

Dans ce numéro

Édito P.1

Rencontre avec le Dr Schmitt- Dischamp P.1

L'IRAAT P.2

Alcool et grossesse P.4

Quelques liens utiles :

Sur le site de la MILDT :

Femmes et addictions :
<http://www.drogues.gouv.fr/site-professionnel/sante/femmes-et-addictions/>

Sur le site de drogues info service :

Grossesse et addictions sur le site de drogue info service :
<http://www.drogues-info-service.fr/?-Grossesse-et-addictions->

Editorial

En 2011, la MiLDT éditait le guide « Alcool et grossesse, parlons-en ». Cette publication sous l'égide du Ministère chargé de la santé à destination des professionnels en contact avec des femmes enceintes a pour but d'informer sur la manière d'aborder la consommation d'alcool auprès des femmes enceintes.

Mais l'alcool n'est pas la seule substance psycho active qui peut être consommée par la mère et qui pourrait être nocive pour l'enfant à venir. Le tabac et le cannabis sont également des facteurs de risque avec des symptômes de sevrage possibles chez le nourrisson pour ce dernier, ou un défaut de croissance pour le premier.

Ces différents éléments ont conduit le CR2A à proposer la thématique des addictions et de la maternité pour sa lettre n°6. Pour cela, nous avons interviewé le Dr Schmitt-Dischamp, médecin psychiatre qui donne des consultations à la maternité du CHU Estaing. Nous avons également décrit les actions de l'IRAAT qui est très actif concernant la consommation de tabac en maternité.

Nous vous souhaitons une bonne lecture.

Valentin Flaudias
Responsable du CR2A

Depuis quelques décennies, les messages de prévention délivrés aux femmes enceintes ont considérablement évolué. L'alcool, très tératogène, n'est plus la seule substance réputée dangereuse pour le bébé. Désormais, ce sont tous les produits psycho actifs qui sont pointés du doigt par les professionnels de santé. Pour autant, il n'est pas toujours simple d'arrêter de boire, ou de fumer. Des consultations spécialisées se sont donc développées pour aider les femmes enceintes à sortir de leur dépendance. Nous avons rencontré une des psychiatres chargée d'une consultation d'addictologie à la maternité Estaing.



Audrey Schmitt-Dischamp, psychiatre spécialisée en addictologie, donne des consultations à la maternité du CHU Estaing à Clermont-Ferrand.



L'IRAAT (1/2)

Créé il y a une dizaine d'années et regroupant les professionnels de la tabacologie de la région, il s'agit d'une institution chargée de promouvoir la recherche et de proposer des formations dans les départements de Rhône-Alpes Auvergne. L'objectif est d'avoir un poids plus fort auprès des organismes de tutelle et des instances administratives grâce à cette mutualisation des moyens. Actuellement, le personnel hospitalier est insuffisamment formé au repérage et à la tabacologie. Des institutions comme l'IRAAT ou encore le réseau PARAD sont ainsi susceptibles de former les professionnels qui le souhaitent.

L'Institut Rhône-Alpes Auvergne de Tabacologie est un regroupement de professionnels médicaux, para-médicaux, de chercheurs, d'éducateurs et enseignants, autour d'une préoccupation : la dépendance au tabac. Ses objectifs sont :

- l'étude du tabagisme sous toutes ses formes de consommation et ses déterminants.
- L'étude des mécanismes de la dépendance tabagique
- La recherche médicale, philosophique, psychologique et ethnosociologique.
- Les modalités d'aide au sevrage.
- La prévention
- La formation des professionnels
- Les modalités d'aide au sevrage tabagique

Ses valeurs se réfèrent aux principes suivants :

- Le respect des connaissances universitaires et de la « médecine basée sur des preuves ».
- L'amélioration de la qualité de vie.
- L'accès à la connaissance pour tous.

Pourquoi proposer des consultations d'addictologie à la maternité ?

