Enceinte, il n'y a pas de consommation sans risques

Karine QUINTARD sage-femme, CSAPA CAP14

DU périnatalité et addictions 2022-2023

ARCA Sud
SANTÉ ET ADDICTION

ARCA'fé 12/09/2023

Représentation Idéale Femme enceinte "MARIE""= mère "exemplaire," responsable, vie saine, nage dans le bonheur de sa grossesse; objectif conso zéro

≠

Réalité elle peut être aussi "EVE", consommatrice de substances psychoactives

➔ Honte, crainte du jugement, culpabilité, sentiment de discrimination

➔ isolée, ne va pas aborder ses consommations

- Or, la consommation de substances psychoactives **expose la mère et l'enfant** à naitre à des risques médicaux, ces risques sont spécifiques à chaque produit mais souvent la polyconsommation majore les risques.
- Grossesse occasion tant sur le **plan psychique que médical** de prendre en charge la/les dépendance(s)
- Déterminant pour le déroulement de la grossesse, la santé de l'enfant, la qualité et le devenir de la relation parent-enfant.
- **Ne jamais oublier le père** …

ALCOOL et GROSSESSE

Pourquoi et quand informer

- Incidence de l'alcoolisme de la femme
- Incidence de l'alcoolisme chez le futur père
- Moment de l'information
- Vigilance entre 5 et 12 SA (organogénèse, **passage placentaire éthanol 100%)**
- Atteinte du SNC tout au long de la grossesse

Dépistage précoce

- Intérêt
- **Interrogation +++** (quand, combien de fois…)
- PEC pluridisciplinaire précoce (écho réf, addicto, gynéco, pédiatre…)
- Suivi +++ de l'enfant des TND (Troubles Neuro Développementaux)

TABAC et GROSSESSE

Pourquoi et quand informer

- Incidence du tabagisme de la femme
- Incidence du tabagisme chez le futur père (fertilité, tabagisme passif)
- Moment de l'information
- Impacts tout au long de la grossesse
- **Conséquences sur le long terme tabagisme passif (enfant)**

Dépistage précoce

- Intérêt
- **Interrogation +++** (quantité, mode de conso…)
- Vit C 500 mg/j
- Traitements substitutifs nicotiniques (orale, patch…)
- **Aborder la vapoteuse, cannabis**
- Encourager allaitement maternel longue durée

GROSSESSE et CANNABIS

Pourquoi et quand informer

- Incidence du cannabis sur la grossesse
- Incidence sur le couple: fertilité (CBD et THC), toxicité du CO
- Moment de l'information
- Impacts tout au long de la grossesse
- Impacts transgénérationnels
- **Conséquences sur le long terme sur le DNC de l'enfant**
- **+50% troubles spectre de l'autisme (THC)**

Dépistage précoce

- Intérêt
- **Interrogation +++** (quantité, CBD…)
- Traitements substitutifs nicotiniques (orale, patch…)
- Si poursuite, envisager PEC des troubles psy (insomnie, anxiété, dépression…)
- Envisager autre mode de consommation
- **Contre-indication à l'allaitement si poursuite**

COCAINE et GROSSESSE

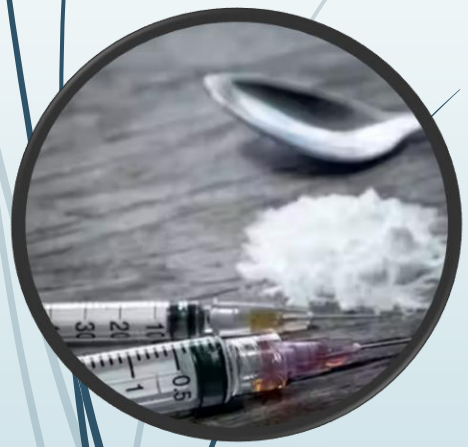
Pourquoi et quand informer

- **Effet vasocontricteur puissant/ hypoxie fœtale :** expliquer les risques +++ pendant la grossesse: (HRP, FCS,RPM…)
- Malformations fœtales (MFIU, RCIU PAG, AVC, SDNN…)
- Moment de l'information
- Impacts tout au long de la grossesse
- **Recherche des sérologies (Hep A, B, C, VIH)**
- **Vigilance sur les associations des produits (mode, produits,…)**

Dépistage précoce

- **Interrogation +++ (quand, quantité, forme, régularité…)**
- Si poursuite, envisager hospitalisation
- Envisager PEC pluridisciplinaire précoce (écho réf, addicto, gynéco, pédiatre…)
- **Suivi pédiatrique au long terme enfant (TDPM)** si conso régulière
- **Vigilance à l'arrêt des conso :** apparitions de troubles psy possibles (schizo, bipolarité, …)

OPIACES et GROSSESSE



Pourquoi et quand informer

- **Anticiper la grossesse +++ (TSO: méthadone, BHD, orobupré*)**
- **Ne pas arrêter un traitement y compris pendant la grossesse** voire anticiper une augmentation
- Impacts de l'arrêt : FCS, MFIU, AP, RCIU
- Organiser un suivi pluridisciplinaire (écho réf, med traitant, addicto, gynéco, pédiatre, et néonat, SF, HAD,…)
- **Eviter la prescription de benzo**
- **Amener à une grossesse bien suivie**

Dépistage précoce

- **Interrogation +++** (mode de vie, coparent…)
- Nalaxone/nyxoïd spray si surdosage
- APD (Analgesie PeriDurale) précoce, **CI nubain**
- **Syndrome de sevrage** indépendant de la dose de la TSO (soins nursing/ sirop de morphine)
- Surveillance du lien ME
- **Promouvoir allaitement**
- **Vigilance si reprise des conso**

