



Bulletin de Veille Scientifique de l'Enfance en Danger

EPRRED Occitanie Ouest & Est

Équipe Pédiatrique Référente Régionale de l'Enfance en Danger

N°2 - Décembre 2024

Editorial

Un choix délibéré est fait de la cohérence et de la continuité entre les bulletins successifs. Pour revenir sur le premier bulletin, nous avons vu que les difficultés d'attachement de la mère et de l'enfant pouvaient constituer un facteur de risque de maltraitance, il est donc important de les repérer de manière adéquate. Aussi pour compléter ce point, je me permets de citer la grille de Conventry (Flackhill et al., 2017) qui est une échelle comprenant 63 questions pour lesquelles les réponses attendues sont oui ou non, et aide, en fonction des scores, le praticien à distinguer les symptômes en lien avec des difficultés d'attachement, de ceux du Trouble du Spectre de l'Autisme dont le diagnostic différentiel n'est pas toujours simple.

Concernant les articles abordés dans ce deuxième numéro. Lors du premier bulletin, nous avons abordé la question du 'syndrome du bébé secoué' (SBS) au travers des améliorations à apporter dans la prévention passant par une meilleure diffusion des attitudes à adopter lorsqu'un parent se retrouve seul avec son enfant en situation de pleurs. Dans ce numéro nous revenons sur le SBS puisqu'il peut faire l'objet de controverses au niveau du diagnostic médical, ainsi deux revues, une sur les signes ophtalmologiques et une sur les signes neuroradiologiques, aideront les professionnels confrontés à cette situation dans leur démarche diagnostique. Dans ce bulletin, nous aborderons également la question des négligences des enfants et de leur prise en charge visant à réduire leurs conséquences potentiellement sévères. Enfin nous terminerons par une publication sur la perception des conséquences possibles de l'exposition, pendant la grossesse, du fœtus au Cannabis chez les adolescents et les jeunes adultes.
Bonne lecture.

Amicalement,
Pr Yves chaix
Coordonnateur, EPRRED Occitanie
Ouest

ARTICLE N°1 : Ophthalmologic findings in abusive head trauma

Jain D, le L, Kissoon N..

Seminars in Pediatric Neurology 2024, (Impact Factor 2.4)

Jul:50:101141.doi: 10.1016/j.spen.2024.101141.

Il s'agit d'un article s'intégrant dans un numéro spécial de la revue *Seminars in Pediatric Neurology* consacrée à la maltraitance infantile. L'article rédigé par les médecins Nord américains fait la synthèse des signes ophtalmologiques dans les traumatismes crâniens non accidentels (TCNA ou Abusive Head Trauma en langue anglaise).

Le constat de départ est :

- Le syndrome du bébé secoué est une forme de violences physiques qui concerne en général des nourrissons de moins de 2 ans
- Les mécanismes des lésions sont progressivement mieux compris avec en commun des mécanismes d'accélération-décélération et de rotation de la tête
- Les mêmes mécanismes qui causent les lésions cérébrales, peuvent créer des lésions ophtalmologiques

Dans l'article les auteurs, décrivent les principales lésions ophtalmologiques rencontrées dans les TCNA et en quoi elles peuvent se différencier ou pas des lésions rencontrées dans d'autres processus pathologiques. Le devenir fonctionnel de ces lésions est aussi précisé.

Des lésions extra-oculaires peuvent être rencontrées dans les TCNA en lien en général avec un impact direct : ecchymoses périorbitaires, hémorragies sous conjonctivales, plaies cornéennes, hyphéma, subluxation du cristallin, cataracte, voire rupture du globe oculaire. Concernant les hémorragies sous conjonctivales, elles peuvent être la conséquence aussi d'une augmentation rapide de la pression intrathoracique (par traumatisme ou compression, manœuvre de Valsalva, efforts de toux ou de vomissements). Il est important de préciser que certains chercheurs postulent que les jeunes nourrissons sont incapables de générer suffisamment de force pour créer des hémorragies sous-conjonctivales par ces deux derniers mécanismes (rares cas d'hémorragies conjonctivales après effort de toux dans la coqueluche ou après vomissement dans la sténose du pylore).

