

FICHES TECHNIQUES

GROSSESSE, ADDICTIONS

ET

MEDICAMENTS PSYCHOTROPES



Réseau périnatal Naître en Languedoc Roussillon
ZAE Les Verriès - 165 rue de l'Aven
34980 ST GELY DU FESC
Téléphone : 04 67 04 01 53 - Fax : 04 67 04 01 88 34
Email : naître.lr@hotmail.fr

Validation : 12 septembre 2008, mis à jour le 12 janvier 2012

Ces fiches techniques ont été rédigées sous l'égide du réseau périnatal Naître en Languedoc Roussillon par les professionnels de santé du Languedoc Roussillon suivants :

Serge ABAUTRET, éducateur, Montpellier

Anne ALAUZEN, médecin addictologue, Montpellier

Muriel ARNOLD SMITH, sage femme, Ganges

Jean Louis BALMES, médecin addictologue, Nîmes

Reynald BOISSEAU, psychiatre, Montpellier

Marie Christine BOISSEZON, sage femme, Montpellier

Elisabeth BOUISSET, sage femme, Perpignan

Pierre BOULOT, gynécologue obstétricien, Montpellier

Nathalie BOUSQUET-JACQ, pédopsychiatre, Montpellier

Thomas BUDNIOK, pédiatre, Perpignan

Laurence CASSÉ, sage femme, Béziers

Brigitte CAUNES, sage femme, Carcassonne

Corinne CHANAL, sage femme, Montpellier

Laurence CHANTELOT, sage femme, Carcassonne

Anne Marie CLAUZEL, tabacologue, Montpellier

Guillaume COLLIN, psychiatre, Montpellier

Pascale COMMESSIE, sage femme, Carcassonne

Michel CONTAL, tabacologue, Nîmes

Gisèle CRIBALLET, coordinatrice réseau périnatal, Montpellier

Hubert DAUDÉ, pédiatre, Montpellier

Véronique De BOUARD, gynécologue obstétricien, Montpellier

Véronique DELRIEU, sage femme, St Mathieu de Trévières

Philippe DESSEIGNET, gynécologue obstétricien, Montpellier

Helène DONNADIEU-RIGOLE, médecin alcoologue, Montpellier

Thierry DUNAND, médecin généraliste, Béziers

Monique FERRERE, pédiatre, Carcassonne

Aline FERRINI, sage femme, Béziers

Odile FORTAIN, Cadre de santé, Béziers

Solange FOURRIER, sage femme, Sète

Anne FRANCOIS, sage femme, Sète

Pascal GALLAND, médecin addictologue, Béziers

Françoise GOUZVINSKI, psychologue, Carcassonne

Ghislaine GRANIER, psychologue, Perpignan

Claude GROLIER, sage femme, Sète

David GURY, pédiatre, Montpellier

Kinga HAVASI, sage femme, Montpellier

Martine HINSINGER, sage femme, Montpellier

KOJAYAN Rafi, pédopsychiatre, Montpellier

Catherine LAMOULIÉ, pédopsychiatre, Sète

Monique LAURENT-VAUCLARE, médecin adjoint santé, Montpellier

Sophie LETSIGO, pédiatre, Carcassonne

Catherine MARCAIS ESPIAND, sage femme tabacologue, Montpellier

Guy MASSON, gynécologue obstétricien, Nîmes

Pascale MATHIEU-PEREYRON, infirmière, Béziers

Evelyne MAZURIER, pédiatre, Montpellier

Marie Luce MERCIER, sage femme, Perpignan

Michèle MISRAOUI, pédiatre, Montpellier

Christel MOUTON, psychologue, Narbonne

Meïssa NEKAA, médecin addictologue, Nîmes

Pierre Hugo NOURRISSON, médecin généraliste, Villegaihen

Anne Marie PARADIS TRENEULE, sage femme, Mende

Patricia PEREZ, sage femme, Perpignan

Marie Aude PREVOST, sage femme, Carcassonne

Nadia RACHEDI, médecin à la Direction PMIS, Montpellier

Patricia ROHR, psychologue, Montpellier

Joël ROY, pédopsychiatre, Nîmes

Hervé SABOURIN, psychiatre, Montpellier

Marie Andrée THOMPSON, pharmacien, Montpellier

Anne STOEBNER, médecin tabacologue et de santé publique, Montpellier

Rose Marie TOUBIN, pédopsychiatre, Montpellier

Hélène VALLIERES, puéricultrice, Montpellier

Patrick VENTURINI, pédopsychiatre

Hélène VEZOLE, sage femme, Montpellier

Jacques VIGNAL, gynécologue obstétricien, Montpellier

Bénédicte WELTMAN-DELMAS, addictologue, Perpignan

Avec la participation de :










E. REYSER, V. PETIT, A. MARIETTE, C. ORCEL, P. MATTHIEU, Y. LEGLISE, M. MISRAOUI, G. IMBERNON, E. MAZURIER, C. MARCAIS, F. BOUSQUET, C. ROURE, E. PEGURIER, B. MARIETTE, R. THIRIAU, S. DENOIX,

AVERTISSEMENT

Ces référentiels sont diffusés à titre informatif par le réseau périnatal Naître en Languedoc Roussillon pour les professionnels de la périnatalité de la région. Ils ont été rédigés en l'état actuel des connaissances à la date de validation du référentiel et n'engagent en aucun cas la responsabilité directe ou indirecte du réseau ou de ses membres quant aux conséquences qui pourraient découler de leur utilisation.

Validation : 12 septembre 2008, mis à jour le 12 janvier 2012

SOMMAIRE

	<i>GROSSESSE ET ADDICTIONS : EFFETS DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES</i>	<i>Page 4</i>
	<i>GROSSESSE ET ADDICTIONS : CONDUITES À TENIR RECOMMANDÉES EN LR</i>	<i>Page 5</i>
	<i>ABORDER LES CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES PENDANT LA GROSSESSE</i>	<i>Page 6</i>
	<i>CONSOMMATION D'ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE</i>	<i>Page 9</i>
	<i>CONSOMMATION D'AMPHETAMINES OU DE COCAÏNE PENDANT LA GROSSESSE</i>	<i>Page 11</i>
	<i>CONSOMMATION DE CANNABIS PENDANT LA GROSSESSE</i>	<i>Page 13</i>
	<i>CONSOMMATION D'OPIACÉS PENDANT LA GROSSESSE</i>	<i>Page 15</i>
	<i>TABAC ET GROSSESSE</i>	<i>Page 17</i>
	<i>GROSSESSE ET MEDICAMENTS PSYCHOTROPES</i>	<i>Page 19</i>

