

Enquête sur la consommation de substances psychoactives des femmes enceintes

François Beck, chef du département Enquêtes et Analyses statistiques, Inpes,
Jean-Baptiste Richard, chargé d'études et de recherche, direction des Affaires scientifiques, Inpes,
Agnès Dumas et Laurence Simmat-Durand, sociologues, Cermes 3-Cesames, université Paris-Descartes, Sorbonne Paris Cité/CNRS UMR 8211/Inserm U988/EHESS),
Stéphanie Vandentorren, épidémiologiste, Samusocial.

Les risques liés à un usage de substances psychoactives au cours de la grossesse sont désormais bien documentés et peuvent s'avérer très sévères pour l'enfant, qu'il s'agisse de l'alcoolisation fœtale [1-3], du tabagisme actif ou passif au cours de la grossesse [4, 5], de la consommation de cannabis par les femmes enceintes [6] ou encore des combinaisons de ces différentes substances [7]. Ces pratiques addictives peuvent ainsi entraîner un risque accru de fausse couche, de diminution du poids de naissance, mais aussi, dans le cas de l'alcool, un retard psychomoteur comme dans le cas du syndrome d'alcoolisation fœtale (Saf).

Depuis le début des années 1990, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) mène, en partenariat avec de nombreux acteurs de santé, une série d'enquêtes appelées Baromètres santé, qui abordent les

différents comportements et attitudes de santé des Français [8]. La force des données mobilisées, issues de cette enquête représentative de l'ensemble de la population résidant en France et qui donc permet d'observer des prévalences nationales, est de permettre une comparaison des femmes en cours de grossesse (soit 284 femmes enceintes, âgées en moyenne de 29,1 ans) avec les femmes en âge de procréer mais qui ne sont pas enceintes au moment de l'enquête. Les comportements étudiés concernent les consommations de tabac (quotidienne, occasionnelle, ancienne fumeuse, non fumeuse), de cannabis (au cours de l'année, du mois), d'alcool (quotidienne, hebdomadaire, mensuelle ou moins fréquente, abstinence). La fréquence d'épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante (API), soit six verres ou plus lors d'une même occasion, a également été observée. Enfin, les consommations de substances psychoactives ont été analysées selon le trimestre de grossesse : premier, deuxième et troisième trimestres.

Tabac, alcool : réduction notable pendant la grossesse

Parmi les femmes enceintes, 24 % déclarent fumer quotidiennement (20 % après le premier trimestre) et 3 % occasionnellement. Cette proportion est significativement inférieure à celle des femmes qui ne sont pas enceintes, qui comptent 37 % de fumeuses quotidiennes et 6 % de fumeuses occasionnelles. Parallèlement, la proportion de fumeuses de plus de dix cigarettes par jour est de 8 % parmi les femmes enceintes (6 % après le premier trimestre)



contre 22 % des autres femmes. La France est par ailleurs le pays d'Europe présentant la plus forte prévalence tabagique des femmes enceintes, la plupart des pays affichant des prévalences entre 10 et 15 % [9]. En ce qui concerne la consommation de cannabis, 3 % des femmes enceintes déclarent en avoir fumé au cours des douze derniers mois contre 8 % des femmes n'étant pas enceintes.

La consommation d'alcool se révèle également nettement moindre parmi les femmes enceintes. Cette pratique renvoie avant tout à une consommation occasionnelle : 32 % d'entre elles ont conservé une telle pratique, contre 80 % des femmes du même âge qui ne sont pas enceintes. Si 3 % des femmes enceintes déclarent boire toutes les semaines (contre 25 % des femmes ne l'étant pas), 29 % boivent moins fréquemment. Environ 60 % des femmes

Addictions

Substances psychoactives : enquête auprès de femmes enceintes

qui consommaient de l'alcool avant leur grossesse ont arrêté de boire à son démarrage. Ce changement de comportement est encore plus prononcé passé le premier trimestre de grossesse, les trois quarts des femmes enceintes (74 %) ayant alors arrêté toute consommation d'alcool.

