



Journées de la SFA 2016



1



## La Mère / Le Conjoint

Exposition périnatale: de la conception  
au devenir de l'enfant



Prise en charge périnatale  
23 Mars 2016



**Dr Sarah COSCAS**

sarah.coscas@aphp.fr

**Dr Marion ADLER**

marion.adler@yahoo.fr



Centre d' Etudes de Recherche et de Traitement des Addictions (Paul Brousse)  
Equipe de liaison et de soins en Addictologie  
ELSA Kremlin Bicêtre / Antoine Béclère

# Place du problème

- Grossesses à risque, souvent de découverte tardive
- Mal suivies, victimes de nombreux préjugés
- Celles qui continuent à consommer pendant la grossesse ne sont pas des mauvaises mères mais les plus dépendantes ... et souvent polyconsommatrices
- Fréquence des morts in utero, pré et dysmaturité.
- Alcool : tabou peu repéré
- Tabac : prise en charge inadaptée
- 20 à 25 % de la population toxicomane est féminine,
  - période de dépendance 15-40ans =période de fertilité.



# Grossesse à risque et suivi difficile

- Manque de confiance réciproque soignants soignées
- Suivi gynécologique?
- **Peur du signalement**
- « *La meilleure façon d'aider l'enfant de mère toxicomane, c'est d'abord d'aider la mère* » Kandall, 1993
- **Éviter un sevrage non médicalisé**, toute situation de stress pour le bébé est à l'origine d'une hypoxie

# + Relation de confiance

- Instaurer en premier un climat de confiance
- Être prêt à entendre le pire pour qu'il puisse être dit...
- Bien sûr prendre un peu le temps
- Être à l'aise avec le sujet sans en être expert, mais savoir orienter
- **Accès difficile** :
  - **Aux soins pour les patientes**
  - Aux patientes pour les soignants

# Les produits qui posent problèmes

Tabac

Alcool

Cannabis

Opiacés

Cocaïne

Amphétamines

Benzodiazépines



## Idées reçues Soignants

## Idées reçues Soignés 6

Il suffit d'arrêter

La grossesse est la période idéale pour tout arrêter

Une toxico ne peut pas être une bonne mère  
« Futures Mauvaises mères »

Les institutions sont là pour me séparer de mon enfant

Les patientes, issues de milieux favorisés, sont peu concernées.

Si on ne boit pas tous les jours il n'y a pas de conséquences

« C'est pas son style de consommer »

Il ne faut pas prendre d'alcool au premier trimestre, après pas de problème.

Ce n'est pas mon rôle de repérer

Une ivresse ne présente pas de risque.

C'est souvent un problème social

Un problème se voit à l'échographie ou à la naissance.

Si l'on consomme l'allaitement est contre-indiqué

La bière favorise l'allaitement.

# + Alors que l'alcool...



- Substance psychoactive la plus dangereuse pour le fœtus, tératogène avec risque de retard mental
- SAF : Syndrome d'alcoolisation fœtale
- 1<sup>ère</sup> cause de handicap mental non génétique « évitable » à la naissance en perturbant le développement cérébral
- RCIU / prématurité
- Malformations cranio-faciales, microcéphalie
- **Pas de dose minimale sans risque**
- Ivresses plus nocives
- Effet dose dépendant
- Sensibilité individuelle / Prédisposition génétique
- URGENCE ADDICTOLOGIQUE



# Et l'héroïne ou la codéïne



- N'est pas tératogène
- Souffrance fœtale chronique
- Éviter le sevrage
- Prématurité et Hypotrophie
- Intérêt des TSO (Méthadone et Subutex):
  - Diminution de la mortalité
  - Adaptation des doses
- Syndrome de sevrage du nouveau né fréquent
  - 24-72h, 60 -90%, score
  - Irritabilité, tb alimentation, tb digestifs
  - Tachypnée, baillements, sudation, larmoiement, hyperthermie

# + La Cocaïne



- Explosion des consommations en France
- 2<sup>e</sup> substance illicite la + consommée après le cannabis
- Polyconsommations
- Population hétérogène
- « Style de vie » chaotique : précarité, suivi insuffisant, MST, isolement
- Concentration plus élevée pendant la grossesse
- Vasoconstriction utérine, hypoperfusion
- Complications vasculaires
- Prématurité, fausses couches
- Troubles cognitifs, THADA

# + Principes de la prise en charge

- Lutter contre les préjugés
- Bénéfice d'un traitement personnalisé et d'un accompagnement psychosocial
- Anticiper les relations mère enfant, relations plus difficiles du fait d'un possible syndrome de sevrage maternel et foétale
- S'interroger sur les consommations du conjoint en systématique:
  - Pour proposer une aide
  - Car influencent celles de la patiente+++
- Le risque essentiel :
  - c'est le placement et la grossesse de remplacement

