

Paternité et addictions

Mémoire présenté par Anne Vernusset, infirmière

**En vue de l'obtention du Diplôme Inter-Universitaire
Périnatalité et addictions**

Référente : Dr Marine Lancien, addictologue au Centre de Soins,
d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie de Quimper

2025

REMERCIEMENTS

Merci à ma directrice de sa confiance et de m'avoir accordé de suivre le Diplôme Inter-Universitaire Périnatalité et Addictions.

Merci au Dr Marine Lancien d'avoir accepté de superviser ce travail de recherche.

Merci aux collègues qui m'ont aidée par leur patience, leur soutien et leur participation active, indispensables notamment au recueil de données via le questionnaire.

Merci aux professionnels m'ayant reçue en stage dans le cadre de ce DIU et aux intervenants et organisateurs des cours.

Merci à Catherine et Fanny pour leurs conseils, leur présence régulière et tous nos échanges !

Merci à Amélie, pour son soutien chaleureux et régulier à Paris et à distance.

Merci à ma fille pour son énergie et son soutien tout au long de la formation.

Merci à Viviane pour son écoute et ses conseils.

Merci à Pierre pour sa patience, son aide technique et tant d'autres choses.

Enfin, merci à mes patients et patientes ; ce sont eux qui font l'infirmière que je suis aujourd'hui.

Table des matières

1	GLOSSAIRE.....	5
2	INTRODUCTION.....	6
2.1	Définition de l'addiction	6
2.2	La prise en charge des addictions en France	7
2.3	Les principales addictions à des produits et leurs dommages.....	9
2.3.1	Alcool	9
2.3.2	Tabac.....	11
2.3.3	Cannabis.....	12
2.3.4	Cocaïne.....	13
2.3.5	Opioïdes.....	14
2.3.6	Les addictions sans produit	15
2.4	Addictions et santé mentale	16
2.5	La périnatalité.....	17
2.5.1	Définition	17
2.5.2	Les soins périnataux en France.....	18
2.5.3	Le futur père.....	19
2.6	Le choix de la problématique.....	19
3	MÉTHODE.....	21
3.1	Le choix du mode de recueil	21
3.2	Élaboration du questionnaire	21
4	RÉSULTATS	22
4.1	L'âge des répondants	23
4.2	La question de l'addiction.....	24
4.3	Homme ayant un enfant de moins de 2 ans	24
4.4	Conjointe actuellement enceinte	31
4.5	Projet d'enfant dans les 2 prochaines années	31
5	DISCUSSION	35

5.1	Les freins	35
5.2	Les apports du questionnaire	37
5.3	Ouverture	39
6	CONCLUSION	42
7	BIBLIOGRAPHIE	43
8	ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE	46

1 GLOSSAIRE

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

CJC : Consultations Jeunes Consommateurs

CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DPP : Dépression du Post-Partum

DSM : *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders*

EROPP : l'Enquête sur les Représentations, Opinions et Perceptions sur les Psychotropes

IDE : Infirmière Diplômée d'État

PMI : Protection Maternelle et Infantile

THC : Tétrahydrocannabinol

TSAF : Troubles du Spectre de l'Alcoolisation Fœtale

TSO : Traitements de Substitution aux Opiacés

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

2 INTRODUCTION

Ce mémoire est la partie finale du Diplôme Inter Universitaire (DIU) périnatalité et addictions. Les cours et les stages ont majoritairement été axés vers les femmes et mères. Travaillant davantage auprès d'hommes et pour avoir un point de vue plus global des addictions en contexte de périnatalité, j'ai choisi de travailler plus particulièrement la paternité en lien avec les addictions et vice-versa.

Pour préciser le sujet et le contexte de ma recherche, commençons par la définition de l'addiction et ses critères, des données sur les principaux produits consommés et l'addiction sans produit, les liens entre addictions et santé mentale et la présentation de la périnatalité en France. Après cela, nous verrons la problématique. La suite présentera les résultats et la discussion.

2.1 Définition de l'addiction

Il s'agit de difficultés répétées de contrôler un comportement amenant du plaisir et permettant d'échapper à un inconfort psychique en dépit des conséquences négatives.

Elle résulte de la rencontre chez une personne présentant des vulnérabilités individuelles telles que génétique, psychiatrique ou psycho-traumatique avec une substance présentant un potentiel addictif, hédonique et de socialisation, dans un environnement familial, sociétal, professionnel, amical...

Le DSM 5, *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders*, qui est la classification des troubles mentaux par l'*American Psychiatric Association*, retient 11 critères pour évaluer les addictions :

- Besoin impérieux et irrésistible de consommer la substance ou de jouer appelé craving
- Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance ou au jeu

- Beaucoup de temps consacré à la recherche de substances ou au jeu
- Augmentation de la tolérance au produit addictif
- Présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation ou du jeu
- Incapacité de remplir des obligations importantes
- Usage même lorsqu'il y a un risque physique
- Problèmes personnels ou sociaux
- Désir ou efforts persistants pour diminuer les doses ou l'activité
- Activités réduites au profit de la consommation ou du jeu
- Poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques

Ces critères permettent de caractériser le degré de sévérité de l'addiction :

- Présence de 2 à 3 critères : addiction faible
- Présence de 4 à 5 critères : addiction modérée
- Présence de 6 critères ou plus : addiction sévère

L'addiction peut être comportementale et / ou à un ou plusieurs produits. Les dommages sont d'ordre sanitaire, social, financier et ont des répercussions sur l'entourage, qu'il s'agisse de répercussions indirectes comme les violences, l'isolement et des répercussions directes sur la santé, comme pour le tabagisme passif ou les expositions in-utéro.

2.2 La prise en charge des addictions en France

En France, les soins en addictologie sont dispensés dans les services hospitaliers somatiques et psychiatriques en ambulatoire ou lors d'hospitalisation, dans les centres de soins de suite et réadaptation, plus communément appelés centres de cure, par les professionnels de santé libéraux en ambulatoire, par les Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) et par les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, (CSAPA).

Les CSAPA s'adressent aux personnes en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives licites ou non, y compris tabac et médicaments détournés de leur usage. Leur mission s'étend également aux personnes souffrant d'addictions sans substance, comme les jeux d'argent et de hasard. Ils sont présents sur tout le territoire français. Ils sont le plus souvent uniquement des lieux de consultation et de groupes thérapeutiques mais certains comportent des lits d'hospitalisation complète.

J'exerce mon métier d'infirmière au CSAPA de Quimper, dans le Finistère, qui est géré par l'Association Addictions France. Il comporte un site principal et trois antennes situées à Concarneau, Pont-l'Abbé et Douarnenez.

L'équipe est composée de 24 professionnels dont beaucoup travaillant à temps partiel, soit deux secrétaires, huit infirmières, une cheffe de service, cinq médecins, trois psychologues, un éducateur spécialisé, trois assistantes sociales et une diététicienne. En 2024, cette équipe a reçu 1976 patients dont 30 % de femmes et 70 % d'hommes. Ce service a aussi effectué 131 consultations entourage, consultations destinées aux proches de personnes touchées par une addiction pour leur offrir écoute et soutien.

Les soins collectifs pour les patients sont des groupes d'activité physique adaptée, un groupe de parole et un groupe de médiation animale. L'entourage bénéficie d'un groupe de parole dédié.

Le CSAPA a aussi la mission de recevoir les jeunes de 12 à 25 ans dans le cadre des consultations jeunes consommateurs (CJC) : 139 jeunes ont été reçus et 12 personnes en tant qu'entourage CJC.

253 patients ont bénéficié au CSAPA de la prescription de traitements de substitution oraux (TSO) et 149 patients de la dispensation de ces médicaments par les infirmières au CSAPA en 2024.

Les produits motivant les consultations et classés comme les plus problématiques sont l'alcool pour 60 % des patients, puis les opiacés 14 %, le cannabis 11 % et le tabac 4.8 %.

18 % des patients sont âgés de 29 ans au plus et 82 % ont au moins 30 ans, la tranche d'âge des 40 à 49 ans représentant 30 % des patients du service.

Les femmes sont sous-représentées dans les CSAPA. Elles peuvent être accompagnées pour leur problématique addictive par les professionnels de périnatalité mais ces suivis ont vocation à s'arrêter. Des soins en CSAPA permettent des soins au long cours ou en tout cas aussi longtemps que nécessaire. Quand elles consultent au CSAPA de Quimper en mentionnant une grossesse en cours, elles bénéficient d'un délai réduit pour un 1^{er} rendez-vous. Les autres patients, hommes et femmes attendent le plus souvent un 1^{er} rendez-vous pendant plusieurs semaines voire plusieurs mois. Une fois la 1^{ère} consultation effectuée, les délais peuvent être courts et sont adaptés aux besoins des patients, la demande étant le plus souvent d'une consultation / mois. Ce délai est réduit en concertation avec le patient quand il en a besoin.

Les chiffres relevés au CSAPA de Quimper sont proches des chiffres fournis par le relevé RECAP, qui étudie sur toute la France les données des CSAPA. L'alcool est partout le premier motif de consultation en CSAPA. Les chiffres nationaux nous apprennent aussi que seulement 8 % des consultants sont adressés par le médecin traitant et la moitié consulte de sa propre initiative. En ce qui concerne le tabac, il représente peu de consultations de premier recours au CSAPA mais est très souvent associé à d'autres produits. L'accompagnement au sevrage tabagique y est donc beaucoup travaillé.

2.3 Les principales addictions à des produits et leurs dommages

2.3.1 Alcool

Il est largement le produit le plus consommé puisque 82.5 % des adultes français en 2023 déclarent en avoir consommé au moins une fois l'année précédente, 37 % en consomment toutes les semaines et 7 % tous les jours. Il cause la mort de 49 000

personnes / an en France. Les tendances de consommation varient avec la classe d'âge : les alcoolisations ponctuelles importantes sont plus élevées chez les plus jeunes mais la consommation globale diminue.

La toxicité de l'alcool entraîne de nombreuses conséquences sanitaires : hypertension, maladies, accidents vasculaires cérébraux, cancers et maladies neurologiques, encéphalopathies, troubles cognitifs...

La dépendance physique peut s'installer chez les consommateurs d'alcool. Il reste alors toxique pour l'organisme mais son arrêt brutal l'est aussi. Par ailleurs, alcool et dépression sont souvent étroitement associés, l'alcool étant dépressogène mais utilisé pour lutter contre la dépression et l'anxiété.

L'usage à risque de l'alcool est sous-estimé en population générale : l'alcool n'est que rarement considéré comme une drogue et sa consommation est valorisée socialement. Ainsi, selon l'Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP), pour 56 % des enquêtés, offrir de l'alcool est une règle de savoir-vivre et 45 % de la population considère comme normal de boire de l'alcool avant 18 ans.

