



HAL
open science

Repérage des consommations de substances psychoactives chez les femmes enceintes dans les Côtes-d'Armor

Chloé Le Coz

► **To cite this version:**

Chloé Le Coz. Repérage des consommations de substances psychoactives chez les femmes enceintes dans les Côtes-d'Armor. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04296045

HAL Id: dumas-04296045

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04296045v1>

Submitted on 29 Feb 2024

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Année : 2023

Thèse présentée par :

Madame Chloé LE COZ

Née le 25/01/1996 à Paris 13^e

Thèse soutenue publiquement le 9 novembre 2023

Repérage des consommations de substances psychoactives chez les femmes enceintes dans les Côtes-d'Armor

Président M. le Professeur Bernard LE FLOCH

Membres du jury Mme le Professeur Morgane GUILLOU

Mme le Docteur Sandrine BLONDIAU

**UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE
FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST**

Doyens honoraires

FLOCH Hervé (†)
LE MENN Gabriel (†)
SENECAIL Bernard
BOLES Jean-Michel
BIZAIS Yves (†)
DE BRAEKELEER Marc (†)
BERTHOU Christian

Doyenne

COCHENER-LAMARD Béatrice

Professeurs émérites

BOLES Jean-Michel	Réanimation
BOTBOL Michel	Pédopsychiatrie
CENAC Arnaud	Médecine interne
COLLET Michel	Gynécologie obstétrique
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine et santé au travail
FEREC Claude	Génétique
GILARD Martine	Cardiologie
JOUQUAN Jean	Médecine interne
LEFEVRE Christian	Anatomie
LEHN Pierre	Biologie cellulaire
MOTTIER Dominique	Thérapeutique
OZIER Yves	Anesthésiologie-réanimation
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier en surnombre

GOUNY Pierre	Chirurgie vasculaire
---------------------	----------------------

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de Classe Exceptionnelle

BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
BERTHOU Christian	Hématologie
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
BRESSOLLETTE Luc	Médecine vasculaire
COCHENER-LAMARD Béatrice	Ophthalmologie

DELARUE Jacques
DUBRANA Frédéric
FOURNIER Georges
GENTRIC Armelle
HU Weiguo
KERLAN Véronique

Nutrition
Chirurgie orthopédique et traumatologique
Urologie
Gériatrie et biologie du vieillissement
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques

LE MEUR Yannick
LE NEN Dominique
LEROYER Christophe
MANSOURATI Jacques
MARIANOWSKI Rémi
MERVIEL Philippe
MISERY Laurent
NEVEZ Gilles
NONENT Michel
REMY-NERIS Olivier
SALAUN Pierre-Yves
SARAUX Alain
TIMSIT Serge
VALERI Antoine
WALTER Michel

Néphrologie
Chirurgie orthopédique et traumatologique
Pneumologie
Cardiologie
Oto-rhino-laryngologie
Gynécologie obstétrique
Dermato-vénéréologie
Parasitologie et mycologie
Radiologie et imagerie médicale
Médecine physique et réadaptation
Biophysique et médecine nucléaire
Rhumatologie
Neurologie
Urologie
Psychiatrie d'adultes

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1^{ère} Classe – Praticien libéral de 1^{ère} Classe

ABGRAL Ronan
AUBRON Cécile
BEN SALEM Douraied
BEZON Éric
BROCHARD Sylvain
CARRE Jean-Luc
COUTURAUD Francis
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie
DUEYMES Maryvonne
GIROUX-METGES Marie-Agnès
HERY-ARNAUD Geneviève
HUET Olivier
L'HER Erwan
LE RESTE Jean-Yves
LE ROUX Pierre-Yves
MONTIER Tristan
NOUSBAUM Jean-Baptiste
PAYAN Christopher
PRADIER Olivier
SEIZEUR Romuald
STINDEL Éric

Biophysique et médecine nucléaire
Réanimation
Radiologie et imagerie médicale
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Médecine physique et réadaptation
Biochimie et biologie moléculaire
Pneumologie
Rhumatologie
Immunologie
Physiologie
Bactériologie-virologie
Anesthésiologie-réanimation
Réanimation
Médecine générale
Biophysique et médecine nucléaire
Biologie cellulaire
Gastroentérologie
Bactériologie-virologie
Cancérologie
Anatomie
Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2^{ème} Classe - Praticien libéral de 2^{ème} Classe

ANSART Séverine	Maladies infectieuses
BRONSARD Guillaume	Pédopsychiatrie
CORNEC Divi	Rhumatologie
CORNEC-LE GALL Emilie	Néphrologie
DE VRIES Philine	Chirurgie infantile
DIDIER Romain	Cardiologie
GENTRIC Jean-Christophe	Radiologie et imagerie médicale
GUILLOU Morgane	Addictologie
IANOTTO Jean-Christophe	Hématologie
LE BERRE Rozenn	Thérapeutique
LE GAC Gérald	Génétique
LE FLOC'H Bernard	Médecine générale
LE MARECHAL Cédric	Génétique
LE VEN Florent	Cardiologie
LIPPERT Éric	Hématologie
LODDÉ Brice	Médecine et santé au travail
MAGRO Elsa	Neurochirurgie
ROUÉ Jean-Michel	Pédiatrie
SCHICK Ulrike	Cancérologie - Radiothérapie
TALAGAS Matthieu	Histologie, embryologie et cytogénétique
THEREAUX Jérémie	Chirurgie digestive
TROMEUR Cécile	Pneumologie
UGUEN Arnaud	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers Hors Classe

DOUET-GUILBERT Nathalie	
JAMIN Christophe	Génétique Immunologie
MOREL Frédéric	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PLEE-GAUTIER Emmanuelle	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1^{ère} Classe

BERROUIGUET Sofian	Psychiatrie d'adultes
BRENAUT Emilie	Dermato-vénéréologie
HILLION Sophie	Immunologie
LE GAL Solène	Parasitologie et mycologie

PERRIN Aurore	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
QUERELLOU Solène	Biophysique et médecine nucléaire
ROBIN Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
ROPARS Juliette	Pédiatrie
SALIOU Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VALLET Sophie	Bactériologie-virologie

**Maîtres de Conférences des Universités -
Praticiens Hospitaliers de 2^{ème} Classe – Praticiens libéraux de 2^{ème} Classe**

BARAIS Marie	Médecine générale
BEAURUELLE Clémence	Bactériologie virologie
LE MAO Raphaël	Thérapeutique
LETISSIER Hoël	Chirurgie orthopédique et traumatologique
NABBE Patrice	Médecine générale
PONS-BECMEUR Christelle	Médecine physique et réadaptation
POUGNET Richard	Médecine et Santé au travail
QUÉNÉHERVÉ Lucille	Gastroentérologie
THULLIER Philippe	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BAGACEAN Cristina	
DISSAUX Brieg	Hématologie Anatomie
UGUEN Kévin	Génétique

Professeurs des Universités Associés

BARRAINE Pierre	Médecine générale
CHIRON Benoît	Médecine générale
LE MOIGNE Emmanuelle	Médecine interne
METGES Jean-Philippe	Cancérologie
QUERELLOU Emgan	Médecine d'urgence
SUPLY Benoît	Médecine légale

Maîtres de Conférences des Universités Associés

BEURTON-COURAUD Lucas	Médecine générale
DERRIENNIC Jérémy	Médecine générale
FONSECA Jérôme	Médecine générale
GURIEC Nathalie	Nutrition
LAVENNE-COLLOT Nathalie	Pédopsychiatrie
PUSZKAREK Thibault	Médecine générale
VIALA Jeanlin	Médecine générale

Professeur des Universités

	Biologie cellulaire
BORDRON Anne	

Maîtres de Conférences des Universités

BERNARD Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
BRAVERMAN Louis	Sociologie
DANY Antoine	Epidémiologie et santé publique
LE CORNEC Anne-Hélène	Psychologie
LANCIEN Frédéric	Physiologie
LE CORRE Rozenn	Biologie cellulaire
MIGNEN Olivier	Physiologie
MORIN Vincent	Electronique et informatique

Maîtres de Conférences des Universités Contractuels LRU

PHAM Chi-Hieu	Traitement image et signal en imagerie médicale et radiothérapie
SOARES MESQUITA QUEMENER Mirka	Psychologie

Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche

KÉRUZORÉ Marc	Biochimie et biologie moléculaire
----------------------	-----------------------------------

Professeurs Certifiés / Agrégés du second degré

MONOT Alain Français	
RIOU Morgan Anglais	

Professeurs Agrégés du Val-de-Grâce (Ministère des Armées)

COLAS Marie Dominique	Psychiatrie
------------------------------	-------------

Maîtres de Stages Universitaires - Référents (Ministère des Armées)

AUGUSTE Béatrice	Médecine Générale
BOUVAREL Sophie	Médecine Générale
DA SILVA MOINET Virginie	Médecine Générale/Urgences
LE COAT Anne	Médecine Générale / Urgences

Remerciements

Au Professeur Bernard Le Floch, pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury. Merci pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Au Professeur Morgane Guillou, pour m'avoir proposé ce sujet et pour avoir dirigé ce travail de thèse. Merci pour votre accompagnement et vos conseils.

Au Docteur Sandrine Blondiau pour avoir accepté de faire partie de ce jury, mais aussi pour ce semestre passé à tes côtés, pour ton écoute, ta bienveillance et ton engagement exceptionnel auprès de tes patients.

A M. Antoine Dany, statisticien de la faculté de Brest, pour votre aide précieuse.

A mes co-thésards, Cloé, Élodie et Ronan, merci pour votre enthousiasme, votre travail et votre rigueur.

A mes maîtres de stages, les Docteurs Sachiyo Oishi et Christophe Nougaret, pour votre bienveillance et votre implication.

À mes parents, Béatrice et Thierry, pour votre amour inconditionnel, pour votre soutien depuis le début, pour avoir toujours cru en moi.

À mon frère, Hugo, et ma belle-sœur, Loeïza, pour votre écoute et votre présence malgré la distance.

À ma grand-mère, Jacqueline, pour ton soutien et pour avoir suivi de près tout mon parcours.

À mon oncle et ma tante, Christophe et Alexandra, et mes cousins, Louis, Robin et Valentine, pour votre soutien et vos encouragements.

À mes beaux-parents, Françoise et Jean-Yves, pour m'avoir accueillie les bras ouverts.

À mon amie d'enfance, ma sœur, Flora, pour avoir eu la chance de grandir à tes côtés.

À mes amis médecins, Thomas, Mona, Aëla, Laurie, Fanny, Aude, Anaëlle, pour avoir été les rayons de soleil de ces années difficiles. Vos patients auront de la chance de vous avoir.

À ma désormais consœur, le Docteur Annick Le Berre, pour ton soutien et ton écoute toujours bienveillante.

Et enfin à Jean-Baptiste, pour ton amour, ta confiance en nous, et pour nos projets à venir.

Table des matières

Remerciements	7
Table des matières	8
Résumé	10
Abstract	11
Introduction	12
I. Addictions en France : généralités.....	12
A. Définitions.....	12
B. Epidémiologie	12
C. Conséquences.....	12
II. Addictions et grossesse.....	13
A. Impact des conduites addictives pendant la grossesse.....	13
B. Epidémiologie	13
C. Facteurs de risque	14
D. Dépistage	14
III. Le cas de la Bretagne.....	15
A. Epidémiologie	15
B. Conséquences.....	15
C. Particularités du département Côtes d'Armor.....	15
D. Objectif de l'étude	15
Matériel et méthode	16
I. Description de l'étude	16
II. Population cible	16
III. Auto-questionnaire	16
IV. Recueil des données.....	17
V. Traitement des données	17
VI. Aspects médicaux légaux.....	17

Résultats	18
I. Caractéristiques socio-économiques	18
II. Grossesse	22
III. Santé.....	26
IV. Soutien social.....	27
V. Consommations	28
A. Tabac	28
B. Alcool.....	30
C. Stupéfiants.....	34
D. Médicaments psychotropes	36
E. Polyconsommation.....	37
VI. Suivi des consommations.....	38
Discussion	39
I. Forces et limites de l'étude	39
A. Forces de l'étude	39
B. Limites de l'étude.....	39
II. Comparaison avec les données de la littérature	41
A. Santé psychosociale	41
B. Consommation de substances psychoactives.....	41
C. Suivi en addictologie	
III. Perspectives.....	43
Bibliographie	44
Annexes	48
I. Auto-questionnaire	48
II. Support de diffusion.....	62
Liste des abréviations	63
Serment d'Hippocrate	64

Résumé

Introduction :

La consommation de substances psychoactives est un réel problème de santé publique, notamment en région Bretagne. Elle est particulièrement à risque pendant la grossesse, cependant l'abstinence n'est pas systématiquement appliquée par les femmes enceintes. Cette étude avait pour objectif de réaliser un état des lieux des consommations de substances psychoactives chez les femmes enceintes en Bretagne, et plus particulièrement dans ce travail, dans le département des Côtes-d'Armor.

