

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*
2.1% des accouchées a déclaré en 2016 avoir fumé du cannabis pendant la grossesse**

- La **mesure du CO** effectuée après la consommation de cannabis donne des valeurs environ **5 fois supérieures à celles mesurées avec le tabac** ; 3 fois supérieures pour les goudrons. Cette différence s'explique par une bouffée plus volumineuse de 2/3, une aspiration plus profonde d'1/3 et un souffle retenu 4 fois plus longtemps lors de la consommation de cannabis.
- 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. (Sources : *Baromètre santé 2010, **Enquête Périnatale 2016, ***WuTC 2008)

COMMENT L'ABORDER

En face à face « *quelle est votre expérience du cannabis ? Et quelle est votre consommation actuelle depuis que vous êtes enceinte ? Dans quelles occasions ?* »

Avec l'Auto-questionnaire « *Vous arrive-t-il de consommer l'une de ces substances : cannabis, ecstasy, amphétamines, crack, LSD, cocaïne, héroïne ? Si oui, laquelle ou lesquelles ? En avez-vous consommé au cours du dernier mois ?* »

Recentrer sur la grossesse « *Que savez-vous des effets du cannabis sur la grossesse ?* »

EVALUER LA SITUATION GLOBALE

Eléments à rechercher	Mésusage simple	Eléments inquiétants
Consommation	Faible ou irrégulière < 10 joints / mois	Quotidienne, ou irrégulière > 10 joints par mois
Contexte de consommation	Contexte de convivialité	Seule Recherche de défonce d'anxiolytique
Mode de prise	Joints	Utilisation de pipe à eau, bang
Antécédents d'arrêt	Réussite d'arrêts 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	Elevée par rapport au nombre déclaré de joints fumés
Problèmes psychologiques ou sociaux	Absents ou non visibles	Importants
Contexte obstétrical	Découverte précoce de la grossesse et suivi régulier	Découverte tardive de la grossesse et /ou suivi irrégulier
Consommation associée	Absence ou tabac exclusif	Alcool, médicaments ou autres produits
Conjoint, coparent, entourage	Soutenant une démarche de changement des consommations	Banalise le produit ou ignorant l'addiction de la patiente

Et consommation associée de tabac : mesure du CO (cf. fiche tabac et grossesse)

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 REPONSES APPORTER ?

1. INFORMER

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

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

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.santepubliquefrance.fr>

Avant l'accouchement à chaque consultation	Si Consommation arrêtée en début de grossesse	Si Consommation poursuivie
Attitude du consultant	Féliciter. Informer sur les risques	Informer sur les risques
	Orientation vers addictologie en maternité de préférence: ELSA+ cs conjointe si possible	
Suivi des consommations	Suivi du maintien de l'arrêt : poser la question à chaque consultation : « vous en êtes où avec le cannabis ? Avec le tabac ? » Mesurer le CO.	Revoir 15 jours après par addictologue. Mesurer le CO à chaque consultation : « on en reparle la prochaine fois ».
	Contacter le médecin traitant ou professionnel ressource de la patiente avec son accord	
Traitements	Proposer thérapie de soutien. Proposer un traitement médicamenteux (nicotinique et anxiolytique). Proposer une rencontre avec diététicienne.	
Suivi de grossesse	Faible niveau de risque. *Suivi A = suivi par une sage-femme, un gynécologue ou un médecin généraliste. Consultation anténatale avec un pédiatre si la patiente pose des questions (si culpabilité et/ou consommation importante).	** Suivi A1= avis spécialiste conseillé (obstétricien, addictologue, tabacologue ou psychiatre) Intérêt d'une coordination globale par un référent ayant si possible un DIU addicto. en milieu obstétrical. Surveillance échographique habituel. Suivi sage-femme à domicile (PMI de préférence ou libérale) Présentation en staff MPS. 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, tremblement). Favoriser peau-à-peau et portage Pas de co-dodo (co-sleeping ou partage de lit parent-enfant). Proposer passage de l'ELSA.	
Allaitement	Projet à favoriser	A discuter au cas par cas. Si projet d'allaitement, soutenir l'abstinence. Prévenir des risques du tabagisme passif en particulier sur le risque de mort subite. Pas de co-sleeping ou co-dodo.
Organisation de la sortie	Conseiller un suivi de l'enfant par médecin formé au dépistage des troubles du développement si consommation en début de grossesse. Proposer un suivi par un addictologue et l'informer du dispositif de suivi addictologique en donnant les coordonnées.	Organiser suivi de l'enfant par médecin formé au dépistage des troubles du développement. Informé sur le risque mort inattendue si couchage partagé avec les parents (lit ou canapé) Proposer un soutien par puéricultrice de PMI et/ou par sage-femme libérale. Etre vigilant / risque dépression post partum Mettre en place ou poursuivre le suivi par un addictologue.
	Lien avec le médecin traitant avec accord de la patiente.	
Contraception	Penser contraception type DIU ou implant.	
Conseil prochaine grossesse	Zéro cannabis et zéro tabac si désir de grossesse	

* Suivi A : suivi de grossesse à bas risque, ** Suivi A1: l'avis d'un gynéco et/ou d'un autre spécialiste est conseillé (HAS 2007 : suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées)