



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

École de Maïeutique

L'influence de la grossesse et de son suivi sur les conduites addictives chez la femme enceinte à Marseille

Présenté et publiquement soutenu

Le 10 avril 2020

Par

BOURGEOIS Marie
Née le 18 octobre 1996

Pour l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme
Année universitaire 2019/2020

Membres du jury :

- Descamps, Mylène, Sage-femme enseignante
- Janvier, Elsa, Sage-femme
- Zakarian, Carole, Sage-femme enseignante, Directrice de l'école de maïeutique, directrice du mémoire

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

École de Maïeutique

L'influence de la grossesse et de son suivi sur les conduites addictives chez la femme enceinte à Marseille

BOURGEOIS Marie
Née le 18 octobre 1996

Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme

Année universitaire 2019-2020

Validation 1^{ère} session 2020 : oui non

Mention : Félicitations du Jury

Très bien

Bien

Assez bien

Passable

Validation 2^{ème} session 2020 : oui non

Mention :

Visa et tampon de l'école

L'influence de la grossesse et de son suivi sur les conduites addictives chez la femme enceinte à Marseille

Étude conduite auprès des patientes hospitalisées en suites de couches dans les maternités de l'APHM

Remerciements

- À la directrice de ce mémoire, Madame Zakarian Carole, pour sa patience et ses conseils pertinents qui m'ont permis d'élaborer ce travail un peu plus sereinement.
- À toutes les personnes qui ont bien voulu relire ce mémoire pour corriger les fautes.
- À Ma famille, mes amis qui m'ont toujours encouragé et soutenu.
- À Thomas qui a su prendre soin de moi et m'épauler depuis toutes ses années.
- À mes copines, Coline, Justine, Périne, Léa et Valentine qui ont rendu toutes ces années bien plus douces...

Merci !

Glossaire

AP-HM	Assistance publique des Hôpitaux de Marseille
AUDIT	Alcohol Use Disorders Test
CAARUD	Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CAST	Cannabis Abuse Screening Test
CSAPA	Centres de soins, d'accompagnements et de prévention en addictologie
DSM	Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux
ELSA	Équipe de liaison et de soins en addictologies
Gestité	Nombre total de grossesses antérieures
HAS	Haute autorité de santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
Parité	Nombres total d'accouchements antérieurs
PMA	Procréation médicalement assistée
Post partum	Période qui suit l'accouchement
Pré conceptionnel	Période avant la conception

I. Introduction	1
1. Épidémiologie.....	1
2. Le coût.....	3
3. Les outils de prise en charge.....	3
4. Les risques liés à la consommation de toxique.....	5
II. Matériel et méthode	7
1. Le type d'étude.....	7
2. La population de l'étude	7
2.1 Critères d'inclusion.....	7
2.2 Critères de non-inclusion	7
2.3 Critères d'exclusion	7
3. Les Modalités de recueil des données	8
4. Déroulement du recueil de données.....	9
5. Procédure d'analyse des données.....	9
III. Résultats.....	10
1. Les refus.....	10
2. Les conditions socio-économiques.....	10
2.1 Situation familiale.....	11
2.2 Le type de logement.....	11
2.3 L'activité professionnelle.....	11
2.4 L'âge	12
3. Les antécédents médicaux.....	14
3.1 La parité.....	14
3.2 Suivi régulier avant la grossesse.....	14
3.3 Antécédent de dépression	15
3.4 Suivi psychologique	15
4. Les différentes substances	15
4.1 Les différents types de dépendance avant la grossesse	15
4.2 Prévalence de la consommation des substances pendant la grossesse	17
4.3 La présence de poly consommation	19
5. Le déroulement de la grossesse	20
5.1 Grossesse Prévues	20
5.2 Moment de découverte de la grossesse.....	21
5.3 Procréation médicalement assistée (PMA).....	21
5.4 Entretien prénatal précoce.....	22
5.5 Nombre d'échographies effectuées.....	22
6. L'interrogation sur les consommations et l'information sur le risque de ces consommations.....	22
6.1 Informations données sur les risques liés à la prise de toxiques.....	23
6.2 Les questions concernant la consommation.....	23
7. Le ressenti des patientes face aux questions des professionnels.....	24

IV. Analyse et discussion	25
1. Faiblesses et forces de l'étude	25
2. Le profil des patientes présentant une addiction	26
3. Les moyens de dépistage	31
3.1 Par l'anamnèse	31
3.2 Les tests de dépistage	32
3.3 L'entretien prénatal précoce	33
4. Les freins au dépistage	33
4.1 Le manque d'informations véhiculées sur le risque de ces substances	33
4.2 L'absence de questionnement des consommations	34
4.3 Le manque d'entretien préconceptionnel ou prénatal	34
5. L'évolution des consommations : du préconceptionnel à la fin de la grossesse	35
5.1 La consommation de tabac	36
5.2 La consommation d'alcool	37
5.3 La consommation de cannabis	37
V. Conclusion :	38
VI. Bibliographie	40
VII. Annexes	43

I. Introduction

Selon l'INSERM, « les addictions sont des pathologies cérébrales définies par une dépendance à une substance ou une activité, avec des conséquences délétères » pour la santé physique et psychique (1).

Le quotidien d'une personne dépendante est rythmé par la recherche et la consommation de la substance ; malgré les souffrances physiques et/ou psychologiques engendrées par cette consommation. Le diagnostic de dépendance répond à des normes strictes définies par le manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux (DSM).

Le mécanisme de la dépendance n'est pas encore totalement compris mais selon l'INSERM il implique au moins trois sous-mécanismes : une augmentation de la motivation à consommer la drogue, un état émotionnel négatif et une diminution des capacités à se contrôler. A cela s'ajoutent des facteurs génétiques, environnementaux et familiaux qui peuvent aussi entrer en compte (1).

Les conduites addictives ciblées dans ce mémoire seront le tabac, l'alcool ainsi que le cannabis.

1. Épidémiologie

En France, les substances addictives représentent un réel enjeu de santé publique.

La consommation de tabac reste la première cause de mortalité évitable en France (2).

Chez les adultes (18-75 ans) cette consommation de tabac diminue légèrement depuis 2000 (3) et ce grâce aux actions fréquentes de sensibilisation des populations et des professionnels ainsi qu'aux remboursements des substituts nicotiques. Selon le baromètre santé 2017, la consommation de cette substance addictive est toujours supérieure à celle de la majorité des pays de l'Europe (2).

En France l'alcool est la 2^{ème} cause de mortalité prématurée (4) et représente la substance addictive la plus répandue. En effet la consommation de boissons alcoolisées est courante, peut être car sa consommation est liée à l'histoire française et semble être une condition de festivité (5) pour une grande partie de

la population : 87% de la population adulte déclarait avoir consommé de l'alcool (6) et 10% évoquaient en consommer quotidiennement (7).

En France, le cannabis est le produit illicite le plus consommé (8).

En effet, 3,6% de la population déclarent avoir un usage régulier du cannabis (8), son utilisation se banalise de plus en plus (8)(9).

De plus l'augmentation de sa production et les différentes formes d'utilisation permettent un accès facilité à la population (8).

Après avoir pris connaissance de ces chiffres alarmants, une question se pose : qu'en est-il concernant la périnatalité ?

En 2019, l'âge moyen de la mère au moment de l'accouchement est de 30,7 ans (10).

Le nombre de femmes en âge de procréer en 2018 était de 8,4 millions (11).

Selon le baromètre santé 2017 (12) :

- 20 à 25% des femmes enceintes consommeraient du tabac pendant la grossesse.
- 10,7% déclaraient avoir bu de l'alcool depuis le début de leur grossesse.

Selon l'Enquête périnatale 2016 (13) :

- 2,1% déclaraient avoir consommé du cannabis pendant leur grossesse.

En région Sud (anciennement Provence Alpes Côte d'Azur), la prévalence de l'usage du tabac et du cannabis chez les adultes est plus importante qu'en France métropolitaine (14).

L'usage régulier ou quotidien d'alcool est légèrement supérieur en région Sud comparé au reste de la France métropolitaine chez les adultes, malgré une tendance à la diminution de cette consommation (14).

2. Le coût

L'usage de produits addictifs qu'ils soient licites ou illicites représente un coût pour l'État français. En 2010 le coût social de l'alcool et du tabac représentait 120 milliards d'euros pour chacune de ces deux substances (7).

Le coût des soins pour la prise en charge des morbidités associées aux conduites addictives représente un coût plus élevé pour le tabac, suivi par l'alcool et les drogues illicites. Que ce soit en France ou en région Sud, l'addiction la plus fréquemment prise en charge par les centres de soins, d'accompagnements et de prévention en addictologie (CSAPA) est le tabac. La consommation de cannabis est plus prise en charge en région Sud que dans le reste de la France (15).

L'État met en place de plus en plus de structures pour offrir à ses usagers une prise en charge adaptée. En effet il instaure sur le territoire des organismes comme : l'équipe de liaison et de soins en addictologies (ELSA), les CSAPA, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usages de drogues (CAARUD). Toutefois il existe des disparités dans la répartition géographique de ces établissements, ce qui entraîne une prise en charge hétérogène sur l'ensemble de la région (14).

3. Les outils de prise en charge

Au cours de la grossesse, la consommation des femmes est objectivée par deux variables.

Tout d'abord il faut que l'un des praticiens qu'elle rencontre lui pose les questions relatives à sa consommation de toxiques.

De plus il faudra que la patiente réponde sans omission aux questions du professionnel sur ses addictions.

Le professionnel possède des tests validés pour évaluer la consommation de toxiques de leurs patientes :

- Le test : *Alcohol Use Disorders Test* (AUDIT) : pour évaluer une addiction à l'alcool antérieur ou au cours de la grossesse.
- Le test de Fagerström : pour déterminer l'addiction au tabac (évaluant la dépendance physique à la nicotine).
- Le test : *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST) : pour établir la dépendance au cannabis.

La consommation de ces substances semble être sous-estimée chez les femmes enceintes, puisque la majorité des études sont basées comme celle-ci sur l'auto-déclaration (16).

La périnatalité est une période de vulnérabilité mais aussi de changement, c'est donc le moment idéal pour informer et guider ces femmes (16)(17).

Le dépistage précoce de ces addictions est nécessaire pour organiser une prise en charge pluridisciplinaire adaptée aux besoins de la patiente et de son futur enfant. Les équipes périnatales sont de plus en plus sensibilisées à la prise en charge des patientes consommatrices de substances addictives. En effet la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande que les informations concernant la consommation de substances addictives fassent partie intégrante des informations à donner aux femmes enceintes (18). Un réseau interprofessionnel de plus en plus développé ainsi que la proximité avec les centres spécialisés permettent aux professionnels d'adresser leurs patientes pour des parcours de soins adaptés.

De plus l'entretien prénatal précoce (souvent réalisé au quatrième mois) peut être un moment propice pour discuter avec elles de leur consommation et leur donner quelques informations pouvant, peut-être, être suffisantes à la diminution voir l'arrêt de leur consommation. L'entretien motivationnel qui constitue une technique efficace dans l'accompagnement des pathologies chroniques que ce soit l'hypertension artérielle, le diabète ou encore l'addiction peut être proposé. En effet les patientes ne sont pas toujours suffisamment informées des risques sur leur santé, sur celle de leur fœtus et des risques tout au long de leur grossesse (13). Cet entretien permet de créer un climat de confiance et d'écoute

attentive pour que la patiente se sente à l'aise et en sécurité pour échanger sur ses consommations.

Différents moyens s'offrent aux professionnels pour améliorer le suivi de ces patientes, de la prescription de traitement de substitution à la prise en charge par des spécialistes de l'addiction, addictologues ou psychologues, qui ont une formation plus poussée pour aider au mieux les patientes.

De plus la mise en place d'un soutien psychologique peut être bénéfique ; en effet les femmes enceintes toxicomanes sont régulièrement stigmatisées car il existe toujours des représentations sociales marquées et souvent péjoratives pour décrire ces futures mères, qui dans les esprits de beaucoup sont loin des « normes de la bonne mère » que la société attend (19).

Tout cela traduit leur vulnérabilité et la nécessité de les entourer.

4. Les risques liés à la consommation de toxique

D'un point de vue obstétrical : le manque de suivi durant la grossesse entraîne des situations plus à risque dont les femmes n'ont pas toujours conscience (20). En effet leur prise en charge peut se faire en urgence et dans de moins bonnes conditions que ce soit pour le couple mère-enfant ou pour l'équipe médicale. De plus les conséquences maternelles de la prise de substances ne sont pas toujours bien connues des patientes ; pourtant le risque de morbidité pour les femmes enceintes toxicomanes est augmenté par rapport à la population générale (21).

D'un point de vue pédiatrique : même s'il est souvent évoqué il reste mal connu et entraîne des situations à risque pour le fœtus et le nouveau-né. Il est notamment constaté une augmentation de la prématurité, le faible poids de naissance ou encore une augmentation de la mortalité (16).

La contextualisation de l'addiction pendant la grossesse nous a conduit à la question de recherche suivante :

Quels sont les effets de la grossesse sur les conduites addictives chez les femmes toxicomanes dans les maternités de l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille (APHM) ?

L'objectif principal est d'identifier la réelle consommation pendant la grossesse des femmes enceintes toxicomanes prise en charge dans les hôpitaux publics de Marseille.

L'objectif secondaire est d'identifier les freins de dépistage des conduites addictives des femmes enceintes.

Cette démarche s'inscrit dans le projet de la région Sud qui souhaite améliorer le repérage de ces conduites addictives et développer la prévention.

Pourquoi ne pas essayer d'améliorer les conditions de travail des praticiens et les conditions de vie et de prise en charge de ces femmes en objectivant leur réelle consommation.

II. Matériel et méthode

1. Le type d'étude

Pour réaliser ce travail le choix s'est porté sur une étude quantitative réalisée d'avril 2019 à septembre 2019 au sein des hôpitaux de l'APHM : Conception et l'Hôpital Nord.

Un questionnaire (annexe 1) a été distribué aux patientes volontaires du service des suites de couches de ces hôpitaux.

2. La population de l'étude

2.1 Critères d'inclusion

Toutes les patientes volontaires et francophones qui étaient présentes en service de suites de couches de l'hôpital Nord et de la Conception ont été incluses dans l'étude réalisée entre avril et septembre 2019.

2.2 Critères de non-inclusion

Les patientes qui ne parlaient et/ou ne lisaient pas le français, le questionnaire n'ayant été réalisé que dans la langue française.

Les patientes qui n'ont pas souhaité participer à l'étude.

Les patientes qui étaient hébergées en service de grossesse à risque ou en gynécologie, après leur accouchement.

2.3 Critères d'exclusion

Les questionnaires qui étaient incomplets ou non conformes.

Les patientes mineures.

3. Les Modalités de recueil des données

Cette étude quantitative s'est basée sur le recueil de données qualitatives et quantitatives. Cette méthodologie a été choisie afin de répondre au mieux aux objectifs de l'étude qui avait pour but de connaître l'évolution de la consommation des conduites addictives au cours de la grossesse ainsi que les freins au dépistage.

Pour cela le questionnaire a été réalisé en reprenant les tests validés propres aux différentes addictions :

- AUDIT (Annexe 2) : ce test permet de déterminer trois modes de consommation : l'absence de dépendance, le mésusage et la dépendance.
- Fagerström (Annexe 3) : ce test établit quatre types d'usage : l'absence de dépendance, une dépendance faible, moyenne et forte à la nicotine.
- CAST (Annexe 4) : ce test permet de caractériser trois types de risque de dépendance : pas de risque, un risque faible et un risque élevé.

A ces tests, ont été intégrés d'autres questions afin d'évaluer différents paramètres présentant un intérêt pour cette étude.

Les variables étudiées sont :

- Quantitative : Âge
- Qualitatives : Socio-économiques, antécédents médicaux, gestité et parité, consommation de tabac, d'alcool, de cannabis avant et pendant la grossesse, la déclaration ou non au cours de la grossesse de leur(s) consommation(s) de toxique(s), prise en charge spécifique après déclaration de leur consommation.

Au total la majorité du questionnaire a été constituée de questions fermées (34) mais également de questions à choix unique (28), ainsi que de deux questions ouvertes et deux questions à choix multiples.

4. Déroulement du recueil de données

L'accord des cadres et du chef de service, des services de suites de couches de l'Hôpital Nord et Conception a été recueilli par courrier électronique. Le questionnaire, la note d'informations et le consentement des patientes leur ont été envoyés.

La distribution et le recueil des questionnaires ont été réalisés sur place dans la même demi-journée pour en maximiser le rendement et adapter le discours aux patientes afin de leur expliquer l'objectif de l'étude. Le but étant qu'elles se livrent plus facilement sur des consommations qu'elles n'avaient peut-être pas déclarées aux professionnels de santé qu'elles avaient rencontrés jusque-là.

La présence sur les terrains étant compliquée l'étude a duré six mois.

5. Procédure d'analyse des données

Une fois les questionnaires récupérés, les données ont été traitées grâce au logiciel Xcel.

L'analyse statistique de ces données a été faite avec Xcel Stat.

La significativité des résultats a été interprétée selon un risque alpha à 5% ($p < 0,05$).

Les données qualitatives ont été comparées par le test de Chi 2 et de Fisher pour les effectifs théoriques inférieur à cinq. Les données quantitatives ont été comparées par le test de Student pour deux échantillons indépendants.

III. Résultats

1. Les refus

Durant la période d'inclusion, 48 patientes ont refusé de participer à l'étude. Sur ces 48 patientes, 50% des refus n'ont pas été expliqués. Pour 29% des patientes la barrière de la langue a été évoquée ; 14,58% ont déclaré être fatiguées et 6% ont jugé le questionnaire trop long à remplir.

2. Les conditions socio-économiques

Dans cette partie, les différents paramètres étudiés vont être mis en relation avec la consommation et l'arrêt de consommation des substances pendant la grossesse.

La présence ou non d'addiction pendant la grossesse en fonction des différents paramètres étudiés (n=145)

Paramètres :	Addiction	Absence d'addiction	P value
En couple (n=107)	31,77%	68,22%	0,250
Logement précaire (n=23)	18,18%	81,81%	0,081
Activité professionnelle (n=55)	47,27%	52,73%	< 0,000 1
Âge (inférieur à 32 ans) (n=77)	29,87%	70,12%	0,433

L'arrêt ou non d'addiction pendant la grossesse en fonction des différents paramètres socio-économiques étudiés (n=145)

Paramètres :	Arrêt Consommation	Absence d'arrêt	P value
En couple (n=107)	70,59%	29,41%	0,157
Logement précaire (n=23)	50%	50%	0,543
Activité professionnelle (n=55)	84,61%	15,38%	0,002
Âge (inférieur à 32 ans) (n=77)	65,21%	34,78%	0,613

2.1 Situation familiale

Dans cette étude 73,79% des patientes étaient en couple.

Celle-ci révèle également qu'au sein des patientes en couple 31,77% avaient une conduite addictive alors que dans le groupe des célibataires 42,10% avaient une conduite addictive.

Parmi les patientes en couple qui avaient une addiction avant la grossesse 70,59% ont arrêté leur consommation pendant la grossesse contre 50% des patientes célibataires.

2.2 Le type de logement

Environ 15,17% des femmes interrogées habitaient un logement précaire.

Il a été remarqué que 18,18% des femmes qui habitaient un logement précaire avaient une consommation addictive ; tandis que les patientes qui occupaient un logement dit classique présentaient une addiction dans 37,70% des cas.

50% des patientes ayant une habitation précaire ont réussi à arrêter leur consommation de substance addictive pendant la grossesse contre 65,22% des patientes ayant un logement classique.

2.3 L'activité professionnelle

Au sein de l'étude, 37,24% des patientes avaient une activité professionnelle.

Il a été observé que 47,27% des patientes qui travaillaient avaient une consommation de substance addictive alors que seulement 26,66% des patientes sans emploi avaient une addiction.

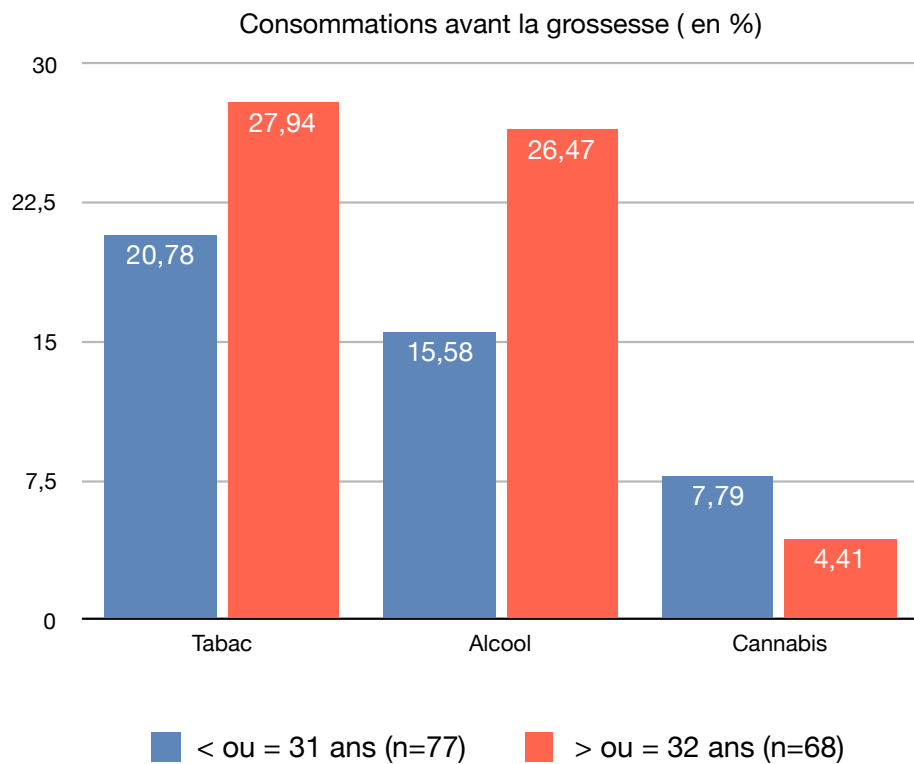
Il a été révélé que 58,33% des patientes sans emploi n'ont pas arrêté leur consommation pendant la grossesse. Et que 84,61% des femmes qui travaillaient ont réussi à arrêter leur consommation.

2.4 L'âge

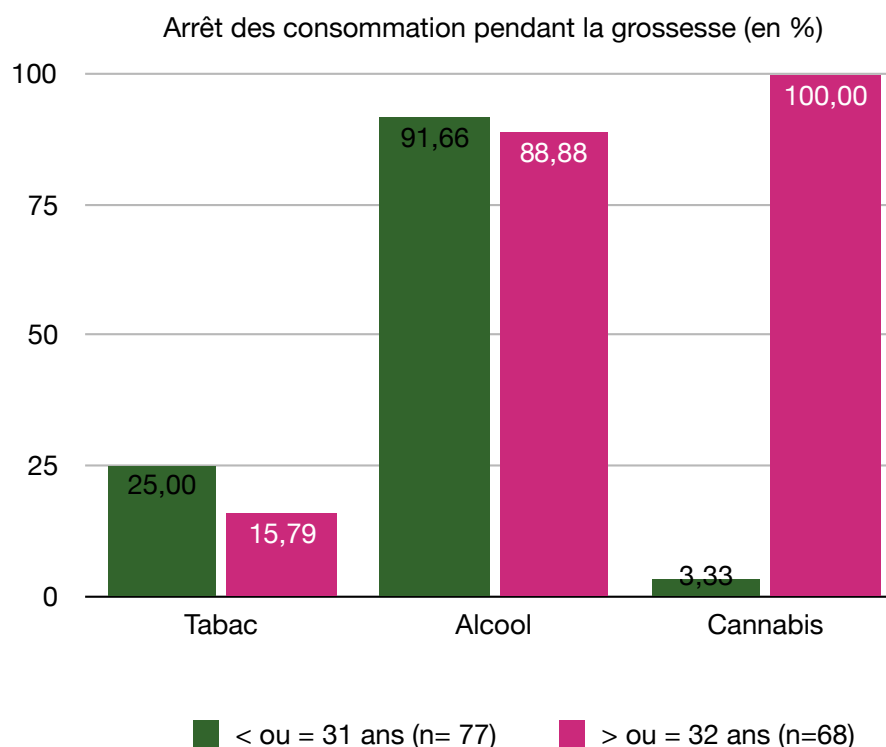
L'âge moyen des femmes de l'étude était de 30,56 ans avec une variation de 18 à 51 ans.

