INSPQ
INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Substances psychoactives

PORTAIL D'INFORMATION PÉRINATALE

Québec

AUTEURE 2011

Alessandra Chan, INSPQ

COLLABORATEURS 2011

Hélène Gagnon, INSPQ
Sonia Morin, MSSS
Pierre Paquin, DSP Montérégie

AUTEURS 2019

Karine-Alexandra Lavandier, CHUM
Louis-Xavier D'Aoust, CHUM
Mohamed Ben Amar, Université de Montréal

COLLABORATEURS 2019

Pierre-André Dubé, INSPQ
Sandrine Picard, INSPQ
Richard E. Bélanger, CHU de Québec

CHARGÉE DE PROJET

Pascale Turcotte, INSPQ

SOUS LA COORDINATION DE

Roseline Olivier-Pilon, INSPQ

MISE EN PAGE ET RELECTURE

Anouk Sugàr, INSPQ

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Un comité scientifique assure la rigueur et le consensus des pratiques. Il est composé de représentants des organisations suivantes :

Association des obstétriciens et gynécologues du Québec;

Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec;

Ministère de la Santé et des Services sociaux;

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec;

Ordre des pharmaciens du Québec;

Ordre professionnel des diététistes du Québec;

Ordre des psychologues du Québec;

Ordre des sages-femmes du Québec;

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec;

Protocoles infirmiers pour l'intervention téléphonique Info-Santé.

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

COMITÉ DE VALIDATION

Un comité de validation assure la pertinence du contenu pour les intervenants et les professionnels en périnatalité.

L'utilisation des fiches par les professionnelles et professionnels du réseau de la santé et des services sociaux du Québec est autorisée aux conditions prévues à la page « Reproduction et droits d'auteurs » du Portail d'information prénatale, à l'adresse suivante : http://www.inspq.qc.ca/information-perinatale/a-propos/reproduction-et-droits-d-auteurs.

Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec, qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Pour obtenir cette autorisation, on peut formuler une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php ou en écrivant un courriel à droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

© Gouvernement du Québec (2019)

Table des matières

1 Substances psychoactives 1
1.1 Classification 1
1.2 Quelques chiffres 2
2 Identifier la consommation problématique 3
2.1 Parents plus vulnérables 4
3 Effets de la consommation 4
3.1 Effets possibles de la consommation pendant la grossesse 5
3.2 Facteurs qui influencent la tératogénicité des substances psychoactives 7
4 Sevrage 9
4.1 Syndrome d'abstinence néonatale (SAN) 10
4.2 Soins du nourrisson 11
5 Allaitement 12
5.1 Effets possibles 12
5.2 Recommandations 13
5.3 Aide à la prise de décision 13
6 Soutien aux parents 14
6.1 Consommation avant l'annonce de la grossesse 14
6.2 Environnement social 14
6.3 Ressources de soutien 15
6.4 Soutien de la relation parent-enfant 15
6.5 Troubles mentaux 16
6.6 Modification de la consommation 16
7 Pour accompagner les parents 19
8 Ressources et liens utiles 21
9 Lexique 23
10 Références 25

1 Substances psychoactives

Cette fiche s'adresse aux intervenants et aux professionnels qui transmettent de l'information aux parents dès le début de la grossesse et jusqu'à la période postnatale. Elle présente de l'information de base sur les drogues, que l'on appelle psychotropes ou substances psychoactives. Il ne s'agit pas d'un outil clinique pour guider l'intervention, mais plutôt d'une source d'information qui permet de situer les enjeux. On y précise certaines caractéristiques retrouvées plus fréquemment chez les parents qui consomment, ainsi que les conséquences possibles de la consommation pour ces derniers et leurs enfants. Lorsqu'une consommation semble problématique ou qu'une condition néfaste pour la santé en lien avec l'usage d'un produit est suspectée, il est important de diriger ces parents vers des services spécialisés.

Cette fiche porte sur la consommation de drogues (substances psychoactives) occasionnelle et régulière, ainsi que sur les troubles liés à l'usage d'une substance (abus et dépendance). La consommation d'alcool, de tabac et de médicaments pour soulager les douleurs n'est pas abordée dans cette fiche. Pour connaître les effets de l'alcool et du tabac pendant la période périnatale, consulter les fiches *Alcool* et *Tabac*.

1.1 Classification

Les substances psychoactives agissent, entre autres, sur le système nerveux central d'un individu, comme perturbateurs, stimulants ou dépresseurs. Certaines substances psychoactives peuvent être à la fois stimulantes et perturbatrices (p. ex. : MDMA ou Ecstasy). Le tableau 1 présente la classification des substances psychoactives selon leurs principaux effets sur le système nerveux central, sans tenir compte du but de l'utilisation ou des bénéfices qu'un utilisateur peut en tirer.

Tableau 1 Catégories de substances psychoactives (1–3)

Les perturbateurs	Les stimulants	Les dépresseurs
Perturbent les fonctions psychiques d'un individu en altérant les perceptions, l'humeur et certains processus cognitifs, comme le jugement. Les effets rapportés vont de la détente à l'euphorie et peuvent inclure des hallucinations.	Stimulent les fonctions psychiques d'un individu en augmentant le niveau d'éveil et l'activité générale du cerveau. Leur consommation mène à une hausse de la vigilance et de l'énergie. Les décisions se prennent rapidement, laissant peu de place à la nuance. Une augmentation de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle peuvent être associées.	Ralentissent les fonctions psychiques d'un individu en diminuant le niveau d'éveil et l'activité générale du cerveau. Ces substances procurent un effet relaxant. La personne devient moins consciente de son environnement. Lors de la prise de décision, la personne pourrait omettre des éléments importants, ou sous-estimer leur importance. Selon les quantités ou la puissance des produits utilisés, ils peuvent mener à une baisse importante de la fréquence respiratoire, notamment dans le cas des opioïdes dont la dépression respiratoire peut conduire à la mort.

Tableau 1 Catégories de substances psychoactives (suite)

Les perturbateurs	Les stimulants	Les dépresseurs
▪ **Cannabis** : marijuana, haschisch, huiles de marijuana et de haschich. Autres noms : pot, mari,herbe, *weed*, joint, *bat*, pétard, hasch, dab, *shatter*, *wax*, *budder*. ▪ **Cannabinoïdes synthétiques** Autres noms : *spice*, K2, *dream*, encens. ▪ **Hallucinogènes et anesthésiques généraux dissociatifs** : LSD, mescaline, psilocybine (dans les champignons magiques), phencyclidine ou PCP, kétamine.	▪ **Cocaïne** Autres noms : *crack*, *freebase*, coke, poudre. ▪ **Amphétamines et méthamphétamine** Autres noms : *speed*, *peanut*, *wake-up*, *ice*, *crystal meth*. ▪ **MDMA** (également un perturbateur) Autres noms : *ecstasy*, *dove*, *molly*. ▪ **Dérivés synthétiques de la cathinone** : éthylone, méphédrone, méthylone, MDPV. Autre nom : sels de bain. ▪ **Pipérazines :** Le chef de fil est la benzylpipérazine ou BZP. ▪ **Khat** Autres noms : catha edulis, chafta, chat, ciat, gat, mbugula mabwe, miraa (Kenya), qat (Yemen), salade africaine, thé abyssin, tschat.	▪ **Opioïdes :** Héroïne, buprénorphine, codéine, fentanyl, hydromorphone, méthadone, morphine, oxycodone, tapentadol, tramadol. Autres noms : *smack*, héro ▪ **Sédatifs et hypnotiques Benzodiazépines** : (p. ex. : alprazolam, clonazépam, diazépam, lorazépam, oxazépam), barbituriques (p. ex. : phénobarbital), zopiclone, zolpidem. ▪ **GHB** (gamma-hydroxybutyrate) Autres noms : *liquid ecstasy*, *liquid X*, *fantasy*, *salty water*. ▪ **Substances volatiles :** – Solvants volatils : retrouvés dans les colles, la laque le vernis, les dissolvants, la peinture, le combustible à briquet, l'essence, le liquide correcteur etc. – -Proxyde d'azote – -Nitrites (poppers)

Note : L'alcool fait partie des dépresseurs du système nerveux central (SNC) et le tabac fait partie des stimulants. Pour connaître les effets de ces substances, consulter les fiches Alcool et Tabac.

1.2 Quelques chiffres

Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015*, chez les adultes ayant entre 24 et 44 ans, 16,5 % des femmes et 29,1 % des hommes ont consommé au moins une fois de la drogue au cours d'une période de 12 mois (4).

En raison de la nature illégale[1] de la possession des substances psychoactives et du stigma social associé à la consommation, il est difficile de statuer sur la justesse des données recueillies sur la prévalence de la consommation de ces produits pendant la grossesse et l'allaitement. Les femmes enceintes qui consomment ont tendance à déclarer une consommation inférieure à la réalité, ou à ne pas la déclarer aux professionnels de la santé (5). La fréquence de la consommation rapportée peut être deux fois moindre que ce qui est détecté à partir d'échantillons biologiques chez ces mêmes

[1] Au moment de la rédaction de cette fiche, la possession de cannabis n'avait pas été légalisée au Canada.

personnes (6). Il est donc probable que les données suivantes représentent une sous-estimation de la consommation véritable de substances psychoactives pendant la grossesse.

Selon l'*Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*, réalisée de 2006 à 2007, 7 % des femmes auraient consommé au moins une drogue au cours des trois mois précédant leur grossesse, et 1 % d'entre elles l'auraient fait pendant leur grossesse. Ce sont les femmes âgées de 15 à 24 ans (3 %) qui sont les plus nombreuses à rapporter la consommation de substances psychoactives pendant la grossesse (5). Une étude nationale réalisée en 2013 aux États-Unis révèle que 5,2 % des femmes enceintes avaient consommé des substances psychoactives illicites au cours du dernier mois de la grossesse (7). Enfin, selon les données disponibles, après l'alcool et le tabac, la substance la plus consommée chez les femmes enceintes ou en âge de procréer est le cannabis (8–11). Sur la base de données américaines, la consommation de cannabis aurait augmenté entre 2009 et 2016, particulièrement chez les femmes enceintes de moins de 18 ans, en atteignant plus de 20 % chez ce groupe (6).

Il peut être difficile pour des femmes enceintes de parler ouvertement de leur consommation de substances psychoactives à des professionnels de la santé. Elles peuvent notamment :

- éprouver de la honte ou vivre du déni (12,13);
- avoir peur de la réaction des professionnels ou des chercheurs et craindre d'être jugées, stigmatisées ou étiquetées comme étant de mauvaises mères (12);
- craindre d'être critiquées par rapport à leur capacité à prendre soin de leur bébé (13);
- avoir peur qu'on les oblige à participer à une intervention pour cesser leur consommation (13);
- avoir peur d'être signalées aux autorités et de perdre la garde de leur(s) enfant(s) (12,13).

Ces facteurs peuvent contribuer à la difficulté des professionnels à orienter ces femmes vers des services de santé appropriés, pendant les périodes prénatale et postnatale.

2 Identifier la consommation problématique

Le réseau de la santé et des services sociaux ne dispose pas, à ce jour, d'outils pour identifier la consommation de substances psychoactives pouvant causer des problèmes chez les parents et plus particulièrement chez les femmes enceintes. Ainsi, le sujet de la consommation de substances psychoactives devrait être abordé avec toutes les femmes enceintes et leur partenaire par le biais de questions ouvertes et non moralisatrices. L'objectif est d'explorer les multiples besoins des futurs parents, dont celui d'être correctement informés des impacts possibles de certains de leurs comportements. Les professionnels de la santé ont la responsabilité d'assurer la sécurité du nouveau-né, conjointement avec les parents. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) a publié des recommandations pour guider les professionnels (14). Voici les principaux éléments en lien avec les substances psychoactives. Les professionnels devraient :

- questionner périodiquement toutes les femmes enceintes ou en âge de procréer et leur partenaire sur leur consommation d'alcool, de tabac, de médicaments d'ordonnance et de substances psychoactives licites ou illicites;
- informer les femmes et leur partenaire des risques de la consommation de substances psychoactives pendant les périodes périconceptionnelle, prénatale, antepartum et postpartum;
- s'assurer d'obtenir un consentement éclairé lorsqu'une démarche d'identification de l'usage de substances psychoactives est indiqué, et ce, avant toute demande de dépistage toxicologique;

- recommander aux parents et plus particulièrement aux femmes enceintes de cesser ou de réduire leur consommation de cannabis ou d'autres substances psychoactives durant la grossesse, pour prévenir les problèmes cognitifs et comportementaux à long terme chez leur enfant;
- utiliser une approche de réduction des méfaits dans la prise en charge des personnes consommant de l'alcool, du tabac ou des substances psychoactives. Les parents à risque d'avoir une consommation problématique devraient se voir offrir le soutien et l'intervention appropriés, ainsi que des recommandations de ressources communautaires où ils pourraient trouver des services psychosociaux supplémentaires.

2.1 Parents plus vulnérables

Certaines femmes sont potentiellement plus à risque de consommer des substances psychoactives pendant leur grossesse. Par exemple, l'usage du cannabis pendant la grossesse est plus fréquent dans les milieux urbains défavorisés (de 23 à 30 %) que dans la classe moyenne (de 10 à 16 %) (15). Les facteurs de risque associés à la consommation de substances psychoactives durant la grossesse sont les suivants :

- Partenaire amoureux qui consomme de l'alcool ou des substances psychoactives (16–20) (l'un des facteurs de risque les plus importants);
- Environnement social où l'on consomme (p. ex. : amis, voisinage) (18–21);
- Faible niveau d'éducation ou de revenu familial (18,20,22–24);
- Présence de violence conjugale (25);
- Historique familial d'abus de substances, en particulier les problèmes liés à la consommation d'alcool (21,26);
- Expérience traumatique ou agression dans l'enfance, en particulier l'agression sexuelle (21,27);
- Historique personnel ou présence de troubles mentaux (p. ex. : dépression, psychose, troubles anxieux, troubles de la personnalité) (21,28);
- Historique personnel de consommation abusive ou de dépendance aux substances psychoactives (21);
- Consommation d'alcool et de tabac durant la grossesse (22,24).

3 Effets de la consommation

Les conséquences négatives pour la personne qui consomme des substances psychoactives et pour son entourage sont nombreuses. Du point de vue médical, elles couvrent un très large spectre de conditions physiques et mentales. De plus, ces substances ont différents potentiels de tolérance et de dépendance physique et psychologique et leur usage augmente le risque d'infections liées à la voie d'administration. Des problèmes psychosociaux concomitants, ainsi qu'une baisse de la fonctionnalité sont souvent observés. Voici quelques exemples de problèmes sociaux et de santé répertoriés:

- Des troubles de sommeil (29);
- Des problèmes de santé physique (p. ex. : problèmes cardiovasculaires, hypertension) (29);
- Des infections liées au mode d'administration de la substance (p. ex. : hépatites, VIH/sida, syphilis, cellulite, endocardite) (29);

- Des problèmes psychosociaux (p. ex. : augmentation des stresseurs, précarité financière, manque de soutien social, troubles mentaux, violence conjugale) (23,30–34);
- Une altération de l'assiduité de la personne à bénéficier du suivi médical ou à recevoir les soins prénataux requis (9,10,35).

3.1 Effets possibles de la consommation pendant la grossesse

De nombreuses données sur les effets de la consommation de substances psychoactives pendant la grossesse ont été publiées, mais elles sont moins bien établies que les données sur les effets de l'alcool ou du tabac (35–37). Il est souvent difficile de départager l'effet précis d'une substance sur la grossesse et le fœtus et les effets résultant de diverses variables confondantes, telles que le tabagisme ou une autre co-consommation, mais aussi les facteurs tels que le statut socio-économique et les différents agents stresseurs chroniques. Les chercheurs doivent également composer avec la difficulté de bien estimer l'usage et la polyconsommation de substances chez la femme enceinte.

Les effets possibles documentés de la consommation de substances psychoactives sur le déroulement de la grossesse varient d'une substance à l'autre. Par ailleurs, les unités de naissance constatent que les femmes qui consomment certaines substances psychoactives peuvent avoir plus de difficultés à supporter la douleur pendant le travail et l'accouchement (38,39).

En ce qui concerne l'enfant, les experts attestent que les substances psychoactives traversent la barrière placentaire et influencent certains aspects du développement du fœtus (40,41). Différentes études ont démontré des atteintes potentielles au développement neurocognitif à moyen et à long terme. Lorsque le développement neurocognitif est affecté, on peut observer notamment des troubles cognitifs légers, certaines difficultés du langage, des troubles du comportement, de l'hyperactivité, une plus grande distractibilité ou un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. Il est important de noter que dans plusieurs cas, on a observé une diminution de ces difficultés lorsque l'enfant était placé dans un environnement stimulant (42).

Les effets les plus fréquemment rapportés à la suite de la consommation de certaines substances psychoactives pendant la grossesse sont présentés dans le tableau 2. Il est important de noter que sont relevés ici l'ensemble des effets possibles sur la grossesse et l'enfant à naître. Ceci ne signifie pas que l'on rencontrera nécessairement un de ces effets ou l'ensemble de ceux-ci après une consommation, d'autant plus que les données sont parfois contradictoires.

Tableau 2 Effets possibles de la consommation de substances psychoactives par la femme enceinte sur la grossesse, le fœtus, le bébé, l'enfant et l'adolescent

EFFETS POSSIBLES DU CANNABIS
Sur la grossesse : Pas d'effets clairement démontrés. **Sur le fœtus :** Les publications rapportent des données contradictoires : quelques études constatent une diminution du périmètre crânien mais un plus grand nombre de travaux n'observent pas ces anomalies (43). **Sur le bébé :** Diverses publications mentionnent un faible poids à la naissance qui peut varier de 14 à 565 grammes selon les études. La signification clinique de cette baisse de poids demeure cependant discutable. Un nombre faible d'études ne montre pas de changements de poids à la naissance entre des bébés nés de mères consommatrices de cannabis et de mères sobres (43). **Sur l'enfant et l'adolescent :** ▪ Troubles cognitifs (troubles d'attention, de mémoire et d'apprentissage), déficits de raisonnement verbal et visiospatial. (43–47). ▪ Troubles comportementaux (hyperactivité, distraction et impulsivité) (43–47). ▪ Risque accru d'avoir un faible rendement scolaire à un âge plus avancé (43).
EFFETS POSSIBLES DE LA COCAÏNE
Sur la grossesse : ▪ Augmentation du nombre de contractions dans l'utérus (29,35). ▪ Vasoconstriction placentaire et diminution du flux sanguin utérin (29,35). ▪ Décollement du placenta (29,35,36,48). ▪ Rupture prématurée des membranes (35,48). ▪ Fausse couche (49). ▪ Accouchement prématuré (29,35,36). ▪ Transmission d'infections virales si la drogue est injectée avec une seringue déjà utilisée par une personne infectée (hépatite B, hépatite C ou VIH) (50). **Sur le fœtus :** Retard de croissance intra-utérin, diminution de la taille et du périmètre crânien (51–55). **Sur le bébé :** ▪ Faible poids à la naissance (29,35,56). ▪ Risque accru du syndrome de la mort subite du nourrisson (36). **Sur l'enfant et l'adolescent :** Troubles cognitifs (57–59), du langage (44,51,53,57,59–62), du comportement (51,57,59,62) et de l'attention (53,57,59,63).

Tableau 2 Effets possibles de la consommation de substances psychoactives par la femme enceinte sur la grossesse, le fœtus, le bébé, l'enfant et l'adolescent (suite)

EFFETS POSSIBLES DES AMPHÉTAMINES ET DE LA MÉTHAMPHÉTAMINE

Sur la grossesse : Accouchement prématuré (36,64).

Sur le fœtus : Retard de croissance intra-utérin (36,62,64), diminution de la taille et du périmètre crânien (51,65–70).

Sur le nouveau-né :

- Faible poids à la naissance (71).
- Syndrome d'abstinence néonatale (36).
- Transmission d'infections virales si la drogue est injectée avec une aiguille ou une seringue utilisées par une personne infectée (hépatite B, hépatite C ou VIH) (50).

Sur l'enfant et l'adolescent :

- Troubles d'apprentissage (57,72).
- Élévation du niveau de stress, faible qualité de mouvements, léthargie (69,73).

EFFETS POSSIBLES DES OPIOÏDES (SAUF MÉTHADONE)

Sur la grossesse :

- Décollement du placenta (29).
- Fausse couche et mortinaissance (29,74).
- Accouchement prématuré (29,35,74).

Sur le fœtus : Retard de croissance intra-utérin (35).

Sur le nouveau-né et le nourrisson :

- Faible poids à la naissance (29,35,74), diminution de la taille et du périmètre crânien (51).
- Syndrome d'abstinence néonatale (de 60 à 95 % des cas) (29,35).
- Syndrome de la mort subite du nourrisson (74).
- Transmission d'infections virales si la drogue est injectée avec une aiguille ou une seringue contaminées (hépatite B, hépatite C ou VIH) (50).

Sur l'enfant et l'adolescent : Anomalies neurocomportementales (44,51,74,75).

