



# cannabis et grossesse que proposer?

Dr Audrey Schmitt-Dischamp

21 ème journée scientifique MAT'AB

Lyon , 29 mars 2018



# Consommation de cannabis en France en 2014 (source OFDT)

Estimation du nombre de consommateurs de cannabis en France métropolitaine parmi les 11-75 ans\* en 2014



Expérimentateurs : personnes ayant consommé au moins une fois au cours de leur vie  
Actuels : consommateurs dans l'année  
Réguliers : au moins 10 consommations de cannabis dans le mois

# Epidemiology



## Cannabis use during pregnancy in France in 2010

- Contrairement à l'alcool et le tabac, les données dans la littérature concernant le cannabis et ses conséquences sur la grossesse sont insuffisantes
- Le pourcentage de femmes enceintes consommatrices de cannabis n'est pas connu
  - Résultats issus d'enquêtes déclaratives sur la consommation de cannabis chez les femmes enceintes en France
  - 8% consomment du cannabis en début de grossesse et 3% poursuivent au-delà du 1<sup>er</sup> trimestre

*Chassevent-Pajot A, Guillou-Landreat M, Grall-Bronnec Wainstein L, Philippe HJ, Lombrail P, et al. Etude de prévalence des conduites addictives chez les femmes enceintes dans une maternité universitaire. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2011;40:237–45.*

# Synthèse des connaissances sur le thème grossesse et cannabis en 2018







## Obstetric and Gynecology, MARS 2018

*Practice Issues*

# What Is New in Cannabis Use in Pregnancy?

*Best Articles From the Past Year*

*Torri D. Metz, MD, MS*

# Trends In Marijuana Use Among Pregnant and Nonpregnant Reproductive-Aged Women, 2002-2014

JAMA 2017

Qiana L. Brown, PhD, MPH, LCSW  
Aaron L. Sarvet, MPH  
Dvora Shmulewitz, PhD  
Silvia S. Martins, MD, PhD  
Melanie M. Wall, PhD  
Deborah S. Hasin, PhD

200 510 femmes âgées de 18-44 ans  
5,3% enceintes (= 10587)

Augmentation de la consommation de cannabis chez les femmes enceintes de 62% entre 2002 et 2014.

À savoir passage de 2,37% à 3,85%

Les tendances de consommation dans les 30 derniers jours augmentent de manière similaire dans les 2 groupes (enceintes et non enceintes) dans les pays où le cannabis est légalisé.



## RESEARCH LETTER

# Trends in Marijuana Use Among Pregnant and Nonpregnant Reproductive-Aged Women, 2002-2014

JAMA 2017

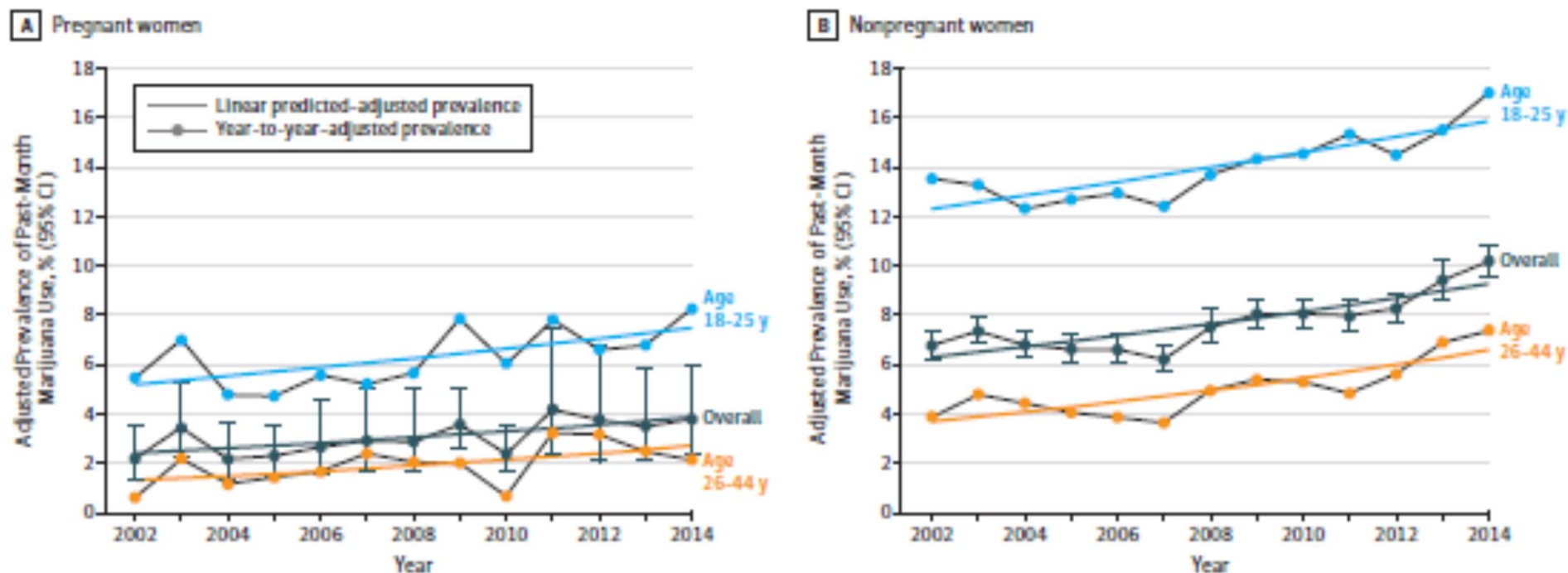
Table. Trends in Prevalence of Marijuana Use in Pregnant and Nonpregnant Women, 2002-2014<sup>a</sup>

Marijuana Use Among Women	Adjusted Prevalence, No. (%) [95% CI] <sup>b</sup>		Prevalence Ratio (95% CI) <sup>e</sup>	P Value for Difference in Prevalence Ratios <sup>f</sup>
	2002 (n = 15 284) <sup>c</sup>	2014 (n = 15 318) <sup>d</sup>		
Past month <sup>g</sup>				
Pregnant	40 (2.37) [1.85-3.04]	43 (3.85) [2.87-5.18]	1.62 (1.09-2.43)	.64
Nonpregnant	1531 (6.29) [6.02-6.57]	1673 (9.27) [8.90-9.65]	1.47 (1.38-1.58)	
Past year				
Pregnant	134 (8.64) [7.32-10.19]	115 (11.63) [9.78-13.82]	1.35 (1.05-1.72)	.73
Nonpregnant	2809 (12.37) [12.05-12.70]	2824 (15.93) [15.48-16.40]	1.29 (1.23-1.35)	

