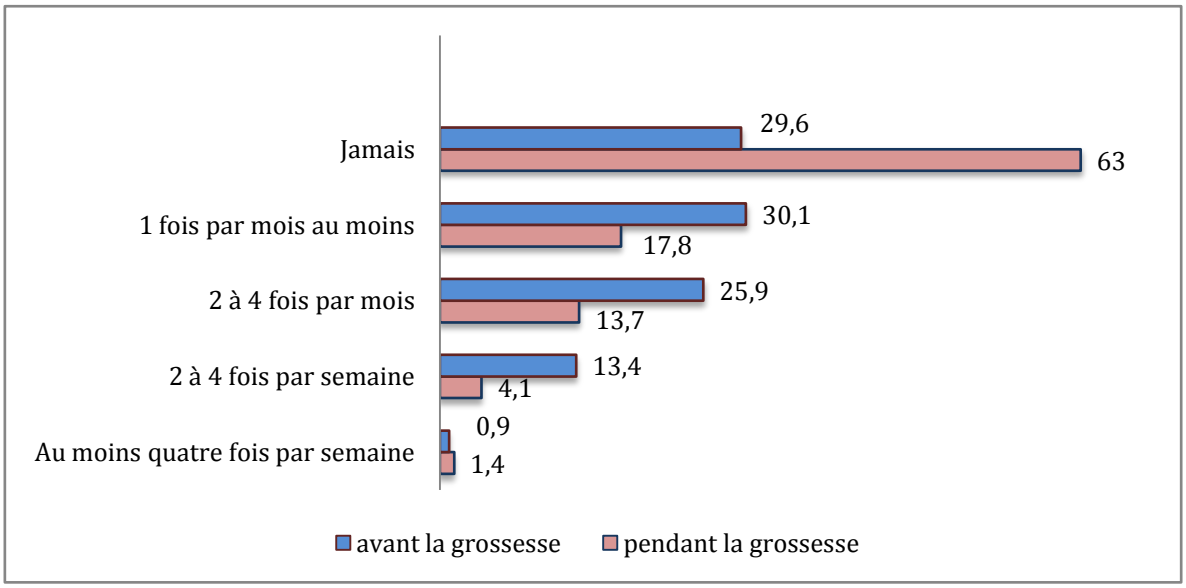


Figure 10 : évolution de la quantité d'alcool consommée avant et pendant la grossesse

Les patientes consommaient maximum un verre les jours où elles buvaient de l'alcool dans 16,40 % des cas, 19,2 % d'entre elles buvaient 1 ou 2 verres, 2,7 % d'entre elles buvaient plus de trois verres.

Les patientes ont déclaré avoir consommé 6 verres ou plus pendant leur grossesse à au moins une occasion dans 15,1 % des cas.

4. CONSOMMATION DE CANNABIS

- Consommation en début de grossesse

Alors que 24,4 % des patientes ont déclaré avoir consommé du cannabis au cours de leur vie, en début de grossesse, 8,8% des patientes ont déclaré être consommatrices de cannabis. Parmi ces patientes, 26,3 % présentaient un score CAST supérieur à 2 définissant un usage à risque.

- Comportement au cours de la grossesse

La prévalence d'une consommation de cannabis pendant la grossesse chez les patientes ayant accouché était de 6,5 % (n= 14 ; IC95 % [3.6-10.6]).

Les femmes consommatrices ont poursuivi leur consommation pendant leur grossesse dans 47,4 % des cas, 70 % des patientes ont déclaré avoir diminué la quantité de cannabis consommée et 20% d'entre elles poursuivaient une consommation quotidienne.

L'évolution de la prévalence de la consommation de cannabis au fil de la grossesse est décrite dans la figure 11.

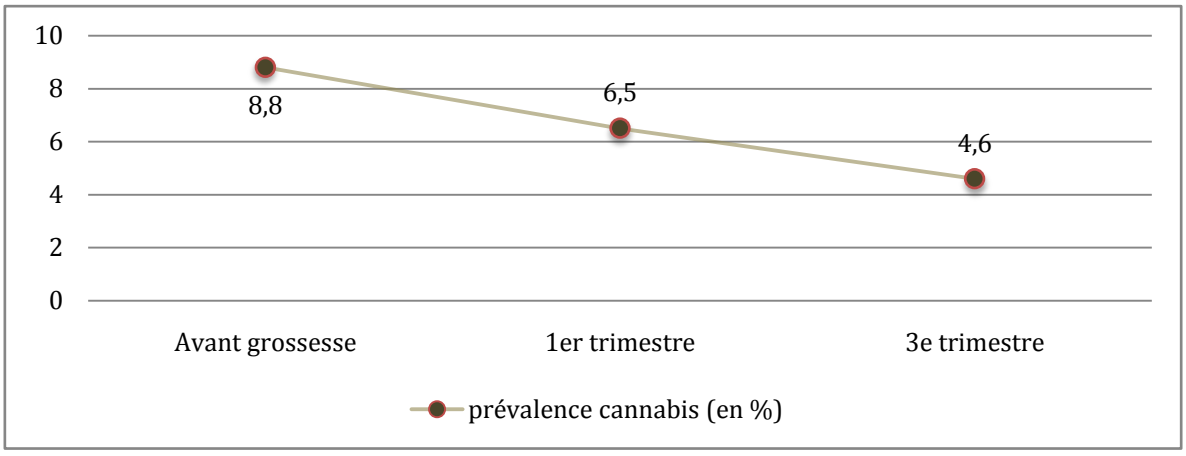


Figure 11 : Évolution de la prévalence de la consommation de cannabis au cours de la grossesse

5. AUTRES PRODUITS

La prévalence de la consommation des autres substances étudiées au cours de la grossesse était de 0,5 % (n=1 ; IC95% [0.0 ; 2.6]).

- Cocaïne

Une consommationoccasionnelle de cocaïne inhalée était observée chez 3,7 % des patientes, aucune d'entre elles n'a déclaré avoir poursuivi cette consommation durant la grossesse.

- Méthadone

Une patiente soit 0,5 % de la population étudiée utilisait de la méthadone occasionnellement avant la grossesse, consommation qu'elle ainterrompued'elle-même pendant la grossesse.

- Ecstasy, MDMA, amphétamines

Une consommation occasionnelle était retrouvée chez 1,9 % des patientes avant la grossesse et aucune poursuite de consommation n'a été retrouvée.

- Opiacés prescrits

Une consommation d'opiacés prescritsétait retrouvée chez 1,4 % des patientes avant la grossesse et 0,5 % des patientes en ont consommé pendant la grossesse.

- LSD, champignons hallucinogènes , crack, freebase, héroïne, SUBUTEX et colles

Une patiente a déclaré consommerdu LSD avant la grossesse et avoir interrompu cette consommation à l'occasion de sa grossesse.

Aucune patiente n'a déclaré consommer de crack, de freebase, d'héroïne, de SUBUTEX®ou de colles avant ou pendant la grossesse. Une patiente a déclaré avoir déjà utilisé des produits par injection intraveineuse, pratique qui avait été interrompue pendant la grossesse.

II. ANALYSE COMPARATIVE

Afin de rechercher les variables en lien possible avec l'existence d'une conduite à risque pendant la grossesse, nous avons comparé les patientes sans conduite à risque ou ayant cessé la conduite à risque au premier trimestre aux patientes ayant une conduite à risque au-delà du premier trimestre. Les variables liées à une surconsommation de substances psychoactives sont présentées sous la forme de tableaux.

A. CONDUITE A RISQUE(TABLEAU 8)

	Fréquence parmi les patientes ayant une conduite à risque		Fréquence parmi les patientes n'ayant pas de conduite à risque		p
	n	%	n	%	
Nationalité étrangère	29	64,4	82	49,9	0,073
Précarité (EPICE ≥ 30)	32	74,4	103	63,6	0,183
Grossesse non prévue	19	41,3	60	36,3	0,540
Terme premier rendez-vous suivi >12 SA	11	24,4	37	22,3	0,760
ATCD FCS	13	28,9	37	22,4	0,367
ATCD IVG*> 2	7	15,6	17	10,3	0,326
Parité>0	35	79,5	124	75,6	0,585
Grossesse mal suivie	17	10,4	8	18,2	0,161

Tableau 8 : Profil des patientes ayant ou non une consommation à risque au cours de la grossesse

n : nombre de patientes correspondant à la variable étudiée

N : nombre de patientes ayant répondu à l'item correspondant

*** Interruption Volontaire de Grossesse**

Aucun lien n'a été mis en évidence entre l'existence d'une conduite à risque pendant la grossesse, quelque soit le produit considéré et la survenue de complication obstétricale ou néonatale. Néanmoins, nous rapportons la survenue de deux morts fœtales à 24 semaines d'aménorrhée, avec un poids fœtal de plus de 500 g chez des patientes consommant à la fois du tabac et du cannabis (une IMG pour syndrome polymalformatif et une fausse couche tardive).

B. TABAC

L'âge des patientes fumeuses au-delà du premier trimestre de grossesse était de 32 ans en moyenne contre 29 ans chez les non fumeuses (p=0,155). Les variables dont les taux de représentation étaient supérieurs chez les patientes fumeuses sont représentées dans le tableau 9.

	Patientes ayant une conduite à risque		Patientes n'ayant pas de conduite à risque		p
	n	%	n	%	
Résidence Saint Barthelemy	4	23,5	24	12,0	0,320
Pas de précarité	7	41,2	68	34,4	0,573
Chômage	92	47,4	10	58,8	0,367
Nationalité française	9	56,3	93	46,7	0,463
Grossesse non prévue	7	41,2	72	36,4	0,693
Parité>0	13	81,3	150	76,1	0,875
Grossesse mal suivie	4	26,7	22	11,2	0,178
Prématurité < 37 SA	2	11,8	16	8,1	0,944
Césarienne en urgence	3	20,0	20	10,1	0,448

Tableau 9 : Profil des patientes tabagiques ou non au cours de la grossesse

n : nombre de patientes correspondant à la variable étudiée

N : nombre de patientes ayant répondu à l'item correspondant

C. ALCOOL (TABLEAU 10)

La moyenne d'âge chez les patientes ayant consommé de l'alcool au-delà du premier trimestre était de 30 ans contre 29 ans chez les abstinentes (p=0,426).

