

Consommation de substances psychoactives pendant la grossesse

La présente directive clinique a été rédigée par le groupe de travail sur la consommation problématique de substances psychoactives pendant la grossesse, analysée par le comité de médecine fœto-maternelle, le comité consultatif des médecins de famille et le comité médico-juridique, et approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

AUTEURS PRINCIPAUX

Suzanne Wong, MD, Toronto (Ont.)

Alice Ordean, MD, Toronto (Ont.)

Meldon Kahan, MD, Toronto (Ont.)

COMITÉ DE MÉDECINE FŒTO-MATERNELLE

Robert Gagnon, MD (président), Montréal (Québec)

Lynda Hudon, MD (coprésidente), Montréal (Québec)

Melanie Basso, inf. aut., Vancouver (C.-B.)

Hayley Bos, MD, London (Ont.)

Joan Crane, MD, St. John's (T.-N.-L.)

Gregory Davies, MD, Kingston (Ont.)

Marie-France Delisle, MD, Vancouver (C.-B.)

Dan Farine, MD, Toronto (Ont.)

Savas Menticoglou, MD, Winnipeg (Man.)

William Mundle, MD, Windsor (Ont.)

Lynn Murphy-Kaulbeck, MD, Allison (N.-B.)

Annie Ouellet, MD, Sherbrooke (Québec)

Tracy Pressey, MD, Vancouver (C.-B.)

Anne Roggensack, MD, Calgary (Alb.)

Frank Sanderson, MD, Saint John (N.-B.)

COMITÉ CONSULTATIF DES MÉDECINS DE FAMILLE

William Ehman, MD (président), Nanaimo (C.-B.)

Anne Biringer, MD, Toronto (Ont.)

Andrée Gagnon, MD, Blainville (Québec)

Lisa Graves, MD, Sudbury (Ont.)

Jonathan Hey, MD, Saskatoon (Sask.)

Jill Konkin, MD, Edmonton (Alb.)

Francine Léger, MD, Montréal (Québec)

Cindy Marshall, MD, Lower Sackville (N.-É.)

COMITÉ MÉDICO-JURIDIQUE

Deborah Robertson, MD (présidente), Toronto (Ont.)

Douglas Bell, MD, Ottawa (Ont.)

George Carson, MD, Regina (Sask.)

Donna Gilmour, MD, Halifax (N.-É.)

Owen Hughes, MD, Ottawa (Ont.)

Caroline Le Jour, MD, Calgary (Alb.)

Dean Leduc, MD, Orleans (Ont.)

Nicholas Leyland, MD, Hamilton (Ont.)

Paul Martyn, MD, Calgary (Alb.)

André Masse, MD, Montréal (Québec)

ANALYSTES AD HOC

Ron Abrahams, MD, Vancouver (C.-B.)

Sanja Avdic, MD, Toronto (Ont.)

Howard Berger, MD, Toronto (Ont.)

Mike Franklyn, MD, Sudbury (Ont.)

Samuel Harper MD, Montréal (Québec)

Georgia Hunt, MD, Vancouver (C.-B.)

Patricia Mousmanis, MD, Richmond Hill (Ont.)

Kellie Murphy, MD, Toronto (Ont.)

Sarah Payne, MA, Vancouver (C.-B.)

COLLABORATRICES SPÉCIALES

Deana Midmer, EdD, Toronto (Ont.)

Sandra de la Ronde, MD, Calgary (Alb.)

Les recherches documentaires et le soutien bibliographique nécessaires aux fins de la rédaction de la présente directive clinique ont été assurées par Mme Becky Skidmore, analyste de recherche médicale, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Tous les membres de comité nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

Le Dr Alice Ordean a reçu du financement de la part du *National Institute on Drug Abuse* subvention R01 DA015741.

J Obstet Gynaecol Can, vol. 33, n° 4, 2011, p. 385–405

Mots clés : Pregnancy, substance-related disorders, substance use, neonatal abstinence syndrome

Ce document fait état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

Résumé

Objectif : Accroître la sensibilisation à la consommation problématique de substances psychoactives pendant la grossesse et les connaissances à ce sujet, et formuler des recommandations factuelles pour la prise en charge de ce difficile problème clinique à l'intention de tous les fournisseurs de soins de santé.

Options : La présente directive clinique analyse l'utilisation d'outils de dépistage, l'approche générale envers les soins et les recommandations pour la prise en charge clinique de la consommation problématique de substances psychoactives pendant la grossesse.

Issues : Recommandations factuelles pour le dépistage et la prise en charge de la consommation problématique de substances psychoactives pendant la grossesse et la lactation.

Résultats : Des recherches ont été menées dans Medline, PubMed, CINAHL et *The Cochrane Library* en vue d'en tirer les articles publiés depuis 1950 au moyen des mots clés suivants : « *substance-related disorders* », « *mass screening* », « *pregnancy complications* », « *pregnancy* », « *prenatal care* », « *cocaine* », « *cannabis* », « *methadone* », « *opioid* », « *tobacco* », « *nicotine* », « *solvents* », « *hallucinogens* » et « *amphetamines* ». Les résultats ont été restreints aux analyses systématiques et aux essais comparatifs randomisés / essais cliniques comparatifs. Des recherches subséquentes visant les études observationnelles ont également été menées en raison de la rareté des ECR dans ce domaine d'étude. Les articles ont été restreints aux études menées chez l'homme publiées en anglais. Des articles additionnels ont été identifiés manuellement par l'analyse des listes de références des articles sélectionnés. Les recherches ont été mises à jour de façon régulière et leurs résultats ont été incorporés à la directive clinique jusqu'en décembre 2009. La littérature grise (non publiée) a été identifiée par l'intermédiaire de recherches menées dans les sites Web d'organismes s'intéressant à l'évaluation des technologies dans le domaine de la santé et d'organismes connexes, dans des collections de directives cliniques, dans des registres d'essais cliniques et auprès de sociétés de spécialité médicale nationales et internationales.

Valeurs : La qualité des résultats a été évaluée au moyen des critères décrits dans le rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Les recommandations visant la pratique ont été classées conformément à la méthode décrite dans ce rapport (Tableau 1).

Avantages, désavantages et coûts : La présente directive clinique a pour but d'accroître les connaissances et le degré d'aisance des fournisseurs de soins de santé aux femmes enceintes qui présentent des troubles liés à la consommation de substances psychoactives. L'amélioration de l'accès aux soins de santé et à une aide pour l'obtention d'un traitement adéquat de l'assuétude mène à une baisse des coûts de santé et des taux maternels et néonataux de morbidité et de mortalité.

Recommandations

1. Toutes les femmes enceintes et les femmes en âge de procréer devraient périodiquement faire l'objet d'un dépistage de la consommation d'alcool, de tabac, de médicaments d'ordonnance et de drogues illicites. (III-A)
2. Lorsque le dépistage de la consommation de substances psychoactives s'avère cliniquement indiqué, le dépistage de drogue dans l'urine constitue la méthode à privilégier. (II-2A) Le consentement éclairé de la patiente devrait être obtenu avant que la tenue d'un dépistage toxicologique maternel ne soit demandée. (III-B)
3. Les politiques et les obligations juridiques liées au dépistage toxicologique chez les nouveau-nés peuvent varier d'un territoire de compétence à l'autre, et les fournisseurs de soins devraient se familiariser avec les règlements en vigueur dans leur région. (III-A)
4. Les fournisseurs de soins de santé devraient utiliser une approche flexible envers les soins à offrir aux femmes qui connaissent des problèmes de consommation de substances psychoactives. De plus, ils devraient favoriser l'utilisation de toutes les ressources communautaires disponibles. (II-2B)
5. Les femmes devraient se voir offrir des conseils au sujet des risques qu'occasionne la consommation de drogues pendant les périodes périconceptionnelle, antepartum et postpartum. (III-B)
6. Le counseling visant l'abandon du tabagisme devrait être considéré comme étant l'intervention de première intention pour ce qui est des femmes enceintes qui fument. (I-A) Le recours à la thérapie de remplacement de la nicotine et/ou à la pharmacothérapie peut être envisagé lorsque le counseling échoue. (I-A)
7. Le traitement de substitution à la méthadone devrait constituer la norme de diligence pour ce qui est des femmes qui présentent une dépendance aux opioïdes pendant la grossesse. (II-1A) L'utilisation d'autres préparations opioïdes à libération prolongée peut être envisagée lorsque la méthadone n'est pas disponible. (II-2B)
8. La désintoxication visant les opioïdes ne devrait être mise en œuvre qu'auprès de certaines femmes, et ce, en raison du risque élevé de rechute. (II-2B)
9. Les femmes qui présentent une dépendance aux opiacés 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 symptômes du sevrage néonatal (syndrome d'abstinence néonatale). (II-2B) Les hôpitaux offrant des soins obstétricaux devraient élaborer un protocole pour l'évaluation et la prise en charge des nouveau-nés exposés aux opiacés pendant la grossesse. (III-B)
10. La planification prénatale de l'analgésie intrapartum et postpartum peut être offerte à toutes les femmes, en consultation avec les fournisseurs de soins appropriés. (III-B)
11. Les risques et les avantages de l'allaitement devraient être pondérés de façon personnalisée, puisque le traitement de substitution à la méthadone ne constitue pas une contre-indication à l'allaitement. (II-3B)

ABRÉVIATIONS

VHC	Virus de l'hépatite C
TSM	Traitement de substitution à la méthadone
SAN	Syndrome d'abstinence néonatale
TRN	Thérapie de remplacement de la nicotine
DDU	Dépistage de drogue dans l'urine

Tableau 1 Critères d'évaluation des résultats et de classification des recommandations, fondés sur ceux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Niveaux de résultats*	Catégories de recommandations†
I: Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-1: Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-2: Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. Les données existantes sont contradictoires et ne permettent pas de formuler une recommandation pour ou contre l'usage de la mesure clinique de prévention; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.
II-3: Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour déconseiller la mesure clinique de prévention. E. On dispose de données suffisantes pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
III: Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	L. Les données sont insuffisantes (d'un point de vue quantitatif ou qualitatif) et ne permettent pas de formuler une recommandation; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.

*La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs¹⁶¹.

†Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs¹⁶¹.

INTRODUCTION

La consommation de substances psychoactives pendant la grossesse est courante. Dans des sondages sur sa prévalence à l'échelle nationale, 14 % des Canadiennes ont signalé avoir consommé de l'alcool au cours de leur dernière grossesse et 17 % ont signalé qu'elles fumaient pendant la grossesse^{1,2}. La prévalence de la consommation de drogues illicites chez les Canadiennes en âge de procréer est moindre, mais n'est pas négligeable. Dans des sondages menés auprès de la population américaine, ~5 % des femmes enceintes ont signalé avoir consommé des drogues illicites au cours du mois précédent³. La marijuana demeure la drogue illicite la plus couramment consommée, suivie de la cocaïne. Les femmes signalent des taux de consommation de médicaments d'ordonnance, dont les analgésiques (23,1 %), les analgésiques opioïdes (2,1 %), les somnifères (1,7 %), les tranquillisants (1,1 %) et les antidépresseurs (2,1%), plus élevés que ceux des hommes².

La consommation d'alcool et de drogues par les femmes enceintes peut donner lieu à une morbidité maternelle, fœtale et néonatale significative⁴⁻¹⁷. En général, les femmes enceintes qui connaissent des troubles liés à la consommation de substances psychoactives sont moins susceptibles de chercher à obtenir des soins prénatals et présentent des taux accrus de maladies infectieuses telles que le VIH, l'hépatite et d'autres infections transmissibles sexuellement¹⁷⁻¹⁹.

L'exposition périnatale à des substances psychoactives s'accompagne de nombreux coûts directs et indirects. En 2002, au Canada, les coûts sociaux globaux de la consommation excessive de substances psychoactives (y compris le fardeau imposé aux soins de santé et à la répression de la criminalité, ainsi que la perte de productivité attribuable aux décès prématurés et aux problèmes de santé) se sont élevés à ~40 milliards de dollars²⁰. Les données issues d'études américaines ont indiqué que la hausse des coûts des soins néonataux offerts aux nouveau-nés issus de mères fumant la cigarette est de ~700 \$; pour ce qui est des nouveau-nés exposés à la cocaïne, cette hausse était de 5 110 \$ par patient²¹⁻²³.

En raison de la prévalence de la consommation de substances psychoactives et de ses répercussions cliniques et économiques, les fournisseurs de soins de santé doivent savoir comment identifier les patientes affectées et comment leur offrir des soins. La prise en charge des troubles liés à la consommation de substances psychoactives est complexe, en raison des états comorbides et des facteurs psychosociaux et socioéconomiques qui lui sont associés, comme les problèmes de santé mentale, les problèmes de logement, les facteurs de stress financiers et le manque de soutien. Les médecins canadiens ont identifié le manque de connaissances et de formation au sujet des effets de la consommation de substances psychoactives pendant la grossesse et des traitements permettant de la contrer comme

étant un autre obstacle à l'offre de soins à ces patientes²⁴. Les fournisseurs de soins périnataux disposent, au cours de la grossesse, de plusieurs occasions d'identifier les femmes qui connaissent des problèmes de consommation de substances psychoactives et de leur venir en aide. Bien que la plupart des médecins posent systématiquement des questions au sujet de la consommation d'alcool, de tabac et d'autres drogues pendant la grossesse, bon nombre d'entre eux ne font pas appel à un outil de dépistage particulier et n'orientent pas leurs patientes vers d'autres ressources thérapeutiques²⁵⁻²⁸. Puisque la motivation à modifier les comportements nocifs / nuisibles pour la santé connaît une hausse pendant la grossesse, il s'agit d'un moment idéal pour intervenir auprès des femmes qui connaissent des problèmes de consommation de substances psychoactives.

La présente directive clinique offre une approche unifiée envers les soins visant les troubles périnataux liés à la consommation de substances psychoactives.

DÉFINITIONS

La consommation excessive de substances psychoactives et la dépendance aux substances psychoactives comptent des critères bien définis fondés sur le DSM-IV (Tableau 2)²⁹. La dépendance aux substances psychoactives est caractérisée par une consommation compulsive de drogue, la perte de contrôle quant à la consommation et des conséquences physiques, sociales et psychologiques³⁰. La dépendance physique est caractérisée par la tolérance et le sevrage; cependant, elle ne suffit pas en elle-même à l'établissement d'un diagnostic de dépendance aux substances psychoactives. Le sevrage consiste en une combinaison de symptômes propres à la drogue en question qui se manifestent dans les heures ou les jours qui suivent l'abandon de la consommation (Tableau 3).

IDENTIFICATION DES TROUBLES LIÉS À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES PENDANT LA GROSSESSE

Dépistage et évaluation

Toutes les femmes enceintes, peu importe leur statut socioéconomique, devraient se voir poser des questions au sujet de leur consommation (passée et actuelle) d'alcool, de nicotine, de drogues illicites et de médicaments d'ordonnance. Un fort indice de suspicion quant à la consommation potentielle de substances psychoactives pendant la grossesse est requis dans diverses situations cliniques³¹. Il n'existe pas d'outil de dépistage optimal pour l'identification de la consommation de substances

Tableau 2 Définitions des troubles liés aux substances psychoactives

Trouble lié à la consommation de substances psychoactives	Définition
Dépendance aux substances psychoactives	<p>Un profil de consommation de substances psychoactives, menant à une détérioration ou à une détresse significative sur le plan clinique, qui se manifeste sous la forme de trois des éléments suivants ou plus, survenant à quelque moment que ce soit au cours de la même période de 12 mois :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. tolérance 2. sevrage 3. substance psychoactive consommée en quantités plus importantes ou pendant plus longtemps que prévu 4. souhait persistant de réduire ou de maîtriser la consommation de substances psychoactives ou efforts vains en ce sens 5. fait de vouer un temps énorme aux activités nécessaires à l'obtention de la substance psychoactive (p. ex. consultation de multiples médecins ou se déplacer sur de longues distances), à l'utilisation de la substance psychoactive (p. ex. fumer de multiples cigarettes l'une après l'autre) ou à la récupération en raison de ses effets 6. abandon d'importantes activités sociales, professionnelles ou récréatives, ou diminution du temps leur étant accordé, en raison de la consommation de substances psychoactives 7. poursuite de la consommation malgré le fait d'avoir été avisé des dommages qu'elle occasionne
Consommation excessive de substances psychoactives	<p>Un profil de consommation de substances psychoactives, menant à une détérioration ou à une détresse significative sur le plan clinique, qui se manifeste sous la forme d'un des éléments suivants ou plus, survenant au cours d'une période de 12 mois :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. consommation récurrente de substances psychoactives menant à l'incapacité de s'acquitter d'obligations importantes au travail, à l'école ou à la maison 2. consommation récurrente de substances psychoactives dans des situations où cela s'avère physiquement dangereux 3. problèmes juridiques récurrents liés à la consommation de substances psychoactives 4. problèmes sociaux ou interpersonnels persistants ou récurrents causés ou exacerbés par les effets de la substance psychoactive
Tolérance	<p>Caractérisée par la nécessité de consommer des quantités considérablement accrues de substances psychoactives pour obtenir l'effet voulu ou par la diminution de l'effet dans le cadre de l'utilisation continue de la même quantité de substances psychoactives</p>

Tableau 3 Syndromes de sevrage

Substance psychoactive	Symptômes de sevrage
Nicotine	Irritabilité, agitation, anxiété, insomnie, fatigue, faible concentration
Marijuana	Irritabilité, insomnie, anorexie, anxiété
Opioides	Symptômes d'allure grippale : myalgies, rhinorrhée, chair de poule, diaphorèse, nausée, vomissement, diarrhée Symptômes psychologiques : insomnie, anxiété, fortes envies, dysphorie Symptômes obstétricaux : crampes abdominales, irritabilité utérine
Benzodiazépines	Crises (dose élevée), anxiété, attaques de panique, insomnie, labilité émotionnelle
Cocaïne / amphétamines	Phase d'effondrement : fatigue, appétit accru Phase de dysphorie du sevrage : dysphorie, irritabilité, insomnie, fortes envies
Inhalants	Semblable au sevrage de l'alcool : tremblement, malaise, symptômes gastro-intestinaux

psychoactives pendant la grossesse. La tenue d'une entrevue maternelle au moyen de questions ouvertes et non moralisatrices est plus susceptible de favoriser la divulgation d'une consommation périnatale de substances psychoactives^{31,32}. Les fournisseurs de soins de santé devraient déterminer leur propre degré d'aisance et élaborer leur propre style pour ce qui est de la pose de questions à leurs patientes sur ce sujet épineux. Les questionnaires T-ACE et TWEAK ont été conçus pour le dépistage de la consommation périnatale d'alcool exposant la patiente à des risques (Figure 1)^{33,34}. L'outil ALPHA incorpore le questionnaire CAGE afin de dépister la consommation maternelle de drogues à usage récréatif et fait également appel à des questions validées pour identifier les facteurs de risque psychosociaux connexes, tels que la violence familiale ou la dépression postpartum (Annexe)^{35,36}. Lorsque la patiente reconnaît sa consommation de substances psychoactives, la tenue d'une évaluation plus exhaustive est recommandée afin de savoir s'il existe des antécédents de consommation excessive de substances psychoactives ou de dépendance (Figure 2).

Rôle du dépistage toxicologique

La tenue d'un dépistage toxicologique n'est pas recommandée aux fins du dépistage universel (c.-à-d. le dépistage systématique de toutes les femmes), et ce, en raison de ses nombreuses limites (Figure 3), et ne devrait être envisagée qu'à la suite d'une évaluation exhaustive, en présence d'une indication clinique³⁷. Lorsqu'une patiente émet des réserves quant à l'offre d'un échantillon ou hésite à le faire, les cliniciens devraient se centrer sur l'établissement d'une relation de confiance avant de suggérer la tenue d'un dépistage toxicologique. Les femmes vulnérables peuvent se sentir menacées lorsque les cliniciens souhaitent obtenir des renseignements détaillés par l'intermédiaire de la tenue

de tests de dépistage de drogue et de la prise des antécédents psychosociaux.

Les échantillons d'urine, de cheveux et de méconium constituent des marqueurs biologiques sensibles de la consommation de substances psychoactives. Le dépistage de drogue dans l'urine ne peut détecter qu'une exposition récente aux substances psychoactives, tandis que le dépistage au moyen des cheveux néonataux et du méconium est en mesure de documenter l'utilisation intra-utérine, et ce, parce que le méconium et les cheveux se forment pendant les deuxième et troisième trimestres, respectivement³⁸⁻⁴¹. Un seul résultat de test positif ne peut, par lui-même, être utilisé pour diagnostiquer une dépendance aux substances psychoactives. Bien que les agences de protection de l'enfance exigent parfois la tenue d'analyses des cheveux, ni les cheveux ni le méconium ne sont adéquats aux fins d'une utilisation clinique systématique, et ce, en raison des coûts élevés mis en cause et de leur propension à donner des résultats faux positifs.

Le DDU compte plusieurs indications cliniques. Des données indiquent que l'ajout d'un dépistage de drogue dans l'urine à l'entrevue maternelle structurée peut accroître la détection de la consommation problématique de substances psychoactives pendant la grossesse^{42,43}. La détection peut faciliter la mise en œuvre précoce d'une intervention, y compris la prise en charge du sevrage maternel et néonatal, le counseling et l'orientation vers des services thérapeutiques externes à long terme. Par exemple, un résultat positif inattendu à la suite d'un DDU visant les opioïdes pourrait mener à l'évaluation d'une dépendance aux opioïdes et à l'observation du nouveau-né pour être à l'affût de l'apparition de symptômes de sevrage. La surveillance externe continue au moyen du DDU est

Figure 1 Outils T-ACE et TWEAK visant la consommation problématique d'alcool**T-ACE**

T Combien de verres devez-vous prendre pour ressentir les premiers effets de l'alcool? (*Tolerance*)

A Avez-vous déjà été importuné par des gens qui vous critiquaient au sujet de votre consommation?

C Ressentez-vous parfois le besoin de réduire votre consommation?

E Prenez-vous parfois un verre le matin dès votre levée du lit pour vous calmer ou chasser la gueule de bois? (*Eye-opener*)

Pointage : T : 2 points si ≥ 3 verres; A,C,E : 1 point pour chaque réponse affirmative

Un total de 2 points ou plus indique que la patiente est susceptible de présenter un problème d'alcool.

TWEAK

T *Tolerance*

W Des proches se sont-ils inquiétés ou plaints de votre consommation au cours de la dernière année? (*Worried*)

E *Eye-opener*

A Un ami ou un membre de votre famille vous a-t-il déjà fait part de choses que vous avez dites ou faites en état d'intoxication dont vous n'avez aucun souvenir? (Amnésie ou perte de connaissance)

K Ressentez-vous parfois le besoin de réduire votre consommation? (*Cut-down*)

Pointage : T : 2 points si ≥ 3 verres; W, E, A, K : 1 pour chaque réponse affirmative

Un total de 3 points ou plus indique que la consommation de la patiente l'expose à des risques

Figure 2 Évaluation des troubles associés aux substances psychoactives

Antécédents complets quant aux drogues : nom de la drogue, quantité, fréquence, durée, voie(s) d'administration, dernière consommation, consommation de drogues injectables, partage d'aiguilles / d'attirail, symptômes de sevrage

Stade de changement en ce qui concerne la consommation de substances psychoactives

- Conséquences de la consommation de drogues : médicales, sociales, personnelles
- Programmes de traitement, groupes d'entraide (p. ex. AA) déjà fréquentés

Antécédents médicaux : VIH, hépatites B et C, ITS

- Pathologies chroniques (p. ex. douleur chronique), médicaments

Antécédents psychiatriques : troubles de l'alimentation, sévices sexuels / physiques, troubles anxieux et de l'humeur

Antécédents obstétricaux : régularité du cycle, dernières règles, issues et complications obstétricales passées

Antécédents sociaux : situation familiale (partenaire et nombre d'enfants), statut quant à la garde, situation d'hébergement, statut juridique (accusations actuelles et dates de comparution), finances, nutrition, démêlés avec l'agence de protection de l'enfance, préoccupations quant à la sécurité de l'enfant

SIFA : Sentiments, impressions/idées, fonctionnement, attentes en ce qui concerne la grossesse et la consommation de drogues

également utilisée pour plaider en faveur des patientes auprès des services de protection de l'enfance et pour contrôler l'observance en ce qui concerne les médicaments d'ordonnance (p. ex. opioïdes)^{34,38}. De plus, ce dépistage peut être mené à la demande de la mère.