USAGE du PROTOXYDE D'AZOTE

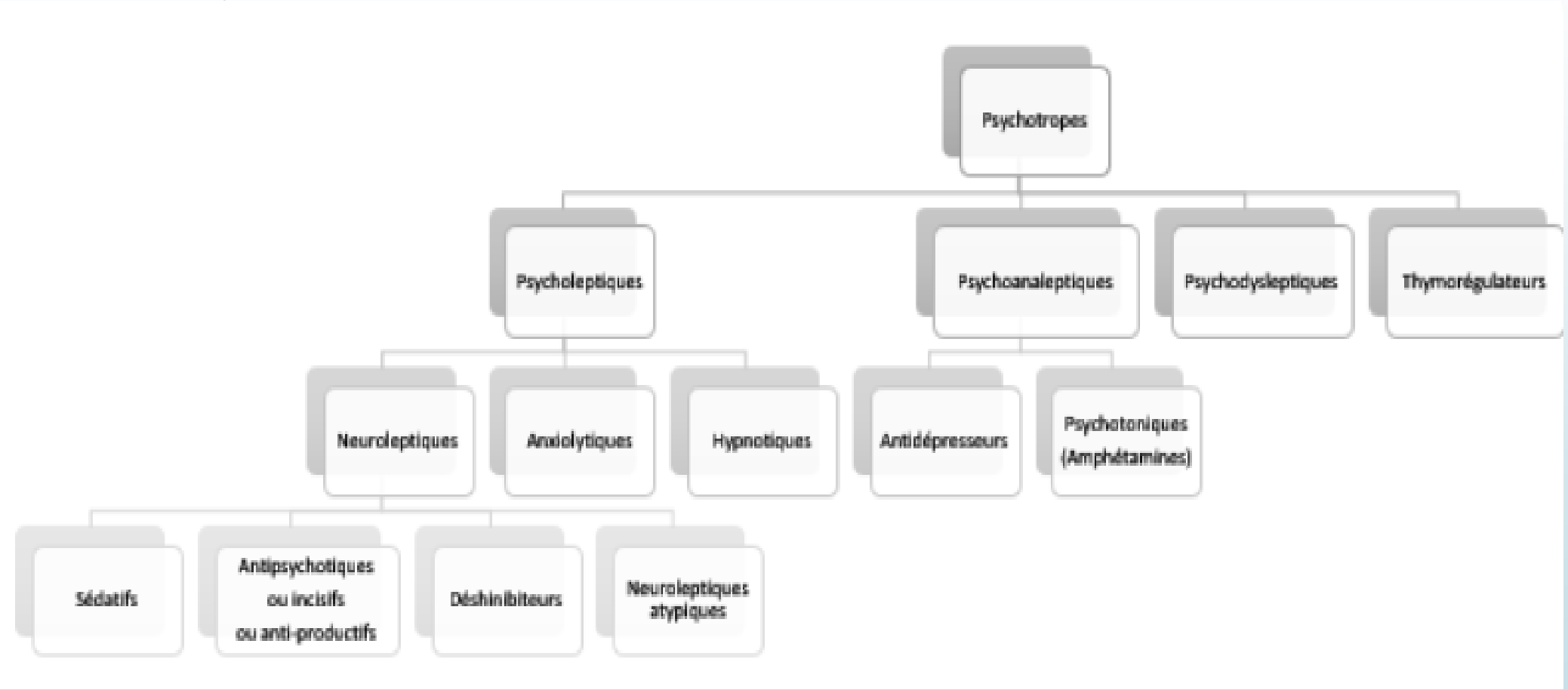
Usage simple

- **Utilisation ponctuelle à visée antalgique en cours de la grossesse ou de l'accouchement sans retentissement**
- Pas de risque de malformations ni toxicité fœtale

Usage détourné

- **Interrogation +++ si d'autres conso produits psychoactifs**
- Pas d'étude ce jour sur la grossesse
- Si poursuite, adressage en centre d'addicto et PEC pluridisciplinaire
- Signes connus: neuro, cardio-vasc (thrombotique, cardiaque), manifestations psychiatriques diverses, traumatismes, chutes…

MEDICAMENTS PSYCHOTROPES et GROSSESSE



MEDICAMENTS PSYCHOTROPES et GROSSESSE

Avant la grossesse

- **Planifier la grossesse**
- **Compatibilité avec la grossesse**
- Réévaluer les psychotrophes (bénéfices/risques)
- Conseiller (CRAT, privilégier des demi-vies courtes)

Pendant la grossesse

- **Évaluation régulière de l'intéret**
- Réseau de soins adapté en psycho-périnat
- Prévention
- Repérage précoce
- Pas d'arrêt de traitement
- Allaitement?

Après la grossesse

- **Évaluation régulière**
- Accompagnement
- Risque majoré de DPP/TS
- Allaitement
- PEC mère et enfant
- **Syndrome de sevrage au benzo du nourrisson**
- Place du père

ECSTASY et GROSSESSE

- Peu de données
- Cardiopathies?
- Étude de Daisy 2003-2008: enfants de moins de bonne qualité motrice de 4 à 24 mois
- CI allaitement

METAMPHETAMINES et GROSSESSE

- Étude Ideal 1976-1977 : impacts sur le cerveau fœtal +++, désordres psychiatriques majeurs
- CI allaitement

QUE RETENIR?

- **Anticiper les grossesses +++**
- Cs du couple interroger sur toutes leurs consommations (questionnaires GEGA)
- Donner une information éclairée, cohérence des discours, **nécessité formation des professionnels**
- Conseil: arrêt des consommations (sauf médicaments psychotropes ou opioïdes)
- Si besoin avis et orientation équipe d'addictologie (ELSA, CSAPA) équipe obstétricale de la maternité (gynécologue obstétricien, SF, néonatalogues et pédiatre), médecin traitant, PMI,…

- **Faire du repérage à chaque Cs obstétricale** (évènements impact psycho)
- **Réduction des risques +++**
- Créer une **alliance thérapeutique** (pas dans le jugement, empathie, écoute mais continuer de donner une information claire)
- Si poursuite des conso, envisager un psycho trauma (différence vouloir et pouvoir)
- Accompagnement psycho réminiscence, transparence psychique liée à la grossesse
- **Risque de rechute en post-partum**, en fin d'allaitement
- Objectif : Maintien du lien parents/enfants mais recours CMP, PMI ,IP