3.2 Facteurs qui influencent la tératogénicité des substances psychoactives

Comme mentionné plus haut, les données scientifiques actuelles ne permettent pas de déterminer les effets précis de chaque substance sur le bébé à naître, car l'exposition à différents facteurs environnementaux peut aussi influencer son développement (10,35,76). Il est particulièrement important de tenir compte de plusieurs facteurs confondants qui sont difficiles à contrôler dans les études :

- Les patrons (ou modes) de consommation (p. ex. : qualité du produit, dose consommée, voie d'administration utilisée [orale, nasale, injectable], fréquence de la consommation, stade de développement du fœtus au moment de la consommation) (77);
- La polyconsommation (12,78) : Dans la majorité des cas de consommation de substances psychoactives, il y a présence de polyconsommation. Par exemple, d'après une étude réalisée aux États-Unis, 93 % des femmes enceintes qui consommaient de la cocaïne ou de l'héroïne utilisaient également d'autres substances (principalement de l'alcool et du tabac) ayant des effets néfastes possibles sur le développement et la santé du bébé (79);
- Les caractéristiques biologiques de la mère (p. ex. : état de santé général, facteurs génétiques et physiologiques qui amènent des différences individuelles quant au métabolisme et à la tolérance physique et psychologique aux substances psychoactives) (40,77,78);
- L'environnement familial ou les conditions de vie (p. ex. : malnutrition, absence de soins prénataux, précarité financière, quartier défavorisé, criminalité, prostitution) (23,29,40).

De plus, la qualité du milieu dans lequel grandit l'enfant est déterminante. D'autres facteurs présents dans l'environnement de l'enfant peuvent ainsi contrebalancer certains effets des substances psychoactives, tels qu'un mode de vie sain des parents, un milieu familial stimulant et chaleureux ou une relation parent-enfant de qualité (42,77,80,81).

Que les effets des substances psychoactives sur le bébé à naître soient causés directement par la substance ou par des facteurs psychosociaux associés, **il est recommandé à la femme enceinte ou qui souhaite le devenir de ne pas consommer de substances psychoactives pendant la grossesse, car celles-ci présentent un risque tant pour la mère que pour l'enfant à naître.**

Ainsi, afin de limiter les conséquences d'une exposition aux substances psychoactives et de favoriser l'évolution de l'enfant dans un environnement stimulant, il est primordial d'offrir des soins et des services de qualité aux femmes enceintes, ou susceptibles de le devenir, qui consomment. Cette aide doit être offerte sans blâme ni préjudice (18,20,82).

4 Sevrage

Des symptômes de sevrage peuvent s'observer lors de l'arrêt de la consommation d'une substance. Les principaux symptômes de sevrage observés chez les personnes qui consomment certaines substances psychoactives sont présentés au tableau 3. La nature, la gravité, le début et la durée du sevrage varient selon le type de substance, les quantités consommées, la fréquence et la durée d'administration, ainsi qu'en fonction des facteurs biologiques et socioculturels propres à l'individu (43).

Tableau 3 Principaux symptômes de sevrage chez la personne qui consomme, en fonction des substances

SUBSTANCES	SYMPTÔMES DE SEVRAGE
Cannabis	▪ Anxiété ▪ Agitation psychomotrice ▪ Irritabilité ▪ Insomnie ▪ Nausées ▪ Crampes musculaires ▪ Frissons et tremblements
Stimulants (p. ex. : cocaïne, amphétamines, méthamphétamine, dérivés synthétiques de la cathinone)	▪ Douleurs musculaires ▪ Douleurs abdominales ▪ Augmentation de l'appétit ▪ Sommeil prolongé ▪ Bradycardie ▪ Désir obsédant de reprendre la substance (*craving*) ▪ Dépression ▪ Idées suicidaires
Opioïdes (p. ex. : fentanyl, héroïne, hydromorphone, morphine, oxycodone)	▪ Symptômes similaires à ceux d'une grippe (transpiration abondante, frissons, chair de poule, écoulement nasal) ▪ Bâillements ▪ Agitation psychomotrice, agressivité ▪ Pupilles dilatées ▪ Douleurs abdominales, vomissements et diarrhée ▪ Sommeil agité, insomnie ▪ Anxiété ▪ Désir obsédant de reprendre la substance (*craving*) ▪ Tachycardie et hypertension légères ▪ Douleurs articulaires et musculaires

Données tirées de Ben Amar et collaborateurs (2014) (3).

4.1 Syndrome d'abstinence néonatale (SAN)

Le syndrome d'abstinence néonatale (SAN) représente un ensemble de signes et de symptômes présents chez le nourrisson exposé *in utero* aux opioïdes. Les expressions syndrome de retrait néonatal et syndrome de sevrage néonatal sont tous des synonymes. Le syndrome d'abstinence néonatale sera utilisé dans cette fiche tel que le fait la société canadienne de pédiatrie (74). Il est important de reconnaître ce syndrome et de le prendre en charge, car il peut avoir des conséquences négatives pour l'enfant. Il est caractérisé par une dysfonction de différents systèmes, comme l'illustrent les exemples suivants (83,84) :

- Système nerveux central : irritabilité, tremblements, pleurs intenses, cris stridents, sommeil perturbé, hypertonicité, convulsions;
- Système gastro-intestinal : vomissements, diarrhée, difficultés d'alimentation, succion excessive;
- Autres systèmes : congestion nasale, écoulement nasal, éternuements, tachypnée, bâillements, sudation, fièvre.

« En 2016-2017, l'Institut canadien d'information sur la santé a signalé qu'environ 0,51 % de tous les nouveau-nés du Canada […] présente un syndrome d'abstinence néonatale (SAN). Un fort pourcentage de ces cas est attribuable au sevrage aux opioïdes. Ces nouveau-nés séjournent en moyenne 15 jours dans des établissements de soins aigus » (74).

La majorité (de 55 à 94 %) des nourrissons exposés *in utero* à des opioïdes développent un syndrome d'abstinence néonatal (85). Des signes de sevrage peuvent aussi être observés chez les enfants exposés pendant la grossesse aux benzodiazépines et aux barbituriques qui sont des substances dans la catégorie des dépresseurs comme les opioïdes (35,86).

Le syndrome d'abstinence néonatale se manifeste généralement de 24 à 48 heures après la naissance dans le cas de la consommation d'héroïne ou de la consommation illicite d'opioïdes de prescription (p. ex. : morphine, hydromorphone). Dans le cas d'une exposition à la méthadone ou à la buprénorphine, utilisées dans le traitement de la dépendance aux opioïdes, les symptômes surviennent généralement dans les 48 à 72 heures suivant la naissance. C'est pour cette raison qu'on recommande généralement de poursuivre l'hospitalisation de 5 à 7 jours après la naissance, afin de surveiller la survenue d'un tel syndrome chez les nouveau-nés exposés aux opioïdes. Différentes grilles standardisées, telles que le score de Finnegan, permettent aux équipes cliniques de surveiller les premiers signes d'un syndrome chez un nouveau-né ayant été exposé aux opioïdes *in utero* et d'en évaluer l'intensité (87).

Plusieurs facteurs peuvent expliquer la sévérité et la durée d'un syndrome d'abstinence néonatale, dont des aspects liés au métabolisme et à la génétique maternels et fœtaux. Notons également qu'une utilisation concomitante de tabac, de benzodiazépines ou encore d'antidépresseurs de la classe des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS, famille d'antidépresseur) par la mère pendant la grossesse peuvent potentiellement contribuer à en augmenter la durée et l'intensité. L'intensité et la durée du syndrome sont variables selon le métabolisme de la mère, du placenta et du bébé, et selon d'autres facteurs tels que la consommation de cigarettes ou d'autres substances psychoactives (85).

4.2 Soins du nourrisson

Plusieurs approches non pharmacologiques permettent de prévenir ou du moins d'atténuer l'intensité du syndrome d'abstinence néonatale. Elles doivent donc être adoptées le plus rapidement possible après l'accouchement (88). La plus importante est de garder le nourrisson près de ses parents pour les guider dans les soins à donner à leur bébé (89,90). La cohabitation du bébé avec sa mère qui suit un traitement de maintien à la méthadone et qui allaite diminue le besoin de recours aux interventions pharmacologiques (74,91). Voici quelques exemples d'approches non pharmacologiques (85,90) :

- Un environnement calme, limitant les stimuli externes;
- La cohabitation mère-enfant, dans la mesure du possible;
- Regrouper les soins et prévoir les besoins du nouveau-né;
- Le contact peau à peau entre les parents et le nouveau-né;
- L'emmaillotage sécuritaire;
- Les réveils en douceur;
- La musique;
- La massothérapie;
- Bercer les nouveau-nés;
- L'utilisation d'une tétine en cas de succion excessive;
- L'allaitement maternel, si la mère ne consomme pas des substances psychoactives dont la consommation n'est pas compatible avec l'allaitement.

Dans l'éventualité où l'approche non pharmacologique ne suffit pas à contrôler les manifestations du syndrome d'abstinence néonatale (de 60 à 80 % des cas), il faut alors utiliser un traitement pharmacologique. Différents protocoles existent. On utilise généralement du sirop de morphine ou de la méthadone (89). Les pouponnières et les unités de soins néonataux devraient disposer de protocoles standardisés pour ces traitements (85,89). Plus récemment, la buprénorphine a été introduite dans certains milieux de soins. Cependant, cette substance doit être davantage étudiée avant de l'utiliser à large échelle (92).

5 Allaitement

5.1 Effets possibles

Toutes les substances psychoactives consommées peuvent se retrouver dans le lait maternel et en perturber la production, la quantité ou la composition. Par exemple, le THC se retrouve dans le lait maternel de consommatrices de cannabis, sans que l'on puisse préciser à quelle fréquence ou à quelle intensité de consommation sa présence est associée (93).

Les liens entre l'exposition aux substances psychoactives par l'allaitement et les problèmes de santé chez l'enfant sont difficiles à démontrer. Une mère commencera rarement la consommation d'une substance durant la période de l'allaitement, si elle ne l'a pas fait durant la grossesse. Il est donc difficile de préciser si les effets observés sont en lien avec l'exposition pendant la grossesse ou pendant l'allaitement. Dans les limites des études actuelles, il semble que l'exposition du nourrisson à des substances psychoactives par l'intermédiaire du lait maternel est associée à certains effets possibles sur sa santé, comme le montre le tableau 4.