Les patientes de nationalité étrangère étaient plus représentées dans le groupe ayant une consommation d'alcool durant la grossesse. Après analyse, nous avons mis en évidence que les patientes de nationalité dominicaine représentaient 32,3 % (n = 10) des patientes ayant une consommation d'alcool, contre15,8 % (n = 29) des patientes n'ayant pas de consommation (p= 0,029).

	patientes ayant une conduite à risque		patientes n'ayant pas de conduite à risque		p
	n	%	n	%	
Précarité	22	75,9	114	63,7	0,201
Chômage	18	58,1	84	46,9	0,252
Nationalité non française	22	71,0	90	49,2	0,025
Terme découverte grossesse >6 SA	11	35,5	57	30,8	0,604
Terme début suivi grossesse >12 SA	9	30,0	39	21,1	0,277
ATCD FCS	8	26,7	44	24,0	0,757
ATCD IVG >2	5	16,7	19	10,4	0,485

Tableau 10 : Profil des patientes ayant ou non une consommation d'alcool pendant la grossesse

n : nombre de patientes correspondant à la variable étudiée

N : nombre de patientes ayant répondu à l'item correspondant

D. CANNABIS (TABLEAU 11)

La moyenne d'âge chez les patientes ayant consommé du cannabis au-delà du premier trimestre de grossesse était de 27,70 ans contre 29,42 ans chez les abstinentes (p=0,416).

	patientes ayant une conduite à risque		patientes n'ayant pas de conduite à risque		p
	n	%	n	%	
Précarité	8	100,0	128	64,0	0,085
Chômage	6	60,0	96	48,0	0,677

Tableau 11 : Profil des patientes ayant ou non une consommation de cannabis pendant la grossesse

n : nombre de patientes correspondant à la variable étudiée

N : nombre de patientes ayant répondu à l'item correspondant

D. DISCUSSION

I. ANALYSE DESCRIPTIVE DE LA POPULATION

La moyenne d'âge observée dans notre échantillon est de 29 ans (+/− 7 ans) ce qui est comparable à la moyenne d'âge des parturientes retrouvée en métropole (29,3 ans en 2010), l'âge des patientes ayant été considéré à l'année près dans notre étude.

Nous avons observé dans notre étude 37,9 % de patientes primipares. Selon l'enquête périnatale nationale de 2010, 43,5 % de l'ensemble des patientes accouchaient de leur premier enfant. Cela montre que nos patientes sont plus volontiers multipares.

Plus d'un tiers des patientes (38,4 %) se déclarent comme « vivant seules » dans notre étude à la date de leur accouchement. Ce taux est légèrement supérieur aux 30,1 % de femmes seules observées par l'INSEE sur l'île en 2012 dans l'étude de la composition des familles.

La proportion de patientes étrangères retrouvée dans notre étude est considérablement supérieure à celle observée lors de l'enquête périnatale nationale de 2010 (13,4 %). Nous observons ici la singularité de l'île de Saint-Martin oùmoins de la moitié des parturientes est de nationalité française, compte tenu des flux migratoires intenses de l'île.

Les patientes interrogées ont déclaré être propriétaires de leur logement dans 18,7 % des casalors que 24,8 % de la population ont déclaré l'être au dernier recensement de 2012 à Saint-Martin. Cette infériorité s'explique principalement par le fait que les patientes de notre échantillon sont plus jeunes que l'échantillon utilisé dans le cadre des études de l'INSEE.

II. LIMITES DE L'ÉTUDE

Nous avons observé un taux de refus de participation particulièrement faible durant le recrutement des patientes (1,36 %) ce qui permet de limiter les biais liés à l'exclusion des patientes refusant de participer par crainte d'être jugées en déclarant leurs consommations.

A. BIAIS DE DECLARATION, DE MEMORISATION ET D'INFORMATION

Pour certains auteurs, les sous-déclarations concerneraient les plus gros consommateurs, qui par sentiment de culpabilité ou par mécanisme défensif inconscient de déni, ne mentionnent pas leurs consommations. Ces sous-déclarations concernent toutes les substances, principalement du fait de la réprobation morale par la société qui entoure généralement la consommation de substances, notamment chez la femme enceinte.

Dans notre étude, nous avons choisi le recueil par auto-questionnaire plutôt que l'interrogatoire en face-à-face. Cette méthode induirait moins de sous-déclarations, les patientes conservant leur anonymat.

L'évaluation de l'évolution des consommations pendant la grossesse prend en compteles consommations effectives avant la connaissance de la grossesse, puis au cours de celle-ci. Il peut exister un biais de mémorisation. Avec le temps écoulé depuis le début de la grossesse, les femmes peuvent sous-estimer leur consommation durant les premiers mois.

Du fait de ces limites liées au mode de recueil des données, il serait intéressant de mener une étude de prévalence similaire en utilisant des analyses toxicologiques objectives, comme les prélèvements de méconium, de cheveux maternels ou l'analyse de prélèvements placentaires. Cela permettrait de confronter les résultats à ceux de cette étude afin d'avoir une estimation de la consommation des substances psychoactives pendant la grossesse plus proche de la réalité. Ces perspectives d'analyse se heurtent cependant aux problèmes d'obtention de l'accord des patientes, de coût, de difficultés techniques et de sensibilité et spécificité des tests utilisés.

Le questionnaire a été rempli par les patientes avec l'aidede l'équipe soignante du service pourcelles qui le souhaitaient. Il peut exister là un biais d'information, lié à la maîtrise inégale, de la part du personnel, des langues pratiquées couramment à Saint-Martin : le français, l'anglais, l'espagnol et le créole.

B. CHOIX DES AUTO-QUESTIONNAIRES

Les questionnaires choisis, spécifiques de certaines substances (AUDIT, CAST, FAGERSTROM), ont des sensibilités et des spécificités satisfaisantes, supérieures à 80 %, mais introduisent nécessairement un biais de sur- ou de sous-évaluation lorsqu'il s'agit de déterminer de manière précise les consommations à risques, les usages nocifs et les situations relevant d'un diagnostic de dépendance.

Le questionnaire AUDIT, recommandé par la Société française d'alcoologieest utilisé dans la plupart des études françaises sur la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Le questionnaire FAGERSTRÖM est un auto-questionnaire utilisé de manière consensuelle pour mettre en évidence une dépendance au tabac.

Nous avons choisi d'utiliser le questionnaire CAST dans notre étude pour évaluer la consommation de cannabis car il s'agit du questionnaire le plus adapté à cette population de jeunes femmes de 18-44 ans. Toutefois, il ne permet pas d'évaluer le niveau d'usage potentiellement toxique pour le fœtus et doit être associé à des questions sur la fréquence et la quantité consommée.

Les auto-questionnaires présentent l'avantage de retrouver des taux de consommation supérieurs aux enquêtes en face-à-face, et se prêtent mieux à la déclaration de comportements sujets aux jugements d'autrui en confortant l'impression d'anonymat.

C. TAILLE DE L'ECHANTILLON

La taille de notre échantillon (217 femmes) a été définie à partir de l'estimation de 30 % de prévalence d'une consommation d'au moins un produit pendant la grossesse. Ce nombre est suffisant pour obtenir des données significatives concernant les substances les plus souvent consommées. Pour des prévalences plus faibles, comme les prévalences de consommation des substances illicites autres que le cannabis, notre échantillon est insuffisant et la validité des résultats est donc limitée.

III. CONDUITE ARISQUE AVANT ET PENDANT LA GROSSESSE COMPARAISON AVEC LA LITTÉRATURE

Une conduite à risque a été retrouvée chez plus de 4 patientes sur 10 ce qui montre bien l'intérêt du dépistage des patientes à risque et confirme la place du développement des campagnes de prévention et de prise en charge avant, pendant et après la grossesse.

A. CONSOMMATION DE TABAC.

Dans notre étude, la prévalence du tabagisme avant la grossesse est de 12,9 %. Cette prévalence est inférieure à la plupart des études métropolitaines, mais supérieure à celle observée dans trois départements d'Outre-Mer durant l'enquête périnatale de 2010. Cette infériorité va de pair avec la prévalence inférieure du tabagisme aux Antilles en population générale (8 % de la population) (37). Aucune étude sur la prévalence du tabagisme à Saint-Martin n'a été effectuée. Nos résultatssuggèrent une prévalence du tabagisme plus élevée : il est vrai que sur le territoire de Saint-Martin, la politique tarifaire est nettement moins dissuasive qu'ailleurs.

Aucune patiente n'a déclaré avoir interrompu sa consommation en prévision d'une grossesse. La période d'arrêt du tabagisme au cours de la grossesse est comparable aux études métropolitaines avec 39,3 % des femmes qui interrompent leur consommation au premier trimestre de la grossesse(46).

Les patientes déclarent être correctement interrogées sur leur consommation de tabac mais cela ne suffit pas pour autant à modifier leur comportement au cours de la grossesse.

Contrairement à ce qui était attendu, nous n'avons pas mis en évidence de lien entre l'existence d'une consommation de tabac pendant la grossesse et la survenue de complication obstétricale ou néonatale. Néanmoins, les deux morts fœtales survenues au cours de l'étudeont été observées dans un contexte de consommation à la fois de tabac et de cannabis. Précisons que notre étude se voulait descriptive. Une enquête analytique aurait exigé un échantillon plus important et une méthodologie différente.