Grossesse et addictions : effets des substances psychoactives

	Risques malformatifs	Effets sur la grossesse	Effets sur l'enfant	Effets sur la lactation
Alcool	Toxicité cellulaire majeure : système nerveux central, cœur, face, squelette... Anomalies cérébrales (agénésie corps calleux, giration...), oculaires, auditives, organes génitaux...	Fausse couches (FCS), retard de croissance intra utérin (RCIU), mort fœtale in utero (MFIU)	Possible syndrome de sevrage modéré (irritabilité) en cas d'alcoolisation quotidienne jusqu'à l'accouchement. Syndrome d'alcoolisation fœtal complet (hypotrophie, microcéphalie, dysmorphie du visage) ou partiel . Risques +++ d'instabilité émotionnelle et de troubles du développement, des apprentissages, des fonctions exécutives , retard mental.	Passage dans le lait, élimination en 3h environ. Diminution du réflexe d'éjection lors de consommations d'alcool régulières ou importantes.
Tabac	Etudes avec résultats discordants (fentes palatines ?)	Hypoxie et toxicité : FCS, risque >2 pour menace d'accouchement prématuré (MAP), hématome rétro placentaire (HRP), rupture prématurée des membranes (RPM), RCIU, MFIU.	Possible syndrome de sevrage modéré à type d'irritabilité, de coliques , de troubles du sommeil. Plus d'affections broncho-pulmonaires et ORL, de mort subite du nourrisson.	Passage dans le lait. Élimination en 3h environ.
Cannabis	Etudes avec résultats discordants (fentes palatines ?)	Hypoxie et toxicité liée à la fumée : FCS, MAP, HRP, RPM, RCIU, MFIU. Perturbation du travail obstétrical.	Idem tabac + possibles troubles du développement et du comportement.	THC se concentre dans le lait lors de consommation quotidienne, Élimination lente.
Benzodiazépines	Actuellement non démontré	Rythme cardiaque fœtal moins oscillant, moins réactif	Selon la demi-vie, risque de syndrome d'imprégnation (sommolence, hypotonie, hypothermie, troubles de la succion) puis parfois syndrome de sevrage modéré (irritabilité, troubles du sommeil)	Passage dans le lait inconnu.
Héroïne	Non	Hypercontractibilité utérine, stress fœtal : FCS, MAP, RCIU, souffrance fœtale aigüe (SFA), MFIU	Risque de prématurité, hypotrophie, mort subite du nourrisson. Syndrome de sevrage dans environ 75% des cas.	Passage dans le lait peu connu. Incertitude sur la nature des produits de coupage et leur nocivité.
Méthadone Buprénorphine	Non	Diminués par rapport à l'héroïne	Risque de prématurité, hypotrophie, mort subite, mais diminués // héroïne. Syndrome de sevrage .	Faible passage dans le lait, sans incidence connue sur l'enfant.
Cocaïne	Possibles, par hypoxie et ischémie sévère précoce	Vasoconstriction, hypoxie et ischémie, induction de contractions utérines : FCS, MAP, RCIU, SFA, MFIU, HRP	Risque de prématurité, hypotrophie, syndrome de sevrage à type d'irritabilité, mort subite du nourrisson, doute sur risque d'ischémie myocardique.	Passage dans le lait peu connu avec précision, plutôt élevé.
Amphétamines Ecstasy	Possibles : cœur, en particulier	MAP, RCIU, HRP	Risque de prématurité. Sommolence, troubles de la succion, syndrome de sevrage à type d'irritabilité.	Passage dans le lait important si consommation régulière.

Validation : 4 mars 2010, mis à jour le 24 janvier 2012

Grossesse et addictions : conduites à tenir recommandées en Languedoc-Roussillon

	Suivi de grossesse	Addictologie	Nouveau-né	Allaitement maternel
Alcool ≥ 4 verres au moins 2 fois pendant la grossesse ou alcoolisation quotidienne ≥ 2 verres	cs SF et gynéco en alternance ts les 15j + ERCF 1x/15j Echo morpho par référent+ Biométries 1x/mois Cs anténatale pédiatre	Si dépendance physique : sevrage en hospitalisation, hydratation, anxiolytiques, vitamines B1B6, Magnésium, Aotal® possible	Surveiller comportement en maternité, nursing, Faire bilan pédiatrique, surveillance à prolonger au moins jusqu'à 7 ans	A discuter au cas par cas, Si projet d'allaitement, soutenir l'abstinence
Tabac	« à bas risque »	Sevrage ambulatoire +/- substitution nicotinique patch 16h ou orale	Surveiller comportement (irritabilité) Nursing	Si projet d'allaitement, à favoriser Si poursuite tabac, fumer de préférence après la tétée
Cannabis plusieurs fois par mois, plusieurs fois pendant la grossesse	« à bas risque » Cs anténatale pédiatre	Sevrage ambulatoire +/- substitution nicotinique patch 16h ou orale et/ou psychothérapie +/- anxiolytique	Surveiller comportement (irritabilité) Nursing	A discuter au cas par cas, Si projet d'allaitement, soutenir l'abstinence
Benzodiazépines (prises quotidiennes)	cs SF et gynéco en alternance ts les 15j + ERCF 1x/s Echo morpho par référent Cs anténatale pédiatre	Sevrage possible en hospitalisation, Préférer relai par Atarax® ou Seresta®	Surveiller succion+ somnolence puis irritabilité, nursing, pas de ttt médicamenteux	A discuter au cas par cas, possible avec basse posologie
Héroïne plusieurs fois par mois, plusieurs fois pendant la grossesse	cs SF et gynéco en alternance ts les 15j + ERCF 1x/s Echo morpho référent Biométries 1x/mois 2, 17, 22, 28, 32, 36 SA + écho col dès 24SA Cs anténatale pédiatre	Initialisation d'une substitution de préférence par méthadone et en hospitalisation	Surveiller avec score de Finnegan ou de Lipsitz Nursing +/- traitement médicamenteux	A discuter au cas par cas, Si projet d'allaitement, soutenir l'abstinence
Méthadone Buprénorphine (Subutex®)	cs SF et gynéco en alternance ts les 15j + ERCF 1x/15j Echo biométries 1x/mois + col dès 24SA Cs anténatale pédiatre	Stabiliser, éviter mésusage Adapter posologie méthadone : besoin fréquent de fractionner et d'augmenter, faire méthadonémie	Surveiller avec score de Finnegan ou de Lipsitz Nursing +/- traitement médicamenteux	Si projet d'allaitement, à favoriser
Cocaïne plusieurs fois par mois, plusieurs fois pendant la grossesse	cs SF et gynéco en alternance ts les 15j + ERCF 1x/s Echo T2 référent Biométries + col dès 24SA Cs anténatale pédiatre	Sevrage ambulatoire ou en hospitalisation, pas de traitement spécifique	Surveiller comportement, Nursing, Holter et cs cardiopédiatre recommandé dans le 1 ^{er} mois	Contre-indiqué
Amphétamines (dont Ecstasy) plusieurs fois par mois, plusieurs fois pendant la grossesse	cs SF et gynéco en alternance ts les 15j + ERCF 1x/s Echo T2 par référent Biométries 1x/mois Cs anténatale pédiatre	Sevrage ambulatoire, pas de traitement spécifique	Surveiller comportement, Nursing	Contre-indiqué

Validation : 4 mars 2010, mis à jour le 24 janvier 2012

FICHE TECHNIQUE

ABORDER LES CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES PENDANT LA GROSSESSE

Les substances psycho-actives comprennent le tabac, l'alcool, le cannabis, la cocaïne, les opiacés (héroïne, codéinés, morphine,...), les traitements de substitution (méthadone, buprénorphine) les médicaments psychotropes, les drogues de synthèse (ecstasy, amphétamines, LSD,...).

POURQUOI ABORDER LEUR CONSOMMATION PENDANT LA GROSSESSE ?

La consommation de substances psycho-actives entraîne un ensemble de risques propres à chaque produit avec un coût sanitaire et social considérable. Ces consommations touchent toutes les couches de population.

Ces risques peuvent survenir à tout moment de la périnatalité : la grossesse (RCIU, MFIU), le développement du fœtus (SAF, action sur le SCN, action tératogène), l'apparition d'un syndrome de sevrage pour le nouveau né et des conséquences ultérieures pour l'enfant.

L'identification des consommations permet de :

- alerter les acteurs de santé des risques possibles
- organiser une prise en charge adéquate
- limiter ainsi les risques maternels et néonataux (sevrage, substitutions...)
- induire un changement de comportement des soignants et des parents

QUI DOIT L'ABORDER ?

Tout acteur en périnatalité doit systématiquement aborder cette question avec la mère ou le couple lors de toute consultation gynécologique (contraception, frottis...), obstétricale et ou pédiatriques :

- lors de la déclaration de la grossesse,
- de l'entretien du premier trimestre,
- des échographies,
- de la préparation à la naissance,
- d'une hospitalisation ou à l'occasion d'un accident périnatal fausse-couche, RCIU, MFIU, malformations ou de toute naissance.

COMMENT ABORDER UNE EVENTUELLE CONSOMMATION PENDANT LA GROSSESSE ?

1. ABORDER LA CONSOMMATION

- En instaurant un style relationnel avec confiance et sans jugement de la part des soignants
- En informant la patiente sur les raisons de poser ces questions : « *Maintenant que nous avons fait connaissance nous allons aborder les habitudes de vie qui peuvent influencer sur la grossesse.* »
 - *Est-ce que vous fumez ?*
 - *Qu'est-ce que vous fumez ?*
 - *Vous arrive-t-il de prendre des médicaments : somnifères, tranquillisants, antidépresseur ?*
 - *Etes-vous stressée ?*
 - *Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie de couple ?*
 - *Avez-vous déjà pris dans votre vie des produits comme l'héroïne, la cocaïne, l'ecstasy ?*
 - *Combien de repas faites-vous par jour ?*

Validation : 12 septembre 2008

- *Qu'est-ce que vous aimez manger ?*
- *Qu'avez-vous l'habitude de boire ? Eau, vin, soda, coca, bière, sirop, jus de fruit, cidre, café, alcool fort, thé,...*
- *Comptez-vous changer vos habitudes de consommation ?*
- *Qu'est ce qui a changé dans vos habitudes depuis que vous savez que vous êtes enceinte ou avant ?*
- *Qu'en est-il de votre entourage ?*

2. RECHERCHER LA FREQUENCE DES PRISES PLUTOT QUE LEUR IMPORTANCE.

Poser des questions ouvertes sur la connaissance des risques éventuels et donner une information objective

- *Pour vous qu'est-ce qu'il vaut mieux éviter pendant la grossesse ?*
- *Que pensez-vous de la recommandation « alcool = 0 » ?*
- *Que savez vous des risques liés à la consommation de tel produit (tabac, cannabis,...) ?*

3. POSER DES QUESTIONS SUR UNE INTENTION DE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT ET PROPOSER DE L'AIDE

- « *Est-ce que vous envisagez de diminuer ou d'arrêter votre consommation ?* »
- **Encourager la patiente à un essai** : le moindre changement doit être valorisé.
- **Favoriser une alliance thérapeutique** car une confrontation induit une résistance au changement : Accepter ses propres limites de soignant. Cette approche permet de ne pas culpabiliser les patientes, d'ouvrir un dialogue qui se continuera lors des consultations ultérieures.

4. PENSER A L'ENTRETIEN DU PREMIER TRIMESTRE DE LA GROSSESSE ET SAVOIR LE PROPOSER PRECOCEMENT

5. INDICATION DE COORDINATION DU SUIVI GLOBAL PAR UN REFERENT

6. POSSIBILITE D'EFFECTUER DES DOSAGES BIOLOGIQUES (BIEN CONNAITRE LEURS LIMITES) ET DANS TOUS LES CAS AVEC LE CONSENTEMENT DE LA PATIENTE

EVALUATION GLOBALE DE LA SITUATION

	<i>Situation simple Eléments rassurants à rechercher</i>	<i>Situation complexe Eléments inquiétants à rechercher</i>
Consommation	<i>occasionnelle</i>	<i>régulière</i>
Modalité consommation	<i>minimale</i>	<i>Défonce, anxiolytique, antidépresseur, somnifère, stimulant</i>
ATCD d'arrêt	<i>Réussite ou abstinence prolongée</i>	<i>Jamais réussie ou reprise rapide</i>
PB sociaux/ familiaux	<i>Absents ou modérés</i>	<i>Contexte défavorable</i>
Contexte psychique	<i>Pas de troubles, pas d'ATCD</i>	<i>Fragilité psychologique, troubles de la personnalité, ATCD de troubles anxio-dépressifs...</i>
Polyconsommation	<i>non</i>	<i>oui</i>
Contexte obstétrical	<i>Découverte précoce de la grossesse, suivi régulier</i>	<i>Découverte tardive de la grossesse, suivi irrégulier</i>

1^{ERE} SITUATION : PAS DE CONSOMMATION ACTUELLE MAIS CONSOMMATION AVANT LA GROSSESSE

- Féliciter, encourager, donner des brochures (INPES ou autre), informer sur les risques des consommations de l'entourage : conjoint, amis,...
- Rechercher des signes de manque : irritabilité, envie impérieuse de consommer, modification de l'appétence, insomnie, difficultés de concentration.
 - Si non : suivi habituel, ré-aborder le point à la prochaine consultation (risque de reprise).
 - Si oui : orientation vers une consultation spécialisée

2^{EME} SITUATION : CONSOMMATION ACTUELLE AVEC REDUCTION DEPUIS LE DEBUT DE LA GROSSESSE

- Evaluer la consommation (cf fiches spécifiques des référentiels, auto questionnaires...)
- Rechercher signes de manque ou de compensation (autre produit, alimentation,...)
 - Si **NON** : valoriser et renforcer le sentiment d'efficacité personnelle. (Vous pouvez être fière de ce que vous avez réussi à faire...est ce que ça été dur ?). Proposer une consultation d'addictologie.
 - Si **OUI** : orientation vers une consultation spécialisée et renforcer le suivi de la grossesse

Les conduites à tenir obstétricales et pédiatriques sont à rechercher dans les fiches spécifiques par produit.

Revoir la patiente plus tôt pour suivre sa démarche de sevrage : si arrêt complet, retour [situation 1](#)

3^{EME} SITUATION : POURSUITE DE LA CONSOMMATION

- Intensifier le suivi de grossesse (cf fiche par produit)
- Consultation en addictologie (tabacologue ou addictologue), au besoin, prendre le rendez-vous pour la patiente.
- Selon l'addiction, organiser l'hospitalisation mère enfant
- Prévoir avec les parents, l'addictologue et l'équipe pédiatrique la prise en charge néonatale, la possibilité d'allaitement, le suivi ultérieur de l'enfant (penser à la fratrie) et l'évolution des consommations
- Discussion sur la contraception

REMARQUES :

- **Dans chaque bassin de naissance :**

Les organisations locales devront être réfléchies en fonction des spécificités.

Les structures, services et associations du champ addictologie sont indiquées dans l'annuaire du réseau périnatal par département.

FICHE TECHNIQUE

CONSOMMATION D'ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE

POURQUOI L'ABORDER ?

- 1^{ère} cause de retard mental non génétique
- Ensemble des Troubles liés à l'Alcoolisation Fœtale = 9‰ grossesses dont Syndrome d'Alcoolisation Fœtale = 1‰
- Toxicité cellulaire majeure : anomalies cérébrales (agénésie corps calleux, giration...), cœur (CIV...), face, squelette, oculaires, auditives, organes génitaux...
- Risque de fausse couche spontanée, retard de croissance intra utérin, mort fœtale in utero et atteinte du développement cérébral tout au long de la grossesse (dans les formes mineures : instabilité émotionnelle, troubles de l'attention, hyperactivité retrouvés chez l'enfant)
- Pas de seuil de consommation minimale sans danger mais le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) est dose dépendant.

COMMENT L'ABORDER ?

- « *Qu'aviez-vous l'habitude de boire avant votre grossesse ? eau, soda, café... Vous arrivait-il de boire de la bière, du cidre, du vin ou d'autres boissons alcoolisées ?* »
- « *Comment a évolué votre consommation d'alcool ? (bière, cidre, vin, alcool fort...) depuis que vous savez que vous êtes enceinte ?* »

EVALUER LA SITUATION GLOBALE



	Situation simple <i>Éléments prédictifs favorables à rechercher</i>	Situation complexe <i>Éléments prédictifs défavorables à rechercher</i>
Consommation	Ivresse occasionnelle < 1fois/mois, consommations plusieurs fois par semaine mais < 2v/j	quotidiennes ou ivresses répétées ou perte de contrôle, ne pas pouvoir s'arrêter de boire après le 1 ^{er} verre
Contexte de consommation	Convivialité, événement festif	A visée anxiolytique, pour oublier, consommation seule
Dépendance psychique et physique	Pas de dépendance	Dépendance psychique = Impossibilité de refuser un verre, envie de boire irrésistible, ... Dépendance physique = tremblement le matin, 1 ^{er} verre le matin, ...
Problèmes psychologiques ou sociaux	Absents ou modérés	Importants
Consommations associées	Absence ou tabac exclusif	Cannabis, médicaments, autres drogues

QUELLES REPONSES APPORTER ?