## RESEARCH LETTER

# Trends In Marijuana Use Among Pregnant and Nonpregnant Reproductive-Aged Women, 2002-2014

Figure. Year-to-Year Prevalence<sup>a</sup> of Past-Month Marijuana Use<sup>b</sup> Among Pregnant and Nonpregnant Women, Overall and by Age, 2002-2014<sup>c</sup>

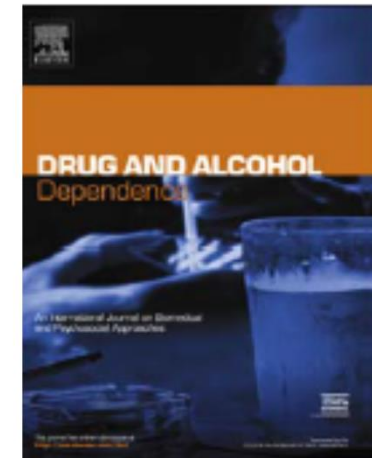


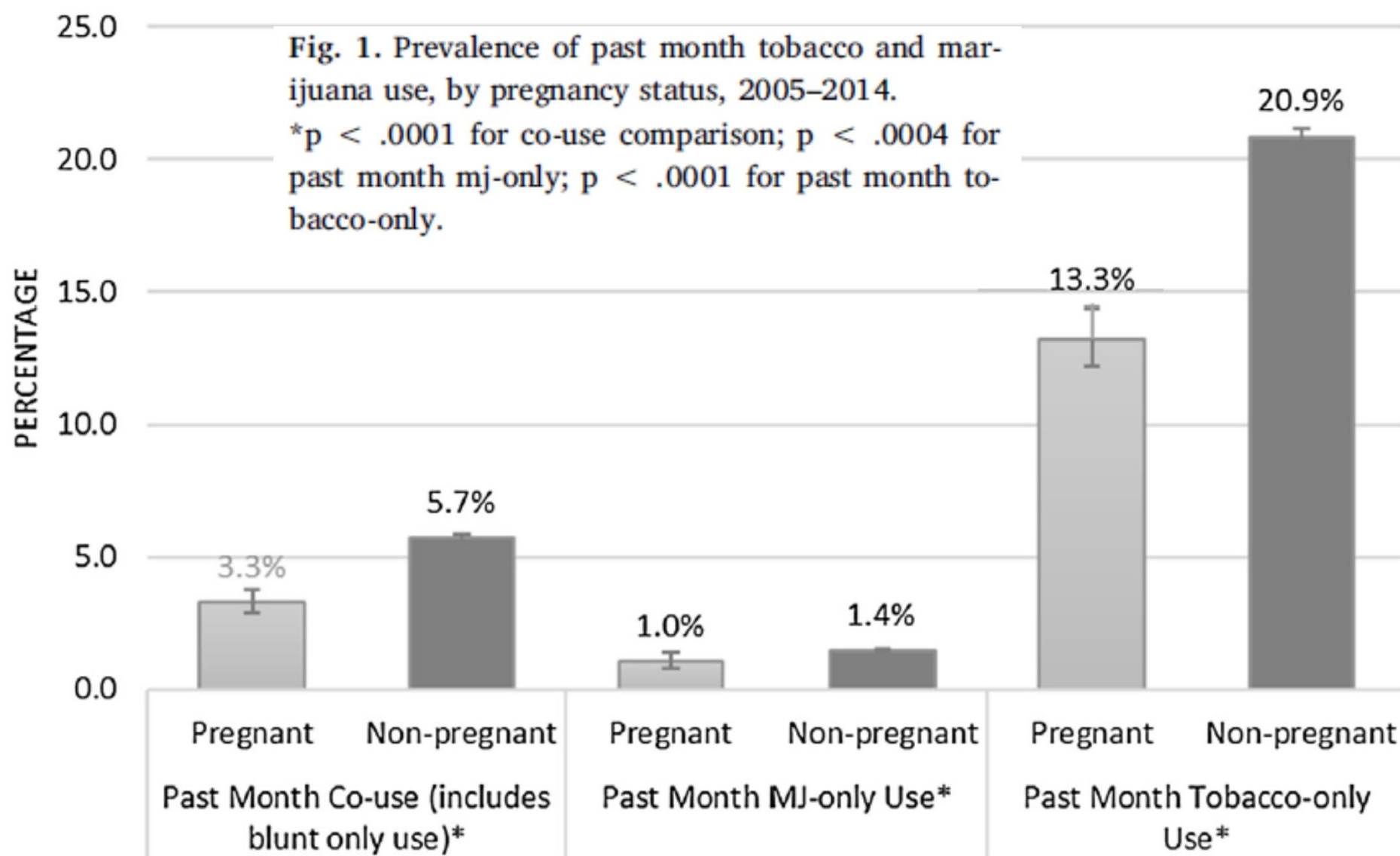
# Marijuana and tobacco co-use among a nationally representative sample of US pregnant and non-pregnant women: 2005–2014 National Survey on Drug Use and Health findings

Victoria H. Coleman-Cowger<sup>a,\*</sup>, Gillian L. Schauer<sup>b</sup>, Erica N. Peters<sup>a</sup>

Drug and Alcohol Dependence 177 (2017) 130–135

entre 2002 et 2014 augmentation  
de 62% de la consommation de  
cannabis chez les femmes  
enceintes