L'ESSENTIEL

■ **La consommation par la femme enceinte de substances psychoactives, en particulier l'alcool, peut avoir des effets graves pour l'enfant à naître.**

■ **D'une manière générale, même si des progrès restent attendus, les femmes enceintes réduisent notablement leurs consommations pendant la grossesse.**

■ **Toutefois, cette réduction est plus faible chez les femmes les plus jeunes et celles disposant des revenus les moins élevés.**

Si une part non négligeable des femmes continue à boire des boissons alcoolisées au cours de leur grossesse, les quantités consommées s'avèrent nettement plus faibles : la consommation hebdomadaire des femmes enceintes s'avère quatre fois moins importante en volume. Par ailleurs, seules 2 % d'entre elles ont déclaré un ou plusieurs épisodes d'API.

Fragilité psychologique : un facteur de risque

Toujours selon ces données, un état de détresse psychologique apparaît nettement associé à la consommation de tabac et aux épisodes d'API pendant la grossesse. De plus, le risque de fumer parmi les femmes ayant un diplôme inférieur au bac est trois fois plus important que pour les autres, et les femmes ayant les plus faibles revenus sont presque deux fois plus nombreuses à fumer durant leur grossesse. Ces liens entre statut socio-économique défavorisé et usage de tabac pendant la grossesse sont bien établis en France [10] ou à l'étranger [11]. Côté alcool, l'arrêt de l'API s'avère plus fréquent parmi les femmes vivant en couple durant la grossesse, ainsi qu'après le premier trimestre, et plus rare parmi les femmes ayant les revenus les plus faibles. D'autres facteurs de risque tels que le fait de vivre seule ou de se sentir stressée, triste ou déprimée, interviennent également. La dépression a été également clairement identifiée comme un frein important à l'arrêt du tabagisme. Il a été démontré dans des études antérieures que le tabagisme et les autres comportements addictifs

QUANT À LA CONSOMMATION D'ALCOOL, LES TROIS QUARTS (76%) DES FEMMES QUI EN CONSOMMAIENT TOTALEMENT LEUR CONSOMMATION DURANT LA GROSSESSE, UN COMPORTEMENT DÉCLARÉ TOUTEFOIS PAR SEULEMENT LA MOITIÉ DES FEMMES DE MOINS DE 25 ANS AYANT DÉJÀ ÉTÉ ENCEINTES.

au cours de la grossesse sont souvent l'indice d'une souffrance psychologique et/ou sociale [12, 13].

Concernant les grossesses passées, parmi les femmes ayant déjà été enceintes et qui fumaient avant leur grossesse, 40 % déclarent avoir arrêté lorsqu'elles ont su qu'elles étaient enceintes, la majeure partie de celles-ci (82 %) ayant repris par la suite. Quant à la consommation d'alcool, les trois quarts (76 %) des femmes qui en consommaient déclarent avoir arrêté totalement leur consommation durant la grossesse, un comportement déclaré toutefois par seulement la moitié des femmes de moins de 25 ans ayant déjà été enceintes.

Par ailleurs, 69 % des femmes déclarent avoir reçu de l'information sur l'alcool ou le tabac de la part du médecin chargé de suivre leur grossesse, tandis que 47 % rapportent que leur consommation de tabac a été évaluée par ce médecin, et seulement 22 % pour la consommation d'alcool.

Il convient de préciser qu'aucune preuve de l'innocuité de faibles quantités d'alcool bues au cours de la grossesse n'a été jusqu'à présent apportée, même si les études qui ont mis en évidence un lien entre faible consommation et conséquences délétères sur le foetus

sont rares [14]. Six femmes enceintes sur dix semblent avoir arrêté de boire de l'alcool à l'occasion de leur grossesse, et les trois quarts des femmes enceintes ne consomment plus d'alcool après le premier trimestre. Toutefois, l'arrêt de toute consommation d'alcool lors des grossesses passées apparaît plus rare parmi les plus jeunes. Ce résultat souligne une possible diminution des comportements préventifs des femmes enceintes les plus jeunes et doit attirer notre attention.