Méthode : Nous avons construit un auto-questionnaire à destination des femmes enceintes bretonnes afin d'évaluer leur consommation. Son remplissage, strictement anonyme, était proposé par les professionnels de santé en consultation de suivi de grossesse. Les données ainsi recueillies pendant 3 mois nous ont permis de réaliser une analyse descriptive.

Résultats : 61 femmes enceintes vivant dans les Côtes-d'Armor ont été incluses dans l'étude. Nous avons constaté que 44% d'entre elles maintenaient une consommation de tabac pendant leur grossesse, 4% maintenaient une consommation d'alcool, 6% maintenaient une consommation de substances illicites et 20% maintenaient une consommation de médicaments psychotropes. La santé de l'enfant à naître était le facteur principal motivant l'arrêt de l'ensemble des substances étudiées.

Discussion : Ce travail est un premier état des lieux des consommations de substances psychoactives chez les femmes enceintes dans les Côtes-d'Armor. Si les messages de prévention semblent avoir été intégrés par la majorité des femmes de l'échantillon, un nombre non négligeable de femmes enceintes maintiennent leur consommation, notamment de tabac. Il apparaît crucial de poursuivre les campagnes de prévention, mais aussi de mieux former les professionnels de santé au dépistage et à l'accompagnement en addictologie.

Abstract

Introduction : Substance use is a real public health issue, especially in Brittany. It is particularly risky during pregnancy, however abstinence is not systematically applied by pregnant women. The aim of this study was to carry out an inventory of substance use among pregnant women in Brittany, and more particularly in this work, in the Côtes-d'Armor department.

Methods : We built a self-questionnaire for pregnant Breton women in order to assess their consumption. Its completion, strictly anonymous, was suggested by health professionals during pregnancy follow-up consultations. The data thus collected for 3 months allowed us to carry out a descriptive analysis.

Results : 61 pregnant women living in the Côtes-d'Armor department were included in the study. We found that 44% of them maintained tobacco consumption during their pregnancy, 4% maintained alcohol consumption, 6% maintained illicit substances consumption and 20% maintained psychotropic medications consumption. The health of the unborn child was the main motivating factor for cessation of all the substances studied.

Discussion : This work is a first inventory of substance use among pregnant women in the Côtes-d'Armor department. Although the prevention messages seem to have been integrated by the majority in the sample, a significant number of pregnant women maintain their consumption, especially for tobacco. It appears crucial to pursue prevention campaigns, but also to improve health professionals training in addiction detection and support.

INTRODUCTION

I. Addictions en France : généralités

A. Définitions

D'étymologie latine, la racine du mot « addiction » désignait dans l'Antiquité le lien qui unissait l'esclave à son maître. Le sens de ce mot a évolué à travers les âges, en gardant toutefois cette notion d'asservissement (1). De nos jours, il est utilisé comme un terme scientifique. En effet, les addictions sont désormais considérées comme « des pathologies cérébrales définies par une dépendance à une substance ou une activité, avec des conséquences délétères » (2). On parle de substances licites (tabac, alcool, médicaments psychotropes) et illicites (cannabis, cocaïne, héroïne...etc). Dans les addictions comportementales, ou addiction « sans produit », l'objet est le comportement lui-même : on peut par exemple citer l'addiction sexuelle, aux jeux d'argent ou encore à l'activité physique.

B. Épidémiologie

En France, l'addiction à des substances est principalement représentée par la dépendance à l'alcool et au tabac, puis dans une moindre mesure, aux stupéfiants, avec en tête le cannabis. Pour l'année 2022, on estime que parmi les français de 11 à 75 ans, 9 millions consomment de l'alcool régulièrement dont 5 millions quotidiennement, 12 millions fument quotidiennement, et 1,3 millions consomment régulièrement du cannabis (3). Par ailleurs, la France compte parmi les pays les plus consommateurs de médicaments psychotropes en Europe. En 2010, 35,1% des 18-85 ans déclaraient en avoir expérimenté l'usage, avec en tête les anxiolytiques, suivi des hypnotiques et des antidépresseurs (4).

C. Conséquences

Les conséquences de ces consommations sur la morbi-mortalité des usagers sont majeures : en 2015 environ 41000 décès étaient attribuables à l'alcool (5) et 75000 au tabac (6). Le tabagisme est ainsi responsable de la majorité des cancers, et reste la première cause de décès évitable (7). L'impact psychosocial des addictions est également non négligeable, car elles sont sources de précarité, de délinquance, de marginalisation et d'isolement. Par ailleurs, le coût social des drogues légales et illégales en France, c'est-à-dire le coût monétaire des conséquences de ces consommations, s'élevait en 2010 à 120 milliards d'euros pour l'alcool comme pour le tabac, et 8,7 milliards d'euros pour les drogues illicites (8).

II. Addictions et grossesse

A. Impact des conduites addictives pendant la grossesse

L'impact de ces consommations est particulièrement important lors de la grossesse. Le tabagisme durant cette période augmente notamment le risque de fausses couches spontanées, de malformations fœtales, de prématurité, de mort fœtale in utero (9). Dans le cas de l'alcool, on retrouve un ensemble de troubles physiques et psychiques formant le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF). C'est la forme la plus sévère des conséquences de la consommation d'alcool pendant la grossesse, et la première cause de handicap mental d'origine non génétique chez l'enfant (10). Son incidence est difficile à évaluer, du fait de la disparité des manifestations possibles, mais aussi du manque de formation de professionnels de santé. Il affecterait une naissance sur 1000 en France, avec d'importantes disparités régionales (0,85‰ pour la France entière, 1,29‰ pour le Nord-Pas-de-Calais-Picardie, 0,95‰ en Bretagne) (11). Les effets du cannabis pendant la grossesse ont moins été étudiés, cependant on retrouve une association claire entre sa consommation et un risque de prématurité, d'anomalies congénitales et de mortalité à la naissance (12). Dans l'enfance et à l'adolescence, les risques de troubles du comportement et des apprentissages, de syndrome anxio-dépressif, de délinquance, de consommation précoce de substances addictives, sont également majorés (13). L'impact des traitements psychotropes est très variable selon les classes médicamenteuses. Le lithium, thymorégulateur employé dans le cadre du trouble bipolaire, ne doit pas être utilisé au cours du premier trimestre car il est susceptible d'entraîner des malformations congénitales, notamment cardiaques (14). A l'inverse, il est communément admis que les antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ou de la sérotonine et de la noradrénaline peuvent être maintenus pendant la grossesse (15), l'innocuité fœtale ayant été démontrée dans la grande majorité des études (16).

B. Épidémiologie

Les autorités de santé et les campagnes de prévention recommandent donc vivement l'absence totale de consommation d'alcool, de tabac, de cannabis dès le début de la grossesse, voire même de l'arrêt de la contraception (17). Une étude menée au sein de la maternité du CHU de Nantes en 2010 a permis de montrer que parmi les femmes enceintes interrogées au-delà du premier trimestre, 38% d'entre elles ont déclaré avoir consommé au moins une substance psychoactive durant leur grossesse, 22% avoir consommé du tabac, 20% de l'alcool et 3% du cannabis (18).

C. Facteurs de risques

La grossesse donne lieu à de nombreux bouleversements physiques et psychiques chez la femme, pouvant amener à une fragilité sur le plan psychologique. Au Royaume-Uni, jusqu'à 20% des femmes enceintes seraient susceptibles de développer un trouble lié à la santé mentale pendant la grossesse ou la première année du post-partum (19). Par ailleurs, les consommations de médicaments psychotropes en population générale sont nettement supérieures chez les femmes (4). Les femmes, et de surcroît les femmes enceintes, semblent donc constituer une population particulièrement à risque de mésusage de ces traitements. Il apparaît également crucial de repérer un éventuel isolement social car il a été démontré que le risque de dépression, d'anxiété et d'automutilation pendant la grossesse est significativement corrélé au manque de soutien social (20). La situation socio-économique est également liée au risque addictif chez la femme enceinte : les femmes à risque de consommer du tabac pendant la grossesse ont un statut socio-économique plus précaire, contrairement à celles consommant de l'alcool, qui ont plus souvent un statut socio-économique élevé (poste de cadre, revenus importants) (21).

D. Dépistage

Si ces recommandations sont bien connues par les professionnels de santé, beaucoup se sentent démunis voire mal-à-l'aise au moment de conseiller des femmes enceintes sujettes à ces consommations (22,23). Les auto-questionnaires se sont révélés plus efficaces que l'interrogatoire médical pour dépister les situations à risque médico-psycho-social, incluant les consommations de substances psychoactives (24). Cette méthode de recueil des données permet d'obtenir un taux de participation élevé, notamment dans le cadre du dépistage des consommations d'alcool et de tabac chez les femmes enceintes (25,26).

III. Le cas de la Bretagne

A. Épidémiologie

La consommation de substances psychoactives, particulièrement d'alcool et de tabac, est un problème majeur de santé publique en région Bretagne.

En 2017, si la consommation quotidienne d'alcool des bretons de 18 à 75 ans était comparable à la moyenne nationale, leur consommation hebdomadaire était supérieure à la moyenne des autres régions. La région Bretagne était la seule région ayant une prévalence des alcoolisations ponctuelles importantes (API) mensuelles supérieure à la moyenne. L'expérimentation de l'alcool était également plus précoce en Bretagne (93,7 % des jeunes de 17 ans contre 85,7 % au niveau national) (27).

En 2017, la prévalence des fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans en Bretagne était comparable à la moyenne nationale. Cependant, en 2016, 28,1% des femmes enceintes bretonnes déclaraient consommer du tabac pendant leur dernier trimestre de grossesse, contre 16,2% au niveau national (28).

B. Conséquences

En 2017, les taux régionaux de passages aux urgences liés à l'alcool étaient les plus élevés de France métropolitaine. Les taux régionaux standardisés de mortalité par les principales pathologies directement liées à l'alcool étaient plus de 20 % supérieurs à ceux des autres régions, pour les hommes comme pour les femmes (27). D'après l'association SAF France, environ 621 bébés atteints d'un trouble causé par l'alcoolisation fœtale naissent chaque année en Bretagne.

C. Particularités du département Côtes-d'Armor

Le département des Côtes-d'Armor, département le plus rural de Bretagne (29), est particulièrement concerné par les questions de santé mentale. Le taux de mortalité par suicide y est le plus élevé de France (30). Concernant les conduites addictives, entre 2010 et 2012, le taux standardisé de mortalité prématurée évitable chez les hommes dans les Côtes-d'Armor (139 pour 100000 habitants), était non seulement significativement supérieur au taux national (95 pour 100000), mais également le plus important de Bretagne (31).

D. Objectif de l'étude

L'objectif de ce travail est de réaliser un état des lieux des consommations addictives chez les femmes enceintes dans le département des Côtes-d'Armor. Cette étude permettra d'en avoir une meilleure estimation, de mieux comprendre leurs facteurs favorisants, pour améliorer leur repérage par les professionnels de santé et adapter les mesures de prévention.

MATERIEL ET METHODE

I. Description de l'étude

Ce travail se base sur une étude descriptive, transversale et multicentrique, menée par quatre internes en médecine générale de novembre à février 2022 en région Bretagne. Cette étude a permis l'élaboration de quatre travaux de thèse, chaque interne ayant travaillé avec un département breton. Dans un premier temps, elle a consisté en l'élaboration d'un auto-questionnaire à destination des patientes, puis à sa diffusion dans les maternités et auprès des personnels médicaux libéraux (gynécologues, sages-femmes, médecins généralistes).

