



## Consommations de substances psychoactives et grossesse : diagnostiquer et prévenir

### François Beck

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

### Jean-Baptiste Richard

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

**A**u cours de la grossesse, le fœtus est fortement exposé aux éventuelles consommations de substances psychoactives de la femme enceinte. Celles-ci peuvent avoir des effets graves pour l'enfant à naître, tels qu'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).

D'une manière générale, les femmes enceintes réduisent notablement leurs consommations. Toutefois, 24 % d'entre elles déclarent fumer quotidiennement pendant la grossesse (20 % après le 1<sup>er</sup> trimestre) et 3 % occasionnellement [9]. Bien que significativement inférieure à la prévalence tabagique des femmes qui n'attendent pas d'enfant, qui se répartissent entre 37 % de fumeuses quo-

tiennes et 6 % de fumeuses occasionnelles, cette proportion positionne la France comme le pays d'Europe présentant la plus forte prévalence tabagique des femmes enceintes, la plupart des autres affichant des prévalences comprises entre 10 et 15 % [88]. Ainsi, dans un pays marqué par un taux de fécondité qui le distingue de ses voisins européens, il apparaît d'autant plus dommageable que le tabagisme pendant la grossesse se maintienne à un niveau élevé. 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 autres.

Si une part non négligeable des femmes continue à boire des boissons alcoolisées au cours de la grossesse, les quantités consommées s'avèrent nettement plus faibles

pendant cette période de leur vie, avec une consommation hebdomadaire quatre fois moins importante en volume. Environ 60 % des femmes qui consommaient de l'alcool avant leur grossesse ont arrêté de boire à l'annonce du diagnostic. Par ailleurs, seules 2 % d'entre elles déclarent un épisode d'alcoolisation ponctuelle importante (6 verres ou plus en une même occasion) pendant la grossesse.

### Cibler la prévention sur les femmes les plus jeunes et les moins favorisées

On peut distinguer différents facteurs de risque de consommation de substances psychoactives chez la femme enceinte. Ainsi, un état de détresse psychologique apparaît nettement associé à la consommation de tabac et aux épisodes d'alcoolisation pen-

la consommation d'alcool pendant la grossesse représente la première cause de handicap mental d'origine non génétique chez l'enfant. Enfin, l'alcool est impliqué dans la moitié de la délinquance routière et un quart des condamnations prononcées [60]. De manière indirecte, l'alcool est impliqué dans 40 % des violences familiales et conjugales, la moitié des violences faites aux femmes, un quart des faits de maltraitance à enfants, 30 % des viols et agressions sexuelles et 30 % des faits de violences générales [75].

### Prévenir les risques et réduire les dommages

La « réduction des risques », désormais totalement diffusée dans le lexique des professionnels du champ des addictions, est une traduction erronée de « *harm reduction* » qui signifie réduction des dommages. Cette stratégie s'est longtemps cantonnée aux seuls usagers de drogues injectables avec l'objectif de réduire les risques infectieux liés à leurs pratiques de consommation. Les dommages les plus nombreux étant induits par des substances licites, l'extension de la stratégie de réduction des risques et des dommages à ces produits et leurs usages s'impose aujourd'hui [31, 32].

Dans la mesure où un risque est la probabilité d'un dommage et que le dommage est un risque avéré, il

s'agit moins de « réduire les risques » que de « prévenir les risques et réduire les dommages ».

Ces objectifs doivent s'inscrire dans un *continuum* d'actions cohérent qui va de l'élaboration d'un environnement favorable à la santé en passant par la déstigmatisation des personnes malades, la prévention des risques, la réduction des dommages, tout en s'adaptant à quelques paradoxes.

Tout d'abord, il s'agit de concourir à un environnement favorable à la santé par une politique publique proportionnée aux dommages sanitaires et sociaux avérés, mettant en cohérence les statuts des substances psychoactives et leur dangerosité, que ce soit en matière de publicité, d'accès et de taxation, tout en luttant contre la stigmatisation des personnes en difficulté avec leurs consommations.