B. CONSOMMATION D'ALCOOL

Afin d'évaluer la prévalence d'exposition des fœtus à l'alcool, nous avons suivi les recommandations en considérant que l'absorption d'alcool au cours de la grossesse, à n'importe quelle période et à n'importe quelle dose, était un usage à risque.

Dans notre étude plus d'un tiers des grossesses ont été exposées à l'alcool. Selon la dernièreenquête périnatale de 2010, en France, la consommation d'alcool au moins une fois pendant la grossesse a été déclarée par moins d'un quart des femmes (22,8 %) au niveau national et 22,1 % des femmes en Guadeloupe, Guyane et Réunion.

Dans l'enquête périnatale de 2010, à l'occasion d'une consommation ordinaire, près des trois quarts des femmes disaient avoir bu moins d'un verre, et 3,7 % des femmes déclaraient avoir consommé plus de trois verres de boisson alcoolisée en une même occasion pendant leur grossesse (44). Dans notre étude, une consommation de plus de six verres en une occasion a été rapportée par 15,1 % des patientes poursuivant cette consommation. Dans le même registre, 83,6 % des femmesconsommant de l'alcool au cours de la grossesse buvaient plus d'un verre en consommation ordinaire. Ces chiffres suggèrent des habitudes de consommation différentes à Saint-Martin et un manque d'information des femmes sur les risques d'une alcoolisation ponctuelle excessive sur le fœtus.

Compte tenu des conséquences de telles consommations durant la grossesse et quelle qu'en soit la quantité, il est fondamental que les campagnes d'information du grand public soient en permanence relayées par les professionnels de la périnatalité.

Les alcoolisations ponctuelles excessives sont un phénomène très répandu chez les jeunes femmes en âge de procréer. Même si l'arrêt de la consommation d'alcool peut être décidé dès la découverte d'une grossesse, durant la période où celle-ci est méconnue, le fœtus peut être exposé à de fortes doses, ce qui peut entraîner des conséquences graves.

Il paraît important d'informer le public sur les risques liés à l'exposition des fœtus, même en tout début de grossesse. Il conviendrait d'inciter les jeunes femmes à stopper leur consommation d'alcool de manière générale, en particulier en cas de projet de grossesse.

Les enquêtes épidémiologiques retrouvent une prévalence d'alcoolisation inférieure aux Antilles françaises tant en population générale(32) que chez les jeunes adultes(38). Dans notre étude, nous mettons en évidence une prévalence de la consommation d'alcool pendant la grossesse supérieure aux données nationales. Ces différences suggèrent une poursuite de l'alcoolisation pendant la grossesse plus importante chez les patientes de Saint-Martin. On peut émettre l'hypothèse d'un effet moindre des campagnes d'information « zéro alcool pendant la grossesse » à Saint-Martin, possiblement du fait de la diversité des populations à informer. La diffusion des informations doit être adaptée à toutes les communautés faisant partie de la population, notamment en termes de langue utilisée dans les campagnes de prévention.

De vastes études analytiques ont mis en évidence un lien significatif entre la consommation d'alcool pendant la grossesse et la survenue de complications néonatales. La méthodologie de notre étude relevant de l'épidémiologie descriptive et n'ayant qu'un échantillon limité, nous ne pouvions pas confirmer ce lien.

C. CONSOMMATION DE CANNABIS

Une consommation de cannabis a été déclarée par 6,5 % des femmes pendant la grossesse, alors qu'une consommation était retrouvée chez 8,8 % des femmes avant la grossesse. Aucune étude de prévalence de la consommation de cannabis n'a été menée à Saint-Martin. La prévalence de la

consommation de cannabis dans notre population est supérieure à la prévalence nationale (7 %) chez la femme entre 18 et 64 ans (34). Notre prévalence est également supérieure à celle retrouvée chez les jeunes femmes en population générale aux Antilles. Comme pour la prévalence du tabagisme pendant la grossesse, nous supposons que le comportement des femmes de notre population est différent de celles des Antilles. Il est tentant de penser que la proximité d'un territoire lié aux Pays-Bas, dont la législation est permissive, peut influencer ces conduites, mais il n'en est rien. En effet, en tant que territoire autonome du Royaume des Pays-Bas, SintMaarten a légiféré de façon différente et la consommation de cannabis est répréhensible. Notons qu'il existe une disponibilité de la plupart des substances illicites sur l'île : les produits se trouvent facilement un peu partout à un très faible coût.

Dans les études ayant mis en parallèle les déclarations des patientes et la recherche de cannabis par des analyses objectives, la prévalence de la consommation passe de 1,2 % selon les questionnaires à 10,2 % après analyse toxicologique des cheveux des patientes(45). Nous pouvons supposer que le sentiment de culpabilité vis-à-vis de ce type de substances est moins présent aux Antilles avec des niveaux de déclaration plus proches des réalités de consommation, ce qui pourrait expliquer le haut pourcentage de notre étude.

Quoiqu'il en soit, les professionnels de santé doivent être d'autant plus attentifs à la recherche de telles consommationsà priori plus fréquentes qu'au niveau national.

D. CONSOMMATION D'AUTRES PRODUITS

Dans notre étude, la consommation de cocaïne occasionnelle pendant la grossesse est inférieureà celle des études de prévalences nationales. Aucune consommation n'a été poursuivie pendant la grossesse.

La consommation de substances telles que la MDMA/ecstasy et de méthadone avant la grossesse est inférieure à 2 % des femmes et n'est pas poursuivie pendant la grossesse. Seule une consommation de morphiniques sur prescription a été retrouvée pendant la grossesse.

E. EVOLUTION DES NIVEAUX DE CONSOMMATION DE SUBSTANCE AU COURS DE LA GROSSESSE

Pour toutes les substances étudiées, la prise de conscience du danger de la poursuite de la consommation lors de la grossesse est un facteur déclenchant la modification de comportement vis-à-vis des consommations chez de nombreuses femmes. Les tendances d'évolution observées dans notre étude sont comparables à celles observées dans les études précédentes(54) avec une majorité des arrêts de consommation dès le premier trimestre de la grossesse. La probabilité d'un arrêt des consommations à un terme plus avancé est très faible, les prévalences de consommation au deuxième et au troisième trimestre de la grossesse sont pratiquement stables.

Ces données suggèrent que les premières consultations de suivi de grossesse sont déterminantes par rapport aux conduites à risque, d'autant plus que les conséquences se majorent avec la durée d'exposition.

Face à ces réalités, il semble même fondamental de préparer ce changement dès le projet de grossesse. Ces notions doivent rester à l'esprit de tous les professionnels de santé, et plus spécialement du médecin généraliste qui, fort de sa relation privilégiée avec sa patiente, peut démarrer le travail en amont.

IV. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES FEMMES PRESENTANT UNE CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

A. AGE

Alors que certaines études métropolitaines retrouvent un lien significatif entre l'âge des patientes et la poursuite des consommations durant la grossesse, aucun lien n'a été mis en évidence dans notre étude.Notons cependant qu'en ce qui concerne l'usage du tabac et de l'alcool, les patientes consommatrices étaient en moyenne moins jeunes que les patientes abstinentes. À l'inverse, les patientes consommatrices de cannabis, ont tendance à être plus jeunes. L'âge des patientes ne doit donc pas être le seulmoyen pour les professionnels de santé de repérer les patientes à risque.

B. PRECARITE

Un indice de précarité sociale a été observé chez plus de deux femmes sur trois, ce qui représente un taux extrêmement élevé. Le centre hospitalier Louis Constant Fleming est la seule structure de la partie française de l'île où la très grande majorité des patientes de la partie française et une partie de la population du côté hollandais accouchent. Ce taux reflète bien la réalité de la situation de l'île, on observe que 59,7 % des patientes ne sont pas à jour vis-à-vis de leur couverture sociale à la date de leur accouchement.

Le niveau de précarité est plus élevé chez les patientes ayant au moins une consommation à risque pendant la grossesse.

L'indice de précarité sociale semble donc être un bon marqueur du risque de conduite addictive et particulièrement de consommation de cannabis pendant la grossesse.

Cependant une proportion importante des femmes ayant une conduite addictive pendant la grossesse n'est pas définie comme en situation de précarité selon le score EPICES, les deux problématiques ne doivent pas être confondues.

C. NATIONALITE

Une proportion plus élevée de femmes de nationalité étrangère a été retrouvée chez les patientes ayant une consommation de substance. Une consommation d'alcool était plus souvent retrouvée chez les patientes dominicaines.

Cette tendance est probablement liée à un manque d'information des femmes, qui culturellement d'après l'expérience des équipes médicales de Saint-Martin, poursuivent une consommation de bière notamment. Afin de préciser cette impression, une étude sur le type d'alcool consommé pendant la grossesse chez ces femmes serait nécessaire. Les professionnels de santé devraient adapter leur recherche de consommation à risque chez ces femmes et informer davantage les patientes sur les risques liés à la quantité quelque soit le type d'alcool consommé.

V. SUIVI DES PATIENTES

A. REPERAGE ET INFORMATION SUR LES CONSOMMATIONS

Dans notre étude, les patientes déclarent être correctement interrogées sur leur consommation de tabac. Cela ne suffit pas pour autant à modifier leur comportement au cours de la grossesse. Une faible proportion de patientes aurait aimé être accompagnées dans leurs démarches pour interrompre leur consommation.Nous pouvons supposer que cette indifférence vis-à-vis de l'exposition de leur grossesse à de tels risques provient d'une information insuffisante.

Une étude américaine a monté que 97 % des femmes enceintes sont interrogées sur leur consommation de tabac et près de 98 % sur leur consommation d'alcool(55). Néanmoins, dans le même temps ila été observé que seuls 20 % des professionnels recommandaient une abstinence totale, 13 % ne connaissent pas les niveaux d'exposition à risque et que 4 % des professionnels estimaient qu'une consommation jusqu'à 8 verres d'alcool par semaine n'était pas à risque pendant la grossesse. Il semble donc pertinent d'inciter les professionnels de la périnatalité à se former sur les problématiques de telles consommations afin d'optimiser le dépistage des situations à risque. L'objectif étant que toutes les femmes puissent être non seulement interrogées, mais aussi informées sur les recommandations en terme de quantité et éventuellement accompagnées ou orientées dans leur démarche d'arrêt si besoin.

B. QUALITE DU SUIVI DE GROSSESSE DES PATIENTES

Un des objectifs secondaires de l'étude était d'évaluer le suivi de grossesse des patientes accouchant à Saint-Martin. Au total 4,6 % des grossesses n'ont bénéficié d'aucun suivi et 1 patiente sur 10 a eu moins de 3 échographies anténatales. Ce taux est supérieur à celui observé lors de l'enquête périnatale de 2010 en Guadeloupe, en Guyane et à la Réunion (8,5 %) (44). Dans un contexte de couverture sociale variable, plus de 3 patientes sur 10 ont déclaré avoir des difficultés financières d'accès au soin. Cette situation est en partie expliquée par une forte prévalence de patientes étrangères et une activité de permanence d'accès aux soins de santé (PASS)inexistante.

Alors que l'OMS recommande quatre consultations prénatales pour une grossesse normale, une étude guadeloupéenne(56) n'a pas montré d'augmentation significative des issues périnatales défavorables parmi les femmes mal suivies pendant leur grossesse. Néanmoins, la répétition des consultations au cours de la grossesse devrait permettre de rappeler les messages de prévention vis-à-vis des consommations à risque.

VI. PROPOSITION POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES CONSOMMATIONS À RISQUE PENDANT LA GROSSESSEÀ SAINT-MARTIN

L'intérêt de la prise en charge des consommations de substances psychoactives à Saint-Martin n'est plus à démontrer devant le fait que presque la moitié des femmes enceintes exposent leur grossesse à au moins une consommation de produit.

L'amélioration de la prise en charge de ces femmes passe par plusieurs axes dont nous avons tenté de définir les modalités.

A. PRISE EN CHARGE PRECOCE

La prévention des consommations à risque commence avec la rencontre du sujet avec le produit, à travers des mesures éducatives en milieu scolaire, parascolaire et familial. Plusieurs mesures ont été mises en œuvre par les autorités concernant l'alcool et le tabac pendant la grossesse, mais pas pour la consommation de cannabis.

La prévention des consommations à risque pendant la grossesse passe par les messages éducatifs délivrés par les professionnels des maternités mais aussi par les médecins généralistes et les gynécologues libéraux qui peuvent intervenir en préconceptionnel. Le rôle du médecin traitant dans cette démarche est majeur de par la relation de proximité qu'il entretient avec ses patients.La recherche de consommation éventuelle devrait débuter dès l'établissement du projet de grossesse. En travaillant la prise de conscience des effets de tels usages sur leur propre santé bien avant les potentiels effets sur un enfant à venir, la femme débute une réflexion utile.

L'interruption des consommations doit être un objectif permanent au cours de la grossesse. Il est fondamental que les professionnels de santé disposent d'outils adaptés à proposer à leurs patientes, à travers la mise en place de protocoles de sevrage notamment dans le cas du tabac.

B. INFORMATION DES FEMMES

Le rôle des acteurs de santé périnatale n'est pas uniquement d'interroger les patientes surleurs consommations pendant la grossessemais d'amorcer, chez elles, une réflexion leur permettant de manière éclairée de réévaluer leur comportement vis-à-vis de la grossesse.

Il est nécessaire de rappeler à ces femmes les enjeux futurs de leur comportement sur la grossesse et l'état de santé à venir de leur enfant. Si la femme enceinte a une consommation d'alcool occasionnelle, les interventions brèves et répétées, pratiquées par l'ensemble des professionnels sont efficaces pour favoriser son abstinence (57) (niveau de preuve 1). Néanmoins, le repérage d'une consommation problématique en cours nécessite une orientation très rapide de la future mère vers une prise en charge addictologique adaptée. Le développement des ressources locales est indispensable pour mettre en place un accompagnement multidisciplinaire adapté aux besoins identifiés.

De façon générale, le contexte socioculturel dominant, qui impose un jugement péjoratif envers les mères qui consomment des produits psychoactifs au cours de leur grossesse, génère une culpabilité qui peut les conduire à minimiser ou nier leur consommation. Le savoir-être du professionnel joue aussi sur l'ampleur de cette culpabilité, son attitude et son discours étant les deux clés qui peuvent moduler la peur du jugement.

Nous avons mis en évidence dans notre étude la diversité des individus qui représentent la population de Saint-Martin. Compte tenu de ces spécificités, il semblerait important que les messages de prévention principaux soient non seulement dispensés à la population francophone mais également en anglais et en espagnol.

C. AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE SOCIALE

Le parcours de soin des patientes ne bénéficiant pas de couverture sociale est incomplet et difficile. L'amélioration du niveau de couverture sociale des patientes permettrait une meilleure observance du suivi de grossesse recommandé. La grossesse est une situation qui doit bénéficier d'un accès facilité à certains dispositifs sociaux. Comme nous l'avons vu précédemment, l'association entre l'existence d'une conduite addictive et une situation de vulnérabilité sociale est fréquente. Compte tenu de la prévalence de la précarité sur l'île, il est primordial de développer le service social de l'hôpital Louis Constant Fleming. Les patientes devraient être orientées vers le service social dès le premier contact à la maternité afin d'effectuer les démarches adaptées rapidement. Dans le même temps, il est indispensable que les procédures soient facilitées et les délais raccourcis au niveau de la sécurité sociale.

D. FORMATION DES PROFESSIONNELS

Afin d'améliorer la prise en charge des consommations à risque pendant la grossesse, dans un premier temps, il est indispensable que tous les professionnels dispensent le même discours aux patientes. Cette harmonisation peut être effectuée à travers des formations du personnel à la prise en charge des consommations à risque courantes comme le tabac et l'alcool. Il est également indispensable que les équipes disposent d'outils adaptés à la population prise en charge. Les notes d'information des salles d'attentes et les fiches informatives doivent être disponibles en anglais et en espagnol (auto-questionnaires/ fiches spécifiques des référentiels). Le désir d'allaiter doit être abordé si possible avant la naissance, afin d'offrir des réponses claires et adaptées aux femmes en fonction des produits consommés et d'éviter un arrêt précoce de l'allaitement lié à des discours contradictoires.

Dans tous les cas, la patiente doit demeurer au centre de la prise en charge, autour de laquelle un accompagnement globalet multidisciplinaire doit être proposé.

E. CONLUSION

L'utilisation de substances psychoactives est probablement sous-déclarée par les femmes compte tenu de la désapprobation générale vis-à-vis de telles consommations pendant la grossesse. Ce phénomène conduit à une imprécision de l'estimation des liens entre les consommations et la survenue de complications dans les études déclaratives avec très certainement une réduction des odds ratios.
Nous n'avons pas les moyens d'évaluer l'amplitude de la sous-déclaration ni d'en corriger les effets à moins de réaliser des prélèvements biologiques.
Par ailleurs, cette enquête réalisée immédiatement après l'accouchement ne permet pas d'étudier les effets à moyen ou long terme sur la santé et le développement du nouveau-né. Les médecins et les sages-femmes doivent être en mesure d'amorcer le dialogue avec leurs patientes sur ce sujet sans banaliser les consommations, même modérées, mais sans en dramatiser non plus les conséquences.

Notre étude confirme que la survenue d'une grossesse est un élément pouvant déclencher une modification des comportements vis-à-vis des consommations à risque. Il persiste néanmoins une proportion élevée de grossesses exposées à des toxiques.

L'entretien précoce est l'occasion pour les professionnels de santé d'aborder ce sujet sensible parmi d'autres questions relatives à la prévention et au suivi de la grossesse et d'adresser les femmes les plus exposées à des consultations spécialisées.

Cette étude confirme une prévalence plus élevée de certaines consommations en situation de précarité. L'augmentation du taux de couverture sociale des femmes enceinte permettrait une amélioration du suivi des grossesses à risque. L'amélioration du suivi social des femmes, idéalement dès la déclaration de grossesse, permettrait de proposer une évaluation globale adaptée à chaque situation et une amélioration du parcours de soin afin de préparer au mieux l'arrivée d'un enfant.
Une information plus adaptée à la population, notamment en termes de langue utilisée dans les communications, semble fondamentale. Une des spécificitésde Saint-Martin est la diversité des

langues : les moyens d'information de la population doivent donc être présentés de manière à être compris par tous, notamment par les populations les plus à risque.

Nous avons mis en évidence une prévalence élevée des consommations à risque chez la femme enceinte à Saint-Martin. La diffusion de ces résultats permettra de mieux adapter les mesures de prévention aux populations à risque, de mettre en place des stratégies de repérage dans le cadre d'une collaboration entre les différents intervenants de la périnatalité, même en amont de la grossesse par le biais du médecin traitant.
La formation des professionnels de santé à l'accompagnement des patientes consommatrices est un enjeu majeur de l'amélioration de la prise en charge des patientes.

Avec des niveaux de consommation de produits pendant la grossesse différents de ceux observés en métropole, il serait intéressant de poursuivre ce travail à travers une étude de prévalence aux Antilles par le biais de critères de jugement objectifs tels que les prélèvements biologiques.

Si l'on s'accorde aujourd'hui à reconnaître que les consommations à risque constituent un problème de santé publique, la prévention comme le repérage sont encore trop peu répandus sur le territoire français et particulièrement aux Antilles.