**Trends in perception of risk of regular marijuana use among US pregnant and nonpregnant reproductive-aged women**



**RESEARCH LETTER**

---

**Trends In Marijuana Use Among Pregnant and Nonpregnant Reproductive-Aged Women, 2002-2014**

American Journal of Obstetric and gynecology, décembre 2017



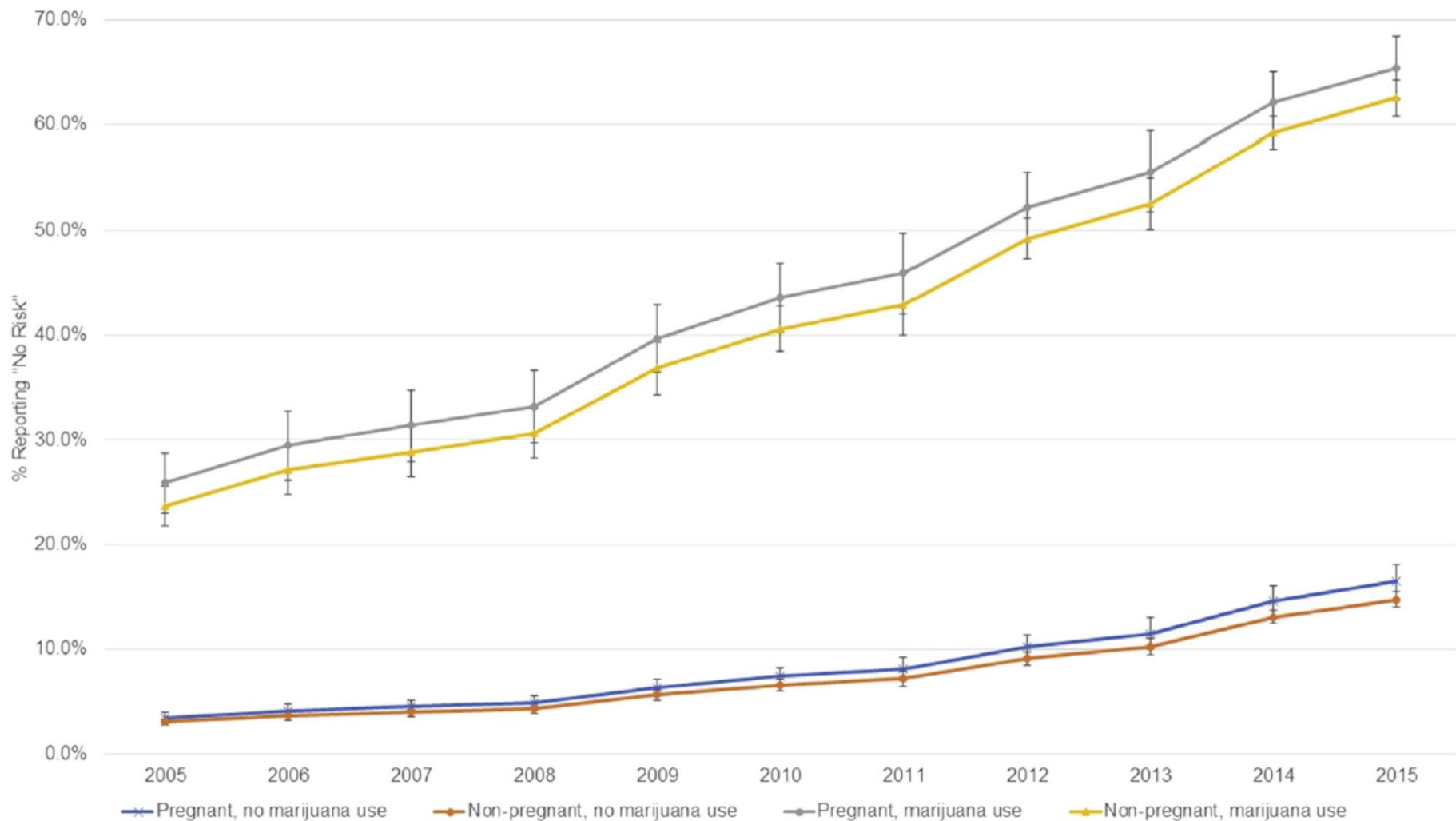
# Perception des risques liés au cannabis

- Perception d'absence de risques passant de **4,6 à 19%** entre 2005 et 2015 chez l'ensemble des femmes
- Pas consommatrices:
  - Enceintes: 3,5% à 16,5%
  - Pas enceintes: 3,1% à 14,8%
- Consommatrices
  - Enceintes: 25,8% à 65,4%
  - Pas enceintes: 23,7% à 62,6%



**FIGURE**

**Average predicted probability of reporting no risk of regular marijuana use**



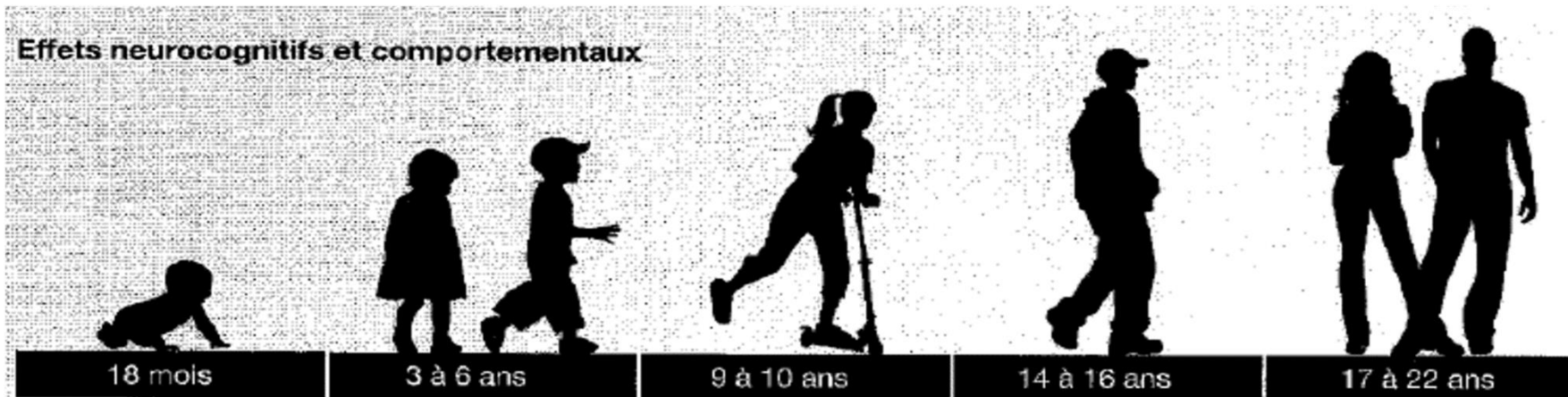
Pregnant Women's Current and Intended Cannabis Use in relation to their views toward legalization and knowledge of potential Harm