Ensuite il faut, pour prévenir les risques, agir le plus précocement possible, notamment par l'éducation pour la santé auprès des plus jeunes, avec des actions de développement des compétences psychosociales face aux prises de risques, d'aide à la résistance aux effets de groupe, et d'affirmation de soi. Il s'agit également, pour réduire les dommages, de repérer et orienter le plus précocement possible les usagers en difficulté, donc sensibiliser et former les professionnels en « première

dant 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 [9]. Globalement, la réduction des consommations de substances psychoactives s'avère plus difficile parmi les femmes les plus jeunes et celles disposant des revenus les plus bas.

Avec seulement un tiers des fumeuses qui parviennent à arrêter pendant cette période, l'intérêt de mettre en place des interventions efficaces en matière de sevrage tabagique au cours de la grossesse apparaît évident. Il faut souligner que certains professionnels de santé conseillent parfois de diminuer le nombre de cigarettes fumées plutôt que d'arrêter

totalemment, afin de limiter le stress occasionné par le sevrage tabagique.

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 brève, émanant du gynécologue ou du généraliste, en direction des jeunes femmes envisageant une grossesse, dans le cadre de consultations pré-conceptionnelles par exemple, ou de celles déjà enceintes, serait certainement utile. Dans la mesure où une proportion importante des grossesses n'est pas prévue, la « cible » des femmes en âge de procréer semble prioritaire. 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 de sa consommation d'alcool à une femme enceinte et suggère des pistes pour ouvrir ce dialogue, en donnant notamment des exemples de prise en charge précoce. 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'orienter les femmes vers 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 enfin comme une source d'information essentielle, invitant aussi à considérer les mères de jeunes femmes enceintes comme des relais privilégiés de la prévention. 

*Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 61.*

ligne», même si le « précoce » est parfois tardif... car « il n'est jamais trop tard ».

Enfin, réduire les dommages est une conjugaison du « care » et du « cure », du « prendre soin » et du « soin », en s'appuyant sur une approche systémique, car il ne s'agit pas que d'un individu ou d'un produit, mais aussi d'un environnement. Ce que visent avant tout l'accompagnement et les soins est l'amélioration de la qualité de vie et l'autonomisation de l'individu-acteur de son propre parcours, en s'appuyant sur son histoire, son environnement, ses expériences et ses compétences. Les professionnels ont pour mission d'accompagner l'utilisateur dans une démarche personnelle de réduction des dommages immédiats et d'aide à la prise de conscience des dommages à moyen et long termes. Dans cette perspective, le « cure » n'est pas réductible au modèle du sevrage prescrit et de l'abstinence immédiate, totale et définitive : les professionnels doivent offrir une palette de propositions et co-construire avec chaque individu la solution qui lui convient le mieux au moment de la rencontre, tout en s'adaptant tout au long de son parcours. Dans l'approche de l'accompagnement et des soins du XXI<sup>e</sup> siècle, le paradigme change : l'utilisateur, le malade, le patient ne doivent plus être assignés à une posture consistant à subir des soins et à s'adapter aux prescriptions des professionnels et ces professionnels,

s'ils veulent la meilleure alliance thérapeutique, doivent tout mettre en œuvre pour rendre la personne co-actrice de son parcours. Il ne s'agit plus d'inscrire les usagers dans une filière de soins à laquelle ils doivent tenter de s'adapter mais de leur proposer des parcours de soins individualisés adaptés à leurs préférences et à leurs capacités personnelles.

La prévention des risques et réduction des dommages en alcoologie doivent aussi faire avec les contraintes et paradoxes, notamment en matière de « demande » d'aide de l'individu, très fréquemment formulée sous la pression de tiers comme la famille, l'employeur ou la justice. C'est aussi trouver la juste place de la prévention dans une société qui valorise les boissons alcooliques comme un totem national, avec une publicité omniprésente surfant sur les traditions, le plaisir et la convivialité, des modalités d'accès quasiment libres et partout sur le territoire... tout en stigmatisant le « mauvais consommateur », « l'ivrogne », le « faible », la « mauvaise mère » ou le « père indigne », et finalement le malade.

### **Face à la réalité des dommages, une stratégie nécessairement pragmatique**

Les relations entre les produits psychoactifs et la fête sont des évidences sociales en France, chez les adultes « confirmés » comme chez les « jeunes », adolescents et