II. Population cible

La population cible était les femmes en cours de grossesse, indépendamment du stade, et majeures. Les femmes mineures et celles concernées par une mesure de protection juridique (tutelle, curatelle) étaient exclues.

III. Auto-questionnaire

L'auto-questionnaire débutait par une introduction rappelant l'objectif de l'étude, et le caractère strictement anonyme des réponses. Les patientes étaient ensuite interrogées sur leur situation personnelle et familiale. La suite de l'auto-questionnaire a été bâtie sur le modèle du questionnaire du GEGA (Groupe d'Etude Grossesse et Addiction), utilisé en pratique courante chez les femmes enceintes pour le repérage des conduites addictives pendant la grossesse. Il a été décidé de développer les questions sur l'aspect psycho-social, en insistant notamment sur le repérage de symptômes anxio-dépressifs, mais également de troubles du comportement alimentaire (TCA) à l'aide du questionnaire SCOFF. Les patientes étaient ensuite interrogées sur leur grossesse actuelle, et précédentes s'il y avait lieu. La suite du questionnaire s'attachait à recueillir leurs habitudes de consommation de tabac, d'alcool, de stupéfiants et de médicaments psychotropes. Les outils suivants, déjà existants et validés, ont été ajoutés afin d'élargir et de préciser le repérage : le test de Fagerström simplifié (évaluation du niveau de dépendance à la nicotine), le questionnaire DETA et les nouveaux repères de consommation d'alcool (évaluation du niveau de dépendance à l'alcool) et le questionnaire CAST (repérage du mésusage du cannabis). Les patientes ont également été interrogées sur les habitudes de consommation de substances psychoactives, hors médicaments psychotropes, de leurs conjoints. La dernière partie du questionnaire concernait la mise en place éventuelle d'un suivi en addictologie.

IV. Recueil des données

La période précédant l'étude a permis la prise de contact avec les maternités bretonnes afin de présenter le projet aux futurs intervenants, notamment à l'aide du Réseau Périnatalité Bretagne. Dans le département des Côtes-d'Armor, les maternités des hôpitaux de Saint-Brieuc, Lannion, Guingamp et Dinan ont accepté d'y participer. Il a été décidé en cours d'étude d'étendre la diffusion aux professionnels de santé libéraux, en communiquant notamment via l'Ordre des médecins des Côtes-d'Armor, afin d'obtenir un plus grand nombre de réponses.

La diffusion du questionnaire s'est déroulée du 14 novembre 2022 au 14 février 2023, incluant ainsi les défis annuels de réduction des consommations : le mois de novembre correspondant au « Mois sans tabac », et le mois de janvier au « Dry January » (mois sans alcool). Lors de leurs consultations de suivi de grossesse, les professionnels de santé, médecins (généralistes ou spécialistes) et sages-femmes proposaient aux patientes de participer à l'étude. Le cas échéant, un flyer leur était remis sur lequel figurait un QR-code permettant d'accéder au questionnaire en ligne via la plateforme « Lime Survey ». En parallèle, une version papier du questionnaire était systématiquement mise à disposition des professionnels de santé, pour parer à d'éventuelles difficultés d'usage du numérique de la part des patientes. Le remplissage du questionnaire durait environ 20 minutes.

V. Traitement des données

L'ensemble des données a été exporté de la plateforme Lime Survey via des feuilles de calculs. Elles ont ensuite été transmises à M. Antoine Dany, statisticien à la faculté de médecine, qui a effectué un premier traitement des données. Seuls les questionnaires complets, c'est-à-dire remplis jusqu'à la dernière page, étaient inclus dans l'étude.

VI. Aspects médicaux-légaux

Le protocole de l'étude a obtenu l'avis favorable écrit du Comité Ethique Soins Premiers de l'Université de Bretagne Occidentale le 23 juin 2022. Cette étude n'a pas reçu de financement.

RESULTATS

Au niveau régional, 438 réponses au questionnaire ont été recueillies, dont 298 réponses complètes. Pour les Côtes-d'Armor, 61 réponses complètes ont été recensées. Devant l'absence de critères d'exclusion, elles ont pu être exploitées en totalité.

I. Caractéristiques socio-économiques

La première partie du questionnaire avait pour but de recueillir des données démographiques, économiques et sociales sur les femmes enceintes participant à l'étude.

	Effectif	Pourcentage
Age (n=61)		
18-20 ans	4	6,56%
21-30 ans	30	49,18%
31-40 ans	26	42,62%
>40 ans	1	1,64%
Structure de suivi (n=61)		
CH St Brieuc	31	50,82%
CH Guingamp	2	3,28%
CH Dinan	6	9,84%
CH Lannion	12	19,67%
CH Pontivy	5	8,2%
CH Saint-Malo	4	6,56%
CHU Morvan Brest	1	1,64%
Lieu de naissance (n=61)		
France	61	100%
Autre pays d'Europe	0	0%
Afrique	0	0%
Amérique	0	0%
Asie	0	0%
Océanie	0	0%

Vie en couple (n=61)		
Non	2	3,28%
Oui, avec une personne ne vivant pas dans le même logement	3	4,92%
Oui, avec une personne vivant dans le même logement	56	91,8%
Parité (n=61)		
Pas d'enfant	33	54,1%
Au moins un enfant	28	45,9%
Nombre d'enfants (n=28)		
1	14	50%
2	12	42,86%
3	2	7,14%
Enfants vivants au foyer (n=28)		
Oui	28	100%
Non	0	0%
Lieu de vie (n=60)		
Dans un logement personnel	57	95%
Dans votre famille ou chez des amis	3	5%
Dans un foyer d'accueil, à l'hôtel	0	0%
Dans un autre lieu	0	0%
Niveau d'études (n=61)		
Jamais scolarisée	0	0%
Niveau primaire	0	0%
Niveau collège	2	3,28%

Enseignement professionnel court	6	9,84%
Niveau lycée, général	3	4,92%
Niveau lycée, professionnel	11	18,03%
Niveau lycée, technologique	4	6,56%
Niveau baccalauréat + 1 ou 2 ans	14	22,95%
Niveau baccalauréat + 3 ou 4 ans	11	18,03%
Niveau baccalauréat + 5 ans ou plus	10	16,39%
Situation professionnelle (n=61)		
Salariée ou stagiaire rémunérée	36	59,02%
Travailleuse indépendante ou à votre compte	5	8,2%
Aide d'une personne dans son travail sans être rémunérée	0	0%
Au chômage, demandeuse d'emploi ou à la recherche d'un emploi	14	22,95%
Etudiante ou élève	0	0%
Femme au foyer	5	8,2%
Autre situation : intérimaire	1	1,64%
Situation professionnelle conjoint (n=60)		
Salarié-e ou stagiaire rémunéré-e	45	75%
Travailleur-euse indépendant-e ou à votre compte	8	13,33%
Aide d'une personne dans son travail sans être rémunérée	0	0%
Au chômage, demandeur-euse d'emploi ou à la recherche d'un emploi	4	6,67%
Etudiant-e ou élève	0	0%
Femme/homme au foyer	0	0%
Autre situation : intérimaire	1	1,67%
Autre situation : intermittent du spectacle	1	1,67%

Sources de revenus du ménage		
(n=61)		
Salaire ou activité	55	90,16%
Allocation chômage	10	16,39%
RSA	3	4,92%
Autres ressources	3	4,92%
Revenu mensuel net du ménage		
(n=61)		
Moins de 500€	0	0%
Moins de 1000€	4	6,56%
Moins de 1500€	5	8,2%
Moins de 2000€	6	9,84%
Moins de 3000€	17	29,87%
Moins de 4000€	15	24,59%
4000€ ou plus	14	22,95%
Couverture sociale (n=61)		
Sécurité sociale	56	91,8%
Complémentaire santé solidaire	4	6,56%
AME	0	0%
Aucune couverture sociale	1	1,64%

Tableau 1 : caractéristiques socio-économiques de la population

Dans la population étudiée, l'âge moyen était de 29,5 ans. Les femmes interrogées étaient majoritairement en couple et la moitié d'entre elles avaient déjà au moins un enfant. Au niveau professionnel, on retrouve une population majoritairement active et salariée. Le niveau socio-économique était moyen, avec un revenu supérieur à 3000€ pour 47,54% des foyers.

II. Grossesse

Dans la seconde partie du questionnaire, les femmes répondaient à des questions sur leur grossesse actuelle (programmation, pathologies associées, suivi), sur l'existence éventuelle de grossesses antérieures et leur déroulement le cas échéant.

	Effectif	Pourcentage
Gestité (n=61)		
Primigeste	31	50,82%
Multigeste	30	49,18%
Antécédent d'IVG (n=30)		
Oui	7	23,33%
Non	23	76,67%
Antécédent de FC ou d'IMG (n=30)		
Oui	11	36,67%
Non	19	63,33%
Antécédents de pathologie obstétricale (n=30)		
Aucun	20	66,67%
MAP	1	3,33%
Placenta praevia	0	0%
Diabète gestationnel	4	13,33%
HTA gravidique	2	6,67%
Anomalie de poids foetal	2	6,67%
Pré-éclampsie/Eclampsie	1	3,33%
Dépression sévère du post-partum	0	0%
Prématurité	1	3,33%
Malformation congénitale	1	3,33%

Autre	1	3,33%
Trimestre de grossesse (n=61)		
Premier	6	9,84%
Deuxième	21	34,43%
Troisième	34	75,74%
Grossesse programmée (n=61)		
Oui	42	68,85%
Non	19	31,15%
Délai de conception (n=42)		
Moins d'un mois	11	26,19%
Moins de six mois	19	45,24%
Moins de douze mois	6	14,29%
Plus de douze mois	6	14,29%
PMA (n=42)		
Oui	2	4,76%
Non	40	95,24%
Pathologie obstétricale : grossesse actuelle (n=61)		
Aucune	47	77,05%
MAP	4	6,56%
Placenta praevia	0	0%
Diabète gestationnel	4	6,56%

HTA gravidique	2	3,28%
Anomalie de poids fœtal	6	9,84%
Malformation congénitale	0	0%
Autre	2	3,28%
Suivi prénatal (n=61)		
Oui	59	96,72%
Non	2	3,28%
Professionnel suivant la grossesse (n=61)		
Médecin généraliste	2	3,28%
Sage-femme	50	81,97%
Gynécologue	15	24,59%
Pédiatre	0	0%
Echographie(s) prénatale(s) effectuée(s) (n=61)		
Oui	60	98,36%
Non	1	1,64%
Entretien du 4^{ème} mois effectué (n=61)		
Oui	35	42,62%
Non	26	57,38%
Entretien du 4^{ème} mois programmé (n=25)		
Oui	6	24%
Non	19	76%

Orientation suite à l'entretien du 4 ^{ème} mois (n=35)		
Oui	12	24,29%
Non	23	65,71%

Tableau 2 : antécédents obstétricaux et grossesse actuelle

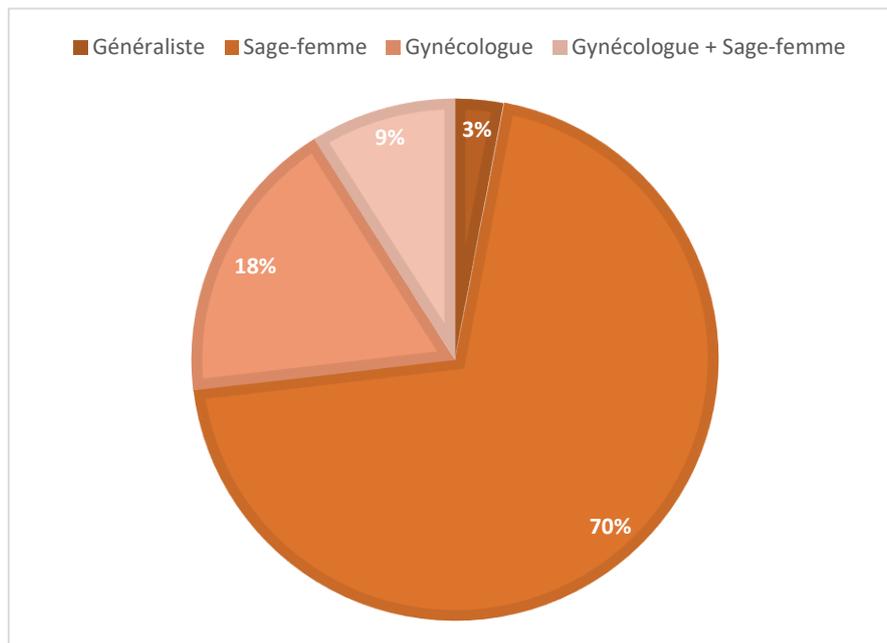


Figure 1 : Professionnel(s) de santé réalisant le suivi de grossesse

Les trois quarts des femmes interrogées ont rempli l'auto-questionnaire durant leur dernier trimestre de grossesse. Les grossesses étudiées étaient majoritairement programmées, physiologiques et suivies par des sages-femmes. Pour la moitié des femmes interrogées, la grossesse actuelle était la première. Parmi les multigestes, 23,33% déclaraient un antécédent d'interruption volontaire de grossesse (IVG), et 36,67% un antécédent de fausse couche ou d'interruption médicale de grossesse (IMG). Près d'un tiers des femmes interrogées (31,15%) n'avaient pas bénéficié d'entretien du 4^{ème} mois et n'avaient pas de rendez-vous prévu à ce sujet, ces patientes étant pourtant au 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre de grossesse.