# + Prise en charge addicto à la maternité

- Une Consultation « Tabacologie et autres addictions...» hebdomadaire une demi-journée depuis mai 2011
- Passage hebdomadaire en hospitalisation
- ELSA disponible en urgence
- Staff de sensibilisation pour inciter les sages femmes et les infirmières à proposer les substituts nicotiques
- Possibilité d' hospitalisation pour sevrage thérapeutique en addicto sur Paul Brousse

# + Consultation à la maternité

- « étiquetée » TABAC
- SF référente PMI « précarité »
- 1/3 cs non honorées
- Craintes +++
- Beaucoup de fausses croyances



# Le Sevrage



- Objectif zero alcool ou le moins possible...
- Favorisé, plus encouragé qu'un autre patient...
- Probablement la seule urgence addictologique!
- Traitement en *si besoin* plutôt qu' en systématique
- Besoin de réassurance+++

# + Prise en charge alcool

- Lever les tabous
- Prise en charge psychothérapeutique et motivationnelle classique
- S'interroger sur les consommations de l'entourage : conjoint
- En prenant toujours en compte la culpabilité de la future mère
- Le sevrage
  - À l'hôpital de préférence en urgence
  - Seresta® dose minimale efficace surtout en fin de grossesse
  - Vitaminothérapie B1 B6 Folates
  - Surveillance étroite du cushman et des contractions, pertes...
  - Psychothérapie
- L'allaitement est possible en cas de consommation occasionnelle : tirer avant et jeter le lait après

# + Prise en charge opiacés

- Pas de sevrage pendant la grossesse
- Introduire TSO++ ou augmenter ou fragmenter
- Ne pas changer de TSO
- PEC en ambulatoire
- Découverte à la naissance : SSNN

# + Hospitalisation en cours de grossesse

- Alcool
- Cannabis
- Opiacés
- Alliance avec la patiente++
- Plutôt à la maternité

# + Hospitalisation en unité d' Addicto

- Plus difficile
- Plutôt en début de grossesse
- Être Femmes + être enceinte = Stigmatisation/culpabilité/peur du jugement....
- Plutôt femmes suivies déjà en addicto
- Surveillance gynéco à proximité... inexistant

## Idées reçues Soignants

## Idées reçues Soignés <sup>18</sup>

Le conjoint ce n'est pas mon problème,  
pas mon rôle

Il ne faut pas arrêter brutalement pour le bébé donc  
je continue à fumer du cannabis

Ce n'est pas mon rôle de repérer, d'aider

Arrêter de fumer fait grossir et fait souffrir

Les substituts nicotiques sont dangereux, inefficaces et contre-indiqués chez la femme enceinte  
Pas de fortes doses et pas d'associations de galéniques  
Ne pas fumer avec les substituts  
C'est pareil que de fumer

Il vaut mieux fumer qu'être stressé

Je serais trop stressée si j'arrête

Si on consomme on ne peut pas allaiter

Si l'on consomme l' allaitement est contre-  
indiqué

La femme n'est pas concernée par les  
consommations de son conjoint

**Le cannabis aide à gérer les nausées**

Elle consomme peu donc ce n'est pas important

C'est plus dangereux de fumer au moment de  
l'allaitement

# + Alors que le tabac ...



- Le tabagisme est une maladie chronique
- Grossesse un bon moment mais un court moment où l'on doit aider la femme à :
  - Evoluer rapidement
  - Ne pas souffrir
  - Enlever les fausses croyances
  - Ne pas de prendre de poids si substitution, et dépense physique

# + Alors que Tabac / Cannabis (2)...

- **Grossesse dans l'année:**
  - Non fumeuses versus fumeuses: 85% contre seulement 70%:
- Diminution du taux d'oestradiol, des taux de grossesses, d'implantations.<sup>(1)</sup>
- **Diminution de la qualité du sperme chez les fumeurs:** embryons plus fragiles; risque plus élevés de cancer dans l'enfance, augmentation des fausses couches.
- Diminution de la vitalité des spermatozoïdes
- **Dysfonction érectile**
- **Amélioration du spermogramme en 90 jours après arrêt de la fumée<sup>(2)</sup> : tabac et THC**

<sup>(1)</sup> Sepaniak S; De Mouzon J: Conférence de consensus grossesse et tabac Lille 2004

<sup>(2)</sup> Christopher B Harte, BA, and Cindy M. Meston, PhD, Acute Effects of Nicotine on Physiological and subjective

sexual arousal in nonsmoking

# + Alors que Tabac / Cannabis (3)... Avant la conception

- 100% des femmes avant la grossesse: pensent grossesse sans tabac
- 25% fument a l'accouchement<sup>(1)</sup>
  - Tabac drogue « dure »
  - Aide par les professionnels: méconnaissance
  - Études négatives sur les traitements d'aide au sevrage
  - Méconnaissances des patients sur les traitements
  - Méconnaissance sur la nicotine et sur ce qui est toxique dans la fumée
  - CO = toxicité
  - Nicotine = souffrance du manque: donc nécessité d'apport de nicotine aux parents qui n'arrivent pas a se sevrer.
  - En pratique les substituts nicotiniques aident les femmes enceintes

# + Alors que pour le tabac ...

- Bénéfice en 24h: monoxyde de carbone
- Efficacité des traitements pour ne pas souffrir
- Chacun son rythme: sevrage total, ou diminution puis arrêt
- Apprentissage d'une nouvelle vie sans tabac
- De plus en plus agréable: santé , souffle , argent...
- Apprentissage progressif.

