



HAL
open science

Substances psychoactives et grossesse : évaluation des consommations et qualité de l'information

Ismail Ezzouak

► **To cite this version:**

Ismail Ezzouak. Substances psychoactives et grossesse : évaluation des consommations et qualité de l'information. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03326840

HAL Id: dumas-03326840

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03326840>

Submitted on 26 Aug 2021

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

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

UNIVERSITÉ de CAEN NORMANDIE

UFR SANTÉ

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2020/2021

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 3 mars 2021

par

M. EZZOUAK Ismail

Né le 28 octobre 1986 à Dijon (Côte d'Or)

TITRE DE LA THÈSE :

**SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET GROSSESSE, EVALUATION
DES CONSOMMATIONS ET QUALITE DE L'INFORMATION**

Président : Monsieur le Professeur DELAMILLIEURE Pascal

Membres : Monsieur le Professeur BROUSSE Georges

Monsieur le Professeur DREYFUS Michel

Madame la Docteure ANDRO Gwenaëlle

Monsieur le Docteur NKODO Jacques Alexis

Directeur de thèse : Dr KASMI Mohammed Saïd

Année Universitaire 2020/2021**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUI Thanh-huy Eric	Psychiatrie d'adultes
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie

M. DEFER Gilles	Neurologie
M. DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M. DENISE Pierre	Physiologie
Mme DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
Mme DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M. DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M. DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M. ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M. FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M. GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M. GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
Mme GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M. HAMON Martial	Cardiologie
Mme HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M. HANOUCZ Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M. HITIER Martin	Anatomie –ORL Chirurgie Cervico-faciale
M. HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M. JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M. JOUBERT Michael	Endocrinologie
M. LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M. LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M. LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M. LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M. MAHE Marc-André	Cancérologie
M. MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M. MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M. MARTINAUD Olivier	Neurologie
M. MAUREL Jean	Chirurgie générale
M. MILLIEZ Paul	Cardiologie

M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	BELLOT Anne	Pédiatrie
M.	DE LA SAYETTE Vincent	Neurologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	----------------------	---------

PROFESSEURS ÉMÉRITES

M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
----	---------------------------	----------------

M. GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
M. HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M. HURALT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M. LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M. LEPORRIER Michel	Hématologie
M. RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M. TROUSSARD Xavier	Hématologie
M. VIADER Fausto	Neurologie

Année Universitaire 2020/2021**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M. BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M. BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M. BROSSIER David	Pédiatrie
M. COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M. CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M. DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme DUPONT Claire	Pédiatrie
M. ÉTARD Olivier	Physiologie
M. GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M. GRUCHY Nicolas	Génétique
M. ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M. JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme KRIEGER Sophie	Pharmacie
M. LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M. MACREZ Richard	Médecine d'urgence

M. MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M. MOLIN Arnaud	Génétique
M. SAINT-LORANT Guillaume	Pharmacie
M. SESBOÜÉ Bruno	Physiologie
M. TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M. VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

M. HUMBERT Xavier

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M. BANSARD Mathieu	Médecine générale
M. COUETTE Pierre-André	Médecine générale
Mme NOEL DE JAEGHER Sophie	Médecine générale
M. PITHON Anni	Médecine générale
M. SAINMONT Nicolas	Médecine générale
Mme SCHONBRODT Laure	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES ÉMÉRITES

Mme DEBRUYNE Danièle	Pharmacologie fondamentale
Mme DERLON-BOREL Annie	Hématologie
Mme LEPORRIER Nathalie	Génétique

Remerciements

Merci au Professeur DELAMILLIEURE de faire honneur à cette thèse en la présidant et pour sa gentillesse et sa patience ;

Merci au Professeur BROUSSE de sa passion pour l'addictologie qu'il a su me transmettre, et d'être dans ce jury malgré la distance ;

Merci au Professeur DREYFUS pour ses précieux conseils du début, et dans ce jury de sa présence ;

Merci au Docteur ANDRO pour son aide à la naissance de l'étude SPAG et pour sa prévenance ;

Et enfin, un grand merci au Dr KASMI pour son expertise, la précision de ses mots, sa bonté d'âme et sa bienfaisance.

Merci à toute ma famille ;

En commençant par ma mère, une belle âme qui, riche de ses vertus artistiques, a su compenser nos absences, Dieu te protège ;

Puis mon père, cet homme que j'admire pour son savoir, la largesse de ses connaissances, sa sagesse, Dieu te préserve

Ma sœur cadette, la plus maline d'entre nous, pleines d'idées, de projets, d'énergie, de persévérance, Dieu te soutienne ;

Ma sœur, la benjamine, la plus mature, tout dans la retenue, la réflexion, la pensée, toujours dans une recherche de justesse, Dieu t'aide ;

A mes nièces, Nounour et Mimouch, mon neveu, Ouweyss, pour le bonheur que vous nous procurez, et aussi mes beaux frères que je ne cite pas bien sûr ;

Au reste de ma famille, très nombreuse, un peu partout dans le monde, que je n'oublie pas.

Allez, je fais un petit effort ;

L'Hérault, et la famille BOUMEZRAKE, pour qui je ne citerai que la Matriarche, à savoir Khalti Naziha ;

La Côte d'Or, les origines, avec en particulier ma grand-mère Kheira ;

Le Maroc, représenté par mon oncle 3ami Khaled, qui France bien ;

Et le Canada de ma tante bien aimée, 3amti Souad ;

Merci aux aidants dans ce travail,

Au Docteur MORELLO et à son équipe pour leur aide et leur expertise ;

Au Docteur GHASSAN, pour ses compétences et sa rigueur ;

Au Docteur KHENOUS, pour son professionnalisme et son temps ;

A Mimi, Hajarou et Beber.

Merci aux ami-e-s, la famille que j'ai choisie :

Aminouch, ami, frère, et surtout multimillionnaire bientôt, Meriem sa compagne

Batsu, le frérot, toi-même tu sais, retraité à 40ans, Jojo la famille, quel accueil ! Et Adam le petit nouveau ;

Beber, droit comme un I, toujours des idées de génies, Rorore sa femme, et la petite Alma ;

Derdouri, Campos de son nom de jeune fille, toujours là pour toi vieux loup, et merci pour l'impression la famille ;

Esseline, tu peux être fier de toi et de ton parcours, content de t'avoir dans mon équipe ;

Fanoche, toujours présente, toujours motivée, toujours là, ses enfants et son conjoint ;

La fouine, le frérot qui aime la coco, on n'est pas là pour être ici ;

Saidou, la thématique, c'est le grand frère, et ses trois petites femmes, Fadi, Neylia et Mayssane, quelle belle famille !

Shakir, dit DJ SHAK, amateur de Chameau, et sa petite femme ;

Tounsi, le frérot, qui marie la street à l'hôpital avec brio, papa bientôt ;

Najmou, petit frère et surtout petit génie, merci d'être là et bravo à toi ;

Nko, bah bah bah bah ouais, rien à ajouter, sa femme, ses fistons, encore 9 pour ton équipe de rêve ;

La Bibi, une belle personne, artiste dans l'âme, et son petit Islem, déjà très courageux et toujours plein de vie, merci d'être là ;

Et à tous ceux que j'oublie et auprès de qui je m'excuse, j'ai vraiment plus le temps, je dois rendre ce travail... merci et encore merci.

J'ai une triste et heureuse, singulières, émotion et pensée,

Pour toi, Zahra, ma grand-mère bien aimée,

Qui parmi tous, m'a fait honneur d'avoir été,

Le premier en ta présence, ce lundi déprimé,

Toi, qui d'un édifiant courage choyais fleurs et pensées

Je te dédie cette thèse du fond d'un cœur apaisé

Car fière de moi, fière de nous, je sais que tu es

Dans les cieux auprès de DIEU, que ton âme repose en paix.

Abréviations

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

API : Alcoolisation Ponctuelle Importante

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

ETCAF : Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale

HAS : Haute Autorité de Santé

LSD : Diéthylamide de l'acide Lysergique

MDMA : Méthylènedioxy-N-Méthylamphétamine

MILDT : Mission Interministérielle de la Lutte contre les Drogues et Toxicomanies

MT : Médecin Traitant

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

SAF : Syndrome d'Alcoolisation Fœtale

SF : Sage-femme

SFA : Société Française d'Alcoologie

SIG : Suivi Intensif de Grossesse

SPA : Substances psychoactives

Tableaux et figures

<i>Figure 1 Probabilité d'arrêt de la consommation d'alcool pendant la grossesse</i>	56
<i>Figure 2 Vraisemblance de la consommation d'alcool pendant la grossesse</i>	56
<i>Figure 3 Courbe de concentration des arrêts d'alcool pendant la grossesse</i>	57
<i>Figure 4 Probabilité d'arrêt de la consommation de tabac pendant la grossesse</i>	63
<i>Figure 5 Vraisemblance de la consommation de tabac pendant la grossesse</i>	63
<i>Figure 6 Courbe de concentration des arrêts de tabac pendant la grossesse</i>	64
<i>Figure 7 Probabilité d'arrêt de la consommation de cannabis pendant la grossesse</i>	70
<i>Figure 8: Vraisemblance de la consommation de cannabis pendant la grossesse</i>	70
<i>Figure 9 Courbe de concentration des arrêts de cannabis pendant la grossesse</i>	71
<i>Figure 10 Indicateurs de consommation d'alcool selon l'âge en France métropolitaine, 2017</i>	110
<i>Figure 11 Prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe parmi les 18-75 ans, France. Évolution 2014-2019</i>	111
<i>Figure 12 Prévalence du tabagisme quotidien selon l'âge et le sexe en France. Évolution 2014-2019</i>	111
<i>Figure 13 Trame de l'entretien clinique</i>	113
<i>Figure 14 Auto-questionnaire</i>	115
<i>Figure 15 Formulaire d'information et de non opposition</i>	117
<i>Figure 16 : Avis favorable à réception du CPP</i>	118
<i>Figure 17 Avis favorable du CPP</i>	120

<i>Tableau 1</i>	<i>Tableau des résultats de la régression pour l'alcool.....</i>	<i>54</i>
<i>Tableau 2</i>	<i>Tableau des résultats de la régression pour le tabac</i>	<i>61</i>
<i>Tableau 3</i>	<i>Tableau des résultats de la régression pour le cannabis.....</i>	<i>68</i>
<i>Tableau 4</i>	<i>Régression logistique de l'alcool par la méthode du maximum de vraisemblance</i>	<i>106</i>
<i>Tableau 5</i>	<i>Régression logistique du tabac par la méthode du maximum de vraisemblance</i>	<i>108</i>
<i>Tableau 6</i>	<i>Usages d'alcool en France métropolitaine en 2017, selon le sexe parmi les 18-75 ans</i>	<i>109</i>

Sommaire

REMERCIEMENTS	1
ABREVIATIONS	5
TABLEAUX ET FIGURES	6
SOMMAIRE	8
INTRODUCTION	1
I. CONTEXTE	1
II. JUSTIFICATION DE L'ETUDE	3
A. PREVALENCE DES CONSOMMATIONS DE SPA PENDANT LA GROSSESSE	3
1. <i>Prévalence de la consommation d'alcool</i>	3
a) Dans la population	3
b) Chez la femme	4
c) Chez la femme enceinte.....	4
2. <i>Prévalence de la consommation de tabac</i>	5
a) Dans la population	5
b) Chez la femme	5
c) Chez la femme enceinte.....	6
3. <i>Prévalence de la consommation de cannabis</i>	6
a) Dans la population	6
b) Chez la femme	6
c) Chez la femme enceinte.....	7
4. <i>Prévalence de la consommation des autres SPA</i>	7
B. CONSEQUENCES DE L'USAGE DES SPA SUR LA GROSSESSE ET LE FŒTUS	8
1. <i>Alcool</i>	9
a) Conséquences préconceptionnelles	9
b) Conséquences obstétricales.....	10
c) Conséquences néonatales	10
d) Conséquences embryo-fœtales et sur l'enfant.....	10
2. <i>Tabac</i>	12

a)	Conséquences préconceptionnelles	13
b)	Conséquences obstétricales.....	13
c)	Conséquences néonatales	14
d)	Conséquences embryo-fœtale et sur l'enfant	14
3.	<i>Cannabis</i>	15
4.	<i>Autres toxiques</i>	17
a)	Héroïne	17
b)	Cocaïne	18
c)	Amphétamines et métamphétamines : ecstasy et MDMA	20
d)	LSD : un hallucinogène	21
C.	POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE ET REPRESENTATIONS SOCIALES	22
1.	<i>Politique de sante publique</i>	22
a)	Tabac.....	22
b)	Alcool	24
c)	Cannabis.....	25
d)	Autres toxiques.....	26
2.	<i>Représentations sociales</i>	27
a)	De la société.....	27
b)	Des soignants	28
c)	Des patientes	29
	MATERIELS ET METHODES	31
I.	OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	31
A.	OBJECTIF PRINCIPAL DE LA RECHERCHE	31
B.	OBJECTIFS SECONDAIRES	31
II.	CRITERES D'EVALUATION	32
III.	CONCEPTION DE LA RECHERCHE	34
IV.	SELECTION ET EXCLUSION DES PERSONNES DE LA RECHERCHE	34
A.	CRITERE D'INCLUSION DES PERSONNES QUI SE PRETENT A LA RECHERCHE	34
B.	CRITERES DE NON-INCLUSION	34
V.	DEROULEMENT PRATIQUE DE L'ETUDE	35

A.	POUR LES FEMMES EN POST-PARTUM IMMEDIAT :	35
B.	POUR LES FEMMES HOSPITALISEES AU COURS DE LEUR GROSSESSE :	35
C.	EN FIN D'ENTRETIEN CLINIQUE :	36
VI.	DESCRIPTION DES DONNEES A RECUEILLIR.....	36
VII.	PARTICIPATION A L'ETUDE ET ASPECTS REGLEMENTAIRES	37
A.	PROMOTEUR DE L'ETUDE.....	37
B.	MEDECIN INVESTIGATEUR ET MEDECINS ASSOCIES	38
C.	PARTICIPANTES A L'ETUDE	38
D.	ACCORD DU CPP	38
E.	TEMPS DE L'ETUDE	39
VIII.	STATISTIQUES.....	39
A.	NOMBRE SUJETS	39
B.	LA CONSTITUTION DE LA BASE DE DONNEES	40
C.	DEFINITION DE LA VARIABLE DEPENDANTE ET DES VARIABLES EXPLICATIVES	42
1.	<i>Variable dépendante.....</i>	<i>42</i>
a)	dYB1 : variation binaire de consommation	42
b)	dY2 : variation ternaire de la consommation.....	42
2.	<i>Les variables explicatives :</i>	<i>43</i>
a)	Variables évaluant le niveau de consommation dans les 12 mois avant la grossesse.	43
(1)	YF_1	44
(2)	YA_2.....	44
(3)	YI_3	45
b)	Mesure de la perception de l'information	45
(1)	XB2.....	45
(2)	X2S_1	45
(3)	X2E_2.....	46
(4)	X2M_3	46
(5)	XB3.....	46
(6)	X3S_1	46
(7)	X3E_2.....	47

(8) X3M_3	47
c) Autres variables explicatives	47
(1) XB4	47
(2) XB5	47
(3) TP	48
(4) PC	48
D. ANALYSE STATISTIQUE	48
RESULTATS	50
I. POUR L'ALCOOL	50
A. PREVALENCE DE CONSOMMATION D'ALCOOL	50
1. <i>Fréquence de consommation d'alcool</i>	50
2. <i>Fréquence des API</i>	50
3. <i>Fréquence des ivresses</i>	51
4. <i>Prévalence de consommation d'alcool pendant la grossesse</i>	51
B. QUALITE DE L'INFORMATION PERÇUE CONCERNANT L'ALCOOL	52
1. <i>Perception de l'information générale</i>	52
2. <i>Perception de l'information spécifique</i>	52
3. <i>Perception de la contre information spécifique</i>	53
C. INFORMATION DU DOSSIER OBSTETRICAL	53
D. RESULTAT DE LA REGRESSION LOGISTIQUE	54
E. PROBABILITE ET VRAISEMBLANCE	56
F. CONCENTRATION	57
II. POUR LE TABAC	58
A. PREVALENCE DE CONSOMMATION DE TABAC	58
1. <i>Prévalence générale</i>	58
2. <i>Prévalence de consommation de tabac pendant la grossesse</i>	58
B. USAGE DE LA CIGARETTE ELECTRONIQUE PENDANT LA GROSSESSE	59
C. QUALITE DE L'INFORMATION PERÇUE CONCERNANT LE TABAC	59
1. <i>Perception de l'information générale</i>	59
2. <i>Perception de l'information spécifique</i>	59

3.	<i>Perception de la contre information spécifique</i>	60
D.	INFORMATION DU DOSSIER OBSTETRICAL	60
E.	RESULTATS DE LA REGRESSION LOGISTIQUE	61
F.	PROBABILITE ET VRAISEMBLANCE	63
G.	CONCENTRATION	64
III.	POUR LE CANNABIS	65
A.	PREVALENCE DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS.....	65
1.	<i>Prévalence générale</i>	65
2.	<i>Prévalence de consommation d'alcool pendant la grossesse</i>	65
B.	QUALITE DE L'INFORMATION PERÇUE CONCERNANT LE CANNABIS	66
1.	<i>Perception de l'information générale</i>	66
2.	<i>Perception de l'information spécifique</i>	66
3.	<i>Perception de la contre information spécifique</i>	67
C.	INFORMATION DU DOSSIER OBSTETRICAL	67
D.	RESULTATS DE LA REGRESSION LOGISTIQUE	68
E.	PROBABILITE ET VRAISEMBLANCE	70
F.	CONCENTRATION	71
IV.	POUR LES AUTRES SPA	72
A.	PREVALENCE DE LA CONSOMMATION DES AUTRES SPA.....	72
B.	QUALITE DE L'INFORMATION PERÇUE CONCERNANT LES AUTRES SPA	72
C.	INFORMATION DU DOSSIER OBSTETRICAL	73
	DISCUSSION	74
I.	LES DONNEES ADDICTOLOGIQUES DU DOSSIER OBSTETRICAL	74
II.	LA PREVALENCE DES CONSOMMATIONS ET LA LITTERATURE	75
A.	ALCOOL	75
B.	TABAC	76
C.	CANNABIS	77
D.	AUTRES TOXIQUES	77

III. LA PERCEPTION DE L'INFORMATION	78
A. QUELS SOIGNANTS ?	78
B. QUELS ENTOURAGES ?	79
C. QUELS MEDIAS ?	79
IV. QUELS LIENS ENTRE PERCEPTION DE L'INFORMATION ET VARIATION DES CONSOMMATIONS DES SPA	80
A. L'INFORMATION SPECIFIQUE ET LA CONSOMMATION	80
B. LE POIDS DE LA CONTRE-INFORMATION	82
C. LA GROSSESSE COMME FACTEUR MOTIVATIONNEL	82
V. AUTRES VARIABLES EXPLICATIVES DE LA VARIATION DES CONSOMMATIONS	84
A. LES ANTECEDENTS FAMILIAUX ADDICTOLOGIQUES	84
B. LE NIVEAU D'USAGE DANS LES 12 MOIS AVANT LA GROSSESSE	85
C. LA CIGARETTE ELECTRONIQUE	86
D. LA PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE	86
E. POLY CONSOMMATION	88
VI. FAIBLESSES ET FORCES DE L'ETUDE	89
A. FAIBLESSES :	89
B. FORCES :	89
CONCLUSION	90
BIBLIOGRAPHIE	91
ANNEXES	105

INTRODUCTION

I. Contexte

Pendant la grossesse, les risques liés à la consommation de SPA, et en particulier d'alcool et de tabac sont bien établis.

« Alcool zéro pendant la grossesse », « Vous buvez un peu, il boit beaucoup », « 9 mois, 0 alcool, 0 Tabac » ; voici quelques-uns des slogans arborés aux murs des services de maternité ou dans la plupart des salles d'attente des médecins généralistes.

Quel fut mon étonnement lors de mon passage en stage de périnatalité, en tant qu'interne au CHU de Caen, de voir à quel point cette question de la consommation des SPA était difficilement abordée par les professionnels de santé de manière générale.

Et quelle fut ma consternation de voir parfois, des femmes enceintes sous méthadone, stigmatisées, jugées et parfois même marginalisées par des équipes soignantes pourtant bienveillantes.

Les différents référentiels, colloques, rencontres et fédérations qui ont porté sur les SPA et la grossesse, à commencer par la SFA en 2003, en passant par les assises nationales des sages-femmes en 2006 et jusqu'à l'amendement parlementaire du 3 octobre 2007, s'accordent pour dire qu'il s'agit d'un enjeu majeur de santé publique.

En 2011, la directrice générale de la santé avait lancé une campagne intitulée : « alcool et grossesse, parlons en » qui avait donné lieu à une autre campagne engagée par la MILDT appelée : « alcool et grossesse, comment en parler ». (« Alcool et grossesse, parlons-en », 2011)

La grossesse constitue une période particulière de la vie d'une femme, ..., d'un couple.

Celle-ci peut être un déclencheur de motivation important dans la diminution et parfois l'arrêt des SPA, mais semble pour le peu insuffisante à une réelle modification, à un réel

changement des comportements d'usage de SPA, et en particulier chez des femmes souffrant d'un trouble de l'usage.

Quels soins addictologiques proposons-nous aux femmes en pré, per et post-partum en termes de prévention, de repérage précoce et de prise en charge ?

Comment prendre en compte les dimensions médicales, psychologiques et sociales des patientes, tant nécessaire à la bonne évaluation de cette problématique complexe, et aux soins de ces dernières ?

J'essaierai par ce travail, et dans la suite de précédents travaux accomplis à Caen de tenter d'apporter quelques éléments de réponses à ce difficile mais passionnant sujet.

C'est ainsi que le travail de Tiphaine HOUET mettait déjà en évidence la réalité de l'usage d'alcool pendant la grossesse et sa sous-estimation sur 150 patientes à la maternité de Caen en 2002. (Houet et al., 2006)

Celui-ci est suivi bien des années après par le travail de Gersende DAISY sur l'influence des représentations des soins sur la prise en charge des femmes enceintes et usagères de SPA que j'associe à un tout récent sujet de thèse de psychologie d'Anaëlle BAZIRE traitant de la qualité du processus de maternalité chez les femmes toxicomanes et qui tend à montrer l'importance de l'intensification et de l'accompagnement des patientes souffrant d'un trouble de l'usage de substances. (Daisy, 2017; Bazire, 2017)

« SPA et grossesse : évaluation des consommations et qualité de l'information » : voilà les termes dans lesquels je souhaiterais mener mon étude à travers un entretien semi-directif qui tentera d'évaluer l'évolution de l'usage des SPA lors de la grossesse, associé à un questionnaire à choix multiples complété par la patiente qui esquissera l'information perçue par celle-ci concernant l'usage de SPA pendant la grossesse.

Il s'agira donc d'une étude portant sur 550 patientes, 450 en post partum immédiat et 100 en pré partum hospitalisées au SIG ; sur 3 sites, à savoir les maternités de Bicêtre, de Caen et de Saint Lô ; et qui a pour objectif principal **l'évaluation de l'évolution des consommations de SPA lors de la grossesse d'une part et de la qualité de l'information perçue par les femmes d'autre part et de l'éventuel lien entre ces deux approches.**

II. Justification de l'étude

A. Prévalence des consommations de SPA pendant la grossesse

1. Prévalence de la consommation d'alcool

a) Dans la population

On constate depuis une dizaine d'année le ralentissement de la diminution des ventes annuelles d'alcool pur en France avec en 2017 et en 2013, une quantité de 11.7 litres d'alcool pur consommée par habitant de 15 ans et plus et par an, soit une certaine stabilité depuis 4 ans.

On constate également une proportion des personnes qui déclarent une ivresse dans l'année en augmentation depuis 2005 avec 14% en 2005 contre 21% en 2017.

Les API semblent avoir baissé de 2014 à 2017 passant de 38% à 35%.

En 2017, 86.5% des personnes de 18 à 75 ans déclarent avoir bu de l'alcool dans les 12 derniers mois, et 40% au moins une fois par semaine.

2.8 verres d'alcool sont consommés par les hommes un jour type contre 1.8 verres chez les femmes selon leur déclaration. (J. B. Richard et al., 2019)

b) Chez la femme

20.3% des femmes déclarent en 2017 consommer de l'alcool entre une et trois fois par semaine, contre 29.8% des hommes. 5.1% des femmes ont déclaré consommer de l'alcool quotidiennement toujours en 2017.

La fréquence d'avoir fait au moins une API dans l'année est de 21,4% et elle passe à 7.6% pour au moins une API dans le mois

21.4% des femmes déclarent au moins une ivresse au cours des douze derniers mois et 1.8% déclarent au moins 10 ivresses dans l'année.

On a plutôt une consommation épisodique chez les femmes jeunes, qui correspond à une population en âge de procréer. En effet, 47% des femmes déclarent avoir eu au moins une API dans l'année pour la tranche d'âge des 18-44 ans. (J. B. Richard et al., 2019)

Ainsi une augmentation des consommations quotidiennes s'observe avec l'avancée en âge, correspondant à une consommation de culture latine, s'opposant à un mode de consommation épisodique, important et souvent dans une recherche d'ivresse notamment chez les plus jeunes, qu'on appelle également binge-drinking.

c) Chez la femme enceinte

23 % des femmes déclarent avoir consommé de l'alcool étant enceintes d'après les données de l'enquête périnatale de 2010, réalisée sur 13000 femmes en France. Cette consommation déclarée n'a pas été évaluée lors de la dernière enquête périnatale 2016, et varie de 12 à 63% selon les études. (A. Dumas et al., 2014)

Une revue de la littérature montre que les API concerneraient 1.4 à 7.2% des femmes enceintes.(A. Dumas et al., 2014)

Dans une autre étude, 14.1% des femmes interrogées disent avoir eu une API au cours du premier trimestre de leur grossesse. (Agnès Dumas et al., 2014)

2. Prévalence de la consommation de tabac

a) *Dans la population*

Selon une étude récente, en 2019, 30.4% des français déclarent fumer.

24% des français déclarent fumer quotidiennement selon cette même étude

Depuis 2014, on constate une baisse de la consommation tabagique tant chez les hommes que chez les femmes, dans différentes classes d'âges, et chose assez exceptionnel, chez les plus diplômés comme chez les moins diplômés. (Pasquereau et al., 2020)

En effet, l'accentuation des inégalités sociales concernant l'usage et le sevrage en tabac a été mis en évidence dans nombreuses études, et était au cœur du dernier plan cancer.

Cependant, on constate que les inégalités sociales, même si elles ne s'accroissent pas, restent très marquées. (Pasquereau et al., 2020)

b) *Chez la femme*

De 2014 à 2019, on constate une diminution significative de la consommation tabagique des femmes dans certaines classes d'âge, à savoir chez les 25-34ans, les 35-44ans et les 45-54 ans respectivement de 29.1 à 23.8%, de 30.1 à 22.5% et de 28.6 à 24%. (Pasquereau et al., 2020)

On remarque que chez les 18-24 ans, la diminution n'est pas significative avec une consommation de tabac pour 27% des femmes de cette classe d'âge en 2019. (Pasquereau et al., 2020)

c) Chez la femme enceinte

Globalement, la consommation de tabac juste avant la grossesse est similaire à celle des femmes de 15 à 75 ans en population générale.

