



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Repérage des troubles de l'usage de substances illicites pendant la grossesse, par les médecins généralistes, dans le Nord.
Une étude quantitative observationnelle.**

Présentée et soutenue publiquement le 19 mars 2025 à 16h00
au Pôle Formation de la Faculté de Médecine Henri Warembourg
par Madame Marine QUENON

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Jan BARAN

Madame le Docteur Roxane GIBERT-VANSPRANGHELS

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Anissa NAKRACHI

TABLE DES MATIERES

AVERTISSEMENTS	4
REMERCIEMENTS	5
ABREVIATIONS	15
I) INTRODUCTION	16
II) MATERIELS ET METHODE	21
A) Recueil de données	21
1) Type d'étude	21
2) Population étudiée	21
3) Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)	21
4) Le questionnaire	22
a) Format	22
b) Contenu	22
c) Test du questionnaire	23
d) Diffusion	23
e) Communication des résultats de l'étude aux participants	23
B) Outils	23
III) RESULTATS	25
A) Observation de l'échantillon	25
1) Constitution de l'échantillon	25
2) Taux de participation	25
3) Description de l'échantillon	26
4) Représentativité de l'échantillon	30
B) Analyse de l'échantillon	30
1) Repérage de l'existence d'un TUS lors d'une découverte de grossesse	31
a) Recherche d'un TUS	32
b) Recherche d'un TUS illicite	32
c) Substances interrogées	32
d) Niveau d'autoévaluation et repérage d'un TUS	33
e) Repérage d'un TUS et caractéristiques sociodémographiques	34
f) Niveau d'autoévaluation et repérage d'un TUS illicite	34
g) Repérage d'un TUS illicite et caractéristiques sociodémographiques	35
2) Repérage de l'existence d'un TUS chez un nouveau patient	35
a) Recherche d'un TUS	35
b) Nouveau patient versus découverte de grossesse pour un TUS	36
c) Recherche d'un TUS illicite	36
d) Nouveau patient versus découverte de grossesse pour un TUS illicite	37
e) Substances interrogées	37

3) Repérage de l'existence d'un TUS lors du suivi de grossesse.....	37
a) Recherche d'un TUS	37
b) Suivi de grossesse patient versus découverte de grossesse pour un TUS....	38
c) Recherche d'un TUS illicite.....	38
d) Suivi de grossesse versus découverte de grossesse pour un TUS illicite.....	38
e) Substances interrogées.....	39
4) Orientation des patientes enceintes présentant un TUS	39
5) Orientation des patients présentant un TUS, hors grossesse	41
6) Connaissances du réseau de soins addictologiques.....	42
7) Freins au repérage	42
IV) DISCUSSION.....	44
A) Récapitulatif des principaux résultats	44
1) Objectif principal	44
2) Objectifs secondaires	44
B) Forces et faiblesses de l'étude	46
1) Représentativité de l'échantillon	46
2) Manque de puissance	47
3) Force de l'étude	47
C) Comparaisons aux données de la littérature	48
1) TUS et grossesse	48
2) TUS et nouveau patient.....	51
3) Outils à disposition des MG.....	52
a) Niveau de connaissances en addictologie et abord du TUS	52
b) Orientation et connaissances du réseau de soins addictologiques	53
4) Freins au repérage des TUS	54
5) Élargissement du repérage des TUS	55
V) CONCLUSION	57
REFERENCES.....	59
ANNEXES.....	63

AVERTISSEMENTS

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Le directeur et l'auteur de cette thèse déclarent n'avoir aucun lien ou conflit d'intérêt en rapport avec ce travail.

ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DPC : Développement Professionnel Continu

DPO : Délégué à la Protection des Données

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DU : Diplôme Universitaire

EUDA : European Union Drug Agency

GEGA : Groupe d'Étude Grossesse et Addiction

IDE : Infirmier Diplômé d'État

MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

TUS : Trouble de l'Usage de Substance

UE : Union Européenne

URPS : Unions Régionales des Professionnels de Santé

I) INTRODUCTION

La grossesse est un moment crucial dans la vie d'une femme, caractérisée par des changements physiques, psychologiques et sociaux. La santé de la mère et celle du fœtus sont intimement liées.

Le nombre de grossesses par an n'est pas connu de façon précise, mais peut être estimé. Ainsi en France, 678 000 naissances ont été rapportées en 2023 (1). Ce chiffre correspond au nombre de grossesses menées à terme, et n'inclut pas les grossesses interrompues. On estime à environ 220 000 le nombre d'interruptions volontaires de grossesses par an en France (2). Les estimations internationales indiquent qu'environ 10 à 20% des grossesses connues se soldent par une fausse-couche, chiffre difficilement confirmable (2).

En somme, le nombre de grossesses par an en France avoisinerait le million.

Lors de cette période de transformations majeures, la grossesse rend les femmes particulièrement vulnérables à divers facteurs de risque pouvant affecter leur bien-être et celui du fœtus (3).

Parmi ces facteurs, les consommations de substances illicites représentent un enjeu critique, car elles exposent non seulement la mère à des complications médicales et psychosociales, mais aussi le fœtus à des effets délétères potentiellement graves (4), tels que des troubles du développement, un retard de croissance intra-utérin, ou des pathologies néonatales.

Dans ce contexte, et devant le nombre important de grossesses par an en France, le trouble de l'usage de substances (TUS) pendant la grossesse constitue un enjeu majeur de santé publique : leur existence constitue donc un critère de grossesse à risque.

Dans l'Union Européenne (UE), selon la European Union Drugs Agency (EUDA) (5), on estime que 30 millions de femmes entre 15 et 64 ans ont testé une drogue illicite à un moment de leur vie.

Bien qu'on retrouve plus de consommateurs de sexe masculin, la différence entre les deux genres en matière de consommation est de plus en plus faible, notamment chez les plus jeunes (5). Les femmes représentaient en 2023 dans l'UE environ un quart de l'ensemble des personnes avec des TUS (5).

Dans les derniers rapports de l'EUDA et du Réseau Européen d'Urgence en matière de Drogue (Euro-DEN), les produits à usage récréatif les plus fréquemment retrouvés chez les Européens sont le cannabis, la cocaïne et l'héroïne (6). La drogue illicite la plus couramment consommée est le cannabis, la France est le pays de l'UE avec le plus grand nombre de consommateurs (7).

Bien que les chiffres de consommation du cannabis tendent à se stabiliser ces dernières années, ce n'est pas le cas pour d'autres produits, comme la cocaïne, deuxième substance illicite la plus consommée en UE (7). En effet, certains indicateurs, comme les saisies de cocaïne, en hausse depuis les dix dernières années, pourraient être un signe indirect en faveur d'une expansion du nombre de consommateurs (7).

Concernant l'héroïne, il s'agit de la troisième drogue la plus fréquemment signalée. Il est à noter que les consommateurs d'héroïne constituent un groupe vieillissant, dont le nombre est en diminution. Cependant, l'héroïne demeure l'une des substances qui continue d'être associée à une grande morbidité et mortalité liée aux TUS en UE (7).

En outre, en France, une étude publiée en mars 2023 s'appuyant sur les données extraites de l'étude OPPIDUM, met en évidence que la consommation de substances

illicites chez les femmes enceintes a évolué entre 2005 et 2018. Elle suggère une augmentation significative, sur la période étudiée, de la consommation de cannabis et de cocaïne, et une diminution de la consommation d'héroïne (8).

Dans un article publié en 2011, Beck et al. analysent le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. Cette étude souligne que le simple fait d'interroger les patients sur un éventuel TUS en consultation a un effet préventif démontré (9).

Depuis 2007, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande la systématisation du dépistage des TUS en médecine générale (10). L'objectif est d'intégrer la prise en compte des TUS au même titre que tout autre facteur de risque pouvant engendrer des complications médicales.

Ainsi, le repérage précoce des TUS illicites chez les femmes enceintes semble donc essentiel pour instaurer une prise en charge adaptée (11). Cependant, celui-ci est complexe, en raison de la nature souvent cachée de la consommation, des représentations associées, du manque d'informations, de temps ou de connaissances de la part des professionnels de santé (12).

De plus, la grossesse est un moment opportun pour accompagner les femmes enceintes dans la diminution voire l'arrêt des consommations (13). En effet, cette période semble associée à une réduction des consommations de substances illicites (14), notamment motivée par l'intérêt de la mère pour la santé de son bébé (15).

Une recherche rapide de la littérature internationale existante sur Pubmed effectuée le 17 février 2025 révèle 33 169 occurrences pour l'équation de recherche « pregnancy alcohol », et 7 659 pour « pregnancy tobacco ».

Concernant les substances illicites, les résultats sont différents : l'équation « pregnancy cannabis » retrouve 1 528 occurrences, 3 176 pour « pregnancy cocaine » et 960 pour « pregnancy heroin ».

En France, la question concernant une consommation d'alcool ou de tabac est normalement systématiquement posée chez la femme enceinte, notamment *via* la trame du cahier de santé maternité (ou cahier de grossesse), financé par les départements et remis à toute femme enceinte à l'issue du premier examen pré-natal obligatoire (16). On remarque que la question concernant les autres substances n'est pas aussi détaillée (Annexe n°1).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il est fortement recommandé que les professionnels de santé interrogent « toutes les femmes enceintes sur leur consommation d'alcool et d'autres substances (passées et présentes) dès le début de la grossesse et lors de chaque visite prénatale » (17).

Le médecin généraliste, grâce à son rôle en première ligne dans le système de soins, est en mesure d'identifier des facteurs de risque susceptibles de compliquer la grossesse. La relation de confiance qu'il entretient, souvent dans le temps, lui permet grâce à sa place privilégiée d'aborder des sujets sensibles, de permettre un dépistage précoce et d'entreprendre des mesures préventives appropriées (18). Même si le médecin généraliste n'est pas souvent amené à effectuer le suivi médical de la

grossesse, il est régulièrement amené à voir ses patientes enceintes durant la grossesse, parfois pour des motifs non obstétricaux. Ces temps de consultation sont autant de temps d'échanges possibles pour repérer d'éventuels TUS.

L'objectif principal de notre travail est de déterminer si toutes les femmes enceintes lors du premier rendez-vous de grossesse et présentant un TUS illicite ont l'opportunité d'en parler à leur MG.

Les objectifs secondaires sont d'analyser quels TUS étaient interrogés par les MG, lors des différents moments de rencontre du patient hors et pendant la grossesse, de déterminer si les MG ont les outils pour appréhender cette problématique, et quels sont les potentiels freins au repérage des TUS.

II) MATERIELS ET METHODE

A) Recueil de données

1) Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, observationnelle, descriptive et transversale. Le recueil de données s'est fait *via* un questionnaire anonyme.

2) Population étudiée

Les critères d'inclusion de l'étude sont :

- Être médecin généraliste en exercice.
- Exercer dans le territoire correspondant au département du Nord.
- Être installé avec un mode d'exercice libéral.

Les médecins généralistes à mode d'exercice particulier exclusif sont exclus de la population étudiée.

3) Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)

Le recueil des données s'inscrit dans le cadre éthique, déontologique et réglementaire selon la loi Informatique et Libertés de 1978 modifiée et le règlement européen général sur la protection des données à caractère personnel entré en vigueur en mai 2018.

Au vu de la méthode, notre étude n'a pas nécessité de demande d'avis auprès du Comité de Protection des Personnes.

Du fait de la détention d'une base de données concernant les MG du Nord, une déclaration CNIL spécifique a été effectuée auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) dans le registre du Centre Hospitalier de Tourcoing sous la référence CHT/URC/2024/05.

4) Le questionnaire

Le questionnaire était anonyme, associé à un court texte de présentation.

a) Format

Le questionnaire était disponible sous format électronique, créé grâce au logiciel gratuit Lime Survey.

b) Contenu

Le questionnaire (Annexe n°2) était composé de 21 questions, à choix unique ou multiple, afin de faciliter le remplissage par les médecins et de permettre une meilleure exploitation des données.

La sélection d'une réponse était obligatoire : il n'était pas possible de poursuivre le questionnaire si une réponse n'était pas renseignée.

Quelques questions n'étaient accessibles qu'à la condition d'avoir sélectionné une certaine proposition au préalable.

Pour plusieurs questions, le choix « autre » était proposé dans l'hypothèse où les participants ne trouvaient pas leur réponse dans les propositions indiquées.

Ces questions étaient réfléchies en trois parties :

- La première partie identifiait la pratique des MG en matière de repérage des TUS lors de la rencontre d'un nouveau patient, puis au cours des découvertes et suivis de grossesse.
- La deuxième partie visait à évaluer les connaissances des MG sur l'impact des TUS pendant la grossesse, les structures de recours identifiées et l'existence d'une relation privilégiée avec celles-ci.

- Enfin, la troisième partie était consacrée aux renseignements administratifs : sexe, âge, lieu d'exercice, type d'activité, existence d'une formation en addictologie.

Le temps de lecture et de réponse du questionnaire ne dépassait pas 5 minutes.

c) Test du questionnaire

Le questionnaire a été préalablement testé auprès de 4 MG libéraux (n = 4) installés dans le Nord, et 3 addictologues hospitaliers, afin d'en évaluer la cohérence, la clarté des questions et d'attester de son intérêt.

d) Diffusion

Le questionnaire a été diffusé *via* les adresses mails sécurisées MSSanté ou Apycrypt des MG.

Deux relances ont été réalisées auprès de tous les MG ayant reçu un questionnaire par mail : la première à un mois du premier envoi, la seconde à deux mois.

e) Communication des résultats de l'étude aux participants

Une adresse mail a été créée afin d'adresser aux MG qui le souhaitent les résultats de cette étude, tout en préservant leur anonymat.

B) Outils

Les réponses ont été extraites du logiciel LimeSurvey sur un document du logiciel Microsoft Excel® version 2023 (Microsoft Corporation, Redmond, WA). Toutes les analyses ont été faites avec le logiciel R version 2024.12.0, avec un seuil de significativité fixé à 0,05.

Dans un premier temps, nous avons effectué des analyses descriptives sur les caractéristiques des répondants de l'étude.

Pour les analyses comparatives, nous avons utilisé le test du χ^2 , ou test exact de Fisher lorsque les conditions n'étaient pas remplies.

Si l'association était significative, nous avons fait un test de comparaison post hoc pour comparer les modalités deux à deux.

Les autres variables du questionnaire ont été décrites à l'aide d'effectifs et de pourcentages.

Afin d'étudier la représentativité de l'échantillon, nous avons utilisé un test d'ajustement multinomial, qui est l'extension de la loi binomiale dans le cas où il y a plus de deux modalités possibles. En utilisant ce test, nous pouvons comparer la répartition dans les tranches d'âge pour notre échantillon par rapport à la population de référence.

III) RESULTATS

A) Observation de l'échantillon

1) Constitution de l'échantillon

La population de MG étudiée a été extraite *via* les données de l'Annuaire Santé à la date du 21 mai 2024 (19). Les données ont été regroupées dans un document Microsoft Excel, mentionnant pour chaque MG le nom, le prénom, le numéro RPPS, le mode d'exercice, l'adresse postale du lieu d'installation, l'adresse mail sécurisée Apycrypt ou MSSanté. 2069 MG installés en libéral étaient ainsi répertoriés dans le département du Nord.

Après vérification manuelle des noms de MG en doublon (ex : 2 lieux d'exercice), et exclusion des MG à mode d'exercice particulier exclusif (ex : activité SOS médecin unique, ostéopathie, médecine du sport, etc.), 1835 MG ont été inclus dans notre étude, soit 88,69%.

Après envoi des 1835 mails, 26 MG ont été exclus car l'envoi du mail n'a pas pu aboutir.

Au total, 1809 MG ont été contactés, représentant 87,43% de la population des MG du Nord.