III. Santé

La partie suivante du questionnaire s'attachait à estimer l'état de santé des femmes interrogées avant leur grossesse actuelle, particulièrement sur le plan psychosocial.

	Effectif	Pourcentage
Comorbidités antérieures à la grossesse (n=61)		
Aucune	53	86,89%
Endocrinopathie	2	3,28%
Trouble cardio-vasculaire	0	0%
Trouble respiratoire	2	3,28%
Trouble neurologique	1	1,64%
Syndrome dépressif, troubles bipolaires, troubles anxieux	0	0%
Schizophrénie, trouble schizo-affectif, troubles délirant	0	0%
Handicap physique	0	0%
Autre	5	8,2%
Dépistage dépression (n=61)		
Positif	1	1,64%
Négatif	60	98,36%
Dépistage anxiété (n=60)		
Positif	2	3,33%
Négatif	58	96,67%
Dépistage troubles alimentaires pré-partum : autoquestionnaire SCOFF (n=60)		

Positif	10	16,67%
Négatif	50	83,33%
Antécédents de violences		
(n=60)		
Oui	22	36,67%
Non	38	63,33%

Tableau 3 : antécédents médicaux et santé psychique

La grande majorité des femmes interrogées ne déclaraient pas de pathologie antérieure à la grossesse. Aucune n'estimait être concernée par un trouble psychiatrique. Cependant, les outils de dépistage inclus dans les questions montrent que trois d'entre elles présentaient des symptômes d'anxiété ou de dépression. Par ailleurs, 16,67% des femmes interrogées ont présenté des symptômes de troubles alimentaires avant leur grossesse. Plus d'un tiers d'entre elles déclaraient avoir été victime de violences.

IV. Soutien social

L'ensemble des femmes interrogées déclarait pouvoir compter sur au moins une personne de leur entourage et la grande majorité d'entre elle se sentait en sécurité dans son environnement familial.

V. Consommations

La suite du questionnaire concernait les habitudes de consommations des femmes interrogées, et sur celles de leur partenaire s'il y avait lieu.

A. Tabac

	Effectif	Pourcentage
Consommation avant grossesse (n=61)		
Oui	27	44,26%
Non	34	55,74%
Modification de la consommation (n=57)		
Maintien abstinence	30	52,63%
Arrêt	15	26,32%
Diminution	9	15,79%
Inchangée	2	3,51%
Augmentation	1	1,75%
Motivation arrêt/diminution (n=24)		
Encouragement de l'entourage	3	12,5%
Préoccupation pour le bébé	24	100%
Préoccupation pour sa santé	11	45,83%
Accueil d'un nouveau-né	8	33,33%
Financière	3	12,5%
Libération de la dépendance	3	12,5%
Esthétisme	1	4,17%
Autre	0	0%

Intérêt maintien (n=3)		
Diminution de l'anxiété	3	100%
Stimulant	1	33,33%
Plaisir	2	66,67%
Lutte contre l'ennui	1	33,33%
Lien social	0	0%
Contrôle de l'appétit	1	33,33%
Autre	0	0%
Type de cigarettes (n=12)		
Manufacturées	9	75%
Roulées	4	33,33%
Electroniques	1	8,33%
Connaissance de l'impact de la consommation sur le bébé (n=12)		
Oui	12	100%
Non	0	0%
Consommation conjoint (n=60)		
Oui	24	40%
Non	36	60%
Dépistage d'une dépendance importante : test de Fagerström positif (n=11)		
Oui	0	0%
Non	11	100%

Tableau 4 : consommation de tabac

Dans cette étude, 44,26% des femmes interrogées ont déclaré une consommation de tabac antérieure à la grossesse. Le test de Fagerström simplifié n'a dépisté une dépendance importante au tabac chez aucune d'entre elles. L'arrêt total du tabac a concerné 55,6% d'entre elles, donc 44,4% ont maintenu leur tabagisme pendant la grossesse, avec néanmoins une tendance nette à la diminution. Parmi ces dernières, 100% disaient connaître l'impact de leur tabagisme sur la santé du bébé à naître. Les facteurs motivationnels ayant conduit à l'arrêt ou à la diminution de la consommation de tabac étaient principalement liés à la préoccupation pour la santé du bébé et à son accueil dans de bonnes conditions, ainsi qu'à l'amélioration de leur propre santé.

B. Alcool

	Effectif	Pourcentage
Consommation avant grossesse (n=61)		
Oui	46	75,41%
Non	15	24,59%
Consommation >2 verres par jour (n=46)		
Oui	1	2,17%
Non	45	97,83%
Consommation ≥10 verres par semaine (n=46)		
Oui	3	6,52%
Non	43	93,48%
Au moins 2 jours d'abstinence par semaine (n=46)		
Oui	43	93,48%

Non	3	6,52%
Modification de la consommation (n=60)		
Maintien abstinence	14	23,33%
Arrêt	44	73,33%
Diminution	1	1,67%
Inchangée	1	1,67%
Augmentation	0	0%
Motivation arrêt/diminution (n=43)		
Encouragement de l'entourage	3	6,98%
Préoccupation pour le bébé	38	88,37%
Préoccupation pour sa santé	11	25,58%
Accueil d'un nouveau-né	16	37,21%
Financière	0	0%
Libération de la dépendance	0	0%
Autre	3	4,92%
Intérêt maintien (n=2)		
Diminution de l'anxiété	0	0%
Plaisir	1	50%
Moins penser	0	0%
Convivialité	0	0%
Euphorisant	0	0%
Sommeil	0	0%
Détente	0	0%
Autre	0	0%

Impact de la consommation sur le bébé (n=3)		
Oui	0	0%
Non	3	100%
Usage abusif de l'alcool : questionnaire DETA positif (n=46)		
Oui	0	0%
Non	46	100%
Consommation conjoint (n=60)		
Oui	36	60%
Non	21	40%
Consommation conjoint : fréquence (n=36)		
Mensuelle	14	38,89%
Hebdomadaire	21	58,33%
Quotidienne	1	2,78%
Consommation conjoint : nombre de verres par jour (n=1)		
1	1	100%
2 ou plus	0	0%

Consommation conjoint :		
nombre de verres par		
semaine (n=22)		
1 à 9 verres	21	95,45%
10 verres ou plus	1	4,55%
Consommation conjoint :		
nombre de jours		
d'abstinence (n=21)		
1 jour	2	9,52%
2 jours ou plus	19	90,48%

Tableau 5 : consommation d'alcool

Dans le cas de l'alcool, 75,41% des femmes interrogées étaient concernées par une consommation avant la grossesse. En ce qui concerne les nouveaux repères de consommation, 97,83% disait ne pas dépasser 2 verres par jour, 93,48% ne pas dépasser 10 verres par semaines et 93,48% respecter au moins 2 jours d'abstinence par semaine. Au moins un de ces repères était dépassé chez 7 soit 15,22% des femmes consommatrices. Par ailleurs, le questionnaire DETA n'a décelé de consommation à risque chez aucune d'entre elles. Parmi les patientes consommatrices d'alcool, 95,65% ont arrêté leur consommation pendant la grossesse. Cependant, 2 patientes ont déclaré avoir maintenu une consommation d'alcool pendant la grossesse, l'une de manière inchangée et l'autre en diminuant sa consommation. Ces patientes n'estimaient pas que cette consommation puisse avoir un impact sur le futur bébé. Comme dans le cas du tabac, c'est la préoccupation pour la santé, à la fois celle du bébé et la leur, qui a motivé les patientes à cesser ou à diminuer leur consommation d'alcool.

C. Stupéfiants

	Effectif	Pourcentage
Expérimentation		
substances		
Illicites (n=61)		
Aucune	44	72,13%
Cannabis	16	26,23%
Ecstasy	4	6,56%
Cocaïne	4	6,56%
Héroïne	1	1,64%
Méthamphétamines	3	4,92%
Crack	1	1,64%
LSD	4	6,56%
Modification		
consommation (n=16)		
Arrêt	15	93,75%
Diminution	1	6,25%
Inchangée	0	0%
Augmentation	0	0%
Motivation		
arrêt/diminution (n=16)		
Encouragement de		
l'entourage	1	6,25%
Préoccupation pour le bébé	9	56,25%
Préoccupation pour la santé	7	43,75%
Accueil d'un nouveau-né	5	31,25%
Financière	4	25%
Libération d'une		
dépendance	0	0%

Autre	6	9,84%
Consommation conjoint (n=61)		
Aucune	53	86,89%
Cannabis	6	9,84%
Ecstasy	1	1,64%
Cocaïne	1	1,64%
Héroïne	0	0%
Méthamphétamines	1	1,64%
Crack	1	1,64%
LSD	1	1,64%
Dépistage consommation cannabis problématique : questionnaire CAST positif (n=14)		
Oui	5	35,71%
Non	9	64,29%

Tableau 6 : consommation de stupéfiants

L'expérimentation d'au moins une substance illicite concernait 17 femmes soit 27,87% des femmes interrogées, le cannabis étant largement majoritaire. Le questionnaire CAST retrouvait un usage problématique du cannabis chez 5 d'entre elles. L'abstinence pendant la grossesse était appliquée dans la grande majorité des cas, sauf pour une patiente qui déclarait une diminution de sa consommation de cannabis, qui n'était par ailleurs pas considérée comme problématique par le questionnaire CAST. Les facteurs motivationnels pour l'arrêt ou la diminution des consommations de substances illicites étaient superposables à ceux concernant le tabac et l'alcool.

D. Médicaments psychotropes

	Effectif	Pourcentage
Expérimentation médicaments psychotropes (n=61)		
Aucun	50	81,97%
Anxiolytique	6	9,84%
Antidépresseur	3	4,92%
Somnifère	3	4,92%
Méthadone/Subutex	0	0%
Opioïdes	5	8,2%
Modification consommation (n=10)		
Arrêt	8	80%
Diminution	1	10%
Inchangée	1	10%
Début d'une consommation	0	0%
Augmentation	0	0%
Motivation diminution/arrêt (n=9)		
Encouragement entourage	0	0%
Préoccupation pour le bébé	5	55,56%
Préoccupation pour sa santé	2	22,22%
Accueil d'un nouveau-né	0	0%
Financière	0	0%
Libération d'une dépendance	0	0%
Autre	4	6,56%

Tableau 7 : consommation de médicaments psychotropes

Cette partie du questionnaire avait pour but de recenser les types de traitements psychotropes ayant déjà été prescrits aux femmes interrogées au cours de leur vie. La moitié d'entre elles a déclaré n'avoir jamais consommé de médicaments psychotropes. Parmi les psychotropes expérimentés, les anxiolytiques arrivaient en tête, devant les opioïdes puis les antidépresseurs et les somnifères. Parmi les patientes consommant l'un de ces traitements avant la grossesse, 2 patientes soit 20% ont maintenu leur consommation. Aucune consommation n'a débuté pendant la grossesse.