D'après le baromètre santé 2016, 16.5% fument au moins une cigarette par jour au 3^{ème} trimestre de grossesse. (Enquête nationale périnatale, 2010)

3. Prévalence de la consommation de cannabis

a) Dans la population

Le cannabis constitue, et de loin, la principale SPA illégale consommée en France et dans le monde. (François Beck et al., 2017)

b) Chez la femme

9% des femmes entre 26 et 34 ans déclarent avoir consommé du cannabis au moins une fois dans l'année contre 4% des femmes entre 35 et 44 ans. (François Beck et al., 2017)

c) *Chez la femme enceinte*

Dans l'enquête périnatale 2016, un questionnaire autoadministré a été préparé afin d'évaluer la consommation de cannabis pendant la grossesse, et ceci pour la première fois dans une enquête périnatale.

2.1 % des femmes ayant répondu à cette enquête déclarent une consommation de cannabis pendant leur grossesse. (Enquête nationale périnatale, 2010)

On ne peut comparer ce chiffre à l'enquête périnatale de 2010 étant donné que le mode d'évaluation de la consommation de cannabis était différent entre 2010 et 2016, la question étant posée en entretien pour l'enquête périnatale 2010.

3 à 10% de femmes enceintes consommeraient du cannabis selon une autre étude. (Lamy & Thibaut, 2010)

4. Prévalence de la consommation des autres SPA

La cocaïne est la SPA illégale la plus consommée après le cannabis.

En effet, 6% des 18-64 ans l'aurait expérimentée au moins une fois dans leur vie en 2014. (François Beck et al., 2015a)

La consommation de cocaïne chez les femmes enceintes est estimée entre 0.5 et 3 %. (Lamy & Thibaut, 2010)

Toujours dans cette même tranche d'âge des 18-64 ans, 2,3% et 4,3% ont respectivement déjà expérimenté les amphétamines ou les métamphétamines ; cette proportion d'expérimentation est moins importante chez les femmes avec 1,3% pour les amphétamines et 2,5% pour les métamphétamines. (François Beck et al., 2015a)

Respectivement pour ces deux mêmes SPA, 1,1% et 3,8% des 18-25ans en aurait consommé au cours de l'année. (François Beck et al., 2015a)

L'usage d'héroïne, de champignons hallucinogènes ou de LSD dans l'année ne concerneraient pas plus de 0.3% de la population des 18-64ans, pour chacune de ces substances ; et également 0,3% des femmes de cette même tranche d'âge. (François Beck et al., 2015a)

Il existe très peu de données en France concernant l'usage de ces SPA illégales chez les femmes, et encore moins chez les femmes enceintes.

Ainsi une étude estime que ces consommateurs sont composés d'un tiers de femmes, qui sont jeunes, donc pour la plupart en âge de procréer. (Claude Lejeune et al., 2003)

B. Conséquences de l'usage des SPA sur la grossesse et le fœtus

J'évoquerais dans cette partie les principales complications périnatales des consommations de SPA.

Celles-ci se restreignent dans cette étude à deux SPA licites, à savoir l'alcool et le tabac, et quelques SPA dites illicites, avec en chef de file le cannabis, mais aussi, l'héroïne, la cocaïne, l'ecstasy, la MDMA et le LSD.

Le caractère lipophile des SPA favorise leur passage de la barrière fœto-placentaire ainsi que leur diffusion dans le lait.

Des taux sanguins fœtaux, et amniotiques similaires, voire supérieurs aux taux sanguins maternels sont donc retrouvés, à la différence près que la dégradation de ces substances se fait très lentement, étant donné l'immaturation des organes de dégradation, en particulier le foie, chez l'embryon et le fœtus.

Ainsi l'enfant à venir est inquiété dans toutes les étapes de sa formation, de sa conception à ces premières années de vie en passant bien entendu par l'embryogénèse et l'organogénèse.

En effet, des risques de malformations congénitales sont retrouvés lors de consommations en début de grossesse et en fonction des SPA, alors qu'en fin de grossesse, il s'agit plutôt d'anomalies du développement et de pathologies néonatales.

1. Alcool

Bien qu'admis socialement et malgré son statut de SPA « licite », l'alcool constitue la SPA la plus dangereuse pour le fœtus.

Pendant la grossesse, et même en faible quantité, une consommation d'alcool peut avoir de graves conséquences sur l'enfant.

Ainsi, tout usage pendant la grossesse est considéré comme un usage à risque, un seuil sans risque n'ayant pu être défini. (Ishaque et al., 2014)

Effectivement, l'hypotrophie caractéristique de l'alcoolisation gravidique est retrouvée à partir de consommations équivalentes à un verre par jour par exemple. (Patra et al., 2011)

a) Conséquences préconceptionnelles

Certaines études semblent montrer une diminution de la fertilité chez les femmes consommant de l'alcool. (Cook et al., 1990)

Cependant, elles sont à prendre en considération avec réserve, étant donné la présence de résultats contradictoires.

b) Conséquences obstétricales

La consommation d'alcool augmente le risque d'avortements spontanés au premier trimestre.

D'un point de vue obstétrical, on constate une augmentation de la fréquence des accouchements prématurés, 3 fois plus importante chez les femmes consommant plus de 10 verres par jour, de même qu'une augmentation significative du taux d'hématome rétroplacentaire. (Toutain et al., 2010; Patra et al., 2011)

Par ailleurs, le nombre d'avortements spontanés et de fausses couches croît également.

c) Conséquences néonatales

Dans les 12 premières heures de vie peut survenir un syndrome de sevrage chez le nouveau-né se manifestant par des trémulations ainsi que des troubles du sommeil en lien avec une hyperexcitabilité.

De ce fait, des perturbations à l'électroencéphalogramme peuvent être visibles.

Enfin, des difficultés à la mise en route de la respiration à la naissance peuvent nécessiter une réanimation du nouveau-né. (Robe et al., 1981; Kocherlakota, 2014)

d) Conséquences embryo-fœtales et sur l'enfant

En 1968, la description de tableaux cliniques typiques d'enfants de mères ayant consommé de grande quantité d'alcool pendant la grossesse par Dr Paul LEMOINE, pédiatre français, donnera lieu quelques années plus tard à la définition du syndrome

d'alcoolisation fœtale dans son acception moderne, par l'équipe de Jones et Smith.(D. Lemoine, 1968; Jones et al., 1973)

Déjà l'alcoolisation maternelle était questionnée lors de ce que l'on a appelé « l'épidémie de gin » au cours du 19^{ème} siècle par les médecins anglais en particulier.

Ainsi le SAF dit complet, constitue la première cause de handicap mental non génétique chez l'enfant. (*Alcool & grossesse*, 2020)

Il se définit par :

- ✓ Une dysmorphie crânio-faciale ;
- ✓ Des atteintes du système nerveux central ;
- ✓ Un retard de croissance staturo-pondéral.

La prévalence du SAF est d'environ un pour mille naissances.(Roozen et al., 2016)

Des oreilles décollées et basses, un microrétrognatisme ainsi qu'une partie médio-faciale aplatie avec des fentes palpébrales courtes constituent les principales malformations faciales de l'enfant bien repérables à partir de 8 mois.

S'y associent des narines antéversées, un philtrum lisse ainsi qu'un mince vermillon constituant ainsi la morphologie faciale spécifique du SAF déjà décrite par Dr LEMOINE et par ses successeurs. (D. Lemoine, 1968)

Une déficience intellectuelle souvent associée à une microcéphalie, des troubles du tonus musculaire, ainsi que des troubles neuropsychologiques peuvent s'ajouter à cette malformation faciale et s'expliquent par l'atteinte du système nerveux central, entraînant ainsi divers troubles qui peuvent se manifester en grandissant. (Streissguth et al., 1991; Chudley et al., 2005a; Germanaud & Toutain, 2017)

C'est ainsi que le quotient intellectuel des enfants atteints de SAF est inférieur à 70 dans près d'un quart des cas.(Streissguth et al., 1991; P. Lemoine, 1992)

De plus, des troubles des apprentissages, du comportement, de l'attention ou encore une hyperactivité et un déficit de la mémoire de travail peuvent se révéler assez vite chez l'enfant. (Chudley et al., 2005a; Rasmussen & Bisanz, 2009; Flak et al., 2014)

La tératogénicité de l'alcool atteint d'autres organes et entraîne des malformations cardiovasculaires, squelettiques, rénales ou encore cérébrales, présentes dans presque un tiers des cas. (Jones et al., 1973; Roozen et al., 2016)

Si tous ces symptômes et malformations sont présents, on dit du SAF qu'il est complet.

Des présentations incomplètes de SAF existent, et constituent un panel de troubles, allant d'un simple retard d'acquisition du langage jusqu'au SAF sévère et complet, que l'on a appelé l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale. (ETCAF) (Chudley et al., 2005a; HAS, 2013; Germanaud & Toutain, 2017)

La prévalence de l'ETCAF est estimée à 1%.(Chudley et al., 2005a)

Parmi les femmes consommant pendant leur grossesse de l'alcool excessivement, 4 à 10% donneraient naissance à un enfant atteint de ces troubles en fonction des pays selon une étude américaine.(Roozen et al., 2016)

2. Tabac

Les effets du tabac sur la grossesse et sur l'enfant en devenir sont bien établis, et la littérature est assez substantielle dans ce domaine.

Sont probablement en cause dans ces complications la multitude de substances toxiques contenus dans le tabac, mais surtout, et de manière certaine le monoxyde de carbone (CO) qui passe librement la barrière hémato-placentaire.

L'affinité au CO de l'hémoglobine fœtale étant supérieure à celle de la mère, elle entraîne alors une hypoxie fœtale ainsi que des lésions placentaires. (Marret, 2005)

Par ailleurs, la nicotine agissant sur les récepteurs nicotiniques du cerveau, serait incriminée dans les manifestations comportementales et thymiques de l'enfant et de l'adolescent. (Fried, 2002; Sithisarn et al., 2012)

a) Conséquences préconceptionnelles

Une des particularités du tabac est d'entraîner une diminution de la fertilité chez la femme, mais aussi chez l'homme.

En effet, chez l'homme des anomalies du spermogramme sont fréquemment retrouvées en termes de nombre, de vitalité et de mobilité des spermatozoïdes, mais aussi de leuco et tératospermie ou encore d'altération du matériel nucléaire.

Chez la femme par ailleurs, les infections génitales sont plus fréquentes et semblent altérer les ovocytes et être responsables d'une stérilité tubaire.

Ainsi un retard de conception, réversible à l'arrêt du tabac, est retrouvé de manière significative lors du tabagisme actif féminin.

Enfin les chances de réussite d'une procréation médicalement assistée par fécondation in vitro ou injection intracytoplasmique diminuent de 40% chez les consommatrices de tabac.

Le tabagisme féminin entraînerait une diminution à la fois du nombre de recueil d'ovocytes et du taux d'implantation. (Bolumar et al., 1996; Hull et al., 2000; Habib, 2005)

b) Conséquences obstétricales

Des anomalies placentaires telles que le placenta prævia ou l'hématome rétroplacentaire sont retrouvées de manière plus importante qu'en population générale.

Ainsi 25 % des hématomes rétroplacentaires sont attribuables au tabac, indépendamment des autres facteurs de risque, alors que le risque de placenta prævia est majoré de 2 à 4 fois plus selon les cohortes. (Marpeau, 2005)

De plus, le risque de grossesse extra-utérine, grave complication et urgence vitale de la femme en âge de procréer, est multiplié par 5. (Habib, 2005; Roelands et al., 2009)

De même le risque de fausse couche spontanée est multiplié par 2. (Pineles et al., 2014)

Enfin le risque de rupture prématurée des membranes est augmenté, et notamment pour les grandes prématurités.

Dès lors, le tabagisme est associé à un risque plus important de grande ou petite prématurité, de manière significative, et ceci indépendamment des autres facteurs de risque de prématurité. (Marpeau, 2005)

c) Conséquences néonatales

Il existe un syndrome de sevrage néonatal au tabac qui semble plus léger que pour d'autres SPA, et qui se manifeste par des réflexes accrus, de même que le tonus musculaire, ou encore des trémulations associées à une irritabilité. (Law et al., 2003; Godding et al., 2004; Vagnarelli et al., 2006)

d) Conséquences embryo-fœtale et sur l'enfant

Un nourrisson exposé au tabac pendant la grossesse a trois fois plus de risque de mourir subitement qu'un nourrisson non exposé. (Desurmont & Schepens, 2005)

De plus le taux de mort subite diminuerait de 10 à 30 % chez les femmes qui arrêtent le tabac pendant leur grossesse, ou à l'accouchement. (Wisborg et al., 2000)

Les pathologies respiratoires comme la bronchiolite ou l'asthme sont surreprésentés chez les enfants dont les mères avaient des consommations tabagiques pendant la grossesse, et la sévérité de l'asthme semble corrélée à l'exposition à un tabagisme environnemental.(Gilliland et al., 2003; Roelands et al., 2009)

Les explorations fonctionnelles respiratoires seraient altérées chez les nouveau-nés exposés au tabagisme maternel in utero, comme le montreraient plusieurs études, et ceci à travers deux mécanismes principaux, d'abord par la réduction de la taille des voies aériennes, mais aussi par l'altération des propriétés mécaniques du système respiratoire.(Gilliland et al., 2003)

Le risque de développer une surcharge pondérale, et un diabète dans l'enfance est également augmenté.(Montgomery & Ekbo, 2002; Bakker & Jaddoe, 2011)

Des troubles cognitifs et comportementaux semblent mis en évidence d'un point de vue neurodéveloppemental, avec une augmentation de la fréquence du TDAH notamment.(Chudley et al., 2005b; Blood-Siegfried & Rende, 2010; Abbott & Winzer-Serhan, 2012)

Enfin, il semblerait qu'une plus grande survenue de consommation de tabac et de troubles anxiodépressifs soit remarquée, dès la préadolescence, et en comparaison aux enfants de non-fumeurs.(Abbott & Winzer-Serhan, 2012)

3. Cannabis

Le principe actif du cannabis est le tétrahydrocannabinol (THC), lequel a des effets dysléptiques bien connus et recherchés par les usagers.

Il est consommé en France en joints ou en bangs, et en association avec du tabac, ce qui rend difficile l'attribution des complications de manière certaine à cette seule molécule.

Aucun lien formel entre pathologies obstétricales et consommation de cannabis n'a été établi actuellement et ceci malgré un certain retard de début de prise en charge en début

de grossesse, du fait entre autres d'une perception atténuée des contractions utérines et des mouvements actifs du fœtus.(Van Gelder et al., 2010)

Néanmoins, quelques conséquences assez spécifiques au cannabis semblent être identifiées.

En effet, le THC est liposoluble, et passe assez facilement la barrière placentaire grâce aux récepteurs cannabinoïdes, puis le cerveau du fœtus le fixe très préférentiellement.

Le faible nombre d'études, parfois controversées, concernant l'effet du cannabis sur la grossesse et le fœtus, ne semble pas mettre en évidence une tératogénicité de ce dernier, ni un risque augmenté de prématurité. (Van Gelder et al., 2010)

Cependant, le risque de mort subite du nourrisson est augmenté. Il serait 1.5 fois plus fréquent.(Scragg et al., 2001)

Par ailleurs, il existerait une corrélation entre l'exposition du cannabis pendant la grossesse et les troubles des apprentissages ou encore le TDAH.(Goldschmidt et al., 2004)

On peut remarquer aussi à l'adolescence, une plus grande survenue de consommation de SPA et de troubles anxiodépressifs.(Goldschmidt et al., 2004)

Il semblerait que par son action sur le cortex préfrontal riche en récepteurs cannabinoïdes, une atteinte des fonctions exécutives soit suspectée, et ceci notamment dans une étude de 2004, chez des jeunes de 18 à 22 ans, exposés au cannabis in utero.(Smith et al., 2004)

S'ajoutent à ces effets, les risques de la consommation tabagique, constituant un facteur de confusion bel et bien toxique.

4. Autres toxiques

a) *Héroïne*

L'héroïne est un opiacé, dérivée de la morphine, elle-même dérivée de l'opium qui provient du pavot.

Elle se présente sous la forme d'une poudre blanche dans son état pur, et est bien souvent « coupée » avec d'autres substances parfois très toxiques également.

Elle peut être sniffée, fumée, ou injectée par voie veineuse, bien que l'injection soit nettement moins répandue, actuellement en France.

Les récepteurs du système opioïde, sur lequel agit l'héroïne, sont localisés au niveau des systèmes nerveux central et périphérique.

La courte demi-vie de l'héroïne, entraîne une variation importante de son taux sanguin foetal notamment, du fait de multiples prises quotidiennes, induisant un stress du foetus pendant la grossesse. (Armstrong et al., 2003)

Aucun effet tératogène des opiacés purs n'a été démontré dans les études.

On constate toutefois des complications telles que les fausses couches spontanées, ou encore la prématurité.

Le risque de RCIU est également significativement augmenté, et est estimé entre 30 et 50% lors d'une consommation d'héroïne pendant la grossesse. (Ciraru-Vigneron et al., 1989; Hughes et al., 1995; Jansson et al., 1996)

Aussi une souffrance foetale aigue allant jusqu'à la mort in utero peut être induite par un manque brutal et prolongé en héroïne, d'où l'importance d'un traitement de substitution chez les femmes enceintes souffrant d'un trouble de l'usage de l'héroïne. (Lipsitz, 1975; Finnegan, 1991)

Le syndrome de sevrage néonatal, constitue la principale complication à la naissance, et se manifeste dans 60 à 90% des cas, dans un délai de quelques heures à une dizaine de jours. (Day & George, 2005)

Le nourrisson présente alors des signes neurologiques tels qu'une hyperexcitabilité, une hyperréactivité, des trémulations, des clonies, des convulsions ou encore des troubles du sommeil par exemple ; des troubles généraux tels que des sueurs, des troubles vasomoteurs, des larmoiement, bâillements et hoquets ou encore des troubles de la régulation thermique. (Ferraro, 1998; Day & George, 2005; Kirsch, 2012)

Peuvent s'ajouter des signes digestifs comme la diarrhée, les vomissements, l'hypersialorrhée ou les troubles de la succion provoquant déshydratation et dénutrition ; ou encore des signes respiratoires comme une rhinorrhée et des éternuements, une tachypnée irrégulière, ainsi que des apnées. (Ferraro, 1998; Day & George, 2005)

La sévérité du syndrome de sevrage peut être mesurée par le score de Finnegan qui permet un ajustement de la prise en charge thérapeutique du nourrisson par les pédiatres. (Finnegan et al., 1971)

La sévérité et l'ancienneté du trouble de l'usage de la mère, en association avec une consommation peu avant l'accouchement semble être corrélées à la gravité et à la précocité du syndrome de sevrage chez le nourrisson.(Day & George, 2005)

Des traitements adaptés permettent d'améliorer les symptômes du nourrisson quand le SSNN a débuté avant la sortie d'hospitalisation bien entendu.(Finnegan, 1991; Day & George, 2005)

b) Cocaïne

La cocaïne ou plus précisément le chlorhydrate de cocaïne est extrait de la feuille de cocaïer.

Elle se présente sous poudre blanche consommée le plus souvent par sniff, mais également par voie intraveineuse ; ou encore sous cristaux en association avec le bicarbonate de soude ou l'ammoniaque, communément connu sous le nom de « crack ».

Le « crack » est consommé par inhalation lors de sa combustion et avec un matériel adapté.

Du fait de sa haute solubilité tant dans les lipides que dans l'eau, la cocaïne passe très facilement la barrière fœto-placentaire et est retrouvée à des taux très élevés chez le fœtus.

Il ressort des études un risque d'accouchements prématurés et d'avortements spontanés augmentés lors de sa consommation pendant la grossesse. (Gouin et al., 2011)

L'hypertension artérielle est classiquement retrouvée chez la femme usagère de cocaïne, et est probablement en cause dans le risque augmenté d'infarctus du myocarde ou d'accident vasculaire cérébral chez elle lors de la grossesse. (Kliegman et al., 1994)

Par ailleurs on retrouve dans certaines études un risque accru de ruptures utérine et hépatique.

Un risque majoré de prééclampsies, d'hématomes rétroplacentaires et de RCIU harmonieux est constaté probablement du fait du caractère vasoconstricteur de la cocaïne entraînant une hypoperfusion placentaire et un risque de lésions ischémiques. (Oro & Dixon, 1987; Zuckerman et al., 1989; Addis et al., 2001)

C'est ce même caractère vasoconstricteur qui serait en cause dans les malformations du tractus uro-génital ou cardiaques, et donc dans l'effet tératogène de la cocaïne. (Hadeed & Siegel, 1989; Addis et al., 2001)

Certains attribuent à cette dernière la dysmorphie du visage, avec en particulier un aplatissement de sa partie moyenne, ou la présence d'une fente labiale qui peuvent être retrouvées à la naissance.

Des phénomènes hypertensifs sont constatés chez le fœtus, pouvant provoquer des accidents vasculaires cérébraux, des hémorragies intraventriculaires et semblent en cause dans la survenue de retard psychomoteur chez l'enfant. (Plessinger & Woods Jr, 1998)

Il semblerait que l'exposition à la cocaïne in utero provoquerait une altération de certaines structures cérébrales telles que les corps calleux ou les lobes pariétaux et occipital par exemple. (Singer et al., 2015)

La mort subite du nourrisson est également surreprésentée chez les enfants de mères usagères de cocaïne, avec un taux de 15% environ. (C. Lejeune et al., 2009)

Enfin l'imprégnation du nouveau-né peut se manifester par une irritabilité ainsi qu'une hyperexcitation suivie d'une léthargie avec hypotonie par une action neurotoxique directe de cette SPA. (Hadeed & Siegel, 1989; C. Lejeune et al., 2009)

En revanche le syndrome de sevrage du nouveau-né est peu sévère, en comparaison à celui des opiacés, et ne nécessitent pas de prise en charge médicamenteuse particulière dans la plupart des cas.

c) *Amphétamines et métamphétamines : ecstasy et MDMA*

Les métamphétamines traversent la barrière placentaire.

Elles ont une action vasoconstrictrice entraînant une diminution de la perfusion placentaire et donc une hypoxie fœtale.

L'anorexie provoquée par la prise de métamphétamines chez la mère entrainerait un risque augmenté de RCIU. (Winslow et al., 2007)

Les accouchements prématurés et les ruptures utérines semblent être augmentés lors de prise de métamphétamines. (Oro & Dixon, 1987)

Un suivi périnatal irrégulier est classiquement reconnu aux femmes consommant amphétamines et métamphétamines.

Des décollements placentaires, des hémorragies ainsi que des problèmes infectieux sont retrouvés chez les usagères d'ecstasy.

Un RCIU ainsi qu'une prématurité ont également été identifiés chez les enfants exposés à ces SPA. (Winslow et al., 2007)

On retrouve après la naissance chez l'enfant des symptômes neurologiques manifestant d'abord une agitation du nouveau-né comme des troubles du sommeil, des trémulations, ou encore un cri anormal souvent suivie d'une phase léthargique avec en particulier une mauvaise succion. (LaGasse et al., 2011)

Un effet neurotoxique sur le fœtus est suggéré par certaines équipes, notamment par un volume sous-cortical diminué associé à un déficit cognitif chez les enfants exposés aux méthamphétamines in utéro. (Chang et al., 2004)

Un risque accru de prématurité et de petits poids de naissance sont rapportés par une synthèse de la littérature relativement récente. (Ladhani et al., 2011)

Par ailleurs, des altérations neurologiques ainsi qu'une détresse néonatale seraient plus fréquentes.

Aucune tératogénicité ne semble rapportée par les quelques études disponibles, en dehors de quelques rares études qui évoquent une augmentation des anomalies cardiaques, la présence de fentes labio-palatines, ou des atrésies de voies biliaires notamment. (Nora et al., 1970; Little et al., 1988; McElhatton et al., 1999)

Il n'existe pas de réel syndrome de sevrage du nouveau-né lors de l'exposition intra-utérine aux amphétamines ou méthamphétamines.

d) *LSD : un hallucinogène*

Il existe très peu d'études cliniques et encore moins d'études épidémiologiques concernant la consommation de LSD pendant la grossesse.

Quelques cas d'anomalies des membres, des yeux et du SNC ont été rapportés ici et là. (Aase et al., 1970; Auerbach & Rugowski, 1967; Hanaway, 1969)

Une augmentation du risque d'avortements spontanés est suggérée par des études assez anciennes lors d'une exposition au premier trimestre. (McGlothlin et al., 1970)

C. Politique de sante publique et représentations sociales

1. Politique de sante publique

a) Tabac



Chaque année en France, 73000 personnes sont tuées par le tabac selon une étude récente.(Bonaldi et al., 2019)

La lutte contre le tabagisme est donc un enjeu majeur de santé publique et a bénéficié de divers lois et plans gouvernementaux dans un objectif de diminuer la consommation tabagique des français, la France faisant partie des pays les plus consommateurs d'Europe, voire du monde.

On citera d'abord la loi Veil en 1976 puis la loi Evin de 1991 qui avaient toutes deux l'objectif principal de dénormaliser la consommation de tabac, ce dernier bénéficiant auprès de la population, d'une représentation sociale extrêmement positive permettant d'abord une distinction sociale, puis évoluant vers la symbolique de la liberté et de l'émancipation.

Ainsi, le troisième plan cancer de 2014 à 2019 a fait de la lutte contre le tabagisme son objectif phare à travers plusieurs mesures dont je citerai les plus importantes (Wilquin et al., 2013; François Beck et al., 2015b; Bourdillon, 2018) :

- ✓ En 2003 puis en 2009 : interdiction de vente aux mineurs de moins de 18 ans d'abord, puis au moins de 16 ans ;
- ✓ En 2007 : interdiction de fumer dans les lieux publics ;
- ✓ Des avertisseurs visuels de plus en plus grands sur les paquets ;
- ✓ Un paquet neutre standardisé ;
- ✓ Une interdiction de fumer dans la voiture en présence de mineur-e-s et dans les aires de jeux ;
- ✓ Le choix du mois de novembre comme un mois sans tabac à l'image du Stoptober des anglosaxons investi par les soignants depuis plusieurs années au Royaume-Uni (depuis 2012) ;
- ✓ Une prise en charge des traitements de substitution nicotinique qui a augmenté progressivement au cours des années pour être complètement remboursés aujourd'hui sur prescription médicale ou de la sage-femme ;
- ✓ Le développement des compétences psychosociales en milieu scolaire qui semble être une action parmi les plus efficaces pour prévenir l'entrée dans le tabagisme ;
- ✓ Un pictogramme femme enceinte apposé sur les paquets de cigarettes depuis 2015.

Le programme national de lutte contre le tabac qui fait suite de 2018 à 2022 rend compte d'un objectif de mobilisation sociale atteinte avec en particulier une efficacité de (Wilquin et al., 2013; Guignard et al., 2018; Hill & Legoupil, 2018):

- ✓ L'augmentation des prix si cette hausse est nette et répétée, actuellement, le seuil de 10 euros ayant été atteint ;
- ✓ La prise en charge de la substitution nicotinique pour tous depuis 2018 ;
- ✓ Du mois sans tabac débuté en 2016 en France.

