

## CONSOMMATION DE CANNABIS PENDANT LA GROSSESSE

### POURQUOI L'ABORDER ?

- Entre 26 et 34 ans, 19% des femmes déclarent un usage de cannabis.
- 4.1% des femmes entre 18 et 24 ans en fument au moins 10 fois 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 d'environ **7 fois supérieures à celles mesurées avec une cigarette manufacturée**. Cette différence s'explique par une température de combustion plus basse, une bouffée plus volumineuse, une aspiration plus profonde et une expiration plus lente 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 industrielles**) pour elle-même et pour la grossesse.
- Le tétrahydrocannabinol (THC) franchit la barrière placentaire. Il est lipophile. Il se fixe sur le cerveau du fœtus. Il est présent dans le lait maternel.
- Les données les plus récentes rapportent que la consommation du cannabis pourrait être associée à 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.

### COMMENT L'ABORDER ?

« Dans l'année qui vient de s'écouler, avez-vous 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 ? »

### ÉVALUER LA SITUATION GLOBALE

Éléments à rechercher	Situation simple	Situation complexe nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire
Consommation patiente et conjoint	Faible ou irrégulière avec moins de 10 fois par mois	Quotidienne ou régulière avec plus de 10 fois par mois
Mode de consommation	Contexte de convivialité	Visée anxiolytique et hypnotique 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	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

## QUELLE RÉPONSE 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 nécessaire

« 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'Éducation pour la Santé est téléchargeable sur le site : <https://www.drogues-info-service.fr/A-lire-a-voir/Notices/Guide-d-aide-a-l-arret-du-cannabis>

	Si Consommation arrêtée	Si Consommation poursuivie
<b>Attitude du consultant</b>	Valoriser et renforcer	Orientation addictologie, tabacologue, psychologue ou/et psychiatre pour faire le point surtout si le cannabis est utilisé comme anxiolytique ou hypnotique
<b>Suivi des consommations</b>	Suivi du maintien de l'arrêt : poser la question à chaque consultation : « vous en êtes où avec le cannabis ? » Mesurer le CO.	Rapprocher consultations Mesurer le CO à chaque consultation : « on en reparle la prochaine fois » Contacter le médecin généraliste si accord patiente.
<b>Traitements</b>	Aucun	Thérapies de soutien Traitement médicamenteux possible (nicotinique et/ou anxiolytique). « La décision vous appartient »
<b>Suivi de grossesse</b>	* Suivi A = suivi régulier sage-femme ou médecin généraliste ou gynéco-obst selon le choix de la femme.  Proposer Entretien Prénatal Précoc pour évaluer la situation globale.	**Suivi A1 = suivi régulier sage-femme ou médecin généraliste ou gynéco-obst + l'avis d'un gynéco et/ou d'un autre spécialiste est conseillé. • Intérêt d'une coordination globale par un référent. • Surveillance échographique habituelle. • Suivi sage-femme de proximité (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.
<b>Accouchement</b>	<b>Niveau 1. 2. 3</b>	
<b>Suites de couches</b>	Pas d'hospitalisation systématique en néonatalogie. Surveiller le comportement (irritabilité), nursing par la mère.	
<b>Allaitement</b>	Projet à favoriser.	A discuter au cas par cas. Si projet d'allaitement, soutenir l'abstinence
<b>Organisation de la sortie</b>	Conseiller un suivi pédiatrique. Parler contraception dès la fin de la grossesse.	Organiser suivi de l'enfant par médecin formé au dépistage des troubles du développement. • ↑ risque mort inattendue surtout si couchage partagé avec les parents (lit ou canapé) • Proposer un soutien par sage-femme libérale et puéricultrice de PMI • Parler contraception type DIU ou implant dès la fin de la grossesse
<b>Conseil prochaine grossesse</b>	Zéro cannabis 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)