E. Polyconsommation

Le croisement de ces données a permis d'objectiver la présence d'une polyconsommation pendant la grossesse chez 2 patientes, l'une consommant à la fois du tabac et du cannabis, l'autre du tabac et de l'alcool.

VI. Suivi des consommations

La dernière partie du questionnaire s'intéressait au suivi en addictologie des femmes interrogées. Elle s'attachait notamment à déterminer si un suivi leur avait été proposé, s'il avait été effectué et par quel professionnel de santé le cas échéant.

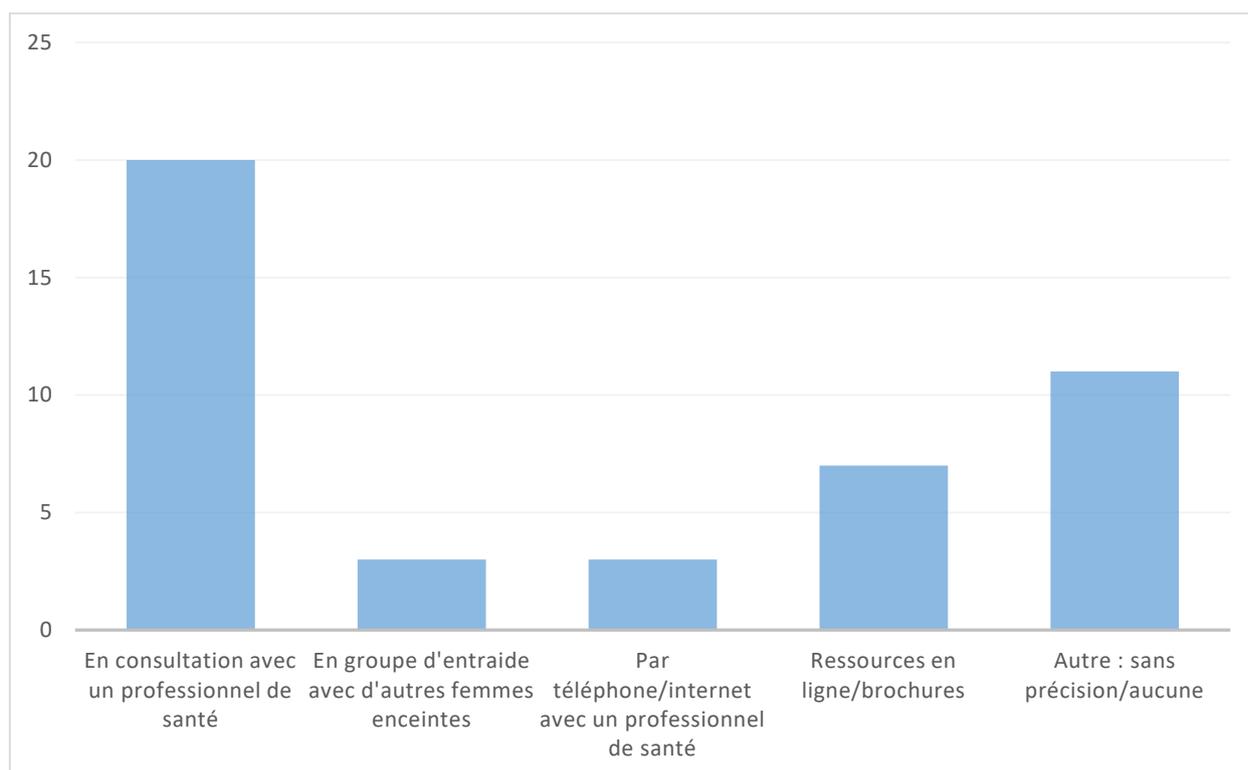


Figure 2 : voie d'abord des consommations à privilégier

Un suivi des consommations a été proposé à 9 patientes : 5 patientes en ont bénéficié, 4 avec une sage-femme et une avec un psychiatre. Aucune patiente ne déclarait être intéressée par une consultation en addictologie. Selon les femmes interrogées, la façon la plus simple d'aborder leurs consommations reste la discussion en consultation avec un professionnel de santé.

DISCUSSION

I. Forces et limites de l'étude

A. Forces de l'étude

A notre connaissance, cette étude a été la première à faire un état des lieux des habitudes de consommation de substances psychoactives chez les femmes enceintes en région Bretagne, et *a fortiori* dans les Côtes-d'Armor. Cette étude, prospective et transversale, était également multicentrique, la grande majorité des maternités du département ayant accepté d'y participer. Elle a permis d'étudier l'usage d'un grand nombre de substances psychoactives à la fois. Ce travail, conjoint avec les sages-femmes et soutenu par le Réseau Périnatalité Bretagne, était également légitimé par son aspect pluridisciplinaire.

Réalisé sur une période englobant le mois de novembre (mois sans tabac) et le mois de janvier (Dry January ou mois sans alcool), notre travail s'inscrivait dans une démarche de prévention, parallèlement aux campagnes nationales. Le choix d'un respect total de l'anonymat des participantes avait pour but de limiter le biais de prévarication, particulièrement important en addictologie. Si nous avons vu précédemment que l'auto-questionnaire était le mode de recueil privilégié et validé pour ce type d'études, il permettait également d'éviter tout biais de subjectivité de la part des professionnels de santé. La construction d'un questionnaire sur-mesure a permis à la fois d'utiliser des outils déjà validés dans ce contexte, mais également d'en ajouter afin de préciser le repérage. Ainsi nous avons fait le choix de développer la partie concernant le repérage des TCA, en ajoutant un questionnaire validé (questionnaire SCOFF). Ce choix a été motivé par le rapprochement qui peut être fait entre les mécanismes des TCA et les addictions comportementales (32). La prise en compte des habitudes de consommation des conjoints participait également à la singularité de ce travail.

B. Limites de l'étude

Si cette étude a permis de réaliser un premier état des lieux des habitudes de consommation de substances psychoactives chez les femmes enceintes costarmoricaines, elle était uniquement descriptive, ce qui rend impossible un calcul de prévalence. Le recueil des données a été réalisé sur trois mois, ce qui peut être considéré comme court. Le choix d'une courte durée avait pour but de maintenir un engagement important auprès des professionnels de santé. Il aurait également été préférable que l'ouverture de l'étude aux professionnels libéraux, envisagée dès la rédaction du protocole, ait été réalisée dès le lancement.

La réalisation de l'étude a pu entraîner un certain nombre de biais, notamment de sélection. En effet, l'auto-questionnaire n'étant proposé aux femmes enceintes que lors d'une consultation avec un professionnel de santé, un biais de recrutement ne peut être exclu. De plus, la participation des patientes à l'étude n'étant ni systématique ni obligatoire, la question du biais de volontariat se pose inévitablement. L'auto-questionnaire, comme expliqué précédemment, semble être le gold standard en terme de mode de recueil de données en addictologie. Cependant, il est uniquement déclaratif, ce qui peut entraîner des biais de mémorisation. De plus, le biais de prévarication, limité par le caractère strictement anonyme des réponses, doit tout de même être pris en considération.

Sur le plan des résultats, le recueil des données n'a permis d'obtenir qu'un faible nombre de réponses, et parmi celles-ci un grand nombre de réponses incomplètes. Le faible nombre de participantes peut être lié à plusieurs facteurs comme la distribution non systématique des flyers en consultation, le manque d'explications associées ou le refus des patientes de participer. Le nombre de réponses incomplètes est probablement lié à la longueur du questionnaire.

II. Comparaison avec les données de la littérature

A. Santé psychosociale

Dans cette étude, le questionnaire SCOFF a mis en évidence des symptômes de TCA avant la grossesse chez 16,67% des femmes interrogées, alors que la prévalence vie entière de ces troubles est estimée à 8,4% chez les femmes (33). Les antécédents de violences, sans distinction, concernaient 37% des femmes interrogées. Ces résultats corroborent l'hypothèse d'un département particulièrement touché par les problématiques de santé mentale.

B. Consommation de substances psychoactives

Dans notre échantillon, 44% des femmes interrogées fumaient avant leur grossesse, ainsi que 40% de leurs conjoints. Ces taux sont bien plus élevés qu'au niveau national, en effet en 2022, 30,8% des 18-75 ans se déclaraient fumeurs (34). Dans notre échantillon, 44% des patientes fumeuses ont maintenu leur consommation pendant la grossesse, contre 28,1% au dernier trimestre de grossesse en Bretagne en 2016 (28). La motivation principale de l'arrêt ou de la diminution de la consommation de tabac des femmes interrogées était la santé de l'enfant à naître. L'ensemble des femmes ayant maintenu leur consommation pensait pourtant qu'elle pouvait impacter la santé du fœtus. Cette contradiction pourrait s'expliquer par l'idée d'un éventuel seuil d'innocuité, en dessous duquel la consommation de tabac n'aurait pas d'impact. La grande majorité d'entre elles a en effet diminué sa consommation. Or il a été démontré que toute consommation de tabac, même très faible, pendant la grossesse, peut nuire au fœtus. Une consommation inférieure à 5 cigarettes par jour pendant la grossesse entraînerait des anomalies du poids de naissance (35). Le test de Fagerström simplifié n'a décelé de dépendance importante chez aucune d'entre elles, le degré de dépendance ne semble donc pas être un facteur favorisant le maintien de la consommation pendant la grossesse. Par ailleurs, 75% des patientes ayant maintenu leur consommation avaient un conjoint fumeur. Seulement un quart d'entre elles ont répondu aux questions sur l'intérêt du maintien de leur consommation, l'anxiolyse et la recherche de plaisir arrivant en tête.

Sur le plan de l'alcool, 75,41% des femmes interrogées déclaraient en consommer avant leur grossesse, même très occasionnellement, taux bien inférieur au taux national, 87% des 18-75 ans consommant de l'alcool au moins une fois par an en 2017 (36). Le questionnaire DETA n'a décelé de consommation à risque chez aucune patiente, mais cette partie du questionnaire comprend un nombre important de réponses incomplètes. Par ailleurs, les nouveaux repères de consommation ont permis la mise en évidence d'un usage abusif chez 15,22% d'entre elles, ce qui est légèrement supérieur à la moyenne française, 14,3% des femmes dépassant au moins l'un des repères (37). Dans cette étude, 2 femmes soit 4,35% des femmes interrogées

consommatrices d'alcool ont maintenu leur consommation pendant la grossesse dont une de manière inchangée. Ce pourcentage était estimé à 11,7% en 2017 au niveau national, lors d'une étude par sondage aléatoire menée par Santé Publique France (38). En 2010, une étude réalisée à la maternité du Centre-Hospitalo-Universitaire de Nantes retrouvait un taux de 20% (18). Ces différences importantes sont la preuve de la nécessité d'états des lieux répétés et de grande envergure pour pouvoir avoir une vision plus précise de la consommation d'alcool pendant la grossesse en France. Par ailleurs, il semble important de noter que ces deux patientes considéraient que leur consommation pendant la grossesse ne pouvait pas avoir d'impact sur la grossesse ou le fœtus.

La consommation de substances illicites était principalement représentée par le cannabis dans cette étude. Ainsi son expérimentation concernait 26,23% des femmes interrogées, contre 42,7% des 18-64ans en 2021 (39). Le questionnaire CAST en retrouvait un usage problématique chez 31,25% d'entre elles. En ce qui concerne la grossesse, une patiente a déclaré avoir poursuivi sa consommation.

La moitié des femmes interrogées avait déjà consommé des médicaments psychotropes, principalement anxiolytiques. Parmi celles concernées par une consommation juste avant la grossesse, 20% ont maintenu leur traitement pendant leur grossesse. Le questionnaire ne permettait pas de préciser si cette consommation relevait d'une automédication ou d'une prescription médicale. Aucune consommation n'a débuté pendant la grossesse.