Pour les lésions intra-oculaires, la principale théorie explicative de la survenue des hémorragies rétinienne (HR) est la traction vitéo-rétinienne (forte adhésion du vitrée à la rétine) qui entraîne la déchirure des vaisseaux rétiens : des hémorragies trop nombreuses pour être comptées, allant du pôle postérieur à la périphérie de la rétine sont considérées comme très caractéristiques de TCNA. Lorsqu'elles sont présentes, les HR sont bilatérales dans plus de 80 % des cas. La forme des HR varie en fonction de leur localisation : pré-rétiennes « en forme de bateau » ou « empreinte du pouce » ; intra-rétiennes en forme de « points et taches » dans les couches superficielles de la rétine ou en « flamme » de forme linéaire dans les couches plus profondes. La fréquence des HR pré-rétiennes est augmentée dans les TCNA par rapport aux traumatismes crâniens accidentels ce qui n'est pas le cas des HR intra-rétiennes. Il faut également noter que la résorption des dernières est plus rapide en quelques jours que les premières qui peuvent persister plusieurs semaines. Néanmoins, la datation des HR reste difficile. Les autres lésions intra-oculaires citées par les auteurs sont l'hémorragie du vitré, le rétinoshisis et le décollement rétinien, généralement rencontrées dans les traumatismes à haute énergie cinétique et donc très évocatrices de TCNA en absence de traumatisme rapporté.

Les HR en cas de traumatismes accidentels ou non accidentels sont en général associées à des lésions intracérébrales et justifient parfaitement la réalisation d'un bilan ophtalmologique systématique devant tout saignement intracérébral. L'examen ophtalmologique doit être réalisé par un ophtalmologue expert, avec un ophtalmoscope indirect, enfant dilaté, dans les 24h à max 72h.

.../... ARTICLE N°1 : Ophthalmologic findings in abusive head trauma

Les étiologies des HR sont citées par les auteurs en rappelant que le TCNA reste une des étiologies les plus fréquentes. Le traumatisme de la naissance même après un accouchement non compliqué, en rappelant que la majorité des HR disparaissent dans les 15 jours rarement au-delà de 1 mois et sont en général de localisation intra rétinienne. Cela peut poser des problèmes de diagnostic différentiel chez l'enfant de moins de 1 mois ; le traumatisme crânien accidentel après une chute : en général les HR sont limitées au pôle postérieur et en nombre limité ; dans les traumatismes à haute énergie cinétique, le tableau ophtalmologique peut être similaire mais les circonstances sont évidentes ; l'augmentation de la pression intracrânienne : en effet certains auteurs avancent comme théorie expliquant la survenue d'HR, une HTIC mais la littérature montre que les HR surviennent rarement en raison d'une augmentation de la pression intracrânienne pour des causes autres que le TCNA en l'absence d'œdème du NO. Pour les rares cas où l'HTIC s'accompagne d'HR les hémorragies sont de topographie intra-rétinienne au pôle postérieur et en nombre limité ; les pathologies de la coagulation ou des pathologies comme les leucémies ou les sepsis pouvant entraîner des problèmes de coagulation dont le diagnostic ne pose pas en général de problème ; les compressions thoraciques dans les arrêts cardiorespiratoires mais en général existe une pathologie cause elle-même d'HR ; plus rare chez l'enfant le syndrome de Purtscher qui est une angiopathie rétinienne causée soit par un traumatisme thoracique soit par des affections non

traumatiques rencontrées chez l'adulte (pancréatites aiguës, maladies systémiques, embolies gazeuses ou amniotiques). Les auteurs abordent rapidement la question du devenir ophtalmologique de ces enfants. Les pertes de vision peuvent être liées aux conséquences des lésions intraoculaires et/ou aux atteintes corticales du fait du traumatisme cérébral associé. Les HR peuvent être sources d'amblyopie.

Au total, retenir que des Hémorragies Rétiniennes multicouches, nombreuses au point de ne pas pouvoir être comptées et étendues du pôle postérieur à la périphérie de la rétine sont très évocatrices de TCNA.



ARTICLE N°2 : Neuroimaging considerations in Abusive Head Trauma

Canty KW, Keogh A, Rispoli J.

Seminars in Pediatric Neurology 2024, (Impact Factor 2.4)

Jul:50:101140. doi: 10.1016/j.spen.2024.101140.

Il s'agit comme le précédent d'un article s'intégrant dans le numéro spécial de la revue *Seminars in Pediatric Neurology* consacrée à la maltraitance infantile. L'article est rédigé par des pédiatres spécialisés en protection de l'enfance et des neuroradiologues de l'hôpital des enfants de Boston (USA). Il fait la synthèse des signes neuroradiologiques dans les traumatismes crâniens non accidentels (TCNA ou Abusive Head Trauma en langue anglaise).

Le constat de départ est :

- Plus fréquent chez les enfants de moins de 1 an, le TCNA a une incidence entre 20 à 30 cas pour 100 000 enfants de moins de 1 an, responsable d'une mortalité (25 %) et morbidité également élevée
- La démarche diagnostique paraclinique comprend des explorations radiologiques et neuroradiologiques, des tests biologiques, et un bilan ophtalmologique
- Parmi les explorations réalisées TDM (la reconstruction 3D est supérieure aux radiographies pour faire le diagnostic de fracture du crâne) et IRM cérébrale avec les séquences suivantes (séquences conventionnelles T1, T2, diffusion (DWI) avec ADC, séquences SWI, Flair, Séquence STIR)
- Bien qu'il n'y ait pas un signe pathognomonique, un ensemble de lésions peut suggérer un mécanisme non accidentel au traumatisme
- Il est donc aussi important de connaître les signes qui peuvent suggérer un traumatisme accidentel et/ou une autre pathologie

Les auteurs classent les lésions possibles après un traumatisme en 4 catégories :

- **Lésions du cuir chevelu** : le sang accumulé sous le périoste constitue un céphalématome qui peut se voir après la naissance chez les nouveau-nés mais aussi après un traumatisme ; le sang accumulé sous la galéa aponévrotique appelé hématome sous galéale par plaie des veines émissaires après traumatisme contondant ou traction sur le cuir chevelu ; ce dernier doit être différencié de l'accumulation de sérosité parfois plusieurs semaines après la naissance dans cet espace (bosse séro-sanguine).

.../... ARTICLE N°2 : Neuroimaging considérations in Abusive Head Trauma

- **Fractures** : retrouvées dans 40 % des TCNA, avec dans ce cas un mécanisme avec impact. La présence d'un œdème en regard peut aider à reconnaître une fracture, mais son apparition peut être différée. Les fractures complexes (plusieurs traits ou avec déplacement) sont plus fréquentes dans les traumatismes à haute énergie. Mais des fractures complexes peuvent se rencontrer après traumatisme accidentel au vertex. Le diagnostic différentiel peut être difficile entre fracture et suture accessoire : pattern en zig-zag et non élargissement à l'approche d'une autre suture dans le cas d'une suture accessoire.

- **Lésions extra-axiales** : l'hématome sous dural est la lésion la plus fréquemment rencontrée dans les TCNA. Il peut résulter de trois mécanismes isolés ou associés : traumatisme des veines ponts secondaire aux forces de translation et rotation (« inertial forces ») qui s'exercent lors des secousses ; par choc direct sur une surface avec fracture en regard (« direct contact forces ») ; par écrasement (« static forces »). Les auteurs rappellent la difficulté de dater le saignement et que les collections de densités mixtes lors du TDM ne sont pas synonymes d'hémorragies aiguës et chroniques qui pourraient suggérer des traumatismes répétés ; le fait que les hématomes extra-duraux ou épiduraux sont en général accidentels associés à une fracture avec lésion d'un vaisseau artériel ou veineux ; le fait que les hémorragies sous-arachnoïdiennes peuvent se voir aussi bien dans les TCA que les TCNA et surviennent associées le plus souvent aux HSD. Les images caractéristiques de rupture des veines ponts sont importantes à connaître : on parle d'image en têtard (« tadepole ») ou en sucette (« lollipop ») où la portion arrondie représente l'hématome ou le thrombus et la queue la veine pont traumatisée avec le caillot. L'IRM est supérieure pour visualiser les veines lésées.

- **Lésions parenchymateuses** : il existe une grande variété de lésions parenchymateuses possibles : contusions, lésions axonales diffuses, lésions d'hypoxie-ischémie, lésions de lacérations... L'IRM est supérieure au TDM pour bien visualiser ces lésions ; les lésions de lacérations, lésions linéaires au niveau de la SB sous corticale ou à la jonction SG/SB, de topographie, frontale, temporale ou occipitale sont plus fréquentes dans les TCNA sans être spécifiques ; la présence de lésions d'hypoxie-ischémie est un facteur de mauvais pronostic.