La consommation d'alcool par une femme enceinte peut provoquer différentes perturbations, variables selon le mode de consommation de la mère, sa sensibilité à l'alcool ainsi que celle du fœtus, allant du trouble léger du comportement de l'enfant à naître jusqu'aux anomalies sévères du développement. Il s'agit des troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF), qui se manifestent principalement au niveau du système nerveux central mais sont aussi morphologiques. Cela concerne 1 % des naissances et reste largement sous-diagnostiqué et tabou.

Enfin, concernant la consommation d'alcool chez les hommes, il est bien établi que l'alcool provoque des altérations de leurs gamètes. Il est donc recommandé aux hommes de s'abstenir de consommer de l'alcool dans les 3 mois précédents la conception.

2.3.2 Tabac

En 2023, en France hexagonale, 31,1 % des adultes de 18 à 75 ans fument, dont 23 % quotidiennement. La prévalence du tabagisme quotidien est supérieure parmi les hommes : 25,4 % contre 20,9 % chez les femmes. Le tabac reste donc un produit psychoactif très consommé. Il est responsable d'environ 75 000 morts / an en France, principalement de cancer. La mortalité baisse chez les hommes mais augmente de 5 % par an chez les femmes.

Les composants du tabac agissent en particulier sur les fonctions vasculaire, respiratoire et digestive. La dépendance s'installe très rapidement, ainsi seulement 10 % des consommateurs ne sont pas dépendants à la nicotine. Les symptômes de manque à l'arrêt sont notamment la nervosité, l'irritabilité, l'anxiété voire la dépression.

Parmi les mères d'enfant de 5 ans ou moins en 2021, 24 % fumaient lorsqu'elles ont appris leur grossesse. Parmi elles, 45 % ont déclaré avoir arrêté de fumer dès qu'elles ont appris leur grossesse ou au cours de leur grossesse, 51 % ont déclaré avoir réduit la quantité de tabac fumé sans arrêter totalement et enfin 4 % n'ont ni arrêté ni réduit leur consommation. Ainsi, 13 % des mères continuent à fumer pendant leur grossesse.

Fumeuses ou non, les femmes enceintes subissent le tabagisme passif de la part de leur conjoint fumeur. C'est pourquoi il est important d'accompagner les futurs pères sur leur propre tabagisme.

Les conséquences du tabagisme actif et passif pendant la grossesse sont notamment les fausses-couches, l'hématome rétro placentaire, l'accouchement prématuré, le petit poids de naissance, le périmètre crânien plus petit, puis chez l'enfant et l'adulte de l'asthme, la mort subite du nourrisson, une vulnérabilité aux infections respiratoires, des troubles du comportement, de l'anxiété et de la dépression.

En France, les sevrages tabagiques effectués avec l'aide d'un professionnel du soin s'effectuent le plus souvent en médecine de ville.

Le remboursement des substituts nicotiniques sans régime forfaitaire depuis 2019 et la prescription étendue en 2016 aux infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sage-femmes, chirurgiens-dentistes et médecins du travail contribuent à la forte augmentation de leur utilisation depuis 2019.

2.3.3 Cannabis

Il est considéré comme un stupéfiant, dont l'usage, la détention, l'achat et la vente sont pénalement réprimés. Il est le produit illicite le plus consommé en France puisqu'un adulte sur deux de 18 à 64 ans déclare en avoir déjà consommé au cours de sa vie. L'usage dans l'année représente 14 % des hommes et 7 % des femmes. Il est principalement consommé par les 26 à 34 ans, hommes et femmes, c'est-à-dire par des personnes susceptibles de devenir parent. La consommation diminue avec l'âge mais concerne actuellement aussi les quadragénaires.

La molécule habituellement appelée cannabis est le delta-9-tétrahydrocannabinol souvent abrégé en THC. Sa teneur dans la résine de cannabis a plus que doublé entre 2010 et 2023, passant de 12 à 29 %. Dans l'herbe de cannabis, la teneur en THC est passée de 10 à 14 %.

Une prise de cannabis entraîne en général une euphorie modérée et un sentiment de bien-être, suivi d'une somnolence, mais aussi un affaiblissement de la mémoire à court terme et des troubles de l'attention. La prise de cannabis peut entraîner une augmentation du temps de réaction, une difficulté à effectuer des tâches complètes et des troubles de la coordination motrice susceptibles d'augmenter les risques associés à la conduite. La prise de cannabis potentialise en outre les effets de l'alcool, c'est-à-dire qu'il en augmente les effets.

À moyen terme, la consommation de cannabis est susceptible de diminuer les capacités de mémorisation et d'apprentissage. Une consommation régulière ou intensive peut conduire à un désintérêt pour les activités habituelles, à une fatigue physique et intellectuelle, à des difficultés de concentration et de mémorisation et à une humeur dépressive. L'usage régulier de cannabis peut, par ailleurs, aggraver

certains troubles psychiatriques. Enfin, les risques sont d'autant plus élevés que la consommation est précoce.

Les risques du cannabis sur la santé sont aussi ceux de l'inhalation des fumées, un joint étant considéré comme 5 à 20 cigarettes pour l'exposition aux produits de la combustion et notamment les goudrons.

Le fœtus exposé au cannabis a plus de risque de naître prématurément ou d'être de petit poids. L'enfant puis l'adulte exposé risque notamment des troubles psychiatriques, de l'impulsivité, de l'hyperactivité, de l'agressivité avec délinquance, des symptômes dépressifs, des troubles cognitifs et la prise d'autres produits. Moins de 1% des femmes enceintes déclare avoir consommé du cannabis pendant la grossesse.

2.3.4 Cocaïne

La cocaïne, sous forme de poudre sniffée, est le produit illicite le plus consommé en France après le cannabis et présente une forte augmentation, ainsi la part des 18-64 l'ayant déjà expérimentée est passée de 5,6 % en 2017 à 9,4 % en 2023. L'usage actuel comme l'expérimentation concernent toujours deux à trois fois plus les hommes que les femmes. L'usage au cours de l'année concerne en premier lieu les 18-25 ans (2,8 %) et les 26-34 ans (3,4 %), pour diminuer ensuite et s'effacer au-delà de 55 ans.

La cocaïne est appelée crack quand elle est fumée et est encore plus addictive que la forme sniffée. En termes d'effets, la cocaïne est souvent décrite comme un désinhibiteur qui induit des sensations de toute-puissance, d'hyperactivité. Les effets sont aussi une augmentation des émotions ainsi qu'une excitation et un sentiment d'euphorie. Le dépassement de soi et le sentiment de jouissance font également partie des effets recherchés par les consommateurs.

Les complications somatiques les plus souvent rencontrées sont cardiaques ou neurologiques : accident vasculaire cérébral, convulsions... et peuvent être aussi pulmonaires chez les usagers de crack.

Le sniff de cocaïne provoque des lésions de la cloison nasale. Enfin, à cause d'injection et / ou de partage de matériel comme les pailles pour la cocaïne sniffée et les pipes pour le crack, les risques sont aussi les infections bactériennes (abcès cutanés locaux, septicémies) ou virales (VIH, VHB et surtout VHC).

Par ailleurs, dans les heures qui suivent la prise de cocaïne, peuvent apparaître des crises de paranoïa, d'angoisse, d'agressivité et de violence parfois associées à des hallucinations auditives, visuelles et sensorielles. La paranoïa induite par la cocaïne peut être accompagnée d'un syndrome de recherche compulsive du produit, plus particulièrement chez les usagers de crack.

Sniffée, la cocaïne n'entraîne pas de dépendance physique mais génère une forte dépendance psychique.

Les complications obstétricales de la toxicomanie dépendent de la précarité, des soins et du nombre de produits consommés. Il s'agit de fausses-couches, d'hématome rétro-placentaire, et de grossesses extra-utérines. Les conséquences pour le fœtus et l'enfant sont la prématurité, les anomalies congénitales, la mort in-utéro et le petit poids de naissance.

2.3.5 Opioïdes

Ils comportent des produits dérivés du pavot, des produits synthétiques et des produits semi-synthétiques comme l'héroïne.

L'héroïne se présente sous forme de poudre blanche ou marron et peut être injectée, fumée ou sniffée. Ces produits apportent apaisement, détente et euphorie et entraînent une forte dépendance, particulièrement l'héroïne. Avec la répétition des consommations, la personne développe une tolérance, elle augmente donc les prises pour retrouver l'effet initial et lutter contre le manque.

Les signes de manque sont des symptômes digestifs (douleurs, nausées, vomissements, diarrhées), des douleurs musculaires, et de l'angoisse. Ils durent de 3 à 10 jours. Malgré leur grande pénibilité, ils ne mettent pas en cause le pronostic vital.

Les risques des opioïdes sont notamment le surdosage et la dépression respiratoire qui l'accompagne, pouvant aller jusqu'au décès et les infections, par exemple au site d'injection, le VIH et les hépatites B et C. Les autres risques sont sociaux et notamment les comportements agressifs pour obtenir le produit.

En population adulte de 18 à 64 ans, le niveau d'expérimentation, c'est-à-dire la prise au moins une fois est de 3 % pour les hommes et 1 % pour les femmes.

La dépendance aux opiacés est traitée par les traitements de substitution aux opiacés (TSO) mentionnés plus haut : méthadone et buprénorphine haut dosage, selon des règles de prescription et de délivrance strictes, notamment dans les CSAPA. Ainsi, les prescriptions ne peuvent excéder 14 jours pour la forme sirop et 28 jours pour la forme gélule. Pour une prescription de ville, le médecin traitant doit disposer d'une délégation de signature rédigée par un médecin exerçant en CSAPA.

Pendant la grossesse, l'addiction aux opioïdes provoque une souffrance fœtale pouvant aller jusqu'à la mort in utero, le fœtus supportant mal les symptômes de manque. Les TSO sont donc protecteurs. A la naissance, l'enfant peut souffrir de symptômes de manque, particulièrement si la consommation a continué pendant la grossesse. Ils sont traités par du nursing et médicament si besoin.

2.3.6 Les addictions sans produit

Les plus fréquemment rencontrées sont les jeux d'argent et de hasard, les troubles de conduite alimentaire, à internet et aux écrans et au sexe. Elles présentent les

mêmes conséquences sociales, familiales, professionnelles... que les addictions avec produit. Elles sont aussi prises en charge dans les services d'addictologie.

2.4 Addictions et santé mentale

Les liens entre addictions et maladie mentale sont bien connus et bidirectionnels. Par exemple, l'alcool est utilisé par les personnes anxieuses pour soulager leur mal-être, par les personnes dépressives pour traiter leur dépression. Cela est vrai pour les autres addictions et d'autres pathologies mentales, comme la bipolarité. C'est pourquoi une prise en charge efficace des addictions tient compte de l'état mental du patient. Les pathologies mentales doivent être dépistées et traitées. Particulièrement dans ces situations, la pathologie addictive ne peut pas être considérée isolément.

Pour un enfant, vivre avec un parent dépressif crée un stress délétère pour son cerveau. Il peut développer des troubles de l'attachement, et cognitifs. Au vu des liens étroits entre addictions et troubles mentaux, dont la dépression, il est important de dépister et soigner les pathologies mentales chez un parent.

La dépression du post-partum (DPP) paternelle est un épisode dépressif majeur du père survenant la première année de vie de l'enfant. La prévalence est de 10 % des naissances. Les symptômes peuvent être un retrait social, une indécision, une peur importante, des attaques de panique, une rigidité et une irritabilité plus importante. La consommation d'alcool, de drogues, l'augmentation des conflits conjugaux et la violence envers la partenaire peuvent également constituer des signes de DPP paternelle. Une comorbidité psychiatrique importante a été observée dans la DPP paternelle, principalement le trouble anxieux. Le fait de devenir père serait vécu par 10 % des hommes comme une expérience anxiogène.

Étant donné l'association entre la DPP et le développement d'une addiction et les possibles retentissements sur le développement de l'enfant, il est important de s'intéresser à la santé mentale du père pendant le post-partum et de former les professionnels de santé à reconnaître les signes de mal-être.

La première année est un temps important pour un enfant et ses parents afin d'établir un lien d'attachement. Un syndrome dépressif parental peut altérer la qualité de ce lien. Pour chaque enfant, la première année est essentielle quant à la formation de son modèle de régulation biologique et du comportement à travers ses premières interactions. En effet, l'augmentation du cortisol, qui est l'hormone du stress, peut gêner la croissance normale du cerveau et la capacité d'autorégulation dans le jeune cerveau.

Le DIU a montré que les enfants exposés in utero à des toxiques sont plus vulnérables. Ce qui leur permet un développement optimal est un soutien aux parents dans leur parentalité, sur le plan éducatif, sanitaire et social et la prise en charge pluridisciplinaire pour stimuler et pallier les fragilités cognitives, par des soins pédopsychiatriques, de l'ergonomie, de la psychomotricité, etc. Nous avons aussi appris que les effets des produits se cumulent. Il est donc primordial que les professionnels accompagnent les parents et futurs parents dans leur projet de parentalité, en tenant compte de la vulnérabilité que sont les addictions, pour limiter les expositions et donc les effets cumulatifs.

Les addictions du père peuvent avoir des conséquences directes notamment avant la conception et pendant la grossesse et peuvent surtout avoir des conséquences indirectes sur l'enfant comme le manque de disponibilité et de patience, l'exposition accidentelle aux produits, les difficultés sociales...

2.5 La périnatalité

2.5.1 Définition

C'est une période qui s'étend de la conception jusqu'au 2^{ème} anniversaire de l'enfant. Le concept des 1000 premiers jours a été développé en France grâce aux études scientifiques qui ont montré l'importance de cette période sur le devenir de l'enfant et

notamment de son cerveau. Il a donné lieu à une nouvelle politique publique en faveur de l'enfant et de ses parents à partir de 2020.

2.5.2 Les soins périnataux en France

La Protection Maternelle et Infantile a été mise en place en 1945, pour lutter contre la mortalité infantile et maternelle, notamment infectieuse. Elle a instauré des visites médicales obligatoires pour la femme enceinte et en post-partum et pour l'enfant de la naissance à 6 ans. Le suivi médical de la grossesse s'appuie toujours aujourd'hui sur ces consultations et a été complété de consultations de prévention. Ces missions, depuis la loi de décentralisation de 1989 sont confiées aux départements mais sont aussi réalisées par les professionnels hospitaliers et libéraux de périnatalité.

Les examens prénataux sont au nombre de 7, le 1^{er} avant la fin du 1^{er} trimestre de grossesse, puis tous les mois jusqu'à l'accouchement. Ils sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie, tout comme la rééducation périnéale en post-partum et l'examen médical du post-partum. Les consultations pré et postnatales peuvent être réalisées par les médecins généralistes, les gynécologues et les sage-femmes quand la grossesse et l'accouchement sont physiologiques. Les missions confiées à la Protection Maternelle et Infantile (PMI) sont réalisées par des infirmières, puéricultrices, médecins et sage-femmes qui exercent sur le territoire.

L'examen prénatal précoce créé en 2007 et rendu obligatoire en 2020 sert à associer le père à la grossesse et à la naissance et à aider les futurs parents à se préparer à l'arrivée du bébé, d'un point de vue sanitaire, émotionnel, matériel...

En ce qui concerne l'enfant, les examens obligatoires sont au nombre de 16, entre le 8^{ème} jour et le 6^{ème} anniversaire. Ils permettent notamment de suivre la croissance de l'enfant, de conseiller les parents sur l'alimentation, le sommeil, le mode de garde, la prévention des accidents domestiques et de la maltraitance.

2.5.3 Le futur père

Les soins prénataux restent aujourd'hui majoritairement centrés sur la femme enceinte mais les futurs pères sont de plus en plus pris en compte par les professionnels de périnatalité, notamment pendant les consultations de suivi de grossesse ou l'entretien prénatal.

La consultation prénatale pour le futur père est prise en charge par la Sécurité Sociale et doit avoir lieu avant la fin du 4^{ème} mois de grossesse. Dans les faits, elle est très rarement pratiquée. A noter, l'initiative de la ville de Montreuil, qui propose des consultations prénatales de prévention à destination des futurs pères / coparents sur son territoire. Le bilan de cette expérimentation montre un réel intérêt, notamment pour le dépistage infectieux et la mise à jour des vaccinations.

2.6 Le choix de la problématique

J'ai exercé en PMI pendant 17 ans et ai donc accompagné au quotidien les couples et familles dans de nombreux domaines et notamment la protection de l'enfance et la périnatalité : désir d'enfant, grossesse, violences, santé sexuelle, sommeil, alimentation, éducation, mode de garde... Les consommations à risque et addictions étaient très souvent évoquées mais n'étaient pas le centre de ma pratique professionnelle. Depuis cinq ans, je travaille en addictologie et la situation s'est inversée : les addictions sont au cœur de ma pratique professionnelle et les autres domaines de la vie des patients sont évoqués et travaillés pour leur lien avec les addictions.

Le DIU périnatalité et addictions suivi cette année est une passerelle entre ces deux périodes de ma carrière. En me replongeant dans la périnatalité, je repense aux familles que j'ai accompagnées, je fais des liens, je critique aussi mon travail antérieur car je perçois et suppose que je suis passée à côté de problématiques addictives. Je m'interroge sur ma pratique passée mais aussi ma pratique actuelle. Ainsi, je pense que je n'ai pas assez exploré les addictions quand je travaillais en PMI et que je

néglige le domaine de la périnatalité dans ma pratique actuelle. Là encore, le DIU est une passerelle, une incitation à élargir mon regard et donc l'accompagnement qui en découle.

Le DIU met l'accent sur les risques des consommations de produits pendant la période prénatale et postnatale, par la mère et le père. Il explore les prises en charge et leur complémentarité, les améliorations possibles, le devenir des enfants dont les parents sont ou ont été touchés par les addictions. Il a aussi été question des résistances des patients et des professionnels.

Les cours et mes observations en stage ont montré l'importance du dépistage des consommations de psychotropes et les addictions des femmes accompagnées qu'elles reçoivent. Les conséquences des produits sur la santé de la femme, la grossesse, l'enfant à naître sont connus et ces sujets abordés en consultation. Mais qu'en est-il des hommes ? Les professionnels abordent-ils leurs consommations en lien avec un projet de paternité ? Que pensent les patients du CSAPA de leurs propres consommations dans ce contexte ? En périnatalité, les hommes sont-ils questionnés sur leur addiction ? Qu'en pensent-ils ?

J'ai donc choisi d'explorer le point de vue des patients sur l'approche des professionnels de périnatalité des problématiques addictives et l'approche des professionnels du CSAPA des questions de périnatalité. J'ai aussi recherché l'avis des patients sur leur situation de père ou futur père, sur leurs besoins et sur leurs connaissances des risques de leur addiction sur leur enfant, sur la femme enceinte, sur l'embryon et le fœtus ou l'enfant à naître.

3 MÉTHODE

3.1 Le choix du mode de recueil

Le choix du questionnaire en ligne a été guidé par plusieurs paramètres. Il permet d'interroger de nombreux patients et de laisser le choix de répondre au CSAPA ou ailleurs, chez soi par exemple, pendant une consultation ou en dehors, etc. Il est anonyme et rapide à renseigner et plus rapide à exploiter qu'un questionnaire manuscrit. Je visais un panel de 200 questionnaires afin de recueillir un échantillon suffisamment conséquent d'hommes concernés par la périnatalité.

Le recueil a eu lieu sur une période de 7 semaines du 12 mai au 26 juin 2025. Tous les professionnels du CSAPA ont été sollicités pour le proposer à leurs patients. La trame se trouve dans les annexes.

3.2 Élaboration du questionnaire

La file active du CSAPA étant à 70 % composés d'hommes, il était simple et logique de les interroger eux.

J'ai élaboré un questionnaire en ligne, à destination de tous les hommes consultant au CSAPA. J'ai choisi de ne pas y mettre de limite d'âge puisque la paternité peut intervenir à tout âge.

Le questionnaire était accessible par un QR code et par un lien. La diffusion aux patients a été faite oralement par les professionnels du CSAPA, avec un support visuel en salle d'attente et dans chaque bureau de consultation. Celui des bureaux était surtout destiné aux professionnels, pour leur rappeler le recueil de données en cours.

Le questionnaire comporte des questions fermées mais aussi de nombreuses questions ouvertes, pour inciter les patients à s'exprimer.

Il est construit en trois parties avec des questions similaires pour chacune de ses parties : le patient a-t-il un enfant de moins de 2 ans ? A-t-il une conjointe enceinte actuellement ? Compte-t-il avoir un enfant dans les 2 prochaines années ? Le patient répondant “non” à une de ces questions passe directement à la section suivante.

J’ai choisi d’interroger les patients sur leurs atouts afin de ne pas avoir uniquement des questions connotées négativement. C’est aussi pour dire qu’ils en ont, ce qui est un message positif pour des patients ayant souvent une mauvaise estime d’eux-mêmes. Je m’appuie pour cela sur mon expérience de l’approche centrée sur la solution, à laquelle j’ai été initiée en 2022. Cette approche permet de mettre l’accent sur les atouts des patients, sur ce qu’ils aiment, ce qui les anime. Cette formation a beaucoup compté pour mon travail au CSAPA, elle m’a permis de ne pas m’essouffler, de voir du positif dans chaque situation et chaque personne. En effet, les histoires personnelles et difficultés des patients sont souvent très lourdes, avec des souffrances liées notamment à des violences actuelles ou passées. Évoquer ce qui est positif et le nourrir permet de mener des consultations moins difficiles émotionnellement pour le patient et le soignant. C’est aussi un atout pour aider au changement, par exemple quand le patient veut arrêter un comportement : comme il a déjà cité ce qu’il aime, il peut plus facilement s’en saisir pour se fixer un objectif, comme, par exemple, faire du sport, passer du temps avec des proches, etc.