- 306 patientes
- Les patientes enceintes qui poursuivent leur consommation de cannabis tendent davantage à croire qu'il n'est pas nocif pendant la grossesse comparé aux femmes enceintes qui arrêtent leur consommation

American Journal of Obstetric and gynecology, décembre 2017

- Cannabis = drogue illicite la + consommée pdt la grossesse
- Le changement de statut légal du cannabis dans plusieurs Etats a entraîné une consommation plus permissive
- La perception du risque pendant la grossesse est moindre
  
- Trois grandes études de cohorte prospectives longitudinales des effets du cannabis pdt la grossesse sur le développement et le comportement de l'enfant:
  - Etude OPPS (Fried, 2002) à Ottawa
  - Etude MHPCD à Pittsburgh (Day 1991)
  - Generation R Study aux pays bas (El Marroun 2009)

## Effets neurocognitifs et comportementaux



18 mois	3 à 6 ans	9 à 10 ans	14 à 16 ans	17 à 22 ans
<p>Augmentation du comportement agressif<sup>a</sup></p> <p>Troubles de l'attention (chez les filles)<sup>a</sup></p>	<p>Altérations :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>des aptitudes verbales et perceptives<sup>a,b</sup></li> <li>du raisonnement verbal<sup>a,b</sup></li> <li>du raisonnement visuel<sup>a,b</sup></li> <li>du raisonnement verbal et quantitatif<sup>a</sup></li> <li>de la mémoire à court terme<sup>a,b</sup></li> </ul> <p>Hyperactivité<sup>a,b</sup></p> <p>Troubles de l'attention<sup>a,b</sup></p> <p>Impulsivité<sup>a,b</sup></p> <p>Perturbation de la vigilance<sup>b</sup></p>	<p>Altérations :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>du raisonnement abstrait et visuel<sup>a,b</sup></li> <li>des fonctions exécutives<sup>a,b</sup></li> <li>de la capacité à lire<sup>a,b</sup></li> <li>de la capacité à épeler<sup>a,b</sup></li> </ul> <p>Hyperactivité<sup>a,b</sup></p> <p>Troubles de l'attention<sup>a</sup></p> <p>Impulsivité<sup>a</sup></p> <p>Symptomatologie dépressive et anxieuse<sup>a</sup></p>	<p>Altérations :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>des fonctions visuo-cognitives<sup>a</sup></li> <li>du rendement scolaire<sup>a</sup></li> <li>de la vitesse de traitement de l'information<sup>a</sup></li> <li>de la coordination visuo-motrice<sup>a</sup></li> </ul> <p>Délinquance<sup>a</sup></p>	<p>Altérations :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>des fonctions exécutives<sup>a</sup></li> <li>de l'inhibition de réponse<sup>a</sup></li> <li>de la mémoire de travail visuo-spatiale<sup>a</sup></li> </ul> <p>Tabagisme<sup>a,b</sup></p> <p>Consommation de substances<sup>a,b</sup></p> <p>Initiation précoce à la consommation<sup>a,b</sup></p>

<sup>a</sup>OPPS <sup>b</sup>MHPCD <sup>c</sup>Generation R

<b>Troubles de la croissance</b>	<b>Diminution du poids, de la taille et du périmètre crânien chez le fœtus exposé au cannabis durant la grossesse (El Marroun H, 2009)</b>
<b>Troubles du sommeil</b>	<b>Accrus chez des enfants de 3 ans exposés au cannabis après correction des facteurs socio-économiques (Dahl RE, 1995)</b>
<b>Troubles de l'apprentissage</b>	<b>Retard du développement intellectuel de 9 à 19 mois surtout si exposés au 3<sup>e</sup> trimestre de grossesse (Litt R, 1995), Troubles de l'apprentissage scolaire surtout si exposés au 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> trimestre, Troubles des performances intellectuelles à 6 ans et 14 ans, évaluées avec la Wechsler Individual Achievement Test (Goldschmidt L 2012)</b>
<b>Troubles de l'attention</b>	<b>Entre 6 et 10 ans, les enfants paraissent être plus impulsifs (Leech SL, 1999)</b>
<b>Troubles de la mémoire</b>	<b>Day et al, ont montré que des enfants de 3 ans exposés au cannabis durant la période prénatale avaient des troubles de la mémoire à court terme (Day NL, 1994)</b>
<b>Troubles des fonctions exécutives</b>	<b>Troubles de planification, d'organisation des tâches à 4 ans (Fried PA, 2001), Troubles de la flexibilité et de la planification encore présents à 14 ans (Willford JA, 2004)</b>
<b>Troubles psychiatriques</b>	<b>Troubles anxieux et dépressifs augmentés à 10 ans (majorés si fœtus exposés au 1<sup>er</sup> trimestre et/ou exposition à l'alcool (Goldschmidt L, 2004),</b>
<b>Conduites addictives</b>	<b>A 14 ans, les enfants exposés au cannabis in utero ont un risque accru de consommation de cannabis par rapport à un adolescent non exposé (Goldscmidt L, 2012), mais ces données doivent être pondérées par le rôle de l'environnement (Day NL, 2006),</b>
<b>Trouble du comportement</b>	<b>Les enfants exposés au cannabis pendant la grossesse ont des troubles attentionnels et des troubles anxio-dépressifs à 10 ans pouvant conduire à des troubles du comportement voire à la délinquance (Day NL, 2011)</b>

### Revue de littérature

S. Lamy, X. Laqueuille, F. Thibault. L'encéphale, 2014



The American College of  
Obstetricians and Gynecologists  
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS

# **ACOG COMMITTEE OPINION**

Number 722 • October 2017

*(Replaces Committee Opinion No. 637, July 2015)*

## **Marijuana Use During Pregnancy and Lactation**



## Effects of Marijuana Use on Lactation

There are insufficient data to evaluate the effects of marijuana use on infants during lactation and breastfeeding, and in the absence of such data, marijuana use is discouraged (42). Breastfeeding women should be informed that the potential risks of exposure to marijuana metabolites are unknown and should be encouraged to discontinue marijuana use. The American College of Obstetricians and Gynecologists' Breastfeeding page, available at [www.acog.org/About-ACOG/ACOG-Departments/Breastfeeding](http://www.acog.org/About-ACOG/ACOG-Departments/Breastfeeding), provides more resources about breastfeeding for clinicians and patients.