# + Prise en Charge Tabac: Aidez vos patients!

- Le sevrage tabagique c'est simple
- Y penser lors de toute consommation
- Rassurez les patients: l'arrêt du tabac c'est:
  - L'apprentissage d'une nouvelle vie plus agréable
  - Cet apprentissage doit se faire en douceur
  - Sans manque = sans souffrance: traitements adaptés
  - Au rythme personnel de chacun
  - Avec un bilan positif pour la mère, l'enfant, le conjoint

# + Prise en charge tabac/Cannabis

- Former les soignants et prendre en charge les soignants (accès aux consultations gratuites)
- Les substituts nicotiniques sont la seule aide médicamenteuse actuellement utilisable pendant la grossesse souvent en associant les galéniques
- Les effets secondaires du sevrage sans traitement sont souvent plus violents: dépression, prise de poids, anxiété, troubles du sommeil = expression du manque
- Pas de prise en poids si substitution, et dépense physique.
- Permettre la prise en charge du conjoint
- Le patient doit donc être aidé et accompagné pour guérir avec des traitements adaptés à sa souffrance

# + Prise en charge tabac/Cannabis suite...

- Les traitements sont comparable aux traitements de toute douleur chronique:
  - Ils doivent être à dose suffisante
  - Adapté à chacun
  - Prolongés dans le temps pour éviter les rechutes
- Proposer une prise en charge au rythme de la patiente enceinte
  - Associer les substituts nicotiques ( patchs + FO) à bonne dose
  - TCC et entretien motivationnel et psychothérapie
  - Atarax avec l'accord des sf / gynéco
  - Et la cigarette électronique??? Mieux que la cigarette Avis éclairé (UK)
- Remboursement 150€/an femme enceinte et jeunes (20-30), tous types de cancers, CMUC

# + Prise en charge Cannabis



- Penser toujours à la substitution nicotinique à fortes doses devant toute consommation de THC (95% des cas en France)
- ATARAX 25mg: 1/2 à 1 comprimé par prise à la demande: syndrome de manque de THC: Sommeil
- Ne pas passer à côté d'un syndrome dépressif: IRS
- Chronologie des sevrages selon les demandes des patients (urgence: grossesse)
- Tabac à rouler: X2 la toxicité de la cigarette.

# + Quels traitements possible pendant l'allaitement?



- **TOUJOURS FAVORISER L'ALLAITEMENT**
- **Les substituts nicotiques :**
  - formes orales et patchs associés
  - Patchs : 1 paquet = le gros patch
  - Formes orales associées suivant le gout du patient
  - Augmenter les doses si insuffisant: deux patchs
  - Impliquer le conjoint

Et la cigarette électronique??? Mieux que la cigarette

# + Et le conjoint?



- Toujours questionner sur ses consommations,
- Si possible l'impliquer dans la prise en charge
- **Proposer une prise en charge au conjoint**
  - Les traitements ne sont pas dangereux
  - Les traitements facilitent le sevrage car traitent le manque
  - Sont garant d'une meilleure réussite au sevrage.
  - Ce qu'il faut dire au patient pour l'aider:
    - « Savez-vous qu'il existe des traitements d'aide à l'arrêt du tabac qui peuvent vous aider à arrêter en douceur? »

# + Quels traitements possible du conjoint?

- **Les substituts nicotiniques :**
  - formes orales et patchs associés
  - Patchs : 1 paquet = le gros patch
  - Formes orales associées suivant le gout du patient
  - Augmenter les doses si insuffisant: deux patchs
  
- **Les traitements médicamenteux:**
  - Champix et zyban
  
- **Et La cigarette électronique**

# + Hospitalisation GHR

- Devant toute hospitalisation questionner sur consommation de tabac/ cannabis: FdR important
- Amélioration grossesse et diminution des risques
- Proposer sevrage en douceur avec traitements (sans manque = substituts nicotiques associés)
- Au rythme de la patiente
- Combattre les fausses idées
- Conjoint impliqué, suivi, conseils éclairés



# Au total



- Urgence
- Accès difficile
- Relais dans la maternité+++
- Tabac : faciliter l'accès aux SN a bonnes doses
- Cannabis banalisé à rechercher++
- Peu de conso d'alcool (ou pas repéré?)
- Prévention :
  - S'interroger des consommations de toute femme en âge de procréer
  - Évaluer la prise en charge gyneco et les moyens de contraception chez nos patientes dépendantes en âge de procréer
  - Et en maternité...



**Toujours Favoriser le lien mère bébé**