Accompagner pour réduire les consommations

Au final, nos résultats confirment l'intérêt de mettre en place des interventions efficaces en matière de sevrage tabagique, tant la prévalence reste élevée au cours de la grossesse, avec seulement un tiers des fumeuses qui parviennent à arrêter pendant cette période. Il faut souligner que certains professionnels de santé conseillent parfois de diminuer le nombre de cigarettes fumées plutôt que d'arrêter totalement, afin de limiter le stress occasionné par le sevrage tabagique. Les traitements de substitution nicotinique apparaissent comme des soutiens utiles et efficaces au sevrage tabagique [15], même s'ils sont plutôt recommandés en seconde intention, lorsque les autres approches se sont révélées inefficaces. Des résultats récents ont toutefois plutôt montré que les traitements de substitution nicotinique utilisés par les femmes enceintes pour le sevrage tabagique se révélaient inefficaces, notamment du fait d'une mauvaise observance [16], et pourraient avoir eux aussi des effets délétères, jouant notamment un rôle dans la pathogenèse des coliques du nourrisson [17]. Le fait que 82 % des femmes qui ont arrêté pour une grossesse reprennent ensuite montre qu'un soutien sur une durée plus longue que la grossesse serait important, le risque étant que seule la culpabilité les fasse arrêter le temps minimum.

L'alcoolisation apparaît pour sa part plus fréquemment abandonnée ou nettement réduite, avec des épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante qui semblent très rares. Les campagnes ayant récemment appelé la nécessité

de ne pas boire du tout au cours de la grossesse ont probablement contribué à éloigner les femmes enceintes de l'alcool.

Néanmoins, certains travaux récents affirment que l'alcoolisation pendant la grossesse est sans conséquence en deçà d'un certain seuil, notamment une étude danoise portant sur 1628 femmes suivies sur six ans à partir de la grossesse, qui évoque le seuil de huit verres de boissons alcoolisées par semaine [18], contribuant à semer le trouble en terme de repères.