Car la consommation de substance(s) psycho-active(s) chez la femme enceinte est une urgence à prendre en charge. En France, on estime que 20 à 30% des femmes enceintes consomment du tabac, 3 à 10% du cannabis, 0,5 à 3% de la cocaïne, et 15% de l'alcool. Ces consommations de substances entraînent des risques à la fois obstétricaux et sur l'enfant à venir. Toute femme qui est dans une période de périnatalité (avant, pendant ou après la grossesse) et qui se trouve en difficulté avec une substance psycho active peut venir consulter, soit par elle-même, soit parce qu'elle est orientée par un professionnel de santé qu'elle rencontre pour le suivi de sa grossesse (sage-femme ou gynécologue-obstétricien). Nous sommes deux médecins psychiatres à participer à cette consultation hebdomadaire, le Dr Véronique Boute-Makota et moi-même. Elles ont lieu les mercredis et jeudis.

Est-ce que le fait de venir consulter signifie qu'une prise de conscience a eu lieu ?

En général, les femmes viennent très rarement avant la grossesse, ce qui est dommage. Souvent, lorsqu'elles apprennent qu'elles sont enceintes, elles réduisent spontanément leur tabagisme car elles savent que c'est mauvais pour leur bébé, mais ne parviennent pas à arrêter de fumer complètement pour un certain nombre d'entre elles. D'autres ont reçu de leur entourage des informations erronées telles que « 5 cigarettes pendant la grossesse, c'est acceptable !! ». Cela est faux : comme pour l'alcool, il n'y a pas de seuil de consommation à risques. Lorsqu'une consommation est repérée par le gynécologue ou la sage-femme, ceux-ci vont leur délivrer un message clair, non pas en les culpabilisant, mais en leur proposant une aide à l'arrêt qui passe très souvent par la consultation d'addictologie.

En quoi consistent ces consultations d'addictologie ?

D'abord, il faut préciser que nous voyons souvent les cas les plus complexes. Toutes les femmes qui fument n'ont pas besoin d'une consultation en addictologie pour arrêter de fumer, certaines y parviennent très bien toute seules. En revanche, elles sont à risque de reprendre après l'accouchement, si seule l'idée de la grossesse les motive... Celles que l'on voit en consultation d'addictologie sont souvent les plus dépendantes. Dans un premier temps, nous évaluons avec elles leurs motivations, leur dépendance et leur manière de consommer le produit. Nous repérons aussi leurs antécédents dépressifs, anxieux, traumatiques, et leur contexte de vie (Sont-elles seules, isolées ou un conjoint est-il présent ?). Car la consultation est aussi un espace de parole où elles peuvent se livrer et parler d'autre chose que de leur addiction. Dans un deuxième temps, nous discutons de stratégies cognitivo-comportementales pour les aider à gérer leurs envies de fumer. Et souvent la consultation débouche sur la prescription d'un traitement de substitution nicotinique autorisé pendant la grossesse, qui permet de soulager le manque. Nous évaluons aussi les comorbidités psychiatriques et, le cas échéant, nous prescrivons un traitement adapté.

Aussi - et il s'agit des toutes dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé – toute

« En général, les femmes viennent rarement avant la grossesse, ce qui est dommage. »

femme enceinte doit pouvoir être accompagnée dans sa démarche d'arrêt du tabac.

Quel est le profil de vos patientes ?

Il y a beaucoup de femmes seules à cette consultation ou des femmes dont le conjoint n'est pas forcément aidant. Nous leur donnons alors des conseils pratiques pour limiter l'envie de fumer (faire que leur lieu de vie soit non-fumeur mais cela est bien sûr conditionné à l'accord du conjoint). Elles souffrent aussi très fréquemment de comorbidités psychiatriques, la dépression ou le trouble anxieux rendant le sevrage souvent plus difficile.

Pour quels produits les femmes vous demandent-elles de l'aide ?

Pour le tabac, l'alcool, le cannabis, les opiacés, la cocaïne,... pour tous les produits, en fait. Proportionnellement, je dirais que l'on traite 60% de tabac, 30% de cannabis et 10% d'autres substances psycho actives.

Depuis 8 ans que cette consultation existe, avez-vous constaté une mutation dans les produits consommés et, par conséquent, dans les demandes d'aide à l'arrêt que l'on vous fait ?

Exemple de programme :

MAT'AB

Maternités sans tabac
Un réseau de sages-femmes tabacologues engagent des travaux de recherche et réalisent des actions de prévention et d'aide à l'arrêt dans les maternités des régions Rhône-Alpes et Auvergne.
Une journée scientifique est organisée tous les ans en mars au cours de laquelle sont présentés les récents acquis de la recherche.