2) Taux de participation

Après une période d'inclusion de 3 mois, comportant 2 relances, 308 réponses au questionnaire ont été enregistrées, soit un taux de participation de 17,03%.

49 réponses ont dû être exclues lors de l'analyse car le questionnaire n'avait pas été entièrement complété.

259 réponses ont donc pu être analysées, constituant l'échantillon de notre étude. Le taux de réponses complètes à notre questionnaire était donc de 14,32%.

La constitution de l'échantillon est résumée par le diagramme de flux suivant (Figure 1).

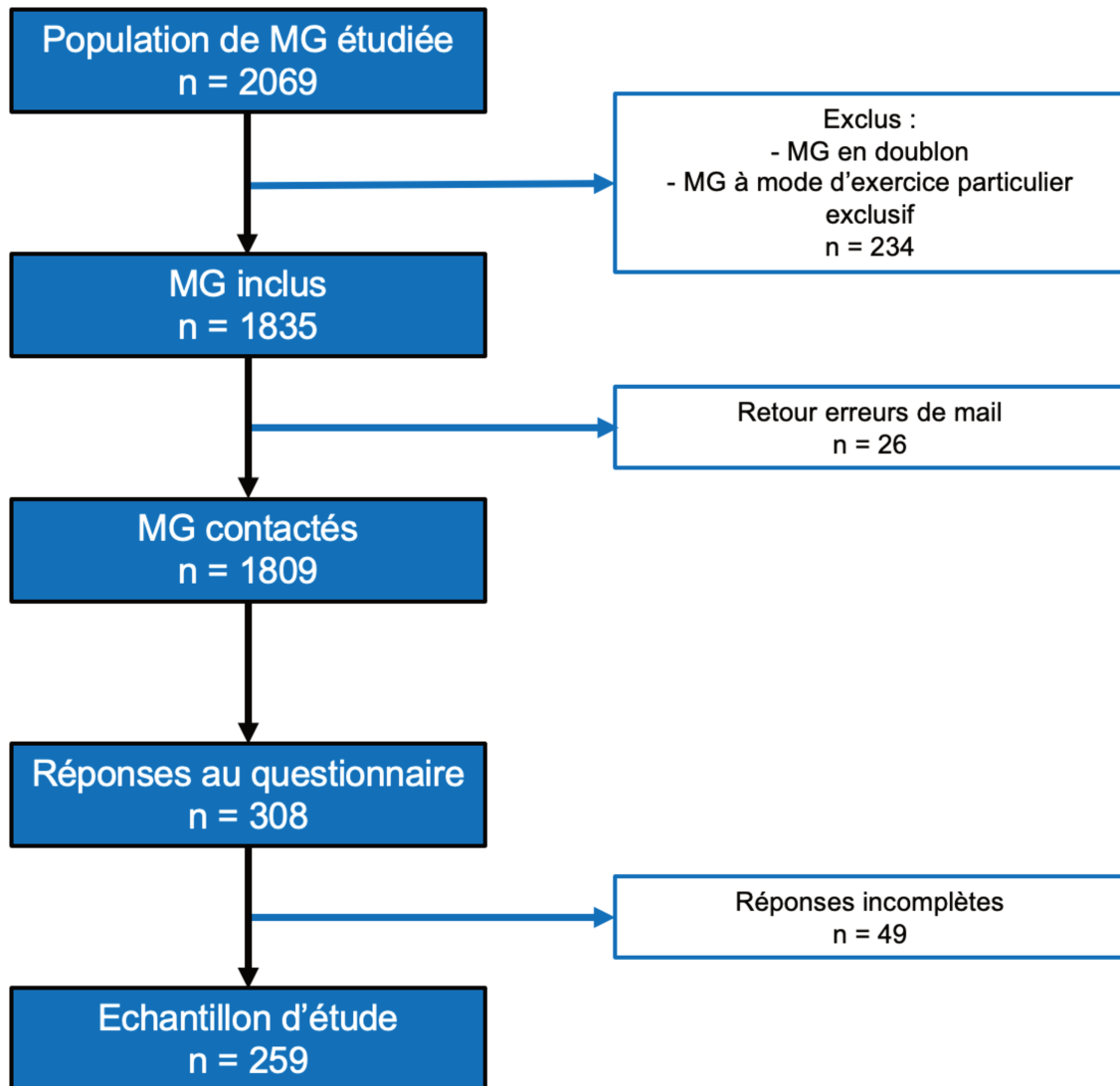


Figure 1 : Diagramme de flux

3) Description de l'échantillon

L'échantillon était composé de 52,90% de femmes, et de 47,10% d'hommes.

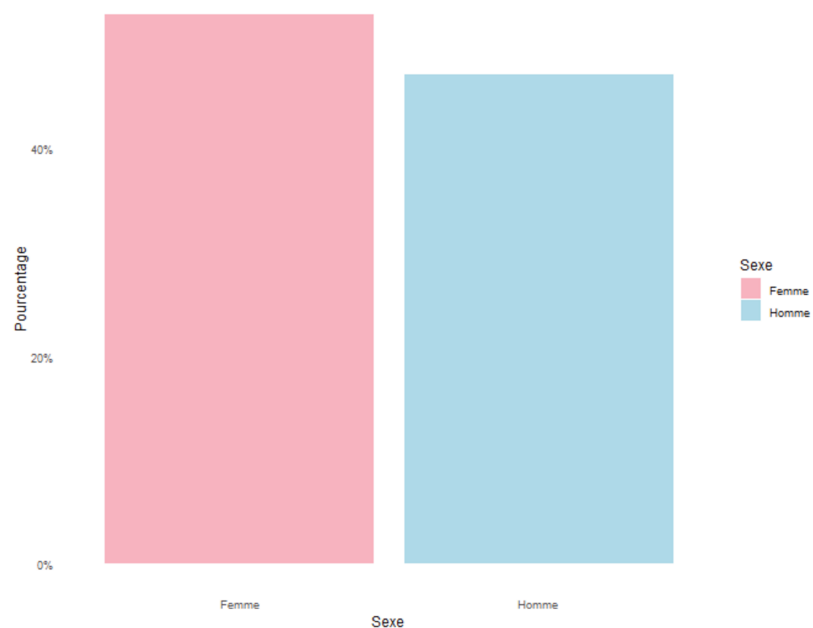


Figure 2 : Répartition en pourcentage par sexe

Les classes d'âges ont été décrites par tranches de cinq années. Les 3 classes d'âge majoritaires des répondants sont celles des médecins de 30-34 ans (23,55%), des 35-39 ans (23,55%) et des 40-44 ans (14,29%).

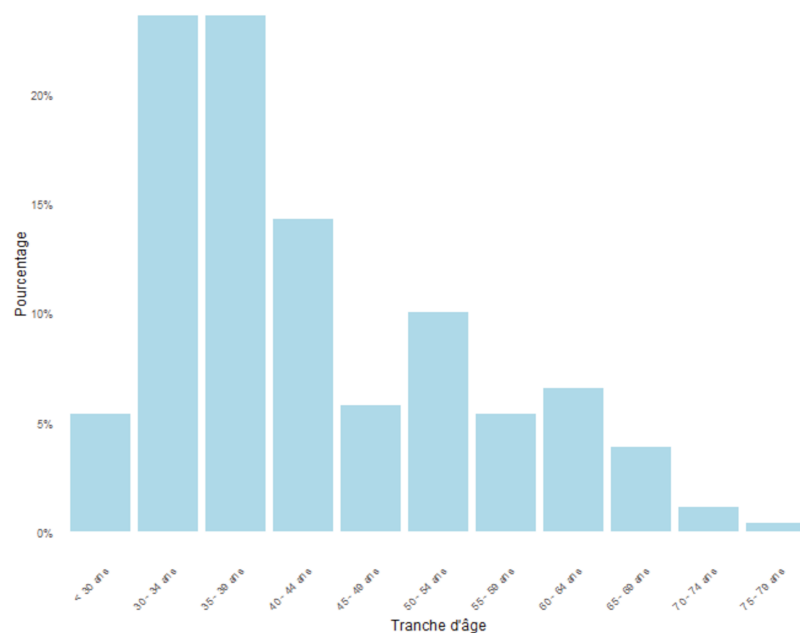


Figure 3 : Répartition en pourcentage par tranches d'âge

Le lieu d'exercice était urbain à 59,85%, semi-rural à 30,12% et rural à 10,04%.

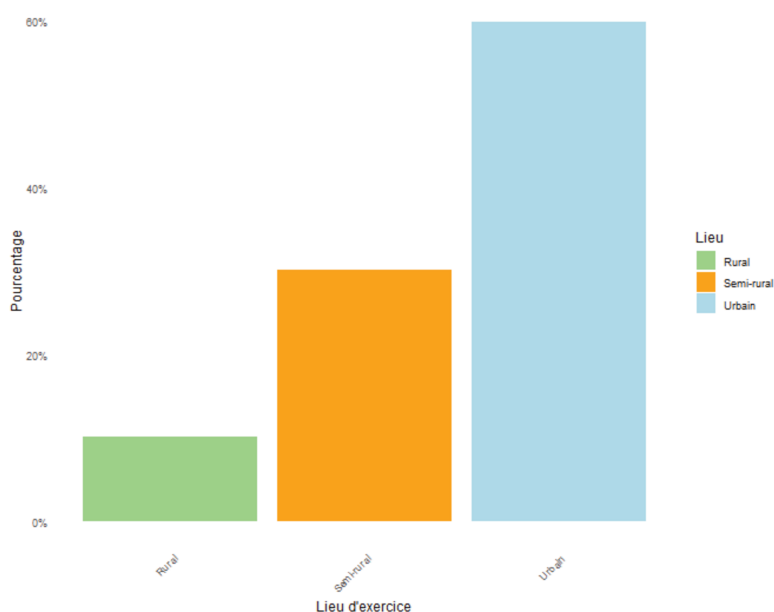


Figure 4 : Répartition en pourcentage par lieu d'exercice

Le mode d'exercice était en grande majorité libéral exclusif à 93,44%, et salarié à 0,77%. 5,79% des répondants de notre échantillon ont indiqué avoir un exercice mixte avec des activités libérales et salariées (en milieu hospitalier, en ville, en PMI, en milieu pénitencier, en EHPAD).

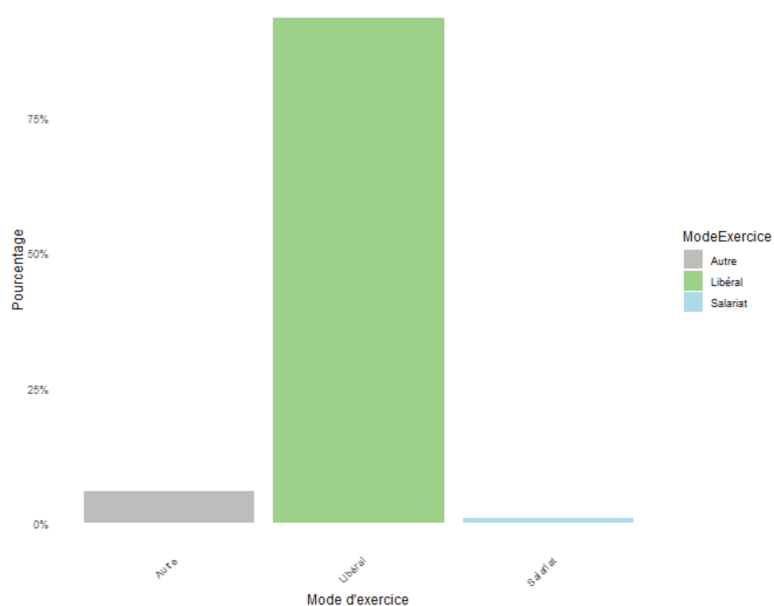


Figure 5 : Répartition en pourcentage par mode d'exercice

92,28% des médecins de l'échantillon déclarent ne pas avoir reçu de formation spécifique en addictologie. 7,72% des répondants déclarent avoir été formés à l'addictologie, notamment par le moyen de Diplômes Universitaires (DU), de modules de Développement Professionnel Continu (DPC), ou lors de stage au cours de leur internat.

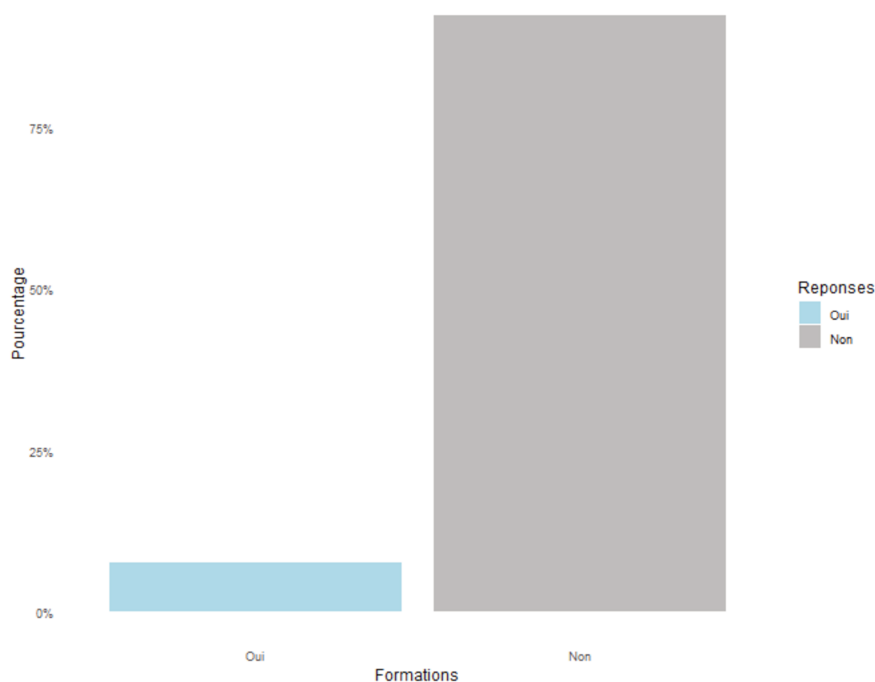


Figure 6 : Répartition en pourcentage par formation spécifique en addictologie

La description sociodémographique de l'échantillon est résumée par le tableau suivant (Annexe n°3).

Les MG interrogés avaient la possibilité d'autoévaluer leur niveau de connaissance de l'usage des TUS sur le développement fœtal. 26 (10,04%) se déclarent novices, 149 (57,53%) s'estiment sensibilisés, 81 (31,27%) se disent compétents en situations courantes, 2 (0,77%) se sentent confirmés dans la gestion de situations complexes, et 1 (0,39%) s'autoévalue comme expert.

	<u>N = 259 (%)</u>
Expert : je domine le sujet, je suis capable de le faire évoluer, de former sur le sujet	1 (0,39)
Confirmé : j'ai des connaissances approfondies, je suis capable de traiter de façon autonome les situations complexes ou inhabituelles	2 (0,77)
Compétent : j'ai des connaissances générales, je suis capable de traiter de façon autonome les situations courantes	81 (31,27)
Sensibilisé : j'ai des connaissances élémentaires, des notions, je suis capable de faire mais en étant accompagné	149 (57,53)
Novice : je n'ai jamais eu à mobiliser mes connaissances	26 (10,039)

Tableau 1 : Autoévaluation du niveau de connaissances de l'échantillon d'étude

4) Représentativité de l'échantillon

Selon les données du dernier recensement de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Hauts-de-France sur la démographie médicale dans le département du Nord en 2020, la part de médecins généralistes de sexe féminin est de 39,2%. Après analyse, la proportion de femmes de l'échantillon n'est pas représentative de la population générale ($p < 10^{-5}$).