- **Lésions médullaires** : il peut s'agir de lésions ligamentaires dans les TCNA qui concernent le complexe ligamentaire cervical postérieur. La séquence STIR en IRM en éliminant le signal de la graisse permet de visualiser les lésions du ligament et des tissus mous ; des lésions médullaires post-traumatiques suite à un mécanisme de flexion/extension de la région cervicale mais aussi par ischémie sont possibles le plus souvent sans fracture associée ; des hématomes sous duraux médullaires, le plus souvent thoraco-lombaires avec plusieurs mécanismes possibles : traumatisme direct ou diffusion des HSD intracrâniens ; ces lésions justifient la réalisation d'une IRM médullaire en présence de lésions intracrâniennes.

Les diagnostics différentiels doivent être connus au vu des implications légales du diagnostic de TCNA :

1- Traumatismes liés à la naissance : après naissance par voie basse, pouvant entraîner des HSD de localisations postérieures le plus souvent (pariéto-occipitales, scissure interhémisphérique ou retro cérébelleux). Secondaires à des forces statiques par écrasement, le plus souvent petits, asymptomatiques, régressant dans le mois suivant la naissance (maximum 3 mois).

2- Traumatismes accidentels : plusieurs études ont montré que les chutes de faible hauteur ne sont pas à l'origine des lésions telles que celles décrites dans TCNA. Attention toutefois au traumatisme avec impact occipital qui peut être à l'origine d'HSD et d'HR.

3- Hydrocéphalie externe (HE) ou élargissement bénin des espaces sous-arachnoïdiens : entre 3 et 12 mois avec un pic à 7 mois et évolue favorablement entre 1 et 2 ans, l'HE est considérée comme pouvant être un facteur favorisant (après un traumatisme bénin) d'un saignement de localisation sous durale par étirement des veines ponts. Mais cela reste controversé, de plus en général il s'agit d'HSD asymptomatique ou n'entraînant pas de détérioration neurologique aiguë. Les recommandations de ce fait sont de réaliser une évaluation complète pour l'éventualité d'un TCNA y compris en cas d'HE.

4- Acidurie glutarique de type 1 : le dépistage néonatal dépiste 95 à 98 % des cas. Il s'agit d'une affection autosomique récessive, avec macrocéphalie, hypotonie, mouvements anormaux. Des HSD peuvent survenir dans cette pathologie, l'imagerie cérébrale peut être évocatrice par la mise en évidence d'un élargissement des vallées sylviennes.

5- La maladie de Menkes : affection liée à l'X par trouble du métabolisme du Cuivre qui entraîne un retard de développement, une hypotonie, une épilepsie chez un garçon avec des cheveux particuliers (« sparse kinky hair »). Des hématomes sous-duraux sont possibles, mais la maladie de Menkes n'est pas associée à des HR.

6- Troubles de la coagulation. Ils doivent être évalués avec déficit combiné en facteur vitamine K dépendant qui se révèle souvent précocement ; la maladie de Willebrand ; les déficits en facteurs II, V, VIII, IX, X, XIII dont les saignements cérébraux surviennent souvent plus tardivement que l'âge où surviennent les TCNA.

Il existe des théories non soutenues par la littérature actuellement : resaignement après un HSD de la période néonatale ; thromboses sino-veineuses cérébrales ; accidents hypoxo-ischémiques à l'origine d'un saignement ; lésions secondaires à un étouffement et/ou vomissement.

Il est donc important de connaître les signes neuroradiologiques rencontrés dans les TCNA et ne pas négliger les diagnostics différentiels.

ARTICLE N°3 : Interventions to support Children's recovery from neglect – A systematic review.

Jackson AL, Frederico M, Cleak H, Perry BD.
Child Maltreatment, (Impact Factor 4,5) 2024; Nov;29(4):714-727
doi: 10.1177/10775595231171617.

Il s'agit d'une revue de la littérature réalisée par une équipe Australienne, visant à répondre à la question quels types d'interventions sont utilisées pour réduire les conséquences chez les enfants exposés à des négligences.

Le constat de départ est :

- Les négligences sont une forme particulièrement sévère de maltraitance, aux conséquences multiples reconnues : physiques, développementales, émotionnelles, comportementales ainsi que sociales. Les négligences englobent différentes formes (physiques, affectives, médicales, éducatives) et sont parfois institutionnelles (ex des orphelinats d'Europe de l'Est).
- Les négligences sont souvent intriquées avec la pauvreté qui a ses propres conséquences sur le plan développemental et qui peut constituer un facteur confondant.
- Elles font encore l'objet de peu de recherche par rapport aux autres types de maltraitance et avec des études plus focalisées sur la prévention que sur l'évaluation de la prise en charge des conséquences.
- Une revue systématique antérieure publiée en 2005 (Allin et al., 2005) et incluant les études entre 1980-2003 concluait à la nécessité de réaliser des études à la méthodologie rigoureuse sur le sujet.