Tableau 4 Effets possibles de certaines substances psychoactives sur les nourrissons allaités par des mères qui en consomment

SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	EFFETS POSSIBLES SUR LE NOURRISSON ALLAITÉ
Cannabis	▪ Léthargie (84,94,95) ▪ Tonus musculaire réduit (96,97) ▪ Irritabilité (96,97) ▪ Diminution de la fréquence et de la durée des tétées (96,97) ▪ Mauvaises habitudes d'alimentation (95)
Cocaïne	▪ Irritabilité (98) ▪ Perturbation du sommeil (99) ▪ Vomissements (98) ▪ Diarrhée (98) ▪ Tremblements, convulsions (98)
Amphétamines	▪ Irritabilité (98) ▪ Perturbations de sommeil (98) ▪ Transmission d'infections virales si la mère est infectée (p. ex. : hépatite B, VIH) (100)
Héroïne	▪ Syndrome d'abstinence néonatale (36,96) ▪ Agitation (96,98) ▪ Tremblements (96,98) ▪ Vomissements (96,98) ▪ Problèmes d'alimentation (96,98) ▪ Transmission d'infections virales si la mère est infectée (ex. : hépatite B, VIH) (100)

5.2 Recommandations

La SOGC précise que les femmes qui consomment de l'alcool ou des substances psychoactives autres que les opioïdes devraient être encouragées à cesser toute consommation pendant la période d'allaitement (101).

Il est donc recommandé de ne pas consommer de substances psychoactives durant la période d'allaitement (12,98,100)**.**

La prise de méthadone (62,75) **ou de buprénorphine** (62,75,102) **est possible en période d'allaitement.**

L'allaitement est à encourager chez les mères qui ont consommé des opioïdes si les trois conditions suivantes sont présentes :

- Être séronégative pour le VIH;
- Être dans un état stable;
- Suivre un traitement d'entretien à la méthadone ou à la buprénorphine pour faire face à la dépendance aux opioïdes.

L'allaitement permet de retarder l'apparition des symptômes de sevrage chez le nouveau-né exposé à la méthadone ou à la buprénorphine pendant la grossesse (74,101,103) et d'atténuer l'intensité des symptômes (44,104,105). L'allaitement peut donc « réduire la gravité, tout en limitant les traitements pharmacologiques ».

« L'allaitement fournit une nutrition optimale, favorise l'attachement entre la mère et son nouveau-né et contribue aux compétences parentales. » Toutefois, « les mères qui présentent une dépendance et qui désirent allaiter pourraient avoir besoin d'un soutien supplémentaire, car elles sont moins susceptibles de bien amorcer l'allaitement et plus susceptibles d'abandonner rapidement » (74,106).

Plusieurs recherches ont démontré que la quantité de méthadone ou de buprénorphine présente dans le lait maternel est très infime par rapport à la dose reçue par la mère (62,102,107). Il est donc important de noter que la concentration de méthadone ou de buprénorphine dans le lait maternel n'est pas suffisamment élevée pour traiter un nouveau-né présentant un syndrome d'abstinence néonatale nécessitant un traitement pharmacologique.

5.3 Aide à la prise de décision

La SOGC précise aussi qu'avec les femmes qui consomment des substances psychoactives, il faut soupeser les avantages de l'allaitement et le risque lié à l'exposition aux substances psychoactives dans le lait maternel. Il est recommandé que ces femmes soient accompagnées par un médecin ou un spécialiste en allaitement afin d'évaluer les risques et assurer le suivi de santé de l'enfant (97).

Les enjeux sont complexes. L'impact des substances psychoactives sur l'enfant allaité varie d'un produit à un autre. De plus, le temps d'élimination dans l'organisme de la mère et dans le lait maternel varie selon les substances et la dose consommée. Par exemple, la stratégie de retarder la prochaine mise au sein après la consommation de cannabis et de ses métabolites a peu de sens pour éviter l'exposition au THC, car les principes actifs persistent longtemps chez la personne qui en consomme.

Pour de plus amples renseignements sur les effets des substances psychoactives pendant l'allaitement, les professionnels peuvent contacter le Centre IMAGe du Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine (voir la section « Ressources et liens utiles »).

6 Soutien aux parents

6.1 Consommation avant l'annonce de la grossesse

Lorsqu'une femme a consommé une ou des substances psychoactives avant de savoir qu'elle était enceinte et qu'elle s'inquiète pour son bébé, il est suggéré de prendre le temps de bien comprendre ses craintes et inquiétudes. On devrait lui donner de l'information objective (voir tableau 2) et exempte de jugements quant aux effets possibles de la consommation de substances psychoactives sur la grossesse et le développement de l'enfant. Elle devrait, au besoin, être dirigée vers du personnel qualifié, ainsi que vers une équipe multidisciplinaire, afin d'assurer un soutien médical, social et psychologique adapté à sa situation.

Il n'existe pas de consommation sans risque. L'arrêt de la consommation est donc recommandé. À cet égard, il est important d'adopter des stratégies d'intervention qui permettront à la femme et à son ou sa partenaire de modifier leurs habitudes de consommation, sans les culpabiliser. L'approche motivationnelle permet d'intervenir dans une perspective de réduction des méfaits (108,109).

En outre, il est important de noter que l'arrêt immédiat de la prise de certaines substances psychoactives telles que les benzodiazépines, l'alcool et les opioïdes, présente également des risques. Les femmes enceintes qui consomment ces substances doivent consulter leur médecin ou un professionnel de la santé spécialisé pour être bien conseillées et accompagnées. Pour les opioïdes, voir la section « Traitement de la dépendance aux opioïdes ».

6.2 Environnement social

L'environnement social de la femme enceinte est un facteur important qui peut influencer sa consommation de substances psychoactives. Une personne qui consomme des substances psychoactives est plus à risque de développer des relations sociales et amoureuses avec des gens qui partagent cette habitude (19).

Par conséquent, il peut être difficile pour une femme enceinte de cesser de consommer, car cela implique une rupture potentielle des liens avec les gens qui consomment dans son entourage (110). Ce choix peut affaiblir son réseau social et l'obliger à trouver de nouvelles personnes susceptibles de la soutenir dans la cessation ou la réduction de sa consommation. Il est donc important de prévoir un suivi et de soutenir le développement de liens sociaux (110,19).

Le ou la partenaire peut exercer un rôle d'influence dans la dynamique de consommation de la femme enceinte (19,111). Celle-ci peut trouver difficile de s'abstenir de consommer des substances psychoactives lorsque son ou sa partenaire en consomme. Une diminution de la consommation de substances psychoactives chez le ou la partenaire, ou son soutien par rapport à la cessation de la consommation, pourrait augmenter la probabilité que la femme enceinte cesse ou diminue sa propre consommation durant la grossesse (50).

Dans la mesure du possible, il est proposé :

- d'informer le ou la partenaire, s'il y a lieu, de l'influence de ses habitudes de consommation sur celles de sa compagne et des effets négatifs de la consommation de substances psychoactives sur la grossesse et sur le développement du fœtus (19,50,62);
- d'encourager la future mère et son ou sa partenaire à se joindre à des activités qui leur permettront de rencontrer d'autres futurs parents et d'agrandir leur réseau social.

6.3 Ressources de soutien

Dans le cas où la femme enceinte ne peut compter sur le soutien de son ou sa partenaire ou de sa famille, il est suggéré de la guider vers des ressources qui pourront lui offrir le soutien adéquat et qui pourront l'accompagner dans une démarche de réduction ou de cessation de consommation (voir la section « Ressources et liens utiles »).

La grossesse constitue une occasion de changement pour les femmes et représente une fenêtre d'opportunité pour l'intervention. En effet, les préoccupations de la femme pour son bébé la motivent souvent à cesser la consommation de substances psychoactives.

Les professionnels sont donc encouragés à diriger ces femmes et leur partenaire vers des ressources spécialisées, qui pourront leur offrir une évaluation et un suivi appropriés (voir la section « Ressources et liens utiles »).

Les femmes enceintes et les parents qui sont aux prises avec un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (consommation illicite de médicaments opioïdes ou d'héroïne) représentent une clientèle prioritaire pour le traitement **de la dépendance aux opioïdes** assisté par la médication. Ce type de traitement doit être amorcé par un médecin habilité à le faire. Les centres de réadaptation en dépendance (CRD), les cliniques de toxicomanie ou le CRAN offrent généralement ce type de service.

Par ailleurs, l'intervention offerte doit cibler non seulement l'utilisation même de la substance, mais aussi les difficultés sous-jacentes à la consommation (9,10). Un accompagnement médical et psychosocial de réadaptation peut s'avérer nécessaire et être parallèlement offert aux femmes et à leur partenaire qui ont recours aux substances psychoactives pour gérer des difficultés psychosociales ou des troubles mentaux, ou encore à ceux qui manifestent des difficultés à s'adapter à leur nouveau rôle de parent.

6.4 Soutien de la relation parent-enfant

La consommation de substances psychoactives peut affecter les capacités parentales (p. ex. : manque de disponibilité physique ou émotionnelle, soins inconstants) et le développement du lien d'attachement de l'enfant (19,112). Cependant, la consommation active ou passée ne permet pas d'émettre un jugement définitif quant aux capacités parentales. Une évaluation complète de la situation psychosociale doit être faite et se baser sur des faits, comme dans tous les autres cas d'évaluation de situations potentiellement à risque.

Le nourrisson qui a été exposé *in utero* à certaines substances psychoactives peut présenter des signes et symptômes de sevrage, appelés syndrome d'abstinence néonatale (p. ex. : irritabilité, pleurs, insomnie), durant les premières semaines et être plus difficile à consoler. Ceci peut en retour amplifier le niveau de stress des parents (12,78). Afin de moduler ce stress, il importe donc de soutenir les parents dans les soins qu'ils prodiguent à leur nourrisson.

Certains parents présentant un problème de toxicomanie ont besoin de soutien dans l'acquisition de leurs habiletés parentales, surtout s'ils n'ont pas eu de modèle ou de figure parentale positive dans leur enfance (26). Ce soutien favorise le développement du lien affectif avec leur enfant (8,112).

Un outil destiné aux intervenants du Québec offre des stratégies d'intervention pour favoriser les pratiques parentales liées au développement d'un attachement sécurisant (113). Ce document, intitulé *Guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à 1 an*, peut être consulté en ligne en visitant le https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000989/.

6.5 Troubles mentaux

Il est fréquent que les personnes qui consomment des substances psychoactives souffrent également de troubles mentaux (p. ex. : anxiété, dépression, psychose, troubles de la personnalité) (32).

L'intervention auprès des femmes enceintes qui consomment devrait de ce fait inclure trois aspects à considérer : santé mentale, grossesse et consommation de substances psychoactives. Cette intervention devrait privilégier une approche coordonnée et intégrée, tout en considérant les besoins individuels des femmes et de leur partenaire (32). Par conséquent, il est suggéré d'orienter la femme enceinte qui présente cette double ou triple problématique vers des ressources spécialisées en santé mentale.