Le consentement éclairé doit être obtenu et documenté dans le dossier médical avant la tenue de tout dépistage de drogue maternel (sauf dans les situations constituant un danger de mort où le consentement éclairé est impossible)⁴⁴. Lorsque la mère refuse, ce refus devrait être documenté et le dépistage ne devrait pas être mené. Le dépistage toxicologique néonatal peut être mené sans le consentement du ou des parents lorsque la personne en

faisant la demande dispose d'un droit légal de prendre des décisions quant au dépistage du nouveau-né en question. Cependant, la mère devrait être avisée que le nouveau-né fait l'objet d'un dépistage³⁴. Une fois le consentement obtenu, tout dépistage toxicologique devant être mené doit être demandé par le médecin qui détient la responsabilité des soins maternels et/ou néonataux.

Recommandations

1. Toutes les femmes enceintes et les femmes en âge de procréer devraient périodiquement faire l'objet d'un dépistage de la consommation d'alcool, de tabac, de médicaments d'ordonnance et de drogues illicites. (III-A)

Figure 3 Limites du dépistage toxicologique

- Les femmes peuvent éviter la détection de substances psychoactives dans l'urine au moyen de mesures simples, comme s'abstenir pendant 1–3 jours avant le dépistage, boire beaucoup d'eau afin d'abaisser la concentration de drogue dans l'urine ou utiliser des échantillons d'urine provenant d'une autre personne
- L'alcool est très difficile à détecter par épreuves de laboratoire (prélèvements de sang et d'urine), en raison de sa courte demi-vie
- La quantité de drogue dans un échantillon capillaire est en corrélation avec le degré de consommation de drogues (ce qui n'est pas le cas en ce qui concerne le dépistage de drogue dans l'urine); cependant, l'obtention d'un résultat positif ne permet pas d'établir un diagnostic d'assuétude
- L'analyse des cheveux peut donner des résultats faux positifs attribuables à l'exposition passive à de la fumée de drogues dans l'environnement
- Un résultat faux positif peut entraîner de graves conséquences juridiques et affectives pour la mère

Figure 4 Obstacles aux soins prénatals pour ce qui est des femmes enceintes qui consomment des substances psychoactives

- Facteurs personnels : honte, stigmatisation, culpabilité, manque de soutien familial, partenaire masculin consommant des substances psychoactives, peur de perdre ses enfants, problèmes psychosociaux concomitants (p. ex. transport, garde d'enfants)
- Facteurs systémiques : manque de services adéquats de traitement des femmes enceintes, attitudes négatives des fournisseurs de soins de santé

2. Lorsque le dépistage de la consommation de substances psychoactives s'avère cliniquement indiqué, le dépistage de drogue dans l'urine constitue la méthode à privilégier. (II-2A) Le consentement éclairé de la patiente devrait être obtenu avant que la tenue d'un dépistage toxicologique maternel ne soit demandée. (III-B)3. Les politiques et les obligations juridiques liées au dépistage toxicologique chez les nouveau-nés peuvent varier d'un territoire de compétence à l'autre, et les fournisseurs de soins devraient se familiariser avec les règlements en vigueur dans leur région. (III-A)

COMPOSANTES DE LA PRISE EN CHARGE EN CABINET

Les fournisseurs de soins obstétricaux doivent établir une relation avec les femmes enceintes consommant des substances psychoactives par l'intermédiaire d'une bonne communication et d'une volonté de faire preuve de flexibilité dans l'offre des soins prénatals et d'un soutien continu. Ces femmes font face à un certain nombre d'obstacles pour ce qui est de l'obtention de soins prénatals optimaux (Figure 4)^{45–48}. La flexibilité quant à la prise de rendez-vous avec la patiente et la compréhension face aux retards et aux rendez-vous manqués sont des aspects cruciaux de l'établissement d'une relation avec ces femmes pour ce qui est des soins prénatals. Ces femmes sont susceptibles de chercher à obtenir des soins prénatals et à s'y engager lorsque les fournisseurs de soins sont accueillants et non moralisateurs, et lorsqu'ils reconnaissent le courage et

la persistance de ces femmes en présence de situations personnelles très difficiles. Des études ont indiqué que les soins exhaustifs offerts en un seul et même endroit sont rentables et donnent lieu à de meilleures issues pour la mère et l'enfant^{9,19,49–58}.

Il est également important d'aborder le sujet de la consommation de substances psychoactives avec ces femmes puisque, pour elles, la grossesse constitue un moment idéal pour modifier leurs comportements. La réduction des dommages est définie comme un programme ou une politique conçue pour atténuer les dommages attribuables à la consommation de drogues sans nécessiter l'abandon de cette consommation³⁰. La réduction des dommages constitue la philosophie qui sous-tend l'offre de soins aux femmes qui connaissent une consommation problématique de substances psychoactives pendant la grossesse. Parmi les composantes de cette philosophie, on trouve l'incitation à l'abstinence ou à la diminution de la consommation, la consommation en toute sûreté, la prise en charge des symptômes de sevrage, le counseling et/ou la pharmacothérapie. La grossesse peut motiver les femmes à s'abstenir de consommer ou à réduire leur consommation, compte tenu des effets potentiels sur les issues fœtales.

Les femmes enceintes qui consomment des substances psychoactives courent également un risque accru de contracter des maladies infectieuses. La consommation de drogues injectables demeure le mode d'acquisition du virus de l'hépatite C le plus dominant. Près de 70 % à 80 % des

patientes infectées au VHC signalent des antécédents de consommation actuelle ou passée de drogues injectables⁵⁹. Les femmes séronégatives pour ce qui est du VHC devraient être avisées des façons de prévenir l'exposition au VHC. Les femmes devraient être avisées de ne pas partager les articles nécessaires à la préparation, à l'injection ou à l'inhalation de drogues et ne devraient pas adopter des comportements sexuels donnant lieu à des risques élevés (p. ex. relations sexuelles non protégées avec de multiples partenaires ou avec des partenaires séropositifs pour ce qui est du VHC). Les femmes enceintes infectées au VHC courent un risque de transmettre le virus à leurs enfants de l'ordre de 5 %⁶⁰. Il n'existe aucune façon d'atténuer le risque de transmission verticale. De surcroît, le mode d'accouchement et l'allaitement n'exercent aucun effet sur la transmission mère-enfant. Les interventions qui rendent possible l'exposition du sang fœtal au sang maternel (comme l'utilisation d'électrodes de cuir chevelu) devraient être évitées, dans la mesure du possible. Le dépistage sérologique des enfants, à l'âge de 12 à 18 mois, est recommandé aux fins de la détermination du statut quant au VHC.

La prévalence des infections transmissibles sexuellement est également accrue chez les femmes enceintes qui présentent des antécédents de consommation excessive de substances psychoactives liée à des comportements sexuels entraînant des risques élevés^{61,62}. Le dépistage de la chlamydie, de la gonorrhée, de la syphilis, de l'hépatite et du VIH devrait être répété tout au long de la grossesse lorsque des facteurs de risque historiques le justifient⁶³.

De nombreux effets indésirables sont associés à l'exposition prénatale à des drogues (Tableau 4). Ces effets pourraient également être liés à d'autres facteurs tels que de piètres circonstances sociales, l'offre de soins prénatals inadéquats et la consommation concomitante d'autres substances psychoactives^{64,65}. Ainsi, les études à long terme sont difficiles à interpréter, puisque les effets indésirables pourraient être attribuables à ces facteurs parasites et à une carence liée à l'environnement plutôt qu'à la drogue elle-même. En plus des soins réguliers, les patientes devraient bénéficier de services de counseling au sujet des effets fœtaux, néonataux et maternels (propres à la drogue consommée) de la consommation de substances psychoactives.

La surveillance fœtale prénatale devrait être fondée sur les indications obstétricales plutôt qu'être modulée en seule fonction de la consommation de substances psychoactives. La consommation de substances psychoactives pendant la grossesse a été associée à des complications obstétricales

telles que le travail préterme, le décollement placentaire et le retard de croissance intra-utérin (Tableau 4), et ces effets indésirables peuvent mener à une hausse du risque de morbidité et de mortalité périnatales. Ainsi, le mode et la fréquence du dépistage prénatal seront déterminés par la présence ou l'absence de ces complications⁶⁶.

La prise en charge des troubles liés à la consommation de substances psychoactives compte deux composantes. La première phase traite de la prise en charge des syndromes de sevrage. Les femmes enceintes qui présentent une dépendance à l'alcool, aux opioïdes ou à de fortes doses de benzodiazépines (> 50 mg par jour d'un équivalent du diazépam) peuvent nécessiter une désintoxication médicale sous la supervision d'un médecin (Tableau 5)³⁰. Les femmes qui connaissent un sevrage lié à d'autres substances psychoactives (comme la cocaïne ou la marijuana) pourraient également tirer avantage d'une admission de soutien dans un centre de prise en charge non médicale du sevrage, lorsque cela s'avère possible.

La deuxième phase se centre sur la prévention de la rechute en favorisant la prise en charge de la consommation excessive de substances psychoactives et la mise sur pied d'un réseau de soutien. Les interventions de courte durée peuvent aller du simple conseil formulé par le médecin à la tenue de sessions de counseling motivationnel consistant en l'établissement d'objectifs, en la résolution de problème en ce qui concerne les déclencheurs et en l'offre de renseignements sur les torts potentiels. Ces interventions sont efficaces pour ce qui est de la diminution de la consommation d'alcool chez les femmes enceintes^{67,68}. À l'heure actuelle, nous ne disposons d'aucune donnée issue de la recherche quant à l'efficacité d'interventions semblables sur la consommation de substances psychoactives illicites pendant la grossesse. Cependant, des analyses systématiques ont indiqué que les services externes de psychothérapie visant la dépendance au cannabis s'avèrent modérément efficaces pour ce qui est de diminuer la consommation de substances psychoactives chez des patientes non enceintes^{69,70}. Ainsi, les femmes enceintes pourraient également pouvoir tirer avantage de services de counseling offerts par le médecin. Des options de maintien pharmacologique sont disponibles pour la prise en charge de la dépendance à la nicotine et aux opioïdes. Certaines données laissent entendre que des programmes consolidés de prise en charge de la dépendance aux opioïdes ayant combiné un traitement de maintien à la méthadone, une psychothérapie de groupe et des soins obstétricaux ont donné lieu à une baisse de la consommation globale de substances psychoactives illicites, à une amélioration des soins prénatals et à une baisse des taux de complications obstétricales^{19,52,71-73}.

Tableau 4 Effets de la consommation prénatale de substances psychoactives

Drogue	Complications prénatales	Effets néonataux	Effets à long terme
Nicotine	<ul style="list-style-type: none"> • AS • TPT, RPM • Placenta prævia et décollement placentaire • RCIU, FPN 	<ul style="list-style-type: none"> • Hausse du taux de mortalité périnatale • SMSN 	<ul style="list-style-type: none"> • Asthme de l'enfance • Problèmes comportementaux • TDAH
Marijuana	<ul style="list-style-type: none"> • Effets hétéroclites 	<ul style="list-style-type: none"> • Effets neurocomportementaux : baisse de la capacité de se calmer soi-même, hausse des tremblements légers et des sursauts, hausse des activités au jour le jour, modifications de la structure du sommeil 	<ul style="list-style-type: none"> • Sommeil nocturne troublé • Problèmes comportementaux : inattention, impulsivité et hyperactivité, délinquance et problèmes d'externalisation • Symptômes autosignalés de dépression et d'anxiété
Héroïne	<ul style="list-style-type: none"> • Travail prématuré • RCIU, FPN • Toxémie • Hémorragie antepartum et postpartum 	<ul style="list-style-type: none"> • Hausse du taux de mortalité périnatale 	<ul style="list-style-type: none"> • Hausse des problèmes d'inattention, d'hyperactivité et comportementaux • Difficultés en ce qui concerne les processus physiques, sociaux, d'autocorrection et d'apprentissage
Méthadone		<ul style="list-style-type: none"> • SAN • Strabisme 	
Cocaïne	<ul style="list-style-type: none"> • AS • RPM, TPT • RCIU • Décollement placentaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Anomalies congénitales : malformations génito-urinaires • Hausse transitoire des symptômes affectant les systèmes nerveux central et autonome • Poids de naissance, longueur et périmètre tête moindres (proportionnel à la dose administrée) 	<ul style="list-style-type: none"> • Retards affectant l'expression orale du langage
Amphétamines	<ul style="list-style-type: none"> • Hypertension maternelle • Décès fœtal (à quelque âge gestationnel que ce soit) • RCIU 	<ul style="list-style-type: none"> • Anomalies congénitales : système nerveux central, cardiovasculaires, fentes orales, membres • Effets neurocomportementaux : éveil moindre, hausse du stress et faible qualité du mouvement (relation dose/effet) 	<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes comportementaux
Hallucinogènes (MDMA, LSD)		<ul style="list-style-type: none"> • Anomalies congénitales : cardiovasculaires, anomalies ECP 	

TDAH : trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité ; RCIU : retard de croissance intra-utérin; FPN : faible poids de naissance; LSD : diéthylamide de l'acide lysergique; MDMA : 3,4 méthylène-dioxy-méthamphétamine ; ECP : ectasie canaliculaire précalicelle; TPT : travail préterme; RPM : rupture prématurée des membranes; AS : avortement spontané; SMSN : syndrome de mort subite du nourrisson.