S'ajoute à cette politique de santé publique une démarche de « maternité sans tabac », qui s'intègre dans le cadre plus large de « l'hôpital sans tabac ».

Ce réseau maternité sans tabac rassemble aujourd'hui plus de 380 maternités en France.

Une charte a été signée par toutes ces maternités qui s'engagent alors à devenir un espace totalement non-fumeur, et s'appliquent à être un réel espace de soins, d'éducation à la santé et de prévention.

L'enquête périnatale de 2016 relevait le manque d'efficacité de cette politique de lutte contre le tabagisme ne constatant pas de réelles diminutions des consommations tabagiques des femmes en précisant que toutes les mesures prévues n'étaient pas en place lors de l'enquête.

Il semble que les récents chiffres concernant l'usage de tabac dans la population montrent une diminution des consommations de tabac chez tous, et également chez certaines tranches d'âges de femmes comme le précise la partie prévalence de la consommation de tabac ci-dessus. (Pasquereau et al., 2017)

b) Alcool



L'alcool constitue le 2^{ème} facteur de mortalité évitable en France et serait en cause selon les derniers chiffres dans 41000 décès. (François Beck & Richard, 2014; Guérin et al., 2013)

Pourtant, et en opposition au tabac, l'impulsion en termes de politique de santé publique est nettement moins importante. (Chaumontet et al., 2015; Cour des Comptes, 2016)

Une étude très récente suggère le fait qu'il n'y a pas de seuil minimal de consommation sans risques, à l'image de l'absence de seuil sans risque d'usage de l'alcool pendant la grossesse, à tel point qu'une des auteures de l'article utilisera comme expression concernant l'alcool : « less is better, none is best ». (Griswold et al., 2018)

Ainsi de nouvelles recommandations d'usage ont été faite par Santé Publique France et par l'institut national du cancer (Santé publique France, 2017) :

- ✓ Pas plus de 2 verres par jour ;
- ✓ Pas plus de 10 verres dans la semaine ;
- ✓ Avoir des jours dans la semaine sans consommation.

Quelques campagnes avaient été menées avec quelques phrases culte ayant marqué les esprits.

On citera pour exemple en 1984 : « un verre ça va, trois verres bonjour les dégâts » ou encore le fameux : « tu t'es vu quand t'as bu » en 1991.

L'absence de mise en évidence d'un seuil minimal de consommation sans risques oblige les femmes à une abstinence en application du principe de précaution.

Ainsi l'expertise collective de l'INSERM en 2001 énonce le conseil de ne pas boire du tout de boissons alcoolisées pendant la grossesse, une dose minimale seuil sans conséquence étant impossible à définir aujourd'hui. »

De même, l'INPES en 2004 recommande une abstinence pendant la grossesse.

Le 2 octobre 2006 et en application de l'arrêté ministériel de cette même date, un message sanitaire préconise l'abstinence de consommation d'alcool, destiné aux femmes enceintes, et est apposé sur toutes les unités d'alcool 1 an après.

Ce message prendra deux formes, à savoir un pictogramme ou une phrase d'information :

« La consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse même à petite dose peut avoir des conséquences graves sur la santé de l'enfant. »

c) *Cannabis*

Le cannabis est un produit illégal et la politique de lutte contre l'usage de cannabis s'est longtemps résumée à une répression judiciaire des usagers et personnes détenant du cannabis avec des peines encourues qui peuvent être assez lourdes parfois, notamment pour les dealers.

Malgré ce système très répressif, un des plus répressifs d'Europe, on constate que la France est un des pays qui consomme le plus de cannabis.(Phan et al., 2016)

Depuis les années 2000, des consultations jeunes consommateurs ont été mises en place un peu partout sur le territoire français afin de prévenir, de repérer les usages à risque et d'intervenir précocement.(Obradovic, 2017)

On constate que dans les enquêtes périnatales, on pose pour la première fois la question de l'usage de cannabis aux femmes en 2010 ce qui rend bien entendu toute consommation avant 2010 inexistante si l'on ne se fit qu'à ces enquêtes.(Blondel & Kermarrec, 2011)

d) Autres toxiques

Probablement qu'une des plus grandes avancées en addictologie constitue la prise en charge de l'usage des opiacés avec la mise en place d'une politique de réduction des dommages et des risques.

Il s'agit d'un ensemble de mesures mises en œuvre pour éviter les complications sanitaires découlant principalement de l'usage de SPA par voie injectable, avec en particulier overdoses et risques infectieux tels que les septicémies, le VIH ou encore le VHC. (F. Beck et al., 2016)

La vente libre de seringue, puis la distribution du matériel d'injection quelques années plus tard en association avec un effort important d'information a permis notamment une diminution du risque de transmission du SIDA.

On illustrera également cette politique de réduction des risques et des dommages par la mise en place de deux salles de consommation de drogue à moindre risque (SCMR), à Paris et à Strasbourg. Elles ont pour principal objectif la poursuite de la réduction de la morbi-mortalité. (Drugs & Addiction, 2017; Wood et al., 2004)

Deux traitements de substitution phares dans le traitement des troubles de l'usage des opiacés en particulier, à savoir la méthadone, mais aussi la buprénorphine haut dosage dans un second temps, permettront d'une part la réduction drastique du marché illégal des

opioïdes, mais aussi et surtout une réduction des overdoses. (F. Beck et al., 2016; François Beck et al., 2014)

Ces traitements sont autorisés chez la femme enceinte et la grossesse est une situation privilégiée pour instaurer un traitement de substitution oral au vu des risques encourus en cas d'usage d'opiacés pendant cette période particulière. (Claude Lejeune, 2007b; Substance Abuse & Mental Health Administration, 2016)

D'ailleurs, la grossesse est la seule contre-indication formelle au sevrage des opiacés du fait essentiellement des risques obstétricaux.

2. Représentations sociales

a) De la société

Depuis quelques années on constate une uniformisation des comportements de consommation de SPA entre les hommes et les femmes avec en particulier chez ces dernières l'adoption de comportements qui étaient historiquement considérés comme propres à l'homme. (Simmat-Durand, 2009)

L'évolution de la consommation tabagique chez les femmes, montre à quel point la représentation sociale d'une SPA est essentielle dans l'usage, et notamment dans les usages précoces. C'est ainsi que les représentations sociales influencent les premières expérimentations ainsi que le maintien des consommations des SPA. (François Beck et al., 2010)

En effet fumer est nettement moins différencié selon l'âge, et même si de nos jours, le tabac est plutôt associé à un bas niveau socio-économique, la cigarette a longtemps été un moyen de distinction sociale avec dans l'imaginaire collectif une perception de ce dernier comme « un lubrifiant social » et surtout un symbole de liberté et d'émancipation.

Ceci est de moins en moins le cas probablement du fait des différents programmes de lutte contre le tabac. (Peretti-Watel et al., 2009; J.-B. Richard, 2016)

La propension à arrêter le tabac semble assez homogène alors même que la réussite du sevrage tabagique semble lui, assez différencié selon le niveau socio-économique.

Bien qu'associer à la convivialité, l'alcool constitue un important tabou dans la société et le produit qui bénéficie d'une image sociale très positive n'est jamais pointé comme problématique en tant que tel, contrairement à l'individu souffrant d'un trouble de l'usage de l'alcool. (J.-B. Richard, 2016)

Le cannabis est peu coûteux et très accessible bien qu'il soit perçu comme dangereux car illégal.

L'usage occasionnel du cannabis semble être un mode de consommation d'individus socialement intégrés alors que l'usage quotidien reflète plutôt des difficultés sociales ou des situations de précarité. (François Beck & Obradovic, 2017)

Les autres SPA comme l'héroïne ou la cocaïne sont perçues comme très négatives et surtout comme très dangereuses par la société probablement du fait de l'illégalité de celles-ci. (François Beck et al., 2014)

b) Des soignants

Les soignants qui font partie de la société, sont sujets aux mêmes représentations sociales et plusieurs études le montrent d'ailleurs. (Daisy, 2017)

En effet beaucoup d'entre eux évoquent un manque de temps pendant les consultations pour aborder les consommations de SPA pendant la grossesse.

Par ailleurs, ils se représentent une sous déclaration systématique des éventuelles usagères de SPA et pensent donc que poser la question ne permettrait pas d'avoir d'information. (Reynaud-Maurupt, 2011)

Les professionnels de la maternité expriment leur manque de connaissance et de formation en addictologie, ce qui rend d'autant plus difficile l'abord des consommations de SPA auprès des femmes, entraînant ainsi mécaniquement une absence de repérage précoce ainsi qu'une impossibilité à orienter vers un spécialiste. (Van Der Meersch, 2017)

Quand repérage d'une consommation à risque il y a, ils évoquent souvent leur difficulté à orienter vers un spécialiste. (Van Der Meersch, 2017)

Certains des professionnels de santé disent aborder le sujet en fonction du contexte psycho-social, ce qui pose la question de la stigmatisation d'une partie de la population favorisant ainsi une surestimation dans les classes sociales basses ainsi qu'une sous-estimation dans les classes sociales aisées, comme le suggèrent certaines études sociologiques. (Aubisson, 2009; Hoareau, 2012, 2013)

Enfin, un défaut d'outils adaptés pour dépister et orienter ainsi qu'une difficulté du travail en réseau sont mis en avant par les soignants rendant cette question des consommations de SPA lors de la grossesse difficile à évaluer.

c) Des patientes

Les patientes qui consomment des SPA pendant la grossesse ont tendance à cacher ces dernières, et ceci probablement du fait d'un important sentiment de honte et de culpabilité. Elles se sentent juger à tort ou à raison par les soignants, ce qui ne permet pas d'établir une relation de confiance si nécessaire à la relation soignants – soignés. (Claude Lejeune, 2007a; Aubisson, 2009)

En effet, la crainte d'un regard différent porté sur elles, en cas de déclaration d'une consommation de SPA pendant la grossesse les pousse à ne pas en parler alors même que les soignants verbalisent leurs difficultés à aborder le sujet avec elles. (Desplanques, 2003; Simmat-Durand, 2007, 2009)

Par ailleurs, la peur qu'on remette en cause leur capacité à être mère qui s'associe aux éventualités du signalement et du placement défavorise ces patientes dans leur possibilité d'accès aux soins. (Simmat-Durand, 2008)

Une étude d'Hélène COUDRAY tend à montrer d'ailleurs que dans la population des parents d'enfants placés, la proportion de troubles de l'usage de substance serait supérieure à celle de la population générale.(Coudray, 2016)

MATERIELS ET METHODES

I. Objectifs de la recherche

A. Objectif principal de la recherche

Evaluation en pré-partum dans le cadre d'une hospitalisation en suivi intensif de grossesse ou en post-partum immédiat du lien entre l'évolution des consommations de substances psychoactives et la qualité de l'information perçue par les femmes.

B. Objectifs secondaires

- ✓ Evaluation des consommations de SPA lors de la grossesse, en post partum immédiat ou en pré partum en SIG, à travers un entretien semi-directif, et comparaison de celles-ci aux consommations enregistrées dans le dossier obstétrical afin de dégager des pistes d'amélioration dans le recueil d'informations addictologiques ;
- ✓ Evaluation de l'information perçue par cette même population concernant usage de SPA et grossesse à travers un auto-questionnaire et pertinence de celui-ci dans l'élaboration de pistes d'amélioration dans la délivrance des messages de prévention ;
- ✓ Permettre une évolution réciproque des représentations sociales des patientes vis-à-vis des soins, et celles des soignants vis-à-vis des usagères de SPA ;
- ✓ Décloisonner les interventions spécifiques au sein de l'hôpital et dans la prise en charge de la femme enceinte usagère de substances psychoactives ;
- ✓ Permettre un bénéfice direct de l'étude aux patientes en les orientant vers les soins selon l'évaluation des difficultés présentées.

II. Critères d'évaluation

Les critères d'évaluation sont recueillis à travers :

- ❖ Un entretien semi-directif se décomposant en trois parties principales :
 - ✓ Données socio-démographique ou mode de vie ;
 - ✓ Traitement médicamenteux et antécédents personnels et familiaux ;
 - ✓ **Evaluation de l'usage de SPA avant et pendant la grossesse.**

- ❖ Un questionnaire à choix multiples complété en fin d'entretien évaluant **l'information retenue par les patientes ainsi que sa provenance concernant usage de SPA et grossesse.**

Les critères d'évaluation principaux sont donc :

- ❖ L'usage de SPA avant et pendant la grossesse en ciblant trois toxiques principaux qui sont alcool, tabac et cannabis et en ajoutant une question concernant les autres toxiques, à savoir, héroïne, cocaïne, ecstasy, MDMA, LSD et drogues de synthèse en particulier.

Le questionnement reprend un cheminement identique pour tous les toxiques qui est :

- ✓ D'abord la consommation habituelle en dehors de la grossesse ;
 - ✓ Puis l'évolution de cette consommation lors de la grossesse ;
 - ✓ De plus, l'éventuelle aide proposée aux patientes concernant chaque consommation ;
 - ✓ Et enfin, l'éventuel usage, même minime, de chacun des toxiques pendant la grossesse.
-
- ❖ L'information retenue ou perçue par les femmes concernant usage de SPA et grossesse, et ceci sur les trois mêmes toxiques cités précédemment, en y associant les mêmes autres toxiques sur une dernière question.

Le questionnaire reprend également un cheminement identique pour tous les toxiques à savoir :

- ✓ Une première question demandant si les patientes sont informées du risque de la consommation de SPA sur la santé et si oui, la provenance de cette information ;
- ✓ Une seconde question demandant si celles-ci sont informées du risque spécifique sur la grossesse et sur le fœtus et si oui, la provenance de cette information ;
- ✓ Une dernière question demandant si une information de non-dangerosité leur a déjà été donnée, et si oui sa provenance ;
- ✓ Enfin une ultime question demandant si une aide leur a été proposée pour arrêter ou diminuer la consommation de SPA pendant la grossesse.

La provenance de l'information est évaluée de manière stéréotypée en 4 groupes, à savoir :

- ✓ **Les soignants** : MT, obstétricien, échographiste, urgentiste, sage-femme ;
- ✓ **L'entourage** : familial, amical, professionnel ;
- ✓ **Les médias** : télévision, radio, presse écrite, internet ;
- ✓ **Autres.**

Les critères d'évaluations secondaires sont :

- ✓ Les données socio-démographiques recueillies ;
- ✓ Les traitements pris par les patientes ;
- ✓ Les antécédents personnels et familiaux, en particulier concernant les troubles de l'usage de SPA.

III. Conception de la recherche

Il s'agit d'une étude observationnelle, multicentrique, transversale, prospective, descriptive, exploratoire effectuée sur les maternités du CHU de Caen et de Bicêtre ainsi que sur la maternité du CH de Saint Lo.

IV. Sélection et exclusion des personnes de la recherche

A. Critère d'inclusion des personnes qui se prêtent à la recherche

Toute femme majeure, en per-partum ou post-partum immédiat, hospitalisée à la maternité et en capacité de communiquer en français.

B. Critères de non-inclusion

Les patientes ne communiquant pas en français.

Les patientes jugées par les équipes soignantes comme non visibles, du fait d'une décompensation médicale, psychiatrique, ou d'une souffrance trop importante.

V. Déroulement pratique de l'étude

A. Pour les femmes en post-partum immédiat :

- ❖ Visite de pré-inclusion à J1 post accouchement :
 - ✓ Donner une information éclairée aux patientes
 - ✓ Leur expliquer l'objectif ainsi que les modalités de l'étude
 - ✓ Leur soumettre les documents d'informations et d'accord de participation

- ❖ Visite d'inclusion à J2 post accouchement :
 - ✓ Evaluer les patientes qui ont acceptées de participer à l'étude à travers l'entretien semi-directif ainsi que le questionnaire à choix multiples ci-joints.
 - ✓ Enregistrer les données du dossier obstétrical.
 - ✓ Attribuer des codes aux patientes qui se constituera ainsi : Ville-postpartum-ordre d'inclusion, permettant l'anonymat des patientes incluses.

B. Pour les femmes hospitalisées au cours de leur grossesse :

- ❖ Visite de pré-inclusion uniquement pour les premières hospitalisations de la grossesse actuelle :
 - ✓ Donner une information éclairée aux patientes.
 - ✓ Leur expliquer l'objectif ainsi que les modalités de l'étude.
 - ✓ Leur soumettre les documents d'informations et d'accord de participation

❖ Visite d'inclusion :

- ✓ Evaluer les patientes qui ont acceptées de participer à l'étude à travers l'entretien semi-directif ainsi que le questionnaire à choix multiples ci-joints.
- ✓ Enregistrer les données du dossier obstétrical.
- ✓ Attribuer des codes aux patientes qui se constituera ainsi : Ville-pré-partum-ordre d'inclusion, permettant l'anonymat des patientes incluses.

C. En fin d'entretien clinique :

Proposer aux patientes qui auront été identifiées au cours de l'entretien clinique comme présentant une vulnérabilité psychique particulière, les coordonnées des structures de suivi adaptées, avec en particulier les services de périnatalité, d'addictologie ou de psychiatrie adulte en fonction des situations et des offres de soins et afin de permettre un bénéfice direct de cette étude aux patientes en termes d'information et d'orientation.

VI. Description des données à recueillir

Les données à recueillir sont :

- ❖ Les accords des patientes pour participer à l'étude distribués à J1

- ❖ L'entretien semi-directif (ci-joint) :
 - ✓ Données sociodémographiques
 - ✓ Traitement actuel
 - ✓ Antécédents personnels médicaux, chirurgicaux, obstétricaux, psychiatriques, addictologiques
 - ✓ Données obstétricales et du nouveau-né actuelles

- ✓ Antécédents familiaux addictologiques
- ✓ Evaluation des consommations de SPA (alcool, tabac, cannabis et autres) avant et pendant la grossesse

- ❖ Le questionnaire à choix multiples (ci-joint) évaluant qualité de l'information perçue et son origine pour l'alcool, le tabac, le cannabis et les autres SPA qui sera complété en compagnie de la patiente à la fin de l'entretien semi-directif.

- ❖ L'enregistrement au décours de cet entretien des données issues du dossier obstétrical. (Données à recueillir ci jointes)

- ❖ La triple écoute individuelle de la partie l'entretien semi-directif concernant l'évaluation de l'usage des SPA pendant la grossesse, chaque écouteur complètera l'évaluation individuellement, puis il y aura une confrontation des résultats. Si les résultats sont identiques, l'évaluation est validée, si une des évaluations est différentes des 2 autres, une écoute commune des trois écouteurs sera effectuée. Ces derniers se mettront d'accord et valideront une évaluation.

VII.Participation à l'étude et aspects réglementaires

A. Promoteur de l'étude

Le promoteur de l'étude est le CHU de Caen.

B. Médecin investigateur et médecins associés

Les médecins associés sont les Docteurs ANDRO Gwenaëlle, chef du service périnatalité de Caen, et BLAIS-LEPELLEUX Anne-Cécile, PH au service d'addictologie du CHU de Caen.

J'ai moi-même effectué toutes les investigations de cette étude, sur les trois maternités du CH Mémorial de Saint Lo, du CHU de Caen et du CHU de Bicêtre.

C. Participantes à l'étude

Mme INGRAIN Maryam et Mme ABERTOUN Sara ont participé à cette étude par leur attentive écoute de la partie de l'entretien clinique évaluant les consommations de SPA avant et pendant la grossesse permettant ainsi la triple écoute de l'étude, puis la mise en commun de nos écoutes et augmentant ainsi la force de celle-ci.

D. Accord du CPP

S'agissant d'une étude observationnelle, non interventionnelle, une demande au CPP a été faite le 15 avril 2018.

Un accord du CPP a été obtenu le 28 août 2018 avec une appréciation de la qualité générale du dossier.

L'étude est identifiée sous le numéro ID-RCB :2018-A01791-54

Un formulaire de d'information et de non-opposition a été signé par chaque participante de l'étude et a été mis dans chacun de leur dossier respectif à la maternité.

E. Temps de l'étude

Le premier entretien clinique a eu lieu à la maternité de Saint Lo le 25 octobre 2018 et le dernier entretien à la maternité de Bicêtre le 26 juillet 2020.

Ainsi je suis intervenu sur la maternité du CH de Saint Lo du 25 octobre 2018 au 21 novembre 2019, puis sur la maternité de Caen du 11 juillet 2019 au 13 décembre 2019 et enfin sur la maternité de Bicêtre du 7 novembre 2019 au 26 juillet 2020.

Tous les entretiens ont été enregistrés vocalement par un dictaphone de marque Olympus.

VIII. Statistiques

A. Nombre sujets

S'agissant d'une étude exploratoire, où l'objectif principal est de nature essentiellement descriptive, le calcul du nombre nécessaire de sujets ne peut être envisagé. Le point important est de pouvoir disposer d'un effectif suffisant pour réaliser différentes analyses suivant les différentes facettes du protocole à évaluer (évolution des consommations de substances psychoactives [1] et qualité de l'information perçue par les femmes [2] ainsi que le lien entre ces deux approches [1+2]) et en tenant compte la faisabilité en termes de capacité d'inclusion. Les maternités du CHU de Caen et du CHU de Bicêtre totalisent chacune plus de 3000 accouchements par an et la maternité du CH Mémorial de Saint-Lô environ 1800 par an. Ces effectifs nous permettent de proposer pour cette étude un nombre d'inclusions conséquent :

- 150 patientes à la maternité de Saint Lo
- 150 patientes à la maternité de Caen + 50 patientes au SIG
- 150 patientes à la maternité de Bicêtre + 50 patientes au SIG

Soit 550 patientes au total. Ce nombre permettra de répondre à l'ensemble des objectifs fixés.

B. La constitution de la base de données

Toutes les femmes ayant varié leur consommation de SPA pendant la grossesse dans l'échantillon total de l'étude sont sélectionnées et ceci par produit, soient les femmes ayant répondu oui à la question : « Avez-vous modifié votre consommation pendant la grossesse ? ».

Puis, sont exclues de ces sous-groupes toutes les femmes pour lesquelles on ne dispose pas de l'auto-questionnaire.

Ainsi on constitue 4 sous-groupes :

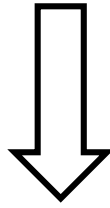
- ✓ 332 femmes ayant fait varier leur consommation d'alcool pendant la grossesse
- ✓ 135 femmes ayant fait varier leur consommation de tabac pendant la grossesse
- ✓ 22 femmes ayant fait varier leur consommation de tabac pendant la grossesse
- ✓ 5 femmes ayant fait varier leur consommation des autres SPA pendant la grossesse

Il est à noter que les femmes qui ont répondu qu'elles avaient arrêté la consommation de SPA pendant la grossesse, puis qui répondent oui à la question, vous est-il déjà arriver de consommer la SPA même à petites doses pendant la grossesse ont été comptabilisées parmi les femmes qui ont consommé pendant la grossesse.

2200 (550x4)

1^{ère} étape :

Sélection des variations
de consommation



584

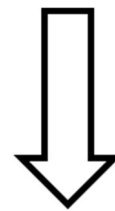
2^{ème} étape :

Sélection des femmes
Ayant rendu
L'auto-questionnaire



494

3^{ème} étape : tri par SPA



ALCOOL

TABAC

CANNABIS

AUTRES SPA

332

135

22

5

C. Définition de la variable dépendante et des variables explicatives

1. Variable dépendante

La variable à expliquer est la variation de consommation qui constitue donc la variable endogène et qui est évaluée par les variables qui suivent :

a) *dYB1 : variation binaire de consommation*

Cette variation correspond à la question : « Avez-vous modifié cette consommation pendant la grossesse ? », et donne lieu à une réponse binaire :

1 = oui 0 = non

La réponse oui donnera lieu à la question : « comment ? », précisant le type de modification que l'on appellera dY2

b) *dY2 : variation ternaire de la consommation*

Il s'agit du type de modification de la consommation avec 3 réponses possibles :

1 = Arrêt 2 = Diminution 3 = Augmentation

On constate que sur les 4 échantillons, il existe uniquement 3 individus qui augmentent leur consommation, ce qui nous permet de transformer dY2 en une variable binaire :

0 = maintien de consommation

1 = arrêt de la consommation

Ainsi, le choix est fait de maintenir les 3 augmentations de consommation dans cette régression logistique.

2. Les variables explicatives :

Elles sont de 3 types :

- a) *Variables évaluant le niveau de consommation dans les 12 mois avant la grossesse.*

Il est évalué par la fréquence des consommations pour chacune des SPA.

S'ajoute pour la consommation d'alcool 2 variables spécifiques mesurant la fréquence des API ainsi que la fréquence des ivresses.

(1) YF_1

Il s'agit de la fréquence de consommation pour :

❖ **L'alcool :**

1 = absente

2 = très occasionnelle = au moins 1 fois par an

3 = occasionnelle = au moins 1 fois par mois

4 = régulière = au moins 1 fois par semaine

5 = quotidienne = au moins 1 fois par jour

❖ **Tabac, Cannabis et autres SPA :**

1 = absente

2 = occasionnelle

3 = quotidienne

(2) YA_2

Il s'agit de la fréquence des alcoolisations ponctuelles importantes :

1 = absente

2 = moins d'1 fois par mois

3 = au moins 1 fois par mois

4 = au moins 1 fois par semaine

(3) YI_3

Il s'agit de la fréquence des ivresses

1 = absente

2 = au moins 1 par an

3 = au moins 3 par an

4 = au moins 10 par an

b) *Mesure de la perception de l'information*

(1) XB2

Il s'agit de l'information spécifique concernant les dangers sur la grossesse et sur le fœtus qui est donc une information positive :

1 = oui

0 = non

(2) X2S_1

Il s'agit de la provenance de cette information spécifique positive par type de soignant :

0= absente 1= Echographiste 2= Urgentiste 3= MT 4 = Gynéco 5 = SF

(3) X2E_2

Il s'agit de la provenance de cette information spécifique par type d'entourage :

0= absente

1= Collègues

2= Amis

3= Famille

(4) X2M_3

Il s'agit de la provenance toujours de cette même information spécifique par type de média :

0= Absente

1= Presse écrite

2= Radio

3= Télévision

4= Internet

(5) XB3

Il s'agit de la contre-information spécifique des dangers des consommations de SPA sur la grossesse et sur le fœtus avec une réponse binaire :

1= oui

0= non

(6) X3S_1

Il s'agit de la provenance de cette contre-information spécifique par type de soignant :

0 = Absente

1= Echographiste

2= Urgentiste

3= SF

4= Gynéco

5= MT

(7) X3E_2

Il s'agit de la provenance de cette contre-information spécifique par type d'entourage :

0= Absente

1= Famille

2= Amis

3= Collègues

(8) X3M_3

Il s'agit de la provenance de cette même contre-information par type de média :

0= Absente

1= Presse écrite

2= Internet

3= Radio

4= Télévision

c) *Autres variables explicatives*

(1) XB4

Utilisation de la cigarette électronique :

1 = oui

0 = non

(2) XB5

Antécédents familiaux addictologiques pour chaque produit, à savoir, alcool, tabac, cannabis et autres toxiques :

1 = oui

0 = non

(3) TP

Il s'agit de la somme des consommations de SPA :

0= 0 produit 1= 1 produit 2= 2 produits 3= 3 produits 4= 4 produits

(4) PC

Il s'agit de la proposition de prise en charge :

0= Abs 1= Hospit 2= Médicament 3= Autres 4= Substitution 5 = CS

D. Analyse statistique

Dans un premier de temps, l'analyse statistique est descriptive. La description des variables continues est faite par des moyennes et les écarts types et celles des variables catégorielles par des pourcentages.