Pour l'ensemble des substances étudiées, la santé de l'enfant à naître était la motivation principale d'un arrêt des consommations. Lorsqu'une consommation était maintenue, les questions cherchant à définir l'intérêt d'un tel maintien n'obtenaient que très peu de réponses, ce qui met en évidence la persistance d'un réel tabou. La polyconsommation de substances addictives pendant la grossesse concernait deux patientes, l'une consommant à la fois du tabac et du cannabis, l'autre du tabac et de l'alcool.

C. Suivi en addictologie

Parmi toutes les femmes interrogées, aucune n'a déclaré être intéressée par une consultation en addictologie. Pourtant, 11 femmes (18,03%) pouvaient être considérées à risque d'usage abusif d'une substance addictive. Il n'a été proposé de suivi qu'à 9 d'entre elles, et seulement 5 l'ont effectivement entrepris. Cet écart de perception souligne l'importance d'aborder le sujet en consultation, voie d'abord plébiscitée par les patientes. Ces résultats confirment la nécessité d'une formation suffisante des professionnels de santé tant pour le repérage des patientes à risque que pour la prévention.

III. Perspectives

Cette thèse est un premier état des lieux des habitudes de consommation de substances addictives chez les femmes enceintes en Côtes-d'Armor. Cependant, n'ayant obtenu qu'un nombre limité de données, elle ne permet pas à elle-seule de générer des conclusions. Une analyse comparative des quatre départements sera réalisée prochainement, afin d'obtenir une vision régionale du sujet.

Les risques liés aux consommations de substances psychoactives semblent avoir été intégrés par une grande majorité de femmes, qui s'abstiennent de toute consommation pendant la grossesse. C'est donc un moment de vie privilégié pour échanger sur leurs habitudes et initier des changements de comportements, sur le plan personnel mais aussi familial. Des études complémentaires sur le lien entre la consommation des conjoints et le maintien d'une consommation chez la femme enceinte pourraient être intéressantes.

L'entretien prénatal précoce, ou entretien du 4^{ème} mois, est un dispositif permettant à toute femme enceinte de rencontrer, seule ou en couple, un professionnel de santé. C'est un moment d'échange de 45 minutes, particulièrement adapté au repérage de troubles psychiques et de consommations à risque. Devenu obligatoire en 2020 et intégralement pris en charge par la Sécurité Sociale, il n'est pourtant pas systématiquement réalisé ni même proposé. En effet, dans cette étude 31% des femmes interrogées n'en ont pas bénéficié. Il pourrait être intéressant d'étudier la mise en œuvre effective de ce dispositif, ainsi que l'intérêt de son utilisation en prévention en addictologie.

Si les messages diffusés par les campagnes de prévention semblent avoir été intégrés par la majorité de la population, ils ne parviennent pas à l'atteindre en totalité. Il apparaît donc nécessaire de poursuivre les actions de prévention, mais aussi de mieux former les professionnels de santé au repérage et à l'accompagnement en addictologie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Rozaire C, Guillou Landreat M, Grall-Bronnec M, Rocher B, Vénisse JL. Qu'est-ce que l'addiction ? Arch Polit Criminelle. 2009;31(1):9.
2. Dubasque D. Chapitre 12. Les addictions et leurs conséquences : une réalité insuffisamment prise en compte. In: Comprendre et maîtriser les excès de la société numérique [Internet]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2019. p. 101-11. (Politiques et interventions sociales). Disponible sur: <https://www.cairn.info/comprendre-et-maitriser-les-exces-de-la-societe--9782810906994-p-101.htm>
3. Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT). Drogues et addictions, Chiffres clés, 9ème édition [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DACC-2022.pdf>
4. Beck F, Guignard R, Haxaire C, Le Moigne P. Les consommations de médicaments psychotropes en France. La santé en action. 2014;(427).
5. Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. Bull Epidémiol Hebd. 2019;108(5-6):97.
6. Bonaldi C, Boussac M, Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. Bull Epidémiol Hebd. 2019;84(15):278.
7. Mortalité évitable (par prévention et traitement). In: Panorama de la santé 2019 [Internet]. OECD; 2019 [cité 12 juin 2023]. p. 74-5. (Panorama de la santé). Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2019_96912c73-fr
8. Kopp P. Le coût social des drogues en France [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxpkv9.pdf>
9. Haute Autorité de Santé. Conférence de consensus, Grossesse et tabac [Internet]. 2004. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Grossesse_tabac_long.pdf
10. Centre Ressources Alcool et Grossesse-AGIR 33 Aquitaine. Dossier de presse, zéro alcool pendant la grossesse [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/media/17717/download?inline>

11. Bachelet S. Eléments statistiques : santé des jeunes/santé sexuelle [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.normandie.ars.sante.fr/system/files/2017-08/2.Pr%C3%A9sentation%20donn%C3%A9es%20r%C3%A9gionales.pdf>
12. Metz TD, Stickrath EH. Marijuana use in pregnancy and lactation: a review of the evidence. Am J Obstet Gynecol. déc 2015;213(6):761-78.
13. Renard J, Konefal S. Clearing the smoke on cannabis: cannabis use during pregnancy and breastfeeding : an update. Ottawa: Canadian Centre on Substance Use and Addiction; 2022.
14. Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. Etat des connaissances sur le lithium [Internet]. 2023. Disponible sur: https://www.lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=361
15. Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. Antidépresseurs , Grossesse et allaitement [Internet]. 2023. Disponible sur: https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=20
16. Comité d'étude du fœtus et du nouveau-né de la société canadienne de pédiatrie. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ou de la sérotonine et de la noradrénaline pendant la grossesse : les effets cliniques chez les nourrissons et les enfants [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://cps.ca/fr/documents/position/les-inhibiteurs-selectifs>
17. Haute Autorité de Santé. Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer [Internet]. 2009. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-01/projet_de_grossesse_informations_messages_de_prevention_examens_a_proposer_-_fiche_de_synthese.pdf
18. Chassevent-Pajot A, Guillou-Landréat M, Grall-Bronnec M, Wainstein L, Philippe HJ, Lombrail P, et al. Étude de prévalence des conduites addictives chez les femmes enceintes dans une maternité universitaire. Rev Sage-Femme. nov 2011;10(5):221-9.
19. Bauer A, Parsonage M, Knapp M, Lemmi V, Bayo Adelaja. The costs of perinatal mental health problems. 2014 [cité 12 juin 2023]; Disponible sur: <http://rgdoi.net/10.13140/2.1.4731.6169>
20. Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D. The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Reprod Health. 28 juill 2021;18(1):162.

21. Dumas A, Lejeune C, Simmat-Durand L. Tabac, alcool et cannabis pendant la grossesse : qui sont les femmes à risque ? : Santé Publique. 24 nov 2014;Vol. 26(5):603-12.
22. Leroy-Creutz M, Fresson J, Bedel S, Miton A. Alcool et grossesse en Lorraine : étude des pratiques professionnelles et aide au repérage: Santé Publique. 2 févr 2016;Vol. 27(6):797-808.
23. van Der Meersch L. Dépistage de la consommation de substances psychoactives pendant la grossesse : état des lieux des pratiques et des freins [Internet]. 2007. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01560940v1/document>
24. Fline-Barthes MH, Vandendriessche D, Gaugue J, Urso L, Therby D, Subtil D. Dépistage des situations de vulnérabilité psychosociale et toxicologique pendant la grossesse : évaluation d'un auto-questionnaire par comparaison aux données du dossier médical. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. mai 2015;44(5):433-42.
25. Urso Baiardo L, Fline-Barthes M.H Subtil D, Therby D. Consommation d'alcool et de tabac durant la grossesse. Intérêt de l'élaboration d'un autoquestionnaire de dépistage. Alcoologie et Addictologie. 2010;32(2):111-7.
26. Louis-Jean A. Évaluation de l'utilisation d'un outil de dépistage des vulnérabilités des femmes pendant la grossesse à la maternité de Port-Royal [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03104074/document>
27. Santé Publique France. Bulletin de Santé Publique Bretagne, alcool [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/bretagne/documents/bulletin-regional/2020/bulletin-de-sante-publique-alcool-en-bretagne.-janvier-2020>
28. Santé Publique France. Bulletin de Santé Publique Bretagne, tabac [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2019-01/BSP_tabac_bretagne.pdf
29. Le Bris F. Les Côtes-d'Armor, département le plus rural de Bretagne [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5760422>
30. Observatoire Régional de la Santé Bretagne. Observation du phénomène suicidaire en Bretagne [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://orsbretagne.typepad.fr/2022/SUICIDE/TBSUICIDE-2022-DEF.pdf>
31. Observatoire Régional de la Santé Bretagne, Agence Régionale de Santé Bretagne. Etat de santé de la population en Bretagne [Internet]. 2018. Disponible sur:

<https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2018-01/V9-Etat%20sant%C3%A9%20population.pdf>

32. Rapenne G. Troubles du comportement alimentaire et addictions, l'alimentation peut-elle devenir une addiction ? [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01701155>
33. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. Am J Clin Nutr. 1 mai 2019;109(5):1402- 13.
34. Santé Publique France. En 2022, la France compte toujours près de 12 millions de fumeurs quotidiens. 2023; Disponible sur: [https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2023/en-2022-la-france-compte-toujours-pres-de-12-millions-de-fumeurs-quotidiens#:~:text=L'augmentation%20observ%C3%A9e%20parmi%20les,%2C%20vs%201%2C7%20%25\).](https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2023/en-2022-la-france-compte-toujours-pres-de-12-millions-de-fumeurs-quotidiens#:~:text=L'augmentation%20observ%C3%A9e%20parmi%20les,%2C%20vs%201%2C7%20%25).)
35. Berlin I, Golmard JL, Jacob N, Tanguy ML, Heishman SJ. Cigarette Smoking During Pregnancy: Do Complete Abstinence and Low Level Cigarette Smoking Have Similar Impact on Birth Weight? Nicotine Tob Res. 1 mai 2017;19(5):518- 24.
36. Santé Publique France. Consommation d'alcool en France : où en sont les Français ? [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2020/consommation-d-alcool-en-france-ou-en-sont-les-francais>
37. Santé Publique France. Nouveau repère de consommation d'alcool et usage : résultats du Baromètre de Santé publique France 2017 [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/article/nouveau-repere-de-consommation-d-alcool-et-usage-resultats-du-barometre-de-sante-publique-france-2017>
38. Santé Publique France. Baromètre santé alcool et tabac, Consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/system/files/2018-09/Barometre%20Grossesse-Alcool-Tabac.PDF>
39. Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT). Les usages de cannabis en population adulte en 2021 [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxol2cc.pdf>

ANNEXES

I. Auto-questionnaire

Vous êtes enceinte ? Parlez-nous de vous et de vos habitudes

Le questionnaire suivant s'adresse à toutes les femmes enceintes bretonnes. Il comportera des questions sur votre santé et vos habitudes de consommation de tabac, alcool, cannabis et d'autres substances, quelle que soit votre fréquence de consommation.

Il s'agit d'une étude régionale soutenue par le Réseau Périnatalité Bretagne. Elle est coordonnée par l'UBO, le groupe de recherche SPURBO, et le Pr Guillou Morgane. Ce travail nous permettra de mieux connaître les femmes enceintes et de mieux identifier leurs besoins en Bretagne.

Ce questionnaire est complètement anonyme et ne vous demandera aucune information sur votre identité, vous pouvez y répondre en toute liberté. La durée pour répondre au questionnaire est d'environ 20 minutes, prenez le temps d'y répondre le plus sincèrement possible.

Si vous ressentez le besoin d'aborder vos consommations, vous pouvez en parler à votre professionnel de santé (sage-femme, médecin, infirmier.e...).

Vous trouverez également à la fin du questionnaire les coordonnées d'interlocuteurs et des liens vers des sites internet pouvant également vous guider dans votre démarche ou répondre à vos questions.

Merci beaucoup pour votre participation !

Avant de débiter le questionnaire, nous devons vous poser la question suivante:

Faites-vous l'objet d'une protection juridique (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle)?

Oui Non

Si oui, pour des raisons légales, vous ne pouvez pas participer à cette étude. Vous pouvez néanmoins demander conseils auprès du professionnel de santé que vous consultez si vous ressentez le besoin d'évoquer d'éventuelles consommations.