L'évaluation des états comorbides devrait comprendre le dépistage de la dépression, de l'anxiété et d'autres troubles de santé mentale, le dépistage de la violence conjugale, ainsi que la détermination de la présence ou non d'un système de soutien psychosocial. La plupart des femmes qui participent à des programmes de prise en charge de la consommation excessive de substances psychoactives signalent des antécédents de traumatismes (y compris des sévices physiques et sexuels) et près de 25 % d'entre elles ont reçu un diagnostic d'état de stress post-traumatique⁷⁴⁻⁷⁶. La participation du partenaire aux soins prénatals et à la prise en charge de l'assuétude est cruciale en ce qui concerne le rétablissement⁵⁶. La consommation active de drogues par le partenaire a été liée à la prolongation du délai de traitement chez les femmes cherchant à obtenir des

soins^{77,78}. De façon semblable, les femmes qui disposent d'un soutien social moindre sont moins susceptibles de chercher à obtenir un traitement et à s'y engager^{79,80}. Parmi les orientations appropriées, on trouve le counseling visant à traiter d'un traumatisme préexistant et l'aide visant d'autres déterminants sociaux de la santé (p. ex. alimentation et logement). La réduction des dommages constitue la pierre angulaire des soins visant la consommation problématique de substances psychoactives chez les femmes enceintes. Parmi les composantes de la réduction des dommages, on trouve la facilitation de l'abstinence ou de la diminution de la consommation, la consommation en toute sûreté, la prise en charge du sevrage, le counseling et/ou la pharmacothérapie.

Tableau 5 Prise en charge du sevrage

Substance psychoactive	Recommandation quant à la prise en charge
Alcool	<ul style="list-style-type: none"> • Thiamine 100 mg p.o. une fois par jour H 3 jours, acide folique 5 mg p.o. une fois par jour • Diazépam 20 mg p.o. q1–2 h, jusqu'à minimisation des symptômes • Administrer du lorazépam à raison de 2–4 mg sl/p.o. q2–4 h prn pendant le travail • Surveiller l'état d'hydratation et les taux d'électrolytes
Benzodiazépines à fortes doses	<ul style="list-style-type: none"> • Démarrer à 2/3–3/4 de la dose équivalente de diazépam • Diminuer progressivement de 10 % par jour
Opioides	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir un traitement symptomatique, y compris gravol contre la nausée et le vomissement, acetaminophène / AINS contre les myalgies • Envisager la mise en œuvre d'un traitement à la méthadone ou à la buprénorphine • Possibilité d'administrer de la morphine à raison de 5–10 mg p.o. q4–6h prn, lorsque la méthadone n'est pas disponible

AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens

Tout fournisseur de soins de santé ayant des soupçons cliniques (fondés sur les antécédents et/ou l'examen physique) quant à la nécessité de protéger un enfant en raison de négligence ou de sévices confirmés ou possibles doit en faire part aux services de protection de l'enfance⁸¹. Les professionnels de la santé devraient connaître les lois provinciales en ce qui a trait à la protection de l'enfance et à leurs responsabilités en matière de signalement. Les cliniciens ne sont pas obligés de procéder au signalement avant la naissance, puisque les fœtus ne disposent pas de droits juridiques; toutefois, l'autosignalement prénatal est encouragé afin d'accroître l'autodétermination, la dignité et la stabilité maternelles, et de favoriser la formulation d'un plan de traitement. Toutefois, lorsque l'on estime que d'autres enfants de la patiente sont exposés à des risques, le signalement précoce à la protection de l'enfance s'avère indiqué afin d'assurer la sécurité de ces enfants. Les professionnels de la santé devraient plaider en faveur des femmes ayant des démêlés avec les organismes de protection de l'enfance et devraient favoriser l'établissement d'une relation positive entre les mères et les travailleurs. Les antécédents de dépendance aux substances psychoactives ne réduisent pas à néant les capacités parentales.

Recommandations

4. Les fournisseurs de soins de santé devraient utiliser une approche flexible envers les soins à offrir aux femmes qui connaissent des problèmes de consommation de substances psychoactives. De plus, ils devraient favoriser l'utilisation de toutes les ressources communautaires disponibles. (II-2B)

5. Les femmes devraient se voir offrir des conseils au sujet des risques qu'occasionne la consommation de drogues pendant les périodes périconceptionnelle, antepartum et postpartum. (III-B)

DÉPENDANCE À LA NICOTINE

Counseling sur l'abandon du tabagisme

Les interventions visant l'abandon du tabagisme sont efficaces pour ce qui est de réduire le nombre de femmes qui fument pendant la grossesse, peu en importe l'intensité et peu importe l'identité du fournisseur qui les offre^{82–87}. Ces interventions ont pour avantage supplémentaire d'abaisser les taux d'accouchement préterme et de nouveau-nés de faible poids de naissance. Une variété d'interventions ont fait l'objet d'études, du simple conseil aux stratégies cognitivo-comportementales visant l'abandon du tabagisme. Les femmes ont également souvent reçu des documents d'autoassistance traitant de la grossesse et bénéficié de services téléphoniques de counseling, afin de les soutenir dans leurs efforts d'abandon du tabagisme.

On estime que ces interventions sont grandement rentables, des économies de trois dollars américains en coûts de santé étant réalisées pour chaque dollar américain voué à l'abandon du tabagisme chez les femmes enceintes⁸⁸. Cependant, les interventions de courte durée ne sont pas efficaces pour ce qui est de la prévention de la rechute postpartum⁸⁹.

Pharmacothérapie

Les essais comparatifs n'ont pas permis de démontrer que la thérapie de remplacement de la nicotine donnait lieu à une hausse des taux d'abandon du tabagisme, et ce, bien qu'elle puisse réduire le nombre de cigarettes fumées^{90,91}. La TRN (gomme, pastille ou timbre), utilisée conjointement avec la thérapie cognitivo-comportementale, donne lieu à des taux d'abandon pendant la grossesse plus élevés que le seul counseling⁹². L'innocuité de la TRN est inconnue puisque le lien entre la TRN et les anomalies congénitales et les piètres issues périnatales est incertain^{90,92-96}. Cependant, les femmes peuvent se voir offrir une TRN lorsqu'elles continuent de fumer malgré le counseling et à la suite d'une discussion éclairée au sujet de ses avantages et de ses risques pendant la grossesse^{82,83,97,98}. Les préparations de TRN à posologie intermittente (comme la gomme ou le vaporisateur nasal de nicotine) pourraient devoir être préférées au timbre, lequel administre une dose continue de nicotine. L'administration de la plus faible dose efficace de TRN est conseillée. Lorsque l'on fait appel au timbre, la patiente pourrait en envisager le retrait pendant la nuit. La TRN devrait être abandonnée lorsque le tabagisme de la patiente n'en est modifié d'aucune façon.

Le bupropion et la varénicline sont efficaces au sein des populations non enceintes. Nous ne disposons que de données limitées sur l'innocuité de l'utilisation de ces médicaments pendant la grossesse^{82,83,97}. À ce jour, le bupropion n'a pas été associé à des malformations pendant la grossesse^{83,97,99}. Des résultats préliminaires issus d'une étude de faible envergure laissent entendre que le bupropion est efficace pour ce qui est de l'abandon du tabagisme pendant la grossesse¹⁰⁰. La tenue d'autres recherches s'avère requise quant à l'innocuité et à l'efficacité du bupropion et de la varénicline avant de pouvoir en recommander l'utilisation systématique pendant la grossesse.

Recommandation

6. Le counseling visant l'abandon du tabagisme devrait être considéré comme étant l'intervention de première intention pour ce qui est des femmes enceintes qui fument. (I-A) Le recours à la thérapie de remplacement de la nicotine et/ou à la pharmacothérapie peut être envisagé lorsque le counseling échoue. (I-A)

DÉPENDANCE AUX OPIOÏDES

Désintoxication visant les opioïdes

La désintoxication visant les opioïdes est définie comme étant un sevrage médicalement assisté destiné aux patientes qui présentent une dépendance aux opioïdes. Nous disposons de bonnes données qui indiquent que

la désintoxication menée au cours des deuxième et troisième trimestres de grossesse n'est pas liée à une hausse des taux d'événements périnataux indésirables. De récentes études ne sont pas parvenues à démontrer que la désintoxication visant les opioïdes donnait lieu à quelque hausse significative que ce soit des taux de complications obstétricales^{91,93,94,101}. Quoi qu'il en soit, il n'en demeure pas moins que la désintoxication visant les opioïdes n'est pas conseillée pendant la grossesse, principalement en raison du fort taux de rechute¹⁰²⁻¹⁰⁶. La désintoxication visant les opioïdes ne devrait être menée qu'à la suite du premier trimestre et de l'obtention d'un consentement éclairé fondé sur une discussion au sujet des risques et des avantages potentiels. Le traitement de substitution à la méthadone est associé à une prolongation de l'observance du traitement et à une baisse du risque de rechute (soit la consommation à nouveau d'opioïdes); ainsi, le traitement de substitution à un opiacé constitue la norme de diligence pour ce qui est des femmes enceintes présentant une dépendance aux opioïdes.

Traitement de substitution à la méthadone

À l'heure actuelle, le traitement de substitution à la méthadone constitue la norme de diligence pour ce qui est de la dépendance aux opioïdes pendant la grossesse. La méthadone est un agoniste complet des récepteurs opioïdes dont l'effet est directement proportionnel à la dose. L'utilisation de méthadone pendant la grossesse compte de nombreux avantages, dont une amélioration des soins prénatals^{12,107-109}, une gestation prolongée^{50,110}, un poids de naissance accru^{111,112} et des taux accrus d'enfants confiés aux soins de leur mère^{4,12,18,49,101,108,113-118}. Bien que les nouveau-nés issus de femmes traitées à la méthadone aient tendance à être plus petits (poids de naissance, longueur et périmètre tête moindres) que les témoins n'ayant pas été exposés aux drogues, des études ont indiqué un rattrapage de la croissance à l'âge de 12 mois^{118,119}. Une consultation d'urgence auprès d'un médecin spécialisé en assuétude devrait être mise en œuvre / prévue afin de faciliter un accès rapide au TSM pendant la grossesse. La mise en œuvre d'une étroite surveillance de la posologie de méthadone pendant la grossesse est recommandée, particulièrement au cours du troisième trimestre lorsque le métabolisme et la clairance de la méthadone se trouvent accrus et qu'une augmentation de la posologie s'avère requise^{120,121}. Les femmes enceintes devraient se voir administrer la posologie de méthadone qui s'avère nécessaire pour contrer leur dépendance aux opioïdes, puisque la littérature indique des résultats contradictoires au sujet de l'association entre la posologie maternelle de méthadone et la gravité du sevrage néonatal. La tenue d'une discussion prénatale avec le

médecin prescripteur de méthadone est recommandée pour la planification de la posologie intrapartum de méthadone.

Toute exposition prénatale quotidienne régulière aux opioïdes (p. ex. morphine, codéine, oxycodone, méthadone ou buprénorphine) peut donner lieu à un sevrage néonatal (également connu sous le nom de syndrome d'abstinence néonatale). Des estimations indiquent que jusqu'à 96 % des nouveau-nés présentent des symptômes de sevrage et qu'une proportion moindre d'entre eux nécessite une pharmacothérapie^{4,68,116,117,120,121}. Le SAN est caractérisé par des symptômes affectant les systèmes respiratoire, gastro-intestinal, nerveux central et autonome (Tableau 6). L'apparition de symptômes de sevrage dépend de la demi-vie de l'opiacé; plus la demi-vie est longue, plus l'apparition du sevrage s'en trouve différée. Les nouveau-nés exposés à l'héroïne peuvent présenter de tels syndromes dans les 24 heures suivant la naissance. Par comparaison, les nouveau-nés issus de mères ayant bénéficié d'un traitement de substitution à la méthadone connaissent une présentation différée de plus de 24 heures, habituellement dans les 48 à 72 heures suivant la naissance, ce délai pouvant même atteindre jusqu'à quatre semaines¹²². La durée de la surveillance est fondée sur l'exposition à la drogue en question. La prise en charge du sevrage néonatal n'a été associée à aucune complication à long terme.