Pour améliorer le questionnaire, j’ai sollicité mes collègues et un patient pour le tester avant la mise en ligne, ce qui a permis de préciser certains points.

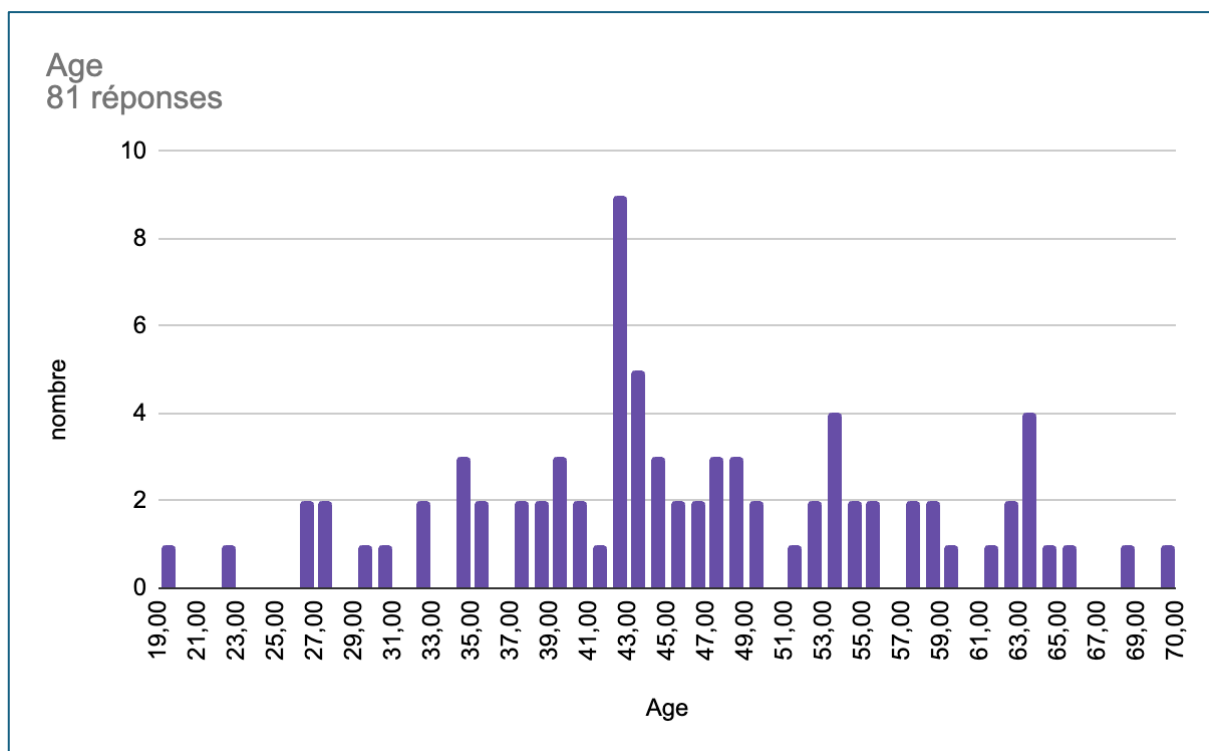
4 RÉSULTATS

81 patients ont rempli le questionnaire, le plus souvent lors d’une consultation. Je n’ai pas intégré au questionnaire de question sur les circonstances du remplissage. Les retours des professionnels sont que les patients ont en très grande majorité accepté d’y répondre et l’ont fait le plus souvent au cours d’une consultation.

Pour les patients qui ne pouvaient pas utiliser le QR code, les réponses au questionnaire ont été renseignées par le professionnel au cours d'une consultation ou d'une délivrance de TSO.

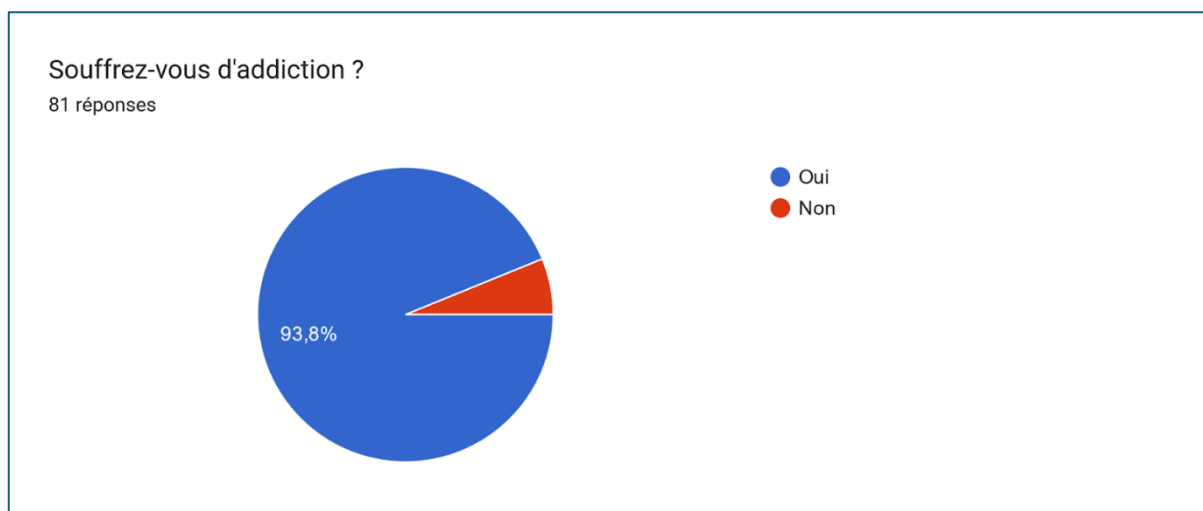
Pour la très grande majorité des répondants, répondre au questionnaire n'a pris qu'une minute, puisqu'ils n'étaient concernés par aucune des 3 situations.

4.1 L'âge des répondants



Les répondants ont de 19 ans à 70 ans, avec répartition régulière entre ces 2 âges limites. L'âge le plus représenté est 42 ans puisqu'il s'agit de 11 % de l'échantillon.

4.2 La question de l'addiction



94 % se considèrent comme souffrant d'une addiction.

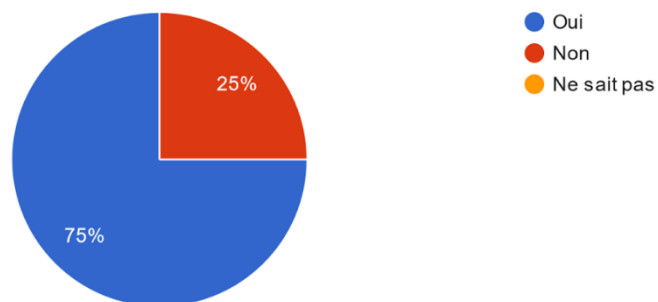
4.3 Homme ayant un enfant de moins de 2 ans



5 % des répondants sont dans cette situation, soit 4 personnes.

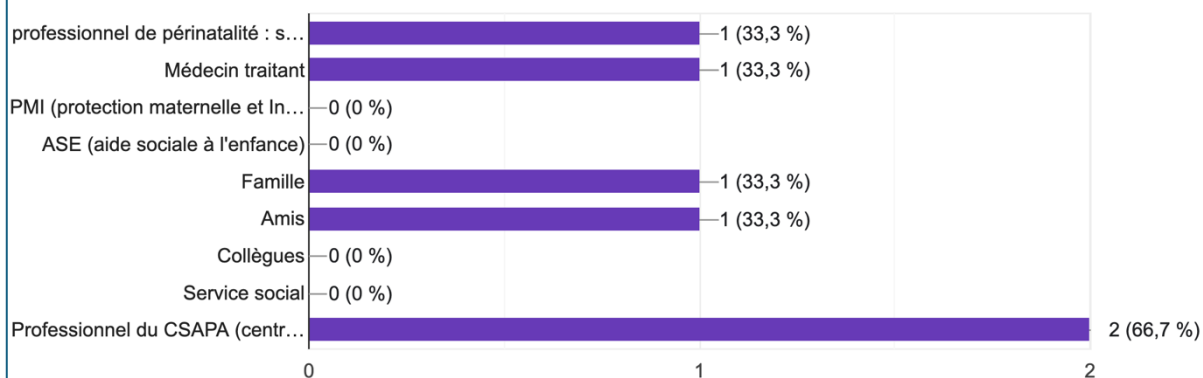
Si oui, pendant la grossesse, votre addiction a-t-elle été questionnée ?

4 réponses



Si oui, par qui ? (plusieurs choix possibles)

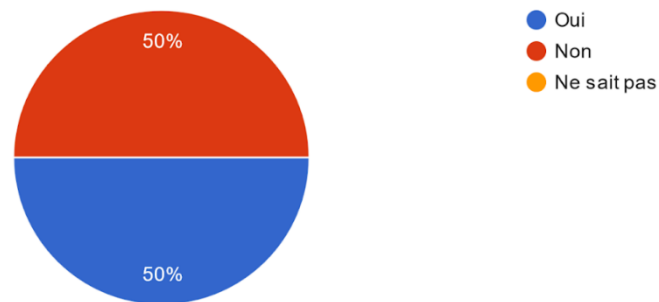
3 réponses



L'addiction a été questionnée pour 75 % d'entre eux, que ce soit par un professionnel du CSAPA, un professionnel de périnatalité, le médecin traitant, la famille ou les amis.

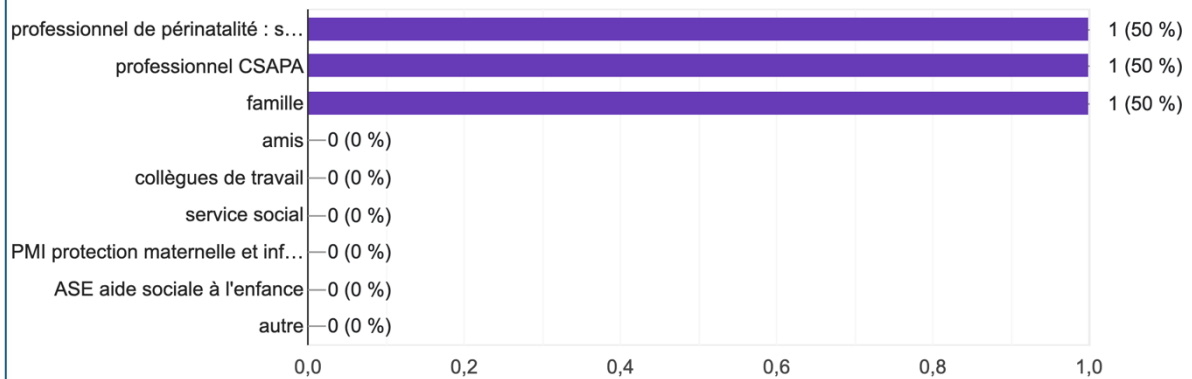
L'impact possible des produits et /ou addiction sur l'enfant à naître a-t-il été évoqué ?

4 réponses



Si oui, par qui ? (plusieurs choix possibles)

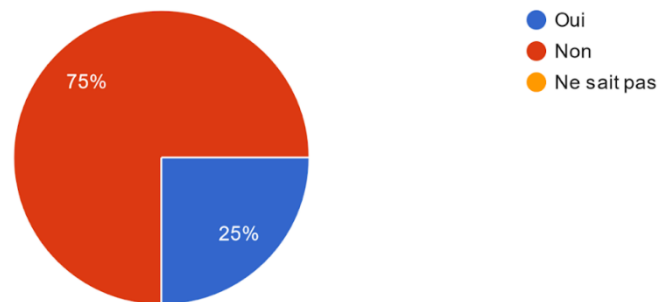
2 réponses



L'impact des produits et/ou addiction sur l'enfant à naître a été discuté pour 2 personnes, par un professionnel de périnatalité, du CSAPA et la famille.

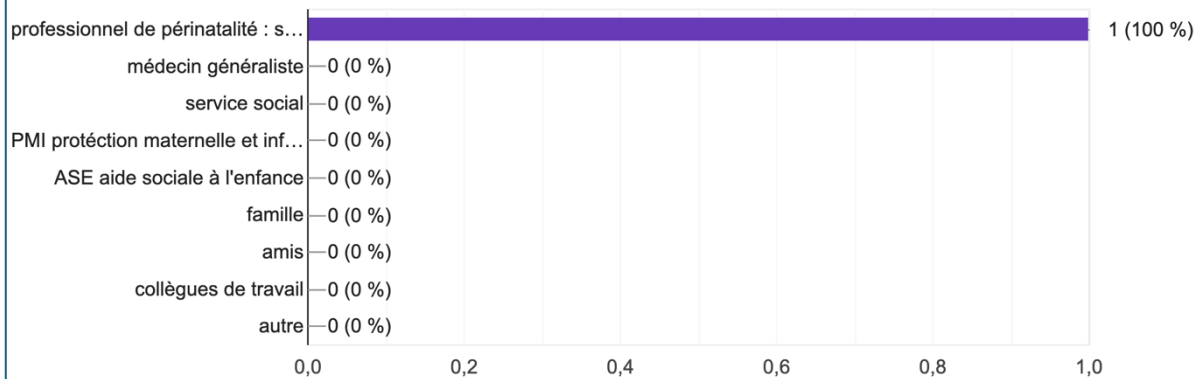
L'impact possible des produits et/ou addiction sur la femme enceinte a-t-il été évoqué ?

4 réponses



Si oui par qui ? (plusieurs choix possibles)

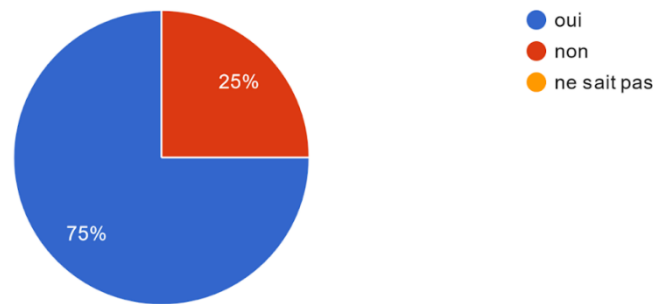
Une réponse



L'impact des produits et/ou addiction sur la femme enceinte a été évoqué pour un patient, par un professionnel de périnatalité.

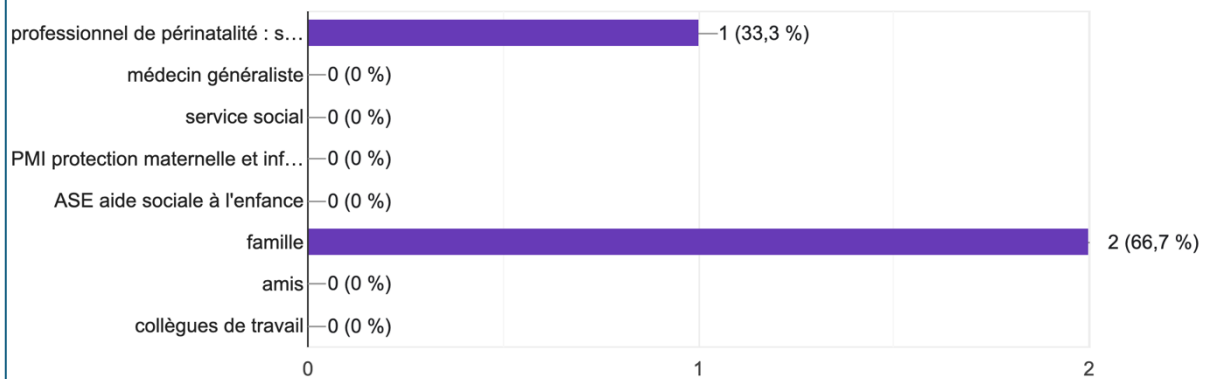
L'impact possible des produits et/ou addictions sur votre enfant a-t-il été évoqué ?

4 réponses



Si oui, par qui ? (plusieurs choix possibles)

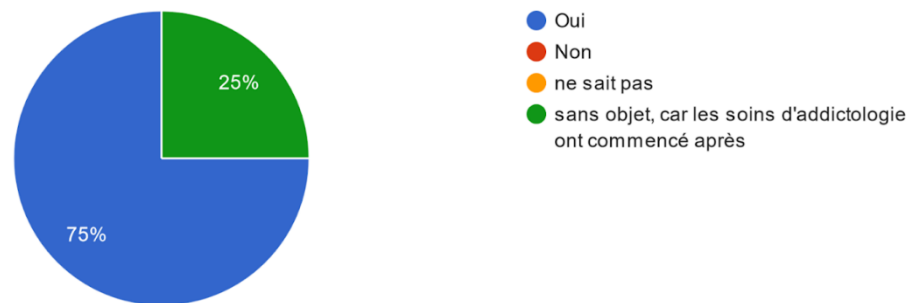
3 réponses



L'impact sur l'enfant à naître a été discuté pour 3 hommes sur les 4, par la famille et le professionnel de périnatalité.

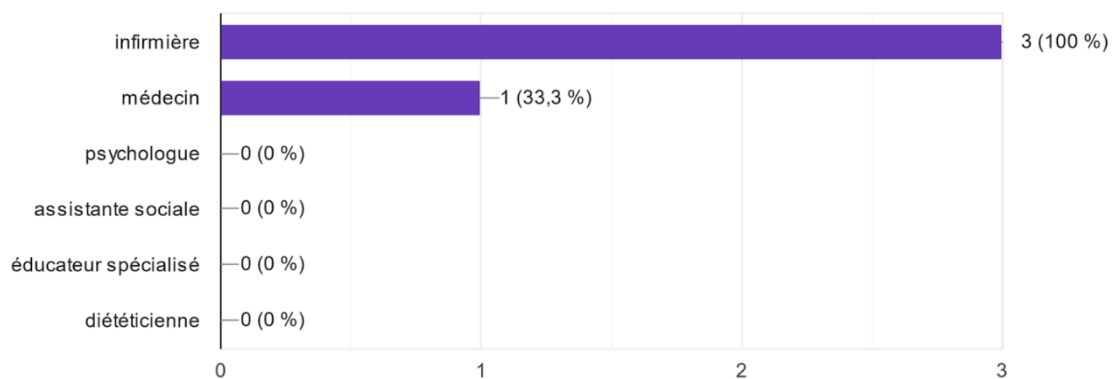
Au CSAPA, centre de soins, accompagnement et prévention en addictologie, la grossesse puis la naissance de votre enfant ont-elles été évoquées ?

4 réponses



Si oui, par qui ? (plusieurs choix possibles)

3 réponses



Au CSAPA, la grossesse a été évoquée pour 3 hommes sur 4, par l'infirmière (IDE) ou le médecin.

A la question ouverte sur l'impact sur l'enfant à naître, 3 répondants envisagent des risques :

- que l'enfant développe une addiction
- les accidents : briquet, ingestion de cannabis
- inhalation passive du cannabis et tabagisme passif
- le manque de "réflexe" de l'adulte pour s'occuper de l'enfant.

Le 4^{ème} répondant considère que son enfant est trop jeune pour qu'un impact puisse être noté.

Trois des 4 patients mettent des choses en place pour limiter les risques pour leur enfant : produit rangé dans une boîte en hauteur, fenêtres ouvertes pour limiter l'inhalation passive. Deux essaient de boire moins ou pas du tout.

Trois des 4 patients ont répondu à la question sur leurs atouts. Ils citent :

- leur capacité à ne plus penser aux addictions quand ils sont avec leurs enfants
- leurs connaissances sur le risque d'escalade des consommations.

Le 3^{ème} patient cite le cannabis comme atout pour être plus attentif à ses enfants. Il peut s'agir de l'expression de l'ambivalence quant à l'arrêt du cannabis et / ou à un effet apaisant, par exemple si cet homme a un trouble de l'attention avec hyperactivité.



Seulement 2 patients sur 4 considèrent avoir pu parler de leurs inquiétudes à un professionnel ou à un proche. Ainsi, l'addiction est abordée mais il semble que malgré cela, le patient reste avec ses doutes et inquiétudes. Bien sûr, l'échantillon est trop petit pour pouvoir tirer des conclusions.

Trois patients ont répondu sur leurs besoins ; ils citent les soins, l'information et les groupes de parole.

4.4 Conjointe actuellement enceinte



C'est la seule réponse positive à cette section sur tout l'échantillon.

La grossesse a été évoquée au CSAPA avec une IDE et l'addiction avec un professionnel de périnatalité.

L'impact sur l'embryon /fœtus ou la conjointe enceinte a été évoqué avec un professionnel du CSAPA et la famille. Pour cet homme, l'impact ne peut être dû qu'à la consommation maternelle. L'atout pour ce patient est de bénéficier d'un traitement et il a besoin de soins et d'informations.

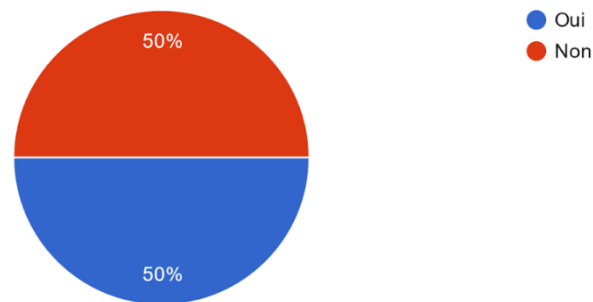
4.5 Projet d'enfant dans les 2 prochaines années



Six hommes répondent positivement.