Merci de votre attention

ANNEXES

ANTIDÉPRESSEURS	COMPATIBLE AVEC LA GROSSESSE	COMPATIBLE AVEC L'ALLAITEMENT
ISRS		
SERTRALINE (Zoloft®)	**OUI, quel que soit le terme.** •**En 1er intention** chez la femme ayant un projet de grossesse et chez la femme enceinte. **Privilégier un switch vers ces IRS** si découverte de grossesse sous un autre IRS ou IRSNa.	**OUI, à prescrire en 1er intention chez la femme enceinte.** •Nombreuses données rassurantes
PAROXETINE (Deroxat®)		
FLUOXETINE (Prozac®)	**OUI, quel que soit le terme.**	**ENVISAGEABLE**, si la Sertraline ou la Paroxetine ne convient pas : •**Données** parcellaires. •Prendre en compte le **risque d'effets secondaires chez le nouveau-né :** irritabilité, agitation, troubles du sommeil… et **réévaluer** si manifestations cliniques chez l'enfant. •Passage dans le lait **variable en fonction de l'antidépresseur** (≤ 10%) •**Chez les enfants allaités,** les concentrations plasmatiques sont **généralement très faibles.** •Si besoin, **contacter le CRAT.**
ESCITALOPRAM (Seroplex®)		
CITALOPRAM (Seropram®)		
IRSNa		
VENLAFAXINE (Effexor®)	**OUI, en 1er intention si IRSNa** envisagé.	
DULOXETINE (Cymbalta®)	**OUI**, mais **en 2ème intention si IRSNa** envisagé. •Préférer la Sertraline, Paroxetine ou Venlafaxine. •Signaler le cas au CRAT pour enrichir les connaissances.	
TRICYCLIQUES		
CLOMIPRAMINE (Anafranil®) AMITRIPTILINE (Laroxyl®)	**OUI, quel que soit le terme.** •Prévenir l'équipe de néonatologie	**OUI, à posologies usuelles.**
IMIPRAMINE (Tofranil®)	**OUI en 2ème intention, si réel avantage**, pourra être poursuivie à posologie efficace, **quel que soit le terme.**	
AUTRE		
MIRTAZAPINE (Norset®)	**OUI, quel que soit le terme.**	**NON**
ANTIDÉPRESSEURS CONTRE INDIQUÉS		
PHÉNELZINE (Nardil®) MOCLOBÉMIDE (Moclamine®) AGOMELATINE (Valdoxan®)	**NON**, changer de traitement en prévision d'une grossesse, pour traiter une femme enceinte ou si découverte d'une grossesse.	**NON,** changer de traitement pour une molécule mieux connue en période d'allaitement.
DANS TOUS LES CAS	•**Aucun effet malformatif** particulier **ni d'augmentation du risque de troubles du spectre autistique.** •Une **augmentation de posologie peut être nécessaire** durant la grossesse. •Dans certains cas des **symptômes néonataux transitoires et bénins** traduisant soit une imprégnation du nouveau-né, soit un syndrome de sevrage peuvent apparaitre, possiblement **favorisés par un arrêt brutal** du traitement maternel avant l'accouchement.	

ANXIOLYTIQUES	COMPATIBILITE AVEC LA GROSSESSE	COMPATIBILITE AVEC L'ALLAITEMENT
EN PREMIÈRE INTENTION		
OXAZEPAM (Seresta®)	OUI, quel que soit le terme.	OUI, si possible dans la limite de 3 x 10 mg/ j
HYDROXYZINE (Atarax®)		NON, ou ne pas allaiter si son usage s'avère nécessaire
EN DEUXIÈME INTENTION		
CHLORPROMAZINE (Largactil®)	OUI, quel que soit le terme.	OUI dans la limite de 150-200mg/j
CYAMEMAZINE (Tercian®)	OUI	NON, ou ne pas allaiter si son usage s'avère nécessaire.
ALPRAZOLAM (Xanax®)	OUI, si la molécule présente un réel avantage, elle pourra être utilisé quel que soit le terme, à dose minimale efficace.	NON, ou ne pas allaiter si leur usage s'avère nécessaire.
BROMAZÉPAM (Lexomil®)		
CLORAZEPATE (Tranxène®)		
CLOBAZAM (Urbanyl®)		
DIAZÉPAM (Valium®)		
LORAZEPAM (Temesta®)		
NORDAZEPAM (Nordaz®)		
PRAZEPAM (Lysanxia®)		
ANXIOLYTIQUES CONTRE INDIQUES		
CLOTIAZEPAM (Veratran®) LOFLAZEPATE (Victan®) BUSPIRONE (Buspar®)	NON, rassurer sur le risque malformatif et préférer l'Oxazépam ou l'Hydroxyzine.	NON, ou ne pas allaiter si leur usage s'avère nécessaire.
DANS TOUS LES CAS	•A la **dose minimale efficace**, **sans sous-doser.** •Si le traitement est poursuivi jusqu'à l'accouchement, **en informer l'équipe de la maternité** afin d'adapter l'accueil du nouveau-né en raison de possible signes d'imprégnation, ou de sevrage. •**Rassurer** quant au **risque malformatif.**	•**Réévaluer** la poursuite de l'allaitement si l'enfant présente des **signes de sédation** (sommeil prolongé, diminution de la succion, mauvaise prise de poids...) ou compatible avec le profil pharmacologique des **neuroleptiques** (agitation, sédation, mouvements anormaux).

ANTIPSYCHOTIQUES	COMPATIBILITÉ AVEC LA GROSSESSE	COMPATIBILITÉ AVEC L'ALLAITEMENT	
ARIPIPRAZOLE (Abilify®)	OUI, quel que soit le terme.	NON, Très longue demie vie de l'Aripiprazole, 75 à 146h.	
OLANZAPINE (Zyprexa®)		OUI à dose ≤ 10 mg/j.	Sous réserve que la mère ne reçoive pas d'autres médicaments sédatifs.
QUETIAPINE (Xeroquel®)		OUI à dose minimum efficace.	
RISPERIDONE (Risperdal®)		OUI à dose ≤ 6mg/j.	
CHLORPROMAZINE (Largactil®)	OUI, en l'absence d'alternatives thérapeutiques, quel que soit le terme.	OUI à dose ≤ 150-200 mg/j.	
HALOPÉRIDOL (Haldol®)		OUI à dose ≤ 10mg/j.	
CLOZAPINE (Leponex®)	OUI, en l'absence d'alternatives thérapeutiques, quel que soit le terme. Signaler au CRAT pour enrichir les connaissances.	NON, Longue demie vie, 14h. Si l'allaitement a eu lieu sous Clozapine, signaler le cas au CRAT.	

PREVOIR UN CHANGEMENT DE MOLECULE SI TRAITEMENT PAR UN DES ANTIPSYCHOTIQUES SUIVANTS :

•TERCIAN® (Cyamemazine), sauf pour l'anxiété si le Seresta et l'Atarax contre indiqués. Pas d'allaitement dans ce cas

- **•CLOPIXOL® (Zuclopenthixol)**
- **•DIPIPERON® (Pipampérone)**
- **•DOGMATIL® (Sulpiride)**
- **•FLUANXOL® (Flupentixol)**
- **•LOXAPAC® (Loxapine)**
- **•MODECAT® (Fluphénazine)**
- **•NEULEPTIL® (Propericiazine)**
- **•NOZINAN® (Lévomépromazine)**
- **•PIPORTIL® (Pipotiazine)**
- **•SOLIAN® (Amisulpride)**
- **•THERALENE® (Alimémazine)**
- **•TIAPRIDAL® (Tiapride)**

DANS TOUS LES CAS	•Utiliser la **posologie minimum efficace**. •Ne pas hésiter à **augmenter les posologies si l'efficacité diminue** en cours de grossesse. •Ne **pas diminuer de façon systématique** les posologies **avant l'accouchement**. •Limiter les associations de psychotropes et choisir de préférence **un seul médicament par classe.** •Si traitement poursuivi jusqu'au terme, **informer l'équipe de la maternité** afin d'adapter l'accueil du nouveau-né.	•**Réévaluer** la poursuite de l'allaitement **si l'enfant présente des symptômes** compatibles avec le profil pharmacologique des **antipsychotiques** (sédation, agitation, mouvements anormaux)