Une variété de normes de pratique ont été documentées au sein des hôpitaux canadiens, une variabilité ayant été constatée par région et par praticien. Nous ne disposons que de peu de résultats de recherche pour valider les pratiques actuelles. Plusieurs échelles de notation ont été élaborées pour l'évaluation du SAN et de la réaction au traitement. L'outil de notation Finnegan (également connu sous le nom de *Finnegan Neonatal Abstinence Scoring System*) constitue la méthode la plus couramment utilisée par les hôpitaux canadiens¹²³. Le traitement non pharmacologique constitue la norme de diligence pour tous les nouveau-nés exposés aux opioïdes¹²⁴. Pour ce qui est d'un sous-ensemble limité de nouveau-nés, le recours à la pharmacothérapie pourrait s'avérer nécessaire pour la prise en charge de symptômes graves. Les médicaments aux agonistes des récepteurs opioïdes sont les agents les plus efficaces pour la prise en charge du SAN^{122,125}. Parmi les options, on trouve la morphine, la méthadone et la teinture d'opium diluée (renferme une faible quantité d'alcool). La morphine est le médicament le plus fréquemment utilisé^{122,123}. Le phénobarbital peut être utilisé à titre d'appoint pour traiter les nouveau-nés chez lesquels la seule utilisation d'un opioïde ne permet pas la maîtrise adéquate des symptômes. Dans la moitié des hôpitaux canadiens, les nouveau-nés ayant été exposés à des substances psychoactives sont traités

Tableau 6 Syndrome d'abstinence néonatale

Système	Symptômes
Respiratoire	Détresse respiratoire
Système nerveux central	Tonus accru, tremblements, crise
Gastro-intestinal	Alimentation déficiente, vomissement, régurgitation, diarrhée
Autonome	Sudation

au sein de l'unité des soins néonataux ou d'une pouponnière de soins spéciaux. Dans l'autre moitié des hôpitaux, les nouveau-nés asymptomatiques sont traités avec la mère en mode cohabitation. Une étude de cohorte rétrospective a démontré que la cohabitation, sous la supervision du personnel infirmier et médical de soutien, était associée à la baisse des taux de traitement à la morphine et de sa durée, à la baisse de la nécessité d'une admission à l'UNSI, à la réduction de la durée moyenne de l'hospitalisation néonatale et à une probabilité accrue d'obtention d'un congé de l'hôpital sous la garde de la mère¹²⁶. Des études prospectives de grande envergure additionnelles s'avèrent nécessaires pour déterminer la nature de la prise en charge optimale du sevrage néonatal.

Buprénorphine

La buprénorphine est un agoniste partiel comptant un effet de plafonnement qui constitue un traitement de rechange pour ce qui est du remplacement des opioïdes. Elle exerce des effets opioïdes typiques s'accompagnant d'une sédation moins importante que celle qu'occasionne la méthadone et compte un seuil au-delà duquel une dose supérieure n'exerce plus aucun effet additionnel, ce qui en réduit le risque de surdose¹²⁷. L'utilisation de la buprénorphine dans la prise en charge de la dépendance aux opioïdes pendant la grossesse est principalement fondée sur des signalements quant à la baisse de l'incidence et de la gravité du SAN que permet cet agent¹²⁸⁻¹³¹; cependant, nous ne disposons que de données limitées quant aux effets à long terme de l'exposition *in utero* à la buprénorphine^{132,133}. La buprénorphine devrait être prescrite par un médecin qui détient de l'expérience dans la mise en œuvre d'un traitement de substitution visant la dépendance aux opioïdes. Le suboxone (combinaison de buprénorphine et de naloxone) constitue la seule préparation de buprénorphine qui est facile à obtenir au Canada. Nous ne disposons que de renseignements limités quant à l'innocuité de l'utilisation de ce médicament pendant la grossesse; ainsi, l'utilisation de buprénorphine à titre d'agent simple (Subutex) est recommandée pendant la grossesse. La disponibilité de la buprénorphine pendant la grossesse est limitée par le Programme d'accès spécial de Santé Canada.

OPIOÏDES VISANT LA DOULEUR CHRONIQUE N'ÉTANT PAS ATTRIBUABLE AU CANCER

Les femmes enceintes qui présentent des antécédents de douleur chronique doivent être prises en charge en fonction des recommandations factuelles qui traitent de la douleur chronique n'étant pas attribuable au cancer^{134,135}. Le traitement a pour objectif d'utiliser la plus faible posologie efficace d'opioïdes à libération contrôlée inscrits à l'annexe¹³⁴. La plupart des femmes qui font appel aux opioïdes pour la prise en charge de leur douleur chronique n'étant pas attribuable au cancer ne présentent pas de dépendance psychologique à ces médicaments. Parmi les facteurs de risque de la dépendance aux opioïdes d'ordonnance, on trouve les antécédents de dépendance aux médicaments et des états comorbides psychiatriques tels que l'état de stress post-traumatique et les troubles de l'alimentation. L'utilisation régulière d'opioïdes aux fins de la prise en charge de la douleur pendant la grossesse est associée au sevrage néonatal^{136,137}. La méthadone constitue le traitement de première intention pour ce qui est de la douleur chronique n'étant pas attribuable au cancer et de la dépendance concomitante aux opioïdes.

Recommandations

7. Le traitement de substitution à la méthadone devrait constituer la norme de diligence pour ce qui est des femmes qui présentent une dépendance aux opioïdes pendant la grossesse. (II-IA) L'utilisation d'autres préparations opioïdes à libération prolongée peut être envisagée lorsque la méthadone n'est pas disponible. (II-2B)
8. La désintoxication visant les opioïdes ne devrait être mise en œuvre qu'auprès de certaines femmes, et ce, en raison du risque élevé de rechute. (II-2B)
9. Les femmes qui présentent une dépendance aux opiacés 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 symptômes du sevrage néonatal (syndrome d'abstinence néonatale). (II-2B) Les hôpitaux offrant des soins obstétricaux devraient élaborer un protocole pour l'évaluation et la prise en charge des nouveau-nés exposés aux opiacés pendant la grossesse. (III-B)

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR PÉRIPARTUM

Les femmes qui présentent des troubles liés à la consommation de substances psychoactives, particulièrement celles qui connaissent une dépendance aux

opioïdes, font face à de nombreux défis en ce qui concerne la prise en charge de la douleur péripartum, y compris une sensibilité accrue à la douleur, une analgésie inadéquate, un accès intraveineux difficile et de l'anxiété à propos de la possibilité de ressentir de la douleur en raison de leurs antécédents d'assuétude¹³⁸⁻¹⁴². La mise en œuvre d'une prise en charge inadéquate de la douleur est plus susceptible de mener à une rechute que l'administration d'analgésiques opioïdes visant la prise en charge de la douleur. Les femmes prenant un TSM devrait poursuivre ce traitement en fonction de la même posologie de méthadone, et ce, bien que cela ne s'avère pas efficace en matière de prise en charge de la douleur aiguë^{138,142}. L'innocuité et l'efficacité des opioïdes ont été établies, même chez les femmes qui présentent une dépendance aux opioïdes; cependant, ces femmes pourraient nécessiter des posologies accrues et l'administration plus fréquente d'analgésiques aux fins du soulagement de la douleur^{138,142,143}. L'analgésie péridurale constitue un choix idéal pour le soulagement de la douleur chez les femmes qui présentent une dépendance aux opioïdes. Les médicaments agonistes-antagonistes (p. ex. butorphanol, nalbuphine et pentazocine) ne devraient pas être administrés à des personnes qui présentent une dépendance aux opioïdes, en raison du risque de précipiter un sevrage aigu. En ce qui concerne les cas plus complexes (p. ex. piètre accès veineux, contre-indications à l'analgésie péridurale), une orientation vers un anesthésiste devrait être planifiée pendant la période prénatale afin de discuter, à l'avance, des solutions de rechange pour la prise en charge de la douleur.

Recommandation

10. La planification prénatale de l'analgésie intrapartum et postpartum peut être offerte à toutes les femmes, en consultation avec les fournisseurs de soins appropriés. (III-B)

PRISE EN CHARGE DE LA SURDOSE D'OPIOÏDE

Les efforts de sensibilisation à la prévention de la surdose d'opioïde devraient également être mis en œuvre de façon systématique. Cela comprend le fait d'aviser les patientes de la possibilité d'une surdose si, de façon soudaine, elles abandonnent ou réduisent de façon marquée leur traitement aux opioïdes, pour ensuite le reprendre en fonction de leur posologie habituelle. Elles courent également un risque de surdose lorsqu'elles combinent des opioïdes à d'autres sédatifs, comme les benzodiazépines. Elles devraient être avisées de ne jamais donner ou vendre leurs opioïdes à qui que ce soit, et ce, parce que d'autres personnes pourraient ne pas présenter de tolérance aux opioïdes. Enfin, elles devraient être avisées de communiquer immédiatement avec

un médecin à l'apparition des premiers signes de surdose (« cogner des clous », trouble de l'élocution, somnolence).

La surdose aiguë aux opioïdes pendant la grossesse peut être prise en charge au moyen d'une assistance respiratoire et de naloxone (antagoniste des récepteurs opioïdes à action brève), à titre de mesure de dernier recours à la suite de la mise en place d'une intubation. La posologie de naloxone devrait être fondée sur la réaction au traitement et la durée d'action de l'opioïde ingéré. La naloxone peut s'avérer nécessaire de façon continue, jusqu'à ce que les effets de l'opioïde se soient atténués. Il faut prendre soin de prévenir les symptômes de sevrage aigu, lesquels peuvent causer de la souffrance fœtale¹⁴⁴. En fonction de son âge gestationnel et de sa viabilité, le fœtus devrait faire l'objet d'une surveillance tout au long du traitement. De façon semblable, pendant la réanimation néonatale, on ne devrait pas administrer de naloxone au nouveau-né d'une mère présentant une dépendance aux opioïdes, et ce, en raison du risque de précipiter un sevrage aigu et des crises.

SOINS POSTPARTUM

Les femmes qui consomment des substances psychoactives nécessitent un soutien additionnel de la part des professionnels de la santé au cours de la période postpartum. Des consultations plus fréquentes pourraient s'avérer requises pour traiter de leurs besoins médicaux et psychosociaux complexes. Parmi les domaines à analyser, on trouve les suivants :

- Soutien de l'allaitement, au besoin (reportez-vous au paragraphe suivant pour plus de détails)
- Suivi d'autres problèmes médicaux, tels qu'une pathologie hépatique et des infections transmissibles sexuellement
- Discussion au sujet des besoins en contraception
- Surveillance et orientation appropriée pour l'obtention d'un traitement visant les troubles de l'anxiété et de l'humeur postpartum
- Évaluation de la consommation de substances psychoactives et encouragement quant à la poursuite de la participation à des programmes de traitement visant la toxicomanie
- Soutien quant aux démêlés avec les services de protection de l'enfance

- Aide quant aux orientations nécessaires à l'obtention de soins primaires continus et de services sociaux

ALLAITEMENT

Bien que l'allaitement compte de nombreux avantages, la présence d'alcool et de substances illicites dont la consommation abusive est courante (p.ex. marijuana, cocaïne, amphétamines) a été détectée dans le lait maternel¹⁴⁵⁻¹⁴⁸. Nous disposons de signalements documentant des effets néonataux attribuables à l'exposition au lait maternel; ainsi, la décision d'allaiter devrait être prise de façon personnalisée, à la suite d'une discussion sur les risques et les avantages potentiels^{146,147,149,150}. L'allaitement peut être différé à la suite de la consommation par la mère de l'un ou l'autre de ces agents et de toute exposition néonatale à quelques émanations que ce soit dans l'environnement. Les femmes qui consomment des substances psychoactives de façon régulière devraient être incitées à demeurer abstinentes pendant l'allaitement et avisées des risques accrus d'effets néonataux.