L'âge moyen des patientes qui avaient une conduite addictive était de 31,16 ans et celui des patientes qui ne consommaient pas de toxique de 30,25 ans.

Évaluation de la consommation de substances psychoactives avant la grossesse en fonction de l'âge (n=145)



Évaluation de l'arrêt des consommations de substances psychoactives pendant la grossesse en fonction de l'âge (n=145)



L'étude a révélé que les patientes ayant un âge supérieur ou égal à 32 ans avaient une consommation avant la grossesse de tabac de 27,94% contre 20,78% pour les femmes de 31 ans et moins ; et d'alcool (26,47% contre 15,58%) plus importante que celle des patientes de l'autre groupe. En revanche concernant la consommation de cannabis les patientes âgées de 31 ans ou moins avaient une consommation supérieure aux patientes de 32 ans et plus (7,79% contre 4,41%).

Les patientes de 32 ans et plus avaient arrêté leur consommation de cannabis (100% contre 3,33%) de manière plus fréquente que les patientes ayant un âge de 31 ans et moins.

Alors que le groupe des 31 ans et moins, avait arrêté plus fréquemment leur consommation d'alcool que les 32 ans et plus soit 91,66% contre 88,88% ainsi que leur consommation de tabac soit 25,00% contre 15,79%.

3. Les antécédents médicaux

La présence ou non d'addiction pendant la grossesse en fonction des antécédents personnels évalués (n=145)

Paramètres :	Addiction	Absence d'addiction	P value
Multipare (n=108)	32,41%	67,59%	0,369
Suivi avant la grossesse (n=98)	38,77%	61,22%	0,116
Antécédent de dépression (n=56)	48,21%	51,79%	0,006
Suivi psychologique (n=31)	48,39%	51,61%	0,066

L'arrêt ou non des consommations pendant la grossesse en fonction des antécédents personnels évalués (n=145)

Paramètres :	Arrêt consommation	Absence d'arrêt	P value
Multipare (n=108)	48,57%	51,43%	0,001
Suivi avant la grossesse (n=98)	65,79%	34,21%	0,639
Antécédent de dépression (n=56)	59,26%	40,74%	0,449
Suivi psychologique (n=31)	66,66%	33,33%	0,797

3.1 La parité

Dans cette étude, 74,48% des patientes étaient multipares.

Il a été observé que 32,41% des multipares présentaient une conduite addictive pour 40,54% des primipares.

Les patientes multipares ont arrêté leur consommation addictive pour 48,57% d'entre elles alors que 100% des primipares ont réussi à arrêter.

3.2 Suivi régulier avant la grossesse

Dans cette étude, 67,59% des patientes avaient un suivi médical régulier hors de la grossesse. On entend par suivi médical régulier une consultation par an chez un médecin.

Concernant les patientes qui présentaient un suivi médical régulier, 38,77% avaient une addiction.

Il a été remarqué que 65,79% de patientes qui avaient un suivi médical régulier ont arrêté leur consommation de substances addictives pendant la grossesse contre 58,33% des femmes qui n'avaient pas de suivi médical régulier.

3.3 Antécédent de dépression

Dans l'effectif de l'étude, 38,62% des patientes présentaient un antécédent de dépression.

Parmi les patientes qui déclaraient avoir présenté un antécédent de dépression, 48,21% avaient une consommation addictive. Pour les patientes sans antécédent de dépression, elles étaient 25,84% à avoir une addiction.

Il a été observé que 69,56% des patientes qui n'avaient pas d'antécédent dépressif ont arrêté leur consommation pour 59,26% qui en avaient un.

3.4 Suivi psychologique

Dans cet échantillon, 21,38% des patientes avaient un suivi psychologique.

Parmi les patientes qui avaient un suivi psychologique 48,39% présentaient une conduite addictive. Concernant les patientes sans suivi psychologique, 30,70% présentaient une addiction.

Les patientes qui avaient un suivi psychologique ont réussi à arrêter leur consommation pour 66,66% d'entre elles ; celles qui ne bénéficiaient d'aucun suivi ont arrêté leur consommation dans 62,86% des cas.

4. Les différentes substances

4.1 Les différents types de dépendance avant la grossesse

Toutes addictions confondues, les addictions concernaient 34,48% des patientes de l'étude.

4.1.1 Tabac :

Les femmes qui fumaient avant la grossesse représentaient 24,14% (35/145) de l'effectif total de l'étude.

Après utilisation du test de Fagerström pour évaluer la dépendance à la nicotine de ces patientes, on a pu mettre en évidence 4 sous-groupes :

- Absence de dépendance : 34,29%
- Faible dépendance : 20%
- Moyenne dépendance : 20%
- Forte dépendance : 25,71%

4.1.2 Alcool :

Au sein de l'effectif total de l'étude, 20,69% (30/145) des femmes consommaient de l'alcool avant leur grossesse.

Après application du test AUDIT pour évaluer leur dépendance à l'alcool avant leur grossesse, 3 sous-groupes ont pu être établis :

- Absence de dépendance : 80,01%
- Mésusage : 6,66%
- Dépendance : 13,33%

4.1.3 Cannabis :

Les femmes qui consommaient du cannabis avant la grossesse représentaient 6,21% (9/145) de l'effectif de l'étude.

Dans le questionnaire distribué aux patientes, le test de CAST a été allégé, c'est donc une adaptation de ce test qui a permis de définir dans ce travail, deux types de dépendance :

- Absence de risque de dépendance : 44,44%
- Faible risque de dépendance : 55,55%

4.2 Prévalence de la consommation des substances pendant la grossesse

4.2.1 Vision Générale

Durant la grossesse, on remarque que 16,55% des patientes fumaient du tabac ; 1,38% buvaient de l'alcool et que 2,76% poursuivaient leur consommation de cannabis.

4.2.2 L'arrêt des consommations

4.2.2.1 Tabac

Parmi les patientes qui fumaient avant la grossesse 31,43% (11/35) ont totalement arrêté le tabac. Pour 81,81% des patientes leur dépendance à la nicotine était considérée comme absente ou faible.

Le moment de l'arrêt s'est produit pour 54,54% des patientes au moment de l'annonce de la grossesse, 36,36% au cours du premier trimestre et 9,10% au cours du deuxième trimestre.

Pour 65,71% des patientes leur consommation de tabac pendant la grossesse a été diminuée.

Plus de la moitié (56,52%) des patientes qui ont diminué leur consommation avaient une dépendance moyenne ou forte à la nicotine.

Durant la grossesse une seule patiente n'a pas diminué sa consommation et sa dépendance à la nicotine était estimée forte.

Pour les patientes n'ayant pas arrêté de fumer pendant la grossesse ; 28,57 % auraient souhaité être accompagnées par un professionnel.

4.2.2.2 Alcool

Dans cette étude, 93,33% des patientes qui consommaient de l'alcool avant la grossesse ont déclaré arrêter d'en boire au cours de celle-ci.

Le moment de l'arrêt de la consommation d'alcool s'est produit pour 82,15% des patientes à l'annonce de la grossesse ; 10,71% ont arrêté au cours du premier trimestre ; 3,57% des patientes ont arrêté leur consommation au deuxième trimestre le même pourcentage (soit 3,57%) avait arrêté de boire de l'alcool en péri conceptionnel.

Il a été remarqué que 43,33% déclaraient en avoir toutefois consommé pour une occasion. Et 6,66% des patientes n'avaient pas réussi à arrêter leur consommation, toutefois elles ont diminué leur consommation malgré leur forte dépendance à l'alcool avant la grossesse.

A la question « auriez-vous souhaité être accompagnée ou aidée par un professionnel ? » : aucune n'aurait souhaité être accompagnée par un professionnel. Le motif du refus d'accompagnement n'a pas été demandé dans le questionnaire.

4.2.2.3 Cannabis

Concernant l'évolution de la consommation du cannabis pendant la grossesse ; l'étude révèle que 55,55% des patientes ont arrêté, que 33,33% ont diminué et que 11,11% ont gardé la même consommation.

Pour les patientes qui ont arrêté leur consommation de cannabis, l'arrêt s'est produit pour 60% des cas à l'annonce de la grossesse ; pour 20% durant le premier trimestre et pour 20% au cours du deuxième trimestre.

Concernant les patientes qui n'avaient pas arrêté leur consommation, pour aucune la question sur leur consommation de cannabis n'avait été posée par un professionnel de santé.

L'accompagnement par un professionnel n'était pas souhaité pour 75% des patientes qui n'ont pas arrêté leur consommation de cannabis au cours de leur grossesse.

4.3 La présence de poly consommation

Avant la grossesse, on remarque une poly consommation chez 20% (29/145) des patientes qui présentaient une addiction.

L'étude a révélé trois types de poly consommation :

- Tabac et d'alcool : 51,73%

- Tabac et cannabis : 31,03%

La consommation de cannabis est systématiquement associée à celle du tabac pour les patientes qui consommaient du cannabis.

- Alcool et cannabis : 17,24 %

Les patientes qui consommaient du cannabis et de l'alcool consommaient en réalité les trois types de substances. Donc 17,24% des patientes consommaient conjointement du tabac, de l'alcool et du cannabis avant leur grossesse.

Il a été remarqué que 13,79% d'entre elles ont gardé une poly consommation pendant leur grossesse.

5. Le déroulement de la grossesse

La présence ou non d'addiction pendant la grossesse en fonction du déroulement de la grossesse (n=145)

Paramètres :	Addiction	Absence d'addiction	P value
Grossesse prévue (n=108)	34,26%	65,74%	0,923
Découverte avant la fin du T1 (n=125)	35,20%	64,80%	0,650
PMA (n=13)	61,54%	38,46%	0,031
Entretien 4 ^{ème} mois (n=47)	46,81%	53,19%	0,031
Nombre échographies effectuées (bon suivi) (n=140)	34,29%	65,71%	0,792

L'arrêt ou non des consommations pendant la grossesse en fonction du déroulement de la grossesse (n=145)

Paramètres	Arrêt consommation	Absence d'arrêt	P value
Grossesse prévue (n=108)	64,87%	35,13%	0,830
Découverte avant la fin du T1 (n=125)	61,36%	38,63%	0,293
PMA (n=13)	50%	50%	0,368
Entretien 4 ^{ème} mois (n=47)	63,63%	36,36%	0,962
Nombre échographies effectuées (bon suivi) (n=140)	62,50%	37,50%	0,279

5.1 Grossesse Prévüe

Dans cette étude, la grossesse actuelle était prévue dans 74,48% des cas.

Parmi les patientes qui avaient prévu leur grossesse, 34,26% avaient une addiction. Concernant les patientes qui n'avaient pas prévu leur grossesse, elles étaient 35,13% à avoir une addiction.

De plus les patientes qui avaient prévu leur grossesse sont 35,13% à ne pas avoir arrêté leur consommation de toxique.

5.2 Moment de découverte de la grossesse

Une addiction était présente chez 35,20% des patientes qui avaient découvert leur grossesse avant la fin du premier trimestre.

Parmi les patientes qui ont découvert leur grossesse avant la fin du premier trimestre et qui avaient une addiction 61,36% ont réussi à arrêter leur consommation. Concernant les patientes qui ont découvert leur grossesse au cours du deuxième trimestre 83,33% ont pu arrêter leur consommation contre 61,36% de celle qui l'ont découverte avant la fin du premier trimestre.

5.3 Procréation médicalement assistée (PMA)

Les femmes qui avaient bénéficié d'une PMA représentaient 8,96% de l'effectif de l'étude.

L'âge moyen de ces patientes était de 31 ans.

Les femmes qui avaient bénéficié d'une PMA pour obtenir cette grossesse, étaient 61,54% à présenter une addiction. Avant la grossesse 46,15% d'entre elles consommaient du tabac ; 30,77% consommaient de l'alcool et 15,38% consommaient du cannabis.

Concernant l'arrêt de leur consommation :

Pour le tabac, 50% ont réussi à arrêter leur consommation pendant la grossesse : deux patientes ont arrêté pendant le premier trimestre et une durant le deuxième trimestre de la grossesse.