Cette analyse décrira :

- ✓ Les consommations de SPA dans les 12 mois avant la grossesse
- ✓ Les consommations des SPA pendant la grossesse
- ✓ La perception de l'information concernant l'usage des SPA et la grossesse des femmes par produits
- ✓ Les antécédents familiaux addictologiques par produit.
- ✓ Les données addictologiques recueillies dans le dossier obstétrical, à savoir les consommations de chaque SPA avant et pendant la grossesse.

Une régression logistique sur la consommation d'alcool et de tabac des femmes enceintes a été appliquée. La méthode d'estimation est le maximum de vraisemblance en utilisant le logiciel Eviews 10. Cette procédure est une technique beaucoup plus adaptée au modèle logistique par comparaison à la méthode des moindres carrées.

L'estimation de la régression est basée sur le modèle logistique qui est défini comme suit :

$$z_i = \text{Ln}\left(\frac{p_i}{1-p_i}\right) = \text{cst} + \sum_{j=1}^k \alpha_j X_j + e_i \quad i = 1, 2, \dots, n$$

où p_i est la probabilité d'arrêter de consommer de l'alcool pour la femme enceinte i , et $(1 - p_i)$ est la probabilité qu'elle continue à consommer de l'alcool pendant la grossesse. Les variables X_i correspondent aux variables supposées indépendantes, évaluées par le questionnaire. Définitions des variables explicatives. Les coefficients α_i sont des paramètres associés à chaque variable, ils mesurent le degré de contribution de chaque variable dans l'explication de la variation de la variable dépendante z_i . Dans la littérature spécialisée, le rapport $\frac{p_i}{1-p_i}$ est appelé Odd Ratio (OR). Le terme e_i correspond à une erreur aléatoire. (Hosmer Jr et al., 2013; Osborne, 2014)

RESULTATS

I. Pour l'alcool

A. Prévalence de consommation d'alcool

1. Fréquence de consommation d'alcool

Dans cette étude la prévalence d'usage d'alcool pour une femme est de 60% avec :

- ✓ Un **usage très occasionnel**, soit au moins une fois par an pour 21.7% d'entre-elles
- ✓ Un **usage occasionnel**, soit au moins une fois par mois pour 38% d'entre elles,
- ✓ Un **usage hebdomadaire**, soit au moins une fois par semaine pour 39.5% d'entre elles
- ✓ Et enfin un **usage quotidien** pour 0.9% d'entre elles

2. Fréquence des API

La fréquence des API dans cette même population est de 49,1% avec une fréquence de :

- ✓ Moins d'une fois par mois pour 36.5% d'entre elles
- ✓ Au moins une fois par mois pour 10.84% d'entre elles
- ✓ Et au moins une fois par semaine pour 1.81% d'entre elles

3. Fréquence des ivresses

La fréquence des ivresses est de 59% chez les femmes consommatrices d'alcool avec une fréquence de :

- ✓ Au moins une fois par an pour 30.4% d'entre elles
- ✓ Au moins 3 fois par an pour 23.8% d'entre elles
- ✓ Au moins 10 fois par an pour 4.82% d'entre elles

4. Prévalence de consommation d'alcool pendant la grossesse

Dans cette étude, la prévalence de consommation de l'alcool pendant la grossesse est de 14.9%.

Elle est de 24.4 % parmi les femmes qui ont consommé de l'alcool dans les 12 mois avant la grossesse.

Il est à noter que seulement une femme, parmi les 550 interrogées a débuté un usage de l'alcool pendant la grossesse. Cependant il s'agit d'une femme qui vivait une grande précarité sociale.

Par conséquent, d'après ces données déclaratives, $\frac{3}{4}$ des femmes arrêteraient leur consommation d'alcool pendant la grossesse.

B. Qualité de l'information perçue concernant l'alcool

1. Perception de l'information générale

96.1 % des femmes ont perçu la dangerosité de l'alcool sur la santé de manière générale.

98.2% des femmes qui ont consommé de l'alcool dans les 12 mois avant la grossesse ont perçu l'information quant à la dangerosité de l'usage d'alcool sur leur santé.

2. Perception de l'information spécifique

92.7 % des femmes questionnées ont perçu l'information spécifique quant à la dangerosité de l'alcool sur la grossesse et le fœtus.

94.5 % des femmes qui ont consommé de l'alcool dans les 12 mois avant la grossesse ont perçu l'information de dangerosité de la consommation d'alcool sur la grossesse et sur le fœtus.

Cette perception de l'information spécifique provient :

- ✓ Des soignants pour 72.6% des femmes, et majoritairement par **les gynéco-obstétriciens et par les sages-femmes.**
- ✓ De l'entourage pour 48,2% des femmes, et majoritairement par **la famille**
- ✓ Des médias pour 73.2% des femmes, et majoritairement par **internet et par la télévision.**

3. Perception de la contre information spécifique

63.3 % des femmes ont perçu une contre-information spécifique minimisant la dangerosité de l'alcool sur la grossesse et le fœtus.

74.4% des femmes qui ont consommé de l'alcool dans les 12 mois avant la grossesse ont perçu une contre information concernant la dangerosité de l'alcool sur la grossesse et le fœtus, minimisant ainsi les dangers de l'usage d'alcool sur la grossesse et le fœtus.

Cette perception de la contre information spécifique provient :

- ✓ Des soignants pour 6% des femmes, et majoritairement par les **médecins traitants puis par les gynéco-obstétriciens.**
- ✓ De l'entourage pour 69.3% des femmes avec en premier lieu les **amis.**
- ✓ Des médias pour 7.5% des femmes avec majoritairement **internet.**

C. Information du dossier obstétrical

Dans 54.8 % des dossiers, on ne retrouve aucune information sur la consommation d'alcool avant la grossesse.

Et 15.4% des dossiers ne contiennent aucune information sur la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Enfin 83.5 % des dossiers indiquent une non-consommation d'alcool pendant la grossesse.

D. Résultat de la régression logistique

Dependent Variable: DY2
 Method: ML - Binary Logit (Newton-Raphson / Marquardt steps)
 Date: 02/05/21 Time: 18:56
 Included observations: 332
 Convergence achieved after 3 iterations
 Coefficient covariance computed using the Huber-White method

Variable	Coefficient	Std. Error	z-Statistic	Prob.
C	3.606963	0.911616	3.956669	0.0001
YF_1	-0.923658	0.216068	-4.274857	0.0000
YA_2	0.444280	0.218882	2.029765	0.0424
YI_3	-0.689147	0.169530	-4.065041	0.0000
XB2	1.463852	0.672231	2.177602	0.0294
X2S_1	0.025825	0.080732	0.319887	0.7491
X2E_2	-0.119663	0.105310	-1.136293	0.2558
X2M_3	0.065155	0.098169	0.663702	0.5069
XB3	-0.289533	0.534949	-0.541234	0.5883
X3S_1	-0.163953	0.146097	-1.122224	0.2618
X3E_2	0.230730	0.219290	1.052169	0.2927
X3M_3	0.079594	0.210006	0.379007	0.7047
XB5	-0.150268	0.305230	-0.492311	0.6225
TP	-0.105973	0.231864	-0.457047	0.6476
PC	-0.010372	0.303722	-0.034149	0.9728
McFadden R-squared	0.149665	Mean dependent var		0.756024
S.D. dependent var	0.430127	S.E. of regression		0.403896
Akaike info criterion	1.035287	Sum squared resid		51.71277
Schwarz criterion	1.207206	Log likelihood		-156.8577
Hannan-Quinn criter.	1.103848	Deviance		313.7153
Restr. deviance	368.9315	Restr. log likelihood		-184.4657
LR statistic	55.21617	Avg. log likelihood		-0.472463
Prob(LR statistic)	0.000001			
Obs with Dep=0	81	Total obs		332
Obs with Dep=1	251			

Tableau 1 Tableau des résultats de la régression pour l'alcool

Le tableau 1 représente les résultats de la régression logistique par la méthode d'estimation du maximum de vraisemblance pour la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Comme on pourra le constater en annexe, et en utilisant le test de Hosmer-Lemeshow (H-L) qui considère comme hypothèse nulle que le modèle spécifie correctement les données, ce modèle de régression logistique est un bon modèle d'estimation de la consommation d'alcool pendant la grossesse. En effet, la statistique H-L est égale à 7.569 avec une probabilité de 0.4766, ce qui conduit à accepter l'hypothèse nulle que le modèle spécifié estime correctement les données du questionnaire. D'autant plus, en retenant le seuil de $c=0.5$ de probabilité d'arrêter de consommer l'alcool, on évalue la prédiction et l'espérance de cette probabilité. On constate dans le Tableau 4 en annexe

qu'avec ce seuil, le pourcentage de la prédiction correcte est de 94.02% et le pourcentage de l'espérance mathématique atteint 79.53%.

Le Tableau 1 de la régression estimée indique des variables explicatives statistiquement significative avec $p < 0.05$.

Ainsi, les 3 critères évaluant le niveau d'usage de l'alcool dans les 12 mois avant la grossesse, à savoir la fréquence de consommation, la fréquence des API et la fréquence des ivresses sont très significatifs avec $p < 0.05$.

En effet, la fréquence de consommation d'alcool et la fréquence des ivresses diminueraient la probabilité relative d'arrêt de l'alcool pendant la grossesse.

Au contraire, la fréquence des API augmenterait la probabilité relative d'arrêt de cette même SPA pendant la grossesse.

De même, la perception de l'information spécifique aurait une influence positive favorisant l'arrêt de la consommation pendant la grossesse. ($p < 0.05$)

Il est intéressant de noter que la constante de variation individuelle intrinsèque par rapport à la consommation d'alcool est très significativement positive ; elle semble indiquer une forte probabilité d'arrêt de l'usage de l'alcool pendant la grossesse, toutes variables explicatives égales par ailleurs

E. Probabilité et vraisemblance

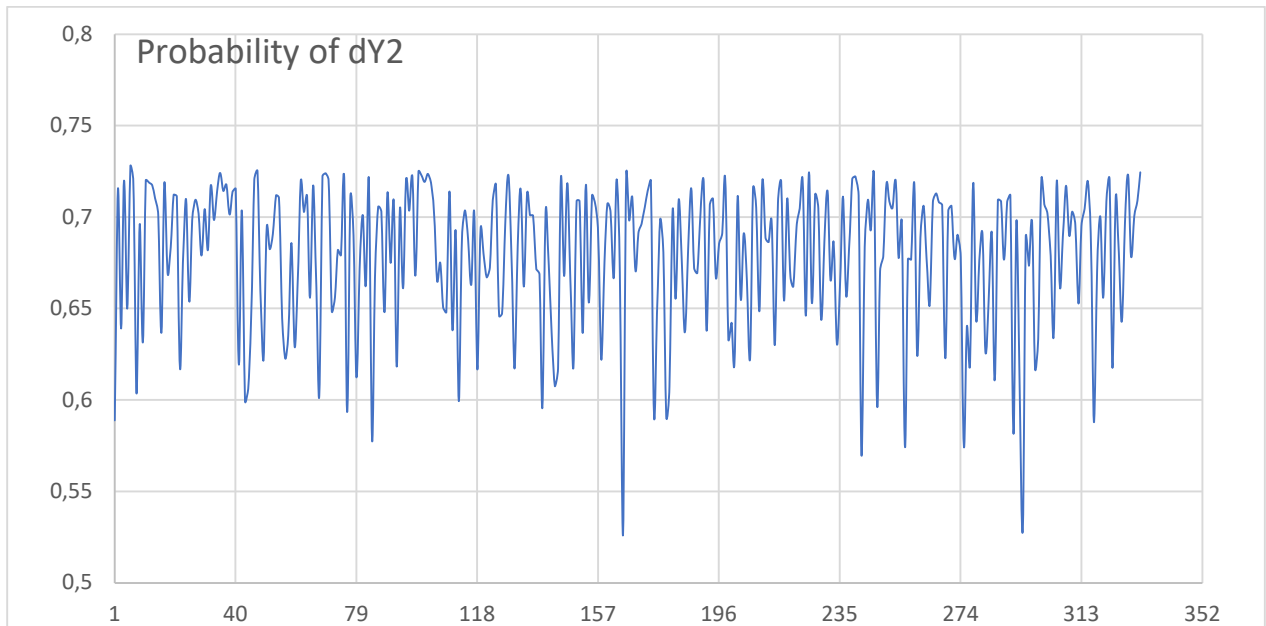


Figure 1 Probabilité d'arrêt de la consommation d'alcool pendant la grossesse

La figure 1, représentant la probabilité d'arrêter de consommer l'alcool pendant la grossesse, indique que cette probabilité se situe entre 0.6 et 0.73 à quelques exceptions près.

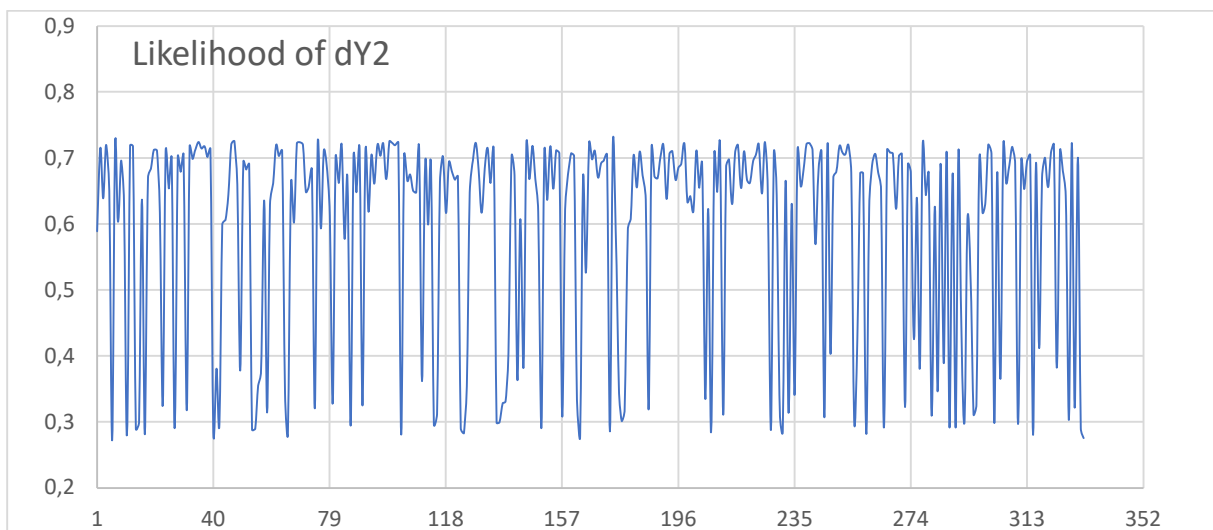


Figure 2 Vraisemblance de la consommation d'alcool pendant la grossesse

La figure 2 qui représente la vraisemblance de la consommation d'alcool pendant la grossesse, se situe dans une fourchette plus large entre 0.27 et 0.72.

F. Concentration

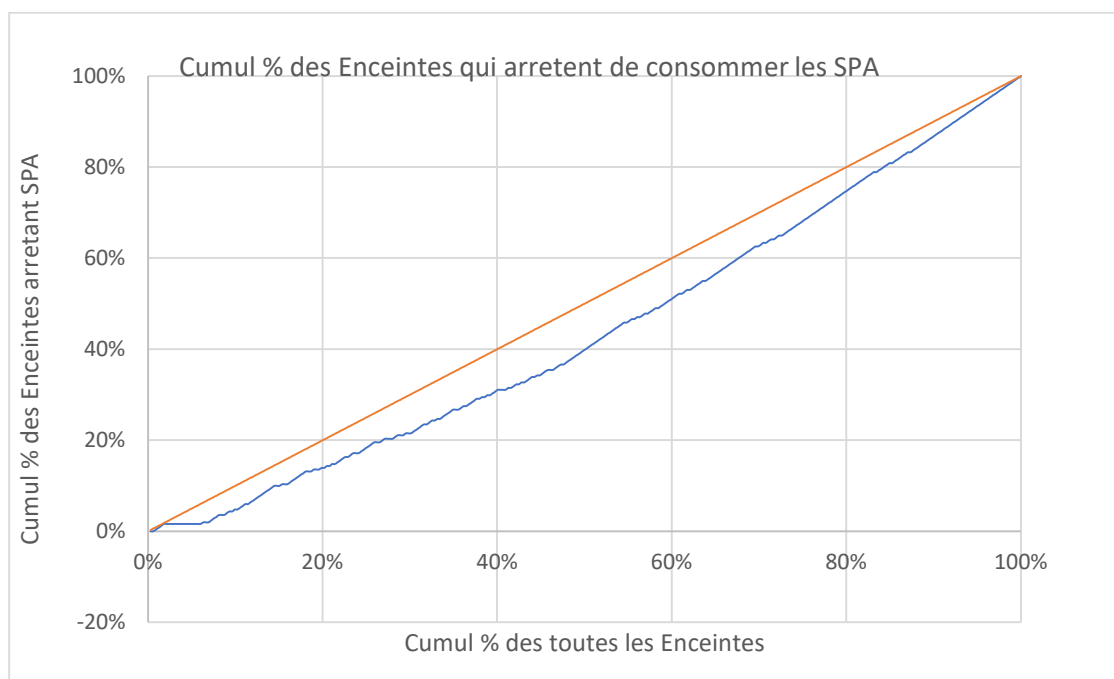


Figure 3 Courbe de concentration des arrêts d'alcool pendant la grossesse

La figure 3 représente la courbe de concentration des arrêts d'alcool pendant la grossesse, et nous indique une faible concentration des arrêts lors de cet épisode de vie, le coefficient de Gini étant très faible. En effet, à 60% de l'effectif total, 50% des femmes ont déjà arrêté l'usage de l'alcool.

II. Pour le tabac

A. Prévalence de consommation de tabac

1. Prévalence générale

Dans cette population, 24.2% des femmes ont consommé du tabac dans les 12 mois avant la grossesse avec une fréquence d'usage :

- ✓ Occasionnelle dans 18 % des cas
- ✓ Quotidienne dans 82 % des cas

Parmi ces usagères :

- ✓ 47.7 % ont arrêté leur consommation
- ✓ Et 50.8 % ont diminué leur consommation

On constate dans cette étude que 2 femmes ont débuté leur consommation de tabac pendant la grossesse.

2. Prévalence de consommation de tabac pendant la grossesse

La prévalence de consommation de tabac pendant la grossesse est d'environ 16% sur toute la population de l'échantillon.

Parmi les usagères de tabac dans les 12 mois avant la grossesse, 52.6 % continuent à consommer pendant la grossesse.

B. Usage de la cigarette électronique pendant la grossesse

19.6 % des usagères de tabac utilisent la cigarette électronique pendant la grossesse.

C. Qualité de l'information perçue concernant le tabac

1. Perception de l'information générale

95.9 % des femmes questionnées dans cette étude perçoivent une information de dangerosité sur la santé de manière générale.

97.8 % des consommatrices de tabac dans les 12 mois qui ont précédé la grossesse perçoivent une information générale de dangerosité de l'usage de tabac sur la santé.

2. Perception de l'information spécifique

90.7 % des femmes perçoivent une dangerosité spécifique du tabac sur la grossesse et sur le fœtus.

94.8 % des femmes usagères de tabac dans les 12 mois avant la grossesse perçoivent l'information spécifique de dangerosité du tabac sur la grossesse et sur le fœtus.

Cette information spécifique provient :

- ✓ Des soignants dans 79.3% des cas avec une surreprésentation des sages-femmes.
- ✓ De l'entourage dans 61.5 % des cas, avec en majorité la famille.
- ✓ Des médias dans 70.6 % des cas, et majoritairement internet.

3. Perception de la contre information spécifique

50.7 % des femmes perçoivent une contre information spécifique du tabac minimisant sa dangerosité sur la grossesse et sur le fœtus.

63 % des femmes qui ont consommé du tabac dans les 12 mois avant la grossesse renseignent une contre information spécifique minimisant la dangerosité de la consommation de tabac pour la grossesse et le fœtus.

Cette contre information provient :

- ✓ Des soignants pour 22.2 % d'entre elles avec majoritairement les gynécobstétriciens.
- ✓ De l'entourage pour 52.8% d'entre elles avec toujours une surreprésentation des amis.
- ✓ Des médias pour 13.3 % d'entre elles, et par l'intermédiaire d'internet en majorité

D. Information du dossier obstétrical

13.1 % des dossiers ne sont pas renseignés pour l'usage de tabac avant la grossesse.

14 % des dossiers ne sont pas renseignés pour l'usage de tabac pendant la grossesse.

13.7 % des dossiers renseignent une consommation de tabac pendant la grossesse.

E. Résultats de la régression logistique

Dependent Variable: DY2
 Method: ML - Binary Logit (Newton-Raphson / Marquardt steps)
 Date: 02/06/21 Time: 17:43
 Sample: 1 135
 Included observations: 135
 Convergence achieved after 4 iterations
 Coefficient covariance computed using the Huber-White method

Variable	Coefficient	Std. Error	z-Statistic	Prob.
C	2.516934	2.186358	1.151200	0.2497
YF_1	-0.023364	0.586238	-0.039853	0.9682
XB2	-1.627745	1.000228	-1.627375	0.1037
X2S_1	0.099722	0.114100	0.873987	0.3821
X2E_2	-0.301516	0.180908	-1.666677	0.0956
X2M_3	0.347005	0.144152	2.407211	0.0161
XB3	-0.207873	0.649614	-0.319994	0.7490
X3S_1	-0.319498	0.154589	-2.066750	0.0388
X3E_2	0.071074	0.268895	0.264320	0.7915
X3M_3	-0.399159	0.309231	-1.290812	0.1968
XB4	-1.414903	0.718722	-1.968636	0.0490
XB5	-1.215177	0.877788	-1.384364	0.1662
TP	0.371901	0.389053	0.955915	0.3391
PC	-0.425910	0.109523	-3.888759	0.0001
McFadden R-squared	0.266295	Mean dependent var		0.488889
S.D. dependent var	0.501738	S.E. of regression		0.434774
Akaike info criterion	1.224177	Sum squared resid		22.87247
Schwarz criterion	1.525464	Log likelihood		-68.63193
Hannan-Quinn criter.	1.346612	Deviance		137.2639
Restr. deviance	187.0831	Restr. log likelihood		-93.54153
LR statistic	49.81921	Avg. log likelihood		-0.508385
Prob(LR statistic)	0.000003			
Obs with Dep=0	69	Total obs		135
Obs with Dep=1	66			

Tableau 2 Tableau des résultats de la régression pour le tabac

Le tableau 4 expose les résultats de la régression logistique de la consommation de tabac pendant la grossesse par la méthode d'estimation du maximum de vraisemblance. Il montre des variables explicatives statistiquement significative avec $p < 0.2$.

Ainsi, on peut voir que la fréquence de consommation du tabac dans les 12 mois avant la grossesse n'a pas d'effet statistiquement significatif dans la variation de la consommation de tabac pendant la grossesse.

La perception de l'information spécifique concernant les dangers de l'usage du tabac pour la grossesse et pour le fœtus diminuerait la probabilité relative d'arrêter le tabac de la grossesse. ($p < 0.15$)

De la même manière, une information spécifique provenant de l'entourage diminuerait cette même probabilité relative. ($p < 0.1$)

Par contre, l'information spécifique provenant des médias augmenterait la probabilité relative d'arrêter le tabac pendant la grossesse et ceci de manière très significative avec $p < 0.02$.

La contre information spécifique concernant la dangerosité de l'usage du tabac pendant la grossesse provenant des soignants diminuerait de manière très significative la probabilité relative d'arrêter le tabac pendant la grossesse. ($p < 0.05$)

De la même manière, on constate que cette même contre information en provenance des médias aurait un impact négatif sur l'arrêt du tabac pendant la grossesse en diminuant sa probabilité relative d'arrêt de façon significative. ($p < 0.2$)

L'utilisation de la cigarette électronique pendant la grossesse diminuerait la probabilité relative d'arrêter le tabac avec $p < 0.05$, et cette variation va dans le même sens pour la proposition de prise en charge et ceci avec une significativité statistique encore plus importante. ($p < 0.0001$)

Enfin, on peut voir que la présence d'antécédents familiaux tabagiques diminuerait la probabilité relative d'arrêt du tabac pendant la grossesse avec $p < 0.2$.

Il semble important de noter que toutes choses égales par ailleurs, la probabilité relative d'arrêter le tabac augmenterait pendant l'état de grossesse, même si cette variation semble très peu significative statistiquement. ($p < 0.25$)

F. Probabilité et vraisemblance

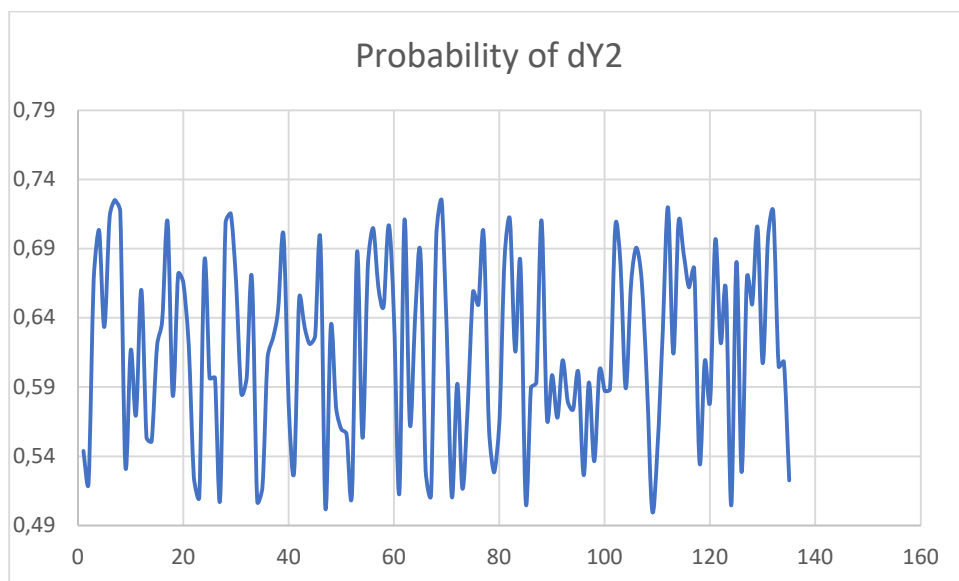


Figure 4 Probabilité d'arrêt de la consommation de tabac pendant la grossesse

La figure 29, qui représente la probabilité d'arrêter le tabac pendant la grossesse nous montre que celle-ci se situe dans une fourchette entre 0.50 et 0.73.