1. INFORMER

« *L'alcool passe du sang maternel vers le sang du fœtus, à travers le placenta. Le fœtus déglutit du liquide amniotique contenant de l'alcool. Il n'a pas les moyens de détruire l'alcool. Ainsi, l'imprégnation alcoolique du bébé est plus élevée que celle de sa mère. Même consommé en faible quantité, l'alcool peut avoir des* »

Validation : 12 septembre 2008, mis à jour le 12 janvier 2012

conséquences sur la santé de l'enfant et nécessite un suivi spécifique. Quelque soit le terme de l'arrêt de la consommation, le bénéfice pour le fœtus sera immédiat »

2. CONSEILLER

- Si consommation = 0

Féliciter et rappeler le principe de précaution : **alcool = 0 pendant la grossesse**

- Si consommation positive :

« C'est important qu'on puisse en parler ensemble ».

« Que savez-vous des effets de l'alcool sur votre bébé ? »

Adresser tôt à une sage-femme pour entretien du 1^{er} trimestre pour évaluation de la situation globale

	une seule consommation < 4 verres en une fois au début de la grossesse ou journalière < 2 verres	≤ 4 verres en une fois à plusieurs reprises après 4 SA	journalière ≥ 2verres
Attitude du consultant	Rassurer Conseil alcool = 0 pour le reste de la grossesse Donner une plaquette d'information	Conseil arrêt « <i>Vous et votre bébé vous porteriez mieux sans consommation d'alcool. Si cela vous est difficile, il est possible de vous aider. On en reparle dans 15 jours</i> »	« <i>Si vous êtes d'accord on va en parler un peu plus ensemble</i> » Evaluer dépendance physique avant conseil d'arrêt (danger d'arrêter seule)
Suivi des consommations et orientations par le consultant de la grossesse	S'enquérir des consommations au rendez vous suivant Si alcool=0 : Aucune orientation nécessaire Si nouvelle alcoolisation depuis la dernière consultation passer à la 2 ^{ème} colonne	Revoir 15 j après Réévaluer consommations, parler des envies de boire Attention aux transferts sur d'autres produits Contacter le médecin généraliste pour soutien coordonné (avec l'accord de la mère) Proposer consultation en alcoologie ou addictologie (médecin, psychologue,...) pour une aide	Si pas de dépendance physique: proposer sur une semaine de faire le test ne pas consommer d'alcool Si difficulté ne pas hésiter à proposer un avis spécialisé « <i>la décision vous appartient, je suis là pour vous aider</i> » Revoir 8-15 j après, refaire le point Si dépendance physique hospitalisation pour sevrage plutôt en maternité en collaboration avec un service d'addictologie (réhydratation, Oxazépam (Seresta®), Acamprosate(Aotal®))
Suivi de grossesse	A1* Proposer un suivi obstétrical attentif Donner un RV dans les 15 jours Echographie morphologique avec un référent	A2** Suivi de grossesse rapproché gynécologue + sage-femme Échographies morphologiques avec un référent + échographies mensuelles de surveillance (croissance fœtale) Surveillance monitoring à domicile (PMI ou libérale) Consultation anténatale avec pédiatre pour information, préparation du séjour de l'enfant, projet d'allaitement et préparation du suivi de l'enfant	
A l'accouchement	Niveau 1-2-3 Examen pédiatrique	Niveau 2 -3 préférable pour examen pédiatrique spécifique et bilan para clinique : ophtalmo, auditif, écho transfontanelle...	
Allaitement	Favorisé	Favorisé en dehors des jours d'alcoolisation	A discuter au cas par cas, si projet d'allaitement soutenir l'abstinence
Sortie		Penser contraception type DIU ou implant Organiser suivi de l'enfant par médecin formé au dépistage des troubles du développement au moins jusqu'à 7 ans (voir protocole pédiatrique)	
Conseil prochaine grossesse	Zéro alcool dès le projet de grossesse		

*A1: avis gynéco ou autre spécialiste conseillé - **A2 : avis gynéco nécessaire + avis autres spécialiste (HAS 2007 : suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées)

Validation : 12 septembre 2008, mis à jour le 12 janvier 2012

FICHE TECHNIQUE

CONSOMMATION D'AMPHÉTAMINES OU DE COCAÏNE
PENDANT LA GROSSESSE

Ces substances sont des psychostimulants des systèmes dopaminergique et noradrénergique.

Cocaïne et crack sont issus du même produit, leur consommation régulière entraîne une forte dépendance.

Les amphétamines et leurs dérivés sont nombreux (Cristal, Ice, Ecstasy ou MDMA etc)

Ces produits sont consommés de façon occasionnelle ou chronique, souvent associés à l'alcool ou d'autres substances.

USAGE AU COURS DE LA VIE (AU MOINS UNE FOIS)

	HOMME	FEMME		
COCAÏNE	3,9 %	1,6 %	SOIT 3,5 % EN FRANCE	7,5 % EN ESPAGNE
AMPHÉTAMINE	2 %	1 %		
ECSTASY	3%	1 %		

Ces produits passent la barrière placentaire.

RISQUES INDUITS PAR LA CONSOMMATION PENDANT LA GROSSESSE

	amphétamines	cocaïne
Conséquences maternelles	Effet anorexigène, excitation, insomnies, troubles thymiques (dépression), troubles anxieux et phobiques, bouffées délirantes aiguës. <u>Produit vasoconstricteur et hypertenseur</u> - hypercontractilité utérine : fausse couche spontanée, rupture prématurée des membranes - vasoconstriction : hypoperfusion placentaire : pré éclampsie, hématome rétro placentaire (surtout avec cocaïne) , - poussées hypertensives : infarctus du myocarde, troubles du rythme cardiaque, accident vasculaire cérébral, oedème aigu du poumon	troubles psychiatriques : 50% chez l'usager chronique, possible en usage ponctuel : agressivité, paranoïa, impulsivité, mégalomanie, passage à l'acte,...
Conséquences sur le fœtus	Effets tératogènes : atrésie des voies biliaires, cardiopathies, fentes labiales et palatines	Microcéphalies Des effets tératogènes ont été décrits par effet vasoconstricteur
	Prématurité, retard de croissance in utéro	
Conséquences sur le nouveau-né	- Risque de syndrome de sevrage à la naissance - malformations citées ci-dessus	- Symptômes d'imprégnation: irritabilité et hyperexcitabilité, suivies de léthargie et hypotonie
	prises chroniques : entérocolites ulcéro-nécrosantes, hypertension artérielle transitoire, choc cardiogénique, accident vasculaire cérébral	

Validation : 06 novembre 2008

EVALUATION DE LA CONSOMMATION

	Amphétamines	Cocaïne
Mode de consommation	Comprimés ingérés, pilés puis sniffés, exceptionnellement injectés comme produit de coupage	Sniffée, injectée, fumée Crack fumé uniquement
Quantité	Les conséquences de la consommation ne peuvent être estimées par la quantité absorbée du fait du coupage des produits	
Fréquence	Renseigne sur le degré de dépendance et sur les stratégies thérapeutiques Une prise unique peut entraîner des complications foeto-maternelles	
Association à d'autres produits	De plus en plus fréquente : alcool, tabac, opiacés, cannabis, et médicaments psychotropes	
Examens complémentaires	Recherche de toxiques possible : urines, sang, cheveux, méconium (attention aux limites de ces examens)	