Partie I : Situation personnelle et familiale :

Nous allons tout d'abord vous questionner sur votre situation personnelle et familiale.

1. Quel est votre âge ?
2. Dans quel département vivez-vous ?
 - Finistère
 - Morbihan
 - Côtes d'Armor
 - Ille et Vilaine
3. Dans quelle structure êtes-vous suivie pour la grossesse en cours ? (entourez son nom)
 - Finistère:
 - CHU Morvan Brest
 - CH Morlaix
 - Clinique Keraudren
 - CH Quimper
 - Morbihan:
 - CH Vannes
 - Clinique Océane ELSAN - Vannes
 - CH Pontivy
 - CH Lorient
 - Côtes d'Armor:
 - CH Saint-Brieuc
 - CH Guingamp
 - CH Lannion
 - CH Dinan
 - Ille et Vilaine:
 - CHU Rennes
 - Clinique Saint-Grégoire
 - Clinique La Sagesse
 - CH Saint-Malo
 - CH Vitré
 - CH Fougères
4. Où êtes-vous née ?
 - France
 - Autre pays d'Europe
 - Afrique
 - Amérique
 - Asie
 - Océanie
5. Actuellement êtes-vous en couple ?
 - Oui, avec une personne qui vit dans le même logement que vous
 - Oui, avec une personne qui ne vit pas dans le même logement que vous
 - Non, vous n'êtes pas en couple
6. Avez-vous déjà des enfants ?

Oui Non

7. Si oui, combien ?.....

8. Si oui, vivez-vous avec eux ?

Oui Non

9. Vivez-vous :

- dans un logement personnel
- dans votre famille ou chez des amis
- dans un foyer d'accueil, à l'hôtel
- dans un autre lieu

10. Quel est votre niveau d'études ?

- vous n'avez jamais été scolarisée
- niveau primaire
- niveau collège (1er cycle : 6ème à 3ème)
- enseignement professionnel court (y compris SES, SEGPA, CAP, BEP)
- niveau lycée, enseignement général (y compris bac général)
- niveau lycée, enseignement technologique (y compris bac techno)
- niveau lycée, enseignement professionnel (y compris bac pro)
- niveau baccalauréat + 1 ou 2 ans (y compris DUT, BTS)
- niveau baccalauréat + 3 ou 4 ans (y compris licence, maîtrise)
- niveau baccalauréat + 5 ans ou plus (y compris diplôme ingénieur)

11. Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?

- vous êtes salariée ou stagiaire rémunérée
- vous êtes travailleuse indépendante ou à votre compte
- vous aidez une personne dans son travail sans être rémunérée
- vous êtes au chômage, demandeuse d'emploi ou à la recherche d'un emploi
- vous êtes étudiante ou élève (y compris stage de formation)
- vous êtes femme au foyer
- vous êtes dans une autre situation :

12. Quelle est la situation professionnelle de la personne avec qui vous vivez en couple ?

- salarié ou stagiaire rémunéré
- travailleur indépendant ou à son compte
- il/elle aide une personne dans son travail sans être rémunérée
- au chômage, demandeur d'emploi ou à la recherche d'un emploi
- étudiant ou élève (y compris stage de formation)
- homme/femme au foyer
- dans une autre situation :

13. Quelles sont les sources de revenus de votre ménage ?

- Salaire ou autre revenu provenant d'une activité
- Allocation chômage
- RSA
- Autres ressources (allocations handicapé, ASS...)

14. Quel est le revenu mensuel moyen **net** de votre ménage, en prenant en compte tous les revenus : salaires, allocations chômage, RSA, prestations familiales, revenus du

patrimoine etc. (Si les revenus sont variables, faire une moyenne) :

- moins de 500 € par mois
- moins de 1.000 €
- moins de 1.500 €
- moins de 2.000 €
- moins de 3.000 €
- moins de 4.000 €
- 4.000 € ou plus

15. Quelle est votre couverture sociale pour vos dépenses de santé :

- La sécurité sociale
- La complémentaire santé solidaire (CSS, ancienne CMU : Couverture Maladie Universelle)
- L'AME (Aide Médicale de l'Etat)
- Aucune couverture sociale

Partie II : Votre grossesse actuelle :

Nous allons maintenant vous poser des questions sur votre grossesse et sur vos éventuelles précédentes grossesses.

16. Est-ce votre première grossesse ?

- Oui
- Non

Si oui, passez à la question 20

17. Au cours de vos grossesses antérieures, avez-vous eu recours à l'IVG (interruption volontaire de grossesse)?

- Oui
- Non

18. Au cours de vos grossesses antérieures, avez-vous vécu une/des fausse(s) couche(s) ou interruption médicale de grossesse ?

- Oui
- Non

19. Au cours de vos grossesses antérieures, avez-vous eu des pathologies spécifiques de la grossesse ou des complications ?

- Oui
- Non

Si oui :

- Menace d'accouchement prématuré
- Placenta praevia (placenta recouvrant le col de l'utérus)
- Diabète gestationnel
- Hypertension apparue en cours de grossesse (HTA gravidique)
- Anomalie de poids fœtal (bébé de trop petite taille ou au contraire bébé de trop grande taille)
- Pré Éclampsie ou Éclampsie
- Dépression sévère du post-partum
- Prématurité (naissance avant 37 semaines d'aménorrhées)
- Malformation congénitale (malformation du bébé constatée à la naissance)
- Autre pathologie sévère :

20. A quel trimestre de grossesse êtes-vous actuellement?

- Premier trimestre

- Deuxième trimestre
- Troisième trimestre

21. Cette grossesse était-elle programmée ?

- Oui
- Non

22. Si oui, depuis combien de temps essayez-vous de concevoir ?

- <1 mois
- <6mois
- <12 mois
- >12mois

23. Si oui à la question 21, avez-vous eu recours à une aide médicale (procréation médicale assistée : stimulation hormonale, insémination, fécondation in vitro) pour concevoir cette grossesse ?

- Oui
- Non

24. Au cours de votre grossesse actuelle, avez-vous des pathologies spécifiques de la grossesse ou des complications ?

- Oui
- Non

Si oui :

- Menaces d'accouchement prématuré
- Placenta praevia (placenta recouvrant le col de l'utérus)
- Diabète gestationnel
- Hypertension apparue en cours de grossesse (HTA gravidique)
- Anomalie de poids fœtal (bébé de petite taille ou grande taille)
- Malformation congénitale (malformation détectée lors des échographies)
- Autre pathologie sévère :

25. Avez-vous pu bénéficier du suivi prénatal (suivi médical mensuel) suite à la déclaration de grossesse ?

- Oui
- Non

26. Qui fait votre suivi prénatal ?

- Votre médecin généraliste
- Votre sage-femme
- Votre gynécologue
- Un pédiatre si grossesse à risque

27. Avez-vous pu bénéficier des échographies prévues dans le suivi de grossesse ?

- Oui
- Non

28. Avez-vous eu un entretien individuel prolongé avec une sage-femme ou un médecin, appelé « entretien précoce » ou « entretien du 4^{ème} mois » ?

- Oui
- Non

29. Si non, est-il programmé ?

- Oui
- Non

30. Si vous avez eu l'entretien du 4^{ème} mois :

A la fin de cet entretien, vous a-t-on conseillé de prendre un rendez-vous avec une personne particulière en dehors de votre suivi médical pour la grossesse (par

exemple une assistante sociale, un psychologue, une personne spécialisée dans la consommation de tabac, d'alcool, de drogue etc.) ?

Oui Non

Partie III : Votre santé

Nous allons maintenant vous poser des questions sur votre santé en général.

31. Souffriez-vous de pathologies chroniques ou d'un handicap apparues **avant** votre grossesse actuelle ?

Oui Non

Si oui, la(les)quelle(s) :

- Trouble endocrinien (hormonaux) : diabète, hypo ou hyperthyroïdie, maladie de Cushing, hypoparathyroïdie
- Trouble cardio-vasculaire : Hypertension artérielle, trouble du rythme cardiaque ou de la conduction cardiaque, Infarctus, insuffisance cardiaque
- Trouble respiratoire : asthme, bronchite chronique obstructive
- Trouble neurologique : épilepsie, sclérose en plaque, accident vasculaire cérébral, accident ischémique temporaire, autres
- Syndrome dépressif, trouble bipolaire, troubles anxieux
- Schizophrénie, trouble schizo-affectif, trouble délirant, autre trouble psychotique
- Handicap physique

32. Au cours des deux dernières semaines, avez-vous ressenti des symptômes parmi la liste suivante, que vous ne ressentiez pas dans votre état normal ?

- Humeur triste, ressentie ou décrite par un proche
- Perte ou diminution de la capacité à ressentir le plaisir pour toutes (ou presque) les activités de la journée
- Diminution ou augmentation de l'appétit (non en rapport avec la grossesse)
- Perturbation du sommeil
- Agitation
- Fatigue ou perte d'énergie inhabituelle
- Dévalorisation ou culpabilité excessive ou inappropriée
- Trouble de la concentration, indécision
- Idées noires, idées suicidaires
- Aucun

Ces symptômes altèrent-ils significativement votre fonctionnement social ou professionnel ?

Oui Non

33. Durant les six derniers mois, avez-vous ressenti une anxiété ou du souci excessif concernant un certain nombre d'activités ou d'évènements (travail, relations, etc.) ?

Oui Non

Est-ce que cette anxiété est difficilement contrôlable ?

Oui Non

Est-ce que cette anxiété est associée à :

- Une agitation ou une sensation d'être survoltée ou à bout
- Une fatigabilité

- Une difficulté de concentration ou des trous de mémoire
- Une irritabilité
- Une tension musculaire
- Une perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil agité non réparateur)
- Aucun

34. Concernant votre poids et votre alimentation :
 Quelle est votre taille? (en cm) Quel était votre poids avant la grossesse? (en kg)

35. Avant votre grossesse :
- Vous inquiétiez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangiez ?
 Oui Non
- Aviez-vous récemment perdu plus de 6 kg en 3 mois ?
 Oui Non
- Pensiez-vous que vous étiez « grosse » alors que d'autres vous trouvaient trop « mince » ?
 Oui Non
- Diriez-vous que la nourriture dominait votre vie ?
 Oui Non
- Vous faisiez-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?
 Oui Non

36. Dans votre vie, avez-vous déjà été victime de violences psychologiques ou physiques ?
 Oui Non

Partie IV : Soutien social

Nous allons maintenant vous poser 3 questions sur votre entourage

37. Vous sentez vous en sécurité dans votre environnement familial ?
 Oui Non
38. Avez-vous au moins une personne de votre entourage sur qui vous pouvez compter en toutes circonstances ?
 Oui Non
39. Bénéficiez-vous d'une aide extérieure : Assistante sociale, psychologue, psychiatre ?
 Oui Non

Partie V : Vos consommations

TABAC

Nous allons maintenant vous poser des questions sur votre consommation de tabac

40. Fumiez-vous du tabac avant votre grossesse?
 Oui Non
41. Avez-vous modifié votre consommation de tabac en prévision de votre grossesse ou lorsque vous avez su que vous étiez enceinte ?
 Consommation inchangée
 Début d'une consommation
 Augmentation de la consommation
 Baisse de la consommation
 Arrêt de la consommation
42. Si vous avez diminué ou si vous avez arrêté, quelles étaient vos motivations ?
 Encouragement de l'entourage / d'un professionnel de santé
 Préoccupation pour le bébé
 Préoccupation pour votre santé
 Changement des habitudes de vie en vue d'accueillir un nouveau-né
 Financière
 Se libérer de la dépendance
 L'esthétisme
 Autres :
43. Si la consommation reste inchangée ou a augmentée, quels sont les effets recherchés ?
 Diminution de l'anxiété
 Stimulant
 Plaisir
 Lutter contre l'ennui
 Lien social avec ami(s) ou collègue(s)
 Contrôler votre appétit/ limiter votre prise de poids
 Autres :....
44. . Fumez-vous habituellement des cigarettes :
 Manufacturées (« blondes »)
 Roulées
 Électronique
45. Si vous fumez toujours, combien de cigarettes fumez-vous par jour actuellement?
 10 ou moins
 11 à 20
 21 à 30
 31 ou plus
46. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette actuellement ?
 Moins de 5 minutes
 6 à 30 minutes
 31 à 60 minutes
 Après plus d'1 heure
47. Connaissez-vous l'impact que cela peut avoir sur le développement de votre bébé ?
 Oui Non
48. Votre conjoint(e) fume-t-il du tabac ?
 Oui Non

ALCOOL

Nous allons maintenant vous poser des questions sur votre consommation d'alcool.