THYMORÉGULATEURS	COMPATIBILITE AVEC LA GROSSESSE	COMPATIBILITE AVEC L'ALLAITEMENT	
EN PREMIÈRE INTENTION			
RISPERIDONE (Risperdal®)	**OUI, quel que soit le terme.**	**OUI à dose ≤ 6mg/j**	Sous réserve que la mère ne reçoive pas d'autres médicaments sédatifs.
QUETIAPINE (Xeroquel®)		**OUI à dose minimum efficace.**	
OLANZAPINE (Zyprexa®)		**OUI à dose ≤ 10 mg/j**	
ARIPIRAZOLE (Abilify®)		**NON** (Très longue demie vie de l'Aripiprazole, 75 à 146h)	
LAMOTRIGINE (Lamictal®)	**OUI, quel que soit le terme.** (Fréquente baisse de la Lamotriginémie)	**PAS DE CONDUITE A TENIR UNIVOQUE**	
EN DEUXIÈME INTENTION, en cas d'inefficacité ou de mauvaise tolérance des molécules précédentes			
LITHIUM (Teralithe®)	**OUI avant le 51ème jour**, sous réserve d'une **surveillance cardiaque fœtale spécifique**, **OUI après le 51ème jour**, pas de sur-risque malformatif. Dans tous les cas : suivi rapproché des **lithiémies maternelles, informer le gynécologue et l'équipe de maternité**.	**NON**	
CARBAMAZÉPINE (Tégrétol®)	**OUI**, de préférence **après le 1er trimestre**. •Associé à la prescription de **vitamine K1 à la mère à 10 mg/jour** per os les **15 derniers jours** de grossesse. •Prise en charge spécifique du nouveau-né (Vit K1). •Si exposition au 1er trimestre, fréquence globale des malformations identique ou faiblement augmentée. •Par contre, augmentation de la fréquence des anomalies de fermeture du tube neural : **Surveillance fœtale spécifique**. •Supplémentation en Acide Folique inefficace pour prévenir l'apparition de ces malformations.	**ENVISAGEABLE**, mais **préférer un autre thymorégulateur**. •Fort passage dans le lait et risque d'atteinte hépatique transitoire. •Si allaitement, prévenir l'équipe de néonatologie et pédiatres.	
THYMORÉGULATEURS CONTRE INDIQUÉS			
ACIDE VALPROÏQUE (Dépakine®) **VALPROMIDE (Dépamide®)** **DIVALPROATE DE SODIUM (Dépakote®)**	**Ne doit pas être prescrit, remplacer l'Acide Valproïque par une autre molécule en cas de grossesse ou projet de grossesse.**	**Envisageable chez une femme qui allaite** dans le strict respect de ses conditions de prescription (cf. CRAT)	
DANS TOUS LES CAS	•**Consultation pré-conceptionnelle** souhaitable. •**Possible baisse des concentrations plasmatiques** •Si **posologies** augmentées, penser à les **rétablir au niveau antérieur après l'accouchement**.	•**Si neuroleptiques, réévaluer** la poursuite de l'allaitement si l'enfant présente des **symptômes compatibles** avec leur profil pharmacologique.	

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, coeur, face, squelette... **Anomalies cérébrales** (agénésie corps calleux, giration...), oculaires, auditives, organes génitaux...	Fausses couches (FCS), Retard de croissance intra utérin (RCIU), mort foetale in utéro (MFIU)	Syndrome de sevrage modéré (irritabilité) en cas d'alcoolisation quotidienne jusqu'à l'accouchement. **SAF complet** (hypotrophie+ microcéphalie+ dysmorphie du visage) **ou partiel**. **Risques +++ d'instabilité émotionnelle, de troubles du développement, des apprentissages, des fonctions exécutives**, retard mental même si absence de signes de SAF.	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	Hypoxie et toxicité : FCS, risque x2 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. + d'affections broncho-pulmonaires et ORL, de mort inattendue du nourrisson, + de troubles du développement et du comportement.	Passage dans le lait. Elimination en 3h environ.
Cannabis	Etudes avec résultats discordants	Hypoxie et toxicité liée à la fumée : FCS, MAP, HRP, RPM, RCIU, MFIU. Perturbation du travail obstétrical.	**Idem tabac** avec + de petit poids de naissance (OR=1,5) + pdt 1er mois : moins bonne capacité d'autorégulation, besoin augmenté de portage, plus de léthargie, et diminution des capacités d'attention	THC se concentre dans le lait lors de consommation quotidienne, Elimination lente.
Benzodiazépines	Actuellement non démontré	Rythme cardiaque foetal moins oscillant, moins réactif, diminution des MAF	Selon la demi-vie, risque de **syndrome d'imprégnation** (somnolence, hypotonie, hypothermie, troubles de la succion) **puis** parfois syndrome de **sevrage modéré** (irritabilité, troubles du sommeil)	Passage dans le lait et persistance en fonction des caractéristiques pharmacologique de la molécule
Héroïne	Non	Hypercontractibilité utérine, stress foetal : FCS, MAP, RCIU, souffrance foetale aigue (SFA), MFIU. RCF moins oscillant	+ de prématurité, d'hypotrophie, de mort inattendue du nourrisson. **Syndrome de sevrage+++**	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 si ttt bien équilibré	+ de prématurité, d'hypotrophie mais diminués // héroïne + de mort inattendue **Syndrome de sevrage +++ pas corrélé à la posologie maternelle**.	Faible passage dans le lait, pas d'incidence connue sur l'enfant.
Cocaïne Crack Free base	Légère augmentation du risque par hypoxie et ischémie (appareil urinaire et cardiaque)	Lors des consommations : vasoconstriction, poussées hypertensives, hypoxie, ischémie, induction de contractions utérines : HTA, FCS, MAP, troubles du rythme foetal (tachycardie, variabilité diminuée) RCIU, MFIU, HRP	+ de prématurité, d'hypotrophie. Signes d'imprégnation : trémulation, hyperactivité, instabilité neurovégétative, cri aigu, succion excessive + de mort inattendue du nourrisson, troubles du développement et comportementaux	Passage dans le lait peu connu avec précision, plutôt élevé.
Amphétamines Ecstasy	+ de cardiopathies (1 étude)	MAP, RCIU, HRP	Risque de prématurité. Signes de sevrage : irritabilité ,hypertonie, succion médiocre. Troubles du comportement.	Passage dans le lait important si consommation régulière.