PRISE EN CHARGE

CONSOMMATION	Pas de substitution médicamenteuse existante Traitement : sevrage , au mieux au sein de la maternité Prise en charge addictologique, des coaddictions et des comorbidités psychiatriques dans un centre spécialisé ou en libéral
GROSSESSE	Proposer l'entretien prénatal précoce pour évaluer la situation globale Suivi de grossesse à risques *A2 Echographies par un spécialiste en médecine foetale mensuelles ou tous les 15 jours si retard de croissance Sage-femme à domicile monitoring 1 fois par semaine, accompagnement médico-social (PMI), préparation à la naissance Contrôler les sérologies en fonction du mode de consommation, Consultation anténatale avec le pédiatre recommandée Choix du lieu d'accouchement en fonction des complications attendues, préparation de l'hospitalisation et anticipation de la sortie Dans les situations où le placement de l'enfant est envisagé : anticipation d'une information au procureur
NOUVEAU NE	Présence du pédiatre en salle de naissance pour évaluation et recherche de malformations En fonction de la clinique : sérologies, échographie transfontannellaire et électro encéphalogramme dans les 15 premiers jours Surveillance du comportement en suites de couches (syndrome de sevrage ou syndrome d'imprégnation), utilisation possible du score (finnegan ou Lipsitz) pour évaluation mais pas d'indication de traitement opiacé. Soins de nursing si possible par les parents
SUITES DE COUCHES	Temps essentiel pour évaluation et soutien à la parentalité : pas moins de 7 jours en chambre particulière et avec participation aux soins des parents ++ Eviter la séparation parents/enfants
ALLAITEMENT	Contre indication formelle à l'allaitement maternel si maintien de la consommation
CONTRACEPTION	À proposer, implant ++
SORTIE	Organiser la sortie en concertation pluridisciplinaire Soutien familial : PMI, travailleuse familiale, sage-femme libérale Visite postnatale Orientation possible vers des pédopsychiatres de liaison et vers le Centre d'Aide Médico-Socio Pédagogique Programmer avec la patiente les rendez-vous avant la sortie
SUIVI POST NATAL	Suivi en addictologie pour l'aide au maintien de l'abstinence Etre vigilant au risque de dépression du post partum et à la période d'autonomisation de l'enfant

*A2 : avis gynéco nécessaire + avis autre spécialiste (HAS 2007 : suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées)

Validation : 06 novembre 2008

FICHE TECHNIQUE

CONSOMMATION DE CANNABIS PENDANT LA GROSSESSE

POURQUOI L'ABORDER ?

4 % des femmes entre 18 et 24 ans fument au moins 10 joints par mois*
1,2% des accouchées a déclaré en 2010 avoir fumé du cannabis pendant la grossesse**

- Un joint de cannabis contient habituellement du tabac et expose aux risques de dépendance à la nicotine et à la toxicité de la fumée du tabac (teneur en nicotine d'1 joint = 2 à 3 cigarettes*).
- Le tétrahydrocannabinol (THC) franchit la barrière placentaire. Il est lipophile. Sa concentration sanguine fœtale est égale à celle de la mère. Il se fixe sur le cerveau du fœtus.
- Les données les plus récentes rapportent une possible atteinte de la croissance du fœtus, du développement de son cerveau et des répercussions sur le développement de l'enfant dans son ensemble (troubles du sommeil, de la concentration des apprentissages, du comportement...). Ces conséquences seraient doses dépendantes et sont probablement aggravées par l'exposition à l'alcool et au tabac.
- Le suivi attentif de l'enfant exposé permet un dépistage précoce de ces troubles orientant vers une prise en charge adaptée et favorise ainsi l'évolution de son développement.

(Sources : *Baromètre santé 2010, **Enquête Périnatale 2010, ***WuTC 2008)

COMMENT L'ABORDER ?

« Avez-vous déjà fumé du cannabis ? Et depuis que vous êtes enceinte ? Dans quelles occasions ? »
Recentrer sur la grossesse : « Que savez-vous des effets du cannabis sur la grossesse ? »

EVALUER LA SITUATION GLOBALE

Eléments à rechercher	Situation simple	Eléments péjoratifs
Consommation	Faible ou irrégulière avec moins de 10 joints/mois	Quotidienne ou irrégulière avec plus de 10 joints/mois
Mode de consommation	Contexte de convivialité	Visée anxiolytique Utilisation de pipe à eau, bang
Antécédents d'arrêt	Réussites d'arrêt précédents ou arrêt depuis la grossesse connue	Echec lors de tentatives d'arrêt avant ou depuis la grossesse
Taux de CO	Faible et cohérent par rapport à la consommation déclarée	Elevé par rapport au nombre déclaré de joints fumés
Problèmes psychologiques ou sociaux	Absents ou modérés	Importants
Contexte obstétrical	Découverte précoce de la grossesse, suivi régulier	Découverte tardive de la grossesse, suivi irrégulier
Consommations associées	Absence ou tabac exclusif	Alcool, médicaments ou autres drogues

QUELLES RÉPONSES APPORTER ?

1. INFORMER

Donner information contenue dans la partie « pourquoi l'aborder ».

Présenter le positif de l'arrêt : croissance bébé, cerveau préservé, bienfaits de l'allaitement pour l'enfant et la mère.

Validation : 12 septembre 2008, mis à jour le 12 janvier 2012

2. CONSEILLER ET ORIENTER SI NECESSAIRE

« En tant que professionnel de santé, et dans l'état actuel des connaissances, je vous conseille d'arrêter toute consommation de cannabis, de tabac, d'alcool et d'autres drogues pendant la grossesse.

La brochure [Guide d'aide à l'arrêt du cannabis](#) de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé est téléchargeable sur son site : <http://www.inpes-sante.fr> »

	Si Consommation arrêtée	Si Consommation poursuivie
Attitude du consultant	Féliciter	Orientation addictologie, tabacologue, psychologue ou psychiatre pour faire le point surtout si le cannabis est utilisé comme anxiolytique ou somnifère
Suivi des consommations	Suivi du maintien de l'arrêt : poser la question à chaque consultation : « <i>vous en êtes où avec le cannabis?</i> » Mesurer le CO	Revoir 15 jours après Mesurer le CO à chaque consultation : « <i>on en reparle la prochaine fois</i> » Contacter le médecin généraliste si accord patiente
Traitements	Aucun	Thérapie de soutien Traitement médicamenteux possible (nicotinique et/ou anxiolytique). « <i>la décision vous appartient</i> »
Suivi de grossesse	A* (faible niveau de risque) par sage-femme, gynéco ou médecin généraliste. Penser à l'Entretien Périnatal Précoce pour évaluer la situation globale.	A1** : Intérêt d'une coordination globale par un référent. Surveillance échographique habituelle. Suivi sage-femme à domicile (PMI de préférence ou libérale) Consultation anténatale avec un pédiatre à demander le plus tôt possible pour expliquer retentissement sur l'enfant, l'importance suivi du bébé et discuter de l'allaitement
Accouchement	Niveau 1. 2. 3	
Suites de couches	Pas d'hospitalisation systématique en néonatalogie Surveiller comportement (irritabilité), nursing par la mère	
Allaitement	Projet à favoriser	A discuter au cas par cas. Si projet d'allaitement, l'abstinence est à soutenir
Organisation de la sortie	Conseiller un suivi de l'enfant par médecin formé au dépistage des troubles du développement si consommation >10 joints/mois en début de grossesse	Penser contraception type DIU ou implant Organiser suivi de l'enfant par médecin formé au dépistage des troubles du développement Proposer un soutien par puéricultrice de PMI ou par sage-femme libérale
Conseil prochaine grossesse	Zéro cannabis si désir de grossesse	

A* : selon le choix de la femme suivi régulier sage-femme ou médecin généraliste ou gynéco

A1** : avis gynéco ou autre spécialiste conseillé

(HAS 2007 : suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées)

Validation : 12 septembre 2008, mis à jour le 12 janvier 2012

FICHE TECHNIQUE

CONSOMMATION D'OPIACÉS PENDANT LA GROSSESSE

RAPPEL

Les opiacés sont représentés par les substances suivantes : héroïne, sulfate de morphine (Moscontin®, Skénan®,...), dérivés codéinés (Néocodion®, Codoliprane®...), antalgiques (Di-antalvic®...) et traitements de substitution (méthadone, buprénorphine (Subutex®) avec sa possibilité de mésusage.