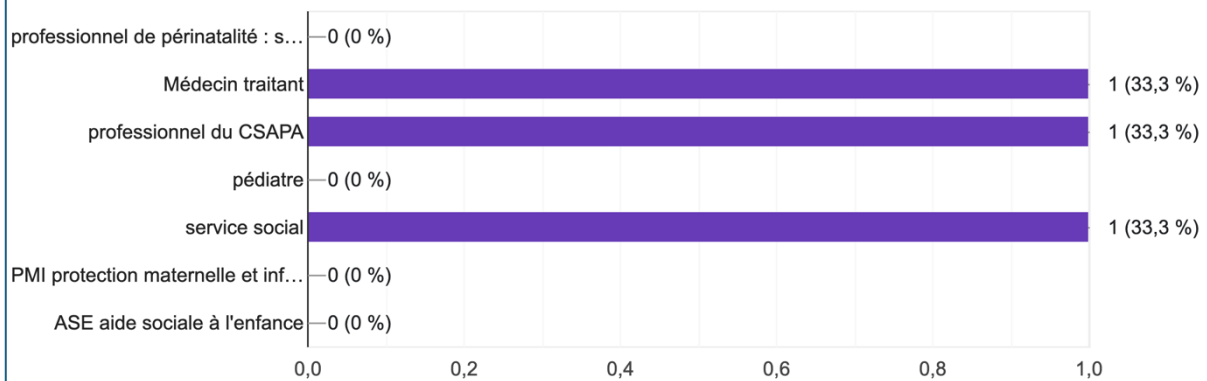
Si oui, en avez-vous parlé à un professionnel de santé ou du social ?

6 réponses



Si oui, à qui ? (plusieurs choix possibles)

3 réponses



La moitié des hommes avec projet d'enfant dans les 2 ans en a parlé à un professionnel, au CSAPA, au médecin traitant ou à un travailleur social.

Un de ces hommes n'identifie pas de risque sur l'embryon ou le fœtus. Les 4 autres citent :

- le risque de future addiction pour l'enfant car il aura été exposé in utéro et le risque de malformation
- un risque génétique ou de maladie
- le risque d'inciter sa conjointe à consommer. On peut penser que cet homme veut parler du risque d'exposition in utéro du fœtus.
- le risque des consommations sur les spermatozoïdes.

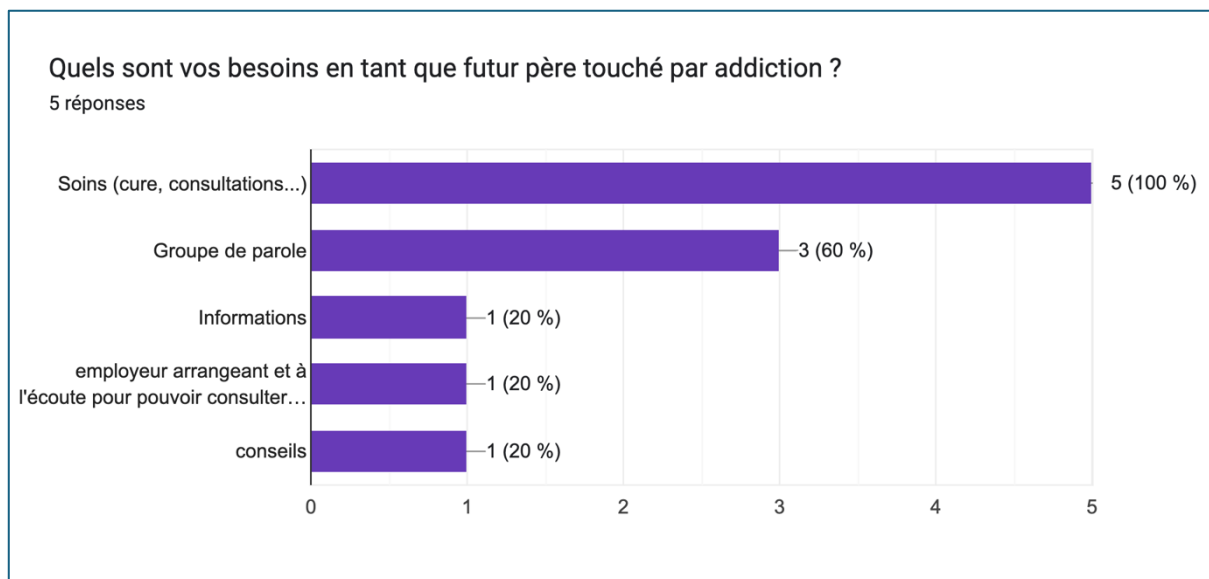
Concernant les risques sur la femme enceinte, 2 des 5 répondants mentionnent le stress, un autre le stress financier et le 4^{ème} la fausse-couche.

Au sujet des risques pour l'enfant à naître, les 4 hommes écrivent :

- “son comportement par rapport aux autres enfants : distant ?”, ce qui peut être interprété par des difficultés relationnelles.
- “addiction héréditaire”.
- “problèmes pulmonaires liés au tabac, grandir sans père à cause de maladie et mort causées par un des produits”.
- “Je c pa”.
- “ problèmes cognitifs, cadre de vie déficient pour l'enfant, manque d'attention, passage à domicile de personnes instables”, il est fait mention ici de négligence des parents et de l'environnement délétère des consommateurs de produits psychoactifs.

À la question sur leurs points forts et atouts, les patients répondent :

- “Je suis attentif aux besoins de mon enfant”.
- “Je les aime, plus attentif plus tard pour éviter que l'enfant ait aussi une addiction”.
- “expérience vécue qui permet d'expliquer risques liés à addiction : santé, social, financier...”
- “Le soin”, ce que j'interprète par les soins en cours.
- “j'ai les pieds sur terre et travailleur”



Comme pour les deux 1^{ères} parties du questionnaire, les patients sont en demande de soins, de groupe de parole, d'informations et de conseils pour devenir père. L'un d'eux écrit aussi qu'il aurait besoin que son employeur soit à l'écoute et arrangeant pour aider à la disponibilité pour les consultations.

Pour terminer, les patients pouvaient écrire des commentaires libres. Il s'agit de remarques sur le CSAPA « très accueillant », des encouragements pour mon travail de recherche, des précisions sur le choix de ne pas avoir d'enfant pour ne pas transmettre maladie génétique et « ne pas se reproduire ». Un autre écrit : « Une fois qu'on a connu l'addiction on essaye d'aider les autres. », que j'interprète comme de la solidarité envers d'autres personnes touchées par l'addiction. Un autre écrit sur l'éducation de son enfant : « Quand l'enfant sera grand, question de l'exemplarité sur la consommation des produits. L'enfant pourrait vouloir tester même s'il a été prévenu des risques. ». Enfin, une personne écrit sur les conséquences familiales et sociales de son addiction : « Retrouver mes enfants est ma motivation principale à arrêter les produits ».

5 DISCUSSION

5.1 Les freins

La communication à destination des patients était relativement discrète car l'affichage en salle d'attente n'était pas assez visible. En effet la salle d'attente principale est petite et beaucoup d'informations y sont en permanence affichées. Le recueil de données reposait donc très majoritairement sur les professionnels du CSAPA. Une communication visuelle plus efficace aurait permis de recueillir davantage de réponses.

Les réactions de mes collègues au questionnaire ont été très variées. Certains l'ont largement proposé, d'autres ont semblé plus réticents, notamment par crainte d'aborder un sujet trop difficile émotionnellement pour le patient. Je pense que plusieurs de mes collègues n'ont pas proposé le questionnaire à leurs patients. Une personne m'a dit que c'était par oubli. Les autres collègues ne m'ont pas dit ce qu'ils en pensaient et quelles étaient leurs réticences. Je peux aussi supposer que certains n'étaient pas intéressés par le sujet de mon étude et/ou qu'ils avaient des freins personnels liés au sujet.

Une autre limite est que le questionnaire interroge sur un sujet très intime. Il est donc possible que des patients n'aient pas répondu sincèrement, particulièrement s'ils étaient en consultation avec un professionnel du CSAPA.

Mon estimation du nombre de questionnaires nécessaires étant initialement de 200, je n'ai donc pas atteint l'objectif que je m'étais fixé. J'ai probablement surestimé les capacités réelles de l'équipe. En effet, la période a été marquée par plusieurs facteurs défavorables à la réussite de l'objectif escompté :

- le service a consacré 4 journées sur la période de recueil de données à l'organisation au travail au CSAPA et à une journée d'étude commune. Ces journées n'étaient pas

consécutives et nécessitaient donc de se remobiliser pour le questionnaire lors de chaque reprise des consultations.

- 4 jours fériés ont aussi modifié le rythme de travail habituel.

La limite principale à l'interprétation des résultats est bien sûr le peu de répondants à une des 3 questions : seulement 11 patients se sont dit concernés actuellement par la paternité, du préconceptionnel aux 2 ans de l'enfant. Il ne m'est donc pas possible de faire de statistiques.

J'ai également négligé le fait que mes collègues ne pouvaient pas avoir la même motivation que moi : en consultation, je pensais à mon questionnaire aussi car je pensais à la rédaction du mémoire à venir. J'étais moi-même dans la dynamique du DIU car les semaines d'enseignement étaient récentes. J'ai d'ailleurs mis en ligne le questionnaire juste avant mon départ pour la semaine de cours à Montpellier. A mon retour, après une semaine d'enseignement et d'échange sur la périnatalité et les addictions, il m'était facile de proposer le questionnaire. Cette dynamique a été complétée pour moi par les 3 journées de stage effectuées en juin.

Une autre limite est que je n'avais pas anticipé la difficulté pour un professionnel d'aborder des sujets avec lesquels il n'est pas à l'aise. Ainsi, peut-être certains de mes collègues, ne se sentant pas légitimes ou suffisamment formés et expérimentés sur la périnatalité, préfèrent ne pas en parler et donc ne pas proposer le questionnaire.

Enfin, la question de la paternité dans un contexte d'addiction ou vice-versa ramène nécessairement aux questions de protection de l'enfance : l'enfant a-t-il un risque d'être négligé, abusé par exemple par manque de disponibilité de son parent ? L'addiction accapare tellement les ressources de la personne qu'elle ne peut plus s'adapter aux besoins de son jeune enfant. Les addictions sont un facteur de risque de maltraitance ou négligence. Ainsi, le questionnaire aborde un sujet sensible que certains professionnels préfèrent éviter.