TAB'EVERE

Comprendre le tabagisme féminin sous ses aspects anthropologique et culturelle.
Une journée scientifique est organisée tous les ans en octobre au cours de laquelle est présenté le produit de la recherche réalisée par un groupe de travail composé d'une philosophe, d'un historien, d'un ethnologue et de chercheurs en sciences artistiques et de l'éducation.

PRAAT

Soirée bimestrielle de formation professionnelle continue à partir d'analyse de cas et d'actualisation des connaissances

Réunions

- A Lyon, tous les 1ers jeudi des mois pairs à Hôp. Edouard Herriot (Lyon)
- A St Etienne
- A Grenoble (en cours de constitution)

Contact

IRAAT - Hôpital de la Croix Rousse
103 Grande rue de la Croix Rousse
69004 LYON
Tél/fax : 04 78 42 59 18
Mail : iraat-lyon@orange.fr
Site internet : www.iraat.fr

Actuellement, on a fréquemment à prendre en charge la co-addiction tabac/cannabis. Certaines jeunes femmes fument beaucoup de cannabis, tous les jours, souvent avec leur conjoint. D'autre part, il y a la problématique de l'alcool car très peu de jeunes femmes viennent consulter pour cela. Or, un certain nombre de femmes présente un mésusage de ce produit en réalité. Donc, pour l'alcool, soit le repérage est insuffisant car on ne questionne peut-être pas assez les femmes à ce sujet, soit les femmes en situation de dépendance ne viennent pas à la consultation parce qu'elles sont dans le déni et dans la fuite. Il y a peut-être aussi un manque de relais d'information.

Quelles sont les conséquences de ces consommations sur le bébé?

Pour l'alcool en particulier, elles sont graves. Souvent elles ne sont pas visibles à la naissance. Je veux dire par là qu'on peut avoir un enfant physiquement normal à la naissance, et ce quelle que soit l'addiction de la mère. C'est par la suite que les conséquences se dévoileront. Pour l'alcool, on a un continuum qui va d'un handicap léger - un bébé normal à la naissance mais des troubles des apprentissages par la suite - jusqu'au syndrome de l'alcoolisation fœtale où le bébé a un faciès particulier typique à la naissance associé à un handicap mental sévère. Le syndrome d'alcoolisation fœtale est d'ailleurs la première cause de handicap mental non génétique en Europe.

« Le fœtus est sensibilisé au produit psycho actif pendant sa vie utérine. Donc, l'enfant sera plus à risque de développer une addiction ultérieurement. »

Pour le cannabis, observe-t-on aussi des conséquences sur l'enfant ?

Le cannabis, comme le tabac, entraîne en plus des risques obstétricaux, des retards de croissance intra-utérine avec des bébés à la naissance présentant un poids, une taille et un périmètre crânien inférieurs à la norme. Souvent, ils naissent prématurés. Ils peuvent présenter un syndrome de manque à la naissance, associé à celui de la nicotine, et un examen neurologique perturbé. En réalité, le cannabis est puissamment délétère sur le cerveau : il entraîne des troubles psychiques, dans le domaine de la cognition en particulier, car il « brouille » les connexions synaptiques. Et ce d'autant plus qu'il reste dans l'organisme pendant plusieurs semaines. Il est également un puissant cancérigène et donc, c'est un produit dangereux, contrairement à sa réputation et aux nombreuses fausses croyances partagées par beaucoup, y compris par Barack Obama !

Et pour le tabac ?

Pour le tabac, ce sont surtout des bébés de petit poids à la naissance - taille et périmètre crânien également diminué à la naissance -, et des bébés plus irritables avec des troubles du sommeil. Des études ont montré des troubles cognitifs et de l'apprentissage chez certains de ces enfants par la suite. De plus, les études montrent qu'ils ont plus de risques de développer des pathologies pulmonaires ou des cancers dans l'enfance. Dans les cas les plus sévères, le tabac peut également entraîner des malformations.

Existe-t-il un risque addictif également ?

Oui. Car le fœtus est sensibilisé au produit psycho actif pendant sa vie utérine. Le cerveau a une mémoire. Donc, l'enfant sera plus à risque de développer une addiction ultérieurement.

Il ne s'agit pas de dédramatiser mais de déculpabiliser et d'aider au mieux les femmes en souffrance.