Les opiacés ne sont pas tératogènes. Les grossesses sont à très hauts risques même en cas de traitement de substitution et de prise en charge optimale : Taux d'accouchement prématuré (15%), d'hypotrophie (30%), de souffrance fœtale aiguë pendant l'accouchement (25%), de césariennes (30 %), de syndrome de sevrage du nouveau-né (78%)

COMMENT ÉVALUER LES CONSOMMATIONS ?

- **Demander si les prises sont** occasionnelles, quotidiennes ou pluriquotidiennes.
- **Si elle prend un traitement** : qui le prescrit ? Qui le délivre ?
- **Mode de consommation** : per os ou sub lingual, sniffé, injecté ? (prendre tension aux 2 bras pour rechercher traces d'injection)
- **3 situations à risques croissants** :
 - Un ou 2 snif en début de grossesse puis arrêt
 - Traitement de substitution prescrit bien équilibré
 - Héroïne pendant la grossesse ou mésusage = buprénorphine sniffée ou injectée ou association avec alcool, cocaïne, benzodiazépines...

ÉVALUER LA SITUATION GLOBALE

	<i>Éléments favorables</i>	<i>Éléments inquiétants</i>
Consommation	Traitement prescrit	Héroïne ou médicaments opiacés et dérivés sans prescription
Mode de consommation	buprénorphine sublinguale ou méthadone per os Traitement pris en 1 ou 2 fois / j	Héroïne ou médicaments sniffés ou injectés Prises anarchiques de traitement
Conjoint	Non consommateur ou substitué, au courant de la dépendance de la mère	Consommateur, au courant ou non de la dépendance de la mère
Suivi médical	Assidu, problèmes dentaires ou hépatites suivis ou traités	Pas à jour, mauvais état de santé
Contexte obstétrical	Découverte précoce de la grossesse, suivi régulier	Découverte tardive, suivi irrégulier ou absent
Problèmes psychologiques ou sociaux	Absents ou modérés	Présents
Consommations associées	Absence ou tabac exclusif	Alcool, cocaïne, benzodiazépines, autres drogues

QUELLES REPONSES APPORTER ?

« Le sevrage brutal d'opiacé au cours de la grossesse fragilise le fœtus et peut entraîner son décès. » « La substitution par méthadone ou Subutex® réduit les risques pour la grossesse et améliore la prise en charge de l'enfant » « Votre grossesse est une grossesse à risque qui nécessite une prise en charge spécialisée en lien avec les professionnels qui vous entourent »

QUE FAIRE ?

Validation : 12 mars 2009, mis à jour octobre 2009

	Arrêt des consommations	Buprénorphine ou méthadone bien équilibrée	Héroïne ou mésusage d'un traitement de substitution
Attitude du consultant	<p>Féliciter d'avoir pu en parler. Rassurer. Etre discret par rapport à l'entourage. Evaluer les consommations à chaque consultation</p>		
Collaboration avec les addictologues	<p>A* : selon le choix de la femme suivi régulier sage-femme ou médecin généraliste ou gynéco A1** : avis gynéco ou autre spécialiste conseillé (HAS 2007 : suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées)</p>	<p>Demander un courrier au médecin prescripteur précisant le traitement de la patiente et l'associer au suivi</p>	<p>Proposer une hospitalisation en maternité si possible pour initialiser ou équilibrer un traitement en lien avec un addictologue</p>
Suivi de grossesse	A1*	<p>A2** + Echo mensuelle pour biométries et col utérin 28SA : monitoring fœtal tous les 15j à domicile</p>	<p>A2** + écho col + biométries, dopplers tous les 15 jours 28 SA : monitoring fœtal hebdomadaire à domicile</p>
Travail en réseau	<p>Proposer entretien prénatal précoce pour évaluer situation globale Préparation à la naissance et suivi à domicile par sage-femme de proximité libérale ou PMI Soutien pédopsychiatrique au cas par cas pendant la grossesse et après l'accouchement Anticiper le retour au domicile et évaluer les conditions d'accueil de l'enfant</p>		
		<p>Cs anténatale avec un pédiatre entre 26 et 34 SA Visite de la maternité (salle de naissance, suites de couches, néonatalogie...) Consultation d'anesthésie (attention Nubain®) Intérêt d'un référent pour la coordination du suivi global</p>	
Hospitalisations		<p>Contacter le médecin prescripteur (le dire à la patiente) Commande du traitement de substitution et administration par la sage-femme ou l'infirmière</p>	
Quand et pourquoi rechercher les toxiques ?	<p>Dans le bilan étiologique de MAP, HRP, MFIU (recherche dans les urines : opiacés, cocaïne, amphétamines, benzodiazépines) A l'accouchement recherche dans les urines maternelles et/ou dans le méconium pour adapter la prise en charge de l'enfant, en informer la mère</p>		
Accouchement	Niveau 1, 2, 3	<p>Niveau 2, 3 conseillé Faire AgHbs, Ac anti HVC, Ac anti HIV si injection ou pas de résultats récents Informé de la naissance les intervenants libéraux et PMI</p>	
Suites de couches	Pas d'hospitalisation du bébé	<p>Communiquer avec les mères : être attentif à l'expression de leurs émotions, les soutenir dans l'épreuve que représente le sevrage de leur enfant Examen attentif de l'enfant (risque SAF si alcool en début de grossesse) Surveillance du bébé par score de Finnegan en maternité ou en pédiatrie (à faire devant la mère) Organiser rencontre mère-puéricultrice de PMI avant la sortie</p>	
Allaitement	favorisé	favorisé	contre indication à discuter
Suivi de l'enfant	Suivi habituel	<p>Enfant vulnérable, suivi spécifique de nouveau-né à risque dans le Réseau d'Aval. Suivi puéricultrice de PMI</p>	
Contraception		<p>Proposer la pose d'Implanon® en suites de couches avant la sortie</p>	

*A1: avis gynéco ou autre spécialiste conseillé - **A2 : avis gynéco nécessaire + avis autres spécialiste (HAS 2007 : suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées)

Validation : 12 mars 2009, mis à jour octobre 2009

FICHE TECHNIQUE

TABAC ET GROSSESSE

POURQUOI L'ABORDER ?

- Fréquence : 1 femme sur 3 fume en début de grossesse et 1 sur 5 fume encore au 3^{ème} trimestre
- Conséquences liées à la toxicité de la fumée de cigarette et à l'hypoxémie placentaire :
 - **Obstétricales** : Grossesse extra-utérine, fausse couche spontanée, hématome rétro-placentaire et placenta bas inséré, accouchement prématuré et/ou rupture précoce des membranes,
 - **Fœtales** : retard de croissance intra utérine, augmentation de la mortalité périnatale, malformations (cardiaques, fentes palatines...) **augmentation des altérations du rythme cardiaque fœtal notamment pendant l'accouchement.**
 - **Pédiatriques** : agitation, colique et régurgitations, infections ORL, bronchiolites, mort subite du nourrisson,...
- Les pics de nicotine inhalée altèrent le développement cérébral et pourraient induire ultérieurement des retards de maturation intellectuelle et des troubles psycho-comportementaux.
- L'arrêt de la consommation est bénéfique pour l'enfant comme pour la grossesse quelque soit le moment.
- Le taux de CO expiré reflète l'hypoxémie fœtale, et se normalise 24 heures après l'arrêt de la cigarette.
- La teneur en nicotine de la fumée des cigarettes roulées = 2 cigarettes manufacturées. .

COMMENT L'ABORDER ?

"Avez-vous déjà fumé ? » Si oui, « Avez-vous modifié votre consommation depuis l'annonce de votre grossesse ? »

Situations possibles : arrêt, diminution ou consommation inchangée

- ▲ Penser à rechercher les consommations associées (alcool, cannabis, médicaments...)