1. World Health Organisation . What kind of care do preterm babies need? W.H.O.; 2013 Nov. [consulté le 15 mai 2015].
Disponible sur : <http://www.who.int/features/qa/preterm_baby_care/en/>.
2. Ministère de la Santé. Plan périnatalité 2005-2007 : Humanité, proximité, sécurité, qualité. Paris, 2004 oct. 42p.
3. Institut national de la statistique et des études économiques. Département de Saint-Martin (978) - Chiffres clés Évolution et structure de la population [Internet]. [consulté le 15 août 2015]. Disponible sur:
<http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=POP&millesime=2012&typgeo=DEP&search=978>.
4. ANAES, APPRI, APPRI, Alliance contre le tabac, Reseau Europeen Hopital Sans Tabac, et al. Conférence de consensus : « Grossesse et tabac »; 2004 Oct 7-8; Lille: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. 11p.
5. Delcroix M, Gomez C, Marquis P, Guibert J. Tabac, fertilité et grossesse. EMC - Obstétrique. 2007 Janv;2(1):1‑ 16.
6. Nechanská B, Mravčík V, Sopko B, Velebil P. Pregnant women and mothers using alcohol, tobacco and illegal drugs. Ceská Gynekol Ceská Lékarská Spolecnost J Ev Purkyne. 2012 Oct;77(5):457‑ 69.
7. Polańska K, Hanke W. Influence of smoking during pregnancy on children's health--overview of epidemiologic studies. Przegląd Epidemiol. 2005;59(1):117‑ 23.
8. Vila Candel R, Soriano-Vidal FJ, Hevilla Cucarella E, Castro-Sánchez E, Martin-Moreno JM. Tobacco use in the third trimester of pregnancy and its relationship to birth weight. A prospective study in Spain. Women Birth J Aust Coll Midwives; 2015 Juill 9.
9. Behnke M, Smith VC, Committee on Substance Abuse, Committee on Fetus and Newborn. Prenatal substance abuse: short- and long-term effects on the exposed fetus. Pediatrics. 2013 mar;131(3):1009‑ 24.
10. Marpeau L. Tabagisme et complications gravidiques. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2005 avr;34 (1 Suppl 1):S130‑ 4.
11. Slama K, Grémy I. Quelles sont les données épidémiologiques concernant le tabagisme maternel et paternel ?. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2005 avr;34(1 Suppl 1):S67‑ 73.
12. Polańska K, Jurewicz J, Hanke W. Smoking and alcohol drinking during pregnancy as the risk factors for poor child neurodevelopment - A review of epidemiological studies. Int J Occup Med Environ Health. 2015;28(3):419‑ 43.
13. Institut National pour la Prévention et l'Education en Santé, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Alcool et grossesse, parlons-en. Guide à l'usage des professionnels. 2013 Sept; 48p.
14. Société française d'alcoologie. Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement : recommandations de bonne pratique. 2014; 13p.
15. Alvarez S. Do some addictions interfere with fertility? Fertil Steril. 2015 jan;103(1):22‑ 6.
16. Houchi H, Pierrefiche O, Naassila M, Daoust M. Effets de l'alcoolisation pendant la grossesse. Cah Nutr Diététique. 2015 Avr;50(2):103‑ 8.
17. Lejeune C, Genest L, Miossec E, Simonpoli A-M, Simmat-Durand L. [Retrospective analysis of neonatal data in a monocentric cohort of 170 newborns of polydrug-using mothers, Île-de-France, 1999-2008]. Arch Pédiatrie Organe Off Sociéte Fr Pédiatrie. 2013 Fev;20(2):146‑ 55.
18. Aliyu MH, Wilson RE, Zoorob R, Chakrabarty S, Alio AP, Kirby RS, et al. Alcohol consumption during pregnancy and the risk of early stillbirth among singletons. Alcohol. 2008 Août;42(5):369‑ 74.
19. Haute Autorité de Santé. Troubles causés par l'alcoolisation fœtale : repérage. HAS;2013 Juil 2p.
20. Flak AL, Su S, Bertrand J, Denny CH, Kesmodel US, Cogswell ME. The association of mild, moderate, and binge prenatal alcohol exposure and child neuropsychological outcomes: a meta-

analysis. Alcohol Clin Exp Res. 2014 Jan;38(1):214‑ 26.
21. Metz TD, Stickrath EH. Marijuana use in pregnancy and lactation: a review of the evidence. Am J Obstet Gynecol. 2015 Mai 15;212(1 Suppl 1):S2-7.
22. Hayatbakhsh MR, Flenady VJ, Gibbons KS, Kingsbury AM, Hurrion E, Mamun AA, et al. Birth outcomes associated with cannabis use before and during pregnancy. Pediatr Res. 2012 Fev;71(2):215‑ 9.
23. Wu C-S, Jew CP, Lu H-C. Lasting impacts of prenatal cannabis exposure and the role of endogenous cannabinoids in the developing brain. Future Neurol. 2011 Juil 1;6(4):459‑ 80.
24. Conner SN, Carter EB, Tuuli MG, Macones GA, Cahill AG. Maternal marijuana use and neonatal morbidity. Am J Obstet Gynecol. 2015 Mai 27; 213(3):p422.e1–422.e4
25. Jaques SC, Kingsbury A, Henshcke P, Chomchai C, Clews S, Falconer J, et al. Cannabis, the pregnant woman and her child: weeding out the myths. J Perinatol. 2014 Juin;34(6):417‑ 24.
26. Porath AJ, Fried PA. Effects of prenatal cigarette and marijuana exposure on drug use among offspring. Neurotoxicol Teratol. 2005 Avr;27(2):267‑ 77.
27. Collège national des gynécologues-obstétriciens de France. Prévention des risques foetaux - toxicomanie et grossesse: Université Médicale Virtuelle Francophone; 2011. 17p.
28. Wilder CM, Winhusen T. Pharmacological Management of Opioid Use Disorder in Pregnant Women. CNS Drugs. 2015 Août 28; 1-12.
29. Minnes S, Lang A, Singer L. Prenatal tobacco, marijuana, stimulant, and opiate exposure: outcomes and practice implications. Addict Sci Clin Pract. 2011 Juil;6(1):57‑ 70.
30. Ortigosa S, Friguls B, Joya X, Martinez S, Mariñoso ML, Alameda F, et al. Feto-placental morphological effects of prenatal exposure to drugs of abuse. Reprod Toxicol. 2012 Août;34(1):73‑ 9.
31. Shankaran S, Lester BM, Das A, Bauer CR, Bada HS, Lagasse L, et al. Impact of maternal substance use during pregnancy on childhood outcome. Semin Fetal Neonatal Med. 2007 Avr;12(2):143‑ 50.
32. Institut national pour la Prévention et l'Education en Santé. Drogues et conduites addictives. 2015; 228p.
33. Touraine M. Progamme national de réduction du tabagisme [Internet].sept 2014. [consulté le 15 août 2015]. Disponible sur: <http://www.alliancecoeur.fr/wa_files/25_2009_2014_-_Dossier_de_Presse_-_PNRT_2_.pdf>
34. Beck F, Richard J, Guignard R. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. 2015 mar;(99):8.
35. Richard J, Palle C, Guignard R. La consommation d'alcool en france en 2014. 2015 avr;(32):6.
36. Spilka S, Le Nezet O, Ngantcha M. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquète ESCAPAD 2014. 2015 Mai;(100):8.
37. Brouzes F, Brouzes G. Épidémiologie des consommations de psychotropes aux Antilles françaises. Alcoologie Addictologie. 2012 Sept 1;34(3):239‑ 43.
38. Le Nezet O, Gauduchon T, Spilka S. Les drogues à 17 ans : analyse régionale d'ESCAPAD 2014. 2015 Juil;(102):4.
39. Institut National de la santé et de la recherche médicale. Rapport européen sur la santé périnatale. 2013 Mai; 7p.
40. Substance use among women during pregnancy and following childbirth - The NSDUH report. Etats-Unis: Office of applied studies; 2009 Mai; 4p
41. Chassevent-Pajot A, Guillou-Landréat M, Grall-Bronnec M, Wainstein L, Philippe H-J, Lombrail P, et al. Étude de prévalence des conduites addictives chez les femmes enceintes dans une maternité universitaire. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2011 Mai;40(3):237‑ 45.
42. Dupraz J, Graff V, Barasche J. Tobacco and alcohol during pregnancy : prevalence and determinants in Geneva in 2008. Swiss medical weekly. Suisse; 2013 mai 25;143:w13795
43. Dumas A, Lejeune C, Simmat-Durand L, Crenn-Hébert C, Mandelbrot L. Grossesse et substances psychoactives : étude de prévalence de la consommation déclarée. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2008 Dec;37(8):770‑ 8.