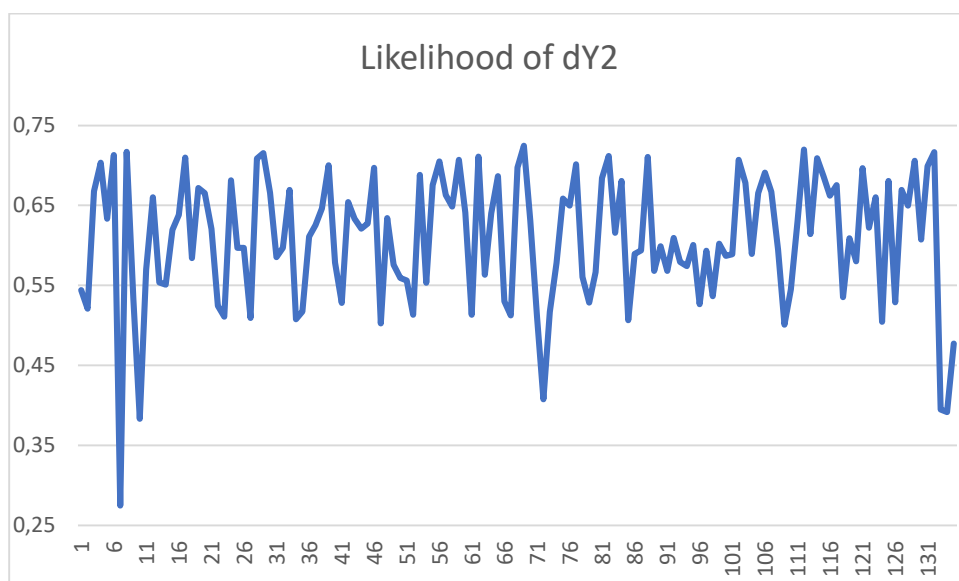


Figure 5 Vraisemblance de la consommation de tabac pendant la grossesse

La figure 30 représente la vraisemblance de la consommation de tabac pendant la grossesse, et montre que cette vraisemblance se situe entre 0.5 et 0.72, en éliminant les valeurs extrêmes.

G. Concentration

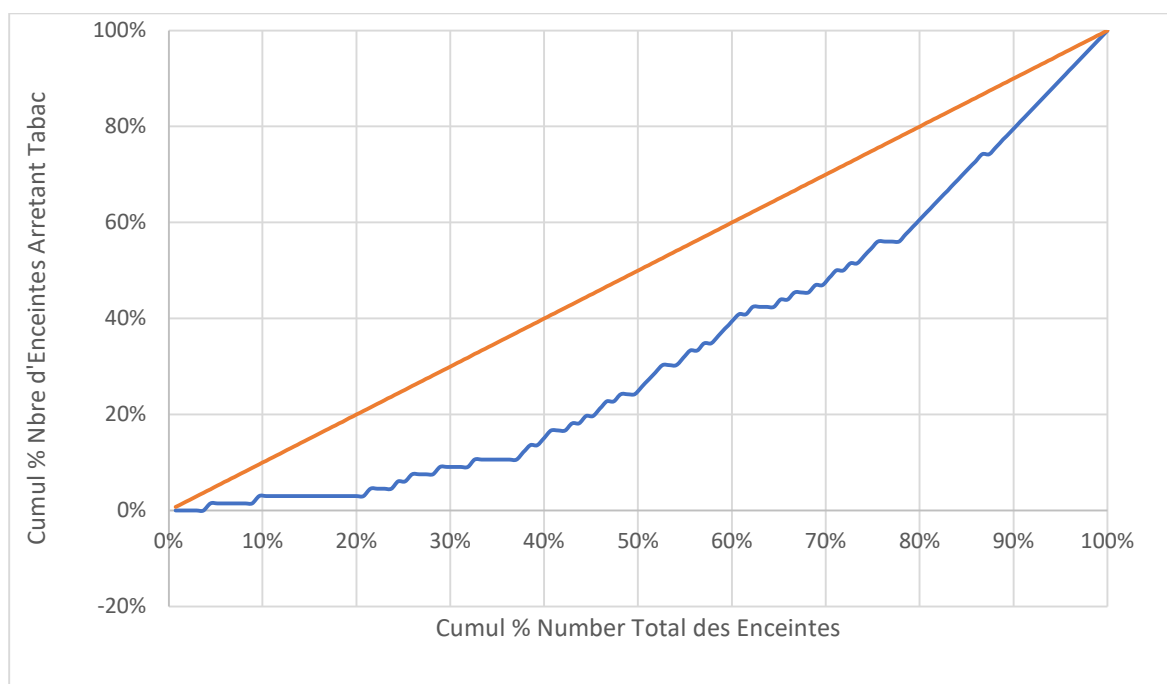


Figure 6 Courbe de concentration des arrêts de tabac pendant la grossesse.

La figure 32 représente la courbe de concentration des arrêts de tabac pendant la grossesse. Elle montre une faible concentration des arrêts lors de cet épisode de vie, le coefficient de Gini étant très faible, bien qu'il semble supérieur à celui de l'alcool. En effet, à 60% de l'effectif total, seulement 40% ont arrêté de fumer du tabac contre 50% pour l'alcool.

III. Pour le cannabis

A. Prévalence de la consommation de cannabis

1. Prévalence générale

La prévalence de la consommation de cannabis chez les femmes dans les 12 mois avant la grossesse est de 4%.

Parmi elles, 63,6 % ont une consommation occasionnelle et 36.4 % font du cannabis un usage quotidien.

2. Prévalence de consommation d'alcool pendant la grossesse

77.3 % de ces consommatrices déclarent avoir arrêté le cannabis lors de la grossesse.

Ainsi, la prévalence de consommation de cannabis pendant la grossesse est d'environ 0.9%.

B. Qualité de l'information perçue concernant le cannabis

1. Perception de l'information générale

86.5 % des femmes perçoivent la dangerosité de la consommation de cannabis sur la santé générale.

95.5 % des femmes consommant du cannabis dans les 12 mois avant la grossesse perçoivent l'information de dangerosité de cette consommation sur la santé.

2. Perception de l'information spécifique

61.1 % des femmes perçoivent une information spécifique de dangerosité de la consommation de cannabis sur la grossesse et sur le fœtus.

Dans cette population d'usagères de cannabis, 72.7 % déclare avoir eu une information spécifique concernant la dangerosité de l'usage de cannabis pour la grossesse et le fœtus avec une provenance de cette information :

- Des soignants dans 55.6 % des cas, les échographistes et les sages-femmes étant majoritaires
- De l'entourage dans 41.9 % des cas, surreprésenté par la famille.
- Des médias dans 55.5 % des cas, avec de nouveau internet comme média majoritaire.

3. Perception de la contre information spécifique

8.3 % des femmes ont une perception de contre information spécifique de la dangerosité de la consommation de cannabis sur la grossesse et sur le fœtus.

De même, on retrouve une perception de la contre information spécifique, qui minimise donc les risques de la consommation de cannabis chez ces mêmes femmes usagères de cannabis dans les 12 mois avant la grossesse dans 31.8% des cas.

Les femmes déclarent que cette contre information vient

- Absence de contre information provenant des soignants
- De l'entourage dans 40.9 % des cas avec en majorité les collègues (8 personnes)
- Des médias dans 4.6% des cas, soit internet dans une seule situation.

C. Information du dossier obstétrical

55.8 % des dossiers ne sont pas renseignés pour la consommation de cannabis avant la grossesse.

55 % des dossiers ne seront toujours pas renseignés pour la consommation de cannabis pendant la grossesse.

1 seul dossier est renseigné avec une consommation de cannabis pendant la grossesse sur les 550 dossiers recueillis.

D. Résultats de la régression logistique

	<i>Coefficients</i>	<i>Erreur-type</i>	<i>Statistique t</i>	<i>Probabilité</i>
Constante	-0,27238	0,420461	-0,6478	0,531702688
Fréquence de consommation de cannabis	0,106801	0,098784	1,081153	0,305012094
Information spécifique	-0,62787	0,155068	-4,04901	0,002327267
Information spécifique soignants	-0,07794	0,035681	-2,18443	0,053840879
Information spécifique entourage	0,066751	0,050813	1,313658	0,218300335
Information spécifique média	0,192635	0,037499	5,137129	0,000439593
Contre-information spécifique	0,527298	0,208097	2,533908	0,029671429
Contre-information spécifique entourage	-0,53368	0,120336	-4,43495	0,001264359
Contre-information spécifique médias	0,128895	0,104006	1,239311	0,243527717
Antécédents familiaux cannabis	0,378956	0,104295	3,6335	0,004585894
Poly-consommation	0,237544	0,10159	2,338255	0,04146269
Proposition de prise en charge	-0,28798	0,079997	-3,59988	0,004848865

Tableau 3 Tableau des résultats de la régression pour le cannabis

Note du Tableau 3. Pour estimer la régression logistique relative à la consommation du cannabis, on n'a pas utilisé la méthode d'estimation du maximum de vraisemblance (MV) comme pour l'alcool et le tabac, car le nombre d'observations est insuffisant, et donc ne permet pas d'appliquer la procédure du MV, qui est plus adaptée au modèle logistique par comparaison à la méthode des moindres carrés.

Le tableau 6 nous indique les résultats de la régression logistique de la consommation de cannabis par la méthode d'estimation des moindres carrés pour le cannabis. Nous regarderons les résultats significatifs pour une probabilité <0.20.

On peut constater que comme pour le tabac, la fréquence de consommation de cannabis dans les 12 mois avant la grossesse ne semblerait pas agir sur la variation de consommation de cannabis pendant la grossesse.

En revanche, l'information spécifique concernant les risques d'usage de cannabis sur la grossesse et sur le fœtus diminuerait la probabilité relative d'arrêter le cannabis pendant la grossesse et ceci de manière très significative. ($p < 0.005$)

Par ailleurs on peut voir que cette même information spécifique en provenance des soignants agirait dans le même sens en diminuant la probabilité d'arrêter l'usage de cannabis pendant la grossesse. ($p < 0.1$)

A contrario, on constate que l'information spécifique en provenance des médias aurait, elle, un impact positif sur l'évolution de la consommation de cannabis pendant la grossesse en augmentant la probabilité relative d'arrêter cette SPA pendant cette même période et avec une très forte significativité, p étant inférieur à 0.0005. ($p < 0.0005$)

De plus la contre-information spécifique concernant l'usage de cannabis et la grossesse augmenterait la probabilité relative d'arrêt de cette substance pendant la grossesse. ($p < 0.05$)

Au contraire, cette même contre information spécifique en provenance de l'entourage diminuerait la probabilité relative d'arrêter le cannabis pendant la grossesse. ($p < 0.005$)

La présence d'antécédents familiaux d'usage de cannabis et la poly consommation augmenteraient de manière significative la probabilité relative d'arrêter de consommer cette SPA pendant la grossesse avec p respectivement inférieur à 0.005 et à 0.05.

Enfin et de façon identique au tabac, la proposition de prise en charge diminuerait significativement la probabilité relative d'arrêter le cannabis pendant la grossesse. ($p < 0.005$)

On relèvera que la constante, qui indiquerait la probabilité relative d'arrêter le cannabis toutes choses égales par ailleurs n'est pas statistiquement significative dans ce modèle.

E. Probabilité et vraisemblance

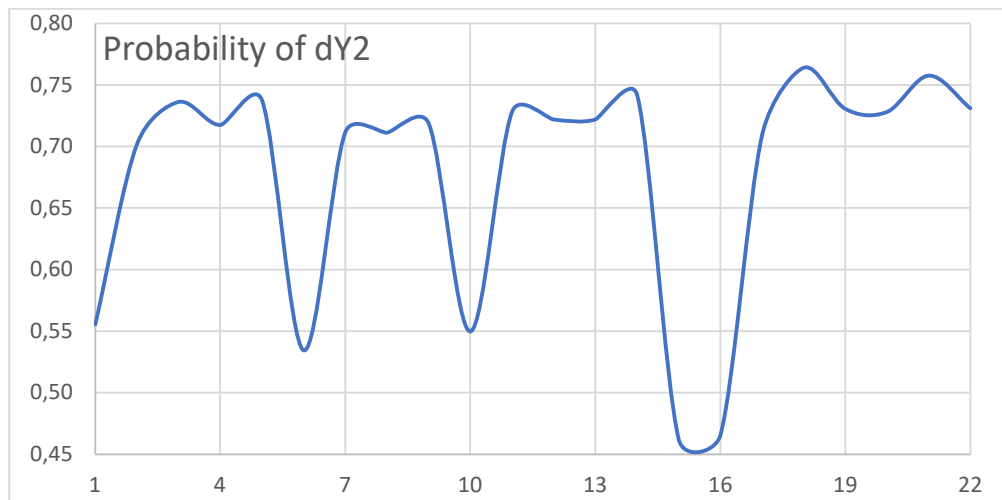


Figure 7 Probabilité d'arrêt de la consommation de cannabis pendant la grossesse

La figure 7 représente la probabilité d'arrêter de consommer le cannabis pendant la grossesse et montre que cette dernière se situe entre 0.45 et 0.75 à 2 exceptions près.

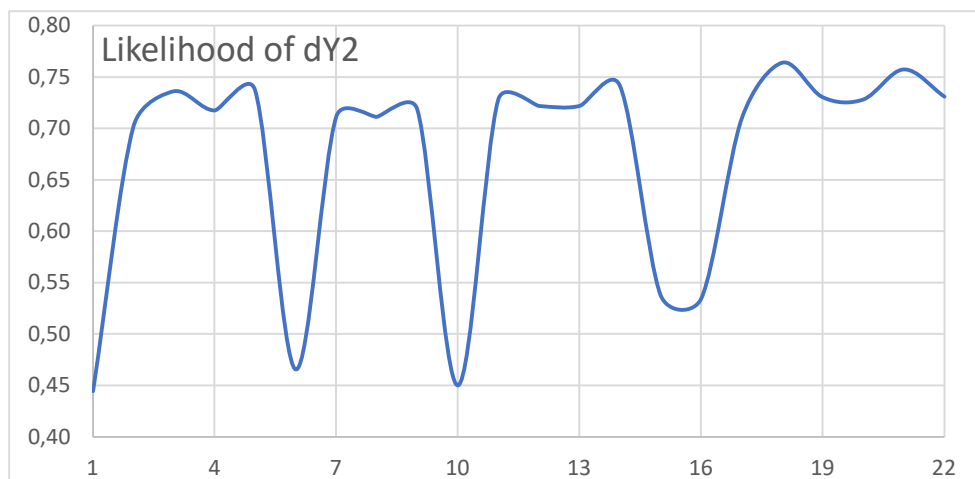


Figure 8: Vraisemblance de la consommation de cannabis pendant la grossesse

La figure 8 représente la vraisemblance de la consommation de cannabis pendant la grossesse. Celle-ci se situe dans une fourchette qui semble similaire en valeur à celle de la probabilité relative d'arrêter de consommer du cannabis, les courbes étant ressemblantes, à savoir entre 0.45 et 0.75.

F. Concentration

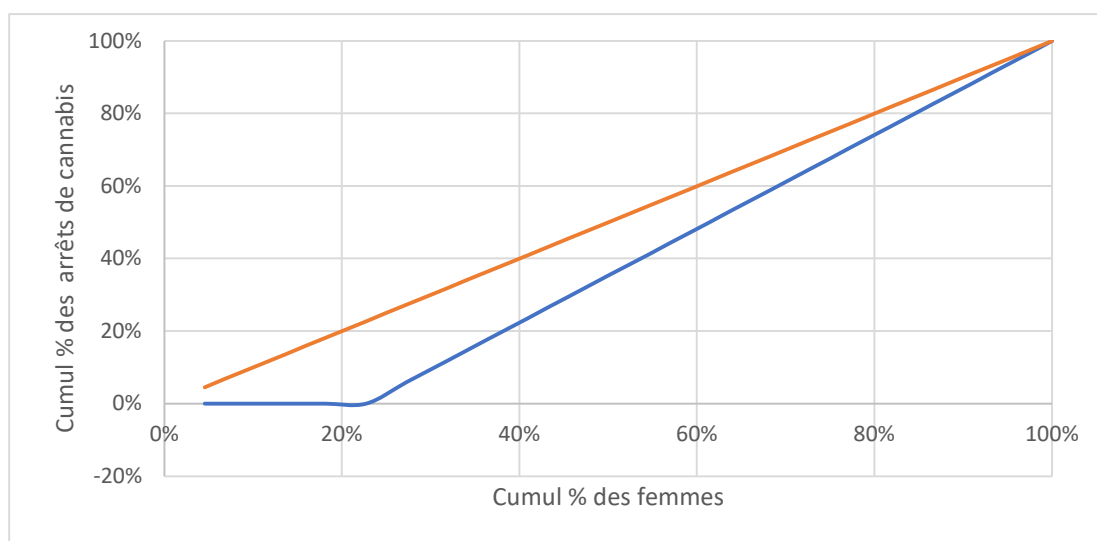


Figure 9 Courbe de concentration des arrêts de cannabis pendant la grossesse

La figure 9 représente la courbe de concentration des arrêts de cannabis pendant la grossesse et nous montre de manière similaire aux autres toxiques un coefficient de Gini relativement faible indiquant une faible concentration des arrêts de cannabis pendant la grossesse. Ainsi, à 60% de l'effectif total des femmes, 50% ont arrêté leur usage du cannabis, comme pour l'alcool.

IV. Pour les autres SPA

A. Prévalence de la consommation des autres SPA

5 femmes déclarent avoir consommé d'autres SPA en dehors de l'alcool, du tabac et du cannabis dans les 12 mois avant la grossesse, et ceci de manière occasionnelle.

Les SPA consommés sont la cocaïne ainsi que les amphétamines en particulier.

4 parmi ces 5 usagères affirment avoir arrêté cette consommation pendant la grossesse et une d'entre elles révèle des consommations de cocaïne pendant la grossesse.

Les usagères d'autres SPA représentent donc environ 1% des femmes dans les 12 mois avant la grossesse d'après cette étude et la prévalence d'usages d'autres SPA pendant la grossesse est d'environ 2‰.

B. Qualité de l'information perçue concernant les autres SPA

60 % des femmes déclarent percevoir une information de la dangerosité de la consommation des autres SPA sur la santé de manière générale.

61.2 % disent ne pas avoir perçu d'information spécifique de la dangerosité de la consommation d'autres SPA sur la grossesse ou sur le fœtus.

21.3 % des femmes affirment avoir reçu une contre information minimisant la dangerosité de l'usage d'autres SPA sur la grossesse et sur le fœtus.

4 parmi les femmes usagères de SPA dans le 12 mois avant la grossesse déclarent avoir reçu une information spécifique concernant la dangerosité de la consommation de SPA pendant la grossesse, et 1 de ce même groupe dit avoir reçu une contre information spécifique.

C. Information du dossier obstétrical

39.5 % des dossiers ne sont pas renseignés sur la consommation des autres SPA avant la grossesse, le reste étant renseigné comme ne consommant pas d'autres SPA.

74.3 % des dossiers ne sont pas renseignés pour la consommation des autres SPA pendant la grossesse.

1 seule consommatrice d'une autre SPA est renseignée pour une consommation pendant la grossesse.

DISCUSSION

I. Les données addictologiques du dossier obstétrical

On peut dire qu'en dehors du tabac, les consommations avant la grossesse sont très mal renseignées dans les dossiers obstétricaux pour l'alcool, le cannabis et les autres toxiques. Cette information si importante à une bonne évaluation des usages et à un bon repérage ne semble pas prise par les soignants de la maternité. Elle est pourtant essentielle.

Par ailleurs, pendant la grossesse, on constate de la même manière que les consommations de cannabis et d'autres SPA ne semblent pas recueillies alors que celles de l'alcool le deviennent.

Ainsi, presque toutes les patientes sont renseignées comme ne consommant pas d'alcool pendant la grossesse ou ne sont pas renseignées alors que l'étude effectuée montre une prévalence de consommation déclarées d'alcool à 15% pendant la grossesse.

De même, pour le tabac, dont la consommation est plutôt bien renseignée sur les dossiers obstétricaux, on relève dans ces derniers une prévalence de consommation déclarée de tabac pendant la grossesse à 13.7% alors que celle de l'étude évalue cette même prévalence à 16%.

Cette étude montre que le recueil des consommations est insuffisant, en particulier pour l'alcool, le cannabis et les autres SPA, ce qui ne permet pas d'avoir une bonne évaluation et donc un repérage précoce des usages à risque si nécessaire à la mise en œuvre d'une bonne prise en charge.

L'hypothèse d'une certaine efficacité de la politique de lutte contre le tabagisme sur la formation et l'information des soignants pourraient expliquer que ces derniers posent plus facilement la question de la consommation tabagique aux patientes.

On peut penser aussi, que c'est la visibilité de cet usage, les femmes ayant besoin de sortir en dehors des « maternités sans tabac » pour fumer, qui rend la question facile à poser et le repérage plus simple.

II. La prévalence des consommations et la littérature

A. Alcool

Les femmes consomment assez fréquemment de l'alcool en dehors de la grossesse avec des usages occasionnels et hebdomadaires qui représentent presque 80% des consommations.

- ✓ 49% des femmes ont eu au moins un épisode d'API dans les 12 mois avant la grossesse et 11% ont eu au moins une fois par mois une API toujours sur cette même période
- ✓ 59% ont eu au moins une ivresse dans les 12 mois avant la grossesse et 24% ont eu au moins 3 ivresses au cours de cette même période.
- ✓ **Cette étude révèle que 25% des usagères « habituelle » d'alcool continueraient à consommer cette substance pendant leur grossesse.**
- ✓ **La prévalence de la consommation déclarée d'alcool pendant la grossesse serait de 15% selon cette étude.**

Cette prévalence est à mettre en perspective avec l'enquête périnatale de 2013 qui évalue la prévalence des consommations d'alcool pendant la grossesse à 23 %.

De même selon des chiffres récents de santé publique France, 47% des femmes entre 18-44 ans déclarent avoir eu au moins une API dans l'année, ce qui semble assez proche des 49% retrouvé dans cette étude.

B. Tabac

Dans cette étude, 24% des femmes consomment du tabac dans les 12 mois avant la grossesse avec une consommation quotidienne dans la plupart des cas.

- ✓ 82% de ces femmes consomment quotidiennement toujours sur les 12 mois avant la grossesse.
- ✓ Presque 48% déclarent avoir arrêté le tabac pendant la grossesse, ce qui semble relativement faible.
- ✓ **Cette étude révèle que 16% des femmes consommeraient du tabac pendant la grossesse.**

Cette prévalence semble très proche de celle du baromètre santé 2016 qui a évalué à 16.5% la proportion de femmes qui fument au moins une cigarette par jour au 3^{ème} trimestre de grossesse.

Ainsi il semble y avoir une plus grande difficulté à arrêter le tabac qui pourrait éventuellement s'expliquer par une plus grande dépendance à la nicotine par rapport aux autres SPA, et donc par un pouvoir addictogène plus important de celle-ci.

On peut penser aussi que la consommation d'alcool pendant la grossesse étant tabou, il existe une sous déclaration par les femmes de leur usage d'alcool pendant la grossesse qui expliquerait cette différence.

C. Cannabis

Cette étude affiche une prévalence de consommation déclarée de cannabis dans les 12 mois avant la grossesse s'élevant à 4%.

- ✓ 36% d'entre elles consomment de manière quotidienne.
- ✓ **0.9% des femmes de cette étude déclarent avoir consommé du cannabis pendant la grossesse.**

Ce chiffre est assez inférieur à la prévalence retrouvée dans l'enquête périnatale 2016 qui a évalué l'usage de cannabis pendant la grossesse par un questionnaire autoadministré, et qui était de 2.1%.

Ainsi des auto-questionnaires pourraient avoir un intérêt dans le recueil d'information, et en particulier pour les SPA illicites.

D. Autres toxiques

1% des femmes de cette étude déclarent avoir consommé une autre SPA dans les 12 mois avant leur grossesse.

- ✓ **2‰, soit 1 personne dans cette étude, déclare avoir consommé de la cocaïne pendant la grossesse.**

Il existe très peu de données concernant l'usage des autres SPA pendant la grossesse.

III. La perception de l'information

L'information générale de dangerosité de l'usage des SPA sur la santé semble très bien perçue par les femmes, et ceci particulièrement pour l'alcool, le tabac et le cannabis.

De même l'information spécifique de dangerosité des consommations de SPA sur la grossesse et sur le fœtus reste très bien perçue par les femmes pour l'alcool et le tabac, et a tendance à se dégrader pour le cannabis.

En effet, seulement 61% des femmes de cette étude disent avoir reçu une information spécifique de dangerosité du cannabis sur la grossesse et sur le fœtus.

Cependant, on constate dans cette étude que :

- ✓ 63% des femmes perçoivent une contre information concernant la dangerosité de l'alcool sur la grossesse et le fœtus
- ✓ 50% des femmes perçoivent une contre information concernant la dangerosité du tabac sur la grossesse et sur le fœtus.

Ainsi la contre information semble prendre, d'après cette étude une part importante de l'information globale, en particulier pour l'alcool et le tabac

A. Quels soignants ?

On constate dans cette étude que la sage-femme a une place centrale dans la délivrance de l'information spécifique de dangerosité des consommations d'alcool, de tabac et de cannabis sur la grossesse et le fœtus. Elle se situe en effet en première position devant les 4 autres soignants spécifiés dans l'étude, et en particulier devant le médecin traitant et le gynéco-obstétricien.

On remarque aussi que la contre information spécifique relative à la dangerosité des consommations d'alcool et de tabac sur la grossesse et sur le fœtus est essentiellement perçue des femmes en provenance du gynéco-obstétricien, et également du médecin traitant pour l'alcool.

B. Quels entourages ?

Cette étude montre que la famille a un rôle prépondérant dans la délivrance de l'information spécifique pour les 3 SPA les plus consommées en France, à savoir l'alcool, le tabac et le cannabis. En effet, les femmes perçoivent une information spécifique sur la dangerosité des usages d'alcool, de tabac et de cannabis de façon majoritaire en provenance de leur famille.

Par ailleurs, il semblerait que les amis en premier lieu et les collègues de travail en deuxième lieu, soient de très mauvais conseillers, la contre information spécifique de dangerosité de l'alcool et du tabac provenant plutôt des amis et celle du cannabis provenant plutôt des collègues.

C. Quels médias ?

Internet semble être le principal média pourvoyeur d'information spécifique et de contre-information spécifique.

En effet l'information spécifique de dangerosité est perçue comme étant en provenance d'internet par une grande partie des femmes pour l'alcool, le tabac et le cannabis, puis par la télévision uniquement pour l'information spécifique concernant l'alcool.

Par ailleurs, la provenance de la contre information spécifique perçue de dangerosité des SPA sur la grossesse et le fœtus est dominée sans équivoque par internet

On peut donc voir la place qu'a pu prendre internet devant même la télévision, média plus classique dans à la fois l'information spécifique et la contre-information spécifique.

L'information est consultée immédiatement, mettant parfois en péril le lien soignants soignés.

IV. Quels liens entre perception de l'information et variation des consommations des SPA

A. L'information spécifique et la consommation

Cette étude met en valeur la perception d'une information spécifique de dangerosité de l'usage de SPA sur la grossesse et le fœtus ainsi que la perception d'une information spécifique en provenance des médias qui augmenteraient la probabilité d'arrêt des SPA.

- ✓ En effet, la perception d'une information spécifique de dangerosité de l'alcool sur la grossesse et sur le fœtus augmenterait la probabilité relative d'arrêter l'alcool pendant la grossesse.
- ✓ De même, la perception d'une information spécifique en provenance des médias de dangerosité du tabac et du cannabis sur la grossesse et sur le fœtus favoriserait l'arrêt de l'usage de tabac et de cannabis pendant la grossesse.