EVALUER LA CONSOMMATION

A l'aide du test de Fagerström simplifié :

DEPENDANCE PHYSIQUE si score > 2

Combien de cigarettes fumez-vous ?	Quel est le délai entre votre réveil et la prise de votre 1 ^{ère} cigarette ?
≤ 10 cig/jour = 0	> 60 minutes = 0
11 - 20 cig/jour = 1	31 à 60 minutes = 1
21 - 30 cig/jour = 2	6 à 30 minutes = 2
≥ 31 cig/j = 3	≤ 5 minutes = 3

PAR LA MESURE DU CO EXPIRÉ

CO < 5 ppm	absence de tabagisme dans les 24h, oxygénation fœtale normale
CO de 5 à 10 ppm	Tabagisme actif ou passif (TP)+, risque d'hypoxie fœtale, impact sur le rythme cardiaque fœtal (RCF)
CO de 11 à 19 ppm	Tabagisme actif et/ou TP++, risque important d'hypoxie fœtale et retard de croissance intra-utérin, augmentation du risque de RCF anormal
CO ≥ à 20 ppm	Tabagisme, risque d'hypoxie fœtale très important, majoration des risques de retard de croissance et de RCF anormal.

QUELLES RÉPONSES APPORTER ?

Garder une attitude chaleureuse, bienveillante, professionnelle, non culpabilisante

Validation : 13 mars 2009

Avant l'accouchement à chaque consultation	Consommation arrêtée	Consommation à l'identique ou modifiée ou reprise
Encourager et informer	Féliciter, encourager, renforcer le positif (l'oxygénation fœtale se normalise 24h après l'arrêt du tabac), souligner tous les efforts... Informers sur les risques du tabagisme (actif ou passif) Donner une brochure en cas d'environnement fumeur par exemple « grossesse et tabac » Informers de l'existence de consultation de tabacologie de proximité	
Suivre les consommations	Rechercher les signes de manque : irritabilité, insomnie, anxiété, dépression, envie de fumer... Si oui : Orienter vers le tabacologue Mesurer le CO est recommandé	Evaluer la consommation : Fagerström simplifié Mesurer le CO à chaque consultation Orienter vers addictologue, tabacologue ou psychiatre Revoir 15 jours après
Traiter la dépendance		Si dépendance forte = Fagerström simplifié > 2 proposer un traitement par substituts nicotiques (TSN), un soutien psychologique ou une approche cognitivo-comportementale
Prendre en charge les co-morbidités	En fonction de la nature des co-addictions (alcool, cannabis, médicaments...), des co-morbidités (anxiété, dépression,...) et du contexte social	
Suivre la grossesse (HAS 2007)	Suivi A = faible niveau de risque Suivi par une sage-femme, un gynécologue ou un médecin généraliste.	Suivi A1 = avis gynéco ou autre spécialiste conseillé (addictologue, tabacologue ou psychiatre) Suivi sage-femme à domicile (PMI de préférence ou libérale) Avis dentaire (prévention maladies parodontales)
Accouchement	Mesurer le CO	Evaluer la consommation et la dépendance : Fagerström simplifié, mesurer le CO Mettre en place un TSN dès le début du travail ou avant une césarienne afin de limiter les effets sur le rythme cardiaque fœtal
Allaitement	Encourager au maintien de l'arrêt tabac après l'accouchement pour favoriser la lactation Prévenir des risques du tabagisme passif.	Bromocriptine déconseillée Conseiller l'allaitement : Si dépendance < 2 : s'abstenir de fumer au moment de la tétée Si dépendance > 2 Proposer un TSN, un soutien psychologique ou une approche cognitivo-comportementale. Si TSN : préférer les formes orales après la tétée
Post partum	Encourager et motiver au maintien de l'abstinence au cours de la consultation postnatale. Faire le lien avec le médecin traitant	Prévoir une consultation de tabacologie en post-partum Lien avec le médecin traitant
Suivi de l'enfant	Le pédiatre, la sage-femme informeront des risques du tabagisme environnemental Pas de co-sleeping	
Contraception		Précautions relatives à la poursuite du tabagisme

Validation : 13 mars 2009

FICHE TECHNIQUE

GROSSESSE ET MEDICAMENTS PSYCHOTROPES

Cette fiche concerne le suivi des femmes enceintes qui **ont pris, prennent ou auraient à prendre des médicaments psychotropes.**

Peu de molécules parmi les psychotropes sont tératogènes, mais le recul est encore insuffisant pour les molécules les plus récentes.

Les thymorégulateurs tels que l'acide valproïque (Dépakote®, Dépamide®), la carbamazépine (Tégretol®,...), le lithium (Téralithe®) sont des médicaments dont le risque tératogène est bien identifié. L'acide folique (Speciafoldine®, 5 à 10 mg/j) a une efficacité démontrée (mais non absolue) pour la prévention des anomalies du tube neural, à condition d'être administré au cours des 3 mois précédant la conception et pendant le 1^{er} trimestre.

En revanche tous les psychotropes sont susceptibles d'entraîner des effets foetotoxiques et des manifestations néonatales :

- (1) **des effets liés aux syndromes d'imprégnation**
- (2) **des effets liés à l'arrêt de l'exposition aux médicaments (syndromes de manque)**

Ces manifestations sont variables en nature, en intensité et en fréquence selon le type de molécule, sa demi-vie, ses métabolites, la posologie maternelle, l'association à d'autres molécules, la durée du traitement au cours du 3^{ème} trimestre de la grossesse.

Les psychotropes compatibles avec la grossesse ne le sont pas forcément avec l'allaitement et inversement. Il est donc essentiel **d'aborder la question de l'allaitement pendant la grossesse** (avant le 3^{ème} trimestre dans l'idéal si un changement éventuel de thérapeutique est envisageable).

Attention : Les patientes ayant un antécédent psychologique ou psychiatrique présentent un risque accru de fragilisation pendant la grossesse dont elles doivent être informées.

POURQUOI ABORDER LA CONSOMMATION DE MEDICAMENTS PSYCHOTROPES AVEC LES FEMMES ENCEINTES ?

1. Répondre aux préoccupations de la patiente et de son entourage (conjoint, parents, professionnels de santé) pas toujours au fait des conséquences des psychotropes sur la grossesse, le nouveau-né, l'allaitement.
2. **Éviter une modification intempestive voire un arrêt du traitement.**
3. Dépister les éventuelles malformations inhérentes aux prises de médicaments périconceptionnelles et lors de la grossesse.
4. Pouvoir anticiper auprès des parents la nécessité d'une articulation pluridisciplinaire afin :
 - (3) **-d'améliorer la prise en charge des mères pendant la grossesse ou après,**
 - (4) **-de préparer l'accueil de l'enfant, sa prise en charge et son suivi,**
 - (5) **-d'adapter le traitement au cours des dernières semaines de la grossesse**

QUAND L'ABORDER ?

5. À chaque consultation prénatale.
6. Au mieux en antéconceptionnel ou dès la première consultation et de toute façon lors de l'entretien prénatal précoce.
7. Lors de chaque prescription de médicaments psychotropes.

Validation : 13 octobre 2009

COMMENT L'ABORDER?

8. Préciser les signes de souffrance psychologique : *Comment vous sentez-vous ? Comment dormez-vous ? Est-ce que cela vous est arrivé dans votre vie de prendre un tranquillisant ou un somnifère ? Qui vous l'a proposé en premier ? Qui vous l'a prescrit ? Depuis quand ?...*
9. Recentrer sur la grossesse : *« Qui suit votre grossesse ? » « Que vous a-t-on dit des effets des médicaments sur la grossesse ? » « Avec quels professionnels en avez-vous parlé ? »...*

ÉVALUER LA SITUATION GLOBALE ?

Dès qu'un élément inquiétant est présent, la situation globale est à considérer comme à risque et doit faire renforcer la concertation entre tous les acteurs concernés.

La présence d'éléments rassurants n'exclue pas une décompensation brutale nécessitant une activation rapide du réseau.