5.2 Les apports du questionnaire

La nécessité de parvenir à constituer un panel suffisamment représentatif pour permettre l'analyse m'a conduit à proposer de manière quasi-systématique mon questionnaire aux patients reçus au CSAPA pendant les 7 semaines du recueil de données. Un seul a refusé d'y répondre, le sujet étant trop sensible pour lui le jour de la consultation. J'ai par ailleurs trouvé très positif qu'il ait clairement exprimé son refus car les difficultés à s'affirmer, notamment pour refuser le produit, sont très fréquentes chez les patients d'addictologie.

Le questionnaire m'a permis d'aborder la périnatalité pour tous les patients masculins, justement sans m'interroger au cas par cas sur son intérêt. Je pense que cela envoie le message au patient qu'il peut aborder toute question en lien avec son addiction. C'est aussi un rappel à la professionnelle que je suis que les patients acceptent facilement d'être sollicités sur d'autres sujets que leur addiction, à condition bien sûr de leur laisser toujours le choix d'aborder, ou non, quelque chose d'intime. La gêne peut être projetée sur les patients mais n'est-elle pas d'abord celle du professionnel ? Bien sûr, mon expérience en PMI a facilité mon recueil de données puisque même si je ne propose pas systématiquement d'aborder la parentalité dans mes consultations au quotidien, je suis à l'aise pour échanger avec mes patients à ce sujet.

Les réponses nous apprennent que 70 des 81 patients ne sont pas dans une période de leur vie pendant laquelle la paternité est d'actualité. Cela ne veut pas dire pour autant qu'aborder la périnatalité dans le contexte d'addiction n'a pas d'intérêt. En effet, de nombreuses grossesses débutent sans qu'elles aient été prévues ou planifiées. Certaines ne sont pas menées à terme car interrompues par un avortement spontané ou une Interruption Volontaire de Grossesse. Bien plus rarement, un accouchement sous X peut en être la conclusion.

Je n'ai pas trouvé de statistiques à ce sujet mais mon expérience personnelle et professionnelle me permet de dire que de nombreux enfants naissent en dehors d'une "programmation", par exemple une femme débute une grossesse alors que le couple

l'envisageait mais pour plus tard. Ou alors la grossesse n'était pas du tout envisagée mais est malgré tout poursuivie. Ainsi, aborder les conséquences des addictions pendant la période périnatale est utile même si l'homme n'a pas de projet immédiat de paternité.

Le petit échantillon de patients se déclarant concernés par une grossesse en cours, un projet de devenir père ou la paternité d'un enfant de moins de 2 ans ne permet pas de tirer de conclusion certaine.

Je relève que 3 des 4 patients pères d'un enfant de moins de 2 ans en ont parlé avec un professionnel mais que seulement 2 sur 4 ont parlé de leurs inquiétudes. Qu'en penser ? C'est mieux que ce que j'avais imaginé en choisissant mon sujet ; en effet je craignais que la périnatalité ne soit quasiment jamais abordée au CSAPA ni les addictions en périnatalité. Pour autant, le fait que seulement la moitié ait pu parler de ses inquiétudes montre que ce n'est pas parce que les professionnels en parlent que l'échange est utile pour le patient.

De même, des patients ont pu parler de leurs addictions avec les professionnels de périnatalité mais tous ne l'ont pas fait, de plus ils sont aussi restés avec leurs inquiétudes.

Par le patient dont la conjointe est enceinte, nous apprenons qu'il n'a pas du tout notion que ses propres consommations peuvent avoir un impact. Je pense donc que ce patient nécessite d'être informé et accompagné et fais l'hypothèse que d'autres hommes sont dans le même cas.

Parmi les 6 hommes qui envisagent de devenir père dans les 2 ans à venir, seulement 3 en ont parlé à un professionnel. La marge de progression est donc très grande.

Les commentaires libres ont précisé les avis des patients. Je pense que le fait que des patients se soient exprimés librement montre qu'ils se sont sentis à l'aise avec le questionnaire. Je peux aussi penser qu'ils ont été satisfaits de pouvoir donner leur avis. En effet, les patients sont au centre du travail quotidien au CSAPA mais ne sont peut-être pas assez sollicités pour donner leur avis sur les soins reçus et ce dont ils ont besoin.

5.3 Ouverture

Nous avons vu que les addictions sont globalement abordées en périnatalité et la parentalité évoquée au CSAPA mais pas de manière systématique. Nous voyons aussi que les hommes interrogés ont des connaissances et ont réfléchi pour la plupart aux risques de leurs consommations. Mes chiffres montrent qu'ils évoquent peu leurs inquiétudes et préoccupations.

La transmission de l'addiction à leur enfant a été évoquée par plusieurs des hommes interrogés. Ce sujet mériterait d'être approfondi car les professionnels d'addictologie constatent dans les histoires familiales des répétitions des addictions d'une génération à une autre. Cette problématique est très souvent décrite par les patients, ils font par exemple mention d'un parent alcoolique ou de leur famille où l'alcool est omniprésent. L'analyse du questionnaire me conforte dans le projet de mettre en place avec mes collègues au CSAPA de Quimper le projet **Une affaire de famille**. Il s'agit d'un projet originaire du Québec et validé en France, qui consiste en des ateliers collectifs à thème pour éviter la transmission intergénérationnelle des addictions. Ce projet n'a pour l'instant pas obtenu de financement pour Quimper.

Cette enquête m'incitera à aborder plus systématiquement la parentalité avec mes patients, sous forme d'échange et de transmission d'information mais surtout en leur laissant la possibilité d'exprimer leurs inquiétudes et de développer leurs ressources.

Au CSAPA, dans le dossier informatisé du patient, il sera utile d'insérer une rubrique sur le projet de paternité, mise à jour annuellement par exemple, en réinterrogeant le patient. Je m'interroge aussi sur la pertinence d'adapter notre délai de 1^{er} rendez-vous au CSAPA aux hommes dont la conjointe est enceinte, qui ont un enfant de moins de 2 ans ou qui projettent de devenir père prochainement. Ces questions pourront être travaillées en équipe dans les mois à venir.

J'envisage aussi de diffuser ce que j'ai appris pendant ce DIU auprès des collègues qui le souhaitent. Certains m'ont déjà sollicitée, notamment sur le TSAF.

Le fait que le souhait de paternité ait été questionné pourrait inciter l'homme à en parler à un professionnel à une autre période de sa vie, s'il envisage de devenir père.

Les questions évoquées peuvent aussi aider à changer le regard sur les consommations des hommes, par exemple en préconceptionnel et donc à faire bouger les mentalités sur les addictions. Je pense particulièrement à l'alcool pour lequel les recommandations sont un arrêt des consommations 3 mois avant la conception. Connaître cette recommandation pourrait permettre aux hommes de réfléchir sur leurs consommations et de les adapter à leur projet de paternité. Même si l'homme sensibilisé à l'alcool n'a pas de projet personnel de paternité, il pourrait sensibiliser son entourage et participer à changer le regard sur l'alcool.

Les messages de prévention et l'information concernant les consommations des pères et leur impact possible doivent donc être très largement diffusés.

À la question sur l'aide dont ils ont besoin, les patients du CSAPA ont mentionné les soins, les groupes de parole et recevoir des informations et conseils. Ces besoins sont relativement faciles à honorer puisque les professionnels en addictologie et en périnatalité y répondent déjà partiellement. Les connaissances demandent à être étoffées pour que chaque professionnel se sente à l'aise pour accompagner ses patients à ce sujet. Je fais donc l'hypothèse qu'améliorer l'accompagnement des patients peut s'appuyer sur ce qui existe déjà mais en élargissant les champs d'intervention.

Plus largement, je pense que la prise en compte du père par les professionnels est à développer. La consultation prénatale pour le futur père, qui est déjà prévue et remboursée par l'assurance maladie mais est très peu pratiquée pourrait être largement développée et proposée. Il serait tout à fait pertinent qu'elle serve aussi à explorer les addictions et pas seulement la prévention des infections.

Une meilleure formation théorique et pratique des professionnels et des échanges sur les pratiques professionnelles leur permettraient d'être plus à l'aise pour aborder la parentalité dans un contexte d'addiction. En effet, les professionnels évitent probablement un sujet pour lequel ils se sentent insuffisamment formés et donc peu légitimes. On peut par exemple citer ce qui a trait à la protection de l'enfance, un sujet épineux au CSAPA où chaque professionnel fait avec ses représentations personnelles et un manque de formation.

En ce qui concerne les freins liés à la protection de l'enfance, les idées reçues et les opinions personnelles sur l'éducation des enfants rendent difficiles la prise en compte des risques pour l'enfant. Par exemple, les professionnels ne signalent que très rarement des situations à risque de violences, arguant notamment du risque de rupture de lien avec le patient. Il s'agit d'une constatation personnelle, sans chiffre mais il est intéressant de voir en parallèle les chiffres nationaux sur les informations préoccupantes pour enfants mineurs : ils montrent que moins de 3 % des signalements reçus par la justice des mineurs proviennent du milieu médical.

Le manque de formation des professionnels est aussi rapporté au niveau national et notamment dans le dernier rapport parlementaire sur la protection de l'enfance, rendu public en avril 2025. Je fais l'hypothèse qu'une meilleure formation des professionnels les rendrait plus à l'aise pour aborder la protection de l'enfance et la parentalité, aussi bien pour les professionnels du CSAPA que pour ceux de périnatalité. Les professionnels de santé, quel que soit leur lieu d'exercice professionnel, sont à mon avis en première ligne pour la protection de l'enfance mais ne se considèrent pas comme tel. Le plus souvent, ils disent que la protection de l'enfance et la nécessité de rédiger des Informations Préoccupantes quand un risque de danger est identifié ne sont pas de leur ressort mais de celui de la famille ou d'autres professionnels, comme l'enseignant, la PMI ou l'équipe sociale de secteur.

Je fais l'hypothèse que le manque de formation et d'expérience sur les addictions et la protection de l'enfance concerne aussi les professionnels de périnatalité. Il est possible que ces professionnels manquent également de formation pour aborder ces sujets et accompagner leurs patients. En plus de formations, le travail en collaboration entre les professionnels de l'addictologie et de périnatalité pourrait donc aider à dépasser les freins pour une meilleure prise en charge et une meilleure prévention.

6 CONCLUSION

Nous avons étudié succinctement les problématiques addictives et leur prise en charge, ainsi que la périnatalité en France. Nous avons ensuite exploré des avis de patients sur leur prise en charge en addictologie et en périnatalité au sujet de leur paternité récente ou à venir. Nous avons constaté que les professionnels répondent partiellement aux besoins des hommes dans ce domaine et proposé des pistes d'amélioration.

Ce travail clôture les riches enseignements, échanges et observations du DIU. Il est pour moi un jalon dans ma carrière et une ouverture sur des pistes d'amélioration de mon travail particulièrement pour l'accompagnement des patients du CSAPA dans leur paternité.

Enfin, je vais œuvrer à davantage de travail en collaboration avec mes collègues de périnatalité du territoire.