La présence dans le lait maternel de tous les opiacés (en faibles quantités) a été documentée; cette présence est peu susceptible d'être significative sur le plan clinique^{106,121,151-157}. Plus particulièrement, la présentation et la prise en charge du sevrage néonatal ne sont pas affectées par l'exposition à la méthadone ou à la buprénorphine dans le lait maternel. Ainsi, la consommation d'opiacés par la mère est considérée comme étant compatible avec l'allaitement.

La codéine devrait être utilisée avec prudence chez les femmes qui allaitent. La présence de symptômes de toxicité néonatale (comme la somnolence, l'apnée et la bradycardie) a été démontrée chez des femmes à qui l'on avait prescrit de la codéine et qui présentaient une prédisposition génétique à la conversion de la codéine en morphine à un rythme accru (c.-à-d. métaboliseurs ultrarapides CYP2D6)^{158,159}. Les symptômes s'aggravent après quatre jours d'utilisation de codéine; un autre moyen de prise en charge de la douleur devrait par la suite être envisagé¹⁶⁰.

Recommandation

11. Les risques et les avantages de l'allaitement devraient être pondérés de façon personnalisée, puisque le traitement de substitution à la méthadone ne constitue pas une contre-indication à l'allaitement. (II-3B)

CONCLUSION

La consommation problématique de substances psychoactives pendant la grossesse est prévalente au sein de la population canadienne. Les fournisseurs de soins

périnataux peuvent exercer un effet significatif quant à l'amélioration des issues de grossesse en offrant des soins de soutien non moralisateurs, dans le cadre d'un modèle de réduction des dommages, afin de traiter des problèmes de consommation de substances psychoactives et des déterminants sociaux de la santé. Le perfectionnement permanent dans ce domaine et l'élaboration de modèles de soins exhaustifs s'avèrent essentiels pour l'offre de soins optimaux aux patientes se trouvant dans ces circonstances / situations difficiles.

RÉFÉRENCES

1. Santé Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada 2003*, Ottawa : ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, 2003.
2. Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESSCC) - Cycle 1.1*, Ottawa : Statistique Canada, 2002. Disponible à : <http://www.statcan.gc.ca/concepts/health-sante/index-fra.htm>. Consulté le 22 décembre 2010.
3. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Results from the 2007 National Survey on Drug Use and Health: National Findings (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-34, DHHS Publication No. SMA 08-4343)*, Rockville, MD, 2008.
4. Giles W, Patterson T, Sanders F, Batey R, Thomas D, Collins J. « Outpatient methadone programme for pregnant heroin using women », *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, vol. 29, n° 3 (1^{re} partie), 1989, p. 225-9.
5. Lutiger B, Graham K, Einarson TR, Koren G. « Relationship between gestational cocaine use and pregnancy outcome: a meta-analysis », *Teratology*, vol. 44, 1991, p. 405-11.
6. DiFranza JR, Lew RA. « Effect of maternal cigarette smoking on pregnancy complications and sudden infant death syndrome », *J Fam Pract*, vol. 40, 1995, p. 385-94.
7. Little BB, Wilson G, Jackson G. « Is there a cocaine syndrome? Dymorphic and anthropometric assessment of infants exposed to cocaine », *Teratology*, vol. 54, 1996, p. 145-9.
8. Makarechian N, Agro K, Devlin J, Trepanier E, Koren G, Einarson TR. « Association between moderate alcohol consumption during pregnancy and spontaneous abortion, stillbirth and premature birth: a meta-analysis », *Can J Clin Pharmacol*, vol. 5, 1998, p. 169-76.
9. Kuhn L, Kline J, Ng S, Levin B, Susser M. « Cocaine use during pregnancy and intrauterine growth retardation: new insights based on maternal hair tests », *Am J Epidemiol*, vol. 152, n° 2, 2000, p. 112-9.
10. Ernst M, Moolchan ET, Robinson ML. « Behavioral and neural consequences of prenatal exposure to nicotine », *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, vol. 40, n° 6, 2001, p. 630-41.
11. US Centers for Disease Control and Prevention. *The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Office on Smoking and Health; 2004 [cited 2009 April 4]*. Disponible à : http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2004/index.htm. Consulté le 22 décembre 2010.
12. Fajemirokun-Odudeyi O, Sinha C, Tutty S, Paireadeau P, Armstrong D, Phillips T et coll. « Pregnancy outcome in women who use opiates », *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, vol. 126, 2006, p. 170-5.
13. Araujo R, McCune S, Feibus K. « Substance abuse in pregnant women: making improved detection a good clinical outcome », *Clin Pharmacol Ther*, vol. 83, 2008, p. 520-2.
14. Binder T, Vavrinkova, B. « Prospective randomised comparative study of the effect of buprenorphine, methadone and heroin on the course of pregnancy, birthweight of newborns, early postpartum adaptation and course of the neonatal abstinence syndrome (NAS) in women followed up in the outpatient department », *Neuro Endocrinol Lett*, vol. 29, 2008, p. 80-6.
15. Delpisheh A, Brabin L, Drummond S, Brabin BJ. « Prenatal smoking exposure and asymmetric fetal growth restriction », *Ann Hum Biol*, vol. 35, 2008, p. 573-83.
16. Floyd RL, Jack BW, Cefalo R, Atrash H, Mahoney J, Herron A et coll. « The clinical content of preconception care: alcohol, tobacco, and illicit drug exposures », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 199, n° 6 (suppl. 2), 2008, p. S333-9.
17. Vucinovic M, Roje D, Vucinovic Z, Capkun V, Bucat M, Banovic I. « Maternal and neonatal effects of substance abuse during pregnancy: our ten year experience », *Yonsei Med J*, vol. 49, 2008, p. 705-13.
18. Edelin KC, Gurganious L, Golar K, Dellerich D, Kyei-Aboagye K, Hamid MA. « Methadone maintenance in pregnancy: consequences to care and outcome », *Obstet Gynecol*, vol. 71, 1988, p. 399-404.
19. Chang G, Carroll KM, Behr HM, Kosten TR. « Improving treatment outcome in pregnant opiate-dependent women », *J Subst Abuse Treat*, vol. 9, 1992, p. 327-30.
20. Rehm J, Baliunas D, Brochu S, Fischer B, Gnam W, Patra J et coll. *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002 : points saillants. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, avril 2006*. Disponible à : <http://www.ccsa.ca/fra/priorities/research/coststudy/pages/default.aspx>. Consulté le 27 décembre 2010.
21. Chiu TT, Vaughn AJ, Carzoli RP. « Hospital costs for cocaine-exposed infants », *J Fla Med Assoc*, vol. 77, 1990, p. 897-900.
22. Adams EK, Miller VP, Ernst C, Nishimura BK, Melvin C, Merritt R. « Neonatal health care costs related to smoking during pregnancy », *Health Econ*, vol. 11, 2002, p. 193-206.
23. Hutson J. « A prenatal perspective on the cost of substance abuse in Canada », *JEAS Int*, vol. 4, n° e9, 2006, p. 1-4.
24. Lefebvre LG, Ordean A, Midmer D, Kahan M, Tolomiczenko G. « Physicians' knowledge of alcohol, tobacco and folic acid in pregnancy », *J Subst Abuse*, vol. 28, 2007, p. 3-9.
25. Leversha AM, Marks RE. « Alcohol and pregnancy: doctors' attitudes, knowledge and clinical practice », *NZ Med J*, vol. 108, 1995, p. 428-30.
26. Gehshan S. « Missed opportunities for intervening in the lives of pregnant women addicted to alcohol or other drugs », *J Am Med Womens Assoc*, vol. 50, 1995, p. 160-3.
27. Agence de la santé publique du Canada. *Connaissances et attitudes des professionnels des soins de la santé en matière de syndrome d'alcoolisation fœtale : Résultats d'une enquête nationale*. Disponible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/fasd-surv-etcaf-enquete/index-fra.php>. Consulté le 23 novembre 2010.
28. Nevin AC, Christopher P, Nulman I, Koren G, Einarson A. « A survey of physicians knowledge regarding awareness of maternal alcohol use and the diagnosis of FAS », *BMC Fam Pract*, vol. 3, 2002, p. 2-6.
29. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed, Text Revision (DSM-IV-TR)*, Arlington : American Psychiatric Publishing Inc., 2000.
30. Brands B, Kahan M, Selby P, Wilson L, éd. *Management of alcohol, tobacco and other drug problems: a physician's manual*, Toronto : Centre for Addiction and Mental Health, 2000.
31. Office of Maternal and Child Health (2008 A). *Substance abuse during pregnancy: guidelines for screening. Washington State Department of Health*. Disponible à : <http://www.doh.wa.gov/cfh/mch/documents/ScreenGuideline.pdf>. Consulté le 2 avril 2009.