6.6 Modification de la consommation

La grande majorité des femmes cessent ou réduisent leur consommation de substances psychoactives lorsqu'elles apprennent qu'elles sont enceintes. Il est souhaitable d'encourager leur partenaire à en faire autant, car les partenaires qui modifient ainsi leurs comportements de consommation favorisent leur propre santé ainsi que l'abstinence ou la réduction de la consommation de leur conjointe.

Une étude américaine menée en 2010 indique que parmi différentes substances consommées avant la grossesse (p. ex. : alcool, tabac, substances psychoactives), les substances psychoactives sont celles dont la consommation est la plus susceptible d'être arrêtée durant la grossesse (28). Plus précisément, de 73,7 à 100 % des femmes qui consommaient des substances psychoactives avant leur grossesse ont arrêté pendant qu'elles étaient enceintes. Les femmes qui poursuivent leur consommation durant la grossesse sont celles qui ont le plus de difficultés à arrêter. Il semble que l'anxiété, la dépression et une faible estime de soi affectent la capacité de cesser la consommation (28).

La grossesse constitue une période charnière pour les femmes toxicomanes. Elles sont plus susceptibles de demander ou d'accepter de l'aide et des services afin de modifier leurs habitudes de consommations, notamment parce qu'elles ont le souci de protéger leur bébé (26,111).

6.6.1 Réduction des méfaits

Bien qu'il soit recommandé de cesser complètement toute consommation de substances psychoactives durant la grossesse, ce ne sont pas tous les parents qui réussissent à le faire. La réduction des méfaits peut s'avérer une solution plus adaptée pour certains parents (19,114).

Cette approche vise à diminuer les conséquences négatives découlant de la consommation de substances psychoactives, plutôt qu'à éliminer complètement la consommation (26,115). Elle permet ainsi de fournir un certain niveau de bénéfices et de réduction de risques pour les futurs parents et le bébé à naître.

En effet, le comportement de consommation varie sur un continuum de risque, allant d'une absence totale de risque à un risque très élevé pour la santé des futurs parents et de l'enfant à naître (116). Le changement de comportement est donc conceptualisé comme faisant partie d'un processus, dont l'objectif à long terme est le mieux-être des parents et de l'enfant et pas nécessairement l'abstinence (20,114,116).

Il existe différentes stratégies de réduction des méfaits pour aider les futurs parents à diminuer leur consommation de substances psychoactives (114). Parmi celles-ci, on note :

- Éviter ou limiter l'exposition à la fumée secondaire;
- Réduire graduellement la quantité de substances psychoactives consommées;
- Alterner des périodes sans aucune consommation (jours ou semaines) avec des moments de consommation;
- Privilégier des comportements de santé pouvant avoir des effets positifs sur l'issue de la grossesse et le développement du bébé, comme avoir une alimentation saine, pratiquer de l'activité physique, avoir un horaire de sommeil régulier et un nombre d'heures de repos suffisant;
- S'assurer que les parents qui continuent à consommer le font de façon sécuritaire (matériel propre, absence d'échange de seringue, endroit sécuritaire);
- Miser sur un suivi de grossesse régulier et établir une alliance thérapeutique. Les parents se sentent encouragés lorsque les intervenants soulignent les efforts qu'ils font pour réduire leur consommation de substances psychoactives.

6.6.2 Traitement de la dépendance aux opioïdes

Pour la santé de la femme enceinte et celle de l'enfant à naître, il n'est généralement pas recommandé de faire un sevrage d'opioïdes durant la grossesse. Comme suggéré par les lignes directrices de la SOGC, « les femmes enceintes ayant un trouble de l'usage des opiacés reçoivent un traitement par agoniste des opiacés, soit à la méthadone ou à la buprénorphine. Si ces médicaments ne sont pas accessibles, d'autres préparations opiacées à libération prolongée peuvent être envisagées » (14).

La SOGC précise aussi que « […] les femmes dépendantes aux opioïdes devraient être avisées que les nouveau-nés exposés à l'héroïne, aux opioïdes d'ordonnance, à la méthadone ou à la buprénorphine pendant la grossesse font l'objet d'une étroite surveillance visant à déceler les signes et symptômes du syndrome d'abstinence néonatale. Les hôpitaux offrant des soins obstétricaux devraient élaborer un protocole d'évaluation et de prise en charge des nouveau-nés exposés aux opioïdes pendant la grossesse » (14).

La méthadone et la buprénorphine sont des médicaments prescrits par un médecin comme traitement pour les patients aux prises avec un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes. Ces deux molécules de la famille des opioïdes remplacent les opioïdes utilisés de façon illicite sur une base régulière. Leur longue durée d'action permet d'atteindre une quantité stable de ces substances dans le sang des patients, afin d'éviter une alternance constante entre les phases d'intoxication et de sevrage aux opioïdes, qui arrivent plusieurs fois par jour chez les personnes qui consomment. La

femme sous méthadone ou buprénorphine avant la grossesse devrait être encouragée à conserver le même traitement pharmacologique afin d'éviter les risques de sevrage et de rechute pouvant être associés à un changement de médicament (117,118).

On privilégie l'utilisation d'un traitement à base de méthadone ou de buprénorphine chez les femmes enceintes afin de les aider à réduire et éventuellement à cesser leur consommation d'opioïdes, mais également afin de stabiliser leur situation et d'éviter les comportements à risque associés à la consommation. On a longtemps cru que l'arrêt des opioïdes pendant la grossesse pouvait provoquer des contractions de l'utérus et ainsi augmenter les risques d'accouchement prématuré ou de fausse couche. Des études récentes semblent plutôt indiquer que le sevrage des opioïdes pendant la grossesse est probablement sécuritaire (119). Toutefois, la dépendance étant une maladie chronique, le risque de rechute de consommation illicite est extrêmement important lorsque l'on favorise un arrêt de la consommation sans traitement sous-jacent, ce qui est à éviter pendant la période prénatale et néonatale. C'est pourquoi le traitement à base de méthadone ou de buprénorphine demeure le premier choix de thérapie.

En outre, le traitement pharmacologique apporte certains avantages, tels que la diminution importante du désir de consommer, le maintien des futurs parents dans un état fonctionnel et un meilleur suivi de la grossesse (12,29,62,120–122).

7 Pour accompagner les parents

Dans une approche inspirée de l'andragogie et de l'empowerment, des questions vous sont proposées afin que vous puissiez explorer les connaissances et les intérêts des futurs parents. Ainsi, leurs réponses vous guideront pour identifier et transmettre le contenu approprié à leurs besoins.

Cette approche a comme objectif de favoriser la confiance et l'autonomie des parents, ce qui leur permet de faire des choix éclairés. Les questions proposées peuvent être ajustées aux parents dans le contexte d'un suivi individuel.

Il est aussi intéressant de guider les futurs parents dans l'utilisation du guide Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans et d'y référer le plus souvent possible lorsque vous leur offrez des réponses à leurs questions.

Selon vous, quels sont les risques associés à la consommation de drogues pendant la grossesse?

Les substances psychoactives peuvent affecter la santé des parents, la grossesse et la santé du bébé. Aucune quantité de substances psychoactives n'est sécuritaire pendant la grossesse.

De quelle façon le partenaire et les membres de l'entourage peuvent soutenir la femme enceinte afin d'éviter ou de limiter sa consommation de substances psychoactives et son exposition à leur fumée secondaire?

Les partenaires, la famille ou les amis dans l'entourage de la femme enceinte peuvent l'aider et l'encourager à arrêter ou à diminuer sa consommation de substances psychoactives.

Si le ou la partenaire consomme aussi, il ou elle pourrait essayer de cesser ou de diminuer sa consommation en même temps.

Ne pas exposer la femme enceinte à la fumée est le meilleur moyen de protéger sa santé et celle de son bébé. Si des gens dans l'entourage de la femme enceinte consomment des substances psychoactives qui dégagent de la fumée, il est important qu'ils ne le fassent pas en sa présence, ni dans la maison ou la voiture, mais qu'ils choisissent plutôt un endroit à l'extérieur, à l'écart et éloigné.

Quelles ressources connaissez-vous pour le soutien des parents qui veulent diminuer ou cesser leur consommation?

Beaucoup de femmes modifient leurs habitudes de vie à l'annonce de la grossesse. Si la femme enceinte veut cesser de prendre des substances psychoactives ou essayer d'en prendre moins, de l'aide et des ressources sont disponibles.

Les femmes enceintes et leur partenaire qui ont des difficultés à cesser ou à modifier leur consommation sont encouragés à demander l'aide de ressources spécialisées qui ont l'expertise pour aider les parents et qui pourront offrir l'accompagnement approprié.

Que savez-vous sur la consommation de drogues pendant l'allaitement?

Il est recommandé de ne pas consommer de substances psychoactives pendant l'allaitement. Une substance psychoactive consommée par une mère qui allaite risque de se retrouver dans le lait maternel et ainsi exposer le bébé à la substance, ce qui peut affecter sa santé. Voilà pourquoi il est recommandé que la mère qui allaite ne consomme pas de substances psychoactives.

Si une mère qui consomme des substances veut quand même allaiter, il est recommandé qu'elle en parle à son médecin ou à un spécialiste en allaitement. Ils pourront l'aider à trouver des moyens pour poursuivre l'allaitement si possible, en limitant les effets négatifs sur le bébé.

8 Ressources et liens utiles

En raison de leur pertinence, les adresses, noms d'organismes ou documents mentionnés dans cette section ont retenu l'attention des différents partenaires ayant collaboré à la rédaction de cette fiche. Toutefois, il ne s'agit nullement d'une liste exhaustive. D'autre part, les contenus qui y sont développés n'engagent ni la responsabilité des différents partenaires ni celle de l'Institut national de santé publique du Québec.

Au Québec, le programme-services Dépendances regroupe les services destinés aux personnes qui ont des comportements à risque au regard de la consommation de psychotropes ou des jeux de hasard et d'argent, ou encore qui présentent des problèmes d'abus ou de dépendance. Ce programme comprend aussi des services destinés aux familles et aux proches des personnes dépendantes.

Certaines clientèles sont spécialement ciblées par l'offre de service et doivent être systématiquement considérées. Ces personnes doivent être orientées de manière prioritaire vers les centres de réadaptation en dépendance (CRD) lorsqu'elles présentent un problème dont le niveau de gravité correspond à un diagnostic d'abus ou de dépendance. Il s'agit :

- des femmes enceintes et des mères de jeunes enfants;
- des jeunes en difficulté;
- des personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Services de première ligne

Les CLSC ont comme mission d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants. Dans le cadre du programme-services Dépendances, le CLSC offre des services d'accueil, de détection, d'intervention précoce, de désintoxication externe et de suivi pour le traitement assisté par la méthadone ou la buprénorphine. Il s'assure aussi de diriger les personnes vers les services spécialisés appropriés à leurs besoins. Il est donc indiqué de diriger, en premier lieu, la femme enceinte vers le CLSC de son quartier : www.sante.gouv.qc.ca/repertoire-ressources/clsc/.