L'objectif de cette étude était de réaliser une revue systématique des interventions menées pour réduire les conséquences sur l'enfant, des négligences, afin de mettre en valeur les mécanismes de la récupération et supporter l'utilisation de ces interventions.

La revue a suivi une méthodologie rigoureuse et maintenant classique dans ce type de publication (Protocole PRISMA). Les auteurs ont inclus les études publiées entre 2003 et 2021. Les enfants présentaient un diagnostic de négligences, associé ou non à une autre forme de maltraitance. L'intervention pouvait être centrée sur l'enfant ou la famille mais devait inclure dans tous les cas une évaluation du devenir de l'enfant. Les auteurs ont retenu 8 études au final répondant aux critères, dont 3 études concernant la même population, The Bucharest Early Intervention Project (BEIP) pour les enfants victimes de négligences institutionnelles en Roumanie.

Il existe finalement peu d'études s'intéressant à cette question. Les effectifs sont variables mais en général avec plus de 100 enfants inclus sauf une étude qui concernait 10 enfants. 6 des 8 études sont des essais contrôlés et randomisés. 2 études ont pris en compte des variables neurobiologiques pour leur 'outcome' : enregistrement de l'EEG ou mesure du niveau de cortisol salivaire. Les études du BEIP se sont intéressées à l'effet du placement en famille d'accueil et les autres études, chacune à un programme d'intervention spécifique : ABC pour Attachment and Biobehavioral Catchup ; TEP pour Equilibrium Project ; FHF pour



pour Fostering Healthy Futures ; IY pour Incredible Years ; Say-to-say correspondence training. La durée (6 jours à 30 semaines, avec pour le BEIP un suivi entre l'âge au moment du placement à 54 mois) et l'intensité (1 à 2 fois par semaine entre 1 à 2 heures) des programmes étaient variables. Certains programmes interviennent auprès de l'enfant, d'autres concernant l'enfant et la personne qui prend soin de l'enfant ; les interventions peuvent se faire individuellement ou en groupe. L'impact des interventions est positif dans 4 des 6 études : BEIP – ABC- TEP – Say-do-say correspondence training. Toutes ces études présentent un certain nombre de biais rapportés par les auteurs des études et ceux de la revue, il existe une difficulté dans les études à correctement définir les négligences, et notamment quel type de négligence qui permettrait en pratique des recommandations de prise en charge.

Il est difficile au final de préconiser une modalité de prise en charge aux enfants victimes de négligences tant les études sont peu nombreuses et hétérogènes. Les études mesurant l'effet de programmes visant à minimiser les conséquences des négligences sur les enfants doivent se poursuivre. Une étape indispensable est d'adopter une définition correcte de la négligence et son type. Certains auteurs préconisent l'utilisation du MCS pour Maltreatment Classification System (Barnett et al., 1993).

ARTICLE N°4 : Perspectives of adolescents and young adults on cannabis use during pregnancy

Whitlock C, Chang C, Onishchenko R, Joassaint M, Madlambayan E, Oshman L, Frank CJ.)
Addictive behavior, (Impact Factor 3.7) 2024 Sep;156:108059. doi: 10.1016/j.addbeh.2024.108059.

Il s'agit d'une étude Nord-Américaine, réalisée par une équipe de l'Université du Michigan qui essaye à partir d'un questionnaire par SMS de connaître la connaissance des adolescents et jeunes adultes sur la consommation de cannabis pendant la grossesse.