Les femmes  
enceintes sont  
encouragées à  
stopper leur  
consommation de  
Marijuana qu'elle  
soit d'usage  
récréative ou  
médicale pour  
apaiser les nausées

## Medical Marijuana

Because marijuana is neither regulated nor evaluated by the U.S. Food and Drug Administration, there are no approved indications, contraindications, safety precautions, or recommendations regarding its use during pregnancy and lactation. Likewise, there are no standardized formulations, dosages, or delivery systems. Smoking, the most common route of administration of THC, cannot be medically condoned during pregnancy and lactation. Therefore, obstetrician-gynecologists should be discouraged from prescribing or suggesting the use of marijuana for medicinal purposes during the period before pregnancy, and during pregnancy and lactation. Rather, pregnant women or women contemplating pregnancy

**Maternal Marijuana Use and Adverse Neonatal Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis.**  
**Conner SN, Obstet Gynecol 2016**

- **Méta-analyse intégration des données de 31 études**
- **Usage de cannabis + tabac pdt la grossesse associé à un petit poids de naissance et un terme < 37 SA, mais effets probablements potentialisés par le tabac**
- **Usage de cannabis seul, les consequences sur la prématurité ne sont pas démontrées**
- **Effets neurologiques sur le long terme démontrés**

# Marijuana use in pregnancy and lactation: a review of the evidence

Torri D. Metz, MD, MS; Elaine H. Stickrath, MD

- Les données sur la prématurité et faible poids de naissance associées à une consommation de cannabis sont souvent en artéfact avec la co-consommation de tabac
- Ce qui semble se définir + précisément avec la consommation de cannabis porte sur les troubles neuro-développementaux de l'enfant:
  - hyperactivité
  - Altération des fonctions cognitives et difficultés d'apprentissage
  - Altération du système dopaminergique

# Marijuana use in pregnancy and lactation: a review of the evidence

Torri D. Metz, MD, MS; Elaine H. Stickrath, MD

Difficultés  
méthodologiques de  
quantifier  
le cannabis dans  
le lait maternel.

**TABLE 1**  
**Testing for marijuana in biological samples**

<b>Biological sample</b>	<b>Duration of positive result</b>	<b>Test limitations</b>
Maternal urine	2–3 days in occasional users <sup>63</sup> Several weeks in chronic users <sup>64</sup>	Chronicity of use determines duration of positive result <sup>63</sup>
Maternal serum	2–3 days in occasional users <sup>6</sup> Several weeks in chronic users <sup>6</sup>	Chronicity of use determines duration of positive result <sup>63</sup> Invasive sample Shorter half-life than urine <sup>6</sup>
Maternal hair	Several weeks <sup>65</sup>	Less accurate for marijuana than other drugs <sup>65</sup> False positives from passive exposure <sup>65</sup> Not clinically used due to cost and inaccuracy
Meconium	Positive result indicates second- and third-trimester exposure <sup>26,66,67</sup>	Small amount of detectable THC in the samples <sup>68</sup> High false-positive rate (up to 43%) <sup>15</sup> Send out to reference laboratory Costly and impractical at many sites
Neonatal hair	Positive result indicates third-trimester exposure <sup>66</sup>	Costly and impractical at many sites Less sensitive than meconium <sup>66</sup>

THC, delta-9-tetrahydrocannabinol.

Metz. Marijuana in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2015.



# Pre- and postnatal tobacco and cannabis exposure and child behavior problems: Bidirectional associations, joint effects, and sex differences

Rina D. Eiden<sup>a,\*</sup>, Junru Zhao<sup>a</sup>, Meghan Casey<sup>a</sup>, Shannon Shisler<sup>a</sup>, Pamela Schuetz<sup>b</sup>, Craig R. Colderc<sup>c</sup>, 2018

Observation chez 247 femmes et leurs enfants jusqu'à 3 ans des conséquences d'une exposition prénatale tabac-cannabis

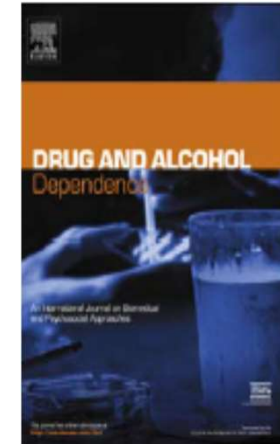
97 exposés au tabac-cannabis

81 exposés au tabac seul

69 non exposés

Différence significative des conséquences chez les filles exposées au tabac seul avec difficultés de sommeil et d'attention à 3 ans

Problèmes comportementaux dans les 2 sexes dès l'âge de 2 ans dans le groupe exposé au cannabis.



Allaitement maternel (partie IV) : usages des médicaments, diététique et addictions – recommandations pour la pratique clinique - 19/11/15

Doi : 10.1016/j.jgyn.2015.09.030

L. Marcellin a, \* , A.A. Chantry b, c

Décrire en cas d'allaitement maternel les aspects pratiques de l'utilisation des médicaments les plus couramment utilisés dans la période du post-partum, les mesures diététiques et la conduite à tenir en cas de conduite addictive.