Développer l'information des femmes enceintes

Des actions pourraient être menées en particulier en direction des plus jeunes et des femmes en situation de précarité, qui arrêtent moins souvent leur consommation de tabac ou d'alcool pendant la grossesse. Une information émanant du gynécologue, de la sage-femme ou du généraliste, en direction des jeunes femmes envisageant une grossesse, dans le cadre de consultations préconceptionnelles par exemple, ou déjà enceintes, serait certainement utile. Dans la mesure où une proportion importante des grossesses ne sont pas prévues, la cible de la population des femmes en âge de procréer semble à privilégier. Le guide « Alcool et grossesse », édité en 2011 sous l'égide du ministère chargé de la Santé à destination des professionnels de santé, souligne la difficulté à parler à une femme enceinte de sa consommation d'alcool et suggère des pistes pour aborder ce point, en donnant notamment des exemples de prises en charge précoces. L'entretien prénatal précoce, qui offre souvent un temps d'échange long avec une sage-femme, pourrait être une ressource très utile car c'est l'occasion d'adresser les femmes à des consultations spécialisées, d'autant que les sages-femmes certifiées en addictologie sont de plus en plus nombreuses. En matière d'alcool notamment, la transmission intergénérationnelle entre mère et fille apparaît aussi comme une source d'information primordiale, invitant aussi à considérer les mères de jeunes femmes enceintes comme des relais privilégiés de la prévention. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Inserm. Exposition prénatale à l'alcool : données épidémiologiques. In : *Alcool. Effets sur la santé*. Paris : Les éditions Inserm, coll. Expertise collective, 2001 : p. 143-163. En ligne : www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/168/expcol_2001_alcool.pdf?sequence=1
- [2] Lejeune C. Syndrome d'alcoolisation fœtale. *Médecine thérapeutique/Pédiatrie*, 2001, vol. 4, n° 3 : p. 176-183.
- [3] Cottencin O., Nandrino J.L., Karila L., Mezerette C., Danel T. A case-comparison study of executive functions in alcohol-dependent adults with maternal history of alcoholism. *European Psychiatry*, 2009, vol. 24, n° 3 : p. 195-200.
- [4] Ducret L. What are the epidemiological data on smoking and co-addictions during pregnancy? *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 2005, vol. 34, Spec N° 13S55-3S66.
- [5] Inserm. Exposition prénatale au tabac. In : *Tabac. Comprendre la dépendance pour agir*. Paris : Les éditions Inserm, coll. Expertise collective, 2004 : p. 269-284. En ligne : www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/149/expcol_2004_tabac.pdf?sequence=1
- [6] Karila L., Cazas O., Danel T., Reynaud M. Short- and long-term consequences of prenatal exposure to cannabis. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 2006, vol. 35, n° 1 : p. 62-70.
- [7] Simmat-Durand L., Toutain S., Vellut N., Genest L., Crenn-Hébert C., Simonpoli A.-M., et al. Analyse des données maternelles et obstétricales dans une cohorte rétrospective de 170 nouveau-nés de mères polyconsomatrices, Île-de-France, 1999-2008. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 2010, vol. 39, n° 8 : p. 647-655.
- [8] Beck F. Perception des risques et surveillance des comportements de santé : l'apport des Baromètres santé. In : Astagneau P., Ancelle T. *Surveillance épidémiologique*. Paris : Lavoisier, 2011 : p. 296-302.
- [9] Zeitlin J., Mohangoo A. *The European Perinatal Health Report: better statistics for better health for pregnant women and their babies*, 2008, 282 p. En ligne : www.europeristat.com
- [10] Lelong N., Blondel B., Kaminski M. Évolution de la consommation de tabac des femmes pendant la grossesse en France de 1972 à 2003. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 2011, vol. 40, n° 1 : p. 42-49.
- [11] Cnattingius S. The epidemiology of smoking during pregnancy: smoking prevalence, maternal characteristics, and pregnancy outcomes. *Nicotine & Tobacco Research*, 2004, vol. 6, Suppl. 2 : S125-140. En ligne : http://ntr.oxfordjournals.org/content/6/Suppl_2/S125.full.pdf+html
- [12] Zilberman M.L., Tavares H., Blume S.B., el-Guebaly N. Substance use disorders: sex differences and psychiatric comorbidities. *Canadian journal of psychiatry*, 2003, vol. 48, n° 1 : p. 5-13.
- [13] Hauge L.J., Torgersen L., Vollrath M. Associations Between Maternal Stress and Smoking: Findings from a Population-Based Prospective Cohort Study. *Addiction*, 2012, vol. 107, n° 6 : p. 1168-1173.
- [14] Henderson J., Gray R., Brocklehurst P. Systematic review of effects of low-moderate prenatal alcohol exposure on pregnancy outcome. *BJOG: An international journal of obstetrics and gynaecology*, 2007, vol. 114, n° 3 : p. 243-252.
- [15] Stead L.F., Perera R., Bullen C., Mant D., Hartmann-Boyce J., Cahill K., et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews*, 2008, vol. 23, n° 1 : CD000146.
- [16] Coleman T., Cooper S., Thornton J.G., Grainge M.J., Watts K., Britton J., et al. A randomized trial of nicotine-replacement therapy patches in pregnancy. *The New England journal of medicine*, 2012, vol. 366, n° 9 : p. 808-818.
- [17] Milidou I., Henriksen T.B., Jensen M.S., Olsen J., Søndergaard C. Nicotine replacement therapy during pregnancy and infantile colic in the offspring. *Pediatrics*, 2012, vol. 129, n° 3 : p. 652-658.
- [18] Skogerbø A., Kesmodel U.S., Wimberley T., Støvring H., Bertrand J., Landrø N.I., et al. The effects of low to moderate alcohol consumption and binge drinking in early pregnancy on executive function in 5-year-old children. *BJOG: An international journal of obstetrics and gynaecology*, 2012, vol. 119, n° 10 : p. 1201-1210.