Pour l'alcool, on peut questionner ce lien au vu de la sous déclaration des consommations d'alcool chez les femmes enceintes de fait probablement d'un sentiment de honte accru et de culpabilité manifeste.

En effet, on peut constater la carence d'une réelle impulsion pour une politique de santé publique ciblant l'alcool, contrairement à celle menée contre le tabagisme depuis une vingtaine d'années.

Pas réelle impulsion des politiques de santé publique concernant l'alcool et la grossesse.

Le non-recueil de la consommation d'alcool des patientes par les soignants de la maternité dans le dossier obstétrical symbolise assez bien cette carence d'ailleurs.

En revanche, on constate dans cette étude que la perception de l'information spécifique de dangerosité des consommations de SPA sur la grossesse et sur le fœtus pourrait également augmenter la probabilité relative de maintenir un usage de SPA pendant la grossesse. De la même manière, cette même perception en provenance de l'entourage et des soignants favoriserait le maintien des consommations de SPA pendant la grossesse.

- ✓ En effet, la perception de la dangerosité du tabac sur la grossesse et sur le fœtus semblerait diminuer la probabilité relative d'arrêter le tabac pendant la grossesse.
- ✓ De plus la perception de la dangerosité du cannabis sur la grossesse et sur le fœtus en provenance de l'entourage et des soignants diminuerait respectivement la probabilité d'arrêter le tabac et le cannabis.

Ainsi, avoir l'information ne suffirait pas à modifier son comportement, en particulier pour les produits très addictogènes.

Un renforcement du sentiment de culpabilité et de l'autodévalorisation remettant en cause la capacité des femmes à être mère et pouvant impacter le processus de maternalité.

B. Le poids de la contre-information

Cette étude met en exergue le poids de la contre information dans le maintien des consommations de SPA pendant la grossesse.

En effet, on peut dire que la perception de la contre information de dangerosité des SPA sur la grossesse et sur le fœtus en provenance des soignants, des médias et de l'entourage diminuerait la probabilité relative d'arrêt des consommations de SPA pendant la grossesse.

- ✓ D'abord, la perception de contre information de dangerosité du tabac en provenance des soignants et des médias diminuerait la probabilité relative d'arrêter le tabac pendant la grossesse.
- ✓ De plus, la perception de contre information de dangerosité du cannabis en provenance de l'entourage diminuerait également la probabilité relative d'arrêter le cannabis pendant la grossesse.

Par ailleurs on constate de manière assez paradoxale que la perception d'une contre information de dangerosité du cannabis sur la grossesse et sur le fœtus entrainerait une augmentation de la probabilité d'arrêt du cannabis pendant la grossesse.

C. La grossesse comme facteur motivationnel

D'après cette étude, plusieurs éléments nous permettent de penser que les femmes enceintes ont une propension « naturelle » à l'arrêt des consommations de SPA et que par conséquent l'état de grossesse constituerait ainsi une période particulièrement propice au changement de mode de vie pour la femme.

- ✓ En effet, on constate tout d'abord que la constante, qui indique la probabilité relative d'arrêter la SPA, toutes choses égales par ailleurs, est très significative pour l'alcool, indiquant ainsi une propension à arrêter l'alcool chez les femmes enceintes.
- ✓ De plus, on peut voir au niveau des courbes de probabilité de l'alcool, du tabac et du cannabis, que la probabilité d'arrêter chacune de ces substances pendant la grossesse se situe dans une fourchette relativement haute, et ceci particulièrement pour l'alcool.
- ✓ Enfin et de manière similaire, on pourra constater sur les courbes de Lorenz une faible concentration des arrêts de l'alcool, du tabac et du cannabis, à travers un coefficient de Gini assez faible pour ces trois substances, indiquant un pourcentage d'arrêts cumulés proche du pourcentage de l'effectif cumulé.

Ainsi, et d'après les éléments de l'étude décrivant les liens possibles entre la variation des consommations et la perception de l'information, il semblerait que l'état de grossesse en lui-même constituerait un facteur motivationnel important à l'arrêt des consommations de SPA pendant la grossesse.

Peut-être les remaniements psychiques inhérent à l'état de grossesse sont en cause dans cette capacité de changement et dans la mise en œuvre de cette motivation à l'arrêt des SPA.

Ce propos est à relativiser du fait en particulier d'un recueil déclaratif des consommations avec la notion importante de sous déclarations des consommations de SPA pendant la grossesse et en particulier pour l'alcool.

V. Autres variables explicatives de la variation des consommations

A. Les antécédents familiaux addictologiques

Les antécédents familiaux entraîneraient tantôt une augmentation de la probabilité d'arrêter les SPA pendant la grossesse, tantôt une diminution.

- ✓ En effet, les antécédents familiaux tabagiques diminueraient la probabilité relative d'arrêt de consommation de tabac pendant la grossesse.
- ✓ Par contre, les antécédents familiaux d'usage de cannabis augmenteraient la probabilité d'arrêter le cannabis pendant la grossesse.

Bien que la première proposition soit assez cohérente avec les données de la littérature, il semblerait que le statut d'illégalité du cannabis constitue une possible explication au sens de la relation de cette deuxième hypothèse. Par ailleurs, on peut questionner la taille de l'effectif des femmes usagères de cannabis qui sont 22. De plus, il est intéressant de constater que les usagers de cannabis ont proportionnellement plus de polyconsommation que les autres usagers de SPA, ce qui pose la question du transfert de dépendance, et donc de l'augmentation éventuelle des consommations des autres SPA dans cette population.

Enfin, il sera intéressant de préciser dans le cadre d'un autre travail peut-être s'il s'agit d'antécédents familiaux addictologiques chez des parents du 1^{er} degré, ou pour des liens de parentalité plus éloignés.

Nous conserverons la deuxième hypothèse étant donné que l'effectif du groupe cannabis reste faible.

B. Le niveau d'usage dans les 12 mois avant la grossesse

Il semblerait que le niveau d'usage dans les 12 mois avant la grossesse aurait également un impact sur la modification de la consommation des SPA pendant la grossesse.

- ✓ En effet, on relève que la fréquence de la consommation d'alcool dans les 12 mois avant la grossesse ainsi que celle des ivresses au cours de la même période diminueraient la probabilité relative d'arrêter l'alcool pendant la grossesse.
- ✓ Au contraire, la fréquence des API dans les 12 mois ayant précédé la grossesse augmenterait la probabilité d'arrêter l'alcool pendant la grossesse.

Ces résultats qui semblent contradictoires pourraient peut-être s'expliquer par des modalités de consommations différentes entre les femmes avec en particulier un mode de consommation latin, plus sujet à un développement d'une dépendance physique et qui concernent les classes d'âge plus âgées, et un mode de consommation de type anglosaxon, dont les API en constituent un bon indicateur, chez les plus jeunes, aussi appelé binge-drinking.

Enfin, on ne montre pas dans cette étude de lien particulier entre les niveaux de consommation des autres SPA et la variation de consommation, en remarquant tout de même que pour simplifier le modèle statistique, les niveaux d'usage du tabac et du cannabis ont été simplifiés en un usage quotidien ou hebdomadaire.

Ainsi, il y aurait probablement un intérêt à regarder si des liens apparaissent en précisant un peu plus le niveau d'usage de ces substances.

C. La cigarette électronique

L'usage de la cigarette électronique dans cette étude diminuerait la probabilité d'arrêter le tabac, et favoriserait donc la consommation de tabac pendant la grossesse.

Ainsi, d'après cette étude, l'utilisation de la cigarette électronique en tant que moyen de sevrage ne semble pas adaptée.

Cependant il serait intéressant de spécifier cette utilisation de la cigarette électronique en fonction du niveau de consommation de tabac dans les 12 mois avant la grossesse afin de préciser un peu plus cette question qui fait débat chez les spécialistes.

D. La proposition de prise en charge

Cette étude met en exergue la proposition de prise en charge des soignants de la maternité qui semblerait avoir un impact négatif dans l'arrêt des consommations de SPA pendant la grossesse.

- ✓ En effet, la proposition de prise en charge du sevrage tabagique diminuerait la probabilité relative d'arrêt du tabac pendant la grossesse.
- ✓ De même, la proposition de prise en charge de l'usage de cannabis dans les 12 mois avant la grossesse, semble agir dans le même sens que le tabac en diminuant la probabilité relative d'arrêter le cannabis.

Ce paradoxe qui serait qu'une proposition de prise en charge effectuée par un soignant aurait un effet négatif sur l'arrêt des consommations de SPA pendant la grossesse m'évoque plusieurs choses constatées cliniquement et retrouvées dans la littérature.

D'abord une proposition de prise en charge ne signifie absolument pas une prise en charge, et peut signifier qu'une grande partie des femmes vues au cours de cette étude refusent les propositions de prise en charge des soignants, et en particulier pour le tabac.

Ainsi la majorité des femmes qui arrêtent leur usage de tabac pendant la grossesse le font sans aucune aide, et plus précisément sans avoir recours à une consultation spécialisée ou à une substitution nicotinique par exemple. Cela peut signifier à la fois que l'état de grossesse est un état favorable à l'arrêt des SPA, et aussi que probablement les femmes qui arrivent à arrêter sans aide particulières sont très peu dépendantes aux produits. Peut être également que d'autres facteurs permettraient d'expliquer cet arrêt des SPA pendant la grossesse à savoir en particulier les désagréments de début de grossesse ou encore le soutien du conjoint dans l'arrêt par exemple.

Par ailleurs, la manière de proposer la prise en charge est très importante et l'abord motivationnel associé à une écoute empathique ainsi que la valorisation de toute diminution de consommation de SPA, quand bien même elle serait minime sont essentiels à la relation de confiance qui doit s'établir entre les soignants et les soignés et à l'engagement du soin. On peut voir comme les représentations soignantes des usagères de SPA peuvent être extrêmement négatives, culpabilisantes voire maltraitantes parfois.

J'ai pu remarquer d'ailleurs dans cette étude comme les femmes qui ont réussi à arrêter leur consommation de tabac pendant la grossesse disent ne pas comprendre celles qui consomment pendant la grossesse et les juger très négativement alors même qu'elles étaient dans cette situation au début de la grossesse.

Par ailleurs les usagères des SPA pendant la grossesse semblent parallèlement très sensibles aux jugements des soignants, renforçant ainsi leur sentiment de culpabilité déjà bien ancré.

La question de l'information et de la formation des soignants de la maternité dans le recueil de l'information addictologique et donc dans la prise en charge des troubles de l'usage des SPA semble être centrale dans le repérage précoce et dans le soin que l'on doit apporter aux femmes dans cette période si importante de la vie.

D'ailleurs l'exemple de l'alcool est très parlant, sur les 550 patientes recrutées dans cette étude, aucune n'a eu de proposition de prise en charge de l'arrêt d'alcool pendant la grossesse.

E. Poly consommation

Il est à noter que la plupart des usagères d'alcool ne consomme que de l'alcool, que pour les usagères de tabac, la plupart consomme deux SPA alors que les usagères de cannabis sont pour la majorité d'entre elles poly consommatrices.

Ainsi cette étude semblerait montrer un lien entre la poly-consommation et l'arrêt d'usage de cannabis pendant la grossesse.

En effet, on constate que la poly-consommation chez les usagères de cannabis dans les 12 mois avant la grossesse augmenterait la probabilité relative d'arrêt du cannabis pendant la grossesse.

Ce résultat qui peut sembler paradoxal est à mettre en lien avec une question bien connue des addictologues à savoir, le transfert de dépendance qui consiste en une compensation de l'arrêt d'une SPA par l'augmentation de l'usage d'une autre SPA.

Ainsi, l'usage d'autres SPA peut être utilisé dans un but d'arrêter une SPA sans que le patient s'en rende compte pour autant et il serait intéressant de comparer l'effet de l'arrêt du cannabis par exemple sur la variation de l'usage des autres SPA par exemple.

VI. Faiblesses et forces de l'étude

A. Faiblesses :

Les données sont déclaratives, ce qui constitue un biais de déclaration ;

L'entretien clinique est semi-directif et constitue un biais d'intervention ;

L'enregistrement vocal peut donner lieu un biais d'information malgré l'anonymat ;

Un faible effectif pour le cannabis et les autres SPA.

B. Forces :

Un effectif intéressant de 550 femmes, en multicentrique ;

Un même investigateur ;

Un enregistrement vocal avec triple écoute limitant le biais d'interprétation ;

Une absence de financement.

CONCLUSION

L'état de grossesse constituerait un facteur motivationnel important à l'arrêt des consommations de SPA. En effet les femmes enceintes seraient disposées à arrêter les SPA durant leur grossesse.

La prévalence de consommation des SPA durant la grossesse selon les déclarations des parturientes reste cependant encore élevée comme le montrent les résultats : alcool 15%, tabac 16% et cannabis 0.9%.

En général, les parturientes sembleraient, selon leurs déclarations, avoir bien intégré les informations concernant la dangerosité des SPA sur la grossesse et le fœtus. Néanmoins, l'impact de l'information serait différent selon la source qui la délivre.

Il conviendrait ainsi, d'œuvrer pour un meilleur choix et une codification de l'information médicale à donner, et surtout de prendre compte l'impact des autres sources d'informations.

Un effort apparaît nécessaire dans l'abord et le recueil des consommations de toutes les SPA chez les femmes enceintes, il devrait être au moins du même niveau de ce qu'il se fait actuellement pour le tabac.

Il conviendrait également de prendre en compte les représentations sociales qui restent assez négatives du point de vue des soignants et des soignés.

Propositions d'outils :

- ✓ Favoriser et faciliter le recueil de l'information addictologique dans le dossier obstétrical de façon claire et codifier ;
- ✓ Former les soignants en général et ceux de la maternité en particulier à mieux diffuser l'information médicale ;
- ✓ Proposer des outils et/ou protocoles validés scientifiquement dans l'objectif d'uniformiser les actions ;
- ✓ Mieux informer sur les structures et les aides existantes ;
- ✓ Assurer une prise en charge médicale transversale ;
- ✓ Renforcer les interventions pluridisciplinaires.

Bibliographie

- Aase, J., Laestadius, N., & Smith, D. (1970). Children of mothers who took LSD in pregnancy. *The Lancet*, 296(7663), 100-101.
- Abbott, L. C., & Winzer-Serhan, U. H. (2012). Smoking during pregnancy : Lessons learned from epidemiological studies and experimental studies using animal models. *Critical reviews in toxicology*, 42(4), 279-303.
- Addis, A., Moretti, M. E., Syed, F. A., Einarson, T. R., & Koren, G. (2001). Fetal effects of cocaine : An updated meta-analysis. *Reproductive Toxicology*, 15(4), 341-369.
- Alcool & grossesse : Le Syndrome d'Alcoolisme Foetal (SAF)*. (2020). mpedia.fr.
<https://www.mpedia.fr/art-syndrome-alcoolisme-foetal/>
- « Alcool et grossesse, parlons-en » : Guide à l'usage des professionnels. (2011, juin 30).
Fédération Addiction. <https://www.federationaddiction.fr/alcool-et-grossesse-parlons-en-guide-a-lusage-des-professionnels/>
- Armstrong, M. A., Osejo, V. G., Lieberman, L., Carpenter, D. M., Pantoja, P. M., & Escobar, G. J. (2003). Perinatal substance abuse intervention in obstetric clinics decreases adverse neonatal outcomes. *Journal of Perinatology*, 23(1), 3-9.
- Aubisson, S. (2009). Être mère et toxicomane, entre stigmatisation et espoir de changement. *Grossesses avec drogues*, 87-116.
- Auerbach, R., & Rugowski, J. A. (1967). Lysergic acid diethylamide : Effect on embryos. *Science*, 157(3794), 1325-1326.
- Bakker, H., & Jaddoe, V. W. (2011). Cardiovascular and metabolic influences of fetal smoke exposure. *European journal of epidemiology*, 26(10), 763-770.
- Bazire, A. (2017). *Toxicomanie et maternité : Qualité du processus de maternité chez la femme toxicomane* [PhD Thesis]. Normandie.

- Beck, F., Diaz-Gomez, C., Brisacier, A. C., Cadet-Tairou, A., & Obradovic, I. (2016).
Eléments sur l'efficacité des politiques de RdRD développées en France et à
l'étranger depuis 30 ans. In : Audition publique à l'initiative de la FFA" Réduction
des risques et des dommages liés aux conduites addictives", 7-8 avril 2016, Paris.
Alcoologie et Addictologie, 38(4), 349-374.
- Beck, François, Guignard, R., & Richard, J. B. (2014). Usages de drogues et pratiques
addictives en France. *Analyses du Baromètre santé Inpes*. INPES (ed). Saint-
Denis, France: La documentation française.
- Beck, François, Legleye, S., Maillachon, F., & de Peretti, G. (2010). Femmes influentes
sous influence?-Genre, milieu social et usages de substances psychoactives.
médecine/sciences, 26(1), 95-97.
- Beck, François, & Obradovic, I. (2017). Le cannabis en France. Totem ou tabou? *Esprit*,
2, 72-84.
- Beck, François, & Richard, J.-B. (2014). La consommation d'alcool en France. *La presse
médicale*, 43(10), 1067-1079.
- Beck, François, Richard, J.-B., Guignard, R., Le Nézet, O., & Spilka, S. (2015a). Les
niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2014. *Tendances*, 99(8), 1-7.
- Beck, François, Richard, J.-B., Guignard, R., Le Nézet, O., & Spilka, S. (2015b). Les
niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2014. *Tendances*, 99(8), 1-7.
- Beck, François, Spilka, S., Nguyen-Thanh, V., Gautier, A., Le Nézet, O., & Richard, J.-B.
(2017). Cannabis : Usages actuels en population adulte. *Tendances*, 119, 4.
- Blondel, B., & Kermarrec, M. (2011). *La situation périnatale en France en 2010 :
Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale*.
- Blood-Siegfried, J., & Rende, E. K. (2010). The long-term effects of prenatal nicotine
exposure on neurologic development. *Journal of midwifery & women's health*,
55(2), 143-152.

- Bolumar, F., Olsen, J., & Boldsen, J. (1996). Smoking reduces fecundity : A European multicenter study on infertility and subfecundity. The European Study Group on Infertility and Subfecundity. *American Journal of Epidemiology*, 143(6), 578-587. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a008788>
- Bonaldi, C., Boussac, M., & Nguyen-Thanh, V. (2019). Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. *Bull Epidémiol Hebd*, 15, 278-284.
- Bourdillon, F. (2018). Baisse du tabagisme en France : Un million de fumeurs quotidiens de moins entre 2016 et 2017. Un succès pour la santé publique. *Bull. épidémiologique Hebd*, 14-15.
- Chang, L., Smith, L. M., LoPresti, C., Yonekura, M. L., Kuo, J., Walot, I., & Ernst, T. (2004). Smaller subcortical volumes and cognitive deficits in children with prenatal methamphetamine exposure. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 132(2), 95-106.
- Chaumontet, L., Belguerbi, S., Joannard, N., & Bello, P. Y. (2015). La réponse publique en santé aux usages nocifs d'alcool. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n°90, 34-37.
- Chudley, A. E., Conry, J., Cook, J. L., Looock, C., Rosales, T., & LeBlanc, N. (2005a). Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale : Lignes directrices canadiennes concernant le diagnostic. *Cmaj*, 172(5 suppl), SF1-SF21.
- Chudley, A. E., Conry, J., Cook, J. L., Looock, C., Rosales, T., & LeBlanc, N. (2005b). Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale : Lignes directrices canadiennes concernant le diagnostic. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, 172(5 Suppl), SF1-SF21. <https://doi.org/10.1503/cmaj.050098>

- Ciraru-Vigneron, N., Rafowicz, E., Brunner, C., & Barrier, J. (1989). Drug addiction and pregnancy. Principal obstetrical and pediatric complications. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 18(5), 637-648.
- Cook, P. S., Petersen, R. C., & Moore, D. T. (1990). Alcohol, tobacco and other drugs may harm the unborn (DHHS Publication No. ADM 90-1711). *Washington DC: Office of Substance Abuse Prevention*.
- Coudray, H. (2016). *Intérêts des soins pédopsychiatriques dès la période périnatale : Étude rétrospective descriptive des enfants placés à la naissance nés au CHU de Caen de 2006 à 2015* [PhD Thesis]. Éditeur inconnu.
- Cour des Comptes. (2016). Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool. *Paris: Cour des Comptes*.
- Daisy, G. (2017). *Grossesse et usage de substances psychoactives : L'influence des représentations des soins sur la prise en charge* [PhD Thesis].
- Day, E., & George, S. (2005). Management of drug misuse in pregnancy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(4), 253-261.
- Desplanques, L. (2003). Femmes et addictions. *Santé Réduction des Risques Usages de Drogues*, 29.
- Desurmont, M., & Schepens, C. (2005). Liens entre la mort subite du nourrisson et l'exposition in utero au tabagisme : Comment informer les parents qui fument? *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 34, 223-229.
- Drugs, E. M. C. for, & Addiction, D. (2017). *Drug consumption rooms : An overview of provision and evidence*. Publications Office of the European Union Luxembourg.
- Dumas, A., Simmat-Durand, L., & Lejeune, C. (2014). Grossesse et usage de substances psychoactives en France. Synthèse de la littérature. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 43(9), 649-656.

- Dumas, Agnès, Lejeune, C., & Simmat-Durand, L. (2014). Tabac, alcool et cannabis pendant la grossesse : Qui sont les femmes à risque ? *Sante Publique, Vol. 26(5)*, 603-612.
- Enquête nationale périnatale. (2010). *Enquête nationale périnatale*.
- Ferraro, F. (1998). La grossesse et la drogue Collection que sais-je. *Ed PUF, 341*, 126.
- Finnegan, L. P. (1991). Treatment issues for opioid-dependent women during the perinatal period. *Journal of psychoactive drugs, 23(2)*, 191-201.
- Finnegan, L. P., Connaughton, J. F., Emich, J. P., & Wieland, W. F. (1971). Comprehensive care of the pregnant addict and its effect on maternal and infant outcome. *Contemp. Drug Probs., 1*, 795.
- Flak, A. L., Su, S., Bertrand, J., Denny, C. H., Kesmodel, U. S., & Cogswell, M. E. (2014). The association of mild, moderate, and binge prenatal alcohol exposure and child neuropsychological outcomes : A meta-analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 38(1)*, 214-226.
- Fried, P. A. (2002). Adolescents prenatally exposed to marijuana : Examination of facets of complex behaviors and comparisons with the influence of in utero cigarettes. *The Journal of Clinical Pharmacology, 42(S1)*, 97S-102S.
- Germanaud, D., & Toutain, S. (2017). Exposition prénatale à l'alcool et troubles causés par l'alcoolisation fœtale. *Contraste, 2*, 39-102.
- Gilliland, F. D., Berhane, K., Li, Y.-F., Rappaport, E. B., & Peters, J. M. (2003). Effects of early onset asthma and in utero exposure to maternal smoking on childhood lung function. *American journal of respiratory and critical care medicine, 167(6)*, 917-924.
- Godding, V., Bonnier, C., Fiasse, L., Michel, M., Longueville, E., Lebecque, P., Robert, A., & Galanti, L. (2004). Does in utero exposure to heavy maternal smoking

- induce nicotine withdrawal symptoms in neonates? *Pediatric Research*, 55(4), 645-651.
- Goldschmidt, L., Richardson, G. A., Cornelius, M. D., & Day, N. L. (2004). Prenatal marijuana and alcohol exposure and academic achievement at age 10. *Neurotoxicology and teratology*, 26(4), 521-532.
- Gouin, K., Murphy, K., & Shah, P. S. (2011). Effects of cocaine use during pregnancy on low birthweight and preterm birth : Systematic review and metaanalyses. *American journal of obstetrics and gynecology*, 204(4), 340-e1.
- Griswold, M. G., Fullman, N., Hawley, C., Arian, N., Zimsen, S. R., Tymeson, H. D., Venkateswaran, V., Tapp, A. D., Forouzanfar, M. H., & Salama, J. S. (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016 : A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 392(10152), 1015-1035.
- Guérin, S., HILL, C., Dunant, A., & LAPLANCHE, A. (2013). Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 16-17-18, 163-168.
- Guignard, R., Richard, J., Pasquereau, A., Andler, R., Arwidson, P., Smadja, O., & Nguyen-Thanh, V. (2018). Tentatives d'arrêt du tabac au dernier trimestre 2016 et lien avec Mois sans tabac : Premiers résultats observés dans le Baromètre santé. 2017. *Bull Epidemiol Hebd*, 14, 298-303.
- Habib, P. (2005). Quelles sont les conséquences du tabagisme sur la grossesse et l'accouchement? *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 34, 353-369.
- Hadeed, A. J., & Siegel, S. R. (1989). Maternal cocaine use during pregnancy : Effect on the newborn infant. *Pediatrics*, 84(2), 205-210.

- Hanaway, J. K. (1969). Lysergic acid diethylamide : Effects on the developing mouse lens. *Science*, 164(3879), 574-575.
- HAS. (2013). Troubles causés par l'alcoolisation fœtale : Repérage. *Saint-Denis La Plaine, France: HAS. Repéré à [https://www. has-sante](https://www.has-sante).*
- Hill, C., & Legoupil, C. (2018). Taxation et prix du tabac en France et conséquences sur la consommation. *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire*, 309-316.
- Hoareau, E. (2012). Un usage féminin des substances? *Le sociographe*, 3, 17-26.
- Hoareau, E. (2013). Les dimensions féminines de l'usage de substances psychoactives (illicites) hypothèse sur les stéréotypes structurant les pratiques professionnelles à l'égard des personnes usagères de substances. In *GUIDE concernant L'USAGE de SUBSTANCES PSYCHOACTIVES durant la GROSSESSE* (3ème édition, p. 34-45).
- Hosmer Jr, D. W., Lemeshow, S., & Sturdivant, R. X. (2013). *Applied logistic regression* (Vol. 398). John Wiley & Sons.
- Houet, T., Vabret, F., Herlicoviez, M., & Dreyfus, M. (2006). Comparaison de la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse : À partir d'une série prospective de 150 femmes. *La Revue Sage-Femme*, 5(4), 193-199.
- Hughes, P. H., Coletti, S. D., Neri, R. L., Urmann, C. F., Stahl, S., Sicilian, D. M., & Anthony, J. C. (1995). Retaining cocaine-abusing women in a therapeutic community : The effect of a child live-in program. *American Journal of Public Health*, 85(8_Pt_1), 1149-1152.
- Hull, M. G., North, K., Taylor, H., Farrow, A., & Ford, W. C. L. (2000). Delayed conception and active and passive smoking. *Fertility and sterility*, 74(4), 725-733.
- Ishaque, U., Tebeka, S., & AMIOT, O. (2014). Alcool et grossesse. *La Lettre du gynécologue*, 388, 13-16.