La précaution d'interrompre l'allaitement maternel en cas de prise médicamenteuse n'est pas justifiée dans de nombreuses situations (accord professionnel). L'aspirine est autorisée à dose « antiagrégante » alors qu'elle est contre-indiquée à dose antalgique ou anti-inflammatoire (accord professionnel). Les AINS ayant une demi-vie courte peuvent être utilisés (accord professionnel). Certaines précautions sont nécessaires en cas d'utilisation d'antalgiques de palier II et III (accord professionnel). Il n'est pas justifié de différer la mise en route de l'allaitement en cas d'analgésie locorégionale ou générale. La majorité des traitements antibiotiques ne justifient pas d'interrompre l'allaitement (accord professionnel). Les anxiolytiques de la classe des antihistaminiques H1 sédatifs tels que l'hydroxyzine ne doivent pas être prescrits en cas d'allaitement maternel (accord professionnel). Aucun examen d'imagerie (hors médecine nucléaire) ne justifie d'interrompre l'allaitement (accord professionnel). La consommation de tabac est déconseillée mais elle ne constitue pas une contre-indication à l'allaitement maternel (accord professionnel). Il est recommandé d'éviter la consommation de boissons alcoolisées (accord professionnel). En cas de consommation modérée et ponctuelle d'alcool, il est recommandé de respecter un délai minimum de 2 heures avant la mise au sein (accord professionnel). La prise de cocaïne contre-indique l'allaitement maternel (accord professionnel), et l'allaitement maternel est déconseillé en cas de prise de cannabis (accord professionnel).

## Conclusion

Rares sont les traitements médicamenteux qui ne sont pas compatibles avec l'allaitement qui peut être poursuivi dans la majorité des cas.

Mothering under the influence: how perinatal drugs of abuse alter the mother-infant interaction

A. Brancato, Rev Neurosci, 2017

- Interaction du THC avec l'ocytocytine, baisse de la sécrétion
- Alteration des interactions mère-enfant
- Augmentation de la prévalence de la dépression dans cette population
- Conséquences neuro-développementales?

# Recommandations HAS avril 2005

## Cannabis et autres substances toxiques

La consommation importante et répétée de cannabis durant la grossesse doit être déconseillée, d'autant plus qu'une dénomination unique recouvre des produits divers dont la composition exacte n'est pas connue. La consommation de cannabis a des conséquences : diminution du poids de naissance, effets sur le comportement du nouveau-né (diminution de la puissance des pleurs, altération du sommeil, et augmentation de l'impulsivité). La consommation de tous les autres toxiques est également déconseillée.

# Que dit le CRAT sur le cannabis?

- **ETAT DES CONNAISSANCES remis à jour le 6 mars 2018**
- A ce jour, un effet malformatif du cannabis en cours de grossesse n'est pas retenu.
- De façon contradictoire, d'autres conséquences ont été évoquées, mais elles semblent essentiellement liées au [tabac](#) fumé avec le cannabis, et lors d'une consommation régulière et importante (6 fois par semaine ou plus) :
  - Retard de croissance intra-utérin
  - Diminution du poids de naissance ,
  - Diminution de la durée de la grossesse (de près d'une semaine).
  - Pour les fumeuses occasionnelles, aucun effet sur le poids de naissance ou de la durée de la grossesse n'est noté.
  - Trémulations néonatales régressant sur 1 mois
- Le devenir à distance des enfants de mères ayant consommé du cannabis en cours de grossesse a fait l'objet de quelques études.
  - Le score global d'intelligence (QI) semble normal.
  - Cependant des déficits de l'attention, une hyperactivité et une perturbation de certains tests cognitifs et certaines fonctions d'exécution ont été observés chez des enfants vers l'âge de 9-12 ou 13-16 ans dont les mères consommaient du cannabis à raison d'au moins 6 fois par semaine en cours de grossesse.
- Allaitement
  - Le THC passe dans le lait maternel, et peut s'y concentrer : en cas de consommation régulière, on peut en trouver jusqu'à 8 fois plus que dans le sérum maternel.
  - Le THC a également été retrouvé dans les selles et urines d'enfants allaités.

# Que dit le CRAT?

- **EN PRATIQUE**
- Si le cannabis en cours de grossesse n'est pas associé à un risque malformatif particulier, la poursuite de sa consommation n'est pas souhaitable en l'état actuel des données.
- La consommation de cannabis au cours de l'allaitement est également déconseillée.
  - Mise à jour 2018.

# Conséquences sur la croissance et néonatales

- La consommation de **cannabis chez le père** augmenterait également le **risque de mort subite** du nourrisson si le père consomme avant, pendant et après la grossesse (Klonoff-Cohen H, 2001)
  - En lien avec conditions sociales + précaires, environnement cannabique + important pour le bébé
- **Syndrome de sevrage à la naissance** constaté cliniquement chez le nouveau né apparenté au syndrome de sevrage des opiacés
  - Peu de données sur le S de sevrage spécifique du cannabis



# Conséquences néonatales

- Pour des doses relativement faibles (1 joint par semaine chez la mère) on décrit chez l'enfant un [syndrome de sevrage](#) jusqu'à 30 jours de vie avec des signes d'excitation, troubles du sommeil, tremblements, sursauts exagérés spontanés ou en réponse à des stimuli minimes et mise à la bouche des mains très fréquentes. Le risque de mort subite est le même qu'avec la consommation de tabac

S Coscas, revue du praticien, dec 2013

Repérage et prise en charge

# Assessing Marijuana Use During Pregnancy

Allyssa L Harris, 2017

- **Abstract**

- Recreational and medicinal marijuana uses have become more prevalent in recent years. Women's health nurses are increasingly likely to encounter pregnant women who use or have used marijuana. Research has found that inadequate screening for substance use, inadequate knowledge about the effects of marijuana use, and punitive counseling are barriers to women's understanding of the importance of seeking treatment for substance use. Provision of evidence-based counseling, education, and resources support women and strengthen the patient-provider relationship. Women's health nurses can gain a basic understanding of the effects of perinatal marijuana use and create a plan for women who have positive screening results. This article reviews two recent studies that examine marijuana use during pregnancy and suggest interventions that women's health nurses can implement

- Women reported that their overall impressions were that perinatal marijuana use was harmful, but they perceived a lack of evidence about harmful effects on a fetus
- Discussions should include education about marijuana use, counseling techniques for cessation of use, and useful community resources for advocacy and support

# repérage

- Interrogatoire par tout professionnel de santé
  - Systématiquement surtout devant toute patiente qui fume du tabac ou consommant une Substance psycho-active
- URGENCE MEDICO-OBSTETRICALE** avec prise en charge  
partenariale
- contexte psycho-social sanitaire et suivi obstétrical médiocre