A propos de l'arrêt de l'alcool : 75% ont arrêté l'alcool au cours de la grossesse : deux patientes ont arrêté dès l'annonce de la grossesse et une en pré conceptionnel.

Pour la consommation de cannabis une patiente sur les deux qui en consommaient avant la grossesse a réussi à arrêter, et ce au cours du premier trimestre.

Au sein du groupe de patientes qui ont eu un parcours de PMA, 76,92% ont eu accès à une information concernant les risques de la consommation des différentes substances.

La question de la consommation de tabac a été posée à 69, 23% des patientes ; 53,85% ont été interrogées sur leur consommation d'alcool et 46,15% ont été sondées sur leur consommation de cannabis.

5.4 Entretien prénatal précoce

Un entretien prénatal, réalisé généralement au quatrième mois, a été effectué pour 32,41% des patientes au cours de leur grossesse.

Parmi les patientes de l'étude ayant eu accès à cet entretien, 46,81% des patientes avaient une conduite addictive. Pour les patientes qui en ont bénéficié 63,63% des patientes qui présentaient une addiction avant la grossesse ont réussi à arrêter leur consommation.

5.5 Nombre d'échographies effectuées

Le fait que les patientes aient au moins trois échographies peut signifier qu'elles ont eu un bon suivi de leur grossesse.

Concernant les patientes toxicomanes, 34,29% des patientes ont un suivi considéré comme bon.

De même 62,50% des patientes qui ont des addictions et un bon suivi de grossesse réussissaient à arrêter leur consommation.

6. L'interrogation sur les consommations et l'information sur le risque de ces consommations

La présence ou non d'addiction pendant la grossesse en fonction de l'intervention des professionnels quant à l'information et au dépistage des conduites addictives (n=145)

Paramètres :	Addiction	Absence d'addiction	P value
Information donnée sur les risques (n=95)	44,21%	55,79%	0,001
Question sur consommation tabac (n=73)	49,31%	50,69%	0,000
Question sur consommation alcool (n=59)	42,37%	57,63%	0,098
Question sur consommation cannabis (n=37)	43,24%	56,76%	0,194

L'arrêt ou non des consommations pendant la grossesse en fonction de l'intervention des professionnels quant à l'information et au dépistage des conduites addictives (n=145)

Paramètres :	Arrêt consommation	Absence d'arrêt	P value
Information donnée sur les risques (n=95)	69,05%	30,95%	0,088
Question sur consommation tabac (n=73)	63,89%	36,11%	0,979
Question sur consommation alcool (n=59)	76,00%	24,00%	0,077
Question sur consommation cannabis (n=37)	87,50%	12,50%	0,018

6.1 Informations données sur les risques liés à la prise de toxiques

Cette étude a montré que 65,52% de la population totale, avaient reçu une information sur les risques liés à la prise de toxique.

L'information donnée par les professionnels a touché 44,21% des patients qui avaient une consommation addictive ; cependant 16% des patientes qui avaient une conduite addictive n'ont pas reçu cette information.

De plus 69,05% des patientes qui ont reçu l'information et qui avaient une conduite addictive avant la grossesse, ont arrêté leur consommation.

6.2 Les questions concernant la consommation

Pour 48,96% de l'effectif de l'étude aucune question relative à n'importe quelle prise de toxiques n'a été abordée avec un professionnel.

Dans la population générale, 50,34% des patientes ont été questionnées sur leur consommation de tabac ; 40,69% sur leur consommation d'alcool et 25,51% sur leur consommation de cannabis.

Pourtant dans l'échantillon de patientes non questionnées, certaines présentaient une conduite addictive avant la grossesse ; en effet 9,72%

consommaient du tabac, 13,95% buvaient de l'alcool et 5,55% fumaient du cannabis.

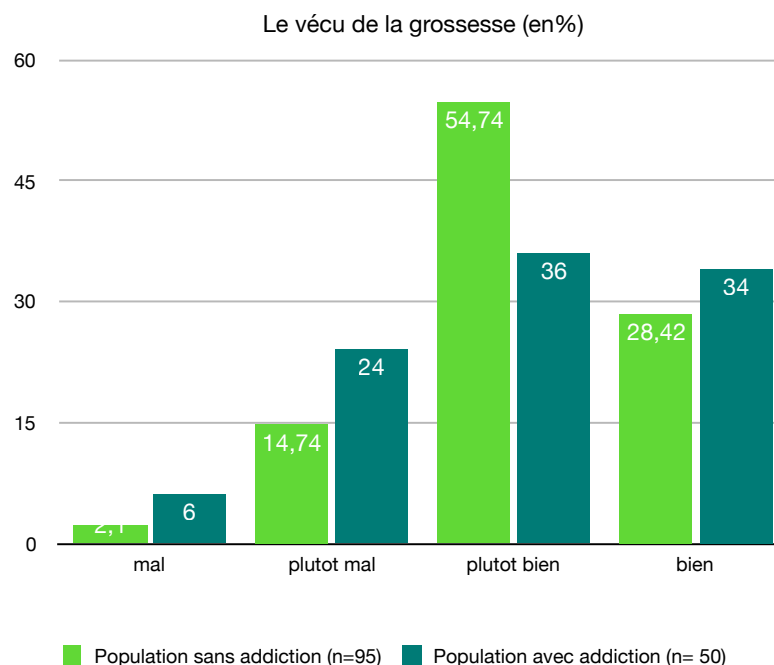
Lorsque la question sur la consommation est posée, l'arrêt a représenté : pour le tabac : 63,89%, pour l'alcool 76,00%, pour le cannabis 87,50%.

7. Le ressenti des patientes face aux questions des professionnels

Les questions du professionnel ont rendu les patientes mal à l'aise dans 15,86% des cas.

Au sein du groupe de patientes qui se sont senties jugées soit 18,62% (15,17% se sont senties peu jugées et 3,45% se sont senties beaucoup jugée) ; 59,26% d'entre elles consommaient du tabac avant la grossesse, 37,04% consommaient de l'alcool avant la grossesse et 22,22% consommaient du cannabis avant la grossesse.

Comparaison du vécu de la grossesse selon la consommation ou non de substance addiction (n=145)



Pour conclure cette étude, il a été constaté que 82,21% ont pu évoquer leur réelle consommation dans ce questionnaire alors que pour 13,79% des patientes cela n'a pas été possible.

IV. Analyse et discussion

1. Faiblesses et forces de l'étude

Le principal biais de l'étude est lié au fait que celle-ci est été menée sur une courte durée et dans les seules maternités de l'AP-HM qui ne sont pas représentatives de l'ensemble de la population marseillaise. De plus le fait que les hôpitaux concernés par l'étude soient de niveau trois peut englober une population autre que celle de Marseille puisqu'ils reçoivent régulièrement des transferts d'autres maternités limitrophes.

Le second biais est que l'étude est basée sur un auto questionnaire distribué aux patientes qui étaient volontaires. Ce qui explique que l'échantillon de population pour cette étude est restreint et que tous les résultats recueillis ne sont pas applicables à l'ensemble de la population.

Un grand nombre de refus de réponse au questionnaire n'a pas été expliqué par les patientes, ce qui représente un résultat en soit.

Une des limites de l'étude se trouve également dans le fait que les origines ethniques n'ont pas été abordées dans ce questionnaire. Or celles-ci peuvent possiblement intervenir dans les modes de consommation ou non des différentes substances et donc influencer le dépistage et la prévention (16).

De surcroit le sujet ne traite que d'une partie des produits responsables d'addiction et écarte les autres drogues illicites comme la cocaïne, l'héroïne ou encore les médicaments qui ont un usage détourné pour certains consommateurs. De même, les nouveaux modes de consommation comme la cigarette électronique, par exemple, ne sont pas évoqués alors que les usagers sont de plus en plus nombreux, selon le baromètre santé 2017 ils seraient 3,8 % à vapoter. De plus les effets sur la santé sont peu connus. Quant aux dommages éventuels causés sur la grossesse nous n'avons que peu de recul (22).

La force principale de l'étude réside dans le fait que certains résultats sont revenus significatifs malgré le faible échantillon. Cela va permettre la construction d'hypothèses fiables pour développer des pistes d'améliorations afin de faciliter la vie professionnelle des soignants et le quotidien des usagers.

L'étude aura permis de rappeler la multitude d'outils à notre disposition pour aider ces patientes ; ces outils ne sont pas toujours utilisés et parfois même méconnus. Cette étude souligne l'importance de l'information, du dialogue et de l'accompagnement des patientes qui présentent des addictions ; cela valorise donc l'implication des professionnels de santé et rappelle que la sage-femme est au cœur de ce dispositif de prise en charge.

2. Le profil des patientes présentant une addiction

Lors de l'étude différents paramètres socio-économiques ont pu être analysés ; un paramètre est revenu significatif. Il s'est démarqué des autres par son importance dans la prise en charge des conduites addictives.

En effet l'activité professionnelle de la patiente a un rôle capital dans sa consommation et son sevrage. Il a été montré que les patientes qui travaillaient avaient une consommation plus importante que celles sans activité professionnelle (47,27 % contre 26,67 %). Des études ont montré que le stress et la pénibilité physique et/ou psychologique de certaines professions favorisaient l'augmentation de la consommation de substances psycho actives (23)(24). En effet cette consommation active le système de la récompense en libérant de la dopamine ce qui procure un sentiment de plaisir et donc de bien-être (25).

De même lorsqu'il s'agit d'arrêter leur consommation les patientes en activité arrêtent plus que celles qui n'en n'ont pas (84,61 % contre 58,33 %). L'activité professionnelle est un facteur favorisant la diminution ou l'arrêt des consommations dans le cas de la population générale mais aussi pendant la grossesse (26).

Concernant les autres paramètres étudiés, ils ne se sont pas révélés significatifs. Les résultats retrouvés dans l'étude ne sont donc pas toujours en accord avec les autres études qui ont montré que le jeune âge, l'absence de conjoint et la précarité étaient eux aussi des facteurs favorisant l'addiction.(26) Il est possible de penser que ces différences de résultats sont liées au faible échantillon de

l'étude car le jeune âge, le célibat et la précarité peuvent être des facteurs de stress qui participent à initier ou poursuivre une conduite addictive.

Dans cette étude l'âge moyen des femmes correspond à celui de l'âge moyen de la mère au moment de l'accouchement en 2019 déclaré par l'INSEE (10).

Pourtant cette étude révèle que la population de 32 ans et plus a une tendance plus élevée à consommer du tabac et de l'alcool que celle de 31 ans et moins. Ici le jeune âge ne semble pas être un facteur de risque d'addiction.

Tout comme le jeune âge, dans cette étude, la précarité ne peut pas être considérée comme facteur favorisant d'addiction car les patientes qui habitaient un logement classique consommaient plus de toxiques que les autres. Dans ce travail, la précarité semble tout de même être un facteur de risque de poursuite de l'addiction pendant la grossesse. En effet les patientes habitant un logement classique ont plus de facilité à arrêter leur consommation pendant la grossesse (65,22 % contre 50 %).

Même si une faible part de la population de l'étude avait un logement précaire et une addiction, la question du financement de ces addictions reste entière ; à l'heure où le coût de ces addictions ne cesse d'augmenter (27)(28)(29).

Le schéma familial de l'étude est semblable à celui de l'étude de l'INSEE en 2015, en effet les proportions sont assez ressemblantes (30).

Les patientes célibataires présentent plus souvent des addictions que celles en couple. De plus leur dépistage est important car dans l'étude près de la moitié de ces femmes n'ont pas réussi à arrêter leur consommation pendant la grossesse. L'hypothèse que le célibat est un facteur favorisant de conduite addictive peut être envisagée. Dans ce cas les patientes dites célibataires sont en réalité des mères isolées ou du moins présentant un schéma familial où le père sera peu présent au quotidien. Elles devront faire face seule à un certain nombre de difficultés : le poids financier, l'accumulation des rôles familiaux et l'énergie dépensée pour offrir à l'enfant un foyer confortable, affectent réellement la santé de ces femmes, elles sont donc enclines à développer des addictions (31).