Le constat de départ est :

- La consommation de cannabis pendant la grossesse concerne 7 % des femmes enceintes, un taux qui a doublé entre 2002 et 2017 aux USA. Le principal facteur de risque est la consommation de Cannabis avant la grossesse.
- Les risques de l'exposition en prénatal sont encore mal connus : RCIU, petit poids de naissance, prématurité, risque d'admission aux soins intensifs, altération du développement cérébral mais compte tenu de ces risques, différentes sociétés savantes américaines recommandent de ne pas utiliser le cannabis pendant la grossesse.
- La législation vis-à-vis du Cannabis est variable selon les états aux USA : utilisation du cannabis à visée médicale autorisée dans 38 états ; utilisation du cannabis à visée récréative dans 23 états pour les plus de 21 ans.
- Concernant l'exposition des enfants au Cannabis pendant la grossesse, dans 37 états la loi demande aux soignants ayant en charge les soins de l'enfant de signaler aux services de la protection de l'enfance (équivalent de notre IP) pour évaluation des familles ; dans 24 états l'utilisation du Cannabis en prénatal est considérée par la loi comme de la maltraitance et/ou des négligences pouvant entraîner des poursuites contre les parents.
- Les professionnels de santé se disent insuffisamment formés pour parler des conséquences de l'exposition du fœtus pendant la grossesse et souvent ne connaissant pas les conséquences légales selon l'état dont ils dépendent.
- La conscience du danger chez les adolescents et jeunes adultes de la consommation du Cannabis pendant la grossesse a tendance à diminuer avec les années (1/5 de cette population dit de ne pas voir de risque de consommer pendant la grossesse).

Les critères d'inclusion de l'étude étaient : être inscrits (les caractéristiques démographiques de la population sont connues : âge, genre, ethnie, région géographique, niveau d'étude) sur une plateforme nationale (MyVoice) destinée à connaître les opinions sur les problèmes de santé et de politique publiques ; être âgés entre 14 et 24 ans AYA = Adolescents and Young Adults ; lire l'anglais et avoir la possibilité de recevoir des messages écrits sur son téléphone.

Un pré-test a été réalisé sur un échantillon de la population pour s'assurer que les questions étaient adaptées et comprises : ainsi le terme Marijuana mieux compris des participants a remplacé Cannabis. 826 personnes ont reçu un texte comprenant 5 questions : 1) Que pensez-vous de l'utilisation de la Marijuana pendant la grossesse ? 2) A votre avis, quels sont les risques liés à l'utilisation de la Marijuana pendant la grossesse ? 3) Pensez-vous qu'il faudrait que les personnels de santé parlent de la consommation de Marijuana aux personnes enceintes ? 4) Comment pensez-vous que la consommation régulière de Marijuana (au moins une fois par semaine) affecte la capacité d'un parent à s'occuper d'un enfant ? Pensez-vous que la consommation de Marijuana pendant la grossesse doit être considérée comme de la négligence ou une forme de maltraitance ? Pourquoi ou pourquoi pas ?

Les réponses ont été codées et analysées par 3 investigateurs.

666 personnes ont répondu soit un taux de participation de 80,6 %. Les principaux résultats peuvent être résumés ainsi :

- 1) 74,2 % des répondants pensent que la consommation de Cannabis pendant la grossesse est nocive et avant tout pour le fœtus pour 78,5%. Parmi les risques pour le fœtus sont cités : un risque de malformation dans 27,5 %, un risque pour la croissance dans 15,8 %, un risque pour le neuro-développement dans 11,2 %, un risque de dépendance ou d'addiction dans 7,3 %.
- 2) 35,2 % des répondants estiment que la consommation de Cannabis pendant la grossesse correspond à une forme de maltraitance et/ou de négligence et pour 26 % cela dépend d'autres facteurs dont le niveau de consommation, la législation dans l'état, le devenir de la grossesse... Pour les 24,8 % qui pensent qu'il ne s'agit pas d'une forme de maltraitance, un des motifs invoqué dans ¼ des cas est que dans ce cas, la consommation de tabac ou d'alcool devrait aussi être considérée comme des formes de négligences.
- 3) 37,9 % considèrent qu'une consommation régulière au moins 1 fois par semaine peut interférer avec la capacité de s'occuper d'un enfant, mettant en avant l'altération des capacités d'attention ou de jugement de la part des parents.
- 4) 89,6 % des répondants estiment que les personnels de santé doivent aborder cette question avec les personnes enceintes.

Une limite importante de l'étude est que la plateforme MyVoice ne permet pas de connaître le statut des répondants par rapport à la consommation de Cannabis ou le fait d'être ou pas déjà parents.

Cette étude montre que les adolescents et jeunes adultes, population dans laquelle la consommation de Cannabis est importante, ont conscience des risques pour le fœtus, sont assez partagés en ce qui concerne le fait de considérer cette consommation comme une forme ou pas de maltraitance, souhaitent que ce risque soit abordé par les professionnels de santé pendant la grossesse.