# REPERAGE des Polyconsommations

- **Anamnèse, examen clinique (conséquences), QUESTIONNAIRES**
  - \* **ASI (Addiction Severity Index)**: test d'évaluation générale de la sévérité de la consommation de la substance et de ses conséquences.
  - \* Selon la substance
    - . **Alcool** : **DETA- CAGE, AUDIT**
    - . **Cannabis**: **CAST, ADOSPA, ALAC**
    - . **Tabac** : **FTND, MINI FTND, HONK**
- **Marqueurs d'imprégnation – dépendance**
  - \* **Alcool**: **CDT** (spécifique, sensible)
  - \* **Cannabis**: **cannabinoïdes** (urines : qualitatif ; plasma : quantitatif)
  - \* **Tabac**: **COE, cotinine** (plasma, urine, salive)
- **Rechercher aussi mésusage de médicaments ou autres drogues illicites** (prise en compte globale des différentes conduites addictives)

*Source: Raynaud et al. 2007*

# CAST

## Cannabis Abuse Screening Test

- Avez-vous déjà fumé du cannabis **avant midi** ?
- Avez-vous déjà fumé du cannabis **lorsque vous étiez seul(e)** ?
- Avez-vous déjà eu **des problèmes de mémoire** à cause de votre consommation de cannabis ?
- **Des amis ou des membres de votre famille** vous ont-ils déjà dit que vous devriez **réduire** votre consommation sans y arriver ?
- Avez-vous déjà essayé de **réduire** ou d' **arrêter** votre consommation de cannabis **sans y arriver** ?
- Avez-vous déjà eu des **problèmes** à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, crise d'angoisse, mauvais résultat à l' école...) ?

**Risque faible < ou = 2**

**Risque modéré > ou = 3**

**Risque élevé > ou = 6**

# Diagnostic d'usage nocif

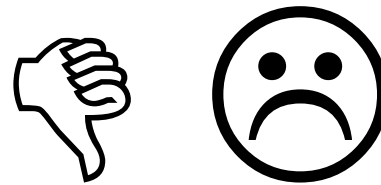
*Le diagnostic d'usage nocif de cannabis se fait sur l'existence de **troubles de gravité croissante survenant chez un sujet consommateur régulier ou intensif** :*

- 1) Troubles de la concentration et de la mémoire
- 2) Chute des performances scolaires et des investissements relationnels
- 3) Syndrome a-motivationnel avec perte des intérêts, et / ou troubles psychiatriques manifestes



# Sevrage cannabique pendant la grossesse

guidelines ?



# Entretien

- Climat empathique
- Pas de jugement
- Informer+++
- Conseiller
- Accompagner
- Repérer les comorbidités psychiatriques et addictives

# Prise en charge : comment en parler ?

- En écoutant : interrogations, inquiétudes, demandes, perception des aspects négatifs et positifs de la prise de drogues
- éviter le jugement, le rejet, la fascination, la banalisation
- Proposer une aide et suggérer la possibilité d'une alliance thérapeutique durant la grossesse
- Evaluer la situation psycho-sociale familiale
- les objectifs sont la prévention des risques et le soin de la mère et de l'enfant
- Proposer orientations vers professionnels spécialisés et prise en charge multidisciplinaire

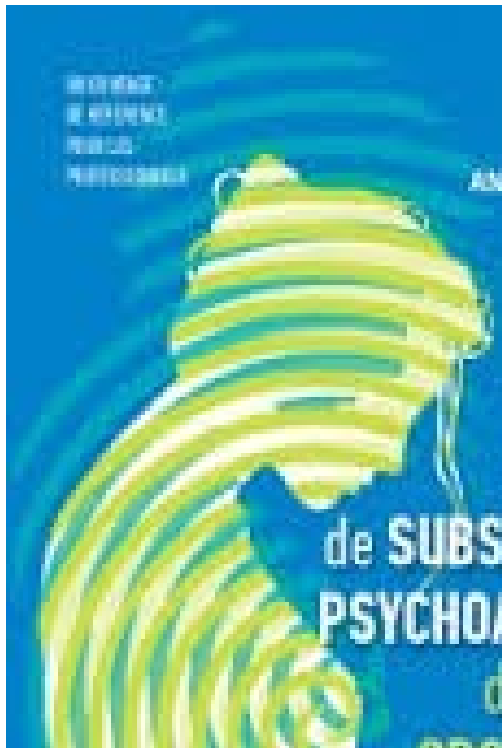
# TRAITEMENT CANNABIS

- Pas de consensus actuel
- De **l'intervention brève** à la prise en charge globale
- **Entretien motivationnel, TCC, thérapies familiales**
- **Traitement symptomatique lors du sevrage:** pdt 10 à 15 jrs, éviter les anxiolytiques de type BZD, préférer Atarax\* ou NRL (type Tercian\* ou Nozinan\*)
- **SUBSTITUTION NICOTINIQUE** à forte dose
- Prise en charge des **comorbidités associées** (psychiatrique +++)

## Réseau périnatal naitre du Languedon Roussillon

- Référentiel cannabis et périnatalité 😊

# référentiels



## FICHES TECHNIQUES GROSSESSE ET ADDICTIONS



naitre  
en languedoc roussillon

Groupes de travail pluridisciplinaires  
Périnatalité et addictions de LR  
Coordination : P. BOULOT - C. CRANAL - G. CRIBALLET



Octobre 2009

- Référentiel cannabis et périnatalité
  - Validé en 2009 par le réseau périnatalité du Languedoc Roussillon

# Les psychothérapies

- Trois psychothérapies actuellement reconnues dans le traitement de la dépendance au cannabis et la prévention de la rechute:
  - Traitement cognitif et comportemental (TCC)
  - Entretien Motivationnel (MET)
  - Management des contingences (MC):  
coupons

# En conclusion

- Période néonatale pas forcément bruyante
- Discrets troubles du sommeil
- Peu de répercussions sur la croissance sauf si consommation importante
- Cerveau: trouble du comportement et troubles cognitifs variables selon l'intensité de l'exposition et peut-être le moment précis de la grossesse. Apparaissent tardivement.
- Etudes sur les endocannabinoïdes passionnantes et prometteuses
- Problème des co-toxicomanies et comorbidités psychiatriques



# conclusion

- Partenariat indispensable pour la PEC
- Evaluation medico-sociale
- Rôle de la PMI