Comment ces consultations sont-elles vécues par les femmes ?

Quand les femmes viennent en consultation d'addictologie, elles sont toutes en souffrance et culpabilisées de ne pas parvenir à arrêter leur produit. Nous travaillons avec elles cette culpabilité en leur expliquant que la dépendance est une maladie. Nous leur proposons aussi des outils pour les aider.

Ce qui est difficile en fait, c'est la démarche de venir en consultation. Toutes les femmes qui attendent un bébé ont envie d'avoir un beau bébé et un bébé en bonne santé. Toutes. Et elles sont culpabilisées de ne pas avoir réussi à arrêter avant d'être enceintes. Donc nous nous attachons à valoriser leur présence en consultation : il ne s'agit pas de dédramatiser mais de déculpabiliser et d'aider au mieux ces femmes en souffrance.

Quid des conjoints ? Sont-ils eux aussi suivis ?

Nous proposons que le conjoint vienne, mais en pratique ils ne viennent que très rarement. Lorsque le conjoint est là, bien sûr, une aide au sevrage lui est également proposée. Mais il faudrait que la prévention touche de plus en plus la parentalité à l'avenir.



Bibliographie

Anglade, C., Bicheron, F., Bloch, J., Brossard, V., Campgil, D., Caumel-Dauphin, F., et al. (2011). Alcool et grossesse, parlons-en : guide à l'usage des professionnels. [Paris, France] : Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé.

Guillemont & Léon (2008) Alcool et grossesse : connaissances du grand public en 2007 et évolutions en 3 ans. *Evolutions*, 15, 1-6.
INPES (2012), Grossesse et alcool. Vu sur <http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2012/028-grossesse-alcool.asp> le 9 Janvier 2013.

Sokol, R.J., & Clarren, S.K. (1989). Guidelines for use of terminology describing the impact of prenatal alcohol on the offspring. *Alcoholism*, 13, 597-598.

Toutain, S., Simmat-Durand, L., Crenn-Hébert, C., A.-M. Simonpoli, 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, 1273-1280.

Toutain, S. (2010). What women in France say about alcohol abstinence during pregnancy. *Drug and alcohol review*, 29, 184-188.

Alcool et grossesse

Chaque année en France, sur les 800 000 naissances enregistrées environ 8 000 enfants naissent avec des anomalies congénitales et/ou neuro-développementales causées par une exposition in utero à l'alcool (INPES, 2012), ce qui représente environ 1% des naissances.

L'exposition prénatale à l'alcool peut conduire à différentes anomalies :

-Le Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF). Le diagnostic peut être posé lorsque les trois critères suivants sont présents (Sokol & Clarren, 1989):

- Un retard de croissance pré ou post-natal
- Des anomalies du système nerveux central : anomalies neurobiologiques, structurelles ou des malformations du cerveau
- Une dysmorphie cranio-faciale (anomalies mineures du visage)

- des troubles cognitifs ou du comportement qui sont souvent moins évidents et observés plus tardivement : troubles de l'apprentissage, déficit cognitif, ... (Anglade et al. 2011)

Une étude récente (Toutain et al., 2010) réalisée en France à l'Université Paris Descartes a étudié plus spécifiquement les conséquences immédiates ou à long terme pour le nouveau-né de la consommation d'alcool pendant la grossesse. Leur étude a ainsi montré que ces nouveaux-nés étaient non seulement davantage prématurés mais aussi davantage hospitalisés en néonatalogie que les nouveaux-nés de mères qui avaient arrêté

de consommer. Ces nouveaux nés étaient également plus souvent placés en pouponnière et en famille d'accueil et victime de SAF. Cette étude questionne sur le devenir de ces enfants et confirme bien l'influence de la consommation d'alcool maternelle sur le développement des troubles du nouveau-né.