	Éléments rassurants	Éléments inquiétants
Mode de prise des médicaments	Traitement prescrit Bonne observance du traitement Prescription actuelle avec concertation pluridisciplinaire	Automédication Prises compulsives ou abus Prescription sans concertation pluridisciplinaire Arrêt du traitement toute seule Prise de médicaments tératogènes
Suivi psychiatre, psychologue ou psychothérapeute	Actuel	Inexistant Hospitalisation en psychiatrie récente ou pendant la grossesse Tentative de suicide récente
Réseau de professionnels	Existant et reliés	Inexistant ou cloisonné
Problèmes sociaux ou familiaux	Absents ou modérés Existence d'un référent	Importants Suivi morcelé
Contexte obstétrical	Découverte précoce de la grossesse Suivi régulier Pas de complication obstétricale	ATCD obstétricaux sévères Déni ou découverte tardive de la grossesse Suivi irrégulier Complications obstétricales
Consommations associées	Absence ou tabac exclusif	Alcool, cannabis ou autres drogues

Validation : 13 octobre 2009

QUELLES REPONSES APPORTER LORS DU SUIVI DE LA GROSSESSE ?

	Si arrêt du traitement <i>Surveiller risque de décompensation</i>	Si traitement poursuivi ou introduit
Consultation pour un projet de grossesse	Consultation antéconceptionnelle si poursuite d'un psychotrope Aviser le médecin prescripteur si désir de grossesse ou arrêt contraception <i>Rester vigilant dans tous les cas</i>	
Attitude du consultant de la grossesse	A-t-elle arrêté toute seule? en accord avec son médecin prescripteur? Avis pharmacovigilance sur tératogénicité et conduite à tenir	Avis pharmacovigilance sur tératogénicité et choix des traitements les moins risqués pendant la grossesse et l'allaitement Ne pas parler d'IMG ou d'IVG
Lien avec le prescripteur du traitement psychotrope	Contacteur le médecin prescripteur (psychiatre ou médecin généraliste) pour avis sur l'indication de l'arrêt en informant la patiente	Ne pas arrêter les médicaments sans l'accord du médecin Proposer une réévaluation par un psychiatre Contacter le prescripteur en informant la patiente pour une attitude concertée
Suivi de grossesse	<p>A1* = consultation(s) gynéco-obstétricien si suivi sage-femme ou médecin généraliste Revoir pour déterminer et adapter le type et le rythme du suivi Importance de l'Entretien Prénatal Précoce pour évaluer la situation globale Préparation à la naissance +++ individuelle ou collective Prescrire suivi complémentaire par sage-femme PMI, libérale (binôme souhaitable) Possibilité d'une hospitalisation courte et programmée en maternité</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> Consultation ou avis de l'équipe pédiatrique du lieu d'accouchement pour répondre aux questions suivantes: présence pédiatre en salle de naissance? hospitalisation du nouveau-né? Allaitement ? Synthèse à noter dans le dossier </div> <p>Préparer transmissions pour les équipes de la salle d'accouchement, des suites de couches et de pédiatrie avec les parents Anticiper une éventuelle décompensation : définir qui appeler en urgence</p>	
Echographies	Echographie(s) avec un référent si médicament tératogène ou prise de toxiques	
Travailleurs médico-sociaux	Au cas par cas en fonction de la situation globale via assistante sociale de la maternité et/ou professionnels PMI en accord avec la patiente	
Pédopsychiatre ou psychologue de maternité	Consultation non systématique, au cas par cas, au titre de l'enfant à naître Avis psy auprès des professionnels Travail intensif pendant les hospitalisations, soutien des équipes	
Accouchement	Niveau 1.2.3 en fonction de la situation globale	Niveau 1.2.3 en fonction de l'avis pédiatrique et de la situation globale
Allaitement	Favorisé, attention si prévision reprise de traitement	A discuter au début 3ème trimestre avec les médecins de la pharmacovigilance et les pédiatres
Nouveau-né	Hospitalisation en néonatalogie si besoin	Hospitalisation en néonatalogie en fonction de l'avis pédiatrique
Suites de couches	Prévenir les professionnels référents de la patiente dont le psychiatre Soutien des relations précoces	
Préparation de la sortie	A organiser pendant la grossesse ou dès l'accouchement : prendre les rendez-vous Soutien +++ pendant les mois suivants avec le réseau de proximité (médicosocial, médecin traitant, psychiatre traitant, sage-femme, aide-ménagère...)	
Suivi de l'enfant	Pédiatre ou médecin formé au suivi du développement de l'enfant Suivi par puéricultrice de PMI recommandé	
Suivi post partum de la mère	Prescriptions par le médecin d'un suivi post partum à domicile par une sage-femme, Vigilance lors de la visite postnatale, rééducation périnéale par sage-femme à conseiller Contraception à la prescription de certains traitements	

A1*: avis gynéco ou autre spécialiste conseillé (HAS 2007 : suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées)

Validation : 13 octobre 2009

QUELLES REPONSES APPORTER DE LA PLACE DU PRESCRIPTEUR ?

Prescription d'un médicament psychotrope	Discuter systématiquement de l'éventualité d'une grossesse lors d'une primo prescription ou de toute demande d'arrêt du traitement chez les patientes en âge de procréer : préférer certains psychotropes si projet de grossesse dans l'année à venir.
Annonce d'une grossesse lors d'un suivi « psy »	S'enquérir auprès de la patiente si gynécologue+/-obstétricien (GO); sage-femme (SF) ou médecin généraliste (MG) est au courant du suivi psy en lui faisant préciser si elle a abordé la question du traitement Expliquer au couple l'intérêt des liens entre professionnels (GO, SF, MG, pédiatre...) au titre du suivi médical de la grossesse
Suivi psy stabilisé	Lien avec GO, SF, MG en début de grossesse puis sur signe(s) d'appel maternel(s) jusqu'aux 6 mois de l'enfant Orientation pédopsychiatre ou psychologue de maternité si nécessaire, au titre des angoisses de la grossesse et non de la psychopathologie
Hospitalisation pendant la grossesse ou en post partum pour décompensation « psy » (anxiété...)	Discuter de la nécessité d'une hospitalisation en maternité ou en psychiatrie en fonction de l'état de la patiente et des facteurs déclenchant retrouvés <ol style="list-style-type: none"> 1. Si hospitalisation en maternité, avis psychiatrique et soutien des équipes, orientation pédopsychiatre si besoin 2. Si hospitalisation en psychiatrie, maintenir au maximum le suivi de grossesse (obstétrical, préparation à la naissance, visite maternité) et la place du MG Anticiper le projet de sortie avec tous les partenaires et programmer les rendez-vous des premiers mois : définir un référent garant du suivi global
Suivi « psy » non stabilisé	Bilan psy en urgence - Voir fiche spécifique Bilan obstétrical si non fait
Consultation pour demande d'interruption de grossesse pour prise de psychotropes	Si demande d'interruption de grossesse : pas de décision précipitée et avis Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal Consultation voire hospitalisation en urgence et ne pas hésiter à réintroduire le traitement Personnaliser la prise de RDV avec le GO et/ou SF qui va permettre <ul style="list-style-type: none"> - de rassurer sur l'effet des traitements avec avis pharmacovigilance en urgence - d'organiser une rencontre avec un pédiatre - d'évaluer l'indication d'une orientation pédopsychiatrique ou psychologue de maternité
Prise de benzodiazépines	Préférer benzo à demi-vie courte (Seresta®) à posologie la plus basse possible. Si forte dépendance : avis de médecin addicto Si sevrage ambulatoire : très progressif et avec suivi médical rapproché Hospitalisation si nécessité de sevrage rapide ou mauvaise tolérance

REMARQUES :

Le temps de coordination est primordial : il fait partie intégrante de la prise en charge.

Le professionnel référent est celui qui est choisi par la patiente ; elle lui confie à la fois sa grossesse et sa fragilité psychologique. C'est celui qui peut activer la fonction de coordination dans le réseau de prise en charge. Il doit s'assurer de la continuité du suivi de l'anté au postnatal.

POUR PLUS D'INFORMATION

Lire le guide rédigé en 2007 : « grossesse et troubles psychiatriques, recommandation de bonnes pratiques »