44. Blondel B, Kermarrec M. Enquete nationale périnatale 2010. France: Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale; 2011 Mai;132p.
45. García-Serra J, Ramis J, Simó S, Joya X, Pichini S, Vall O, et al. Matrices biológicas alternativas para detectar la exposición prenatal a drogas de abuso en el tercer trimestre de la gestación. An Pediatría. 2012 Nov;77(5):323‑ 8.
46. Blasco-Alonso M, González-Mesa E, Gálvez Montes M, Lozano Bravo I, Merino Galdón F, Cuenca Campos F, et al. Exposure to tobacco, alcohol and drugs of abuse during pregnancy. A study of prevalence among pregnant women in Malaga (Spain). Adicciones. 2015;27(2):99‑ 108.
47. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. France: Institut national de veille sanitaire; 2009 Mar. 100p. Report No.: n°10-11.
48. Houet T, Vabret F, Herlicoviez M, Dreyfus M. Comparaison de la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse: À partir d'une série prospective de 150 femmes. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2005 Nov;34(7, Part 1):687‑ 93.
49. Senn M, Straub D., Pellet J., Boussiron D. Syndrome d'alcoolisation foetale. Etude portant sur la consommation d'alcool pendant la grossesse. Alcoologie Addictologie. 2005;27(3):181‑ 90.
50. De Chazeron I, Llorca P-M, Ughetto S, Vendittelli F, Boussiron D, Sapin V, et al. Is pregnancy the time to change alcohol consumption habits in France? Alcohol Clin Exp Res. 2008 Mai;32(5):868‑ 73.
51. S Lemola AG. Drinking and smoking in pregnancy: what questions do Swiss physicians ask? Swiss Med Wkly. 2007;137(3-4):66‑ 9.
52. O Fajemirokun-Odudeyi SWL. Obstetric implications of cocaine use in pregnancy: A literature review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2004;112(1):2‑ 8.
53. Simona Pichini CP. Assessment of exposure to opiates and cocaine during pregnancy in a mediterranean city: Preliminary results of the « Meconium Project ». Forensic Sci Int. 2005;153(1):59‑ 65.
54. Lamy S, Thibaut F. État des lieux de la consommation de substances psychoactives par les femmes enceintes. L'Encéphale. 2010 Fev;36(1):33‑ 8.
55. Diekman S. A survey of obstetrician-gynecologists on their patients' alcohol use during pregnancy. obstetrics and gynecology. 2000;95(5):756-63.
56. Léticée N, Vendittelli F, Ughetto S, Janky E. La qualité du suivi de la grossesse interfère-elle avec les issues de la grossesse, en Guadeloupe ?. Gynécologie Obstétrique Fertil. 2013 Mai;41(5):282‑ 8.
57. Farr SL, Hutchings YL, Ondersma SJ, Creanga AA. Brief Interventions for illicit drug use among peripartum women. Am J Obstet Gynecol. 2014 Avr; 211(4):336–43

Ce document d'information a été conçu et rédigé à partir de la version 2.0 du 01/09/2011du document type de la DIRC Sud-Ouest Outre Mer

CONDUITE ADDICTIVE ET GROSSESSE A SAINT-MARTIN : ETUDE DESCRIPTIVE

Personne qui dirige et surveille la recherche : *Dr VANGEENDERHUYSEN Charles*

Madame, Monsieur,

Votre médecin vous propose de participer à une étude observationnelle dont le CH de St Martin est le gestionnaire. Avant de prendre une décision, il est important que vous lisiez attentivement ces pages qui vous apporteront les informations nécessaires concernant les différents aspects de cette étude. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à votre médecin.

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire et vous avez le droit de vous opposer à y participer. Dans ce cas-là, vous continuerez à bénéficier de la meilleure prise en charge médicale possible, conformément aux connaissances actuelles.

Pourquoi cette étude?

Les enjeux du repérage et de la prise en charge des conduites addictives chez les femmes enceintes sont multiples : les consommations de substances psychoactives et les addictions comportementales ont un impact non seulement sur le déroulement et l'issue de la grossesse, sur le développement fœtal, en terme de conséquences néonatales, mais aussi sur le développement psycho-comportemental de l'enfant à long terme et sur les interactions mère-enfant.

Au sein du CH de Saint-Martin nous avons été à plusieurs reprises confrontés à des conséquences obstétricales et néonatales sévères de telles consommations.

Aucune étude sur la consommation des femmes enceintes n'a pourtant été réalisée sur l'île.

Quel est l'objectif de cette étude?

L'objectif de cette étude est d'évaluer la prévalence de l'existence d'au moins une conduite à risque avec produits (tabac, alcool, cannabis, opiacés, cocaïne, amphétamines et autres drogues illicites, benzodiazépines) chez la femme enceinte ayant accouché à Saint-Martin afin de mieux prendre en charge cette situation.

Comment va se dérouler cette étude?

220 patientes recevront un questionnaire auquel elles devront répondre après leur accouchement à saint martin.

Vous devrez répondre de la manière la plus honnête possible afin de pouvoir exploiter les résultats de l'étude.

Qui peut participer ? Que vous demandera-t-on ?

Toutes les patientes hospitalisées après leur accouchement peuvent participer.

Il s'agit de répondre au questionnaire ci-joint

Des données médicales supplémentaires seront ensuite recueillies dans votre dossier obstétrical

Quels sont vos droits ?

Votre médecin doit vous fournir toutes les explications nécessaires concernant cette étude. Si vous souhaitez ne pas y participer ou vous en retirer à quelque moment que ce soit, et quel que soit le motif, vous continuerez à bénéficier du suivi médical et cela n'affectera en rien votre surveillance future.

Dans le cadre de l'étude à laquelle le CH de Saint-Martin vous propose de participer, un traitement informatique de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présenté. A cette fin, les données médicales vous concernant et les données relatives à vos habitudes de vie seront transmises au CH de Saint-Martin ou aux personnes ou sociétés agissant pour son compte, en France ou à l'étranger. Ces données seront identifiées par un numéro d'anonymat.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez à tout moment d'un droit d'accès et de rectification des données informatisées vous concernant (loi n° 2004-801 du 6 août 2004 modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés). Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette étude et d'être traitées. Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du code de la santé publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de cette étude et qui connaît votre identité.

S'agissant d'une étude observationnelle, un accord oral vous sera demandé pour votre participation mais votre consentement écrit ne sera pas recueilli. Après avoir lu ce document d'information, n'hésitez pas à poser à votre médecin toutes les questions que vous désirez.

Remerciements

Signature du médecin :

ANNEXE II

ETUDE CONDUITES ADDICTIVES CHEZ LA FEMME ENCEINTE

ENQUETE ANONYME

Merci de répondre à ce questionnaire.
N'hésitez pas à solliciter le personnel du service si vous avez besoin d'aide.

Je vous certifie que cette enquête est strictement anonymisée.
Je vous invite donc à répondre aux questions de la manière la plus honnête possible.

Veillez à répondre à toutes les questions :

Les parties en clair correspondent à « avant la grossesse »
Les parties en foncé correspondent à « pendant la grossesse »

VII. I.CARACTÉRISTIQUES SOCIOSANITAIRES ET SOCIOÉCONOMIQUES

Date du jour : …/…/…

1. **Age ?** ans

Vivez-vous en couple ? ☐oui (1) ☐non (0)

2. **Bénéficiez-vous d'une couverture sociale** (sécurité sociale)**?**
☐oui (1)
☐non mais demande en cours (1)
☐non (2)

3. **Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?**
☐oui (1) ☐non (0)

4. **Êtes vous propriétaire de votre logement ?** ☐oui (1) ☐non (0)
Lieu de résidence

5. **Avez-vous déjà rencontré un travailleur social?** ☐ oui (1) ☐non (0)
(assistante sociale)

6. **Y a-t-il des périodes dans le mois ou vous rencontrez des difficultés à faire face à vos besoins ? (Alimentation, électricité, eau) ?** ☐oui (1) ☐ non (0)

7. **Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois?**
☐oui (1) ☐non (0)

8. **Êtes-vous allée au spectacle (cinéma, concert etc..) au cours des 12 derniers mois ?**
☐oui (1) ☐non (0)

9. **Êtes-vous partie en vacances au cours des 12 derniers mois ?**
☐oui (1) ☐non (0)

10. **Au cours des 12 derniers mois avez vous eu des contacts avec des membres de votre famille autre que vos parents ou vos enfants ?** ☐oui (1) ☐non (0)

11. **En cas de difficulté y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous pourriez compter pour vous héberger ?** ☐oui (1) ☐non (0)

12. **En cas de difficulté y a t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous pourriez compter pour vous apporter une aide matérielle ?**
☐oui (1) ☐non (0)

13. **Avez-vous déjà des enfants à charge (en plus de votre bébé) ?**
☐oui (1) ☐non (0)

Si oui combien ? ☐

14. Avez-vous été scolarisé ? :
☐(0) oui
☐(1) de façon intermittente
☐(2) non

15 bis. Niveau d'étude :
☐(0)Aucun diplôme
☐(1)Diplôme français
☐(2)Diplôme étranger

15ter. Si diplôme français ou étranger, merci de renseigner le diplôme le plus élevé obtenu :
☐(1)Certificat d'étude primaire (fin d'études primaires)
☐(2)BEPC, brevet élémentaire, brevet des collèges (fin d'études de 1er cycle secondaire)
☐(3)CAP, BEP (fin d'études de 1er cycle secondaire technique)
☐(4)Baccalauréat, brevet professionnel (fin d'études secondaires)
☐(5)Diplôme Ier cycle (Bac +2) : DEUG, BTS, DUT, diplôme Infirmier… (Études supérieures courtes)
☐(6)Diplôme 2ème cycle (≥ bac +3) : Licence, Master, doctorat… (Études supérieures longues)

15. Catégorie socioprofessionnelle
☐(1)Agriculteurs exploitants
☐(2)Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
☐(3)Cadres et professions intellectuelles supérieures
☐(4)Professions Intermédiaires
☐(5)Employés
☐(6)Ouvriers
☐(7) sans emploi
☐(8)Étudiant

16. **Avez-vous du mal à payer vos médicaments ou vos examens médicaux ?**
☐oui (1) ☐ non (0)

17. nationalité :
☐(1)Française
☐(2)Hollandaise
☐(3)Haïtienne
☐(4)Dominicaine
☐(5)Jamaïcaine
☐(5)Autre Préciser ☐

18. Quelle est votre situation administrative ?

☐(1)Situation régulière
☐(0)Situation irrégulière
Votre réponse restera strictement confidentielle

II.CONSOMMATIONS

---

19. Avez-vous déjà consommé dans votre vie (plusieurs réponses possibles)?

☐Tabac
☐Alcool
☐Cannabis
☐Cocaine

TABAC

AVANT VOTRE GROSSESSE

20. **Fumiez-vous du tabac?** ☐oui (1) ☐non (0)

Si non passer directement a la question 28

21. **Si oui merci de répondre aux questions suivantes :** (avant la grossesse)

- Quand aviez-vous envie de fumer votre première cigarette après le réveil ?

☐(1)Dans les 5 premières minutes
☐(2)Entre 6 et 30 minutes
☐(3)Entre 31 et 60 minutes
☐(4)Après 60 minutes

- Trouviez- vous difficile de ne pas fumer dans les endroits ou cela est interdit ?