7 BIBLIOGRAPHIE

Alcool - Synthèse des connaissances :

<https://www.ofdt.fr/alcool-synthese-des-connaissances-1722>

Caractéristiques des personnes prises en charge dans les CSAPA en 2022 :

<https://www.ofdt.fr/publication/2025/caracteristiques-des-personnes-prises-en-charge-dans-les-csapa-en-2022-2496>

L'offre de stupéfiants en France en 2023 :

<https://www.ofdt.fr/publication/2025/l-offre-de-stupefiants-en-france-en-2023-2483>

Tabac, cigarettes, tabac chauffé, ... - Synthèse des connaissances :

<https://www.ofdt.fr/tabac-cigarettes-tabac-chauffe-synthese-des-connaissances-1723>

Cocaïne et crack - Synthèse des connaissances :

<https://www.ofdt.fr/cocaine-et-crack-synthese-des-connaissances-1728>

Cannabis (résine, herbe, huile, CBD) - Synthèse des connaissances :

<https://www.ofdt.fr/cannabis-resine-herbe-huile-cbd-synthese-des-connaissances-1724>

Consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse : Résultats du Baromètre de Santé publique France 2021 :

<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/enquetes-etudes/consommation-de-tabac-et-d-alcool-pendant-la-grossesse.-resultats-du-barometre-de-sante-publique-france-2021>

Consultation prénatale de prévention à destination des (futurs) pères / coparents :

<https://www.montreuil.fr/services-et-demarches/sante/loffre-de-soins/consultation-prenatale-de-prevention-destination-des-futurs-peres-coparents>

Gressier F, Tabat-Bouher M, Cazas O, Hardy P. Dépression paternelle du post-partum : revue de la littérature. Presse Medicale [En ligne]. Avril 2015 [cité le 10 juil 2025];44(4):418-24. Disponible : <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2014.09.022>

Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse :

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/attitudes-et-pratiques-des-medecins-generalistes-dans-le-cadre-du>

Le risque d'alcoolisation excessive : des écarts entre les déclarations des patients et l'avis des médecins :

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/le-risque-dalcoolisation-excessive-des-ecarts-entre-les-declarations-des-patients-et>

Les 1000 premiers jours :

<https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/les-1000-premiers-jours>

Bedi YS, Wang H, Thomas KN, Basel A, Prunier J, Robert C, Golding MC. Alcohol induced increases in sperm Histone H3 lysine 4 trimethylation correlate with increased placental CTCF occupancy and altered developmental programming. Sci Rep [En ligne]. 25 mai 2022 [cité le 10 juil 2025];12(1). Disponible : <https://doi.org/10.1038/s41598-022-12188-3>

Blangis F, Drouin J, Launay E, Miranda S, Zureik M, Cohen JF, Weill A, Dray-Spira R, Chalumeau M. Maternal, prenatal and postnatal risk factors for early child physical abuse : a French nationwide cohort study. Lancet Reg Health Eur [En ligne]. Mai 2024 [cité le 10 juil 2025]:100921.
Disponible : <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.100921>

Exposition prénatale à l'alcool : les pères auraient une part de responsabilité :
<https://nouvelles.ulaval.ca/2022/06/27/exposition-prenatale-a-l'alcool:-les-peres-auraient-une-part-de-responsabilite-21dc7cc5-b1cb-4a5f-9e3a-d81123f21b11>

Enquête nationale périnatale. Rapport 2021. Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements :
<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/enquete-nationale-perinatale.-rapport-2021.-les-naissances-le-suivi-a-deux-mois-et-les-etablissements>

Vallée A. *Manuel pratique de thérapie orientée solution : dialogues et récits*. Bruxelles : Satas; [2017].

JUSTICE DES MINEURS / LES MINEURS EN DANGER / 16.1 LES MINEURS EN DANGER
https://onpe.france-enfance-protgee.fr/wp-content/uploads/2024/12/ref-stat-justice_chap-16-2024.pdf

Héroïne et opioïdes - Synthèse des connaissances
<https://www.ofdt.fr/heroine-et-opioides-synthese-des-connaissances-1729>

8 ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE

Questionnaire paternité et addictions

Questionnaire paternité et addictions

1. Age *

2. Souffrez-vous d'addiction ? *

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non

A enfant de moins de 2 ans

3. Avez-vous un enfant de moins de 2 ans ? *

Une seule réponse possible.

☐ Oui *Passer à la question 4*

☐ Non *Passer à la question 20*

Si enfant de moins de 2 ans

4. Si oui, pendant la grossesse, votre addiction a-t-elle été questionnée ?

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non

☐ Ne sait pas

5. Si oui, par qui ? (plusieurs choix possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ professionnel de périnatalité : sage-femme, gynécologue, échographiste, équipe d'aide médicale à la procréation...
- ☐ Médecin traitant
- ☐ PMI (protection maternelle et Infantile)
- ☐ ASE (aide sociale à l'enfance)
- ☐ Famille
- ☐ Amis
- ☐ Collègues
- ☐ Service social
- ☐ Professionnel du CSAPA (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie)
- ☐ Autre : _____

6. L'impact possible des produits et /ou addiction sur l'enfant à naître a-t-il été évoqué ?

★

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas

7. Si oui, par qui ? (plusieurs choix possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ professionnel de périnatalité : sage-femme, gynécologue, échographiste, aide médicale à la procréation
- ☐ professionnel CSAPA
- ☐ famille
- ☐ amis
- ☐ collègues de travail
- ☐ service social
- ☐ PMI protection maternelle et infantile
- ☐ ASE aide sociale à l'enfance
- ☐ autre

8. L'impact possible des produits et/ou addiction sur la femme enceinte a-t-il été évoqué ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas

9. Si oui par qui ? (plusieurs choix possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ professionnel de périnatalité : sage-femme, gynécologue, échographiste, aide médicale à la procréation
- ☐ médecin généraliste
- ☐ service social
- ☐ PMI protection maternelle et infantile
- ☐ ASE aide sociale à l'enfance
- ☐ famille
- ☐ amis
- ☐ collègues de travail
- ☐ autre

10. L'impact possible des produits et/ou addictions sur votre enfant a-t-il été évoqué ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ ne sait pas

11. Si oui, par qui ? (plusieurs choix possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ professionnel de périnatalité : sage-femme, gynécologue, échographiste, aide médicale à la procréationpédiatre
- ☐ médecin généraliste
- ☐ service social
- ☐ PMI protection maternelle et infantile
- ☐ ASE aide sociale à l'enfance
- ☐ famille
- ☐ amis
- ☐ collègues de travail
- ☐ Autre : _____

12. Au CSAPA, centre de soins, accompagnement et prévention en addictologie, la grossesse puis la naissance de votre enfant ont-elles été évoquées ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ ne sait pas
- ☐ sans objet, car les soins d'addictologie ont commencé après

13. Si oui, par qui ? (plusieurs choix possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ infirmière
- ☐ médecin
- ☐ psychologue
- ☐ assistante sociale
- ☐ éducateur spécialisé
- ☐ diététicienne
- ☐ Autre : _____

14. A votre avis, quels sont les impacts possibles de votre addiction sur votre enfant ? *

15. Que faites-vous pour limiter ces impacts ?

16. Quels sont vos atouts et points forts en tant que parent et personne touchée par une addiction ?

17. Avez-vous pu parler à des professionnels ou proches de vos inquiétudes, questionnements, difficultés, atouts ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas

18. Si oui, à qui ? (plusieurs choix possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ professionnel de périnatalité : gynécologue, sage-femme, échographiste...
- ☐ Médecin traitant
- ☐ Service social
- ☐ PMI (protection maternelle et infantile)
- ☐ ASE (aide sociale à l'enfance)
- ☐ Famille
- ☐ Amis
- ☐ Collègues de travail
- ☐ Autre : _____

19. Quels sont vos besoins en tant que parent touché par addiction ? (plusieurs choix possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Groupe de parole
- ☐ Informations
- ☐ Soins : cure, consultations au CSAPA...
- ☐ Autre : _____

Passer à la question 20

Grossesse en cours

20. Avez-vous une conjointe actuellement enceinte ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui *Passer à la question 21*
- ☐ Non *Passer à la question 30*

si grossesse en cours

21. Votre addiction a-t-elle été évoquée par un professionnel de périnatalité : sage-femme, gynécologue, médecin traitant, échographiste, pédiatre... ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non

22. La grossesse en cours a-t-elle été évoquée au centre de soins, accompagnement et prévention en addictologie (CSAPA) ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non

23. Avec qui ? (plusieurs choix possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Infirmière
☐ médecin
☐ assistante sociale
☐ diététicienne
☐ secrétaire
☐ psychologue
☐ éducateur spécialisé

24. L'impact possible des produits et/ou addictions sur l'embryon/fœtus ou la femme enceinte a-t-il été évoqué ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non

25. Si oui, par qui ? (plusieurs fois possibles)

Plusieurs réponses possibles.

☐ Professionnel de périnatalité

☐ professionnel du CSAPA

☐ famille

☐ amis

☐ collègues

☐ Autre : _____

26. A votre avis, quels impacts peut avoir votre addiction sur votre conjointe enceinte ou l'enfant à naître ?

27. Avec qui pouvez-vous en discuter ?

28. Quels sont vos atouts pour gérer addiction et paternité à venir ?

29. Quels sont vos besoins concernant paternité à venir et addiction ? (plusieurs choix possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Soins : cure, sevrage, consultations...
- ☐ Groupe de parole
- ☐ Informations
- ☐ Autre : _____

Projet d'enfant

30. Envisagez-vous d'avoir un enfant dans les 2 prochaines années ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non *Passer à la question 38*

Si projet d'enfant

31. Si oui, en avez-vous parlé à un professionnel de santé ou du social ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui *Passer à la question 32*
- ☐ Non *Passer à la question 32*

Si oui

32. Si oui, à qui ? (plusieurs choix possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ professionnel de périnatalité : sage-femme, gynécologue, échographiste...
- ☐ Médecin traitant
- ☐ professionnel du CSAPA
- ☐ pédiatre
- ☐ service social
- ☐ PMI protection maternelle et infantile
- ☐ ASE aide sociale à l'enfance
- ☐ Autre : _____

33. A votre avis, quels sont les impacts possibles de votre addiction sur l'embryon *
ou fœtus ?

34. A votre avis, quels sont les impacts possibles de votre addiction sur la femme
enceinte ?

35. A votre avis, quels sont les impacts possibles sur l'enfant après sa naissance ?

36. Quels sont vos points forts et atouts en tant que futur père et personne touchée par une addiction ?

37. Quels sont vos besoins en tant que futur père touché par addiction ?

Plusieurs réponses possibles.

☐ Soins (cure, consultations...)

☐ Groupe de parole

☐ Informations

☐ Autre : _____

Conclusion

38. Merci pour votre participation, écrivez-vous vos remarques et commentaires ci-dessous :