## CAS CLINIQUE

- M<sup>elle</sup> Maëva F. âgée de 25 ans.
- Enceinte 5 mois
- Adressée à la consultation d'addictologie par la sage-femme de la Maternité pour co-consommation : tabac/cannabis et ATCD psychiatriques

## Antécédents médicaux–chirurgicaux :

- Appendicectomie,
- Allergie au CLAMOXYL
- Tabagisme actif 2 cig/j, consommation de cannabis
- Pas de consommation d'alcool,

## Antécédents psychiatriques :

- Plusieurs tentatives de suicide par IMV,
- La dernière TS remonte à avril 2012 par phlébotomie,
- Multiples épisodes de scarifications,
- Suivie depuis l'âge de 8 ans au CMP de Vichy pour troubles du comportement avec une hospitalisation en 1992 au Centre Rochefeuille : orientation en IRP
- Une hospitalisation au CH Sainte Marie,
- Épisode dépressif majeur ayant entraîné quatre hospitalisations au CMP-A unité « Pass'Aje »,
- Une consultation auprès d'un psychiatre spécialisé des troubles de l'humeur en novembre 2011,
- 1 Hospitalisation en juillet 2012 à Ravel pour adaptation thérapeutique et demande de sa mère d'instauration d'injections retards.
- Traitements prescrits antérieurement : ABILIFY, TERCIAN, ZYPREXA, RISPERDAL, XEROQUEL,

## Antécédents familiaux :

- Cancer du rein chez son grand-père maternel,
- Fibromyalgies chez sa mère.

## Mode de vie :

Maeva vit actuellement avec son ami, 1ere grossesse. Elle s'était séparé il y a 1 an d'un précédent compagnon qui était alcoolodépendant. Ses parents ont divorcé alors qu'elle était âgée de 18 mois. Le divorce s'est passé dans un contexte de violences conjugales avec un père alcoolique.

Avant d'être en couple Maeva habitait avec sa mère et son beau-père. Elle avait entrepris de beaucoup voyager en Europe.

Sa scolarité a été difficile en raison d'importants troubles du comportement avec parfois hétéro-agressivité et violences à l'école. Elle est orientée en ITEP en foyer.

Maeva avait souhaité s'engager dans l'Armée mais elle n'avait pas été prise en raison de ses antécédents psychiatriques. Elle a par la suite effectué de nombreux petits travaux (hôtellerie , vente, ...) mais certains troubles du comportement ont entraîné des ruptures professionnelles. Les deux derniers emplois (CDD à Auchan, CCD à la Cour d'Appel de Riom) se sont eux relativement bien passés.

Elle sera cependant mis en difficultés en octobre 2011 après ses hospitalisations à « Pass'Aje: elle perçoit actuellement l'AAH.

# Histoire de la maladie

Il y aurait une errance du diagnostic depuis plusieurs années :

- schizophrénie en raison de la présence d'hallucinations auditives entre 6 et 10 ans,
- puis troubles bipolaires en rapport avec des fluctuations thymiques.

Maeva a présenté des troubles du comportement avec agitation et violences ainsi qu'un fort mal-être et vide intérieur qui ont nécessité différents traitements. L'avant dernier séjour, en octobre 2012, a consisté en une adaptation thérapeutique suite à une prise de poids importante avec augmentation de la prolactinémie sous ZYPREXA.

Un traitement par DEPAKOTE et athymil est proposé.

L'adhésion à la prise en charge avait été très limitée.

Hospitalisation en janvier 2013: alors que ses parents sont en vacances, elle se sent contrariée et frustrée. A pris leur voiture (sans permis) et est entrée en collision avec une voiture garée sur le bas coté. Elle explique ce geste par une présence dans sa tête qui fait partie d'elle et qui la pousse à faire des choses.

Traitement par XEROQUEL, DEPAKOTE, ATHYMIL

- Consultation à la maternité
- Déclare 10 joints de cannabis/j
  - Dès le réveil
  - Tout au long de la journée
  - Et 2 joints pour s'endormir qu'elle partage avec son copain consommateur également
  
  - tabac: se dit non dépendante. Ne fume quasiment pas de cigarettes. Déclare maximum 2 cig/j.
  - Mais utilise le tabac ds le joint



- Pas d'alcool
- Pas de consommation d'autres toxiques
- Entretien:
  - Bon contact
  - Humeur plutôt haute
  - Accepte la mise en place de visites de la PMI
  - Suivie de grossesse aléatoire. Manque des RDV
  - Peu informée sur les effets du cannabis mais se doute bien que c'est mauvais

- Culpabilisée
- Dort 6 h/nuit
- Ne se sent pas capable d'arrêter le cannabis
- En consomme depuis l'âge de 15 ans. Augmentation de la consommation ces dernières années.
- A arrêté tout traitement et depuis sa consommation de cannabis régulière et quotidienne n'a plus eu besoin d'être hospitalisé en psychiatrie.
- « je gère mes angoisses avec le cannabis et cela marche très bien »

- CO = 14 ppm
- Poids 80 kg
- A peur de grossir

Proposition:

Gestion de la consommation: réflexion sur les joints à éliminer

Zyprexa

Norset

SN forte dose

Explication de l'utilité des traitements

- 2eme consultation:

Pas d'achat des patchs

A pris le Norset: se sent moins angoissé

Ne souhaite pas pour l'instant prendre de  
zyprexa

CO = 7 ppm

Valorisée+

- Pas revue le reste de la grossesse
- Accouche d'un garçon 1 semaine avant terme  
3,2 kg
- Reprend RDV 2 mois après l'accouchement:
  - Dort peu
  - N'allait pas
  - Très maquillée
  - Exaltation de l'humeur

- Est OK pour ZYPREXA
- Refume même quantité de joints voir plus: au moins 12/j
- Cherche du travail
- En difficultés avec ses beaux parents qui exigent d'avoir le BB 3 jours/semaine avec chantage à l'argent (ils paient bcp de choses pour le couple)

- Revient très régulièrement
- Visites pmi qui se passent bien
- Il y a 4 semaines: abandon du domicile de son conjoint.
- Gestion seule de la situation. Se retrouve seule avec son enfant.
- Humeur perturbée++