Concernant l'âge, les tranches d'âge majoritaires dans le Nord sont les 55-59 ans et les 60-65 ans (20). En comparaison avec les données de l'ARS, nous constatons que l'échantillon n'est pas représentatif de la répartition par tranches d'âge de la population générale ($p < 0,05$).

B) Analyse de l'échantillon

Les tableaux suivants récapitulent les principaux résultats de notre étude.

	Découverte de grossesse N = 259 (%)	Nouveau patient N = 259 (%)	Suivi de grossesse N = 259 (%)
Toujours	134 (51,74)	84 (32,43)	56 (21,62)
Souvent	61 (23,55)	80 (30,89)	76 (29,34)
Parfois	46(17,76)	83 (32,05)	85 (32,82)
Jamais	18 (6,95)	12 (4,63)	42 (16,22)

Tableau 2 : Conduites de repérage des TUS des MG de l'échantillon

	Découverte de grossesse N = 241 (%)	Nouveau patient N = 247 (%)	Suivi de grossesse N = 217 (%)
Toujours	61 (25,31)	23 (9,31)	29 (13,36)
Souvent	64 (26,56)	76 (30,77)	65 (29,95)
Parfois	96 (39,83)	141 (57,09)	100 (46,08)
Jamais	20 (8,30)	7 (2,83)	23 (10,60)

Tableau 3 : Conduites de repérage des TUS illicites des MG de l'échantillon

	Découverte de grossesse N = 241 (%)	Nouveau patient N = 247 (%)	Suivi de grossesse N = 217 (%)
Tabac	241 (100)	246 (99,60)	216 (99,54)
Alcool	236 (97,93)	228 (92,31)	197 (90,78)
Cannabis	119 (49,38)	134 (54,25)	79 (36,41)
Cocaïne	60 (24,90)	53 (21,46)	34 (15,67)
Héroïne	57 (23,65)	48 (19,43)	32 (14,75)
Médicaments	152 (63,07)	114 (46,15)	114 (52,53)
Autre	10 (4,15)	10 (4,05)	8 (3,69)

Tableau 4 : Substances interrogées par les MG de l'échantillon

1) Repérage de l'existence d'un TUS lors d'une découverte de grossesse

Notre critère de jugement principal est de déterminer si toutes les femmes enceintes lors du premier rendez-vous de grossesse ont l'opportunité d'en parler à leur MG d'un éventuel TUS illicite.

a) Recherche d'un TUS

On retrouve ici que 51,74% des MG répondants posent toujours la question à leur patiente lors d'une découverte de grossesse ; 23,55% la posent souvent, 17,76% la posent parfois ; et 6,95% ne la posent jamais.

b) Recherche d'un TUS illicite

Parmi les médecins repérant « toujours », « souvent » et « parfois » un TUS : 25,31% recherchent toujours la consommation de substances illicites, 26,56% souvent, 39,83% parfois, et 6,95% des MG ne le demandent pas.

c) Substances interrogées

Parmi les médecins repérant « toujours », « souvent » et « parfois » un TUS : 100% des MG répondants questionnent une consommation de tabac, 97,93% une consommation d'alcool, 63,07% une consommation de médicaments. Les substances illicites comme le cannabis, la cocaïne et l'héroïne sont recherchées respectivement à 49,38%, 24,90% et 23,65%.

4,15% des MG interrogés ont répondu « autres » et ont détaillé en expliquant interroger l'utilisation de CBD, cigarette électronique, protoxyde d'azote. 2 MG ont également expliqué ne pas détailler les substances aux patientes et questionner le TUS « en général pour ouvrir le dialogue ».

En comparant 2 à 2 les substances, il existe des différences significatives entre certains produits interrogés par les MG de l'échantillon :

- Le tabac est significativement plus interrogé que l'alcool, la cocaïne, l'héroïne et les médicaments ;

- L'alcool n'est pas significativement plus interrogé que les autres produits (p-values > 0,05) ;
- Les médicaments sont significativement plus interrogés que le cannabis, la cocaïne et l'héroïne ;
- Le cannabis est significativement plus interrogé que la cocaïne et l'héroïne ;
- La cocaïne est significativement plus interrogée que l'héroïne.

	p value
Tabac et alcool	< 0,001
Tabac et cannabis	0,85
Tabac et cocaïne	< 0,001
Tabac et héroïne	< 0,001
Tabac et médicaments	< 0,001
Alcool et cannabis	0,060
Alcool et cocaïne	0,34
Alcool et héroïne	0,59
Alcool et médicaments	1
Cannabis et cocaïne	< 0,001
Cannabis et héroïne	< 0,001
Cannabis et médicaments	0,0035
Cocaïne et héroïne	< 0,001
Cocaïne et médicaments	0,00057
Héroïne et médicaments	0,00052

Tableau 5 : Comparaison 2 à 2 des différents produits interrogés lors d'une découverte de grossesse, par les MG de l'échantillon de l'étude

d) Niveau d'autoévaluation et repérage d'un TUS

Une association entre la recherche d'un TUS dans le contexte de découverte de grossesse et le niveau d'autoévaluation des connaissances des MG a été analysée. La p-value étant inférieure à 0,05, le fait d'interroger sur l'existence d'un TUS est relié au fait de s'estimer « sensibilisé », « compétent », « confirmé » ou « expert » sur le sujet.

	Autoévaluation					p value
	Expert	Confirmé	Compétent	Sensibilisé	Novice	
Toujours	1 (0,39)	1 (0,39)	49 (18,92)	76 (29,34)	7 (2,70)	0,0085
Souvent	0 (0)	0 (0)	17 (6,56)	40 (15,44)	4 (1,54)	
Parfois	0 (0)	1 (0,39)	13 (5,02)	22 (8,49)	10 (3,86)	
Jamais	0 (0)	0 (0)	2 (0,77)	11 (4,25)	5 (1,93)	

Tableau 6 : Repérage d'un TUS selon l'autoévaluation des MG lors d'une découverte de grossesse

e) Repérage d'un TUS et caractéristiques sociodémographiques

Il n'y avait pas de différence significative dans l'analyse sur une éventuelle association entre le fait de questionner un TUS lors d'une découverte de grossesse et le profil sociodémographique des MG répondants. Les p-values sont non significatives, et ne permettent donc pas de conclure statistiquement.

	p value
Sexe	0,68
Age	0,39
Lieu d'exercice	0,84
Mode d'exercice	0,48
Formation en addictologie	0,49
Niveau d'informations sur les structures	0,83

Tableau 7 : Repérage de l'existence d'un TUS selon les caractéristiques sociodémographiques des MG, lors d'une découverte de grossesse

f) Niveau d'autoévaluation et repérage d'un TUS illicite

La p-value étant de 0,049, le fait d'interroger sur l'existence d'un TUS illicite est relié au fait de s'estimer « sensibilisé », « compétent », « confirmé » ou « expert » sur le sujet ; et que le fait de ne pas interroger l'existence d'un TUS illicite est relié au fait de se sentir « novice ».

	Autoévaluation					p value
	Expert	Confirmé	Compétent	Sensibilisé	Novice	
Toujours	1 (0,41)	1 (0,41)	25 (10,37)	32 (13,28)	2 (0,83)	0,049
Souvent	0 (0)	0 (0)	19 (7,88)	42 (17,43)	3 (1,24)	
Parfois	0 (0)	1 (0,41)	30 (12,45)	55 (22,82)	10 (4,15)	
Jamais	0 (0)	0 (0)	5 (2,07)	9 (3,73)	6 (2,49)	

***Tableau 8 :** Repérage d'un TUS illicite réponse l'autoévaluation des MG, lors d'une découverte de grossesse*

g) Repérage d'un TUS illicite et caractéristiques sociodémographiques

Les p-values sont non significatives ($> 0,05$) et ne permettent pas de conclure statistiquement à l'association entre repérage d'un TUS illicite et le profil sociodémographique des MG répondants.

	p value
Sexe	0,85
Age	0,35
Lieu d'exercice	0,20
Mode d'exercice	0,13
Formation en addictologie	0,86
Niveau d'informations sur les structures	0,17

***Tableau 9 :** Repérage de l'existence d'un TUS illicite selon les caractéristiques sociodémographiques des MG, lors d'une découverte de grossesse*

2) Repérage de l'existence d'un TUS chez un nouveau patient

a) Recherche d'un TUS

La recherche d'un TUS, quelle que soit la substance, par les MG lors de la rencontre avec un nouveau patient a également été questionnée. Il apparaît que 32,43% des MG

répondants posent toujours la question au nouveau patient rencontré ; 30,89% la posent souvent, 32,05% la posent parfois ; et 4,63% ne la posent jamais.

b) Nouveau patient versus découverte de grossesse pour un TUS

En comparant les réponses des MG dans le cadre d'une découverte de grossesse *versus* lors d'une rencontre avec un nouveau patient, on remarque qu'il existe une différence significative entre les 2 situations ($p < 0,001$). Les répondants sont plutôt constants dans leurs réponses : les MG interrogeant lors d'une découverte de grossesse le font également lors de la rencontre d'un nouveau patient, ceux qui n'interrogent jamais ne le font pas dans les 2 situations.

		Découverte de grossesse				p value
		Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	< 0,001
Nouveau patient	Jamais	4 (1,54)	5 (1,93)	1 (0,39)	2 (0,77)	
	Parfois	6 (2,32)	22 (8,49)	24 (9,27)	31 (11,97)	
	Souvent	4 (1,54)	12 (4,63)	22 (8,49)	42 (16,22)	
	Toujours	4 (1,54)	7 (2,70)	14 (5,41)	59 (22,78)	

***Tableau 10 : Repérage d'un TUS lors de la rencontre avec un nouveau patient
versus lors d'une découverte de grossesse par les MG de l'échantillon***

c) Recherche d'un TUS illicite

Parmi les MG repérant « toujours », « souvent » et « parfois » un TUS lors de la rencontre avec un nouveau patient : 9,31% recherchent toujours la consommation de substances illicites, 30,77% souvent, 57,09% parfois, et 2,83% des MG ne le demandent pas.

d) Nouveau patient versus découverte de grossesse pour un TUS
illicite

On retrouve ici aussi une différence significative ($p < 0,001$) : les répondants sont également constants dans leurs réponses. Les MG repérant l'existence d'un TUS illicite lors d'une découverte de grossesse interrogent également lors de la rencontre d'un nouveau patient, ceux qui n'interrogent jamais ne le font pas dans les 2 situations.

		Découverte de grossesse				p value
		Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	< 0,001
Nouveau patient	Jamais	6 (2.58)	1 (0.43)	0 (0)	0 (0)	
	Parfois	10 (4.29)	77 (33.05)	22 (9.44)	22 (9.44)	
	Souvent	2 (0.86)	13 (5.58)	34 (14.59)	24 (10.30)	
	Toujours	1 (0.43)	1 (0.43)	6 (2.58)	14 (6.01)	

Tableau 11 : Repérage d'un TUS illicite lors de la rencontre avec un nouveau patient
versus lors d'une découverte de grossesse par les MG de l'échantillon

e) Substances interrogées

Parmi les médecins repérant chez les nouveaux patients « toujours », « souvent » et « parfois » un TUS : 99,60% des MG répondants recherchent une consommation de tabac, 92,31% questionnent à propos d'une consommation d'alcool. Les substances illicites comme le cannabis, la cocaïne et l'héroïne sont recherchées respectivement à 54,25%, 21,46% et 19,43%. Les médicaments sont eux interrogés à 46,15%.

3) Repérage de l'existence d'un TUS lors du suivi de grossesse

a) Recherche d'un TUS

Ici 21,62% des MG répondants posent toujours la question à une patiente suivie lors de sa grossesse ; 29,34% la posent souvent, 32,82% la posent parfois ; et 16,22% ne la posent jamais.

b) Suivi de grossesse patient versus découverte de grossesse pour un TUS

Il existe ici aussi une différence significative entre les 2 situations ($p < 0,001$). Les MG interrogants lors d'une découverte de grossesse interrogent également lors du suivi de grossesse, ceux qui n'interrogent jamais ne le font pas dans les 2 situations.

		Suivi de grossesse				p value
		Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	< 0,001
Découverte de grossesse	Jamais	11 (4,25)	4 (1,54)	3 (1,16)	0 (0)	
	Parfois	11 (4,25)	17 (6,56)	11 (4,25)	7 (2,70)	
	Souvent	8 (3,09)	25 (9,65)	21 (8,11)	7 (2,70)	
	Toujours	12 (4,63)	39 (15,06)	41 (15,83)	42 (16,22)	

Tableau 12 : Repérage d'un TUS illicite lors d'un suivi de grossesse versus lors d'une découverte de grossesse par les MG de l'échantillon

c) Recherche d'un TUS illicite

Parmi les médecins repérant « toujours », « souvent » et « parfois » un TUS lors d'un suivi de grossesse : 13,36% recherchent toujours la consommation de substances illicites, 29,95% souvent, 46,08% parfois, et 10,60% des MG ne le demandent pas.

d) Suivi de grossesse versus découverte de grossesse pour un TUS illicite

On retrouve ici aussi une différence significative ($p < 0,001$) : les MG interrogants l'existence d'un TUS illicite lors d'une découverte de grossesse interrogent également lors d'un suivi de grossesse, ceux qui n'interrogent jamais ne le font pas dans les 2 situations.

		Suivi de grossesse				p value
		Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	< 0,001
Découverte de grossesse	Jamais	12 (5.71)	4 (1.90)	1 (0.48)	0 (0)	
	Parfois	8 (3.81)	52 (24.76)	12 (5.71)	5 (2.38)	
	Souvent	2 (0.95)	20 (9.52)	32 (15.24)	3 (1.43)	
	Toujours	0 (0)	20 (9.52)	18 (8.57)	21 (10)	

***Tableau 13 :** Repérage d'un TUS illicite lors d'un suivi de grossesse versus lors d'une découverte de grossesse par les MG de l'échantillon*

e) Substances interrogées

Parmi les médecins repérant lors des suivis de grossesse « toujours », « souvent » et « parfois » un TUS : 99,54% des MG répondants recherchent une consommation de tabac, 90,78% une consommation d'alcool, et 52,53% une consommation médicamenteuse. Les substances illicites comme le cannabis, la cocaïne et l'héroïne sont recherchées respectivement par 36,41%, 15,67% et 14,75% des MG répondants.

4) Orientation des patientes enceintes présentant un TUS

Lorsque les MG de l'échantillon ont connaissance du TUS chez une patiente enceinte, ces derniers l'orientent vers des confrères ou structures spécialisés dans 90,35% des cas.

Une patiente pouvant être adressée à plusieurs endroits simultanément, le total de réponses est ici supérieur au nombre de MG répondants.

Les structures d'orientation sont majoritairement les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), et les services hospitaliers de gynécologie-obstétrique, respectivement à 64,96% et 55,98%.

25,21% des MG répondants orientent vers la PMI, 22,65% vers des équipes de liaison en addictologie, 20,51% vers un gynécologue-obstétricien libéral.

Les patientes sont redirigées dans 18,80% des cas vers des hôpitaux de jour d'addictologie, et 18,38% dans un centre d'hospitalisation en addictologie (cure ou post-cure).

8,12% des patientes sont adressées vers des sage-femmes libérales.

3,85% des patientes sont orientées pour sevrage dans un service de médecine, et 2,14% dans un service de psychiatrie.

Enfin 2,14% des MG adressent vers d'autres structures ou praticiens. Ont été nommés par les répondants les associations de patients, mais aussi les Infirmiers Diplômés d'État (IDE) Asalée (Action de santé libérale en équipe) spécialisés en addictologie.

Les IDE Asalée sont formés pour travailler en collaboration avec les MG dans le cadre du dispositif Asalée. Leur rôle principal est de réaliser des consultations d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage, notamment dans la prise en charge des maladies chroniques et des addictions (21).

	N = 234 (%)
PMI (Protection Maternelle et Infantile)	59 (25,21)
Gynécologue-obstétricien libéral	48 (20,51)
Sage-femme libérale	19 (8,12)
Service hospitalier de gynécologie-obstétrique	131 (55,98)
CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)	152 (64,96)
Equipe de liaison en addictologie	53 (22,65)
Hôpital de jour d'addictologie	44 (18,80)
Centre d'hospitalisation en addictologie : cure, post-cure	43 (18,38)
Sevrage dans un service de médecine	9 (3,85)
Sevrage dans un service de psychiatrie	5 (2,14)
Autre	5 (2,14)

Tableau 14 : Structures d'orientation des patientes enceintes présentant un TUS par les MG de l'échantillon étudié

5) Orientation des patients présentant un TUS, hors grossesse

Lorsque les MG de l'échantillon ont connaissance du TUS chez un nouveau patient, ces derniers l'orientent vers des confrères ou structures spécialisés dans 96,53% des cas.

Un patient pouvant être adressé dans plusieurs structures, le total de réponses est ici supérieur au nombre de MG répondants.

Les patients présentant un TUS hors grossesse sont plutôt adressés en grande majorité vers les CSAPA (88%).

48% sont adressés dans des centres d'hospitalisation en addictologie (cure ou post-cure), 34% sont orientés vers des hôpitaux de jour en addictologie, 29,60% sont adressés vers les équipes de liaison en addictologie.

12,40% sont orientés pour un sevrage dans un service de médecine, et 10% dans un service de psychiatrie.

2,8% sont adressés vers d'autres structures, notamment des Addictologues libéraux, des associations spécialisées, et les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD).

	N = 250 (%)
CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)	220 (88)
Equipe de liaison en addictologie	74 (29,60)
Hôpital de jour d'addictologie	85 (34)
Centre d'hospitalisation en addictologie : cure, post-cure	120 (48)
Sevrage dans un service de médecine	31 (12,40)
Sevrage dans un service de psychiatrie	25 (10)
Autre	7 (2,80)

Tableau 15 : Structures d'orientation des nouveaux patients présentant un TUS par les MG de l'échantillon étudié.

6) Connaissances du réseau de soins addictologiques

86,87% des MG répondants ont estimé ne pas être suffisamment informés sur les différentes actions menées par les structures de suivi addictologique.

Le tableau suivant reprend les résultats de l'orientation des patients et des femmes enceintes présentant un TUS à des structures spécialisées et le sentiment d'information des MG répondants.

	Patient présentant un TUS N = 259 (%)	Femme enceinte présentant un TUS N = 259 (%)	Sentiment d'information N = 259 (%)
Oui	250 (96,53)	234 (90,35)	34 (13,13)
Non	9 (3,47)	25 (9,65)	225 (86,87)

Tableau 16 : Conduites d'orientation et sentiment d'information des MG de l'échantillon

7) Freins au repérage

Les MG pouvant identifier plusieurs freins, le total de réponses est ici supérieur au nombre de MG répondants.

55,60% ont cité le fait que la consultation est chronophage.

44,70% reconnaissent des obstacles liés aux représentations des TUS.

Le manque de connaissances médicales et le manque d'informations pour le suivi sont respectivement cités par 34,75% et 33,20% des MG répondants.

Le fait que la consultation de repérage des addictions ne soit pas valorisée financièrement est revenu à 29,73%.

13,90% ne relèvent aucun frein au repérage des TUS en MG.

D'autres freins au repérage ont également été cités (8,49%) : le nomadisme médical de certains patients, l'accès parfois difficile aux spécialistes ou les délais de recours souvent longs, les profils de patients qui semblent non intéressés ou non observants pour les soins, les échecs de prises en charge.

D'autres MG reconnaissent également oublier de questionner les TUS, notamment chez les patients les mieux connus.

Il a été également mentionné par 1 MG comme frein possible au repérage le fait de devoir tracer un TUS dans le dossier médical et les courriers du patient, et donc ne pas questionner pour ne pas risquer une discrimination du patient dans ses futurs soins.

	N = 259 (%)
Aucun	36 (13,90)
Consultation chronophage	144 (55,60)
Consultation non valorisée	77 (29,73)
Manque de connaissances médicales	90 (34,75)
Manque d'intérêt pour la problématique	26 (10,04)
Manque d'information pour le suivi	86 (33,20)
Obstacles liés aux représentations des troubles de l'usage de substances	108 (41,70)
Autre	22 (8,49)

Tableau 17 : Freins au repérage des TUS par les MG de l'échantillon.

IV) DISCUSSION

A) Récapitulatif des principaux résultats

1) Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était de déterminer si toutes les femmes enceintes présentant un TUS illicite avait l'opportunité d'en parler à leur MG lors de leur premier rendez-vous de grossesse.

Dans notre étude, 8,30% des MG n'interrogent pas l'existence d'un TUS illicite lors d'une découverte de grossesse.

Uniquement 25,31% des MG répondants déclarent toujours interroger sur l'existence d'un TUS illicite.

La majorité des MG, soit 66,39%, déclare ne pas interroger systématiquement à ce sujet (« souvent » et « parfois »).

2) Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires visaient à examiner quels TUS sont explorés par les MG lors des différentes rencontres avec le patient, en dehors et au cours de la grossesse, ainsi que de déterminer si les MG ont les outils pour appréhender cette problématique, et les potentiels freins au repérage des TUS.

Les résultats suggèrent que la pratique des MG répondants en matière de repérage des TUS reste constante, que ce soit lors de la rencontre d'un nouveau patient, de la découverte d'une grossesse ou au cours du suivi d'une patiente enceinte.

Lors de la comparaison des réponses dans les différentes situations, on observe une constance dans les pratiques des MG répondants. En effet, ceux qui interrogent

systématiquement l'existence d'un TUS, licite ou non, le font dans le cas d'une rencontre avec un nouveau patient, d'une découverte de grossesse et d'un suivi de grossesse. À l'inverse, ceux qui n'interrogent jamais conservent la même attitude dans ces trois situations.

Chez les MG répondants, les TUS les plus interrogés étaient très largement l'alcool et le tabac. Les substances illicites, elles, ne sont pas recherchées par plus de la moitié des MG.

Parmi les TUS illicites, les substances significativement plus interrogées sont dans cet ordre : le cannabis, la cocaïne et l'héroïne.

Dans notre étude, les MG répondants déclarent très largement orienter dans des structures dédiées leurs patients présentant un TUS, hors et pendant la grossesse.

Les MG redirigent principalement leurs patients présentant un TUS vers les CSAPA.

Concernant les patientes enceintes, l'orientation se concentre majoritairement vers les CSAPA et les services hospitaliers de gynécologie-obstétrique.

D'autres structures et professionnels de santé sont également régulièrement sollicités.

Cependant, la majorité des MG répondants estime ne pas être suffisamment informé sur le réseau addictologique.

Des freins au repérage des TUS par les MG répondants ont été rapportés. Les plus fréquemment retrouvés sont le temps nécessaire à la consultation, et les obstacles liés à la représentation des TUS. Près d'un tiers des répondants estime manquer de connaissances médicales, d'informations sur le suivi, et évoque le manque de valorisation financière de ces consultations.

Si 13,90 % ne relèvent aucun obstacle, 8,49 % des répondants mentionnent d'autres freins, comme le nomadisme médical, les difficultés d'accès aux spécialistes, le désintérêt ou la non-observance des patients, ou encore des échecs de prise en charge. Certains admettent également oublier d'aborder les TUS, surtout avec des patients qu'ils connaissent bien.

B) Forces et faiblesses de l'étude

1) Représentativité de l'échantillon

La comparaison de notre échantillon par rapport à la population de référence des MG du Nord montre que notre échantillon n'est pas représentatif. En effet, la proportion de femmes dans notre étude est plus élevée que dans la population des MG du Nord (20). La profession médicale en France connaît une féminisation croissante, particulièrement marquée chez les jeunes praticiens. En 2022, les femmes représentaient 65 % des médecins généralistes âgés de moins de 40 ans et 62 % des spécialistes médicaux dans cette même tranche d'âge (22). Cette tendance est également observable chez les nouveaux inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins, où la proportion de femmes n'a cessé d'augmenter, passant de 40 % en 2010 à 51,3 % en 2023 (22).

Cette part de féminisation s'observe également par spécialité. En médecine générale, la part de femme était de 65% chez les moins de 40 ans lors de la publication des derniers atlas démographiques par le Conseil National de l'Ordre des Médecins en 2020 (23). Elle était de 56% chez les gynécologues-obstétriciens (24), et cette tendance s'accroîtra sur les prochaines années car la spécialité fait partie des 3 spécialités les plus féminisées lors du choix du concours de l'internat (24).

L'attrait de la gynécologie par les femmes pourrait en partie expliquer la proportion plus importante de femmes MG répondant à notre étude.

Les MG répondants sont aussi plus jeunes que dans la population des MG du Nord. Cela peut s'expliquer par le fait que le questionnaire envoyé était informatique, induisant un biais de sélection. En effet, les générations les plus jeunes peuvent avoir plus d'aisance informatique, tandis que les générations plus âgées, moins familiarisées avec ces outils, peuvent éprouver davantage de difficultés à s'y adapter, et donc à répondre à ce type questionnaire (25).

2) Manque de puissance

Certains résultats de notre étude ne sont pas significatifs. L'une des raisons de ce manque de significativité pourrait être lié à un manque de puissance statistique.

Le taux de réponses complètes de 14,32% est assez faible.

Cela peut s'expliquer par la période d'envoi du questionnaire, qui a eu lieu sur l'été 2024. Pour minimiser au maximum ce biais de recrutement, 2 relances ont été réalisées, chacune à 1 mois d'intervalle, et une fiche récapitulative des notions abordées (Annexe n°3) était proposée à l'issue du questionnaire pour inciter les MG à répondre à notre étude.

3) Force de l'étude

La force principale de cette étude réside dans l'originalité de son sujet. En effet, aucun travail antérieur n'a été retrouvé dans la littérature abordant le repérage des TUS illicites chez les femmes enceintes par les MG. Cette singularité confère à ces travaux de recherche un caractère novateur, abordant une problématique d'actualité.

C) Comparaisons aux données de la littérature

1) TUS et grossesse

En l'absence de données directes correspondant à notre objectif principal d'étude, notre travail met en évidence cette lacune du repérage systématique des consommations de substances illicites chez les femmes enceintes. Nos résultats soulignent la nécessité d'intégrer de manière systématique le repérage des consommations de substances illicites lors des consultations prénatales.

En outre, face à la diminution du nombre de gynécologues installés en ville, de plus en plus de femmes se tournent vers leur MG pour leur suivi gynécologique. Une étude réalisée par l'URPS de la région Pays-de-la-Loire indique que 41,5% des consultations de gynécologie de premier recours serait assurée par des MG (26). Ces données illustrent la tendance croissante des MG à assurer des soins gynécologiques en conséquence de l'évolution de l'offre de soins spécialisés. Cette part significative des consultations représente d'autant plus d'occasions importantes pour les MG de repérer les TUS chez ces patientes.

Les recommandations de la HAS de 2024 en matière de repérage des conduites addictives soulignent l'importance d'un « dépistage précoce systématisé des addictions [...] même en l'absence de signe d'alerte, et de renouveler ce questionnement tout au long du suivi » (3). Ce rapport rappelle également l'importance de la sensibilisation aux conséquences de l'exposition à des substances toxiques sur le neurodéveloppement fœtal et les potentielles conséquences néonatales.

En 2012, une enquête nationale menée aux États-Unis a révélé que 6 % des femmes enceintes consommaient des drogues illicites, 16 % du tabac et 8,5 % de l'alcool. Compte tenu de ces taux de consommation prénatale, il a été estimé qu'annuellement aux États-Unis 380 000 enfants étaient exposés à des substances illicites, plus de 500 000 à l'alcool et plus d'un million au tabac durant la vie utérine (27).

Une revue de la littérature anglaise et française de 2000 à 2022 recherchant les tendances et conséquences de l'usage de substances psychoactives pendant la grossesse a été publiée par ELNahas et al. en 2023 (28). La revue met en évidence l'augmentation significative de la consommation de substances psychoactives chez les femmes en âge de procréer et durant la période périnatale. Cette tendance mondiale soulève des préoccupations majeures de santé mentale, car l'utilisation de substances psychoactives, licites ou non, pendant la grossesse présente des risques sérieux pour la mère, le fœtus et le nouveau-né. Les auteurs appellent à une attention accrue et à des interventions ciblées pour aborder cette problématique croissante.

Dans cette même dynamique, Keegan et al. insistent sur la nécessité de soins prénataux spécialisés pour les mères consommatrices et de traitements adaptés pour les nouveau-nés présentant des symptômes de sevrage. Pour eux, la découverte d'anomalies lors du suivi de grossesse et à l'accouchement doit être l'occasion de réévaluer et de réinterroger l'existence d'un TUS chez la femme enceinte (29).

Certains groupements de professionnels de santé ont conçu des outils spécifiques pour faciliter le repérage des troubles liés à l'usage de substances chez les femmes enceintes, visant à améliorer la détection précoce et l'accompagnement adapté.

C'est le cas de l'auto-questionnaire GEGA (Groupe d'Étude Grossesse et Addictions), outil conçu pour faciliter la communication entre les professionnels de santé et les femmes enceintes concernant des sujets sensibles, tels que les TUS et les facteurs de vulnérabilité (Annexe n°4). Son objectif principal est de permettre aux patientes d'exprimer leurs difficultés et besoins, tout en aidant les praticiens à ouvrir le dialogue afin de proposer un suivi de grossesse adapté (30).

La consommation de substances licites comme l'alcool et le tabac est interrogée, avant et pendant la grossesse.

Les substances illicites sont elles aussi questionnées, avant et pendant la grossesse. Des propositions de réponses y figurent : « cannabis ; ecstasy ; amphétamines ; MDMA ; crack/base ; LSD ; cocaïne ; héroïne ; protoxyde (ballon) ; CBD ; autres », et permettent de repérer des situations de vulnérabilité chez la femme enceinte.

Son application systématique par les professionnels de santé prenant en charge des femmes enceintes pourrait contribuer à un repérage puis à un diagnostic plus efficace et adapté aux patientes présentant des vulnérabilités, dont des TUS, en facilitant le dépistage et l'orientation vers des structures de soutien appropriées (30).

Pour améliorer l'accompagnement les MG dans le repérage et la prise en charge des consommations à risque, le Collège de la Médecine Générale, en collaboration avec la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives (MILDECA), a mis à disposition un "kit addictions" (31). Son objectif est de proposer des informations et des outils référencés, synthétiques avec des connaissances médicales et scientifiques. Une fiche dédiée sur la périnatalité est d'ailleurs disponible (Annexe n° 6).

De la même façon, Addictutos est une plateforme en ligne dédiée à la formation des professionnels de santé, en particulier des MG, sur la prévention, le repérage et la prise en charge des TUS (32). Ce site a été conçu par la Coordination Régionale des Addictions de Nouvelle-Aquitaine, soutenu et promu par l'ARS Nouvelle-Aquitaine et la MILDECA.

Cette plateforme propose une série de tutoriels vidéo et de ressources pédagogiques conçus pour améliorer les compétences des praticiens dans ce domaine. L'un des principaux atouts d'Addictutos est de fournir des ressources et outils pratiques adaptés pour le dépistage des TUS chez les femmes enceintes. A ce jour, des outils pour le repérage de l'alcool, du tabac et du cannabis chez les femmes enceintes sont disponibles en ligne gratuitement, mais les autres substances illicites n'apparaissent pas encore sur cette plateforme.

2) TUS et nouveau patient

Dans un rapport de David et al. pour la DRESS, datant de 2020 (33), 99% des MG affirment repérer les consommations d'alcool et de tabac chez leurs patients, et 91% celle de cannabis. Mais ce repérage n'est pas systématiquement répété, et davantage appliqué au tabac (66%) et à l'alcool (43%). Pour le cannabis, elle n'est répétée qu'à 24%. Pour le TUS au cannabis, la majorité (56 %) n'interroge qu'en présence de signes évocateurs ou de contextes jugés à risque.

Ces chiffres se rapprochent des tendances obtenues dans notre étude, où l'alcool et le tabac sont largement interrogés par les MG, plus que les substances illicites comme le cannabis.

Un outil de Repérage Précoce et l'Intervention Brève (RPIB) pour les TUS à utiliser chez tout patient a été élaboré en 2014 par la HAS, et s'inscrit dans le plan

gouvernemental de la MILDECA. Corrigé par des sociétés savantes comme la Société Française d'Alcoologie et le Collège de la Médecine Générale, il a été réactualisé en 2025 et figure parmi les recommandations de bonne pratique de la HAS (34). Le RPIB est une stratégie préventive de santé publique visant à identifier rapidement les consommations à risque de substances psychoactives par un professionnel de santé. Il a été pensé pour l'alcool, le tabac et le cannabis chez les adultes (35), sans aborder la consommation d'autres produits.

Cette approche repose sur deux volets : le repérage précoce d'un TUS, et l'intervention brève. L'intervention brève est basée sur un échange motivationnel avec le patient pour encourager la réduction ou l'arrêt des consommations.

L'outil est simple à utiliser (Annexe n° 7), adapté à la médecine générale, et permet d'ouvrir le dialogue en consultation.

3) Outils à disposition des MG

a) Niveau de connaissances en addictologie et abord du TUS

En ce qui concerne l'autoévaluation des MG ayant répondu à notre questionnaire, celle-ci peut être influencée par des biais cognitifs, notamment l'effet Dunning-Kruger (36). Ce phénomène décrit une surestimation des compétences par les moins expérimentés et, à l'inverse, une sous-estimation par les plus compétents. Il est donc possible que certaines réponses ne reflètent pas objectivement le niveau réel de connaissances ou de pratique des MG interrogés, ayant pour conséquence une limite interprétative aux résultats obtenus.

En outre, le biais de désirabilité sociale pousse les individus à se présenter sous un jour favorable pour être perçus positivement par autrui. Les répondants amplifient leur niveau de compétences ou minimisent leurs lacunes pour correspondre aux attentes

sociales ou professionnelles (37). Avec une étude par questionnaire, on peut s'attendre à une surestimation des compétences des répondants lorsqu'ils savent que leurs réponses sont identifiables. Afin de limiter ce biais de mesure, le questionnaire a été anonymisé.

Dans les analyses réalisées, on constate que le fait d'interroger sur l'existence d'un TUS est associé au niveau d'autoévaluation déclaré par les MG répondants, les MG s'estimant au moins en partie formé interrogeant plus fréquemment le TUS.

Dans un rapport de la DREES sur les pratiques des MG face aux conduites addictives de leurs patients, le fait d'avoir une formation complémentaire sur les conduites addictives était un facteur significativement associé au fait de réaliser un repérage systématique et renouvelé des consommations de tabac, d'alcool à risque ou de cannabis (33).

b) Orientation et connaissances du réseau de soins addictologiques

Dans un rapport récent de la DRESS (33), 48 % des MG déclarent en 2020 avoir suivi une séance de DPC dans le domaine des conduites addictives au cours des cinq dernières années. Ils sont près de 2 % à indiquer avoir obtenu un diplôme (capacité, DU ou DIU) d'addictologie.

Le suivi d'une formation est associé dans la littérature à l'utilisation plus fréquente d'outils standardisés pour le repérage des usages à risque et la mise en place plus fréquente de repérages systématiques et renouvelés des consommations à risque (33).

De même, concernant l'adressage à des structures spécialisées en addictologie, les MG formés ont plus souvent recours que les autres aux conseils des CSAPA et des services hospitaliers spécialisés (33). Dans ce rapport, 91% des MG déclarent avoir fait appel à ces structures.

Cela semble en accord avec les résultats de notre travail, où les MG interrogés adressent de façon assez systématique leurs patients présentant un TUS, hors et pendant la grossesse.

Ces données sont en accord avec les dernières recommandations de bonnes pratiques de la HAS émises en janvier 2024 (3) concernant les dispositifs mis en place pour l'accompagnement des patientes enceintes présentant un TUS.

4) Freins au repérage des TUS

Dans une étude menée par Bouix et al. sur les pratiques des MG en France concernant la consommation d'alcool, près de trois quarts des médecins se sentaient mal à l'aise pour interroger les patients présentant des consommations problématiques (38). Quatre MG sur cinq pensaient que leurs conseils seraient inefficaces et craignaient d'induire des réactions négatives chez leurs patients. Par ailleurs, 83 % déploraient l'absence de rémunération pour le temps consacré à la prévention. Enfin, 60 % se considéraient insuffisamment compétents pour intervenir auprès des patients souffrant d'alcoolodépendance

Notre étude met en évidence des freins similaires, bien qu'en proportions différentes, reflétant les mêmes réticences, inquiétudes et limites déjà décrites dans la littérature.

Dans une étude canadienne sur la représentation sociale de la consommation de cannabis pendant la grossesse, il a été évoqué des représentations sociales négatives

ayant pour conséquence une assimilation à un comportement « déviant » des normes attendues pour les femmes consommatrices, souvent considérées comme « irresponsables », ou « incapables » de prendre soin d'un enfant, voire « négligentes » (39).

Une revue systématique de Panday et al. de 2022 portant sur les points de vue des cliniciens concernant le conseil aux personnes enceintes et allaitantes sur la consommation de cannabis révèle un manque d'assurance quant à la manière de réagir lorsqu'une patiente révèle en consommer, étroitement liée au manque de connaissances sur les TUS et la grossesse (40).

Intensifier les formations sur les TUS, en particulier ceux liés aux substances illicites, et encore plus pendant la grossesse, est donc une piste essentielle pour favoriser le repérage des TUS par les MG.

5) Élargissement du repérage des TUS

Bien que les MG tiennent un rôle important dans la prévention et le repérage des TUS avant et pendant la grossesse, d'autres professionnels peuvent venir en appui dans le contexte addictologique.

En effet, selon les pays et les systèmes de santé, le suivi gynécologique primaire est assuré par différents acteurs de santé.

Parmi eux, on retrouve évidemment les gynécologues-obstétriciens et les sage-femmes, qui représentent en grande partie le choix premier en France, en Norvège, en Espagne ou en Allemagne. Cependant dans d'autres pays comme l'Italie ou la

Suède, les soins primaires en gynécologie sont assurés par les sage-femmes et les infirmiers (26,41).

Comme exposé précédemment, repérer un TUS avant une grossesse permet d'anticiper au mieux les potentielles conséquences fœto-maternelles. Dans ce contexte, élargir à tous les autres professionnels de santé le repérage systématique des TUS illicites permettrait de mieux accompagner les patientes et de prévenir les complications.

Afin de favoriser au mieux ce repérage, l'élargissement de formations addictologiques au plus grand nombre de professionnels de santé, comme les MG, les gynécologues-obstétriciens, les sage-femmes, et le développement d'IPA en addictologie ou d'IDE du réseau Asalée, permettrait de faciliter les échanges interprofessionnels et offrirait une prise en charge plus coordonnée et globale de nos patientes.

V) CONCLUSION

Les résultats de notre enquête mettent en évidence que les MG du Nord n'interrogent pas systématiquement les patientes sur l'existence d'un TUS illicite lors d'une découverte de grossesse.

Bien que les consommations d'alcool et de tabac soient majoritairement recherchées, les substances illicites, comme le cannabis, la cocaïne ou l'héroïne, sont peu abordées de manière systématique.

Les pratiques des MG en matière de repérage des TUS paraissent constantes : les MG qui questionnent l'existence d'un TUS lors d'une découverte de grossesse sont les mêmes qui posent la question lors de la rencontre avec un nouveau patient et lors du suivi de grossesse.

Les recommandations en matière de repérage des TUS en période de grossesse sont claires et unanimes : ils doivent être repérés systématiquement et de façon répétée par tous les professionnels de santé. Cependant, certains freins identifiables peuvent expliquer ces écarts, comme les représentations sociales des TUS, le manque de temps en consultation et le sentiment d'un niveau de connaissances insuffisant.

Bien que la très grande majorité des MG orientent vers des structures spécialisées leurs patientes enceintes présentant un TUS, une majorité de praticiens estime ne pas connaître suffisamment le réseau addictologique.

Pour optimiser le repérage, une des pistes à encourager pourrait être le renforcement de la formation en addictologie, ainsi que l'optimisation de la coordination interprofessionnelle et la valorisation des consultations dédiées.

Le développement de campagnes de sensibilisation et d'outils pratiques standardisés, encore méconnus, faciliterait également le repérage.

Enfin, l'implication systématique et l'élargissement du suivi à d'autres professionnels de santé formés en addictologie, comme dans d'autres pays, pourrait améliorer la prise en charge globale des patientes concernées.

REFERENCES

1. Insee - Tableau de bord de l'économie française [Internet]. [cité 6 déc 2024]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/tableau/20_DEM/22_NAI
2. Natalité – Fécondité – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 6 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277635?sommaire=4318291>
3. Haute Autorité de Santé (HAS). Accompagnement médico-psycho-social des femmes, des parents et de leur enfant en situation de vulnérabilité pendant la grossesse et en postnatal : recommandations. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024. [Internet]. [cité 17 févr 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-02/reco411_grossesse_vulnerabilite_recommandations_cd_2024_01_11_vd.pdf
4. Lamy S, Laqueille X, Thibaut F. Conséquences potentielles de la consommation de tabac, de cannabis et de cocaïne par la femme enceinte sur la grossesse, le nouveau-né et l'enfant : revue de littérature. L'Encéphale. 1 juin 2015;41:S13-20.
5. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Femmes et drogues [Internet]. PT: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2023 [cité 9 déc 2024]. Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2810/03389>
6. Source data for European Drug Emergencies Network (Euro-DEN Plus): data and analysis | www.euda.europa.eu [Internet]. [cité 9 déc 2024]. Disponible sur: https://www.euda.europa.eu/data/source-data-european-drug-emergencies-network-euro-den-plus-data-and-analysis_en
7. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European drug report 2021: trends and developments. [Internet]. LU: Publications Office; 2021 [cité 9 déc 2024]. Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2810/18539>
8. Blayac L, Ponte C, Lavaud M, Micallef J, Lapeyre-Mestre M. Increase of cannabis and cocaine use by pregnant women in France from 2005 to 2018: Insights of the annual cross sectional OPPIDUM survey. Therapies. 1 mars 2023;78(2):201-11.
9. Beck F, Guignard R, Obradovic I, Gautier A, Karila L. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. Revue d'Épidémiologie et de Santé

Publique. 1 oct 2011;59(5):285-94.

10. Haute Autorité de Santé - Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins [Internet]. [cité 15 févr 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_615021/fr/abus-dependances-et-polyconsommations-strategies-de-soins
11. Cook JL, Green CR, de la Ronde S, Dell CA, Graves L, Ordean A, et al. Epidemiology and Effects of Substance Use in Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can.* oct 2017;39(10):906-15.
12. Simmat-Durand L. Grossesse et drogues illicites. *Déviance et Société.* 2002;26(1):105-26.
13. Wong S, Ordean A, Kahan M, Gagnon R, Hudon L, Basso M, et al. Archivée: Consommation de substances psychoactives pendant la grossesse. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada.* avr 2011;33(4):385-405.
14. Pochard L, Dupouy J, Frauger E, Giocanti A, Micallef J, Lapeyre-Mestre M, et al. Impact of pregnancy on psychoactive substance use among women with substance use disorders recruited in addiction specialized care centers in France. *Fundam Clin Pharmacol.* avr 2018;32(2):188-97.
15. Frazer Z, McConnell K, Jansson LM. Treatment for substance use disorders in pregnant women: Motivators and barriers. *Drug Alcohol Depend.* 1 déc 2019;205:107652.
16. Carnet de santé maternité (ou carnet de grossesse) [Internet]. [cité 9 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F17365>
17. Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy [Internet]. [cité 9 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548731>
18. Whittaker A. Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. Un ouvrage de référence pour les professionnels. 2021;
19. Extractions en libre accès - L'Annuaire Santé [Internet]. [cité 18 déc 2024]. Disponible sur: <https://annuaire.sante.fr/web/site-pro/extractions-publiques>
20. CartoSanté - Rapports et portraits de territoires [Internet]. [cité 23 févr 2025]. Disponible sur: <https://cartosante.atlasante.fr/#c=report&chapter=omni&report=r01&selgeo1=depcg.59>
21. Asalée [Internet]. [cité 23 févr 2025]. Disponible sur: <http://www.asalee.org/>

22. Arnault DF. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. 2024;(Tome 1):pages 97-100.
23. Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2020. Paris : CNOM ; 2020 [Internet]. [cité 15 févr 2025]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf
24. Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF). Pérennité des équipes : quel avenir pour la continuité des soins en gynécologie-obstétrique ? Rapport de la Commission Démographie; 2022 [Internet]. [cité 15 févr 2025]. Disponible sur: https://cngof.fr/app/uploads/2024/08/Rapport-Commission-demographie-2022.pdf?x68656=&utm_source=chatgpt.com
25. Biard M, Beuzeboc J. Désir de participation à la recherche des médecins généralistes. L'étude DéPaR-MG. 10 oct 2017;68.
26. Bataille E, Paquier H, Artarit P, Chaslerie A, Hérault T. Les pratiques des professionnels de santé assurant le suivi gynécologique en Pays de la Loire. Santé Publique. 11 oct 2022;34(2):207-17.
27. Quality USD of H and HSSA and MHSAC for BHS and. National Survey on Drug Use and Health, 2012 [Internet]. Inter-university Consortium for Political and Social Research; 2015 [cité 21 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.icpsr.umich.edu/web/NAHDAP/studies/34933>
28. ELNahas G, Thibaut F. Perinatal Psychoactive Substances Use: A Rising Perinatal Mental Health Concern. J Clin Med. 10 mars 2023;12(6):2175.
29. Keegan J, Parva M, Finnegan M, Gerson A, Belden M. Addiction in pregnancy. J Addict Dis. avr 2010;29(2):175-91.
30. Auto-questionnaire - Asso Gega [Internet]. [cité 19 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.asso-gega.org/auto-questionnaire22.htm>
31. Un « kit addictions » pédagogique pour faciliter la prise en charge des patients | MILDECA [Internet]. [cité 21 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/un-kit-addictions-pedagogique-pour-faciliter-la-prise-en-charge-des-patients>
32. Addictutos [Internet]. [cité 21 févr 2025]. Addictutos. Disponible sur:

<https://addictutos.com/>

33. David S, Buyck JF, Metten MA. Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients.
34. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 17 févr 2025]. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte
35. Haute Autorité de Santé. Fiche outil : alcool, cannabis, tabac [Internet]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021 [Internet]. [cité 21 févr 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-02/reco403_fiche_outil_2021_alcool_cannabis_tabac_cd_2021_02_11_v0.pdf
36. Magnus JR, Peresetsky AA. A Statistical Explanation of the Dunning-Kruger Effect. *Front Psychol.* 2022;13:840180.
37. Tétreault S, Blais-Michaud S. Élaboration d'un questionnaire. In: Guide pratique de recherche en réadaptation [Internet]. De Boeck Supérieur; 2014 [cité 19 févr 2025]. p. 247-68. Disponible sur: <https://stm.cairn.info/guide-pratique-de-recherche-en-readaptation--9782353272679-page-247>
38. C BJ, GACHE P, RUEFF B, HUAS D, BOUIX J. C. Parler d'alcool reste un sujet tabou. Connaissances, opinions et attitudes pratiques de médecins généralistes français concernant l'alcool. 2002. 1488-1492 p.
39. Pouliot L. Représentations sociales de la consommation de cannabis pendant la grossesse : étude qualitative.
40. Panday J, Taneja S, Popoola A, Pack R, Greyson D, McDonald SD, et al. Clinician responses to cannabis use during pregnancy and lactation: a systematic review and integrative mixed-methods research synthesis. *Fam Pract.* 28 mai 2022;39(3):504-14.
41. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français. *Santé Publique.* 1 oct 2009;21(hs1):27-38.

ANNEXES

Annexe 1 : Dossier obstétrical des réseaux de santé en périnatalité, ARS Hauts-de-France, page 4

Annexe 2 : Questionnaire diffusé aux MG du Nord

Annexe 3 : Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon d'étude

Annexe 4 : Fiche récapitulative proposée aux MG répondants au questionnaire

Annexe 5 : Auto-questionnaire GEGA

Annexe 6 : Fiche pratique « Kit Addictions et Périnatalité »

Annexe 7 : Outil d'aide au RPIB alcool, cannabis et tabac chez l'adulte

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES ET FAMILIAUX DE LA PATIENTE

	MÈRE	PÈRE	FRATRIE
HTA	☐	☐	☐
Diabète	☐	☐	☐
ATCD Thrombo-Emboliques	☐	☐	☐
Maladies Héréditaires	☐	☐	☐
Autres	☐	☐	☐

ANTÉCÉDENTS NON OBSTETRICAUX

☐ Non ☐ Oui

• Médicaux

HTA _____ Diabète _____

Infections Urinaires Récidivantes _____ Phlébite _____

Epilepsie _____ Asthme _____

Traitement médical au long cours (Compatibilité avec allaitement)

• Chirurgicaux

• ATCD trouble de la continence : Urinaire ☐ Anale ☐

• Transfusion : Non ☐ Oui ☐ Préciser : _____

• Allergies

• Tabac : Avant Grossesse : Nb ☐ Pendant Grossesse : Nb ☐

• Alcool : Avant : 0 ☐ occasionnellement ☐ quotidiennement ☐ Nb de verres/jour ☐

Pendant : 0 ☐ occasionnellement ☐ quotidiennement ☐ Nb de verres/jour ☐

• Toxicomanie : Avant : Non ☐ Oui ☐ Pendant : Non ☐ Oui ☐

Type de Produit : _____ Substitution _____

ANTÉCÉDENTS GYNÉCOLOGIQUES

Mutilation sexuelle : Non ☐ Oui ☐

Chirurgie mammaire : Non ☐ Oui ☐

Contraception, aide à la procréation... :

Désir de Grossesse > 1 an Non ☐ Oui ☐

Frottis cervico-vaginal < 3 ans Non ☐ Oui ☐ Date : _____

Annexe 2 : Questionnaire diffusé aux MG du Nord

02/06/2024 08:45

Bienvenue sur la Plateforme Enquêtes de l'Université de Lille - Repérage du trouble de l'usage de substances illicites pendant la grossesse p...

Repérage du trouble de l'usage de substances illicites pendant la grossesse par les médecins généralistes dans le Nord. Etude quantitative observationnelle

Docteur,

Dans le cadre de mon travail de thèse de DES de Médecine Générale à l'Université de Lille, je réalise une étude quantitative observationnelle transversale sur le repérage des troubles de l'usage de substances en médecine générale, plus particulièrement au cours de la grossesse.

Le temps de lecture et de réponse du questionnaire n'excède pas 5 minutes.

Je suis consciente du nombre important de sollicitations que vous recevez, c'est la raison pour laquelle je vous propose à l'issue de ce questionnaire une fiche récapitulative reprenant les points abordés ci-après.

Je vous remercie par avance, et vous prie de croire, Docteur, en mes respectueuses salutations.

Marine QUENON

Il y a 21 questions dans ce questionnaire.

Nouveau patient

Lorsque vous recevez un **patient que vous ne connaissez pas**, posez-vous **systématiquement** la question d'une conduite addictive ?

*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Jamais

A quelle fréquence interrogez-vous l'usage de substances **illicites** ?

*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Jamais

Quelle est ou quelles sont les consommations abordées lors de ce premier contact ?

*

Cochez tout ce qui s'applique

Veillez sélectionner au moins une réponse

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Tabac
- ☐ Alcool
- ☐ Cannabis
- ☐ Cocaïne
- ☐ Héroïne
- ☐ Médicament (benzodiazépines, opiacés, psychostimulants...)

☐ Autre:

Découverte de grossesse

Lors d'une **découverte de grossesse**, posez-vous **systématiquement** la question d'une conduite addictive ?

*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Jamais

A quelle fréquence interrogez-vous l'usage de substances **illicites** ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Jamais

Quelle est ou quelles sont les consommations abordées lors de la découverte de la grossesse ?
*

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Tabac
- ☐ Alcool
- ☐ Cannabis
- ☐ Cocaïne
- ☐ Héroïne
- ☐ Médicament (benzodiazépines, opiacés, psychostimulants...)
- ☐ Autre:

Suivi de grossesse

Au cours du **suivi de grossesse**, réévaluez-vous les consommations de produits ?

*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Jamais

A quelle fréquence interrogez-vous l'usage de substances **illicites** ?

*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Toujours
- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Jamais

Quelle est ou quelles sont les consommations réabordées lors du suivi de la grossesse ? *

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Tabac
- ☐ Alcool
- ☐ Cannabis
- ☐ Cocaïne
- ☐ Héroïne
- ☐ Médicament (benzodiazépines, opiacés, psychostimulants...)

☐ Autre:

Connaissances

Évaluez votre niveau de connaissances sur l'impact des troubles de l'usage de substance sur le développement fœtal : *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Novice : je n'ai jamais eu à mobiliser mes connaissances
- ☐ Sensibilisé : j'ai des connaissances élémentaires, des notions, je suis capable de faire mais en étant accompagné
- ☐ Compétent : j'ai des connaissances générales, je suis capable de traiter de façon autonome les situations courantes
- ☐ Confirmé : j'ai des connaissances approfondies, je suis capable de traiter de façon autonome les situations complexes ou inhabituelles
- ☐ Expert : je domine le sujet, je suis capable de le faire évoluer, de former sur le sujet

Orientation

Orientez-vous vos patients addicts vers des structures spécialisées ?

*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, de quel type ? *

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)
- ☐ Equipe de liaison en addictologie
- ☐ Hôpital de jour d'addictologie
- ☐ Centre d'hospitalisation en addictologie : cure, post-cure
- ☐ Sevrage dans un service de médecine
- ☐ Sevrage dans un service de psychiatrie

☐ Autre:

Dans le cas d'une femme enceinte addicte, l'orientez-vous vers des structures spécialisées ?

*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, de quel type ?

*

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ PMI (Protection Maternelle et Infantile)
- ☐ Gynécologue-obstétricien libéral
- ☐ Sage-femme libérale
- ☐ Service hospitalier de gynécologie-obstétrique
- ☐ CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)
- ☐ Equipe de liaison en addictologie
- ☐ Hôpital de jour d'addictologie
- ☐ Centre d'hospitalisation en addictologie : cure, post-cure
- ☐ Sevrage dans un service de médecine
- ☐ Sevrage dans un service de psychiatrie
- ☐ Autre:

Pensez-vous être correctement informé des différentes actions menées par ces structures ?

*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Evaluation des freins

Selon vous, quels sont les freins au repérage des troubles de l'usage des substances en cabinet de médecine générale ? (plusieurs réponses possibles)

*

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Aucun
- ☐ Consultation chronophage
- ☐ Consultation non valorisée
- ☐ Manque de connaissances médicales
- ☐ Manque d'intérêt pour la problématique
- ☐ Manque d'information pour le suivi
- ☐ Obstacles liés aux représentations des troubles de l'usage de substances
- ☐ Autre:

Renseignements administratifs

Quel est votre sexe ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Homme
- ☐ Femme
- ☐ Autre

Quel âge avez-vous ?

*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ < 30 ans
- ☐ 30 - 34 ans
- ☐ 35 - 39 ans
- ☐ 40 - 44 ans
- ☐ 45 - 49 ans
- ☐ 50 - 54 ans
- ☐ 55 - 59 ans
- ☐ 60 - 64 ans
- ☐ 65 - 69 ans
- ☐ 70 - 74 ans
- ☐ 75 - 79 ans
- ☐ > 80 ans

Quel est votre lieu d'exercice ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Rural
- ☐ Semi-rural
- ☐ Urbain

Quelle est votre mode d'exercice ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

☐ Libéral exclusif

☐ Salariat

☐ Autre

Avez-vous suivi une formation en addictologie ? (DU, DESC, capacité, autre)

*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

☐ Non

☐ Autre

Je vous remercie du temps consacré à ce questionnaire.

En cliquant sur ce lien, vous pourrez télécharger une fiche récapitulative des conséquences sur le développement fœtal des différents troubles de l'usage de substance.

Si vous souhaitez recevoir les résultats de cette étude et dans le but de conserver l'anonymisation des réponses, merci de m'envoyer un mail à l'adresse suivante : **thesemq2024@gmail.com**

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

Annexe 3 : Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon d'étude

	N = 259
Sexe, N (%)	
<i>Homme</i>	122 (47,10)
<i>Femme</i>	137 (52,90)
<i>Autre</i>	0 (0)
Age (années), N (%)	
< 30	14 (5,41)
30-34	61 (23,55)
35-39	61 (23,55)
40-44	37 (14,29)
45-49	15 (5,79)
50-54	26 (10,04)
55-59	14 (5,41)
60-64	17 (6,56)
65-69	10 (3,86)
70-74	3 (1,16)
75-79	1 (0,39)
> 80	0 (0)
Lieu d'exercice, N (%)	
<i>Rural</i>	26 (10,04)
<i>Semi-rural</i>	78 (30,12)
<i>Urbain</i>	155 (59,85)
Mode d'exercice, N (%)	
<i>Libéral exclusif</i>	242 (93,44)
<i>Salariat</i>	2 (0,77)
<i>Autre</i>	15 (5,79)
Formation en addictologie, N (%)	
<i>Non</i>	239 (92,28)
<i>Oui</i>	20 (7,72)

EFFETS ET RISQUES DES CONSOMMATIONS PENDANT LA GROSSESSE

PRODUITS	RISQUES MALFORMATIFS ET EFFETS SUR LA GROSSESSE	EFFETS SUR L'ENFANT	EFFETS SUR L'ALLAITEMENT
ALCOOL	Le placenta ne filtre pas l'alcool, donc toxicité cellulaire majeure • Principalement anomalies cérébrales : agénésie corps calleux, hydrocéphalie, hétérotopie • Anomalies oculaires : microphthalmie, cataracte, strabisme, ptosis • Anomalies auditives : surdité perception, anomalies du pavillon • Anomalies ostéo-squelettiques : synostoses radio-cubitales, luxations congénitales de hanche • Anomalies voies urinaires : hypospadias, malformations rénales Effets sur la grossesse : • FCS, HTA, PE, éclampsie, RCIU, MFIU	Possible syndrome de sevrage modéré dans les premières semaines de vie, en cas d'alcoolisation quotidienne jusqu'à l'accouchement : • Irritabilité, tremblements • Troubles du sommeil • Troubles de l'alimentation • Troubles digestifs : diarrhées • Troubles du rythme cardiaque • Troubles respiratoires SAF complet ou partiel : hypotrophie, microcéphalie, dysmorphie faciale (yeux petits et étroits, lèvre supérieure mince ou aplatie) Chez l'enfant : • Troubles du développement et des fonctions exécutives • Hyperactivité et troubles de l'attention • Troubles des apprentissages • Troubles du comportement • Retard scolaire et mental • Risques d'instabilité émotionnelle À l'âge adulte : • Troubles de santé mentale • Troubles de l'usage de substances • Problèmes avec la loi, comportement sexuel inconvenant	Passage dans le lait Élimination en 3h environ Diminution de réflexe d'éjection lors de consommations d'alcool régulières ou importantes <u>Lien vers le tableau du temps d'élimination de l'alcool du lait maternel selon la consommation</u>
TABAC	Nicotine et autres composants du tabac passent le placenta Les effets existent aussi avec le tabagisme passif • Tachycardie fœtale, hypercontractibilité cardiaque • Hyporéactivité fœtale • Immaturité pulmonaire • Suspicion de fentes palatines, d'anomalies du tube neural, d'uropathie, de cryptorchidie, de sténoses du pylore, et de hernies inguinales Effets sur la grossesse : • Augmentation du risque de FCS de 20 à 80 % • Principalement RCIU • Hypoxie fœtale et toxicité liées à la fumée et du CO : GEU, FCS, MAP, HRP, PP, RPM, MFIU	Possible syndrome de sevrage modéré à type d'irritabilité, de troubles digestifs ou du sommeil Augmentation risque de mort subite du nourrisson Chez l'enfant : • Augmentation du nombre d'affections bronchopulmonaires ou ORL • Risque de surpoids augmenté à l'adolescence • Moins bonnes performances aux tests neurocognitifs, prédominant sur le langage et la mémoire	Passage dans le lait de la nicotine et des autres produits chimiques du tabac ½ vie nicotine dans le lait : 60 à 90min Élimination totale en 8h Diminution de la production, modification de sa composition et du goût

PRODUITS	RISQUES MALFORMATIFS ET EFFETS SUR LA GROSSESSE	EFFETS SUR L'ENFANT	EFFETS SUR L'ALLAITEMENT
CANNABIS	Le THC passe le placenta Pas d'effet tératogène démontré. Suspicion de fentes palatines Effets sur la grossesse : • Prématurité • RCIU et PAG • Perturbation du travail obstétrical <i>Le rôle propre du tabac fumé avec le cannabis est difficile à distinguer de celui du cannabis seul</i>	Possible syndrome de sevrage modéré : • Irritabilité • Tremblements subtils, sursauts exagérés (Moro prononcé) • Troubles digestifs ou du sommeil Augmentation risque de mort subite du nourrisson Chez l'enfant : • Augmentation du nombre d'affections bronchopulmonaires ou ORL • Possibles troubles du développement et du comportement, déficits l'attention et hyperactivité • Perturbation du sommeil	Consommation THC = CI à l'allaitement maternel Le THC se concentre dans le lait lors de la consommation quotidienne Concentration maximale à +1h de la consommation Élimination lente, jusqu'à 6 semaines
BZD	Actuellement non démontré Effets sur la grossesse : • Perturbation du rythme cardiaque fœtal : moins oscillant et réactif	Parfois syndrome de sevrage modéré : irritabilité, agitation, hyperreflexie, trémulations, troubles du sommeil, troubles digestifs Selon la 1/2 vie, risque d'imprégnation médicamenteuse = floppy-infant syndrom : • Somnolence, hypotonie, hypothermie, troubles de la succion, dépression respiratoire	Passage dans le lait variable selon la BZD, pouvant atteindre jusqu'à 10% de la dose maternelle en mg/kg Risque d'hypotonie, sédation et d'altération de la prise de poids chez l'enfant
METHADONE BUPRENORPHINE	Passage du placenta Effets sur la grossesse diminués par rapport à l'héroïne Pas de troubles malformatifs Diminution des concentrations plasmatiques pendant la grossesse chez la mère	Syndrome de sevrage néonatal : irritabilité, trémulations, cri aigu, hypertonie Effets diminués par rapport à l'héroïne	Faible passage dans le lait, aucun événement particulier retenu chez les enfants allaités Utilisation possible pendant l'allaitement
HEROÏNE	L'héroïne passe le placenta Pas de troubles malformatifs Effets sur la grossesse : • Hypercontractibilité utérine, stress fœtal : FCS, MAP, RCIU, souffrance fœtale aigue, MFIU	Syndrome de sevrage dans environ 75% des cas : durée d'environ 3 semaines • Dépression respiratoire néonatale, trémulations (voire convulsions), irritabilité, cri aigu, hypertonie, fièvre, troubles digestifs Augmentation du risque de mort inattendue du nourrisson	Passage dans le lait inconnu Incertitude sur la nature des produits de coupage et leur nocivité

PRODUITS	RISQUES MALFORMATIFS ET EFFETS SUR LA GROSSESSE	EFFETS SUR L'ENFANT	EFFETS SUR L'ALLAITEMENT
COCAÏNE	La cocaïne passe le placenta Effets tératogènes liés à la vasoconstriction : hypoxie et ischémie sévère précoce - Anomalies de l'arbre urinaire (pyélectasies) - Cardiopathies congénitales Effets sur la grossesse : - Vasoconstriction, hypoxie et ischémie, induction de contractions utérines : FCS, MAP, RCIU, PAG, SFA, HRP, RPM, MFIU	Chez le nouveau-né : - Syndrome de sevrage à type d'irritabilité, hypertonie, réflexes vifs, hyperexcitabilité, tremulations voire convulsions - Entérocolyte ulcéronécrosante, HTA transitoire, choc cardiogénique, AVC, mort inattendue du nourrisson Chez l'enfant : - Troubles cognitivo-comportementaux jusqu'à l'âge adulte	Passage dans le lait peu connu avec précision, plutôt élevé
AMPHÉTAMINES	Passage du placenta Effets tératogènes : - Atresie des voies biliaires - Cardiopathies - Fentes labiales et palatines Effets sur la grossesse : - MAP, RCIU, HRP, MFIU	Syndrome de sevrage à type d'irritabilité Chez le nourrisson : - Somnolence - Troubles de la succion - Entérocolyte ulcéronécrosante - HTA transitoire - Choc cardiogénique - AVC - Mort inattendue du nourrisson	Passage dans le lait important si consommation régulière

ABRÉVIATIONS

AVC : ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL
BZO : BENZODIAZÉPINES
CI : CONTRE-INDICATION
CO : MONOXYDE DE CARBONE
FCS : FAUSSE COUCHE SPONTANÉE
GEU : GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE
HTA : HYPERTENSION ARTÉRIELLE
HRP : HÉMATOME RÉTRO-PLACENTAIRE
MAP : MENACE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

MFIU : MORT FŒTALE IN UTERO
PAG : PETIT POIDS POUR L'ÂGE GESTATIONNEL
PE : PRÉÉCLAMPSIE
PP : PLACENTA PRAEVIA
RCIU : RETARD DE CROISSANCE INTRA-UTÉRIN
RPM : RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES
SAF : SYNDROME D'ALCOOLISATION FŒTALE
SFA : SOUFFRANCE FŒTALE AIGUE
THC : DELTA-9-TÉTRAHYDROCANNABINOL

Relecture : Cellule Addictions et Périnatalité de Jeanne de Flandre – CHU de Lille, par Madame Léocadie LALOUX, Sage-Femme.

JUIN 2024.

Marine QUENON, Interne en Médecine Générale, Université de Lille. Contact : thesemq2024@gmail.com.

Thèse sous la direction du Docteur Anissa NAKRACHI, Cheffe de Service de l'Unité Clinique d'Addictologie du CH de Tourcoing.

SOURCES

- CRAT L. ALCOOL – GROSSESSE – LE CRAT [INTERNET]. 2022 [CITÉ 23 AVR 2024]. DISPONIBLE SUR: [HTTPS://WWW.LECRAT.FR/7108/](https://www.lecrat.fr/7108/)
- CRAT L. ALCOOL – ALLAITEMENT – LE CRAT [INTERNET]. 2022 [CITÉ 23 AVR 2024]. DISPONIBLE SUR: [HTTPS://WWW.LECRAT.FR/7111/](https://www.lecrat.fr/7111/)
- LE SYNDROME D'ALCOOLISME FŒTAL : CE QUE VOUS DEVRIEZ SAVOIR AU SUJET DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE. PEDIATR CHILD HEALTH. MARS 2002;7(3):189-200.
- LA LECHE LEAGUE - ALLAITEMENT ET TABAC, ALCOOL, DROGUES, ETC. [INTERNET]. [CITÉ 4 JUIN 2024]. DISPONIBLE SUR: [HTTPS://WWW.LLLFRANCE.ORG/VOUS-INFORMER/FONDS-DOCUMENTAIRE/ALLAITER-AUJOURD'HUI-EXTRAITS/1692-ALLAITEMENT-ET-TABAC-ALCOOL-DROGUES-ETC](https://www.lllfrance.org/vo-us-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujour-dhui-extraits/1692-allaitem-ent-et-tabac-alcool-drogues-etc)
- CRAT L. TABAC – GROSSESSE – LE CRAT [INTERNET]. 2021 [CITÉ 22 AVR 2024]. DISPONIBLE SUR: [HTTPS://WWW.LECRAT.FR/3262/](https://www.lecrat.fr/3262/)
- TABAC ET GROSSESSE [INTERNET]. [CITÉ 22 AVR 2024]. DISPONIBLE SUR: [HTTPS://WWW.AMELL.FR/ASSURE/SANTE/DEVENIR-PARENT/GROSSESSE-EN-BONNE-SANTE/TABAC-ALCOOL-DROGUE-ET-GROSSESSE/CONDUITES-RISQUES-TABAC-DROGUES](https://www.ameill.fr/assure/sante/devenir-parent/grossesse-en-bonne-sante/tabac-alcool-drogue-et-grossesse/conduites-risques-tabac-drogues)
- BADOWSKI S, SMITH G. USAGE DE CANNABIS DURANT LA GROSSESSE ET LE POST-PARTUM. CAN FAM PHYSICIAN. FÉVR 2020;66(2):E44-50.
- CRAT L. CANNABIS – GROSSESSE – LE CRAT [INTERNET]. 2022 [CITÉ 22 AVR 2024]. DISPONIBLE SUR: [HTTPS://WWW.LECRAT.FR/7140/](https://www.lecrat.fr/7140/)
- CRAT L. CANNABIS – ALLAITEMENT – LE CRAT [INTERNET]. 2022 [CITÉ 23 AVR 2024]. DISPONIBLE SUR: [HTTPS://WWW.LECRAT.FR/7142/](https://www.lecrat.fr/7142/)
- LE THC DU CANNABIS RESTE DANS LE LAIT MATERNEL PENDANT SIX SEMAINES - INFORMATION POUR L'ALLAITEMENT [INTERNET]. [CITÉ 22 AVR 2024]. DISPONIBLE SUR: [HTTPS://INFO-ALLAITEMENT.ORG/RESSOURCES-EN-LIGNE/LE-THC-DU-CANNABIS-RESTE-DANS-LE-LAIT-MATERNEL-PENDANT-SIX-SEMAINES/](https://info-allaitement.org/ressources/en-ligne/le-thc-du-cannabis-reste-dans-le-lait-maternel-pendant-six-semaines/)
- CRAT L. DIAZEPAM – ALLAITEMENT – LE CRAT [INTERNET]. 2024 [CITÉ 22 AVR 2024]. DISPONIBLE SUR: [HTTPS://WWW.LECRAT.FR/3871/](https://www.lecrat.fr/3871/)
- CRAT L. MÉTHADONE – GROSSESSE – LE CRAT [INTERNET]. 2023 [CITÉ 22 AVR 2024]. DISPONIBLE SUR: [HTTPS://WWW.LECRAT.FR/12738/](https://www.lecrat.fr/12738/)
- CRAT L. MÉTHADONE – ALLAITEMENT – LE CRAT [INTERNET]. 2023 [CITÉ 22 AVR 2024]. DISPONIBLE SUR: [HTTPS://WWW.LECRAT.FR/12759/](https://www.lecrat.fr/12759/)
- CRAT L. HÉROÏNE – GROSSESSE – LE CRAT [INTERNET]. 2023 [CITÉ 22 AVR 2024]. DISPONIBLE SUR: [HTTPS://WWW.LECRAT.FR/12807/](https://www.lecrat.fr/12807/)
- CRAT L. HÉROÏNE – ALLAITEMENT – LE CRAT [INTERNET]. 2023 [CITÉ 23 AVR 2024]. DISPONIBLE SUR: [HTTPS://WWW.LECRAT.FR/12808/](https://www.lecrat.fr/12808/)
- TOURNIER M. PRÉVALENCE ET IMPACT DE L'EXPOSITION PRÉCOCE AUX ANXIOLYTIQUES. L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE. 2014;30(5):353-7.
- CRAT L. COCAÏNE – GROSSESSE – LE CRAT [INTERNET]. 2023 [CITÉ 22 AVR 2024]. DISPONIBLE SUR: [HTTPS://WWW.LECRAT.FR/12809/](https://www.lecrat.fr/12809/)
- CRAT L. COCAÏNE – ALLAITEMENT – LE CRAT [INTERNET]. 2023 [CITÉ 22 AVR 2024]. DISPONIBLE SUR: [HTTPS://WWW.LECRAT.FR/12810/](https://www.lecrat.fr/12810/)
- CRAT L. ECSTASY = MÉTHYLÈNE DIOXYMÉTAMPHÉTAMINE (MDMA) – ALLAITEMENT – LE CRAT [INTERNET]. 2023 [CITÉ 22 AVR 2024]. DISPONIBLE SUR: [HTTPS://WWW.LECRAT.FR/12729/](https://www.lecrat.fr/12729/)

Annexe 5 : Auto-questionnaire GEGA

Pour mieux vous connaître et vous accompagner pendant cette grossesse merci de répondre à ce questionnaire, soumis au secret professionnel. Il est à remettre au médecin ou à la sage-femme avec qui vous avez rendez-vous aujourd'hui pour en discuter avec lui (elle).

	oui	non
1- Dans la semaine qui vient de s'écouler , vous est-il arrivé de vous sentir inquiète ou soucieuse sans en identifier la raison ?		
2- Dans la semaine qui vient de s'écouler , avez-vous eu des problèmes pour bien dormir ?		
3- Dans la semaine qui vient de s'écouler , vous êtes-vous sentie dépassée par les événements ?		
4- Avez-vous ou avez-vous déjà eu un problème avec votre poids ou votre alimentation ?		
5- Dans votre vie , avez-vous tendance à contrôler votre poids (restriction alimentaire, activité physique intensive, vomissements provoqués...) ?		
6- Avant la grossesse que buviez-vous de façon régulière ou occasionnelle ? (plusieurs réponses possibles) ☐ eau ☐ soda ☐ cidre ☐ bière ☐ vin ☐ alcool fort ☐ café/thé ☐ autres :.....		
7- Depuis le début de votre grossesse , vous est-il arrivé de boire de l'alcool (bière, vin, champagne, etc.) au cours d'une soirée, d'une fête ou d'une autre occasion ?		
8- Avant la grossesse fumiez-vous des cigarettes ?		
9- Combien de cigarettes par jour en moyenne? ☐ 0 ☐ 1-10 ☐ 11-20 ☐ 21-30 ☐ +30		
10 Actuellement fumez-vous du tabac ?		
11- Avant la grossesse , avez-vous déjà consommé/fumé l'une ou plusieurs de ces substances ? ☐ cannabis ☐ ecstasy ☐ amphétamines ☐ MDMA ☐ crack/base ☐ LSD ☐ cocaïne ☐ héroïne ☐ protoxyde (ballon) ☐ CBD ☐ autres.....		
12- Depuis le début de votre grossesse , vous est-il arrivé d'en consommer/fumer?		
13- Ces 12 derniers mois , avez-vous pris un de ces médicaments: (plusieurs réponses possibles) ☐ tranquillisants ☐ antidépresseurs ☐ antidouleurs (codéine, tramadol...) ☐ somnifères ☐ Lyrica ☐ méthadone/buprénorphine ☐ Préciser :.....		
14- Êtes-vous préoccupée par le comportement et/ou les consommations (tabac, alcool, autres) d'une ou plusieurs personnes de votre entourage proche ?		
15- Dans votre vie avez-vous été victime de violences verbales, psychologiques, économiques, physiques et/ou sexuelles... ?		
16- Vous sentez-vous en sécurité chez vous et dans votre vie (couple, entourage, travail...) ?		
17- Après l'accouchement serez-vous seule pour vous occuper du bébé ?		
18- Avez-vous une personne sur qui vous pouvez compter en cas de besoin ?		
19- Avez-vous des difficultés à faire face à vos besoins : alimentation, logement, factures, transport, accès aux soins, démarches administratives... ?		
20- Bénéficiez-vous d'une aide extérieure : assistant social, éducateur, psychologue, tuteur, autre personne ou structure ?		

Auto-questionnaire discuté avec (nom de la ou du professionnel-le).....Date : / /

KIT ADDICTIONS

FICHE PRATIQUE

Consommation de substances psychoactives et périnatalité

La grossesse est un moment privilégié qui donne l'opportunité des changements de comportement.

Tout usage est problématique durant la grossesse (protection du fœtus).

La moitié des femmes enceintes va arrêter spontanément les usages, mais l'autre moitié va être en difficulté.

Les aides les plus efficaces sont celles proposées en proximité lors du parcours de santé habituel de la femme enceinte. L'orientation vers les soins secondaires est à réserver aux cas les plus sévères, car ceci peut alourdir le fardeau sanitaire de la grossesse, déjà bien chargé.

» Qui consomme ? Quels risques ?

Remettre en cause ses représentations. Toute femme peut être concernée.



Alcool

Pendant la grossesse

11,7% déclarent avoir consommé de l'alcool durant leur grossesse¹.

Abord de la question

67,1% auraient été interrogées sur leur usage d'alcool, mais seulement 29,3% auraient reçu des recommandations pour éviter toute consommation².

Risques pour la grossesse et le fœtus

- Première cause évitable de retard mental non génétique en France.
- Trouble du Spectre de l'Alcoolisation Fœtale (TSAF) sans traits faciaux = 1/100 naissances.
- TSAF avec traits faciaux caractéristiques = 1/1000 naissances = Syndrome d'alcoolisation fœtale ou SAF, forme la plus sévère.

Principales conséquences :

- Conduites addictives.
- Retard de croissance intra-utérin (RCIU) avec micro-céphalie.
- Symptômes neurologiques : troubles de l'attention et de l'impulsivité ; troubles de la mémoire et du raisonnement ; troubles du comportement et de l'adaptation, de l'interaction sociale ; déficience intellectuelle ; troubles « dys » variés (langage, écriture, calcul, coordination).
- Malformations congénitales : cardiaque, squelettique, rénale, oculaire, surdité.



Autres drogues (opioïdes, cocaïne,...)

Pendant la grossesse

Entre 0,5 et 3% selon la littérature

Risques pour la grossesse et le fœtus

Suivi spécialisé en périnatalogie et addictologie.



Tabac

Pendant la grossesse

- 27,9% fument avant la grossesse.
- 17% au troisième trimestre.
- 84,7% reprennent le tabac après l'accouchement¹.

Abord de la question

80% déclarent avoir été interrogées sur leur tabagisme, mais seulement 46,3% auraient reçu une proposition d'aide pour arrêter².

Risques pour la grossesse et le fœtus

- Retard de croissance intra-utérin, grossesse extra-utérine, fausse couche spontanée, hématome rétro-placentaire, prématurité. Malformations congénitales (cardiaque, squelettique, rénale, oculaire, surdité).
- Conséquences à long terme : conduites addictives, données insuffisantes pour les troubles du comportement et les troubles respiratoires.



Cannabis

Pendant la grossesse

- 20% des femmes entre 18 et 25 ans ont fumé du cannabis dans l'année.
- 2,1% déclarent en avoir consommé durant leur grossesse². On estime plutôt ce chiffre entre 5 et 10% en réalité.

Risques pour la grossesse et le fœtus

- Mêmes risques que pour le tabac, car consommations associées.
- Troubles du comportement chez le bébé : pleurs inconsolables, tremblements, sursauts, troubles du sommeil.
- Conséquences à long terme : conduites addictives, données insuffisantes pour les troubles du comportement et les troubles respiratoires³.



» Repérage précoce et intervention brève +

La consommation d'alcool durant la grossesse est le plus souvent déniée dans sa responsabilité car trop culpabilisante à porter. Aborder cette consommation nécessite d'adopter une attitude bienveillante, rassurante, empathique et non jugeante.

Repérer les usages le plus tôt possible, dès le désir de grossesse (fertilité diminuée, risques augmentés pour le fœtus en tout début de grossesse avec l'alcool). Le repérage est à renouveler à chaque rencontre.

Méthode de la question unique : « De quand date votre dernière consommation de cigarettes, de cannabis, de boissons contenant de l'alcool (vin, bière, cidre, alcools forts) ? ». Cette question permet simplement de repérer les consommations actuelles et de vérifier l'exposition éventuelle du fœtus, notamment avant que la grossesse soit connue (alcool).

Chez les fumeuses de tabac, seul ou en association avec du cannabis, il est important de ne pas hésiter à doser suffisamment le traitement de substitution, car la clairance de la nicotine est accélérée durant la grossesse.

Informar sur les pictogrammes figurant sur les boîtes de traitement nicotinique de substitution car le rythme cardiaque fœtal va être très légèrement augmenté mais cela ne présente aucun danger. La principale cause d'inefficacité est le refus d'un traitement suffisant du craving.

- ➔ Tout repérage positif sert à évaluer les consommations et proposer de l'aide.
- ➔ Le repérage est également propice pour aborder les consommations du foyer, qui peuvent avoir un impact sur les consommations de la patiente et le développement de l'enfant.
- ➔ La spécificité de la grossesse est l'urgence du changement (arrêt ou réduction des risques).
- ➔ Les principes de l'intervention brève sont adaptés à la situation.

» Et l'allaitement ?

La contre-indication est formelle en cas de consommation régulière de cannabis du fait de la présence durable de THC dans le lait maternel.



Pour l'usage occasionnel d'alcool en quantité modérée, il convient de tirer son lait avant l'éventuelle consommation et de ne pas allaiter dans la demi-journée qui suit (la durée de présence dans le lait est variable en fonction de la quantité consommée). L'alternance avec des laits maternisés permet de gérer les périodes alcoolisées.



Le bébé sera exposé au tabagisme passif du fait de l'imprégnation des vêtements, même si la mère ne fume pas pendant la séquence d'allaitement. Celui-ci sera quand même encouragé en réduisant au maximum l'exposition au tabagisme du foyer familial.

» Accompagner et adresser

Quand la situation devient trop problématique, adresser la patiente vers une structure adaptée, selon votre territoire :

Gynécologue / sage-femme référente en addictions / maternités ELSA - Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie / Services hospitaliers d'addictologie / Centres périnataux de proximité / PMI / CSAPA - Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie / CAARUD - Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues / CJC - Consultations Jeunes Consommateurs / Micro-structures / sage-femmes libérales spécialisées en addictologie / addictologues libéraux / associations de patients.

Des structures proposant des appartements thérapeutiques pour femmes enceintes existent également.

Pour trouver une structure proche du domicile de la patiente : drogues-info-service.fr/
[recherche-professionnelle-multicriteres](https://recherche-professionnelle-multicriteres.fr/)

Ressources

- Addictutos (tutoriels développés par un panel d'experts issus des soins primaires et de l'addictologie) : addictutos.com
- Alcool info service (espace pro) : alcool-info-service.fr
- Centre de Référence sur les Agents Tératogènes : lecrat.fr
- Drogues info service (espace pro) : drogues-info-service.fr
- Groupe d'Études Grossesse et Addictions (CEGA) : asso-gega.org
- Intervenir addictions : intervenir-addictions.fr
- Les 1 000 premiers jours : 1000-premiers-jours.fr
- Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives : drogues.gouv.fr
- Tabac info service (espace pro) : tabac-info-service.fr

Soutenu
par le



Mai 2022

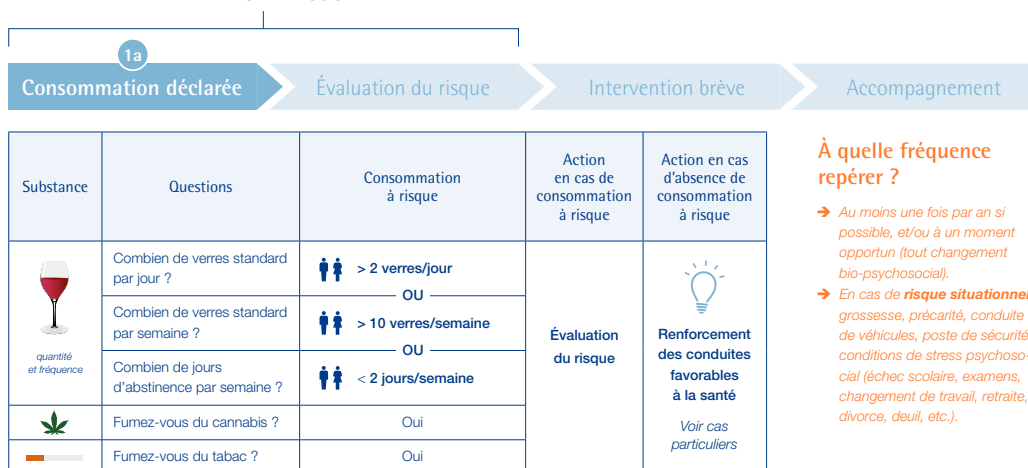
Annexe 7 : Outil d'aide au RPIB alcool, cannabis et tabac chez l'adulte

Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève

ALCOOL, CANNABIS, TABAC CHEZ L'ADULTE

*Alcool, tabac et cannabis sont les 3 substances psychoactives les plus consommées en France.
Le repérage précoce accompagné d'une intervention brève constitue une réponse individuelle à des consommations à risque de dommages physiques, psychiques ou sociaux.*

REPÉRAGE PRÉCOCE

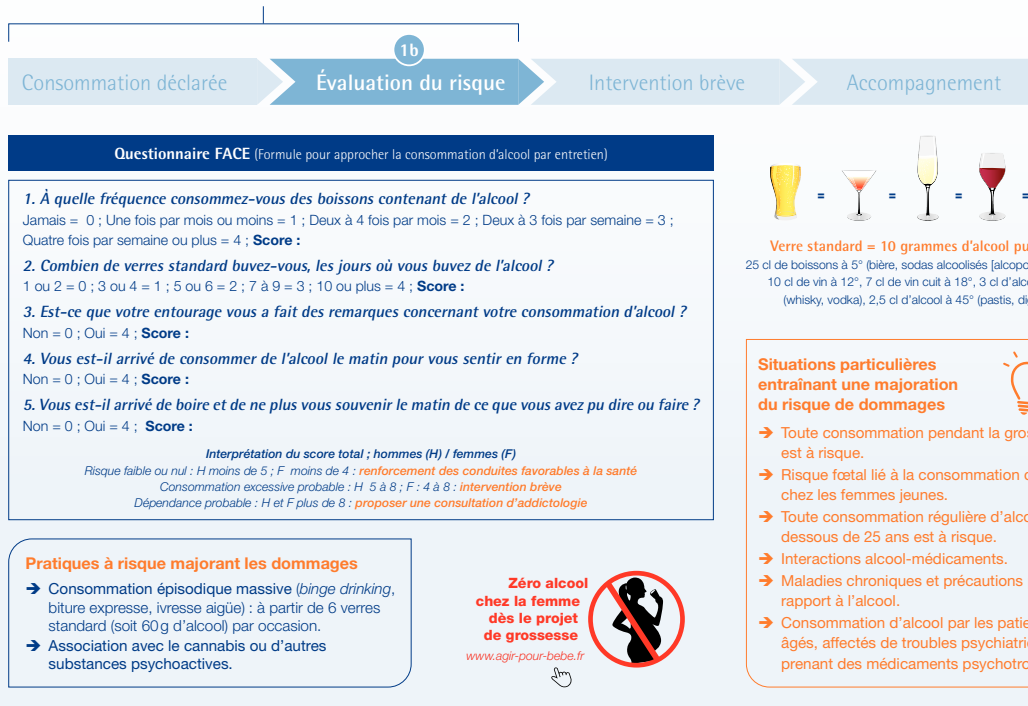


À quelle fréquence repérer ?

- Au moins une fois par an si possible, et/ou à un moment opportun (tout changement bio-psychosocial).
- En cas de **risque situationnel** : grossesse, précarité, conduite de véhicules, poste de sécurité, conditions de stress psychosocial (échec scolaire, examens, changement de travail, retraite, divorce, deuil, etc.).

Plus les consommations sont précoces, intenses, régulières, multiples et en solitaire et plus le risque de dommages augmente.
De nombreux outils spécifiques sont disponibles sur les sites de **Santé publique France**, de la **Fédération Addiction**, de la **Fédération Française d'Addictologie** et de l'**Association Addictions France**.

REPÉRAGE PRÉCOCE





Questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test)

1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?
2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?
3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?
4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?
5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?
6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...) ?

Une réponse positive : information minimale sur les risques

Deux réponses positives au test doivent amener à s'interroger sérieusement sur les conséquences de la consommation : intervention brève.

Trois réponses positives ou plus doivent amener à proposer une consultation d'addictologie.

Questionnaire tabac « Fumez-vous du tabac ? »

Conseil d'arrêt

« Voulez-vous un dépliant/brochure, ou l'adresse d'un site concernant les risques de la consommation de tabac, les bénéfices de l'arrêt et les méthodes de sevrage ? »

Proposer un accompagnement

« Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? »

« Voulez-vous qu'on prenne le temps d'en parler dans une prochaine consultation ? »

SI OUI

SI NON

« Avez-vous déjà fumé ? »

Si non, le patient n'a jamais fumé.

Si oui :

- « pendant combien de temps ? »
- « depuis quand avez-vous arrêté ? »

REPÉRAGE PRÉCOCE



Intervention brève concernant la réduction ou l'arrêt de consommation de substance(s) psychoactive(s)

- Restituer les **résultats des questionnaires** de consommation.
- **Inform**er sur les **risques** concernant la consommation de substance.
- **Évaluer** avec le consommateur ses **risques** personnels et situationnels.
- Identifier les représentations et les **attentes du consommateur**.
- **Échanger** sur l'intérêt personnel de l'arrêt ou de la réduction de la consommation.
- **Expliquer** les méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation.
- **Proposer** des objectifs et laisser le choix.
- **Évaluer la motivation, le bon moment et la confiance** dans la réussite de la réduction ou de l'arrêt de la consommation.
- Donner la possibilité de réévaluer dans une **autre consultation**.
- Remettre une **brochure** ou orienter vers un **site**, une application, une association, un forum...



→ Adopter une **posture partenariale** favorisant la confiance et les échanges (alliance thérapeutique).

→ Échanger avec le consommateur sur sa **motivation**, sa **confiance** dans la réussite de réduction ou d'arrêt de sa consommation et déterminer si c'est le **bon moment**, grâce à **3 échelles** sur lesquelles il va se situer.

Motivation pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



Le **bon moment** pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



Confiance dans la réussite du projet de réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



REPÉRAGE PRÉCOCE



Accompagnement des consommateurs

Les professionnels de santé accompagnent les consommateurs de manière durable, afin de favoriser la réduction ou l'arrêt de consommation à long terme.

- Ils soutiennent l'effort de réduction des risques de dommages physiques, psychiques ou sociaux, dans une relation partenariale de confiance et d'échange.
- Ils soutiennent l'abstinence ou la modération et renforcent les autres conduites favorables à la santé (alimentation, exercice physique, etc.)
- En cas de reprise de la consommation, de survenue de dommages ou de dépendance, une consultation de type entretien motivationnel ou le recours à une consultation d'addictologie sont proposées.

→ La notion d'essai dans un changement de comportement est fondamentale pour ne pas attribuer l'échec au patient mais à des circonstances.

→ La rechute est davantage la règle que l'exception et chaque rechute rapproche le thérapeute et le patient du succès consolidé.



DROGUES-INFO-SERVICE.FR
01 80 00 12 34 - 01 80 00 23 13 13

ALCOOL-INFO-SERVICE.FR
01 80 00 12 34 - 01 80 00 23 13 13

tabac
info
service

agirpourbêbê

AUTEUR : Nom : QUENON

Prénom : Marine

Date de soutenance : 19 mars 2025

Titre de la thèse : Repérage des troubles de l'usage de substances illicites pendant la grossesse, par les médecins généralistes, dans le Nord. Une étude quantitative observationnelle.

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : Pregnancy ; substance-related disorders ; general practice

Introduction : Les troubles de l'usage de substances (TUS) pendant la grossesse ont des conséquences sur le développement fœtal et de l'enfant. L'usage d'alcool et de tabac pendant la grossesse a souvent été étudié, moins celui des substances illicites (cocaïne, cannabis, héroïne). Des études récentes montrent une augmentation des consommations de cannabis et de cocaïne pendant la grossesse. Le médecin généraliste (MG) est un interlocuteur privilégié de la femme tout au long de sa grossesse, et tient un rôle clé dans le repérage des consommations.

Objectif : L'objectif principal de notre travail est de déterminer si toutes les femmes enceintes présentant un TUS illicite ont l'opportunité d'en parler à leur MG lors d'une découverte de grossesse. Les objectifs secondaires sont d'analyser quels TUS sont interrogés par les MG, hors et pendant la grossesse, de déterminer si les MG ont les outils pour appréhender cette problématique ainsi que les potentiels freins au repérage des TUS.

Méthodes : étude quantitative, observationnelle et transversale menée grâce à un questionnaire anonyme adressé à 1809 MG installés dans le Nord. Le questionnaire portait sur les pratiques de repérage en début de grossesse, pendant celle-ci et lors de la rencontre avec un nouveau patient, les substances recherchées, les outils utilisés et les freins perçus.

Résultats : Parmi les MG répondants, seuls 25,31 % posent systématiquement la question d'un TUS illicite lors de la découverte d'une grossesse. Le cannabis est la substance illicite la plus souvent interrogée, suivie de la cocaïne et de l'héroïne. Les MG interrogeant l'existence d'un TUS à la découverte d'une grossesse le recherchent également au cours du suivi de grossesse et chez les nouveaux patients. Les freins principaux rapportés sont le caractère chronophage de la consultation, les représentations des TUS, le manque de connaissances et l'absence de valorisation financière. Bien qu'une large majorité de MG adressent leurs patientes enceintes souffrant d'un TUS, les MG répondants déclarent ne pas être suffisamment informés sur le réseau de soins addictologiques.

Conclusion : Le repérage des TUS illicites pendant la grossesse par les MG du Nord reste insuffisamment systématique, avec des variations selon les substances. Des efforts sont nécessaires pour améliorer la formation, la diffusion d'outils pratiques et de ressources dédiées afin d'optimiser la prise en charge des patientes concernées.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs : Monsieur le Docteur Jan BARAN

Madame le Docteur Roxane GIBERT-VANSPRANGHEL

Directeur de thèse : Madame le Docteur Anissa NAKRACHI