Mais qu'en est-il de la connaissance des risques pour les femmes enceintes ? L'étude de l'INPES de 2007 montre cependant une amélioration des représentations chez les femmes enceintes entre 2004 et 2007. Elles sont significativement plus nombreuses en 2007 qu'en 2004 à affirmer qu'il ne faut pas boire du tout d'alcool pendant la grossesse (Figure 1). Elles sont également plus nombreuses à reconnaître les risques pour le bébé dès le premier verre d'alcool consommé (Figure 2 et 3). Néanmoins, le problème de l'information reste important car 70% des femmes pensent que le risque n'existe pas lorsqu'elles ne prennent qu'un verre. Dans son étude, Toutain (2010) a analysé le discours des femmes enceintes sur les consommations d'alcool dans des forums internet. Les résultats ont montré que le concept d'« abstinence » (qui est mentionné par 80% des utilisatrices d'internet) est mal compris. Pour beaucoup, l'alcool reste quelque chose de social et peut être consommé pendant la grossesse de temps en temps. Ces femmes font également la différence entre vin et bière qui peuvent être tolérés contrairement aux alcools forts. De plus, seuls les trois premiers mois de grossesse sont perçus comme à risque pour le fœtus en ce qui concerne les consommations d'alcool. Très peu de ces futures mères connaissent réellement les risques pour le nouveau-né (20%). Cette étude met également en avant un manque d'information des professionnels de santé. Une interviewée précise même « Il (le gynécologue, ndlr) a dit qu'un verre de vin par jour n'était pas un problème, qu'à l'opposé c'était même très bon pour mon cœur ».

Cette étude montre bien que malgré les progrès réalisés en terme de prévention et d'information du public [Rapport INPES] des efforts doivent être poursuivis pour :

- 1/ **Sensibiliser** encore davantage les professionnels de santé (une étude en cours de rédaction sur les médecins généralistes en Auvergne montrent qu'ils ont des connaissances insuffisantes concernant les problèmes d'alcool). Il semble pour cela intéressant d'encourager la diffusion du guide pratique « **Alcool et grossesse, parlons-en** » et de proposer des formations continues sur ce thème.
- 2/ **Cibler les messages d'information** afin que les femmes enceintes puissent faire des choix éclairés avec des informations validées scientifiquement.

Figure 1. Proportion de personnes estimant que les propositions suivantes sont justes en 2004 et 2007 (en %)

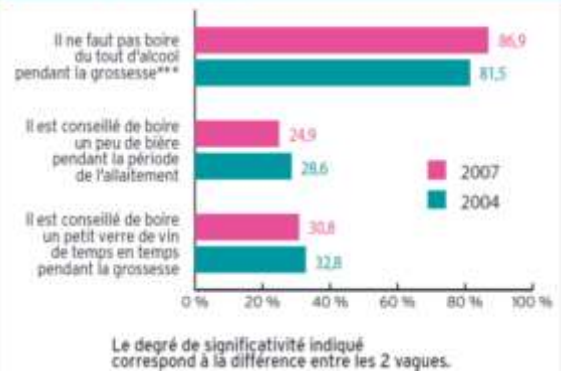


Figure 2. Réponses à la question « À votre avis, à partir de quelle quantité la consommation d'alcool par la femme enceinte comporte-t-elle des risques pour le bébé, qu'il s'agisse de bière, de vin ou d'alcool fort ? » en 2004 et 2007 (en %)

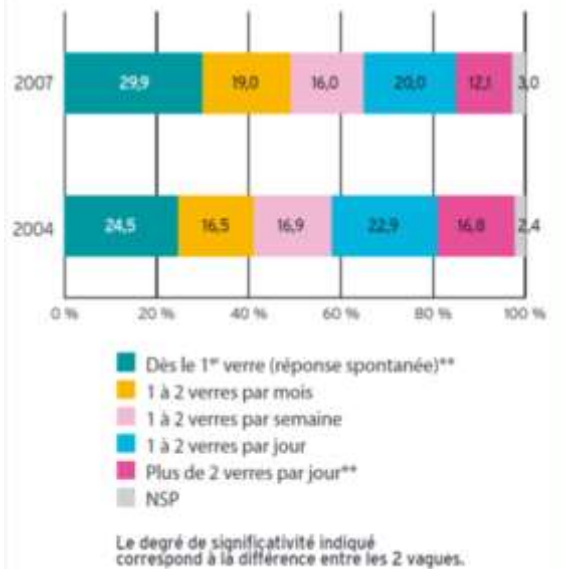


Figure 3. Réponses à la question « D'après vous, quelle est la quantité d'alcool que la femme enceinte peut consommer sans prendre de risque pour son bébé ? » en 2004 et 2007 (en %)