- Jansson, L. M., Svikis, D., Lee, J., Paluzzi, P., Rutigliano, P., & Hackerman, F. (1996). Pregnancy and addiction A comprehensive care model. *Journal of substance abuse treatment, 13*(4), 321-329.
- Jones, K., Smith, D., Ulleland, C., & Streissguth, A. (1973). Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. *The Lancet, 301*(7815), 1267-1271.
- Kirsch, A. (2012). *Périnatalité et dépendance aux opiacés : Intérêt de la mise en place d'un traitement de substitution* [PhD Thesis]. Université de Lorraine.
- Kliegman, R. M., Madura, D., Kiwi, R., Eisenberg, I., & Yamashita, T. (1994). Relation of maternal cocaine use to the risks of prematurity and low birth weight. *The Journal of pediatrics, 124*(5), 751-756.
- Kocherlakota, P. (2014). Neonatal abstinence syndrome. *Pediatrics, 134*(2), e547-e561.
- Ladhani, N. N. N., Shah, P. S., Murphy, K. E., & Births, K. S. G. on D. of P. (2011). Prenatal amphetamine exposure and birth outcomes : A systematic review and metaanalysis. *American journal of obstetrics and gynecology, 205*(3), 219-e1.
- LaGasse, L. L., Wouldes, T., Newman, E., Smith, L. M., Shah, R. Z., Derauf, C., Huestis, M. A., Arria, A. M., Della Grotta, S., Wilcox, T., & Lester, B. M. (2011). Prenatal methamphetamine exposure and neonatal neurobehavioral outcome in the USA and New Zealand. *Neurotoxicology and Teratology, 33*(1), 166-175.
- Lamy, S., & Thibaut, F. (2010). État des lieux de la consommation de substances psychoactives par les femmes enceintes. *L'Encéphale, 36*(1), 33-38.
- Law, K. L., Stroud, L. R., LaGasse, L. L., Niaura, R., Liu, J., & Lester, B. M. (2003). Smoking during pregnancy and newborn neurobehavior. *Pediatrics, 111*(6), 1318-1323.
- Lejeune, C., Simonpoli, A.-M., & Gressens, P. (2009). Conséquences obstétricales et pédiatriques de la consommation de cocaïne pendant la grossesse. *Archives de Pédiatrie, 16*, S56-S63. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(09\)75302-3](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(09)75302-3)

- Lejeune, Claude. (2007a). Spécificités de prise en charge de certaines populations : Femmes enceintes toxicomanes et périnatalité. *Alcoologie et addictologie*, 29(4), 443-448.
- Lejeune, Claude. (2007b). Spécificités de prise en charge de certaines populations. Femmes enceintes toxicomanes et périnatalité. *Alcoologie et Addictologie*, 29(4), 443-448.
- Lejeune, Claude, Simmat-Durand, L., Gourarier, L., & Picquet, M. (2003). Grossesse et substitution. Enquête sur les femmes enceintes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et caractéristiques de leurs nouveau-nés. *Paris, OFDT*.
- Lemoine, D. (1968). Les enfants de parents alcooliques Anomalies, observees de 127 cas. *Quest. Medical*, 25, 477-482.
- Lemoine, P. (1992). Outcome of children of alcoholic mothers (study of 105 cases followed to adult age) and various prophylactic findings. *Annales de pediatrie*, 39(4), 226-235.
- Lipsitz, P. J. (1975). A proposed narcotic withdrawal score for use with newborn infants : A pragmatic evaluation of its efficacy. *Clinical pediatrics*, 14(6), 592-594.
- Little, B. B., Snell, L. M., & Gilstrap 3rd, L. C. (1988). Methamphetamine abuse during pregnancy : Outcome and fetal effects. *Obstetrics and gynecology*, 72(4), 541-544.
- Marpeau, L. (2005). Tabagisme et complications gravidiques. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 34, 130-134.
- Marret, S. (2005). Effets de l'exposition tabagique maternelle pendant la grossesse sur le développement cérébral fœtal. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 34, 230-233.

- McElhatton, P., Bateman, D., Evans, C., Pughe, K., & Thomas, S. (1999). Congenital anomalies after prenatal ecstasy exposure. *The Lancet*, 354(9188), 1441-1442.
- McGlothlin, W. H., Sparkes, R. S., & Arnold, D. O. (1970). Effect of LSD on Human Pregnancy. *JAMA*, 212(9), 1483-1487.
- Montgomery, S. M., & Ekblom, A. (2002). Smoking during pregnancy and diabetes mellitus in a British longitudinal birth cohort. *Bmj*, 324(7328), 26-27.
- Nora, J., Vargo, T., Nora, A., Love, K., & Mcnamara, D. (1970). Dexamphetamine : A possible environmental trigger in cardiovascular malformations. *Lancet (London, England)*, 1(7659), 1290-1291.
- Obradovic, I. (2017). Bilan de 10 ans d'activité des consultations jeunes consommateurs (CJC). *Therapies*, 72(1), 147. <https://doi.org/10.1016/j.therap.2016.11.006>
- Oro, A. S., & Dixon, S. D. (1987). Perinatal cocaine and methamphetamine exposure : Maternal and neonatal correlates. *The Journal of pediatrics*, 111(4), 571-578.
- Osborne, J. W. (2014). *Best practices in logistic regression*. Sage Publications.
- Pasquereau, A., Andler, R., Arwidson, P., & Nguyen-Thanh, V. (2020). Consommation de tabac parmi les adultes : Bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019. *Bull Epidémiol Hebd*, 14, 273-281.
- Pasquereau, A., Andler, R., & Guignard, R. (2017). La consommation de tabac en France : Premiers résultats du Baromètre Santé. *BEH*, 265-273.
- Patra, J., Bakker, R., Irving, H., Jaddoe, V. W. V., Malini, S., & Rehm, J. (2011). Dose-response relationship between alcohol consumption before and during pregnancy and the risks of low birthweight, preterm birth and small for gestational age (SGA)- a systematic review and meta-analyses. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118(12), 1411-1421.

- Peretti-Watel, P., Constance, J., Seror, V., & Beck, F. (2009). Cigarettes and social differentiation in France : Is tobacco use increasingly concentrated among the poor? *Addiction*, *104*(10), 1718-1728.
- Phan, O., Obradovic, I., & Har, A. (2016). *Abus et dépendance au cannabis à l'adolescence : Diagnostic Consumption of cannabis in adolescents.*
- Pineles, B. L., Park, E., & Samet, J. M. (2014). Systematic review and meta-analysis of miscarriage and maternal exposure to tobacco smoke during pregnancy. *American journal of epidemiology*, *179*(7), 807-823.
- Plessinger, M. A., & Woods Jr, J. R. (1998). Cocaine in pregnancy : Recent data on maternal and fetal risks. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, *25*(1), 99-118.
- Rasmussen, C., & Bisanz, J. (2009). Exploring mathematics difficulties in children with fetal alcohol spectrum disorders. *Child Development Perspectives*, *3*(2), 125-130.
- Reynaud-Maurupt, C. (2011). *Etude qualitative des freins au repérage précoce des conduites addictives chez la femme enceinte.*
- Richard, J. B., Andler, R., Cogordan, C., Spilka, S., & Thanh, V. N. (2019). La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 5-6.
- Richard, J.-B. (2016). *Tendances de long terme des consommations de tabac et d'alcool en France, au prisme du genre et des inégalités sociales.* 8.
- Robe, L. B., Gromisch, D. S., & Iosub, S. (1981). Symptoms of neonatal ethanol withdrawal. *Currents in alcoholism*, *8*, 485-493.
- Roelands, J., Jamison, M. G., Lyerly, A. D., & James, A. H. (2009). Consequences of smoking during pregnancy on maternal health. *Journal of Women's Health*, *18*(6), 867-872.

Roozen, S., Peters, G.-J. Y., Kok, G., Townend, D., Nijhuis, J., & Curfs, L. (2016).

Worldwide prevalence of fetal alcohol spectrum disorders : A systematic literature review including meta-analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 40(1), 18-32.

Santé publique France. (2017). *Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France organisé par Santé publique France et l'Institut national du cancer*. /liste-des-actualites/avis-d-experts-relatif-a-l-evolution-du-discours-public-en-matiere-de-consommation-d-alcool-en-france-organise-par-sante-publique-france-et-l-insti

Scragg, R. K. R., Mitchell, E. A., Ford, R. P. K., Thompson, J. M. D., Taylor, B. J., & Stewart, A. W. (2001). Maternal cannabis use in the sudden death syndrome. *Acta Paediatrica*, 90(1), 57-60.

Simmat-Durand, L. (2007). La mère toxicomane, au carrefour des normes et des sanctions. *Deviance et Societe*, Vol. 31(3), 305-330.

Simmat-Durand, L. (2008). Les professionnels de la maternité et de l'enfance et le signalement des enfants de mère toxicomane. *Psychotropes*, Vol. 14(3), 179-199.

Simmat-Durand, L. (2009). *Femmes et addictions dans la littérature internationale : Sexe, genre et risques*. 20.

Singer, L. T., Minnes, S., Min, M. O., Lewis, B. A., & Short, E. J. (2015). Prenatal cocaine exposure and child outcomes : A conference report based on a prospective study from Cleveland. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 30(4), 285-289.

Sithisarn, T., Granger, D. T., & Bada, H. S. (2012). Consequences of prenatal substance use. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 24(2), 105-112.

- Smith, A. M., Fried, P. A., Hogan, M. J., & Cameron, I. (2004). Effects of prenatal marijuana on response inhibition : An fMRI study of young adults. *Neurotoxicology and teratology*, 26(4), 533-542.
- Streissguth, A. P., Aase, J. M., Clarren, S. K., Randels, S. P., LaDue, R. A., & Smith, D. F. (1991). Fetal alcohol syndrome in adolescents and adults. *Jama*, 265(15), 1961-1967.
- Substance Abuse, & Mental Health Administration. (2016). A collaborative approach to the treatment of pregnant women with opioid use disorders. *Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration*, 1-124.
- Toutain, S., Simmat-Durand, L., Crenn-Hébert, C., Simonpoli, A.-M., Vellut, N., Genest, L., Miossec, E., & Lejeune, C. (2010). Conséquences, pour l'enfant à naître, du maintien de la consommation d'alcool pendant la grossesse. *Archives de Pédiatrie*, 17(9), 1273-1280. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2010.06.018>
- Vagnarelli, F., Amarri, S., Scaravelli, G., Pellegrini, M., Garcia-Algar, O., & Pichini, S. (2006). TDM grand rounds : Neonatal nicotine withdrawal syndrome in an infant prenatally and postnatally exposed to heavy cigarette smoke. *Therapeutic drug monitoring*, 28(5), 585-588.
- Van Der Meersch, L. (2017). *Dépistage de la consommation de substances psychoactives pendant la grossesse : État des lieux des pratiques et des freins*.
- Van Gelder, M. M., Reefhuis, J., Caton, A. R., Werler, M. M., Druschel, C. M., & Roeleveld, N. (2010). Characteristics of pregnant illicit drug users and associations between cannabis use and perinatal outcome in a population-based study. *Drug and alcohol dependence*, 109(1-3), 243-247.
- Wilquin, J.-L., Clément, J., & Lamboy, B. (2013). Interventions validées ou prometteuses en prévention du tabagisme chez les jeunes : Synthèse de la littérature. *Santé publique*, 1(HS1), 65-74.

- Winslow, B. T., Voorhees, K. I., & Pehl, K. A. (2007). Methamphetamine abuse. *American family physician, 76*(8), 1169-1174.
- Wisborg, K., Kesmodel, U., Henriksen, T. B., Olsen, S. F., & Secher, N. J. (2000). A prospective study of smoking during pregnancy and SIDS. *Archives of disease in childhood, 83*(3), 203-206.
- Wood, E., Kerr, T., Small, W., Li, K., Marsh, D. C., Montaner, J. S., & Tyndall, M. W. (2004). Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. *Cmaj, 171*(7), 731-734.
- Zuckerman, B., Frank, D. A., Hingson, R., Amaro, H., Levenson, S. M., Kayne, H., Parker, S., Vinci, R., Aboagye, K., & Fried, L. E. (1989). Effects of maternal marijuana and cocaine use on fetal growth. *New England Journal of Medicine, 320*(12), 762-768.

Annexes

Goodness-of-Fit Evaluation for Binary Specification
 Andrews and Hosmer-Lemeshow Tests
 Equation: EQ01_ML
 Date: 02/06/21 Time: 17:56
 Grouping based upon predicted risk (randomize ties)

Deciles	Quantile of Risk		Dep=0		Dep=1		Total	H-L
	Low	High	Actual	Expect	Actual	Expect	Obs	Value
1	0.1057	0.4865	21	20.0357	12	12.9643	33	0.11814
2	0.4865	0.6021	10	14.8821	23	18.1179	33	2.91714
3	0.6077	0.6875	14	11.7188	19	21.2812	33	0.68862
4	0.6891	0.7427	10	9.37827	23	23.6217	33	0.05758
5	0.7445	0.8031	11	7.73117	23	26.2688	34	1.78886
6	0.8036	0.8544	5	5.63622	28	27.3638	33	0.08661
7	0.8559	0.8860	4	4.31026	29	28.6897	33	0.02569
8	0.8874	0.9085	3	3.41720	30	29.5828	33	0.05682
9	0.9098	0.9427	3	2.33720	30	30.6628	33	0.20229
10	0.9433	0.9834	0	1.55312	34	32.4469	34	1.62746
Total			81	81.0000	251	251.000	332	7.56921

H-L Statistic	7.5692	Prob. Chi-Sq(8)	0.4766
Andrews Statistic	39.3842	Prob. Chi-Sq(10)	0.0000

The null hypothesis of Hosmer-Lemeshow is Good fit. Their statistic named TS (T: Total, S: Observed) is distributed by Chi-Square with (10-2) degree of freedom under H0. Here, we accept the null hypothesis, this is a good model that describes the dataset.

Expectation-Prediction Evaluation for Binary Specification
 Equation: EQ01_ML
 Date: 02/05/21 Time: 19:01
 Success cutoff: C = 0.5

	Estimated Equation			Constant Probability		
	Dep=0	Dep=1	Total	Dep=0	Dep=1	Total
P(Dep=1)≤C	22	15	37	0	0	0
P(Dep=1)>C	59	236	295	81	251	332
Total	81	251	332	81	251	332
Correct	22	236	258	0	251	251
% Correct	27.16	94.02	77.71	0.00	100.00	75.60

% Incorrect	72.84	5.98	22.29	100.00	0.00	24.40
Total Gain*	27.16	-5.98	2.11			
Percent Gain**	27.16	NA	8.64			

	Estimated Equation			Constant Probability		
	Dep=0	Dep=1	Total	Dep=0	Dep=1	Total
E(# of Dep=0)	29.63	51.37	81.00	19.76	61.24	81.00
E(# of Dep=1)	51.37	199.63	251.00	61.24	189.76	251.00
Total	81.00	251.00	332.00	81.00	251.00	332.00
Correct	29.63	199.63	229.25	19.76	189.76	209.52
% Correct	36.58	79.53	69.05	24.40	75.60	63.11
% Incorrect	63.42	20.47	30.95	75.60	24.40	36.89
Total Gain*	12.18	3.93	5.94			
Percent Gain**	16.11	16.11	16.11			

*Change in "% Correct" from default (constant probability) specification

**Percent of incorrect (default) prediction corrected by equation

Tableau 4 Régression logistique de l'alcool par la méthode du maximum de vraisemblance

Goodness-of-Fit Evaluation for Binary Specification
 Andrews and Hosmer-Lemeshow Tests
 Equation: EQ01_LM
 Date: 02/06/21 Time: 18:00
 Grouping based upon predicted risk (randomize ties)

	Quantile of Risk		Dep=0		Dep=1		Total	H-L
	Low	High	Actual	Expect	Actual	Expect	Obs	Value
1	0.0032	0.0692	11	12.4957	2	0.50431	13	4.61502
2	0.0843	0.2047	14	12.1795	0	1.82045	14	2.09255
3	0.2146	0.3151	9	9.59424	4	3.40576	13	0.14049
4	0.3161	0.3918	10	9.01511	4	4.98489	14	0.30219
5	0.3918	0.4716	7	7.41509	6	5.58491	13	0.05409
6	0.4764	0.5753	4	6.66077	10	7.33923	14	2.02753
7	0.5795	0.6880	8	4.62456	5	8.37544	13	3.82408
8	0.6894	0.7837	5	3.75199	9	10.2480	14	0.56710
9	0.7837	0.8806	1	2.09056	12	10.9094	13	0.67792
10	0.8807	0.9701	0	1.17245	14	12.8276	14	1.27961
	Total		69	69.0000	66	66.0000	135	15.5806
H-L Statistic			15.5806		Prob. Chi-Sq(8)		0.0488	
Andrews Statistic			35.3212		Prob. Chi-Sq(10)		0.0001	

The null hypothesis of Hosmer-Lemeshow is Good fit. It is based on the predicted probability. Their statistic named TS (T: Total, S: Observed) is distributed by Chi-Square with (10-2) [10 quantiles and binary variable 0 and 1] degree of freedom under H0. Here, we accept the null hypothesis at 1%, this is a good model that describes the dataset. But, at 5%

the Andrews test is based on any series as the fitted values. It needs to choose the grouping variable.

Expectation-Prediction Evaluation for Binary Specification
 Equation: EQ01_LM
 Date: 02/06/21 Time: 17:48
 Success cutoff: C = 0.5

	Estimated Equation			Constant Probability		
	Dep=0	Dep=1	Total	Dep=0	Dep=1	Total
P(Dep=1)≤C	52	20	72	69	66	135
P(Dep=1)>C	17	46	63	0	0	0
Total	69	66	135	69	66	135
Correct	52	46	98	69	0	69
% Correct	75.36	69.70	72.59	100.00	0.00	51.11

% Incorrect	24.64	30.30	27.41	0.00	100.00	48.89
Total Gain*	-24.64	69.70	21.48			
Percent Gain**	NA	69.70	43.94			

	Estimated Equation			Constant Probability		
	Dep=0	Dep=1	Total	Dep=0	Dep=1	Total
E(# of Dep=0)	46.11	22.89	69.00	35.27	33.73	69.00
E(# of Dep=1)	22.89	43.11	66.00	33.73	32.27	66.00
Total	69.00	66.00	135.00	69.00	66.00	135.00
Correct	46.11	43.11	89.22	35.27	32.27	67.53
% Correct	66.82	65.32	66.09	51.11	48.89	50.02
% Incorrect	33.18	34.68	33.91	48.89	51.11	49.98
Total Gain*	15.71	16.43	16.06			
Percent Gain**	32.14	32.14	32.14			

*Change in "% Correct" from default (constant probability) specification

**Percent of incorrect (default) prediction corrected by equation

Tableau 5 Régression logistique du tabac par la méthode du maximum de vraisemblance

	Ensemble	Hommes	Femmes	Sex-ratio
Fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois				
Abstinent vie	5,4%	3,9%	6,9%	0,6
Abstinent année	8,1%	6,7%	9,4%	0,7
Moins d'une fois par mois	27,2%	17,7%	36,2%	0,5
Au moins une fois par mois mais moins d'une fois par semaine	19,3%	19,1%	19,5%	1,0
Une à trois fois par semaine	25,0%	29,8%	20,3%	1,5
Quatre à six fois par semaine	5,1%	7,6%	2,6%	2,9
Tous les jours	10,0%	15,2%	5,1%	3,0
Nombre de verres consommés un jour de consommation*	2,3	2,8	1,8	1,6
Nombre de jours de consommation d'alcool / an*	98	129	66	2,0
Fréquence des alcoolisations ponctuelles importantes**				
Au moins une fois au cours des 12 derniers mois	35,2%	49,6%	21,4%	2,3
Au moins une fois par mois	16,2%	25,2%	7,6%	3,3
Au moins une fois par semaine	4,6%	7,6%	1,6%	4,7
Ivresses**				
Au moins une fois au cours la vie	63,4%	78,5%	49,1%	1,6
Au moins une fois au cours des 12 derniers mois	20,7%	28,6%	13,2%	2,2
Au moins trois fois au cours des 12 derniers mois	9,7%	14,5%	5,1%	2,8
Au moins 10 fois au cours des 12 derniers mois	4,1%	6,5%	1,8%	3,6

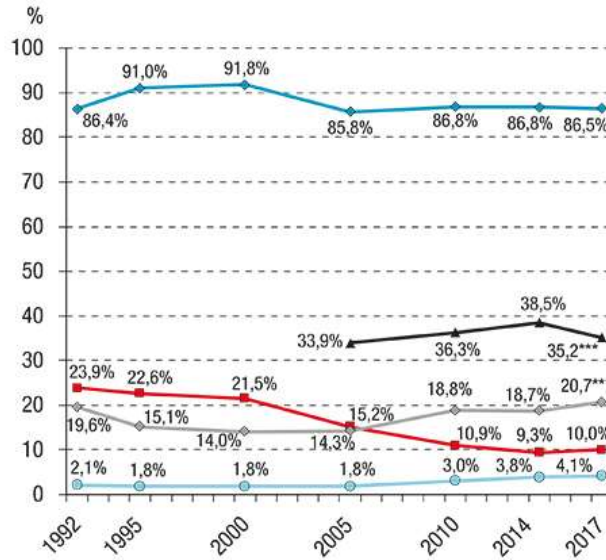
* Parmi les consommateurs d'alcool dans l'année.

** Les modalités ne sont pas exclusives : 35,2% des 18-75 ans ont connu une alcoolisation ponctuelle importante dans l'année, incluant les 16,2% qui en ont connu tous les mois.

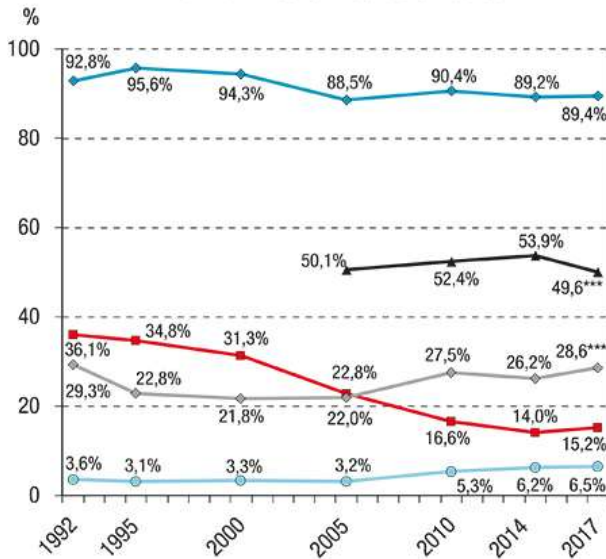
Source : Baromètre de Santé publique France 2017.

Tableau 6 Usages d'alcool en France métropolitaine en 2017, selon le sexe parmi les 18-75 ans

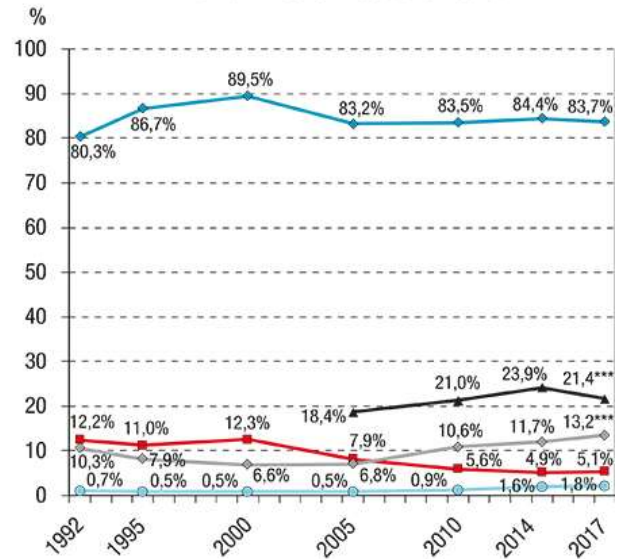
4a : Parmi les 18-75 ans



4b : Parmi les hommes de 18-75 ans



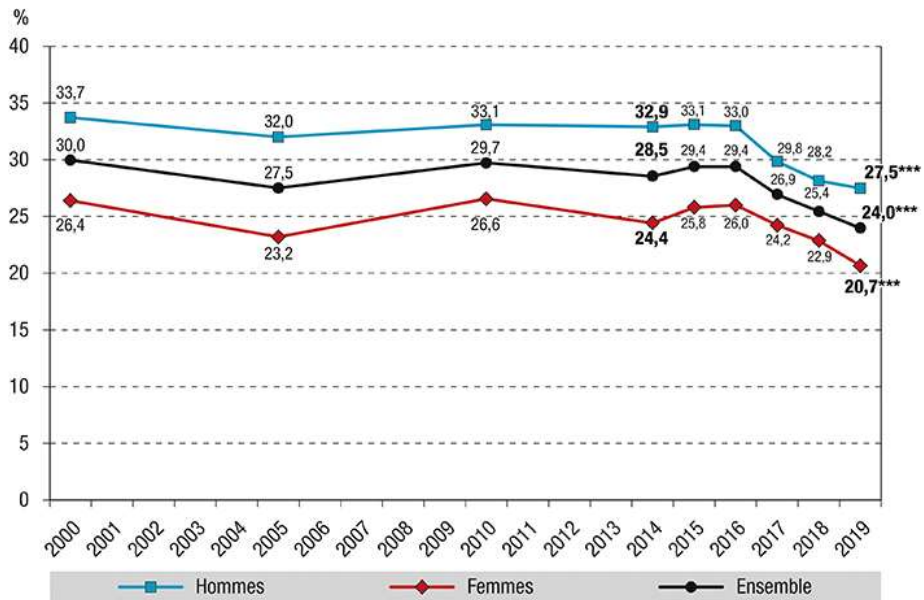
4c : Parmi les femmes de 18-75 ans



◆ Alcool dans l'année
 ▲ Au moins une API (12 derniers mois)
 ○ Au moins 10 ivresses (12 derniers mois)
■ Alcool quotidien
 ◇ Au moins une ivresse (12 derniers mois)

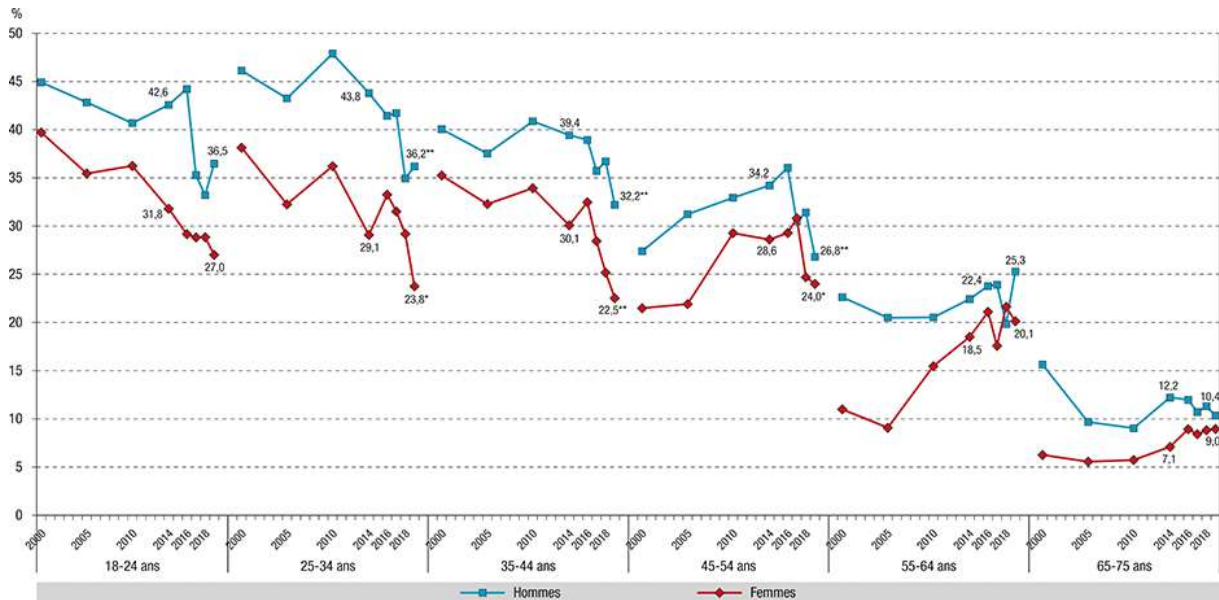
*, **, *** : évolution significative entre 2014 et 2017, aux seuils de 5%, 1% et 0,1%.
 Sources : Baromètres de Santé publique France 1992, 1995, 2000, 2005, 2010, 2014, 2017.
 API : alcoolisation ponctuelle importante.