Services spécialisés

Les CRD, présents dans toutes les régions du Québec, offrent des services spécialisés aux personnes qui présentent des problèmes de dépendance, parmi lesquelles les femmes enceintes et les mères de jeunes enfants, qui sont reçues en priorité. Les services offerts par les CRD sont les suivants :

- Programme régional d'évaluation spécialisée;
- Désintoxication externe intensive;
- Désintoxication avec hébergement;
- Réadaptation interne et externe (incluant le traitement assisté par la méthadone ou la buprénorphine);
- Réinsertion sociale;
- Soutien à l'entourage.

Des ressources privées ou communautaires offrant de l'hébergement en toxicomanie sont aussi présentes dans plusieurs régions du Québec.

Ce site regroupe les ressources publiques et les ressources privées ou communautaires pour chaque région : www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/dependances/.

RESSOURCES POUR RÉPONDRE AUX INTERROGATIONS SUR LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES PENDANT LA GROSSESSE

Parentalité et dépendances

Trousse interventionnelle pour les intervenants.
https://cqdt.iud.quebec/blogue/clienteles/parents/parentalite-et-dependance-trousse-informationnelle-pour-les-intervenants

Rond-Point et CRAN

Centre d'expertise périnatale et familiale de toxicomanie. Conseils disponibles pour les intervenants et professionnels au Québec : 438-386-4050 poste 3 ou 514 527-6939.

Centre IMAGe

Ce centre d'information québécois est destiné aux professionnels de la santé et offre des renseignements sur l'innocuité et les risques liés aux médicaments durant la grossesse et durant l'allaitement : 514 345-2333 ou www.chusj.org/fr/soins-services/P/Pharmacie/Centre-IMAGe

Drogue : aide et référence

Ligne téléphonique d'information, d'écoute et d'orientation pour les personnes ayant des problèmes d'abus d'alcool ou de substances psychoactives, leur entourage ainsi que les intervenants. Service disponible 24 heures par jour, 7 jours sur 7. Les services sont offerts en français et en anglais.

Région de Montréal : 514 527-2626

Autres régions : 1 800 265-2626

www.drogue-aidereference.qc.ca

Santé Canada

https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/prevention-traitement-toxicomanie.html

Ministère de la santé et des services sociaux

L'affiche *Mieux connaître les drogues* présente une synthèse des différentes drogues qui existent au Québec, incluant une multitude de renseignements liés à leur consommation.

www.publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000274

9 Lexique

Abus :
Consommation excessive ou inappropriée d'une substance entraînant des conséquences indésirables.

Attachement :
Relation affective entre le nourrisson et les figures stables de son environnement.

Barrière placentaire :
Structures anatomiques qui séparent la circulation sanguine maternelle de la circulation sanguine du fœtus.

Bradycardie :
Ralentissement du rythme cardiaque.

Buprénorphine :
Médicament de la classe des opioïdes délivré sous ordonnance et utilisé, entre autres, comme traitement d'appoint chez des patients aux prises avec un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes.

Dépendance :
Ensemble des phénomènes physiques et psychologiques qui rendent, après un temps d'utilisation variable, certaines substances indispensables pour l'équilibre physiologique du consommateur.

Facteur de risque :
Caractéristique liée à une personne ou à son environnement qui augmente la probabilité de développer une maladie ou un symptôme.

Fausse couche (avortement spontané) :
Décès d'un embryon ou d'un fœtus qui survient avant la 20^{e} semaine de grossesse.

Fonctions exécutives :
Fonctions faisant référence à l'organisation/planification, à l'inhibition, à la flexibilité mentale, au jugement et à l'autocritique. Elles permettent de coordonner efficacement les autres fonctions cognitives.

Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) :
Classe particulière de médicaments utilisés pour le traitement de la dépression. Ils peuvent parfois être utilisés pour d'autres indications thérapeutiques.

Léthargie :
État d'inertie totale, avec torpeur et nonchalance extrême, accompagné d'un sommeil profond et prolongé.

Méthadone :
Médicament délivré sous ordonnance et utilisé principalement comme traitement de substitution chez les personnes dépendantes des opioïdes.

Mortinaissance :
Naissance d'un enfant mort-né.

Polyconsommation :
Usage simultané de plusieurs substances psychoactives.

Problème de santé mentale :
État de détresse psychologique qui amène des difficultés sur le plan de la pensée, de l'humeur ou du comportement.

Retard de croissance intra-utérin :
Complication de la grossesse définie par une croissance insuffisante du fœtus à un âge gestationnel donné (croissance inférieure au 10^{e} percentile).

Sevrage :
Arrêt brutal ou progressif de la consommation d'une substance entraînant un état de manque qui se manifeste par divers symptômes physiques (synonymes : abstinence, privation, retrait).

Syndrome de mort subite du nourrisson :
Décès inexplicable et subit d'un nourrisson âgé de moins d'un an apparemment en bonne santé.

Syndrome d'abstinence néonatale (SAN) :
Ensemble de symptômes physiques présents chez le nourrisson exposé *in utero* à des substances psychoactives. Synonyme de syndrome de retrait néonatal ou syndrome de sevrage néonatal.

Tachycardie :
Accélération du rythme cardiaque.

Toxicomanie :
État d'intoxication résultat de la prise répétée ou excessive de substances toxiques susceptibles de créer un état de dépendance physique ou psychologique.

Trouble de l'attention (déficit de l'attention, hyperactivité) :
Trouble présent lorsqu'il y a un déficit important de l'attention qui est la capacité d'être à l'affût de son environnement et de maintenir son attention sur une durée de temps appropriée pour son âge. L'attention désigne aussi la capacité de se concentrer sur une tâche donnée en dépit de ce qui se passe autour, ou de partager son attention entre plusieurs tâches simultanément (attention divisée).

Trouble du comportement :
Trouble présent lorsqu'il y a un déficit important de la capacité d'adaptation se manifestant par des difficultés significatives d'interaction avec un ou plusieurs éléments de l'environnement social ou familial. Il peut s'agir de comportements surréactifs (paroles et actes injustifiés d'agression, d'intimidation et de destruction, et refus persistant d'un encadrement justifié) ou sous-réactifs (manifestations de peur excessive, passivité, dépendance ou retrait).

Trouble du langage (et trouble de la communication) :
Trouble au niveau des fonctions langagières qui comprend un ensemble d'habiletés qui sont généralement divisées en deux catégories, soit les habiletés réceptives (comprendre le langage parlé et écrit) et les habiletés expressives (parler et écrire). La dysphasie, la dyslexie, et l'aphasie sont des exemples de troubles du langage.

Trouble mental :
Maladie diagnostiquée, caractérisée par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement qui interfèrent avec le fonctionnement de la personne et peuvent entraîner un état de détresse.

Vasoconstriction :
Diminution du diamètre d'un vaisseau sanguin par contraction de ses fibres musculaires.

10 Références

1. Gagnon H. L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois. Institut national de santé publique du Québec; 2009.

2. [En ligne]. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national de santé publique du Québec. Mieux connaître les drogues - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux; 2015 [cité le 25 mai 2016]. Disponible: http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000274/

3. Ben Amar M, Léonard L, Lefebvre G, Paré R, Schneeberger P. Drogues : savoir plus, risquer moins [En ligne]. Centre québécois de lutte aux dépendances; 2014. Disponible: http://www.cqld.ca/apte/livre-drogues-savoir-plus-risquer/

4. [En ligne]. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Consommation de cannabis et autres drogues - Statistiques de santé et de bien être selon le sexe; 2018 [cité le 12 avr 2018]. Disponible: http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/consommation-de-cannabis-et-autres-drogues/

5. Agence de la santé publique du Canada. Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité [En ligne]. Ottawa : Gouvernement du Canada; 2009. Disponible: www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/pdf/survey-fra.pdf

6. Young-Wolff KC, Tucker L-Y, Alexeeff S, Armstrong MA, Conway A, Weisner C, et al. Trends in self-reported and biochemically tested marijuana use among pregnant females in California from 2009-2016. JAMA. 2017;318(24):2490.

7. Reece-Stremtan S, Marinelli KA, Academy of Breastfeeding Medecine. ABM Clinical Protocol #21: Guidelines for breastfeeding and substance use or substance use disorder, Revised 2015. Breastfeed Med. 2015;10(3):135‑41.

8. Ferreira E, Martin B, Morin C. Grossesse et allaitement : Guide thérapeutique. 2e édition [En ligne]. Éditions du CHU Sainte-Justine; 2013 [cité le 26 mai 2016]. Disponible: http://www.editions-chu-sainte-justine.org/livres/grossesse-allaitement-235.html

9. Kanit M, Sana M, Bani T, Laqueille X. Cannabis et grossesse : actualités et expériences cliniques. Ann Méd-Psychol. 2009;167:539‑40.

10. Schempf AH, Strobino DM. Illicit drug use and adverse birth outcomes : is it drugs or context? J Urban Health. 2008;85(6):858‑73.

11. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2007 national survey on drug use and health : national findings. Rockville, MD : Author; 2008.

12. Simmat-Durand L. Grossesse et drogues illicites. Déviance Société. 2002;26(1):105‑26.

13. Miles M, Francis K, Chapman Y. Challenges for midwives : pregnant women and illicit drug use. Aust J Adv Nurs. 2007;28(1):83‑90.

14. Ordean A, Wong S, Graves L, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Consommation de substances psychoactives pendant la grossesse. Directive clinique de la SOGC No 349. J Obstet Gynaecol Can. 2017;39(10):938‑956.e3.

15. Porath-Waller AJ. Dissiper la fumée entourant le cannabis: Effets du cannabis pendant la grossesse - version actualisée. Place of publication not identified : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies; 2015.

16. El Marroun H, Tiemeier H, Jaddoe VWV, Hofman A, Mackenbach JP, Steegers EAP, et al. Demographic, emotional and social determinants of cannabis use in early pregnancy : The Generation R study. Drug Alcohol Depend. 2008;98:218‑26.

17. Hans SL. Demographic and psychosocial characteristics of substance-abusing pregnant women. Clin Perinatol. 1999;26(1):55‑74.

18. Macrory F, Boyd SC. Developing primary and secondary services for drug and alcohol dependent mothers. Semin Fetal Neonatal Med. 2007;12(2):119‑26.