Dans cette enquête la consommation du conjoint n'a pas été abordée pourtant elle a une place importante dans la prise en charge des patientes qui présentent des conduites addictives (32). Quand le conjoint poursuit ses conduites addictives ou qu'il est peu soutenant cela représentera un frein au sevrage de la patiente. Il est donc important de questionner les patientes sur la consommation de produits addictifs de leur conjoint pour prendre en charge la patiente et son environnement (21)(33). Ici encore la sage-femme a un rôle à jouer puisqu'elle peut prescrire des substituts nicotiques au conjoint fumeur d'une patiente (34). Il a été montré que lorsque l'entourage proche présente des conduites addictives ou instaure un climat de permissivité vis à vis de ces substances, il favorise les conduites addictives. Pour l'initiation comme pour la reprise de ces conduites, l'entourage a un rôle important. Par extension, comme dans la population générale, on peut supposer que la rechute ou non dans l'addiction après l'accouchement pourra être influencée par l'entourage (35).

Il se comprend alors que pour les autres études (21)(26), ces variables peuvent être considérées comme des facteurs environnementaux qui engendrent un stress, une inquiétude que la patiente gère en consommant des toxiques. Il faut donc faire attention en tant que professionnel de santé à ne pas avoir de représentation trop marquée sur la patiente qui va avoir des addictions. Mais au contraire être à l'écoute et accompagner les femmes qui semblent être vulnérables quel que soit leurs critères de vulnérabilité.

De plus d'autres indicateurs comme les antécédents de la patiente peuvent présenter un intérêt dans le dépistage des addictions.

Deux paramètres sont revenus significatifs lors de l'étude. Premièrement le fait que la patiente soit primipare a montré qu'elle aura plus de chance d'arrêter sa consommation pendant la grossesse qu'une patiente multipare ; en effet 100% des primipares ont arrêté leur consommation contre seulement 48,57% pour les multipares. Il est possible de penser que l'arrivée d'un premier enfant entraîne plus d'inquiétude, de questionnement face à l'inconnu de cette nouvelle situation. En effet le soutien à la parentalité est de plus en plus évoqué et nécessaire pour accompagner les parents et futurs parents dans leur rôle (36).

La place de la sage-femme dans l'accompagnement n'est plus à démontrer, en effet c'est elle qui fournira les premières clefs à la parentalité pendant les cours de préparation à l'accouchement mais bien sûr tout au long de la parentalité grâce au lien privilégié qu'elle entretient avec les parents.

Deuxièmement les patientes qui présentaient une addiction avaient pour 48,21% un antécédent dépressif. Selon l'INSERM (37), « la dépression est par définition associée à un dysfonctionnement social à une souffrance personnelle majeure, qui peut avoir des conséquences parfois lourdes en termes de fonctionnement social, de santé et même de décès (...) »

L'état émotionnel complexe engendré par la grossesse associée à la vulnérabilité d'un antécédent dépressif peuvent rendre difficiles à appréhender cette situation pour ce profil de patientes (38). Il en sera de même lors du post partum où une attention particulière devra être portée à ces femmes.

Tout d'abord au moment de la dépression transitoire, plus communément appelée « baby blues », cette période est fréquente durant la première semaine du post partum, sa durée est de deux à trois jours, de plus elle est relativement modérée. Puis pour dépister une dépression du post partum qui perturbera le quotidien de manière plus importante et pendant plus longtemps puisqu'elle se définit sur une période supérieure à deux semaines (39).

Bien que ces autres paramètres, suivi médical régulier avant la grossesse et suivi psychologique, ne soient pas significatifs ils ne sont pas à négliger dans la pratique courante car ils offrent une piste quant au terrain de vulnérabilité de la patiente.

En effet les patientes qui présentaient une addiction étaient moins nombreuses à avoir eu un suivi médical régulier que les patientes sans addiction. Les patientes sous addiction semblent éviter de rencontrer les professionnels de santé. Pourtant il est reconnu que l'addiction engendre un grand nombre de comorbidités (1). Il est à noter que les patientes avec un suivi psychologique ont majoritairement (66,66%) arrêté leur consommation durant la grossesse. Là encore il semble logique que la présence d'un professionnel attentif et à l'écoute soit de meilleur pronostic quant à l'arrêt des consommations ; le patient se sent soutenu, en confiance et accompagné, c'est bien sûr un élément essentiel du sevrage (40). Cette présence permet d'informer, de dépister et ensuite d'orienter vers le réseau professionnel qui s'est créé autour de l'addiction. Ce réseau où

chaque structure, chaque corps de métier, chaque professionnel à un rôle à jouer pour améliorer les conditions de vie de ces patientes.

L'ensemble de ces indicateurs fait partie de l'anamnèse systématique des professionnels, il faut seulement penser à intégrer l'addiction dans les pathologies à dépister systématiquement pendant la grossesse, comme le recommande l'HAS : « Le projet de grossesse et la grossesse représentent un moment privilégié pour l'arrêt des consommations potentiellement nocives. Cet arrêt doit être encouragé et la femme doit être orientée vers un consultation et un service médico-social spécialisés pour être aidée » (18). Malgré ces recommandations le dépistage et l'orientation de ces patientes ne sont pas toujours réalisés.

Ces indicateurs sont des standards mais ne vont évidemment pas dépister toutes les patientes toxicomanes. En effet il y a autant de profil de toxicomanes que de modes et types de consommation de ces substances. Le stéréotype du patient marginal qui consomme des substances psychoactives doit sortir de l'esprit des professionnels (14)(21)(41). Peut-être que dresser une liste de facteurs de risque d'addiction permettrait de ne pas passer à côté de ces patientes, comme cela peut encore arriver, et laisserait le champs libre au professionnel pour rechercher l'addiction chez toutes les patientes qu'il reçoit même celles qui ne présentent, à priori, pas ces facteurs de vulnérabilité.

Il faut donc que les professionnels s'appliquent à rechercher systématiquement toutes les addictions comme n'importe quelle autre pathologie.

3. Les moyens de dépistage

3.1 Par l'anamnèse

Les professionnels de santé peuvent articuler leur échange avec leurs patients grâce aux 5 A (ask, advice, assess, assist, arrange) : demander, conseiller, évaluer, aider, organiser. Cette méthode est indiquée pour le dépistage des addictions lors d'une consultation.

En consultation la question « avez-vous une consommation de tabac, d'alcool, de cannabis ou autres pendant la grossesse ? » devrait être posée systématiquement.

Pourtant selon l'étude, 48,96% des patientes déclaraient qu'aucun professionnel de santé ne leur avait demandé leur consommation de toxiques (toutes substances confondues). Lors de cette étude le taux de femmes interrogées par un professionnel sur leur consommation de substance est nettement plus bas que celui décrit lors de l'Enquête nationale périnatale de 2016 (13).

La première question posée concerne la consommation de tabac, suivie par celle sur l'alcool et enfin sur le cannabis. Cette hiérarchisation des substances semble être liée aux volets licite et illicite des produits. En effet les questions sur la consommation de tabac et alcool, substances présentes dans notre culture depuis toujours, semblent moins embarrassantes à poser pour les professionnels (42).

Selon le Baromètre santé 2017, 40% des femmes enceintes ou mères de jeunes enfants déclarent ne pas avoir été informées des risques de la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse (12). Dans l'étude ce pourcentage est proche : 34,48%.

Malgré une volonté nationale des plus grandes instances de santé quant aux dépistages systématiques des addictions les professionnels ne sont pas encore assez préparés. Beaucoup semblent prêt à suivre une formation en addictologie dans le cadre de leur formation continue et semblent donc intéressés par ce sujet (42).

A noté également, il a été prouvé que l'utilisation d'auto questionnaire en salle d'attente permettait de révéler plus de conduites à risque que simplement par l'interrogatoire (43).

3.2 Les tests de dépistage

Pour dépister la dépendance à la nicotine, à l'alcool et au cannabis ; trois tests validés sont à la disposition des professionnels de santé.

De plus l'association de plusieurs de ces tests peut être nécessaire, en effet une poly consommation est à relever chez 20 % des patientes (ce pourcentage est proche de celui retrouvé au niveau national (44) : 19%) 10,34 % des patientes consommaient de l'alcool et du tabac avant la grossesse ; 6,21 % consommaient du tabac et du cannabis et 3,45 % consommaient de l'alcool et du cannabis : « ces patientes en réalité consommaient les 3 types de substances » . Pourtant les effets de la poly consommation ne sont pas encore bien connus (41).

Ces outils permettent de caractériser le niveau de dépendance des patients et ainsi améliorer leur prise en charge et leur suivi ; en effet la dépendance avant la grossesse est un facteur essentiel d'échec de sevrage tabagique (45). Il est possible d'imaginer que ceci est applicable aux autres types de substances addictives puisque dans chacune d'elles le système de la récompense est impliqué.

Les patientes qui ne présentent pas de dépendance ou une faible dépendance au produit ont plus de facilité à arrêter leur consommation. Il semble raisonnable de penser que dans le cas d'une faible dépendance par exemple, la consommation relève d'habitude, de reflexe de vie et que le processus cérébral n'est pas encore ancré. L'évènement de la grossesse puis de l'arrivée de l'enfant pourrait modifier les habitudes de ces patientes ce qui leur permettraient d'arrêter leur consommation plus facilement que les autres.

Toutefois, une patiente qui arrête spontanément sa consommation sera moins accompagnée par les professionnels ensuite. Or beaucoup reprendront leur consommation après l'accouchement (46). Notre rôle en tant que professionnel de la périnatalité ne s'arrête pas après l'accouchement ; il faut apporter les outils de sevrage à ces femmes pour qu'elles pérennisent leur arrêt.

3.3 L'entretien prénatal précoce

L'entretien prénatal précoce (EPP) est un moment d'échange et d'écoute pour la patiente ou le couple ; il peut se faire avec une sage-femme ou un médecin afin d'aborder le déroulement de la grossesse, l'accouchement et les questionnements des parents. Ce moment est idéal pour évoquer les difficultés médicales, sociales ou psychologiques et donc les addictions. Cet entretien marque en principe le début des autres séances de préparation à la naissance et à la parentalité ainsi que l'orientation vers les professionnels compétant en cas de difficultés.

Cette étude a montré que les patientes ayant eu accès à cet entretien ont arrêté leur consommation plus facilement que les autres. En effet le temps d'une consultation est court et il est difficile de faire un interrogatoire et un examen clinique complet et de qualité. Ce moment privilégié est idéal pour évoquer ce type de problématique. Pourtant peu de femmes dans l'étude en ont profité. L'EPP va prendre toute sa place et rentrer dans le suivi de grossesse de manière plus importante ; en effet il sera obligatoire à partir de mai 2020 (47). De plus il pourra intégrer l'entretien motivationnel ou du moins l'évoquer pour un prochain rendez-vous. En effet cette technique est utilisée lorsque l'on veut aborder un changement pouvant impacter la santé du patient, tout en gardant à l'esprit que le patient n'est peut-être pas encore prêt à changer. Au sein de cet échantillon de femmes présentant une addiction, peu souhaitent être accompagnées par un professionnel dans leur sevrage.

4. Les freins au dépistage

4.1 Le manque d'informations véhiculées sur le risque de ces substances

Même si la majorité des professionnels donne une information aux patientes, encore trop de patientes n'en reçoivent pas ; celles-ci peuvent être consommatrice et donc faire que l'on passe à côté du dépistage. L'étude montre que les patientes ayant reçu cette information arrêtent plus facilement leur consommation, cela prouve donc combien l'information est primordiale.

4.2 L'absence de questionnement des consommations

Selon l'étude de De Manheulle, il semble que peu de professionnels sont formés en addictologie (25%) et seulement 63% des professionnels interrogés recherchent la consommation d'alcool, tabac, cannabis et autres substances illicites (42). Les problèmes qu'ils soulèvent sont liés à la difficulté d'aborder ces sujets, le manque de temps en consultation ainsi que la peur de ne pas savoir prendre en charge ces patientes.

Ceci peut également expliquer le manque d'informations transmis aux patientes, comme vu précédemment.

Les professionnels peuvent parfois se sentir gênés de questionner ces pratiques et ne posent pas les questions par crainte de froisser les patientes. Pourtant dans cette étude peu de patientes se sentent mal à l'aise face à ce type d'interrogation. Le professionnel de santé devrait pouvoir se sentir libre de questionner ces conduites au même titre que la prise de poids au cours de la grossesse ; puisque ces questions n'ont pour but que de préserver la santé de la mère et du fœtus.

4.3 Le manque d'entretien préconceptionnel ou prénatal

Dans le cas de maladie chronique maternelle antérieure à la grossesse, l'accord de l'équipe médicale est nécessaire avant de débiter une grossesse et un entretien préconceptionnel est planifié afin que la grossesse débute au moment le plus propice et dans les meilleures conditions.

Si cet entretien préconceptionnel était plus répandu dans la population générale, la prise en charge des addictions pourrait débiter en amont de la grossesse et donc permettre une prise en charge de meilleure qualité.

L'étude montre que les addictions auraient pu être accompagnées plus précocement dans la mesure où la grande majorité des grossesses étaient prévues.

L'arrêt le plus précocement possible de toute addiction étant souhaitable, et sachant que le premier trimestre est un moment sensible car le fœtus se développe, ces organes se forment, c'est l'organogénèse ; il serait préférable de réaliser l'entretien prénatal avant le quatrième mois. Beaucoup de patiente n'ont

pas accès à cette entretient ce qui diminue leur chance d'arrêt même si celui-ci est tardif dans la grossesse ; il reste important.

De même, le parcours d'une PMA est souvent long et rythmé par un nombre important de consultations. Pourtant même dans ce cas, le questionnement sur les conduites addictives des patientes prise en charge n'est pas systématique. La consommation de substances étant pourtant une des causes potentielles de l'infertilité. Ici encore l'entretien prénatal a été fait pour moins de la moitié de ces patientes.

5. L'évolution des consommations : du préconceptionnel à la fin de la grossesse

Les chiffres clefs de l'étude :

- 16,55% des patientes fumaient pendant la grossesse (20% selon le Baromètre santé 2017)
- 1,38% des patientes continuaient de boire de l'alcool pendant la grossesse (10,7% selon le Baromètre santé 2017)
- 2,72% des patientes consommaient du cannabis pendant la grossesse (2,1% selon l'Enquête périnatale 2016)

Si la prévalence de la consommation de tabac et de cannabis sont proches de celles nationales, la différence quant à la consommation d'alcool est flagrante. Elle pourrait tout d'abord s'expliquer par le fait que l'échantillon de l'étude soit faible mais également par le fait que dans l'étude près de la moitié (43,33%) des patientes avaient continué à boire de l'alcool pour des occasions alors que quasiment toutes (93,33%) avaient déclaré avoir arrêté leur consommation d'alcool.

5.1 La consommation de tabac

Lors de la grossesse le métabolisme nicotinique est augmenté ce qui entraîne une modification de la consommation avec un risque d'augmentation des symptômes de sevrage ou même de l'envie de fumer (38).

Dans l'étude on remarque plusieurs faits marquants :

Tout d'abord que 31,43% des patientes avaient totalement arrêté leur consommation et que pour plus de la moitié (54,54%) d'entre elles, l'arrêt s'était fait dès l'annonce de la grossesse. Plus précoce sera l'arrêt du tabac dans la grossesse meilleure seront les chances de diminuer les risques associés à la consommation de tabac (obstétricaux, fœtaux) ; sans compter la valorisation pour la mère.

De plus, 65,71% des patientes ont diminué leur consommation au cours de la grossesse, parmi lesquelles 56,52% avaient une dépendance forte à moyenne à la nicotine. L'arrêt est évidemment préconisé mais la diminution de la consommation de tabac permet tout de même d'abaisser les risques obstétricaux (hématome rétro placentaire, placenta praevia,...) et fœtaux (prématurité, retard de croissance intra utérin,...) (38).

Pour finir 2,86% des patientes n'ont pas modifié leur consommation et avaient une dépendance forte à la nicotine. Il est évident que modifier ses pratiques est difficile et que probablement toutes les patientes n'y parviendront pas, mais il faut pouvoir être sûr que tous les outils en notre possession auront été proposés à ces femmes.

Sans accompagnement le risque de reprise de consommation de tabac en post partum est plus élevé (48)(49).

Ceci peut être dû au fait, comme évoqué précédemment, de l'influence de l'entourage ou au contraire de l'isolement, du stress engendré par le retour à domicile ou encore la reprise du quotidien et de ces habitudes tabagiques, la cigarette avec le café ou d'autres rituels propices à la consommation.

5.2 La consommation d'alcool

Si quasiment toutes (93,33%) les patientes avaient déclaré arrêter de boire de l'alcool pendant la grossesse il semblait surprenant de retrouver chez 43,33% des patientes une consommation occasionnelle d'alcool, ce pourcentage est légèrement supérieur à celui d'une autre étude sur le sujet (50). Il apparaît que le message « Zéro alcool pendant la grossesse » ne soit pas connu ou compris de tous. Il serait peut-être bon d'insister lors des consultations sur le fait que la dose « à risque » n'est pas connue et que l'alcool est possiblement tératogène quel que soit le terme de la grossesse (51).

Cependant pour les patientes qui avaient une consommation occasionnelle il se trouve qu'elles avaient des profils de dépendance très différents, ce qui prouve bien qu'il est nécessaire de re-sensibiliser toute la population quant aux risques liés à l'alcool.

Concernant les patientes ayant arrêté leur consommation la majorité l'avait fait à l'annonce de la grossesse. Même si lorsqu'une grossesse est prévue l'idéal serait d'arrêter la consommation d'alcool avant la conception de l'enfant, l'arrêt total au moment de la découverte de la grossesse semble correct sachant que pour la plupart des patientes celle-ci arrive au cours du premier trimestre.

5.3 La consommation de cannabis

L'étude révèle que la plupart des patientes ont arrêté leur consommation, ce qui est encourageant mais semble encore trop peu, au vu des risques du cannabis sur la grossesse, la mère et le fœtus (petit poids de naissance, prématurité) (46)(52)(53).

En effet sa consommation est concomitante à celle du tabac, les risques de celui-ci y sont donc ajoutés. Pour 40 % des patientes qui ont arrêté leur consommation ; cette dernière s'est produite après le premier trimestre, cette durée importante entre le moment de la découverte de la grossesse et l'arrêt de la consommation augmente les risques pour la grossesse et le fœtus.

La modification de la consommation de cannabis n'a pas été possible chez 11,11% des patientes. Si là encore l'arrêt total est l'idéal une diminution aurait

été préférable dans leur cas. L'étude révèle : un manque de questionnement autour de la consommation de cannabis pour les patientes qui n'ont pas réussi à arrêter ; nous sommes en droit de penser que si la question avait été posée au moins l'une d'entre elles aurait été suffisamment informée et accompagnée pour arrêter sa consommation et mener une grossesse à moindre risque.

V. Conclusion :

Ce travail a un but informatif quant à la consommation des patientes marseillaises ; avoir des chiffres propres à son environnement de travail permet de pointer une réalité parfois oubliée. Il souligne l'importance de l'utilisation du réseau crée autour de l'addiction pour prendre en charge ces patientes au mieux. Mais également de la nécessité de considérer les grossesses chez les femmes avec des addictions comme des grossesses à haut risque et donc de s'appliquer à les dépister systématiquement. L'étude a montré que le professionnel santé a une place centrale dans l'information, le dépistage et le sevrage de ces patientes. Il ne doit pas être influencé par ces représentations de la patiente consommatrice de substances psycho actives, même si certains facteurs de risques d'addiction se sont révélés significatifs, il doit s'attacher à dépister et informer toutes ses patientes même celles qui ne semblent présenter aucun de ces facteurs.

La question du moment de l'arrêt des consommations de manière générale relance un élément important dans la prise en charge des grossesses, l'entretien préconceptionnel. Le premier trimestre est soumis à la loi du « tout ou rien », si on pouvait limiter l'exposition aux substances tératogènes, pourquoi s'en priver ? « Pour une grossesse zéro risque, dès l'arrêt de la contraception c'est 0 tabac, 0 alcool, 0 cannabis »

Pour les patientes qui présentaient des conduites addictives, beaucoup ne souhaitent pas être accompagnées dans leur sevrage pendant la grossesse. Le fait qu'elles se sentaient jugées ou mal à l'aise peut être exclu puisque l'étude montrait que cela ne venait pas de là. Alors d'où cela peut-il venir ? Un manque de temps, d'écoute de la part des professionnels ou bien un manque de sensibilisation quant aux risques liés à la consommation de substances

psychoactives pendant la grossesse. Peut-être que l'approche choisie par les professionnels est encore trop médicale et ne laisse pas place à d'autres méthodes moins connues des patientes comme l'entretien motivationnel, l'entretien prénatal, l'accès à un addictologue. En sortant du cadre standard et médical des consultations de grossesse, la patiente pourrait peut-être accepter l'aide qu'on lui propose. Le dépistage a pour fonction d'orienter les patientes et de répondre à leur besoin, si un arrêt de la consommation semble impossible pour la patiente alors une diminution sera un grand pas qu'il faudra accompagner et valoriser. De plus la sensibilisation des populations sur ces sujets pourrait permettre une baisse des morbidités de ces enfants plus tard, en effet la consommation de substance psychoactives semble avoir un impact sur le fœtus mais aussi sur l'enfant et sur l'adulte. Il suffit de peu pour améliorer la santé des adultes de demain et cela commence dès aujourd'hui.

VI. Bibliographie

1. Nalpas B. Addictions du plaisir à la dépendance [Internet]. inserm.fr. 2014 [cité 11 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/addictions>
2. Brisacier A-C, Lermenier-Jeannet A, Palle C. Morbidité et mortalité liées aux drogues. 2019;drogues et addictions, données essentiels:11.
3. Lermenier-Jeannet A. Tabagisme et arrêt du tabac en 2018. févr 2019;9.
4. Naassila M, Nalpas B. Alcool & Santé [Internet]. inserm.fr. 2016 [cité 11 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alcool-sante>
5. Spahn C. Addictions et périnatalité : quels enjeux ? Vocat Sage Femme. 17 mai 2010;9(82):12-8.
6. Richard J-B, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. Consomm Alcool Comportements Conséq Pour Santé. 9 févr 2019;89-97.
7. Brisacier A-C, Brissot A, Cadet-Taïrou A, Gandilhon M, Janssen E, Le Nézet O, et al. Drogues, chiffres clés 2019. Drogue Chiffres Clés. juin 2019;8:8.
8. Spilka S, Richard J-B, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, et al. Les niveaux d'usages des drogues illicites en France en 2017. OFDT [Internet]. oct 2018 [cité 7 mars 2020];(128). Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxssyb.pdf>
9. Cantiteau C, Cortaredona S, Verger P. Usages de tabac, d'alcool et de drogues illicites et pratiques de jeu en région Paca. Baromètre Santé 2010. févr 2013;28.
10. Insee. Âge moyen de la mère au moment de l'accouchement [Internet]. insee.fr. 2020 [cité 7 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390>
11. Papon S, Beaumel C. Bilan démographique 2019 [Internet]. insee.fr. 2020 [cité 6 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3692693?sommaire=1912926>
12. Richard J-B, Andler R, Cogordan C, Demiguel V, Regnault N, Guignard R, et al. Consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse. 18 sept 2018;Baromètre santé 2017:9.
13. Coulm B, Bonnet C, Blondel B, Vanhaesebrouck A, Vilain A, Fresson J, et al. Enquête nationale périnatale [Internet]. Inserm; 2017 oct [cité 7 mars 2020] p. 317. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_enp_2016.pdf
14. Brisacier A-C, Cadet-Taïrou A, Díaz-Gómez C, Douchet M-A, Gandilhon M, Le Nézet O, et al. Addiction en région PACA : consommation de substances psychoactives et offre médicosociale. juill 2019;68.
15. Kopp P. Le coût social des drogues en France. 2015;10.
16. Simmat-Durand L. Grossesse et drogues illicites. Déviance Société. 2002;26(1):105-26.
17. Simmat-Durand L. La mère toxicomane et le placement de l'enfant : des temps inconciliables. Drogue Santé Société. déc 2007;6(2):11-45.
18. HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes ? HAS [Internet]. avr 2005 [cité 7 mars 2020];recommandations professionnelles. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf
19. Simmat-Durand L. La mère toxicomane, au carrefour des normes et des sanctions. Déviance Société. 1 déc 2007;31(3):305-30.
20. Lejeune C. Conséquences périnatales des addictions. Arch Pédiatrie [Internet]. 11