Les effets cités correspondent à une augmentation statistiquement significative du risque relatif de la consommation du produit en tenant compte des autres facteurs de risque

Réalisation : groupe de pilotage régional « Périnatalité et addictions »
Coordination : C.Chanal, Réseau de Périnatalité Occitanie (ex nglr)

Rédaction 4 mars 2010 - Mise à jour janv 2014 puis revu CHU Montpellier, le 11 décembre 2019

Grossesse et addictions : conduites à tenir recommandées au CHU de Montpellier

	Suivi de grossesse	Addictologie	Nouveau-né	Allaitement maternel
Alcool ≥ 4 verres en 1 occasion à plusieurs reprises après 5 SA ou quotidiennes ≥ 2 verres/jour	Suivi grossesse à risque : cs rapprochées SF/obstétricien en alternance + ERCF si RCIU Echo T2 orientée + biométries 1x/mois. Cs anténatale pédiatre	Cs addictologie. Si dépendance physique : sevrage en hospitalisation, hydratation, anxiolytique, vitamines B1B6, Magnésium, Aotal® possible.	Si consommation jusqu'à l'accouchement : surveiller comportement en maternité, nursing et peau à peau. Faire bilan pédiatrique, suivi développement ≥ 7-8 ans +/- inclusion réseau NN vulnérable	Si projet d'allaitement, soutenir l'abstinence. Contre indiqué si poursuite des consommations.
Tabac	Mesurer CO. Suivi SF ou médecin + avis obstétricien si consommation >10cig/j ou CO >10 Cs dentaire pour prévention maladie parodontale.	Cs tabacologie. Sevrage ambulatoire +/- Si besoin substitution nicotinique patch et/ou orale.	Nursing et peau à peau + prévention mort inattendue du nourrisson. Conseils de réduction des risques tabagisme passif	Si projet d'allaitement, à favoriser. Si poursuite tabac, fumer de préférence après la tétée.
Cannabis Plusieurs fois par semaine pendant la grossesse	Mesurer CO. Suivi médecin ou SF + avis obstétricien si poursuite conso. > 1j/j Avis pédiatrique si souhait allaitement.	Consultation tabaco ou addicto. Sevrage ambulatoire +/- substitution nicotinique +/- Seresta ou Atarax® ou Donormyl et/ou psychothérapie	Surveiller comportement (irritabilité) en maternité. Nursing et peau à peau + prévention mort inattendue du nourrisson	Si projet d'allaitement, soutenir l'abstinence.
Benzodiazépines (prises quotidiennes)	Suivi médecin ou SF + au moins 1 avis de GO. Avis pharmacovigilance si polymédication Cs anténatale pédiatrique.	Cs psy ou addictologue. Préférer relai par Seresta®. Si sevrage, hospitaliser car risque d'épilepsie.	Surveiller succion + somnolence Hospitaliser si signes+++ et besoin de gavage. Nursing et peau à peau++, pas de ttt médicamenteux.	Possible si Seresta® maximum 30mg/j
Héroïne plusieurs fois par mois, plusieurs fois pendant la grossesse	Suivi haut risque : cs rapprochées SF ou GO en alternance + ERCF 1x/s. Echo biométries-doppler 1x/mois. Cs anténatale pédiatrique.	CI au sevrage. Cs addictologie. Initialisation d'une substitution de préférence par méthadone et en hospitalisation.	Surveiller avec score de Finnegan ou de Lipsitz. Nursing et peau à peau +/- traitement morphinique dégressif. Hospitaliser en pédiatrie si besoin de traitement.	Si projet d'allaitement, soutenir l'abstinence. Contre indiqué si poursuite des consommations.
Traitements de substitution aux opiacés (Méthadone, Buprénorphine) ou antalgiques opioïdes	Suivi haut risque : cs rapprochées SF ou GO en alternance + ERCF Echo biométries-doppler 1x/mois. Cs anténatale pédiatrique.	Pas de sevrage, éviter mésusage. Adapter posologie méthadone : besoin fréquent de fractionner en 2 prises et d'augmenter.	Surveiller avec score de Finnegan ou de Lipsitz. Nursing et peau à peau +/- traitement morphinique dégressif. Hospitaliser en pédiatrie si besoin de traitement.	Si projet d'allaitement, à favoriser.
Cocaïne-crack-free base plusieurs fois par mois, plusieurs fois pendant la grossesse	Suivi haut risque : cs rapprochées SF ou GO en alternance + ERCF 1x/s. Echo T2 orientée + biométries-doppler 1x/mois. Cs anténatale pédiatrique.	cs addictologie. Pas de traitement de substitution possible, sevrage ambulatoire ou en hospitalisation.	Surveiller comportement en maternité, nursing et peau à peau++.	Contre-indiqué si poursuite des consommations. Si consommation très ponctuelle tirer le lait pendant 24h et le jeter.
Amphétamines (dont Ecstasy) plusieurs fois par mois, plusieurs fois pendant la grossesse	Suivi haut risque : cs rapprochées SF ou GO en alternance + ERCF 1x/s. Echo T2 orientée + biométries-doppler 1x/mois. Cs anténatale pédiatrique.	cs addictologie Pas de traitement de substitution possible. Sevrage ambulatoire.	Surveiller comportement en maternité, nursing et peau à peau++.	Contre-indiqué si poursuite des consommations.

Réalisation : groupe de pilotage régional « Périnatalité et addictions »
Coordination : C.Chanal, Réseau de Périnatalité Occitanie (ex nglr)

Rédaction 4 mars 2010 - Mise à jour janv 2014 puis revu CHU Montpellier, le 11 décembre 2019

GRILLE DE LECTURE AUTO-QUESTIONNAIRE « VULNERABILITES »

D MA 190 V1
Janvier 2022

CLINIQUE JULES VERNE

MATERNITE

L'objectif de cet auto-questionnaire est de faciliter le dialogue avec la patiente sur des sujets qui peuvent être délicats à aborder et de l'orienter précocement, selon ses besoins, vers des consultations spécialisées.

Il est important d'accompagner une réponse positive

- *« Vous avez coché des réponses pouvant influer sur votre grossesse. Je vous propose de prendre RDV avec ... ».*
- *« Avez-vous déjà un accompagnement ? ... et par le passé ? ».*
- *« Si vous le souhaitez, nous pouvons vous accompagner ».*
- *« Vous pouvez rencontrer un professionnel pour obtenir des informations ».*

Q1 à Q2 - Anxiété, dépression

Evaluer si anxiété récente ou préexistante à la grossesse.

Réassurance, entretien prénatal précoce.