19. Morissette P, Chouinard-Thompson A, Devault A, Rondeau G, Roux M-E. Le partenaire de consommatrices abusives de substances psychoactives : un acteur-clé pour la sécurité et le bien-être optimal des enfants. Dans: Morissette P, Venne M, rédacteurs. Parentalité, alcool et drogues : un défi multidisciplinaire. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine; 2008. p. 195‑217. (Intervention).

20. Wright TE, Schuetter R, Fombonne E, Stephenson J, Haning WF. Implementation and evaluation of a harm-reduction model for clinical care of substance using pregnant women. Harm Reduct J. 2012;9(1):5.

21. Hans SL. Demographic and psychosocial characteristics of substance-abusing pregnant women. Clin Perinatol. 1999;26(1):55‑74.

22. Goel N, Beasley D, Rajkumar V, Banerjee S. Perinatal outcome of illicit substance use in pregnancy - comparative and contemporary socio-clinical profile in the UK. Eur J Pediatr. 2011;170:199‑205.

23. Torchalla I, Linden IA, Strehlau V, Neilson E, Krausz M. « Like a lots happened with my whole childhood »: Violence, trauma, and addiction in pregnant and postpartum women from Vancouver's Downtown Eastside. Harm Reduct J. 2014;11(1):34.

24. Van Gelder M, Reefhuis J, Caton AR, Werler MM, Druschel CM, Roeleveld N, et al. Characteristics of pregnant illicit drug users and associations between cannabis use and perinatal outcome in a population-based study. Drug Alcohol Depend. 2010;109:243‑7.

25. Finnegan L, Canadian Centre on Substance Abuse. Toxicomanie au Canada: Consommation de drogues licites et illicites pendant la grossesse : répercussions sur la santé maternelle, néonatale et infantile [En ligne]. 2013 [cité le 27 juill 2017]. Disponible: http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3290128

26. Venne M, Morissette P. Ce difficile passage de toxicomane à mère : quelques éléments de compréhension. Dans: Morissette P, Venne M, rédacteurs. Parentalité, alcool et drogues : un défi multidisciplinaire. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine : collection Intervention; 2008. p. 49-68.

27. El Marroun H, Tiemeier H, Jaddoe VWV, Hofman A, Mackenbach JP, Steegers EAP, et al. Demographic, emotional and social determinants of cannabis use in early pregnancy : The Generation R study. Drug Alcohol Depend. 2008;98:218-26.

28. Massey SH, Lieberman DZ, Reiss D, Leve LD, Shaw DS, Neiderhiser JM. Association of clinical characteristics and cessation of tobacco, alcohol, and illicit drug use during pregnancy. Am J Addict. 2010;20:143-50.

29. Ben Amar M. Les psychotropes : Pharmacologie et toxicomanie. Les Presses de l'Université de Montréal; 2002.

30. Schempf AH, Strobino DM. Illicit drug use and adverse birth outcomes : is it drugs or context? J Urban Health. 2008;85(6):858-73.

31. Kanit M, Sana M, Bani T, Laqueille X. Cannabis et grossesse : actualités et expériences cliniques. Ann Méd-Psychol. 2009;167:539-40.

32. Gyarmathy VA, Giraudon I, Hedrich D, Montanari L, Guarita B, Wiessing L. Drug use and pregnancy - challenges for public health. Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull. 2009;14(9):33-6.

33. Rayburn WF, Bogenschutz MP. Pharmacotherapy for pregnant women with addictions. Am J Obstet Gynecol. 2004;191(6):1885-97.

34. Schempf AH. Illicit drug use and neonatal outcomes : A critical review. Obstet Gynecol Surv. 2007;62(11):749-57.

35. Schempf AH. Illicit drug use and neonatal outcomes : A critical review. Obstet Gynecol Surv [En ligne]. 2007;62(11):749-57. Disponible: _ISI:000250541600004_

36. Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. Drugs in pregnancy and lactation a reference guide to fetal and neonatal risk. Philadelphia : Wolters Kluwer Health; 2015.

37. Noonan K, Reichman NE, Corman H, Dave D. Prenatal drug use and the production of infant health. Health Econ. 2007;16:361-84.

38. Höflich AS, Langer M, Jagsch R, Bäwert A, Winklbaur B, Fischer G, et al. Peripartum pain management in opioid dependent women. Eur J Pain. 2012;16(4):574-84.

39. Sen S, Arulkumar S, Cornett EM, Gayle JA, Flower RR, Fox CJ, et al. New pain management options for the surgical patient on methadone and buprenorphine. Curr Pain Headache Rep [En ligne]. mars 2016 [cité le 12 avr 2018];20(3). Disponible: http://link.springer.com/10.1007/s11916-016-0549-9

40. Brooks-Gunn J, McCarton CM, Hawley T. Effects of in utero drug exposure on children's development : Review and recommendations. Arch Pediatr Adolesc Med. 1994;148:33-9.

41. Rayburn WF. BP. Pharmacotherapy for pregnant women with addictions. Am J Obstet Gynecol [En ligne]. 2004;191(6):1885-97. Disponible: _ISI:000225925800008_

42. Ackerman JP, Riggins T, Black MM. A review of the effects of prenatal cocaine exposure among school-aged children. Pediatrics. 2010;125(3):554-65.

43. Ben Amar M. Le cannabis : Pharmacologie et toxicologie. [En ligne]. Centre québécois de lutte aux dépendances; 2018. Disponible: http://www.cqld.ca/nouvelles/cannabis-pharmacologie-toxicologie-cannabis-mire-de-recherche/

44. Behnke M, Smith VC, Abuse C on S, Newborn C on FA. Prenatal substance abuse : Short and long-term effects on the exposed fetus. Pediatrics. 2013;131(3):e1009-24.

45. Coscas S, Karila L. Cannabis and pregnancy. Rev Prat. 2013;63(10):1433.

46. Huizink AC. Prenatal cannabis exposure and infant outcomes: overview of studies. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2014;52:45-52.

47. Jaques SC, Kingsbury A, Henshcke P, Chomchai C, Clews S, Falconer J, et al. Cannabis, the pregnant woman and her child: weeding out the myths. J Perinatol Off J Calif Perinat Assoc. 2014;34(6):417-24.

48. Addis A, Moretti ME, Syed FA, Einarson TR, Koren G. Fetal effects of cocaine : an updated meta-analysis. Reprod Toxicol. 2001;15:341-69.

49. Garcia-Enguidanos A, Calle ME, Vallero J, Luna S, Dominguez-Rojas V. Risk factors in miscarriage : a review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2002;102:111-9.

50. Ministère de la Santé et des Services sociaux, S.O.S.Grossesse. Grossesse : alcool et drogues, ce qu'il faut savoir. 2009.

51. Sithisarn T, Granger DT, Bada HS. Consequences of prenatal substance use. Int J Adolesc Med Health. 2012;24(2):105-12.

52. Shankaran S, Das A, Bauer CR, Bada HS, Lester BM, Wright LL, et al. Prenatal cocaine exposure and small-for-gestational-age status: Effects on growth at 6 years of age. Neurotoxicol Teratol. 2011;33(5):575-81.

53. Cressman AM, Natekar A, Kim E, Koren G, Bozzo P. Cocaine abuse during pregnancy. J Obstet Gynaecol Can. 2014;36(7):628-31.

54. Gouin K, Murphy K, Shah PS, Knowledge Synthesis group on Determinants of Low Birth Weight and Preterm Births. Effects of cocaine use during pregnancy on low birthweight and preterm birth: systematic review and metaanalyses. Am J Obstet Gynecol. 2011;204(4):340.e1-12.

55. Keegan J, Parva M, Finnegan M, Gerson A, Belden M. Addiction in pregnancy. J Addict Dis. 2010;29(2):175-91.

56. Hulse GK, English DR, Milne E, Holman CDJ, Bower CI. Maternal cocaine use and low birth weight newborns : a meta-analysis. Addiction. 1997;92(11):1561-70.

57. Lester BM, Lagasse LL. Children of addicted women. J Addict Dis. 2010;29(2):259-76.

58. Jones HE. Advances in maternal treatment and understanding child outcomes. Curr Dir Psychol Sci. 2006;15(3):126-30.

59. Lamy S, Laqueille X, Thibaut F. Consequences of tobacco, cocaine and cannabis consumption during pregnancy on the pregnancy itself, on the newborn and on child development: A review. L'Encéphale. 2015;41 Suppl 1:S13-20.

60. Bandstra ES, Morrow CE, Accornero VH, Mansoor E, Xue L, Anthony JC. Estimated effects of in utero cocaine exposure on language development through early adolescence. Neurotoxicol Teratol. 2011;33(1):25-35.

61. Lewis BA, Minnes S, Short EJ, Weishampel P, Satayathum S, Min MO, et al. The effects of prenatal cocaine on language development at 10 years of age. Neurotoxicol Teratol. 2011;33(1):17-24.

62. Ferreira E, Martin B, Morin C. Grossesse et allaitement : Guide thérapeutique. 2e édition [En ligne]. Éditions du CHU Sainte-Justine; 2013 [cité le 26 mai 2016]. Disponible: http://www.editions-chu-sainte-justine.org/livres/grossesse-allaitement-235.html

63. Beeghly M, Rose-Jacobs R, Martin BM, Cabral HJ, Heeren TC, Frank DA. Level of intrauterine cocaine exposure and neuropsychological test scores in preadolescence: subtle effects on auditory attention and narrative memory. Neurotoxicol Teratol. 2014;45:1-17.

64. Plessinger MA. Prenatal exposure to amphetamines: Risks and adverse outcomes in pregnancy. Obstet Gynecol Clin N Am. 1998;25(1):119-38.

65. Gorman MC, Orme KS, Nguyen NT, Kent EJ, Caughey AB. Outcomes in pregnancies complicated by methamphetamine use. Am J Obstet Gynecol. 2014;211(4):429.e1-7.

66. Shah R, Diaz SD, Arria A, LaGasse LL, Derauf C, Newman E, et al. Prenatal methamphetamine exposure and short-term maternal and infant medical outcomes. Am J Perinatol. 2012;29(5):391-400.

67. Madide A, Smith J, Odendaal H. Methamphetamine use by pregnant women: Impact on the neonate and challenges for the perinatal team : Review. Obstet Gynaecol Forum. 2012;22(1):8-11.

68. Nguyen D, Smith LM, Lagasse LL, Derauf C, Grant P, Shah R, et al. Intrauterine growth of infants exposed to prenatal methamphetamine: results from the infant development, environment, and lifestyle study. J Pediatr. 2010;157(2):337-9.