- juin 2007 [cité 14 nov 2018];14(6). Disponible sur: <http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/article/62333/resultatrecherche/11>
21. Whittaker A. Guide concernant l'usage de substance psychoactives pendant la grossesse. *Respadd*. juin 2011;340.
 22. Pasquereau A, Quatremère G, Guignard G, Andler R, Verrier F, Pourchez J, et al. Usage de la cigarette électronique, tabagisme et opinions des 18-75 ans. *Baromètre Santé 2017*. juin 2019;17.
 23. Palle C. Synthèse de la revue de littérature sur les consommations de substances psychoactives en milieu professionnel. 8 oct 2015;12.
 24. Crespin R, Lhuilier D, Lutz G. Se doper pour travailler. 2017;352.
 25. Koob G. The role of CRF and CRF-related peptides in the dark side of addiction. *Brain Res*. févr 2010;1314:3-14.
 26. Piazza P-V. Facteurs de risque, facteurs de protection [Internet]. *drogues.gouv.fr*. 2015 [cité 28 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/facteurs-de-risques-facteurs-de-protection>
 27. direction de l'information légale et administrative. Cigarettes et tabac à rouler : les prix changent au premier mars 2020 [Internet]. *Service-Public.fr*. 2020 [cité 6 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A13851>
 28. Synthèse thématique : cannabis [Internet]. *ofdt.fr*. 2018 [cité 6 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/cannabis/>
 29. direction générale des douanes et droits indirects. Taux des droits sur les alcools et les boissons alcoolisées applicables au premier janvier en 2020 [Internet]. *douane.gouv.fr*. 2019 [cité 6 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.douane.gouv.fr/fiche/droits-des-alcools-et-boissons-alcooliques>
 30. Insee. Ménages - Familles – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. *insee.fr*. 2019 [cité 21 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676599?sommaire=3696937>
 31. conseil de l'Europe. Les aspects psycho sociaux des familles monoparentales [Internet]. conseil de l'Europe. [cité 6 mars 2020]. Disponible sur: https://www.coe.int/t/dg3/health/reportsingleparents_FR.asp
 32. de Larocque G, Wecker A-S, Usubelli L. Thérapie étayée par le conjoint en addictologie. *sexologies*. 23 oct 2015;24(4):163-9.
 33. Baghulou S, Carpentier M, Chauvey V, Dessy A, Housni J, Lapeyre h, et al. Conduites addictives : travailler pour et avec les personnes de l'entourage [Internet]. Association Nationale de Prévention en alcoologie et addictologie. 2018 [cité 6 juill 2020]. Disponible sur: https://www.anpaapdl.org/_docs/Fichier/2019/5-190327112500.pdf
 34. Ministre du travail, de l'emploi et de la santé. Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires [Internet]. *legifrance.gouv.fr*. 2020 [cité 6 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024686131>
 35. Reynaud M, Aubin H-J, d'Autume C, Barbier C, Basset B, Beraud J, et al. Usage nocif de substances psychoactives [Internet]. Paris: Direction générale de la santé; 2002 [cité 6 mars 2020] p. 277. (La documentation française). Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/024000138.pdf>
 36. Lamboy B. Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? *Devenir*. 2009;21:31-60.
 37. Gardier A, Corruble E. Dépression : mieux comprendre pour la guérir durablement [Internet]. *inserm.fr*. 2019 [cité 6 mars 2020]. Disponible sur:

- <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/depression>
38. Grangé G, Legendre G, Berveiller P. Tabac et grossesse. 2020.
 39. Moldenhauer. Dépression du post partum [Internet]. Le manuel MSD. 2018 [cité 6 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/gynécologie-et-obstétrique/soins-du-post-partum-et-troubles-associés/dépression-du-post-partum>
 40. Laqueille X, Liot K. Addictions : définitions et principes thérapeutiques. *Inf Psychiatr.* 2009;85:611-20.
 41. Dumas A, Simmat-Durand L, Lejeune C. Grossesse et usage de substances psychoactives en France. Synthèse de la littérature. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1 nov 2014;43(9):649-56.
 42. de Manheulle P. État des lieux des pratiques professionnelles autour des addictions en périnatalité au sein du centre hospitalier intercommunal de Poissy Saint Germain et de son bassin libéral [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01002249/document>
 43. Fline-Barthes M-H, Vandendriessche D, Gaugue J, Urso L, Therby D, Subtil D. Dépistage des situations de vulnérabilité psychosociale et toxicologique pendant la grossesse : évaluation d'un auto-questionnaire par comparaison aux données du dossier médical. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* mai 2015;44(5):433-42.
 44. Polyconsommation [Internet]. ofdt.fr. [cité 4 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/dd05ppol.pdf>
 45. Grangé G, Wirth N. Tabagisme et femmes enceintes. *CNGOF.* :105-13.
 46. Lejeune C. Femmes enceintes toxicomanes et périnatalité. *Alcoologie Addictologie.* févr 2007;29(4):443-8.
 47. séance du 30 novembre 2019 [Internet]. Sénat. 2019 [cité 2 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/seances/s201911/s20191130/s20191130025.html>
 48. Houdebine E, Guillaumin C, Rouquette A, Dagorne C, Madzou S, Fournie A, et al. Le tabagisme gravidique. Étude descriptive et facteurs pronostiques d'arrêt du tabac pendant la grossesse. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* avr 2009;38(2):155-60.
 49. Touzeau H. La reprise du tabac durant la période du post partum : recherche clinique et conseils pour la pratique. *Cour Addict.* juin 2010;(2):2.
 50. Krefte-Jaïs C, Davies J. Prévention de l'alcool pendant la grossesse. In Paris; 2013. p. 32.
 51. Subtil D, Fourmaintraux A, Danel T. Alcool pendant la grossesse : tératogène et neuro-toxique. *CNGOF* [Internet]. 27 nov 2003 [cité 2 mars 2020];27. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2003_go_307_subtil.pdf
 52. Delcroix M-H. La grossesse et le tabac [Internet]. Presses Universitaires de France. 2017 [cité 2 mars 2020]. 128 p. (que sais je ?). Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/la-grossesse-et-le-tabac--9782130794738.htm?contenu=sommaire>
 53. Beck F, Spilka S, Nguyen-Thanh V, Gautier A, Le Nézet O, Richard J-B. Cannabis : usages actuels en population adulte. *Baromètre Santé* 2016. juin 2017;(119):4.

VII. Annexes

Annexe 1 : Questionnaire distribué, à l'intention des patientes

Étude de la prévalence des consommations addictives chez la femme enceinte

Enquête anonyme

- Quel âge avez-vous ? _____
- Votre situation familiale :
 - Concubinage
 - Séparée ou divorcée
 - Veuve
 - Parent isolée
 - Mariée
- Vous habitez actuellement :
 - Une maison ou un appartement dont vous êtes locataire ou propriétaire
 - Chez des amis ou de la famille
 - Dans un logement mobile (camping-car, caravane)
 - Autres, précisez : _____
- Concernant votre activité professionnelle, êtes-vous actuellement :
 - En activité
 - Au chômage
 - En invalidité
 - Étudiante
 - Autre, précisez : _____
- Bénéficiez-vous de la CMU (couverture maladie universelle) ?
 - Oui
 - Non
- Bénéficiez-vous de l'AME (aide médicale d'état) ?
 - Oui
 - Non
- Antécédents médicaux et psychologiques :
- Avez-vous un suivi médical régulier ? (Voyez-vous votre généraliste une fois par an)
 - Oui
 - Non
- Combien de fois avez-vous été enceinte avant cette grossesse ?
 - 0
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4 et plus

- Avez-vous eu des périodes de dépression (tristesse intense qui dure dans le temps) dans votre vie ?

- Oui
- Non

- Avez-vous déjà été suivie par un psychologue ou un psychiatre ?

- Oui
- Non

- Avez-vous déjà eu un problème de dépendance à une substance ?

- Tabac
- Alcool
- Cannabis
- Médicament
- Autres, précisez : _____

Si oui, en avez-vous déjà parlé à un professionnel de santé (médecin, sage-femme, psychologue ...) ?

- Oui
- Non

Si oui lequel, _____

Si non, Pour quelle raison n'en avez-vous pas parlé ? _____

→ Consommation de Tabac

Avant la grossesse (au cours de l'année précédant la grossesse)

- Fumiez-vous du tabac avant votre grossesse

- Oui
- Non

Si oui, merci de répondre aux questions suivantes :

- Quand aviez-vous envie de fumer votre première cigarette après le réveil ?
 - Dans les 5 premières minutes
 - Entre 6 et 30 minutes
 - Entre 31 et 60 minutes
 - Après 60 minutes
- Trouviez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits où cela est interdit ?
 - Oui
 - Non
- Quelle était la cigarette à laquelle vous auriez eu le plus de mal à renoncer ?
 - La première
 - Une autre
- Combien de cigarette fumiez-vous par jour ?
 - 10 ou moins
 - 11 à 20
 - 21 à 30

- 31 ou plus
- Fumiez-vous davantage au cours des premières heures qui suivent le réveil que durant le reste de la journée ?
- Oui
- Non
- Si vous étiez malade (bronchite, angine...), arrêtiez-vous totalement de fumer ?
- Oui
- Non

Pendant votre grossesse :

- Si vous fumiez avant la grossesse, avez-vous diminué votre consommation de tabac au cours de la grossesse ?
- Oui
- Non
- Combien de cigarettes fumiez-vous par jour en moyenne ?
- 0
- Entre 1 et 5
- Entre 6 et 10
- Entre 11 et 20
- 1 paquet par jour
- 1 paquet et demi par jour, ou plus
- Si vous fumiez avant la grossesse, avez-vous arrêté totalement de fumer ?
- Oui
- Non

Si oui, précisez quand vous avez arrêté de fumer :

- A l'annonce de la grossesse
- Premier trimestre
- Deuxième trimestre
- Troisième trimestre

Si non, auriez-vous souhaité être accompagnée ou aidée par un professionnel ?

- Oui
 - Non
-

→ [Consommation d'Alcool :](#)

Avant la grossesse :

- Avant votre grossesse vous arrivait-il de boire de la bière, du vin ou autres boissons alcoolisées ?
- Oui
- Non
- Quelle était la fréquence de votre consommation d'alcool ?
- Au moins quatre fois par semaine
- 2 à 3 fois par semaine
- 2 à 4 fois par mois

- Jamais
- Combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez beaucoup bu ?
- Tous les jours ou presque
- Une fois par semaine
- Une fois par mois
- Moins d'une fois par mois
- Jamais
- Avez-vous été blessé par quelqu'un d'autre/ ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessée par vous alors que vous aviez beaucoup bu ?
- Oui au cours de l'année
- Oui mais pas au cours de l'année écoulée
- Non
- Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggérer que vous la réduisiez ?
- Oui au cours de l'année
- Oui mais pas au cours de l'année écoulée
- Non

Pendant votre grossesse :

- Avez-vous diminué votre consommation d'alcool pendant votre grossesse (si vous en consommiez avant)
 - Oui
 - Non
 - Avez-vous complètement arrêté de boire toutes boissons alcoolisées ?
 - Oui
 - Non
- Si oui, précisez quand vous avez arrêté de boire :
- A l'annonce de la grossesse
 - Au premier trimestre
 - Au deuxième trimestre
 - Au troisième trimestre
- Si non, auriez-vous souhaité être accompagnée ou aidée par un professionnel ?
- Oui
 - Non
 - Avez-vous consommé de l'alcool lors d'une occasion ?
 - Noël
 - Anniversaire
 - Jour de l'an
 - Mariage
 - Autre : précisez _____

- Une fois par mois ou moins
- Jamais
- Combien de verres contenant de l'alcool consommiez-vous un jour typique où vous buviez ?
 - 10 ou plus
 - 7 ou 8
 - 5 ou 6
 - 3 ou 4
 - 1 ou 2
 - 0
- Avec quelle fréquence buviez-vous six verres ou plus ?
 - Tous les jours ou presque
 - Une fois par semaine
 - Une fois par mois
 - Moins d'une fois par mois
 - Jamais

Au cours de l'année écoulée :

- Combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?
 - Tous les jours ou presque
 - Une fois par semaine
 - Une fois par mois
 - Moins d'une fois par mois
 - Jamais
- Combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêchée de faire ce qui était normalement attendu de vous ?
 - Tous les jours ou presque
 - Une fois par semaine
 - Une fois par mois
 - Moins d'une fois par mois
 - Jamais
- Combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?
 - Tous les jours ou presque
 - Une fois par semaine
 - Une fois par mois
 - Moins d'une fois par mois
 - Jamais
- Combien de fois avez-vous eu un sentiment de remords après avoir bu ?
 - Tous les jours ou presque
 - Une fois par semaine
 - Une fois par mois
 - Moins d'une fois par mois

→ [Consommation de cannabis :](#)

Avant la grossesse :

- Vous arrivait-il de fumer du cannabis avant votre grossesse ?
 - Oui
 - Non
- Si oui, quelle était la fréquence moyenne de votre consommation :
 - Plusieurs fois par jour
 - Tous les jours ou presque
 - Plus de 10 fois par mois
 - Moins de 10 fois par mois
 - Moins de 1 fois par mois
- Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?
 - Oui
 - Non
- Avez-vous déjà fumé du cannabis quand vous étiez seule ?
 - Oui
 - Non
- Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumiez ?
 - Oui
 - Non
- Des amis ou membre de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation ?
 - Oui
 - Non
- Avez-vous déjà essayé de réduire vos consommation de cannabis ?
 - Oui
 - Non
- Avez-vous eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis ?
 - Oui
 - Non

Pendant la grossesse :

- Avez-vous diminué votre consommation de cannabis au cours de votre grossesse ?
 - Oui
 - Non
- Quelle était la fréquence moyenne de votre consommation pendant votre grossesse ?
 - Plusieurs fois par jour
 - Tous les jours ou presque
 - Plus de 10 fois par mois
 - Moins de 10 fois par mois

Moins de 1 fois par mois

• Avez-vous complètement arrêté de fumer pendant votre grossesse ?