Psychologues Maternité : Laetitia Hubert/Anne Bonraisin

- laetitia.hubert@hospigrandouest.fr
- anne.bonraisin@hospigrandouest.fr

- **Si suivi actuel :** inviter à poursuivre ce suivi, et demander si autorisation d'en notifier les coordonnées dans le dossier.
- **Si suivi antérieur :** proposer de reprendre contact avec **son ancien thérapeute** (coordonnées à notifier dans le dossier).

Q3 à Q8 - SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Q3 - ALCOOL

Evaluer les quantités consommées :

- *« Dans les mois qui précèdent votre grossesse, comment était votre consommation de boissons alcoolisées ? Dans quelle occasion ? Combien de verre à chaque fois ? ».*
- *« Que pensez-vous de la recommandation « zéro alcool » pendant la grossesse ? ».*
- *« Comment a évolué votre consommation d'alcool depuis que vous savez que vous êtes enceinte ? ».*

Rassurer si consommation exceptionnelle =
une seule consommation > 4 verres
en une fois au début de la grossesse
OU
consommation journalière < 2 verres
avant le diagnostic de grossesse précoce.

« Vous et votre bébé vous porterez mieux sans consommation d'alcool. Si cela vous est difficile, un accompagnement adapté est possible »

Q4 - TABAC

- *« Comment envisagez-vous l'évolution de votre consommation pendant la grossesse » ?*

Proposer une aide au sevrage.

Q5 à Q8 - CANNABIS, DROGUES ILLICITES

- *« Que savez-vous des effets pendant la grossesse ? ».*
- *« Selon vous, quel serait le principal bénéfice à modifier votre consommation ? ».*

GUIDE D'AIDE À L'ARRÊT DU CANNABIS

Usage du cannabis

Consommation faible et / ou irrégulière = une consommation < **10 joints /mois** dans un contexte de convivialité, en dehors de la grossesse.

Les effets du tabac se rajoutent à ceux du cannabis

Q8 - MEDICAMENTS PSYCHOTROPES, TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACES

- *« Ces traitements ont-ils été prescrits dans le cadre d'un suivi ? ».*
- *« Depuis combien de temps les prenez vous ? ».*

Se référer au **CRAT**
(Centre de Référence des Agents Thératogènes)
https://www.lecrat.fr

Ne pas arrêter ni réduire un traitement de substitutions aux opiacées sans accompagnement.

Professionnels spécialisés en addictologie :
Dr Stéphanie Chaplot / Claire Douaud (SF)
SECRETARIAT : **02 51 17 17 24**
Possibilité pour les SF de prendre directement RDV sur HM avec Claire Douaud.

- Consultation pédiatrique anténatal : **CF secrétariat pédiatrie**
- TABAC INFO SERVICE : **3989**
- ALCOOL-INFO-SERVICE : **0 980 980 930**
- Écoute Cannabis : **0 980 980 940**
- DROGUES INFO SERVICE : **0800 23 13 13**
- CSAPA (centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) : **CF annuaires**

☺ Les annuaires de tabacologie et d'addictologie des Pays de la Loire sont enregistrés dans :
BlueKanGo - Blue Portail
BLUE MEDI :
INSTANCES ET COMMISSION/ADDICTIONS/ANNUAIRES

ARS - Annuaires (dont Tabacologie) :
https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/annuaires-1

SRAE - Annuaire des professionnels :
https://srae-addicto-pdl.fr/parcours-de-soins/annuaire-des-professionnels/

Q9 - TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

- *« Avez-vous eu d'importantes variations de poids au cours de votre vie ? ».*
- *« Craignez-vous prendre du poids ? ».*

Quelque soit l'ancienneté du trouble, il est recommandé de faire le point avec un professionnel

Repérer si la patiente a déjà rencontré un professionnel :

- *« Comment avez-vous été accompagnée ? ».*
- *« Quel était le médecin référent ? ».*
- *« Seriez-vous d'accord pour reprendre contact avec cette personne pendant le suivi de la grossesse ? ».*

Si la consultation le permet, discuter des changements physiques et psychologiques pendant la grossesse.

- Entretien prénatal SF : **02 51 17 17 38**
- Consultation diététicienne :
  Caroline Renaud : **02 51 17 15 30**
- Consultation spécialisée en addictologie :
  Dr S.Chaplot / C.Douaud (SF) : **02 51 17 17 24**
- Consultation psychiatre addictologue :
  Dr A.Chassevent : **02 40 08 47 95**
  anne.chassevent@chu.fr
- Réseau Nutritionniste ABELA :
  (Anorexie et Boulimie en Loire Atlantique)
  https://www.chu-nantes.fr/reseau-abela-anorexie-et-boulimie-en-loire-atlantique

Q10 à Q 12 – VIOLENCES, SECURITE AFFECTIVE

- *« Je vous crois, vous pouvez être aidée et soutenue par différents professionnels ».*
- *« C'est très important ce que vous venez de me confier ».*