32. Hinderliter SA, Zelenak JP. « A simple method to identify alcohol and other drug use in pregnant adults in a prenatal care setting », *J Perinatol*, vol. 13, 1993, p. 93–102.
33. Chang G, Wilkins-Haug L, Berman S, Goetz MA, Behr H, Hiley A. « Alcohol use and pregnancy: improving identification », *Obstet Gynecol*, vol. 91, 1998, p. 892–8.
34. Chang G, Wilins-Halg L, Berman S, Goetz MA. « The TWEAK: Application in a prenatal setting », *J Stud Alcohol*, vol. 60, 1999, p. 306–9.
35. Carroll JC, Reid AJ, Biringier A, Midmer D, Glazier RH, Wilson L et coll. « Effectiveness of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) form in detecting psychosocial concerns: a randomized controlled trial », *CMAJ*, vol. 173, 2005, p. 253–9.
36. Reid AJ, Biringier A, Carroll JD, Midmer D, Wilson LM, Chalmers B et coll. « Using the ALPHA form in practice to assess antenatal psychosocial health. Antenatal Psychosocial health assessment », *CMAJ*, vol. 159, 1998, p. 677–84.
37. Office of Maternal and Child Health (2008 B). « Guidelines for Testing and Reporting Drug Exposed Newborns. Washington State Department of Health », Disponible à : <http://www.doh.wa.gov/cfh/mch/documents/HospTestDrug.pdf>. Consulté le 2 avril 2009.
38. Ostrea EM, Knapp DK, Tannenbaum L, Ostrea AR, Romero A, Salari V et coll. « Estimates of illicit drug use during pregnancy by maternal interview, hair analysis, and meconium analysis », *J Pediatr*, vol. 138, 2001, p. 344–8.
39. Gourlay D, Heit HA, Caplan YH. « Urine drug testing in primary care », USA : PharmaCom Group Inc., 2002.
40. Callahan CM, Grant TM, Phipps P, Clark G, Novack AH, Streissguth AP et coll. « Measurement of gestational cocaine exposure: sensitivity of infants' hair, meconium, and urine », *J Pediatr*, vol. 120, 1992, p. 763–8.
41. Vinner E, Vignau J, Thibault D, Codaccioni X, Brassart C, Humbert L et coll. « Neonatal hair analysis contribution to establishing a gestational drug exposure profile and predicting a withdrawal syndrome », *Ther Drug Monit*, vol. 25, 2003, p. 421–32.
42. Christmas JT, Knisely JS, Dawson KS, Dinsmoor MJ, Weber SE, Schnoll SH. « Comparison of questionnaire screening and urine toxicology for detection of pregnancy complicated by substance use », *Obstet Gynecol*, vol. 80, 1992, p. 750–4.
43. Kwong TC, Shearer D. « Detection of drug use during pregnancy », *Obstet Gynecol Clin North Am*, vol. 25, 1998, p. 43–64.
44. Gehringer K. « Informed consent: hospitals must obtain informed consent prior to drug testing pregnant patients », *J Law Med Ethics*, vol. 31, 2003, p. 455–7.
45. Mikhail BI. « Perceived impediments to prenatal care among low-income women », *West J Nurs Res*, vol. 21, 1999, p. 335–50; discussion, p. 351–5.
46. Milligan R, Wingrove BK, Richards L, Rodan M, Monroe-Lord L, Jackson V et coll. « Perceptions about prenatal care: views of urban vulnerable groups », *BMC Public Health*, vol. 2, 2002, p. 25.
47. Currie JC. *Meilleures pratiques : Traitement et réadaptation des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*. Ottawa : ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada 2001. Disponible à : <http://www.cds-sca.com>. Consulté le 23 novembre 2010.
48. Roberts G, Nanson J. *Meilleures pratiques - Syndrome d'alcoolisme foetal/effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse*. Ottawa : ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, 2001.
49. Ellwood DA, Sutherland P, Kent C, O'Connor M. « Maternal narcotic addiction: pregnancy outcome in patients managed by a specialized drug-dependency antenatal clinic », *Aust NZ J Obstet Gynaecol*, vol. 27, 1987, p. 92–8.
50. Kandall SR, Albin S, Lowinson J, Berle B, Eidelman AI, Gartner LM. « The narcotic-dependent mother: fetal and neonatal consequences », *Early Hum Dev*, vol. 1, 1977, p. 159–69.
51. Lee MI, Stryker JC, Sokol RJ. « Perinatal care for narcotic-dependent gravidas », *Perinatol Neonatol*, vol. 9, n° 6, 1985, p. 35–40.
52. Burkett G, Gomez-Marín O, Yashin SY, Martínez M. « Prenatal care in cocaine-exposed pregnancies », *Obstet Gynecol*, vol. 92, 1998, p. 193–200.
53. Jansson LM, Svikis D, Lee J, Paluzzi P, Rutigliano P, Hackerman F. « Pregnancy and Addiction. A comprehensive care model », *J Subst Abuse Treat*, vol. 13, 1996, p. 321–9.
54. Sweeney PJ, Schwartz RM, Mattis NG, Vohr B. « The effect of integrating substance abuse treatment with prenatal care on birth outcome », *J Perinatol*, vol. 20, 2000, p. 219–24.
55. Reece EA, Leguizamon G, Silva J, Whiteman V, Smith D. « Intensive interventional maternity care reduces infant morbidity and hospital costs », *J Matern Fetal Neonatal Med*, vol. 11, 2002, p. 204–10.
56. Suffet F, Brotman R. « A comprehensive care program for pregnant addicts: obstetrical, neonatal, and child development outcomes », *Int J Addict*, vol. 19, 1984, p. 199–219.
57. McLaughlin FJ, Altemeier WA, Christensen MJ, Sherrod KB, Dietrich MS, Stern DT. « Randomized trial of comprehensive prenatal care for low-income women: effect on infant birth weight », *Pediatrics*, vol. 89, 1992, p. 128–32.
58. Scholl TO, Hediger ML, Belsky DH. « Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: a review and meta-analysis », *J Adolesc Health*, vol. 15, 1994, p. 444–56.
59. Wong T, Lee SS. « Hepatitis C: a review for primary care physicians », *CMAJ*, vol. 174, 2006, p. 649–59.
60. Robinson JL. « Vertical transmission of the hepatitis C virus: current knowledge and issues », *Paediatr Child Health*, vol. 13, 2008, p. 529–36.
61. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies. *The NSDUH report: sexually transmitted diseases and substance use*, Rockville, MD, 2007.
62. Fichtner R, Carson D, Brackbill R. « Behavioural risks for HIV/STD and birth outcomes among pregnant women who abuse substances: evidence from intensive outreach—Atlanta, Georgia », *Int Conf AIDS*, vol. 11, 1996, p. 362 (résumé).
63. Bolnick JM, Rayborn JM, Rayborn WF. « Substance use disorders in women: special considerations during pregnancy », *Obstet Gynecol Clin North Am*, vol. 30, 2003, p. 545–58.
64. Schempf AH, Strobino DM. « Illicit drug use and adverse birth outcomes: is it drugs or context? », *J Urban Health*, vol. 85, 2008, p. 858–73.
65. Bailey BA, Daugherty RA. « Intimate partner violence during pregnancy: incidence and associated health behaviors in a rural population », *Matern Child Health J*, vol. 11, 2007, p. 495–503.
66. Liston R, Sawchuck D, Young D; comité sur le consensus en matière de surveillance du bien-être fœtal de la sogc. « Surveillance du bien-être fœtal : Antepartum et intrapartum. Directive clinique de consensus. Directive clinique de la SOGC n° 197, septembre 2007 », *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 29, suppl. 4, 2007, p. S1-S56.
67. Chang G, Goetz MA, Wilkins-Haug L, Berman S. « A brief intervention for prenatal alcohol use: an in-depth look », *J Subst Abuse Treat*, vol. 18, 2000, p. 365–9.
68. The Project CHOICES Intervention Research Group. « Reducing the risk of alcohol-exposed pregnancies: a study of a motivational intervention in community settings », *Pediatrics*, vol. 111, 2003, p. 1131–5.
69. Nordstrom BR, Levin FR. « Treatment of cannabis disorders: a review of the literature », *Am J Addict*, vol. 16, 2007, p. 331–42.
70. Dutra L, Stathopolou G, Basden SL, Leyro TM, Powers MB, Otto MW. « A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders », *Am J Psychiatry*, vol. 165, 2008, p. 179–87.

71. Carroll KM, Chang G, Behr H, Clinton B, Kosten TR. « Improving treatment outcome in pregnant, methadone-maintained women: results from a randomized clinical trial », *Am J Addict*, vol. 4, 1995, p. 56–9.
72. Davis MM, Brown BS, Glendinning ST. « Neonatal effects of heroin addiction and methadone-treated pregnancies. Preliminary report on 70 live births », *Proc Natl Conf Methadone Treat*, vol. 2, 1973, p. 1153–64.
73. Harper RG, Solish GI, Sang E, Purow H. « The effect of a methadone treatment program upon pregnant addicts and their infants », *Proc Natl Conf Methadone Treat*, vol. 2, 1973, p. 1133–7.
74. Johnson H. *Mesure de la violence faite aux femmes : tendances statistiques 2006*, Statistique Canada, n° de catalogue 85–570-XWE, Ottawa.
75. Messer K, Clarke KA, Martin SL. « Characteristics associated with pregnant women's utilization of substance abuse treatment services », *Am J Drug Alcohol Abuse*, vol. 22, 1996, p. 403–22.
76. Martin SL, Beaumont JL, Kuper LL. « Substance use before and during pregnancy: links to intimate partner violence », *Am J Drug Alcohol Abuse*, vol. 29, 2003, p. 599–617.
77. Tuten M, Jones HE. « A partner's drug-using status impacts women's drug treatment outcome », *Drug Alcohol Depend*, vol. 70, 2003, p. 327–30.
78. Kissin WB, Svikis DS, Morgan GD, Haug NA. « Characterizing pregnant drug-dependent women in treatment and their children », *J Subst Abuse Treat*, vol. 21, 2001, p. 27–34.
79. Kissin WB, Svikis DS, Moylan P, Haug NA, Stitzer ML. « Identifying pregnant women at risk for early attrition from substance abuse treatment », *J Subst Abuse Treat*, vol. 27, 2004, p. 31–8.
80. Tough SC, Siever JE, Johnston DW. « Retaining women in a prenatal care randomized controlled trial in Canada: implications for program planning », *BMC Public Health*, vol. 7, 2007, p. 148.
81. Ministère des services à l'enfance et à la jeunesse de l'Ontario. *Signaler les cas d'enfants victimes de mauvais traitements et de négligence : c'est votre devoir. Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2005*. Disponible à : <http://www.children.gov.on.ca/htdocs/French/topics/childrensaidd/reportingabuse/abuseandneglect/abuseandneglect.aspx>. Consulté le 22 décembre 2010.
82. Rore C, Brace V, Danielian P, Williams D. « Smoking cessation in pregnancy », *Expert Opin Drug Saf*, vol. 7, 2008, p. 727–37.
83. Crawford JT, Tolosa JE, Goldenberg RL. « Smoking cessation in pregnancy: why, how, and what next », *Clin Obstet Gynecol*, vol. 51, 2008, p. 419–35.
84. Lumley J, Oliver S, Chamberlain C, Oakley L. « Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy », *Cochrane Database System Rev*, numéro 4, 2004, n° d'art. : CD001055. DOI:10.1002/14651858.CD001055.pub2.
85. McBride CM, Baucom DH, Peterson BL, Pollak KI, Palmer C, Westman E et coll. « Prenatal and postpartum smoking abstinence a partner-assisted approach », *Am J Prev Med*, vol. 27, 2004, p. 232–8.
86. Rigotti NA, Park ER, Regan S, Chang Y, Perry K, Loudin B et coll. « Efficacy of telephone counseling for pregnant smokers: a randomized controlled trial », *Obstet Gynecol*, vol. 108, 2006, p. 83–92.
87. Melvin CL, Dolan-Mullen P, Windsor RA, Whiteside HP Jr, Goldenberg RL. « Recommended cessation counselling for pregnant women who smoke: a review of the evidence », *Tab Control*, vol. 9, suppl. 3, 2000, p. 1180–4.
88. Ruger JP, Emmons KM. « Economic evaluations of smoking cessation and relapse prevention programs for pregnant women: a systematic review », *Value Health*, vol. 11, 2008, p. 180–90.
89. Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Lancaster T. « Relapse prevention interventions for smoking cessation (Review) », *Cochrane Database System Rev*, numéro 1, 2009, n° d'art. : CD003999. DOI : 10.1002/14651858.CD003999.pub3.
90. Oncken C, Dornelas E, Greene J, Sankey H, Glasmann A, Feinn R et coll. « Nicotine gum for pregnant smokers: a randomized controlled trial », *Obstet Gynecol*, vol. 112, 2008, p. 859–67.
91. Kapur B, Hackman R, Selby P, Klein J, Koren G. « Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of nicotine replacement therapy in pregnancy », *Curr Ther Res Clin Exp*, vol. 62, 2001, p. 274–8.
92. Pollak KI, Oncken CA, Lipkus IM, Lyna P, Swamy GK, Pletsch PK et coll. « Nicotine replacement and behavioral therapy for smoking cessation in pregnancy », *Am J Prev Med*, vol. 33, 2007, p. 297–305.
93. Dwyer JB, Broide RS, Leskie FM. « Nicotine and brain development », *Birth Defects Res C Embryo Today*, vol. 84, 2008, p. 30–44.
94. Slotkin TA. « If nicotine is a developmental neurotoxicant in animal studies, dare we recommend nicotine replacement therapy in pregnant women and adolescents? », *Neurotoxicol Teratol*, vol. 30, 2008, p. 1–19.
95. Gaither KH, Huber LR, Thompson ME, Huet-Hudson YM. « Does the use of nicotine replacement therapy during pregnancy affect pregnancy outcomes? », *Matern Child Health J*, vol. 13, 2008, p. 497–504.
96. Morales-Suárez-Valera MM, Bille C, Christensen K, Olsen J. « Smoking habits, nicotine use, and congenital malformations », *Obstet Gynecol*, vol. 107, 2006, p. 51–7.
97. Pauley JR, Slotkin TA. « Maternal tobacco smoking, nicotine replacement and neuro-behavioural development », *Acta Paediatr*, vol. 97, 2008, p. 1331–7.
98. Coleman T. « Recommendations for the use of pharmacological smoking cessation strategies in pregnant women », *CNS Drugs*, vol. 21, 2007, p. 983–93.
99. Chun-Fai-Chan B, Koren G, Fayezi I, Kalra S, Voyer-Lavigne S, Boshier A et coll. « Pregnancy outcome of women exposed to bupropion during pregnancy: a prospective comparative study », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 192, 2005, p. 932–6.
100. Chan B, Einarson A, Koren G. « Effectiveness of bupropion for smoking cessation during pregnancy », *J Addict Dis*, vol. 24, n° 2, 2005, p. 19–23.
101. Luty J, Nikolaou V, Bearn J. « Is opiate detoxification unsafe in pregnancy? », *J Subst Abuse Treat*, vol. 24, 2003, p. 363–7.
102. Kashiwagi M, Arlettaz R, Lauper U, Zimmermann R, Hebisch G. « Methadone maintenance program in a Swiss perinatal center: (I): management and outcome of 89 pregnancies », *Acta Obstet Gynecol Scand*, vol. 84, 2005, p. 140–4.
103. Dashe JS, Jackson GL, Olscher DA, Zane EH, Wenderl GD Jr. « Opioid detoxification in pregnancy », *Obstet Gynecol*, vol. 92, 1998, p. 854–8.
104. Maas U, Katner E, Weingart-Jesse B, Schafer A, Obladen M. « Infrequent neonatal opiate withdrawal following maternal methadone detoxification during pregnancy », *J Perinat Med*, vol. 18, 1990, p. 111–8.
105. Allen MH. « Detoxification consideration in the medical management of substance abuse in pregnancy », *Bull N Y Acad Med*, vol. 67, 1991, p. 270–6.
106. Blinick G, Inturrisi CE, Jerez E, Wallach RC. « Methadone assays in pregnant women and progeny », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 121, 1975, p. 617–21.
107. Stern R. « The pregnant addict. A study of 66 case histories, 1950–1959 », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 94, 1966, p. 253–7.
108. Wilson GS, Desmond MM, Wait RB. « Follow-up of methadone-treated and untreated narcotic-dependent women and their infants: health, developmental, and social implications », *J Pediatr*, vol. 98, 1981, p. 716–22.
109. Jones HE, O'Grady KE, Malfi D, Tuten M. « Methadone maintenance vs. methadone taper during pregnancy: maternal and neonatal outcomes », *Am J Addict*, vol. 17, 2008, p. 372–86.