Figure 10 Indicateurs de consommation d'alcool selon l'âge en France métropolitaine, 2017



Sources : Baromètres de Santé publique France 2000, 2005, 2010, 2014, 2016, 2017, 2018 et 2019.
 Les * indiquent une évolution significative entre 2014 et 2019 : *** p<0,001.

Figure 11 Prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe parmi les 18-75 ans, France. Évolution 2014-2019



Sources : Baromètres de Santé publique France 2000, 2005, 2010, 2014, 2016, 2017, 2018 et 2019.
 Les * indiquent une évolution significative entre 2014 et 2019 : * p<0,05 ; ** p<0,01.

Figure 12 Prévalence du tabagisme quotidien selon l'âge et le sexe en France. Évolution 2014-2019

EVALUATION DE L'USAGE DES SPA PENDANT LA GROSSESSE

Patiente Date de naissance : Lieu de naissance :
En couple : Oui Non Vit : Seule En couple autres :
Nb d'enfants :
Famille : Nucléaire Monoparentale Recomposée Homoparentale
Niveau d'étude :
Activité professionnelle actuelle : Congé parental prévu : Oui Non
Sans activité professionnelle : Mère au foyer En recherche d'emploi Etudiante

Conjoint(e) Age : Sexe : Masculin Féminin
Niveau d'étude :
Activité professionnelle actuelle : Congé parental prévu : Oui Non
Sans activité professionnelle : Père au foyer En recherche d'emploi Etudiant

MT : Oui Non

Traitement actuel

Antécédents médico-chirurgicaux

Antécédents psychiatriques et addictologiques

Antécédents obstétricaux et suivi obstétrical actuel

SF MT Obstétricien
 AVB Césarienne programmée Césarienne en urgence
Terme : PN : Taille :

Antécédents familiaux

⇒ *Consommation d'alcool dans la famille ?* Oui Non
 Parents du 1^{er} degré Autres

⇒ *Consommation de tabac dans la famille ?* Oui Non
 Parents du 1^{er} degré Autres

⇒ *Consommation de cannabis dans la famille ?* Oui Non
 Parents du 1^{er} degré Autres

⇒ *Consommation d'autres toxiques dans la famille ?* Oui Non
 Parents du 1^{er} degré Autres

RECUPERATION DES DONNEES OBSTETRIQUES DE L'ACCOUCHEMENT.

ALCOOL	
<i>Durant les 12 mois qui ont précédé votre grossesse,</i>	
<i>Quelle a été la fréquence de votre consommation d'alcool ?</i>	
<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> au moins 1 fois <input type="checkbox"/> au moins 1 fois/mois <input type="checkbox"/> au moins 1 fois/sem <input type="checkbox"/> quotidienne
<i>Quelle a été la fréquence de vos API définies par au moins 6 verres en 1 occasion ?</i>	
<input type="checkbox"/> Moins d'1 fois/mois	<input type="checkbox"/> au moins 1 fois/mois <input type="checkbox"/> au moins 1 fois/sem
<i>Quelle a été la fréquence de vos ivresses ?</i>	
<input type="checkbox"/> Au moins 1 fois	<input type="checkbox"/> au moins 3 fois <input type="checkbox"/> au moins 10 fois
<i>Avez-vous modifié cette consommation pendant la grossesse ?</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<i>Comment ?</i> <input type="checkbox"/> Augmentation <input type="checkbox"/> Diminution <input type="checkbox"/> Arrêt	
<i>Vous a-t-on proposé une aide particulière vis-à-vis de cette consommation ?</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<i>Laquelle ?</i> <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Consultation spécialisée <input type="checkbox"/> Médicamenteuse <input type="checkbox"/> Substitution	
<input type="checkbox"/> Autres :	
<i>Vous est-il déjà arrivé de consommer de l'alcool, même à petite dose pendant votre grossesse ?</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
TABAC	
<i>Quelle est votre consommation de tabac habituelle, en dehors de la grossesse ?</i>	
<input type="checkbox"/> Quotidienne :	<input type="checkbox"/> >30 cg/j <input type="checkbox"/> 21 à 30 cg/j <input type="checkbox"/> 11 à 20 cg/j <input type="checkbox"/> ≤10 cg/j
<input type="checkbox"/> Occasionnelle :	<input type="checkbox"/> >20cg/semaine <input type="checkbox"/> 10 à 20 cg/semaine <input type="checkbox"/> 5 à 10 cg/semaine <input type="checkbox"/> ≤5 cg/semaine
<input type="checkbox"/> Jamais	
<i>Avez-vous modifié cette consommation pendant la grossesse ?</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<i>Comment ?</i> <input type="checkbox"/> Augmentation <input type="checkbox"/> Diminution <input type="checkbox"/> Arrêt	
<i>Utilisez-vous la cigarette électronique ?</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<i>Vous a-t-on proposé une aide particulière vis-à-vis de cette consommation ?</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<i>Laquelle ?</i> <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Consultation spécialisée <input type="checkbox"/> Médicamenteuse <input type="checkbox"/> Substitution	
<input type="checkbox"/> Autres :	
<i>Vous est-il déjà arrivé de consommer du tabac, même à petite dose, pendant votre grossesse ?</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
CANNABIS	
<i>Quelle est votre consommation de cannabis habituelle, en dehors de la grossesse ?</i> <input type="checkbox"/> Joints <input type="checkbox"/> Bangs	
<input type="checkbox"/> Quotidienne :	<input type="checkbox"/> >10/jour <input type="checkbox"/> 6 à 10/jour <input type="checkbox"/> 2 à 5/jour <input type="checkbox"/> ≤1/jour
<input type="checkbox"/> Occasionnelle :	<input type="checkbox"/> >10/semaine <input type="checkbox"/> 6 à 10/semaine <input type="checkbox"/> 2 à 5/semaine <input type="checkbox"/> ≤1/semaine
<input type="checkbox"/> Jamais	
<i>Avez-vous modifié cette consommation pendant la grossesse ?</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<i>Comment ?</i> <input type="checkbox"/> Augmentation <input type="checkbox"/> Diminution <input type="checkbox"/> Arrêt	
<i>Vous a-t-on proposé une aide particulière vis-à-vis de cette consommation ?</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<i>Laquelle ?</i> <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Consultation spécialisée <input type="checkbox"/> Médicamenteuse <input type="checkbox"/> Substitution	
<input type="checkbox"/> Autres :	
<i>Vous est-il déjà arrivé de consommer du cannabis pendant la grossesse ?</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
AUTRES TOXIQUES	
<i>Consommez-vous d'autres toxiques habituellement en dehors de la grossesse ? Si oui lequel ou lesquels ?</i>	
<input type="checkbox"/> Héroïne <input type="checkbox"/> Cocaine <input type="checkbox"/> Ecstasy <input type="checkbox"/> LSD <input type="checkbox"/> MDMA	<input type="checkbox"/> Drogues de synthèse <input type="checkbox"/> Autres
<i>Avez-vous modifié cette consommation pendant la grossesse ?</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<i>Comment ?</i> <input type="checkbox"/> Augmentation <input type="checkbox"/> Diminution <input type="checkbox"/> Arrêt	
<i>Vous a-t-on proposé une aide particulière vis-à-vis de cette consommation ?</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<i>Laquelle ?</i> <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Consultation spécialisée <input type="checkbox"/> Médicamenteuse <input type="checkbox"/> Substitution	
<input type="checkbox"/> Autres :	
<i>Vous est-il déjà arrivé de le/les consommer pendant votre grossesse ?</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<i>Comment imaginez-vous la suite ??</i>	
<i>Comment envisagez-vous l'avenir ??</i>	

Figure 13 Trame de l'entretien clinique

ENQUETE SUR INFORMATIONS PERCUES CONCERNANT USAGE SPA ET GROSSESSE

CONSOMMATION D'ALCOOL

1- Avez-vous déjà été informée des dangers de la consommation d'alcool sur la santé ? Oui Non

Si oui, était-ce par :

- | | | | | |
|---|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Médecin traitant | <input type="checkbox"/> Gynéco-obstétricien | <input type="checkbox"/> Echographiste | <input type="checkbox"/> Urgentiste | <input type="checkbox"/> Sage-femme |
| <input type="checkbox"/> Famille | <input type="checkbox"/> Amis | <input type="checkbox"/> Collègues | | |
| <input type="checkbox"/> Télévision | <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Presse écrite | <input type="checkbox"/> Internet | |
| <input type="checkbox"/> Autres : | | | | |

2- Avez-vous déjà été informée des dangers spécifiques de la consommation d'alcool sur la grossesse et sur le fœtus ?

Oui Non

Si oui, était-ce par :

- | | | | | |
|---|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Médecin traitant | <input type="checkbox"/> Gynéco-obstétricien | <input type="checkbox"/> Echographiste | <input type="checkbox"/> Urgentiste | <input type="checkbox"/> Sage-femme |
| <input type="checkbox"/> Famille | <input type="checkbox"/> Amis | <input type="checkbox"/> Collègues | | |
| <input type="checkbox"/> Télévision | <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Presse écrite | <input type="checkbox"/> Internet | |
| <input type="checkbox"/> Autres : | | | | |

3- Vous a-t-on déjà dit qu'un ou deux verres d'alcool n'avaient pas de conséquences sur la grossesse et sur le fœtus ?

Oui Non

Si oui, était-ce :

- | | | | | |
|---|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Médecin traitant | <input type="checkbox"/> Gynéco-obstétricien | <input type="checkbox"/> Echographiste | <input type="checkbox"/> Urgentiste | <input type="checkbox"/> Sage-femme |
| <input type="checkbox"/> Famille | <input type="checkbox"/> Amis | <input type="checkbox"/> Collègues | | |
| <input type="checkbox"/> Télévision | <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Presse écrite | <input type="checkbox"/> Internet | |
| <input type="checkbox"/> Autres : | | | | |

CONSOMMATION DE TABAC

4- Avez-vous déjà été informée des dangers de la consommation du tabac sur la santé ? Oui Non

Si oui, était-ce par :

- | | | | | |
|---|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Médecin traitant | <input type="checkbox"/> Gynéco-obstétricien | <input type="checkbox"/> Echographiste | <input type="checkbox"/> Urgentiste | <input type="checkbox"/> Sage-femme |
| <input type="checkbox"/> Famille | <input type="checkbox"/> Amis | <input type="checkbox"/> Collègues | | |
| <input type="checkbox"/> Télévision | <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Presse écrite | <input type="checkbox"/> Internet | |
| <input type="checkbox"/> Autres : | | | | |

5- Avez-vous déjà été informée des dangers spécifiques de la consommation du tabac sur la grossesse et sur le fœtus ?

Oui Non

Si oui, était-ce par :

- | | | | | |
|---|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Médecin traitant | <input type="checkbox"/> Gynéco-obstétricien | <input type="checkbox"/> Echographiste | <input type="checkbox"/> Urgentiste | <input type="checkbox"/> Sage-femme |
| <input type="checkbox"/> Famille | <input type="checkbox"/> Amis | <input type="checkbox"/> Collègues | | |
| <input type="checkbox"/> Télévision | <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Presse écrite | <input type="checkbox"/> Internet | |
| <input type="checkbox"/> Autres : | | | | |

6- Vous a-t-on déjà dit qu'une ou deux cigarettes n'avaient pas de conséquences sur la grossesse et sur le fœtus ?

Oui Non

Si oui, était-ce :

- | | | | | |
|---|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Médecin traitant | <input type="checkbox"/> Gynéco-obstétricien | <input type="checkbox"/> Echographiste | <input type="checkbox"/> Urgentiste | <input type="checkbox"/> Sage-femme |
| <input type="checkbox"/> Famille | <input type="checkbox"/> Amis | <input type="checkbox"/> Collègues | | |
| <input type="checkbox"/> Télévision | <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Presse écrite | <input type="checkbox"/> Internet | |
| <input type="checkbox"/> Autres : | | | | |

CONSOMMATION DE CANNABIS

7- Avez-vous déjà été informée des dangers de la consommation de cannabis sur la santé ? Oui Non

Si oui, était-ce par :

- Médecin traitant Gynéco-obstétricien Echographiste Urgentiste Sage-femme
 Famille Amis Collègues
 Télévision Radio Presse écrite Internet
 Autres :

8- Avez-vous déjà été informée des dangers spécifiques de la consommation de cannabis sur la grossesse et sur le fœtus ? Oui Non

Si oui, était-ce par :

- Médecin traitant Gynéco-obstétricien Echographiste Urgentiste Sage-femme
 Famille Amis Collègues
 Télévision Radio Presse écrite Internet
 Autres :

9- Vous a-t-on déjà dit déjà dit qu'un ou deux joints de temps en temps n'avaient pas de conséquences sur la grossesse et sur le fœtus ? Oui Non

Si oui, était-ce :

- Médecin traitant Gynéco-obstétricien Echographiste Urgentiste Sage-femme
 Famille Amis Collègues
 Télévision Radio Presse écrite Internet
 Autres :

CONSOMMATION D'AUTRES TOXIQUES

10- Vous a-t-on déjà informée des conséquences d'autres toxiques sur la santé ? Oui Non

Si oui, lesquels :

- Héroïne Cocaïne Ecstasy LSD MDMA
 Drogues de synthèse
 Autres

Était-ce par :

- Médecin traitant Gynéco-obstétricien Echographiste Urgentiste Sage-femme
 Famille Amis Collègues
 Télévision Radio Presse écrite Internet
 Autres :

11- Vous a-t-on déjà informée de leurs dangers spécifiques sur la grossesse et sur le fœtus ? Oui Non

Si oui, était-ce par :

- Médecin traitant Gynéco-obstétricien Echographiste Urgentiste Sage-femme
 Famille Amis Collègues
 Télévision Radio Presse écrite Internet
 Autres :

PRISE EN CHARGE

12- Dans le cas où vous consommez l'une des substances citées ci-dessus, vous a-t-on déjà proposée une aide à l'arrêt ou à la diminution ? Oui Non

Si oui, était-ce par :

- Médecin traitant Gynéco-obstétricien Echographiste Urgentiste Sage-femme
 Famille Amis Collègues
 Télévision Radio Presse écrite Internet
 Autres :

Par quels moyens :

- Hospitalisation Consultation en addictologie Consultation en tabacologie
 Médicaments Substitution
 Autres :

Figure 14 Auto-questionnaire

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE NON OPPOSITION

Madame,

Il vous est proposé de participer à une étude intitulée : « Substances psychoactives et grossesse, évaluation des consommations et qualité de l'information », coordonnée par le Dr. EZZOUAK

Ce formulaire a pour but de vous expliquer ce que cette étude implique afin de vous permettre de décider si vous voulez y participer.

Tout d'abord il s'agit d'une étude complètement anonyme.

L'objectif de l'étude, à laquelle nous vous proposons de participer, est de préciser l'éventuel lien qu'il peut y avoir entre la consommation de substances psychoactives lors de la grossesse et la qualité de l'information perçue par les femmes.

Cette étude se déroulera avec le Dr EZZOUAK en deux temps :

- D'abord un entretien clinique semi-directif d'environ 30 minutes qui tentera, après avoir recueilli des données générales (mode de vie, traitements habituels, antécédents, ...), d'évaluer vos consommations habituelles. Celui-ci sera enregistré vocalement dans l'objectif de diminuer le temps d'entretien et afin de faciliter l'échange.
- Puis un auto-questionnaire que vous aurez à compléter pendant 5 à 10 minutes au décours de l'entretien, et qui évaluera votre perception des informations concernant l'usage de substances psychoactives pendant la grossesse.

Cette étude est en cours sur les maternités de Bicêtre, de Caen et de Saint Lô.

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire.
Vous êtes libre de refuser d'y participer sans encourir aucune responsabilité.

Vous avez bien entendu la possibilité de réfléchir avec votre entourage, avant de prendre votre décision ou de refuser sans aucun préjudice pour vous.

Aspects légaux

Conformément aux dispositions de la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de vos données personnelles ainsi que le droit à l'effacement, à l'oubli et le droit à la portabilité des données. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Ce traitement automatisé de vos données de santé est conforme au règlement Européen du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Vous disposez d'un droit de réclamation auprès de la Commission National de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS cedex 07 (01.53.73.22.22)

Le Comité de Protection des Personnes (CPP) 2018-A01791-54 a donné un avis favorable à la réalisation de cette étude le 28/08/2018.

Docteur EZZOUAK

Je soussigné Mme/Mlle, ne m'oppose pas à l'utilisation des données pour la recherche « Substances psychoactives et grossesse, évaluation des consommations et qualité de l'information ».

Date :

Signature :

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES SUD MÉDITERRANÉE I

Président
Docteur Stéphane RANQUE

Marseille, le 11 juillet 2018

Monsieur Christophe KASSEL
CHU de Caen
Avenue de la côte de nacre
14033 CAEN

- Objet : Avis favorable à réception
- Référence du Comité : 18 57
- Numéro d'identification : 2018-A01791-54

Monsieur,

Le Comité a examiné, ce jour, le protocole de recherche impliquant la personne humaine intitulé :

« **Substances psychoactives et grossesse (SPA) : Evaluation des consommations et qualité de l'information** »

Promu par le CHU de Caen et dont l'investigateur coordonnateur est Monsieur le Dr Ismaël EZZOUAK

Le Comité a apprécié la qualité générale de ce dossier et a émis un certain nombre d'observations et de questions auxquelles nous vous demandons d'apporter les réponses appropriées. A réception de celles-ci, il vous délivrera un avis favorable.

Dans les critères d'inclusion il semble utile d'ajouter que les patientes incluses sont des consommatrices habituelles de toxiques.

Pour l'objectif principal il semble être double incluant à la fois les consommations et la qualité de l'information reçue or il serait souhaitable qu'un seul objectif soit défini comme principal.

Le formulaire de non-opposition n'est pas fourni, il serait souhaitable de le faire parvenir au Comité.

Nous vous précisons que l'instruction de ce dossier qui a débuté le 25 juin 2018 est suspendue ce jour 11 juillet 2018 jusqu'à réception de l'ensemble des pièces complémentaires que vous nous adresserez en réponse au présent courrier.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de ma considération



Docteur Stéphane RANQUE

Hôpital Sainte Marguerite
270 Bd Sainte-Marguerite 13274 MARSEILLE Cedex 9
Site Internet : <http://www.cppsudmediterranee1.fr>

Figure 16 : Avis favorable à réception du CPP

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES SUD MÉDITERRANÉE I

Président
Docteur Stéphane RANQUE

AVIS

Collège technique

Personnes qualifiées en recherche

Yves JAMMES
Aurélien MORAND (Pédiatre)
Stéphane RANQUE (méthodologiste)
Agnès BOYER CHAMARD

Marc GAINIER
Thierry BEGE
Jean GAUDART (méthodologiste)
Karim BENDIANE

Médecins généralistes
Gérard SPANO
Jean Charles REYNIER

Pharmaciens hospitaliers
Nicole ROATTINO
Charléric BORNET

Infirmières
Dominique CHANAUD

Collège social

Personnes qualifiées en éthique

Christine ASSAÏANTE
Célia CHISCHPORTICH

Psychologues

Pierre DE ALCALA
Christian BOCCARDI

Travailleurs sociaux

Lucie CAMILLI

Juristes

Jean-Pierre BINON
Coraline SIMEONE
Méïssa DRIOUCHE

Représentants d'associations et usagers

Marie-Odile MEYER
Odile DALMONT

Le Comité de Protection des Personnes Sud-Méditerranée I, agréé par arrêté ministériel en date du 1^{er} juin 2018, constitué selon l'arrêté du Préfet de la Région Provence Alpes Côte d'Azur en date du 29 juin 2018,

en application du code de la santé publique et de la réglementation en vigueur relative aux recherches mentionnée au 3° de l'article L.1121-1 du Code de la santé Publique

ayant été saisi par un courrier du CHU de Caen promoteur d'un dossier de recherche intitulée :

« Substances psychoactives et grossesse (SPA) : Evaluation des consommations et qualité de l'information »

Identifiée sous le numéro ID RCB : 2018-A01791-54 et dont l'investigateur (coordinateur) est Monsieur le Dr Ismaël EZZOUAK

ayant, après vérification de la conformité réglementaire, enregistré ce dossier le **25 juin 2018** sous la référence interne **18 57**.

Lors de sa séance plénière du **11 juillet 2018** au cours de laquelle Mesdames : C. ASSAÏANTE, A. BOYER-CHAMMARD, L. CAMILLI, O. DALMONT, M-O MEYER, N. ROATTINO, C. SIMEONE
Messieurs : P. DE ALCALA, T. BEGE, Y. JAMMES, S. RANQUE, G. SPANO

Après avoir entendu le rapporteur du collège technique, le rapporteur du collège social et l'avis du méthodologiste ont délibéré,

Le Comité a demandé des précisions et des modifications mineures à réception desquelles il délivrera un avis favorable.

Le Comité ayant reçu le 28 août les documents conformes à ses attentes et ayant examiné le dossier de recherche ainsi constitué :

- Courrier de saisine daté et signé du 15 avril 2018
- Courrier de réponse aux demandes du CPP daté et signé du 27 août 2018
- Formulaire de demande d'avis daté et signé du 19 juin 2018
- Protocole de recherche version 2 du 28 août 2018
- Résumé du protocole version 1 du 15 juin 2018
- Document d'information et formulaire de non opposition version 2 du 28 août 2018
- Cahier d'observation version 1 du 7 juin 2018
- Questionnaires à faire passer aux femmes en post partum
- CVs des investigateurs
- Déclaration de conformité à la méthodologie de référence MR003 datée du 29 novembre 2016

Hôpital Sainte Marguerite
270 Bd Sainte-Marguerite 13274 MARSEILLE

Site Internet : <http://www.cppsudmediterranee1.fr>

1

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES SUD MÉDITERRANÉE I

Président
Docteur Stéphane RANQUE

a émis un **AVIS FAVORABLE**

à la mise en œuvre de cette recherche considérant que les conditions de validité de la recherche, notamment celles définies dans l'article L. 1123-7 du code de la santé publique, étaient réunies.



Docteur Stéphane RANQUE

Hôpital Sainte Marguerite
270 Bd Sainte-Marguerite 13274 MARSEILLE

Site Internet : <http://www.cppsudmediterranee1.fr>

2

Figure 17 Avis favorable du CPP

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de la Faculté

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen

ANNEE DE SOUTENANCE : 2020/2021

NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR : **EZZOUAK Ismail**

TITRE DE LA THESE :

SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET GROSSESSE, EVALUATION DES CONSOMMATIONS ET QUALITE DE L'INFORMATION

RESUME DE LA THESE EN FRANÇAIS :

Pendant la grossesse, les risques liés à la consommation de SPA, et en particulier d'alcool et de tabac sont bien établis.

« Alcool zéro pendant la grossesse », « 9 mois, 0 alcool, 0 Tabac » ; voici quelques-uns des slogans arborés aux murs des services de maternité.

Pourtant, la consommation de SPA et les conduites addictives restent peu et difficilement abordées par les professionnels de la périnatalité. Les différents référentiels, colloques, rencontres et fédérations qui ont porté sur les SPA et la grossesse, à commencer par la SFA en 2003, en passant par les assises nationales des sages-femmes en 2006 et jusqu'à l'amendement parlementaire du 3 octobre 2007, s'accordent pour dire qu'il s'agit d'un enjeu majeur de santé publique.

En 2011, la directrice générale de la santé avait lancé une campagne intitulée : « alcool et grossesse, parlons en » qui avait donné lieu à une autre campagne engagée par la MILDT appelée : « alcool et grossesse, comment en parler ».

La grossesse constitue une période particulière de la vie d'une femme, ..., d'un couple.

Celle-ci peut être un déclencheur de motivation important dans la diminution et parfois l'arrêt des SPA, mais semble pour le peu insuffisante à un réel changement des comportements d'usage de SPA chez des femmes souffrant d'une addiction.

Quels soins addictologiques proposons-nous aux femmes en pré, per et post-partum en termes de prévention, de repérage précoce et de prise en charge ?

Cette étude qui se veut exploratoire propose d'évaluer l'évolution des consommations de SPA lors de la grossesse d'une part et la qualité de l'information perçue par les femmes d'autre part et de l'éventuel lien entre ces deux approches.

MOTS CLES : SUBSTANCES PSYCHOACTIVES – GROSSESSE – ADDICTION – CONDUITES ADDICTIVES – SANTE PUBLIQUE – ALCOOL – TABAC – PERINATALITE.

TITRE DE LA THESE EN ANGLAIS :

PSYCHOACTIVE SUBSTANCES AND PREGNANCY, EVALUATION OF CONSUMPTIONS AND QUALITY OF INFORMATION

RESUME DE LA THESE EN ANGLAIS :

During pregnancy, the risks associated with the use of psychoactive substances, particularly alcohol and tobacco, are well established.

"Zero alcohol during pregnancy", "9 months, 0 alcohol, 0 tobacco" ; these are some of the slogans displayed on the walls of maternity wards.

However, psychoactive substances consumption and addictive behaviors remain little and hardly addressed by perinatal professionals.

The various references, symposiums, meetings and federations that have dealt with psychoactive substances and pregnancy, starting with the SFA in 2003, through the national midwives' conference in 2006 and up to the parliamentary amendment of October 3rd 2007, all agree that this is a major public health issue.

In 2011, the Director General of Health had launched a campaign entitled: "alcohol and pregnancy, let's talk about it" which gave rise to another campaign initiated by the MILDT called: "alcohol and pregnancy, how to talk about it".

Pregnancy is a special period in the life of a woman, ..., a couple.

Pregnancy can be an important motivational trigger in the reduction and sometimes the cessation of PASs, but seems to be somewhat insufficient to bring about a real change in the use of PASs by women suffering from addiction.

What addictological care do we offer to women before, during and after childbirth in terms of prevention, early detection and treatment?

This exploratory study proposes to evaluate the evolution of psychoactive substances consumption during pregnancy on the one hand and the quality of information perceived by women on the other hand and the possible link between these two approaches.

KEY WORDS : PSYCHOACTIVE SUBSTANCES – PREGNANCY – ADDICTION – ADDICTIVE BEHAVIORS – PUBLIC HEALTH – ALCOHOL – TOBACCO – PERINATALITY.