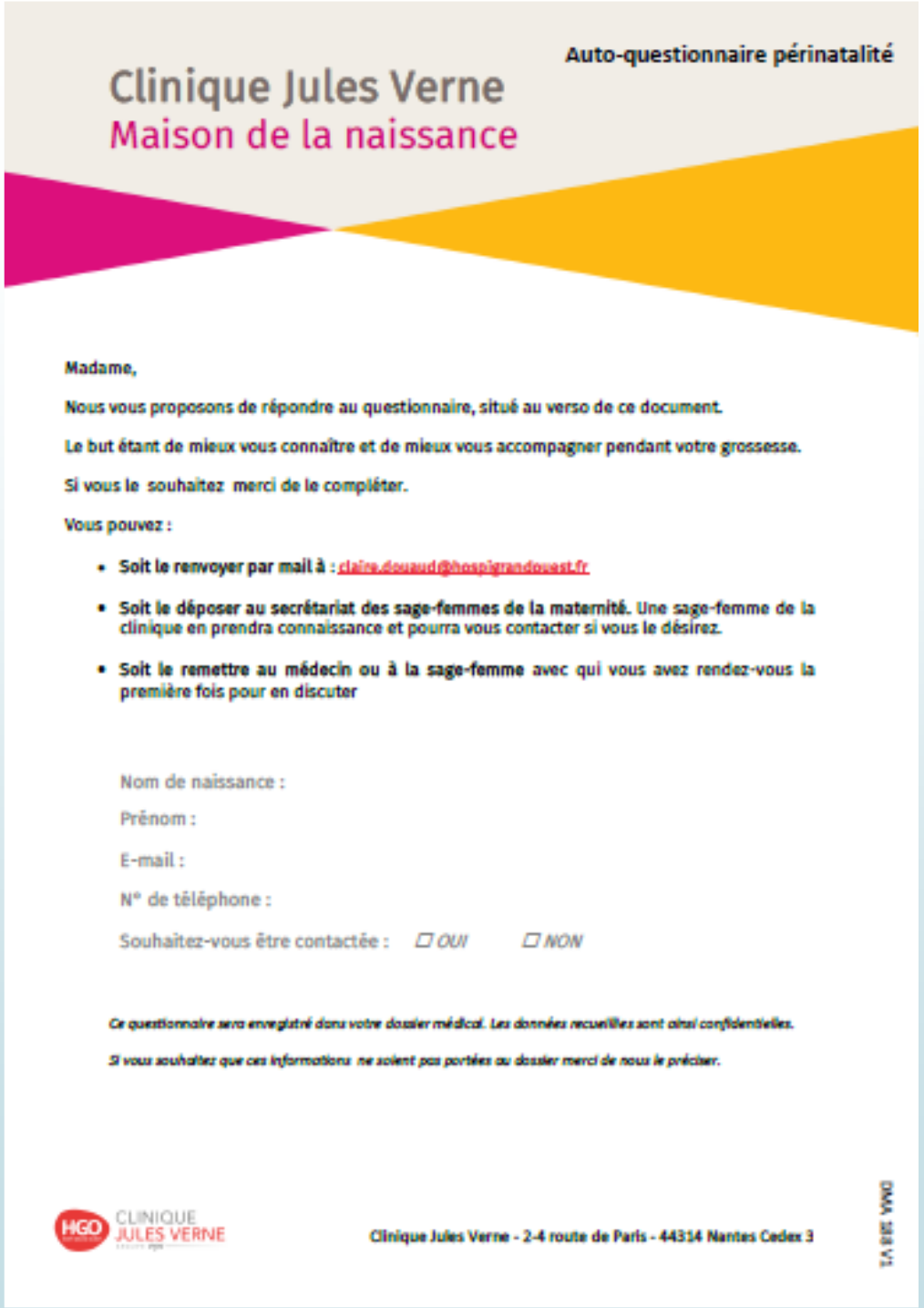
Evaluer état de stress ? Anxiété ? Traumatisme ? Violences récentes, anciennes ?

Adopter une écoute active et bienveillante, évaluer la situation, les besoins et les préoccupations de la patiente. **Prendre position contre les violences, rappeler le cadre confidentiel de la consultation et la vulnérabilité spécifique à la grossesse**

- Entretien prénatal SF : **02 51 17 17 38**
- Entretien conseillère conjugale et familiale centre de planification Clothilde Vautier : **02 51 17 14 83**
- Consultation psychologues :
  laetitia.hubert@hospigrandouest.fr
  anne.bonraisin@hospigrandouest.fr
- CITAD'ELLES : **02 40 41 51 51**
  Lieu femmes victimes de violences
  contact@nantescitadelles.fr
- CIDFF : **02 40 48 13 83**
  Centre d'Information sur le Droit des Femmes et des Familles.
- Bureau d'aide aux victimes Police et Gendarmerie :
  victime-nantes@interieur.gouv.fr

Q13 à Q14 - CONDITIONS DE VIE

- Assistantes sociales : **02 51 17 15 69**
  amelie.chene@hospigrandouest.fr
  audrey.mabon@hospigrandouest.fr
- Les EDS (Espaces Départementaux des Solidarités) - CG44 : PMI, accompagnement social.



Auto-questionnaire périnatalité

Clinique Jules Verne
Maison de la naissance

Madame,

Nous vous proposons de répondre au questionnaire, situé au verso de ce document.

Le but étant de mieux vous connaître et de mieux vous accompagner pendant votre grossesse.

Si vous le souhaitez merci de le compléter.

Vous pouvez :

- **Soit le renvoyer par mail à :** claire.douaud@hospigrandouest.fr
- **Soit le déposer au secrétariat des sage-femmes de la maternité.** Une sage-femme de la clinique en prendra connaissance et pourra vous contacter si vous le désirez.
- **Soit le remettre au médecin ou à la sage-femme** avec qui vous avez rendez-vous la première fois pour en discuter

Nom de naissance :

Prénom :

E-mail :

N° de téléphone :

Souhaitez-vous être contactée : ☐ *OUI* ☐ *NON*

Ce questionnaire sera enregistré dans votre dossier médical. Les données recueillies sont ainsi confidentielles.

Si vous souhaitez que ces informations ne soient pas portées au dossier merci de nous le préciser.

CLINIQUE JULES VERNE

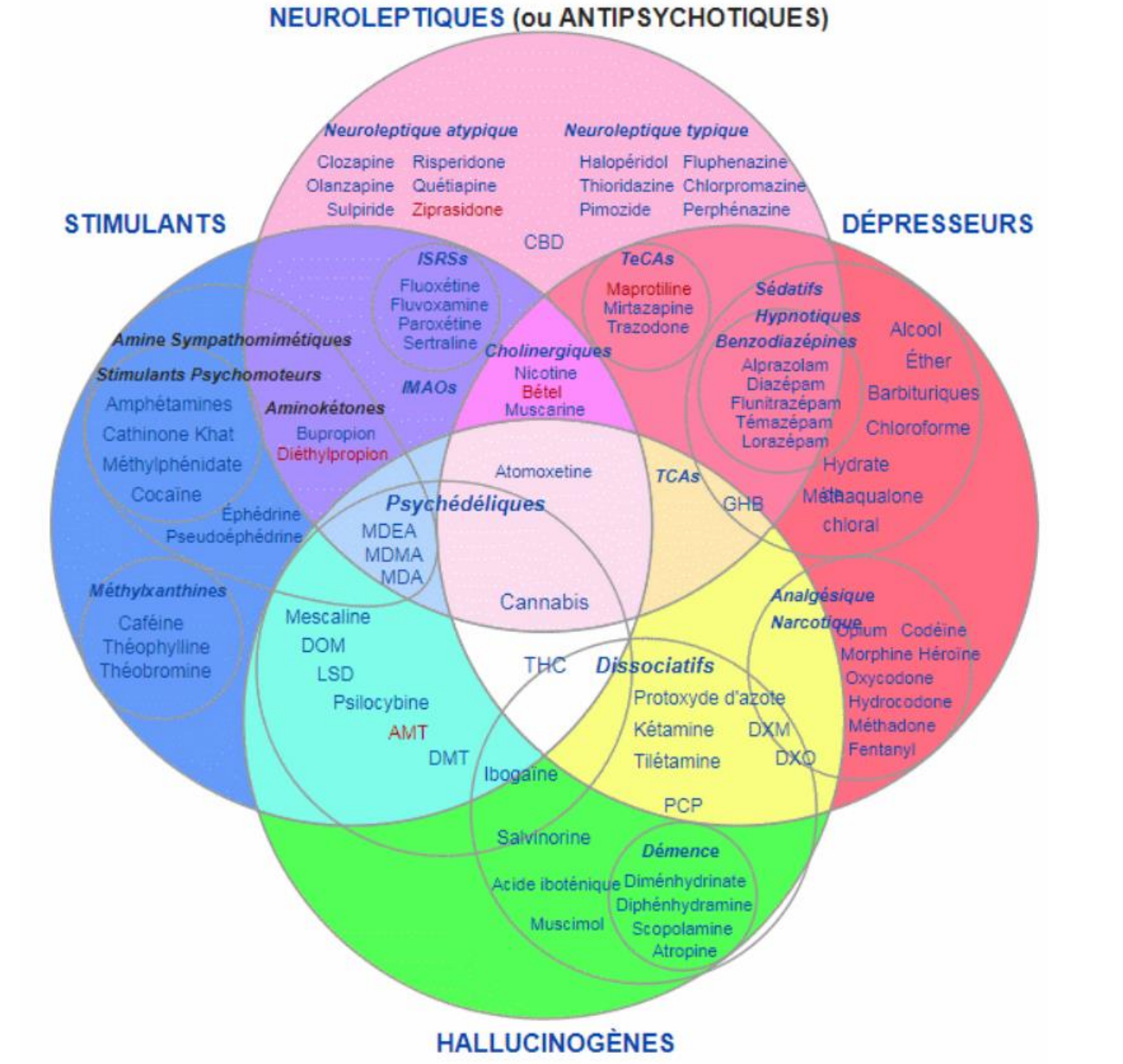
Clinique Jules Verne - 2-4 route de Paris - 44314 Nantes Cedex 3