☐(1)Oui
☐(0)Non

- Quelle était la cigarette a laquelle vous auriez eu le plus de mal à renoncer ?

☐(1)La première
☐(0)Une autre

- Combien de cigarettes fumiez-vous par jour ?

☐(1)10 ou moins
☐(2)11à 20
☐(3)21 à 30
☐(4)31 ou plus

- Fumiez-vous davantage au cours des premières heures qui suivent le réveil que durant le reste de la journée ?

☐(1)Oui
☐(0)Non

- Si vous étiez malade (bronchite, angine), arrêtiez-vous totalement de fumer ?

☐(1)Oui
☐(0)Non

PENDANT VOTRE GROSSESSE

22. **Avez-vous <u>continué</u> à fumer du tabac?** ☐oui (1) ☐non (0)

23. **<u>Si vous avez complètement arrêté le tabac</u> préciser quand (dernière cigarette fumée) puis passer à la question 27**

☐(1)Avant la grossesse
☐(2)Au premier trimestre de la grossesse
☐(3)Au deuxième trimestre de la grossesse
☐(4)Au troisième trimestre de la grossesse

24. Avez-vous <u>diminué votre consommation</u> ? ☐oui (1)☐non(0)

25. Combien de cigarettes fumiez-vous par jour en moyenne?

☐(1)Aucune
☐(2)Entre 1 et 2
☐(3)Entre 3 et 5
☐(4)Entre 6 et 10
☐(5)Entre 11 et 20
☐(6)Entre 21 et 30
☐(7)31 ou plus

26. Avez-vous été accompagnée ou aidée par un professionnel ?

☐oui (1) ☐non (0)

27bis. Si non, auriez-vous souhaité l'être ☐oui (1) ☐ non (0)

ALCOOL

AVANT LA GROSSESSE

27. Veuillez répondre aux questions suivantes :

Avant votre grossesse quelle était la fréquence de votre consommation d'alcool ?

☐(1)Au moins quatre fois par semaine
☐(2)2 à 4 fois par semaine
☐(3)2 à 4 fois par mois
☐(4)1 fois par mois au moins
☐(5)Jamais

Avant votre grossesse combien de verre contenant de l'alcool consommiez-vous un jour typique ou vous buviez (nombre moyen de verre les jours ou vous consommiez de la bière, du vin ou d'autres boissons alcoolisées),

☐(1)10 ou plus
☐(2)7 ou 8
☐(3)5 ou 6
☐(4)3 ou 4
☐(5)1 ou 2
☐(6)vous ne buvez jamais d'alcool

Avant votre grossesse avec quelle fréquence buviez-vous 6 verres ou plus lors d'une occasion particulière ?
☐(1)Tous les jours ou presque
☐(2)Une fois par semaine
☐(3) une fois par mois
☐(4) moins d'une fois par mois
☐(5) jamais

Avant votre grossesse au cours de l'année précédente, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé?
☐(1)Jamais
☐(2)Moins d'une fois par mois
☐(3)Une fois par mois
☐(4)Une fois par semaine
☐(5)Tous les jours ou presque

Avant votre grossesse, au cours de l'année, combien de fois votre consommation d'alcool vous a t'elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?
☐(1)Tous les jours ou presque
☐(2)Une fois par semaine
☐(3)Une fois par mois
☐(4)Moins d'une fois par mois
☐(5)Jamais

Avant votre grossesse, au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir bu la veille ?
☐(1)Tous les jours ou presque
☐(2)Une fois par semaine
☐(3)Une fois par mois
☐(4)Moins d'une fois par mois
☐(5) jamais

Avant votre grossesse, au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?
☐(1)Tous les jours ou presque
☐(2)Une fois par semaine
☐(3)Une fois par mois
☐(4)Moins d'une fois par mois
☐(5)Jamais

Avant votre grossesse, au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez beaucoup bu ?
☐ (1)Tous les jours ou presque
☐(2)Une fois par semaine
☐(3)Une fois par mois
☐(4)Moins d'une fois par mois
☐(5)Jamais

Avant votre grossesse, avez vous été blessée par quelqu'un d'autre ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez beaucoup bu?
☐(1)Oui au cours de l'année
☐(2)Oui mais pas au cours de l'année écoulée
☐(0)Non

Avant votre grossesse, un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?

☐(1)Oui au cours de l'année
☐(2)Oui mais pas au cours de l'année écoulée
☐(0)Non

PENDANT VOTRE GROSSESSE

28. Avez-vous <u>continué</u> à boire des boissons alcoolisées ?

☐oui (1) ☐non (0)

29. <u>Si vous avez complètement arrêté de boire de l'alcool</u>, préciser quand (dernier verre consommé) puis passer à la question 35.

☐(2)Au premier trimestre
☐(3)Au deuxième trimestre
☐(4)Au troisième trimestre
☐(1)Avant la grossesse

30. **Avez-vous diminué votre consommation d'alcool pendant votre grossesse ?**

☐oui (1) ☐non (0)

31. <u>Si non</u>, quelle était votre consommation d'alcool pendant la grossesse ?

☐(1)Au moins quatre fois par semaine
☐(2)2 à 3 fois par semaines
☐(3)Une fois par mois au moins
☐(4)Lors de rares occasions (fêtes, Noël, mariage
☐(5)Jamais

32. Combien de verre d'alcool consommiez-vous un jour typique ou vous buviez ?

☐(1)10 ou plus
☐(2) 7 ou 8
☐(3)5 ou 6
☐(4)3 ou 4
☐(5)1 ou 2
☐(6)Maximum 1 verre
☐(7)0

33. Avec quelle fréquence buviez vous 6 verres ou plus lors d'une occasion particulière ?

☐(1)Tous les jours ou presque
☐(2)Une fois par semaine
☐(3)Une fois par semaine à une fois par mois
☐(4)Moins d'une fois par mois
☐(5)Jamais

34. Avez-vous été accompagnée ou aidée par un professionnel ?

☐oui (1) ☐non (0)

35bis. Si non, auriez-vous souhaité l'être ☐oui (1) ☐non (0)

CANNABIS

AVANT LA GROSSESSE

35. **Vous arrivait-il de fumer du cannabis (shit, résine, herbe, joints, douilles…)<u>avant la grossesse</u>? (si non passer à la question 44)**

☐oui (1) ☐non(0)

36. **<u>Si oui</u> quelle était la fréquence moyenne de votre consommation?**

☐(5)Plusieurs fois par jour
☐(4)Tous les jours ou presque
☐(3)Plus de 10 fois par mois
☐(2)Moins de 10 fois par mois
☐(1)Moins d'1 fois par mois

37. **Merci de répondre aux questions suivantes :**

- **Avant la grossesse** avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?
  ☐oui (1)☐non (0)
- **Avant la grossesse** avez-vous déjà fumé du cannabis quand vous étiez seule ?
  ☐oui (1)☐ non (0)
- **Avant la grossesse** avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumiez du cannabis ? ☐oui(1) ☐non (0)
- **Avant la grossesse**, avez-vous essayé de réduire vos consommations de cannabis sans y arriver? ☐oui(1) ☐non (0)
- **Avant la grossesse** avez-vous eu des problèmes à cause de vos consommations de cannabis ? ☐oui(1) ☐non (0)

PENDANT VOTRE GROSSESSE

38. **Si vous consommiez du cannabis/herbe avant votre grossesse, avez-vous <u>complètement</u> arrêté d'en fumer pendant votre grossesse ?**

☐oui (1) non (0)☐

39. **<u>Si oui</u>,précisez quand (dernière consommation de cannabis/herbe.)**

☐(1)Avant la grossesse
☐(2)Au premier trimestre de la grossesse
☐(3)Au deuxième trimestre de la grossesse
☐(4)Au troisième trimestre de la grossesse

40. **<u>Si non</u>, avez vous diminué votre consommation de cannabis au cours de votre grossesse (si vous consommiez du cannabis/herbe avant la grossesse) ?**

☐oui (1) ☐non (0)

41. **Quelle était la fréquence moyenne de votre consommation pendant votre grossesse ?**

☐(5)Plusieurs fois par jour
☐(4)Tous les jours ou presque
☐(3)Plus de 10 fois par mois
☐(2)Moins de 10 fois par mois
☐(1)Moins d'une fois par mois

42. **Avez-vous été accompagnée ou aidée par un professionnel ?** ☐oui (1) ☐ non (0)

43bis. Si non, auriez-vous souhaité l'être ☐oui (1) ☐ non (0)

AUTRES PRODUITS

43. <u>COCHER LES CASES CORRESPONDANTSA VOTRE CONSOMMATION</u>

	Avant la grossesse			Pendant la grossesse		
	Occasionnel	Régulier	Jamais	Occasionnel	Régulier	jamais
Cocaïne snifée						
Crack,freebase,cocaïne fumée						
Heroïne, brown						
Opiacés prescrits : codeine, morphine, skenan						
Subutex prescrit						
Subutex non prescrit						
Methadone						
Ecstasy, MDMA, Amphetamines						
LSD, champignons hallicinogènes						
colles						
Autre : préciser----------						

Régulier : plus d'une fois par semaine

44. Avez vous déjà utilise des produits par injection intra-veineuse
    - Avant la grossesse ☐oui (1) ☐non (0)
    - Pendant la grossesse ☐oui (1) ☐non (0)

DEROULEMENT DE LA GROSSESSE

45. **Souhaitiez- vous cette grossesse ?** ☐oui (1) ☐non (0)

46. A quel terme vous êtes-vous rendu compte que vous étiez enceinte ? (approximativement en nombre de semaines) ☐

47. **A quel terme avez vous eu votre premier rendez-vous de suivi de grossesse médecin ou sage femme ? (approximativement)** ☐

48. Par qui avez-vous été suivie pendant votre grossesse ? (plusieurs réponses possibles)

☐Votre médecin généraliste
☐Un(e) gynécologue libéral€
☐Une sage-femme libérale
☐Un gynécologue obstétricien à la maternité
☐Une sage-femme à la maternité
☐Une sage-femme de PMI
☐Pas de suivi

49. **Avez vous été informée des risques liés aux consommations de produits pendant la grossesse ? (tabac, alcool, cannabis, autre)** ☐oui (1) ☐non (0)

50. un professionnel de santé vous a-t-il interrogé sur votre consommation de :

- Tabac…….. ☐oui (1) ☐non (0)
- Alcool…… ☐oui (1) ☐non (0)
- cannabis…… ☐oui (1) ☐non (0)
- Autre? précisez---------- ☐oui (1) ☐non (0)

Merci d’avoir répondu a ce questionnaire

PARTIE RESERVÉE AU COORDONATEUR DE L'ÉTUDE

ATCD OBSTETRICAUX ?