Oui

Non

Si oui, Précisez quand vous avez arrêté de fumer :

A l'annonce de la grossesse

Au premier trimestre

Au deuxième trimestre

Au troisième trimestre

Si non, auriez vous souhaité être accompagnée ou aidée par un professionnel ?

Oui

Non

→ [Déroutement de la grossesse actuelle :](#)

• Cette grossesse était-elle prévue ?

Oui

Non

• Avez-vous bénéficié d'une aide pour être enceinte ?

Oui

Non

• A quel terme avez-vous découvert que vous étiez enceinte ?

Dans les trois premiers mois

Entre 3 et 6 mois

Après le 6^{ème} mois

• Avez-vous bénéficié d'un « entretien du quatrième mois » ou un entretien prénatal précoce avec une sage-femme ?

Oui

Non

• Combien d'échographies avez-vous passées au cours de votre grossesse ?

1

2

3

Plus de 3

• Avez-vous été informée sur les risques liés aux consommations de produits toxiques pendant la grossesse (tabac, alcool, cannabis, ...) ?

Oui

Non

• Un professionnel de santé vous a-t-il posé des questions sur votre consommation :

De tabac

D'alcool

De Cannabis

Autres substances

Non

- Vous êtes-vous sentie à l'aise avec les questions du professionnel ?
 - Oui
 - Non
- Vous êtes-vous sentie jugée par le professionnel ?
 - Beaucoup
 - Un peu
 - Pas du tout
- Avez-vous réussi à parler de votre réelle consommation ?
 - Oui
 - Non
- Sur le plan psychologique comment vous êtes-vous sentie pendant cette grossesse ?
 - Mal
 - Plutôt mal
 - Plutôt bien
 - Bien

Si vous vous êtes sentie mal ou plutôt mal : avez-vous pu vous faire aider ?

- Oui
- Non

Avez-vous des remarques à faire sur ce questionnaire ou des informations que vous souhaiteriez ajouter ?

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire anonyme.

Si vous avez des questions ou besoin d'informations supplémentaires ou que vous souhaitez parler d'un problème de consommation de produit n'hésitez pas à solliciter la personne qui viendra récupérer le questionnaire ou un membre de l'équipe médicale.

Vous pouvez également joindre par téléphone « Le fil rouge » qui s'adresse aux femmes enceintes, aux futurs pères et aux parents rencontrant une problématique d'addiction, ainsi qu'à leur entourage :

Téléphone : **04.96.11.57.66**

Annexe 2 : Questionnaire AUDIT

Questionnaire AUDIT (acronyme de Alcohol use disorders test)

Questions :

Score :

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'année écoulée, 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'année écoulée, 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'année écoulée, 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'année écoulée, 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'année écoulée	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 3 : Test de Fagerström



tabac-info-service.fr

Quand on sait, c'est plus facile d'arrêter

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

Tabac-info-service.fr est le site d'information et d'aide à l'arrêt du tabac du Ministère chargé de la Santé et de l'INPES.
Pour toute question sur l'arrêt du tabac et pour bénéficier d'un suivi personnalisé gratuit par un tabacologue, appelez le 39 89*.
* 0,15 €/min depuis un poste fixe, du lundi au samedi de 8h à 20h.



tabac-info-service.fr

Quand on sait, c'est plus facile d'arrêter

DE FAÇON GÉNÉRALE, VOICI COMMENT INTERPRÉTER LE SCORE OBTENU PAR VOTRE PATIENT :

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. Si toutefois le sujet redoute l'arrêt, vous pouvez lui apporter des conseils utiles de type comportementaux (jeter les cendriers, boire un verre d'eau...). Vous pouvez également lui conseiller d'appeler Tabac Info Service au 39 89.

SCORE DE 3 À 4 :

Le sujet est faiblement dépendant à la nicotine. Il peut arrêter de fumer sans avoir recours à un substitut nicotinique. En cas de manque ou de difficultés passagères (irritabilité, manque, envie très forte...) vous pouvez éventuellement lui conseiller de prendre un substitut nicotinique par voie orale (comprimé à sucer, gomme à mâcher, comprimé sublingual...). Si le sujet redoute l'arrêt, vous pouvez lui conseiller d'appeler Tabac Info Service au 39 89 pour recevoir des conseils et du soutien.

SCORE DE 5 À 6 :

Le sujet est moyennement dépendant. L'utilisation des traitements pharmacologiques de substitution nicotinique va augmenter ses chances de réussite. Vos conseils seront utiles pour l'aider à choisir la galénique la plus adaptée à son cas.

SCORE DE 7 À 10 :

Le sujet est fortement ou très fortement dépendant à la nicotine. L'utilisation de traitements pharmacologiques est recommandée (traitement nicotinique de substitution ou bupropion LP ou varenicline). Ce traitement doit être utilisé à dose suffisante et adaptée. En cas de difficulté, orienter le patient vers une consultation spécialisée.

Tabac-info-service.fr est le site d'information et d'aide à l'arrêt du tabac du Ministère chargé de la Santé et de l'INPES.
Pour toute question sur l'arrêt du tabac et pour bénéficier d'un suivi personnalisé gratuit par un tabacologue, appelez le 39 89*.
* 0,15 €/min depuis un poste fixe, du lundi au samedi de 8h à 20h.

Annexe 4 : Questionnaire CAST

test-addicto.fr

Questionnaire CAST

1 - Avez-vous fumé du cannabis avant midi ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Jamais (0) | <input type="checkbox"/> Rarement (1) |
| <input type="checkbox"/> De temps en temps (2) | <input type="checkbox"/> Assez souvent (3) |
| <input type="checkbox"/> Très souvent (4) | |

2 - Avez-vous fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Jamais (0) | <input type="checkbox"/> Rarement (1) |
| <input type="checkbox"/> De temps en temps (2) | <input type="checkbox"/> Assez souvent (3) |
| <input type="checkbox"/> Très souvent (4) | |

3 - Avez-vous eu des problèmes de mémoire quand vous fumiez du cannabis ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Jamais (0) | <input type="checkbox"/> Rarement (1) |
| <input type="checkbox"/> De temps en temps (2) | <input type="checkbox"/> Assez souvent (3) |
| <input type="checkbox"/> Très souvent (4) | |

4 - Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils dit que vous deviez réduire votre consommation de cannabis ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Jamais (0) | <input type="checkbox"/> Rarement (1) |
| <input type="checkbox"/> De temps en temps (2) | <input type="checkbox"/> Assez souvent (3) |
| <input type="checkbox"/> Très souvent (4) | |

5 - Avez-vous essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y arriver ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Jamais (0) | <input type="checkbox"/> Rarement (1) |
| <input type="checkbox"/> De temps en temps (2) | <input type="checkbox"/> Assez souvent (3) |
| <input type="checkbox"/> Très souvent (4) | |

6 - Avez-vous eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultats à l'école...) ? Lesquels ?

- Jamais (0) Rarement (1)
 De temps en temps (2) Assez souvent (3)
 Très souvent (4)

Interprétation

< 3	Pas de risque de dépendance
3 à 6	Risque faible de dépendance
>= 7	Risque élevé de dépendance

Référence : Legleye S., Karila L., Beck F., Reynaud M. (2007) Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of Substance Use* 2007; 12: 233-42.

L'influence de la grossesse et de son suivi sur les conduites addictives chez la femme enceinte à Marseille.

Étude conduite auprès des patientes hospitalisées en service de suites de couches des maternités de l'AP-HM

Introduction : Les conduites addictives sont un enjeu majeur de santé publique en France. La grossesse est une période de vulnérabilité propice à la prise en charge des addictions. Le professionnel a à sa disposition un large choix d'outils pour la prévention, le dépistage et l'accompagnement de ces patientes. Pourtant peu d'études évoque la consommation de substances psychoactives pendant la grossesse, on peut alors se demander : *Quels sont les effets de la grossesse sur les conduites addictives chez les femmes toxicomanes dans les maternités de l'AP-HM ?*

Objectifs : Identifier la réelle consommation des femmes enceintes toxicomanes à Marseille pendant la grossesse ainsi que d'identifier les freins de dépistage des conduites addictives des femmes enceintes.

Méthodes : distribution pendant six mois, d'auto questionnaire à toutes les patientes volontaires présentes en service de suite de couches des hôpitaux de la Conception et de l'hôpital Nord.

Résultats : Selon cette étude la prévalence des conduites addictives chez les femmes enceintes reflète la tendance nationale ; hormis pour la consommation d'alcool qui est inférieure à la valeur nationale. En effet pendant la grossesse 16,55% fumaient du tabac, 1,38% buvaient de l'alcool et 2,72% consommaient du cannabis Il ressort de cette étude que le premier frein au dépistage n'est pas la peur du jugement des patientes mais semble être le manque de questionnement et d'information sur les risques de ces conduites addictives, par les professionnels de santé rencontrés au cours de la grossesse.

Conclusion : Un manque de temps et de formation des professionnels sur ce sujet entraine une prise en charge non optimale de ces patientes. S'ils considéraient les grossesses avec conduites addictives comme des grossesses à risques élevées alors ils questionneraient plus facilement les patientes avec moins d'appréhension. Il reste encore beaucoup de travail sur ce sujet mais le réseau de professionnel et très étendu, il faut penser à l'utiliser pleinement.

Mots clés : addiction, grossesse, facteurs de risques, évolution.

Introduction : Addictive behavior is a major public health issue in France. Pregnancy is a period of vulnerability conducive to the management of addiction. The professional has at it's disposal a wide range of tools for the prevention, screening and support for these patients. However, little study evokes the use of psychoactive substances during pregnancy , we can ask : *What are the effects of pregnancy of addictive behaviors in pregnant women addict in the maternity ward of the AP-HM ?*

Objective : Identify the real behaviors of pregnant women addicts in Marseille as well as identifying the obstacles in detecting addictive behaviors in pregnant women.

Method : The distribution, while six months, of auto questionnaire to all the volunteers patients present in the diaper maternity of the hospital Conception and Nord.

Main Results : According this study, the prevalence of addictive behaviors among pregnant women reflects the national trend; except for the consumption of alcohol which is lower than the national value. Indeed during pregnancy 16,55% smoked tobacco, 1,38% drank alcohol and 2,72% used cannabis. It appears from this study that the first obstacle to screening is not the fear of judgment of patient but seems to be the lack of questioning and information on the risk of these addictive behaviors encountered by health professionals during the pregnancy.

Conclusion : Lack of time and training of professionals on this subject leads to non-optimal care of the patients. If they consider high risk pregnancies, then they would easily question patients with less apprehension. There is still a lot of work on this subject but the professional network is very extensive, you must consider using it fully.

Keywords : Addiction, pregnancy, risk factors, evolution.