DMA 358 V1

POUR MIEUX VOUS CONNAÎTRE :

1	• Dans la semaine qui vient de s'écouler, avez-vous eu des problèmes pour bien dormir ?	☐ Oui	☐ Non
	• Dans la semaine qui vient de s'écouler, vous êtes-vous sentie dépassée par les évènements ?	☐ Oui	☐ Non
2	• Ces derniers mois, avez-vous pris un des médicaments suivants ? ☐ Antidouleurs ☐ Tranquillisants ☐ Somnifères ☐ Antidépresseurs ☐ Anxiolytiques		
3	• Qu'aviez-vous l'habitude de boire avant la grossesse ? ☐ Eau ☐ Soda ☐ Cidre ☐ Bière ☐ Vin ☐ Champagne ☐ Alcool fort ☐ Café ☐ Autre :		
	• Depuis le début de votre grossesse, vous est-il arrivé de consommer de l'alcool au cours d'une soirée ou d'une autre occasion ?	☐ Oui	☐ Non
4	• Avez-vous déjà fumé du tabac ?	☐ Oui	☐ Non
	• Fumez-vous actuellement ?	☐ Oui	☐ Non
	• Si vous avez arrêté, à quand remonte votre arrêt :		
5	• Ces derniers mois, vous est-il arrivé de fumer du cannabis ?	☐ Oui	☐ Non
	• Si oui, à quelle fréquence :.....		
6	• Avez-vous déjà consommé l'une de ces substances ☐ Ecstasy ☐ amphétamines ☐ MDMA ☐ Crack ☐ LSD ☐ Cocaïne ☐ Héroïne ☐ Autre		
	• Vous est-il arrivé d'en consommer ces derniers mois ?	☐ Oui	☐ Non
7	• Votre conjoint (e) consomme-t-il l'une de ces substances : ☐ Alcool ☐ Tabac ☐ Cannabis ☐ Ecstasy☐ LSD☐ Cocaïne☐ Héroïne☐ Médicament ☐ Autre		
8	• Ces derniers mois, avez-vous pris un traitement de substitution aux opiacés : méthadone, subutex ou buprénorphine ?	☐ Oui	☐ Non
9	• Avez-vous ou avez-vous déjà eu des difficultés avec votre poids ou votre alimentation ?	☐ Oui	☐ Non
	• Dans votre vie avez-vous tendance à contrôler votre poids (restriction alimentaire, activité physique intensive, vomissements provoqués....) ?	☐ Oui	☐ Non
10	• Dans votre vie avez-vous été victime de violences psychologiques et/ou physiques ?	☐ Oui	☐ Non
11	• Vous sentez vous en sécurité dans votre environnement familial ?	☐ Oui	☐ Non
12	• Avez-vous au moins une personne dans votre entourage sur qui vous pouvez compter ?	☐ Oui	☐ Non
13	• Avez-vous des difficultés à faire face à vos besoins : alimentation, logement, accès aux soins, factures, démarches administratives... ?	☐ Oui	☐ Non
14	• Après l'accouchement serez-vous seule pour vous occuper du bébé ?	☐ Oui	☐ Non

DMA 383 V1


NEUROLEPTIQUES (ou ANTIPSYCHOTIQUES)
Neuroleptique atypique
Clozapine
Risperidone
Olanzapine
Quétiapine
Sulpiride
Ziprasidone
Neuroleptique typique
Halopéridol
Fluphenazine
Thioridazine
Chlorpromazine
Pimozide
Perphénazine
STIMULANTS
DÉPRESSEURS
CBD
ISRSs
Fluoxétine
Fluvoxamine
Paroxétine
Sertraline
TeCAs
Maprotiline
Mirtazapine
Trazodone
Sédatifs
Hypnotiques
Benzodiazépines
Alprazolam
Diazépam
Flunitrazépam
Témazépam
Lorazépam
Alcool
Éther
Barbituriques
Chloroforme
Hydrate
Méthaqualone
chloral
Amine Sympathomimétiques
Stimulants Psychomoteurs
Amphétamines
Cathinone Khat
Méthylphénidate
Cocaïne
Éphédrine
Pseudoéphédrine
Aminokétones
Bupropion
Diéthylpropion
IMAOs
Cholinergiques
Nicotine
Bétel
Muscarine
Atomoxetine
TCAs
GHB
Psychédéliques
MDEA
MDMA
MDA
Cannabis
Méthylxanthines
Caféine
Théophylline
Théobromine
Mescaline
DOM
LSD
Psilocybine
AMT
DMT
THC
Dissociatifs
Protoxyde d'azote
Kétamine
DXM
Tilétamine
DXO
PCP
Ibogaïne
Analgésique
Narcotique
Opium
Codéine
Morphine
Héroïne
Oxycodone
Hydrocodone
Méthadone
Fentanyl
Salvinorine
Démence
Acide iboténique
Diménhydrinate
Diphénhydramine
Scopolamine
Atropine
Muscimol
HALLUCINOGÈNES