- Fausse(s) couche(s) ☐ précoce(s)
- Fausse(s) couches tardive(s) ☐
- IVG ☐
- IMG ☐

GROSSESSE

51. Nombre d'échographies passées au cours de la grossesse ?

- Moins de 3 ☐(0)
- 3 et plus ☐(1)

52. **Nombre de consultation prénatale** ☐

53. **Bilan biologique avant admission au bloc obstétrical ?** ☐oui (1) ☐non (0)

ACCOUCHEMENT

54. Terme accouchement (nombre de semaines) ? ☐ SA

55. **Voie d'accouchement ?**

- Césarienne programmée…… ☐(0)
- Voie basse …… ☐(1)
- Césarienne en urgence…….. ☐(2)
  - Indication ? ----------

56. Suivi pour complication obstétricale ? ☐oui (1)☐non (0)

- Retard de croissance …… ☐
- Menace d'accouchement prématuré……. ☐
- HTA / Pré-éclampsie……. ☐
- Diabète gestationnel……. ☐
- Autre : précisez ----------

ENFANT

57. Poids de naissance? ☐ g

58. **Apgar bébé ? nombre de 1 à 10**

1 min de vie	3 min de vie	5 min de vie

59. **Transfert en néonatalogie?** ☐oui (1) ☐non (0)

ANNEXE III

LE SCORE EPICES

Le score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé) est un indicateur individuel de précarité qui prend en compte le caractère multidimensionnel de la précarité.

La réponse à chaque question est affectée d'un coefficient, la somme des 11 réponses donne le score EPICES. Le score est continu, il varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité).

Ce score permetde détecter et quantifier la précarité. Il est lié aux indicateurs de niveau socio-économique, de comportements et de santé. Ce score est quantitatif et des relations « scores dépendantes » sont observées avec tous les indicateurs. - Le seuil de 30 est considéré comme le seuil de précarité selon EPICES.

N°	**Questions**	OUI	NON
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants	-9,47	0
10	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin?	-9,47	0
11	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
	Constante	75,14	

Calcul du score : **Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées** Chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Exemple : Pour une personne qui a répondu oui aux questions 1, 2 et 3, et non aux autres questions
EPICES = 75,14 +10,06 - 11,83 - 8,28 = 65,09

ANNEXE IV

ÉVALUATION DE LA DÉPENDANCE CHIMIQUE À LA NICOTINE : QUESTIONNAIRE DE FAGERSTRÖM

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette?	Dans les 5 premières minutes Entre 6 et 30 minutes Entre 31 et 60 minutes Apres 60 minutes	3 2 1 0
Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit?	Oui Non	1 0
À quelle cigarette de la journée renonceriez-vous le plus difficilement ?	La première le matin N'importe quelle autre	1 0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne?	10 ou moins 11 à 20 21 à 30 31 ou plus	0 1 2 3
Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	Oui Non	1 0
Fumez-vous lorsque vous êtes malade, au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	Oui Non	1 0
TOTAL		

SCORE DE 0 à 2 : Le sujet n'est pas dépendant à la nicotine . Il peut arrêter de fumer sans avoir recours à des substituts nicotiniques.

SCORE DE 3 à 4 : Le sujet est faiblement dépendant à la nicotine.

SCORE DE 5 à 6 : Le sujet est moyennement dépendant. L'utilisation des traitements pharmacologiques de substitution nicotinique va augmenter ses chances de réussite.

SCORE DE 7 à 10 : Le sujet est fortement ou très fortement dépendant à la nicotine . L'utilisation de traitements pharmacologiques est recommandée.

ANNEXE V

QUESTIONNAIRE CAST

Au cours des 12 derniers mois	REPONSE	
Avez vous déjà fumé du cannabis avant midi ?	oui	non
Avez vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seule ?	oui	non
Avez vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?	oui	non
Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dis que vous devriez réduire notre consommation de cannabis ?	oui	non
Avez vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?	oui	non
Avez vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultats à l'école) ?	oui	non

Deux réponses positives au test doivent amener la patiente à s'interroger sérieusement sur les conséquences de cette consommation. Trois réponses positives ou plus devraient conduire la patiente à demander de l'aide.

QUESTIONNAIRE AUDIT

1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?
   - Jamais : 0
   - Une fois par mois ou moins : 1
   - 2 à 4 fois par mois : 2
   - 2 à 3 fois par semaine : 3
   - Au moins 4 fois par semaine : 4
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?
   - 3 ou 4 : 1
   - 5 ou 6 : 2
   - 7 ou 8 : 3
   - 10 ou plus : 4
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?
   - Jamais : 0
   - Moins d'une fois par mois : 1
   - Une fois par mois : 2
   - Une fois par semaine : 3
   - Tous les jours ou presque : 4
4. Au cours de l'annéeécoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?
   - Jamais : 0
   - Moins d'une fois par mois : 1
   - Une fois par mois : 2
   - Une fois par semaine : 3
   - Tous les jours ou presque : 4
5. Au cours de l'annéeécoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?
   - Jamais : 0
   - Moins d'une fois par mois : 1
   - Une fois par mois : 2
   - Une fois par semaine : 3
   - Tous les jours ou presque : 4
6. Au cours de l'annéeécoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?
   - Jamais : 0
   - Moins d'une fois par mois : 1
   - Une fois par mois : 2
   - Une fois par semaine : 3
   - Tous les jours ou presque : 4
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?
   - Jamais : 0
   - Moins d'une fois par mois : 1
   - Une fois par mois : 2
   - Une fois par semaine : 3
   - Tous les jours ou presque : 4

8. Au cours de l'annéeécoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?

- Jamais : 0
- Moins d'une fois par mois : 1
- Une fois par mois : 2
- Une fois par semaine : 3
- Tous les jours ou presque : 4

9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?

- Non : 0
- Oui, mais pas au cours de l'annéeécoulée : 2
- Oui, au cours de l'année : 4

10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?

- Non : 0
- Oui, mais pas au cours de l'année écoulée : 2
- Oui, au cours de l'année : 4

Résultat : Un score supérieur ou égal à 8 chez l'homme et à 7 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool. Un score supérieur à 12 chez l'homme et supérieur à 11 chez la femme serait en faveur d'une dépendance à l'alcool (Société française d'alcoologie, 2001).

ANNEXE VI

UFR SCIENCES MEDICALES HYACINTHE BASTARAUD

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers. Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science. Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

MONTHIEUX Alice

CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES PENDANT LA GROSSESSE A SAINT-MARTIN, ETUDE DESCRIPTIVE

Qualification : Médecine Générale

DATE : 22 octobre 2015

INTRODUCTION :

La prévention et la prise en charge de la consommation de substances psychoactives pendant la grossesse constituent un enjeu majeur de santé publique car elles favorisent la survenue de complications obstétricales et néonatales et conditionnent l'état de santé futur de l'enfant. L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la prévalence de la consommation d'au moins une substance psychoactive (tabac, alcool, cannabis, et autres drogues) pendant la grossesse à Saint-Martin.

METHODE :

Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive, en série continue, prospective, transversale, de prévalenceentre le 18 décembre 2014 et le 23 mars 2015 à la maternité du Centre Hospitalier Louis Constant Fleming de Saint-Martin.

Au total 217 patientes ont répondu au troisième jour du post-partum à un questionnaire disponible en français, en anglais et en espagnol sur leurs consommations de substances avant et pendant la grossesse. Le taux de refus a été de 1,36 %.

RESULTATS :

La prévalence de l'existence d'au moins une consommation à risque était de 41,5 % (IC95 % [34.8 ; 48.5]). La prévalence du tabagisme était de 12,9 % (IC95 % [8.7 ; 18.1]), de la consommation d'alcool pendant la grossesse de 33,8 %(IC95 % [27.5 ; 40.5]) et de cannabis de 6,5 % (IC95 % [3.6 ; 10.6]). La prévalence de l'existence de plus de deux consommations au cours de la grossesse était de 10,4 % (IC 95 % [6.6 ; 15.3]).

DISCUSSION :

Nous avons mis en évidence des comportements différents des données nationales concernant les consommations de substances au cours de la grossesse. La prévalence de la consommation d'alcool est supérieure dans notre échantillon, particulièrement chez les patientes étrangères. L'amélioration des stratégies de repérage des patientes à risque, la formation des professionnels de santé, le développement de campagnes de prévention adaptées et l'amélioration de la prise en charge sociale des patientes sont les principaux axes d'amélioration de la prise en charge des conduites à risque au cours de la grossesse à Saint-Martin.

MOTS CLEFS :

Addiction, grossesse, tabac, alcool, cannabis, drogue, Saint-Martin, prévalence

JURY :

Président : Professeur E. JANKY

Membres : Professeur AP. UZEL

Professeur A. CABIE

Professeur P. UZEL

Docteur JL. VOLUMENIE

Docteur P. ESCARMANT

Docteur C. VANGEENDERHYUSEN