Pour vous aider à répondre aux questions suivantes sur le nombre de verres consommés, voici un visuel des proportions des verres standards pour différents types d'alcool.

Le cidre, le champagne et la bière comptent comme des verres d'alcool. La bière sans alcool ne compte pas.

1 verre d'alcool standard, servi en bar, correspond à 10g d'alcool pur.

49. Consommiez-vous même très occasionnellement de l'alcool (alcool fort, vin, bière, cidre) avant votre grossesse ?

Oui Non

Si vous avez répondu « oui » à la précédente question :

En termes de quantité, consommiez-vous :

2 verres standard (verre servi dans un bar ou un restaurant) ou plus par jour en moyenne ?

Oui Non

10 verres standard ou plus par semaine ?

Oui Non

Y avait-il 2 jours sans alcool ou plus par semaine ?

Oui Non

50. Avez-vous modifié votre consommation d'alcool en prévision de votre grossesse ou lorsque vous avez su que vous étiez enceinte ?

- Consommation inchangée
- Début de la consommation
- Augmentation de la consommation
- Baisse de la consommation
- Arrêt de la consommation

51. Si vous avez diminué ou si vous avez arrêté, quelles étaient vos motivations ?

Encouragement de l'entourage / d'un professionnel de santé

- Préoccupation pour le bébé
 - Préoccupation pour votre santé
 - Changement des habitudes de vie en vue d'accueillir un nouveau-né
 - Financière
 - Se libérer de la dépendance
 - Autres :
52. Si la consommation reste inchangée ou a augmenté, quels sont les effets recherchés ?
- Diminution de l'anxiété
 - Plaisir
 - Aider à moins penser
 - Convivialité
 - Euphorisant
 - Aide au sommeil
 - Dans un but de détente
 - Autres :.....
53. Devez-vous consommer plus de 2 verres d'alcool pour sentir son effet ?
- Oui Non
54. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
- Oui Non
55. Avez-vous déjà eu l'impression que vous devriez réduire votre consommation d'alcool?
- Oui Non
56. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès l'aube pour vous sentir en forme ?
- Oui Non
57. Pensez-vous que votre consommation puisse avoir un impact sur le déroulement de votre grossesse ou le développement du bébé ?
- Oui Non
58. Votre conjoint consomme-t-il de l'alcool ?
- Oui Non
- A quelle fréquence : mensuelle, hebdomadaire, quotidien
Quelle quantité en moyenne les jours de consommation ?
- Si vous avez répondu « oui » à la précédente question :
- Combien de verre standard consomme-t-il par jour?
- 1
 - 2 ou plus
- Combien de verre standard consomme-t-il par semaine?
- 1 à 9
 - 10 ou plus
- Combien y a-t-il de jour d'abstinence par semaine ?
- 1
 - 2 ou plus

STUPÉFIANTS

Nous allons maintenant vous poser des questions sur votre consommation de produits stupéfiants.

59. Lors de votre vie, avez-vous déjà consommé une de ces substances illicites ?

- Cannabis
- Ecstasy
- Cocaïne
- Héroïne
- Méthamphétamines
- Crack
- LSD
- Aucune

(Si oui, répondez aux questions suivantes, si non, passez à la question 64)

60. Avez-vous modifié votre consommation de ces substances en prévision de votre grossesse ou lorsque vous avez su que vous étiez enceinte ?

- Consommation inchangée
- Augmentation de la consommation
- Début de la consommation
- Baisse de la consommation
- Arrêt de la consommation

61. Si vous avez diminué ou si vous avez arrêté, quelles étaient vos motivations ?

- Encouragement de l'entourage / d'un professionnel de santé
- Préoccupation pour le bébé
- Préoccupation pour votre santé
- Changement des habitudes de vie en vue d'accueillir un nouveau-né
- Financière
- Se libérer de la dépendance
- Autre :

62. Si la consommation a débuté, reste inchangée ou a augmenté, quels sont les effets recherchés ?

- Diminution de l'anxiété
- Plaisir
- Aider à moins penser
- Convivialité
- Euphorisant
- Aide au sommeil
- Dans un but de détente
- Contrôler votre appétit /poids
- Autres :.....

63. Pensez-vous que cela peut avoir des impacts négatifs sur votre bébé ?

- Oui Non

64. Votre conjoint consomme-t-il une ou plusieurs des substances suivantes ?

- Cannabis
- Ecstasy
- Cocaïne
- Héroïne

- Méthamphétamines
- Crack
- LSD
- Aucune

65. Si vous consommiez du cannabis avant votre grossesse (si non, ne répondez pas à cette question et passez à la question suivante) :

Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?

- Oui Non

Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seule ?

- Oui Non

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

- Oui Non

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

- Oui Non

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

- Oui Non

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

- Oui Non

PSYCHOTROPE (substance chimique agissant sur le psychisme)

66. Vous a-t-on déjà prescrit une de ces substances ?

- Anxiolytique (médicaments sur ordonnance diminuant l'anxiété)
- Antidépresseur
- Somnifères (sur ordonnance)
- Méthadone / Subutex (Buprénorphine)
- Opioides médicamenteux : morphine (oxycodone, oxycontin), codéine, tramadol....
- Aucune

67. Avez-vous modifié votre consommation des substances précédentes en prévision de votre grossesse ou lorsque vous avez su que vous étiez enceinte ?

- Consommation inchangée
- Augmentation de la consommation
- Baisse de la consommation
- Début de la consommation
- Arrêt de la consommation

68. Si vous avez diminué ou si vous avez arrêté, quelles étaient vos motivations ?

- Encouragement de l'entourage
- Encouragement / Accompagnement d'un professionnel de santé
- Préoccupation pour le bébé
- Préoccupation pour votre santé
- Changement des habitudes de vie en vue d'accueillir un nouveau-né
- Financière
- Se libérer de la dépendance
- Autres :

69. Si la consommation reste inchangée, a débuté ou a augmenté, quels sont les effets recherchés ?
- Diminution de l'anxiété
 - Plaisir
 - Aider à moins penser
 - Convivialité
 - Euphorisant
 - Aide au sommeil
 - Dans un but de détente
 - Contrôler votre appétit /poids
 - Autres :.....

SUIVI

Si vous avez maintenu des consommations de tabac, alcool ou d'autres substances psychoactives pendant votre grossesse :

70. Vous a-t-on proposé un suivi pour ces consommations ?
- Oui
 - Non
71. Etes-vous actuellement suivi par un professionnel dans le cadre de votre consommation ?
- Infirmière en addictologie
 - Médecin du centre d'addictologie
 - Sage-femme
 - Médecin généraliste
 - Psychiatre
 - Psychologue
 - Médecine alternative: hypnothérapeute, acupuncteur, magnétiseur...
 - Non, pas dans ce cadre là
72. Seriez-vous intéressée par une consultation d'addictologie ?
- Oui
 - Non
73. Selon vous, par quelle voie serait-il le plus simple pour vous d'aborder vos consommations ?
- En consultation avec un professionnel de santé
 - En groupe d'entraide avec d'autres femmes enceintes
 - Par téléphone ou par internet avec un professionnel de santé
 - Par des ressources en ligne ou des brochures distribuées par les professionnels de santé
 - Autres :

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire !

Vous trouverez ci-dessous des coordonnées pouvant vous guider ou répondre à vos questions autour de vos consommations de substances psychoactives pendant votre grossesse mais également après.

N'hésitez pas à en parler à votre professionnel de santé.

- **1000 premiers jours**

<https://www.1000-premiers-jours.fr/fr>

- **Alcool info service**

0 980 980 930

7J/7 de 8h à 2h du matin, appel anonyme et non surtaxé

<https://www.alcool-info-service.fr/>

- **Drogues info service**

0 800 23 13 13

7J/7 de 8h à 2h du matin, appel anonyme et gratuit

<https://www.drogues-info-service.fr/>

- **Tabac info service**

3989 (suivi gratuit par un tabacologue)

<https://www.tabac-info-service.fr/>

II. Support de diffusion

<p>Vous êtes enceinte ?</p> <p>Aidez-nous à mieux vous connaître</p> <p>Parlons de vos habitudes de consommation</p>   <p>Scannez-moi !</p>  <p>CHRU BREST CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE</p> <p>SERVICE ADDICTOLOGIE Porteur du projet Pr Morgane Guillou 02 98 34 23 48 recherche-addictologie@chu-brest.fr</p>	<p>CHRU BREST CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE</p> <p>Ce questionnaire est anonyme et ouvert à toutes les femmes enceintes. Il entre dans le cadre d'une étude menée par la faculté de médecine de Brest, dont l'objectif est de faire un état des lieux des consommations addictives chez les femmes enceintes</p>
---	---

Recto

Verso

Liste des abréviations

AME : Aide Médicale de l'Etat

API : Alcoolisation Ponctuelle Importante

CAST : Cannabis Abuse Screening Test

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DETA : Diminuer-Entourage-Trop-Alcool

GEGA : Groupe d'Etude Grossesse et Addictions

HTA : Hypertension Artérielle

IMG : Interruption médicale de Grossesse

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LSD : Lysergic Acid Diethylamide

MAP : Menace d'Accouchement Prématuro

PMA : Procréation Médicale Assistée

SAF : Syndrome d'Alcoolisation Fœtale

SCOFF : Sick-Control-One-Fat-Food

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

LE COZ Chloé - Repérage des consommations de substances psychoactives chez les femmes enceintes dans les Côtes-d'Armor - 65 pages, 7 tableaux, 2 figures.
Th. : Méd. : Brest 2023

RESUME :

Introduction : La consommation de substances psychoactives est un réel problème de santé publique, notamment en région Bretagne. Elle est particulièrement à risque pendant la grossesse, cependant l'abstinence n'est pas systématiquement appliquée par les femmes enceintes. Cette étude avait pour objectif de réaliser un état des lieux des consommations de substances psychoactives chez les femmes enceintes en Bretagne, et plus particulièrement dans ce travail, dans le département des Côtes-d'Armor.

Méthode : Nous avons construit un auto-questionnaire à destination des femmes enceintes bretonnes afin d'évaluer leur consommation. Son remplissage, strictement anonyme, était proposé par les professionnels de santé en consultation de suivi de grossesse. Les données ainsi recueillies pendant 3 mois nous ont permis de réaliser une analyse descriptive.

Résultats : 61 femmes enceintes vivant dans les Côtes-d'Armor ont été incluses dans l'étude. Nous avons constaté que 44% d'entre elles maintenaient une consommation de tabac pendant leur grossesse, 4% maintenaient une consommation d'alcool, 6% maintenaient une consommation de substances illicites et 20% maintenaient une consommation de médicaments psychotropes. La santé de l'enfant à naître était le facteur principal motivant l'arrêt de l'ensemble des substances étudiées.

Discussion : Ce travail est un premier état des lieux des consommations de substances psychoactives chez les femmes enceintes dans les Côtes-d'Armor. Si les messages de prévention semblent avoir été intégrés par la majorité des femmes de l'échantillon, un nombre non négligeable de femmes enceintes maintiennent leur consommation, notamment de tabac. Il apparaît crucial de poursuivre les campagnes de prévention, mais aussi de mieux former les professionnels de santé au dépistage et à l'accompagnement en addictologie.

MOTS CLES : Repérage, substances psychoactives, femmes enceintes, Côtes-d'Armor

JURY :

Président : Pr LE FLOCH Bernard

Membres : Pr GUILLOU Morgane, Dr BLONDIAU Sandrine

DATE DE SOUTENANCE : 09/11/2023

ADRESSE DE L'AUTEUR