69. Oei JL, Kingsbury A, Dhawan A, Burns L, Feller JM, Clews S, et al. Amphetamines, the pregnant woman and her children: a review. J Perinatol Off J Calif Perinat Assoc. 2012;32(10):737-47.

70. Barceloux DG. Medical Toxicology of Drug Abuse: Synthesized Chemicals and Psychoactive Plants [En ligne]. Hoboken, NJ, USA : John Wiley & Sons, Inc.; 2012 [cité le 26 mai 2016]. Disponible: http://doi.wiley.com/10.1002/9781118105955

71. Smith LM, Lagasse LL, Derauf C, Grant P, Shah R, Arria A, et al. The Infant Development, Environment, and Lifestyle Study : Effects of prenatal methamphetamine exposure, polydrug exposure, and poverty on intrauterine growth. Pediatrics. 2006;118(3):1149-56.

72. Saleh Gargari S, Fallahian M, Haghighi L, Hosseinnezhad-Yazdi M, Dashti E, Dolan K. Maternal and neonatal complications of substance abuse in Iranian pregnant women. Acta Med Iran. 2012;50(6):411-6.

73. LaGasse LL, Wouldes T, Newman E, Smith LM, Shah RZ, Derauf C, et al. Prenatal methamphetamine exposure and neonatal neurobehavioral outcome in the USA and New Zealand. Neurotoxicol Teratol. 2011;33(1):166-75.

74. [En ligne]. Société canadienne de pédiatrie. La prise en charge des nouveau-nés dont la mère a pris des opioïdes pendant la grossesse.; 2018 [cité le 6 avr 2018]. Disponible: https://www.cps.ca/fr/documents/position/opioides-pendant-la-grossesse

75. Young JL, Martin PR. Treatment of opioid dependence in the setting of pregnancy. Psychiatr Clin North Am. 2012;35(2):441-60.

76. Thadani PV, et al. National Institue on Drug Abuse Conference report on placental proteins, drug transport, and fetal development. Am J Obstet Gynecol. 2004;191:1858-62.

77. Anthony EK, Austin MJ, Cormier DR. Early detection of prenatal substance exposure and the role of child welfare. Child Youth Serv Rev. 2010;32:6-12.

78. Chasnoff IJ. Drug use in pregnancy : Parameters of risk. Pediatr Clin North Am. 1988;35(6):1403-12.

79. Bauer CR, Shankaran S, Bada HS, Lester B, Wright LL, Krause-Steinrauf H, et al. The Maternal Lifestyle Study : Drug exposure during pregnancy and short-term maternal outcomes. Am J Obstet Gynecol. 2002;186:487-95.

80. Frank DA, Augustyn M, Grant Knight W, Pell T, Zuckerman B. Growth, development, and behavior in early childhood following prenatal cocaine exposure : A systematic review. J Am Med Assoc. 2011;285(12):1613-25.

81. Messinger DS, Bauer CR, Das A, Seifer R, Lester BM, Lagasse LL, et al. The Maternal Lifestyle Study : Cognitive, motor, and behavioral outcomes of cocaine-exposed and opiate-exposed infants through three years of age. Pediatrics. 2004;113:1677-85.

82. Ordean A, Kahan M. Comprehensive treatment program for pregnant substance users in a family medicine clinic. Can Fam Physician Med Fam Can. 2011;57(11):e430-435.

83. American Academy of Pediatrics. Neonatal drug withdrawal. Pediatrics. 1998;101(6):1079-88.

84. Perreault E, Hébert A, Staco N. Consommation, problèmes de santé et allaitement. Dans: Morissette P, Venne M, rédacteurs. Parentalité, alcool et drogues : Un défi multidisciplinaire. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine; 2009. p. 69-91.

85. Hudak ML, Tan RC, The Committee On Drugs, The Committee on Fetus And Newborn. Neonatal drug withdrawal. Pediatrics. 2012;129(2):540-60.

86. Ben Amar M. Les psychotropes : Pharmacologie et toxicomanie. Les Presses de l'Université de Montréal; 2002.

87. Gomez Pomar E, Finnegan LP, Devlin L, Bada H, Concina VA, Ibonia KT, et al. Simplification of the Finnegan Neonatal Abstinence Scoring System: retrospective study of two institutions in the USA. BMJ Open. 2017;7(9):e016176.

88. Dow K, Ordean A, Murphy-Oikonen J, Pereira J, Koren G, Roukema H, et al. Neonatal abstinence syndrome clinical practice guidelines for Ontario. J Popul Ther Clin Pharmacol J Ther Popul Pharamcologie Clin. 2012;19(3):e488-506.

89. McQueen K, Murphy-Oikonen J. Neonatal abstinence syndrome. Longo DL, rédacteur. N Engl J Med. 2016;375(25):2468-79.

90. Velez M, Jansson LM. The opioid dependent mother and newborn dyad: Nonpharmacologic care: J Addict Med. 2008;2(3):113-20.

91. Hodgson ZG, Abrahams RR. A rooming-in program to mitigate the need to treat for opiate withdrawal in the newborn. J Obstet Gynaecol Can. 2012;34(5):475-81.

92. Moore JN, Gastonguay MR, Ng CM, Adeniyi-Jones SC, Moody DE, Fang WB, et al. The pharmacokinetics and pharmacodynamics of buprenorphine in neonatal abstinence syndrome. Clin Pharmacol Ther. 2018;103(6):1029-37.

93. Marchei E, Escuder D, Pallas CR, Garcia-Algar O, Gómez A, Friguls B, et al. Simultaneous analysis of frequently used licit and illicit psychoactive drugs in breast milk by liquid chromatography tandem mass spectrometry. J Pharm Biomed Anal. 2011;55(2):309-16.

94. Garry A, Rigourd V, Amirouche A, Fauroux V, Aubry S, Serreau R. Cannabis and breastfeeding. J Toxicol. 2009;2009:1-5.

95. Porath AJ, Konefal S, Kent P. Dissiper la fumée entourant le cannabis: Effets du cannabis pendant la grossesse. Version actualisée en 2018. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies; 2015.

96. Perreault E, Hébert A, Staco N. Consommation, problèmes de santé et allaitement. Dans: Morissette P, Venne M, rédacteurs. Parentalité, alcool et drogues : Un défi multidisciplinaire. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine; 2009. p. 69-91.

97. Garry A, Rigourd V, Amirouche A, Fauroux V, Aubry S, Serreau R. Cannabis and breastfeeding. J Toxicol. 2009;2009:1-5.

98. Committee on Drugs. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. Pediatrics. 2001;108:776-89.

99. Ben Amar M. Drogues : savoir plus, risquer moins - Nouvelle édition à paraitre en 2019. Centre québécois de lutte aux dépendances; 2019.

100. Howard CR, Lawrence RA. Breast-feeding and drug exposure. Subst Abuse Pregnancy. 1998;25(1):195-217.

101. Ordean A, Wong S, Graves L. Consommation de substances psychoactives pendant la grossesse. J Obstet Gynaecol Can. 2017;39(10):938-956.e3.

102. Soyka M. Buprenorphine use in pregnant opioid users: a critical review. CNS Drugs. 2013;27(8):653-62.

103. Abdel-Latif ME. Effects of breast milk on the severity and outcome of neonatal abstinence syndrome among infants of drug-dependent mothers. PEDIATRICS. 2006;117(6):1163-9.

104. Fríguls B, Joya X, García-Algar O, Pallás CR, Vall O, Pichini S. A comprehensive review of assay methods to determine drugs in breast milk and the safety of breastfeeding when taking drugs. Anal Bioanal Chem. 2010;397(3):1157-79.

105. Hilton TC. Breastfeeding considerations of opioid dependent mothers and infants. MCN Am J Matern Child Nurs. 2012;37(4):236-40.

106. Wachman EM, Byun J, Philipp BL. Breastfeeding rates among mothers of infants with neonatal abstinence syndrome. Breastfeed Med. 2010;5(4):159-64.

107. Wilder CM, Winhusen T. Pharmacological management of opioid use disorder in pregnant women. CNS Drugs. 2015;29(8):625-36.

108. Crawley A, Murphy L, Regier L, McKee N. Sevrage des opioïdes à l'aide de l'entretien motivationnel. Can Fam Physician Med Fam Can. 2018;64(8):e341-5.

109. Fortini C, Daeppen J-B. L'entretien motivationnel?: développements récents. Psychothérapies. 2011;31(3):159.

110. Paquin I. Le traitement de substitution avec méthadone au Québec : une mesure de santé publique en réadaptation. Drogue Santé Société. 2003;2(1):1-10.

111. Mejak V, Kastelic A. The experience of pregnancy, childbirth and motherhood of drug-using women. Heroin Addict Relat Clin Probl. 2016;18(5):33-42.

112. Suchman N, Mayes L, Conti J, Slade A, Rounsaville B. Rethinking parenting interventions for drug-dependent mothers : from behavior management to fostering emotional bonds. J Subst Abuse Treat. oct 2004;27(3):179-85.

113. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à 1 an. Gouvernement du Québec; 2005 p. 1-177.

114. Logan DE, Marlatt AG. Harm reduction therapy : A practice-friendly review of research. J Clin Psychol Sess [En ligne]. 2010;66(2):201-14. Disponible: _file://U:\Mandat périnatalité\Documents grossesse\Toxicomanie\réduction des méfaits.pdf_

115. Comité permanent de la lutte à la toxicomanie. Toxicomanie et réduction des méfaits. Québec; 1999.

116. Flavin J. A glass half full? Harm reduction among pregnant women who use cocaine. J Drug Issues [En ligne]. 2002;32(3):973-98. Disponible: _file://U:\Mandat périnatalité\Documents grossesse\Toxicomanie\flavin.pdf_

117. Jones HE, Finnegan LP, Kaltenbach K. Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence in pregnancy. Drugs. 2012;72(6):747-57.

118. Bandstra ES. Maternal Opioid Treatment: Human Experimental Research (MOTHER) Study: maternal, fetal and neonatal outcomes from secondary analyses. Addict Abingdon Engl. 2012;107 Suppl 1:1-4.

119. Bell J, Towers CV, Hennessy MD, Heitzman C, Smith B, Chattin K. Detoxification from opiate drugs during pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2016;215(3):374.e1-374.e6.

120. Collège des médecins du Québec. Utilisation de la méthadone dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés. 1999.

121. Burns L, Mattick RP, Lim K, Wallace C. Methadone in pregnancy : treatment retention and neonatal outcomes. Addiction. 2006;102:264-70.

122. Wouldes TA, Woodward LJ. Maternal methadone dose during pregnancy and infant clinical outcome. Neurotoxicol Teratol. 2010;32:406-13.

Centre d'expertise
et de référence

www.inspq.qc.ca

Institut national
de santé publique
Québec