110. Hagopian GS, Wolfe HM, Sokol RJ, Ager JW, Wardell JN, Cepeda EE. « Neonatal outcome following methadone exposure in utero », *J Matern Fetal Med*, vol. 5, 1996, p. 348–54.
111. Kandall SR, Albin S, Lowinson J, Berle B, Eidelman AI, Gartner LM. « Differential effects of maternal heroin and methadone use on birthweight », *Pediatrics*, vol. 58, 1976, p. 681–5.
112. Hulse GK, Milne E, English DR, Holman CDJ. « The relationship between maternal use of heroin and methadone and infant birth weight », *Addiction*, vol. 92, 1997, p. 1571–9.
113. Zelson C, Lee SJ, Casalino M. « Neonatal narcotic addiction. Comparative effects of maternal intake of heroin and methadone », *N Engl J Med*, vol. 289, n° 23, 1973, p. 1216–20.
114. Rahbar F. « Observations on methadone withdrawal in 16 neonates », *Clin Pediatr (Phila)*, vol. 14, 1975, p. 369–71.
115. Malpas TJ, Darlow BA, Lennox R, Horwood LJ. « Maternal methadone dosage and neonatal withdrawal », *A NZ J Obstet Gynaecol*, vol. 35, 1995, p. 175–7.
116. Brown HL, Britton KA, Mahaffey D, Brizendine E, Hiatt AK, Turnquest MA. « Methadone maintenance in pregnancy: a reappraisal », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 179, 1998, p. 459–63.
117. Arlettaz R, Kashiwagi M, Das-Kundu S, Fauchere JC, Lang A, Bucher HU. « Methadone maintenance program in pregnancy in a Swiss perinatal center (II): neonatal outcome and social resources », *Acta Obstet Gynecol Scand*, vol. 84, 2005, p. 145–50.
118. Hunt RW, Tzioumi D, Collins E, Jeffery HE. « Adverse neurodevelopmental outcome of infants exposed to opiate in-utero », *Early Hum Dev*, vol. 84, 2008, p. 29–35.
119. Vance JC, Chant DC, Tudehope DI, Gray PH, Hayes AJ. « Infants born to narcotic dependent mothers: physical growth patterns in the first 12 months of life », *J Paediatr Child Health*, vol. 33, 1997, p. 504–8.
120. Lifshitz M, Gavrilo V, Galil A, Landau D. « A four-year survey of neonatal narcotic withdrawal: evaluation and treatment », *Isr Med Assoc J*, vol. 3, 2001, p. 17–20.
121. McCarthy JJ, Leamon MH, Parr MS, Anania B. « High-dose methadone maintenance in pregnancy: maternal and neonatal outcomes », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 193, n° 3 (1^{re} partie), 2005, p. 606–10.
122. Jansson LM, Velez M, Harrow C. « The opioid-exposed newborn: assessment and pharmacologic management », *J Opioid Manag*, vol. 5, 2009, p. 47–55.
123. Marcellus L. « Care of the substance-exposed infants: the current state of practice in Canadian hospitals », *J Perinat Neonatal Nurs*, vol. 16, 2002, p. 51–68.
124. Velez M, Jansson LM. « The opioid dependent mother and newborn dyad: nonpharmacologic care », *J Addict Med*, vol. 2, n° 3, 2008, p. 113–120.
125. Osborn DA, Jeffery HE, Cole M. « Opiate treatment for opiate withdrawal in newborn infants », *Cochrane Database System Rev*, numéro 3, 2005, n° d'art. : CD002059. DOI: 10.1002/14651858.CD002059.pub2.
126. Abrahams R, Kelly SA, Payne S, Thiessen PN, Mackintosh J, Janssen PA. « Rooming-in compared with standard care for newborns of mothers using methadone or heroin », *Can Fam Physician*, vol. 53, 2007, p. 1722–30.
127. Srivastava A, Kahan M. « Buprenorphine: a potential new treatment option for opioid dependence », *CMAJ*, vol. 174, 2006, p. 1835–6.
128. Johnson R, Jones H, Fischer G. « Use of buprenorphine in pregnancy: patient management and effects on the neonate », *Drug Alcohol Depend*, vol. 70, n° 2 (suppl.), 2003, p. S87-S101.
129. Lacroix I, Berrebi C, Chaumerliac C, Lapeyre-Mestre M, Montastruc JL, Damase-Michel C. « Buprenorphine in pregnant opioid dependent women: first results of a prospective study », *Addiction*, vol. 99, 2004, p. 209–14.
130. Lejeune C, Simmat Durand L, Gourarier L, Aubisson S; the Groupe d'Etudes Grossesse et Addictions (GEGA). « Prospective multicenter observational study of 260 infants born to 259 opiate dependent mothers on methadone or high dose buprenorphine substitution », *Drug Alcohol Depend*, vol. 82, 2006, p. 250–7.
131. Jones H, Johnson R, Jasinski DR, O'Grady KE, Chisholm CA, Choo RE et coll. « Buprenorphine versus methadone in the treatment of pregnant opioid dependent patients: effects on the neonatal abstinence syndrome », *Drug Alcohol Depend*, vol. 79, 2005, p. 1–10.
132. Reisinger M. « Use of buprenorphine during pregnancy », *Research and Clinical Forums*, vol. 19, 1997, p. 43–5.
133. Schindler SD, Eder H, Ortner R, Rohrmeister K, Langer M, Fischer G. « Neonatal outcome following buprenorphine maintenance during conception and throughout pregnancy », *Addiction*, vol. 98, 2003, p. 103–10.
134. National Opioid Use Guideline Group (NOUGG). *Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic non-cancer pain. April 2010*. Disponible à : <http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/opioid>. Consulté le 23 novembre 2010.
135. College of Physicians and Surgeons of Ontario. *Methadone for pain guidelines*. Novembre 2004. Disponible à : <http://www.cpso.on.ca/policies/guidelines/default.aspx?id=1986>. Consulté le 21 janvier 2011.
136. Hadi I, da Silva O, Natale R, Boyd D, Morley-Foster PK. « Opioids in the parturient with chronic nonmalignant pain: a retrospective review », *J Opioid Manag*, vol. 2, 2006, p. 31–4.
137. Sharpe C, Kuschel C. « Outcomes of infants born to mothers receiving methadone for pain management in pregnancy », *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, vol. 89, 2004, p. F33-F36.
138. Cassidy B, Cyna AM. « Challenges that opioid-dependent women present to the obstetric anaesthetist », *Anaesth Intensive Care*, vol. 32, 2004, p. 494–501.
139. May JA, White HC, Leonard-White A, Warltier DC, Pagel PS. « The patient recovering from alcohol or drug addiction: special issues for the anesthesiologist », *Anesth Analg*, vol. 92, 2001, p. 1601–8.
140. Mao J. « Opioid-induced abnormal pain sensitivity: implications in clinical opioid therapy », *Pain*, vol. 100, 2002, p. 213–7.
141. Rapp SE, Ready LB, Nessly ML. « Acute pain management in patients with prior opioid consumption: a case-controlled retrospective review », *Pain*, vol. 6, 1995, p. 195–201.
142. Mehta V, Langford RM. « Acute pain management for opioid dependent patients », *Anaesthesia*, vol. 61, 2006, p. 269–76.
143. Meyer M, Wagner K, Benvenuto A, Plante D, Howard D. « Intrapartum and postpartum analgesia for women maintained on methadone during pregnancy », *Obstet Gynecol*, vol. 110, 2007, p. 261–6.
144. Center for Substance Abuse Treatment. *Medication-assisted treatment for opioid addiction in opioid treatment programs. Treatment improvement protocol (TIP) 43. DHHS Publication No. (SMA) 05-4048*, Rockville, MD : Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005. Disponible à : <http://store.samhsa.gov/product/SMA09-4341>. Consulté le 5 janvier 2011.
145. Perez-Reyes M, Wall ME. « Presence of delta9-tetrahydrocannabinol in human milk », *N Engl J Med*, vol. 307, 1982, p. 819–20.
146. Astley SJ, Little RE. « Maternal marijuana use during lactation and infant development at one year », *Neurotoxicol Teratol*, vol. 12, 1990, p. 161–8.
147. Chasnoff IJ, Lewis DE, Squires L. « Cocaine intoxication in a breast-fed infant », *Pediatrics*, vol. 80, 1987, p. 836–8.
148. Steiner E, Villen T, Hallberg M, Rane A. « Amphetamine secretion in breast milk », *Eur J Clin Pharmacol*, vol. 27, 1984, p. 123–4.

149. Chaney NE, Franke J, Wadlington WB. « Cocaine convulsions in a breast-feeding baby », *J Pediatr*, vol. 112, 1988, p. 134–5.
150. Hopkinson JM, Schanler RJ, Fraley JK, Garza C. « Milk production by mothers of premature infants: influence of cigarette smoking », *Pediatrics*, vol. 90, 1992, p. 934–8.
151. Robieux I, Koren G, Vanderbergh H, Schneiderman J. « Morphine excretion in breast milk and resultant exposure of a nursing infant », *J Toxicol Clin Toxicol*, vol. 28, 1990, p. 365–70.
152. Kreek MJ, Schecter A, Gutjahr CL, Bowen D, Field F, Queenan J et coll. « Analyses of methadone and other drugs in maternal and neonatal body fluids: use in evaluation of symptoms in a neonate of mother maintained on methadone », *Am J Drug Alcohol Abuse*, vol. 1, 1974, p. 409–19.
153. Pond SM, Kreek MJ, Tong TG, Raghunath J, Benowitz N. « Altered methadone pharmacokinetics in methadone-maintained pregnant women », *J Pharmacol Exp Ther*, vol. 233, 1985, p. 1–6.
154. Geraghty B, Graham EA, Logan B, Weiss EL. « Methadone levels in breast milk », *J Hum Lact*, vol. 13, 1997, p. 227–30.
155. Johnson RE, Jones HE, Jasinki DR, Svikis DS, Haug NA, Jansson LM et coll. « Buprenorphine treatment of pregnant opioid-dependent women: maternal and neonatal outcomes », *Drug Alcohol Depend*, vol. 63, 2001, p. 97–103.
156. Marquet P, Chevrel J, Lavignasse P, Merle L, Lacatre G. « Buprenorphine withdrawal syndrome in a newborn », *Clin Pharmacol Ther*, vol. 62, 1997, p. 569–71.
157. McCarthy JJ, Posey BL. « Methadone levels in human milk », *J Hum Lact*, vol. 16, 2000, p. 115–20.
158. Madadi P, Koren G. « Pharmacogenetic insights into codeine analgesia: implications to pediatric codeine use », *Pharmacogenomics*, vol. 9, 2008, p. 1267–84.
159. Madadi P, Ross CJ, Hayden MR, Carleton BC, Gaedigk A, Leeder JS et coll. « Pharmacogenetics of neonatal opioid toxicity following maternal use of codeine during breastfeeding: a case-control study », *Clin Pharmacol Ther*, vol. 85, 2009, p. 31–5.
160. Madadi P, Moretti M, Djokanovic N, Bozzo P, Nulman I, Ito S et coll. « Guidelines for maternal codeine use during breastfeeding », *Can Fam Physician*, vol. 55, 2009, p. 1077–8.
161. Woolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, Eel W. « Canadian Task Force on Preventive Health Care. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care », *CMAJ*, vol. 169, 2003, p. 207–8.

Annexe

Addressograph

L'évaluation de la santé psychosociale anténatale (ALPHA)

Les problèmes psychosociaux anténatals peuvent être associés à des incidences post-partum défavorables. Les questions de ce formulaire représentent des façons qui vous sont suggérées de poser des questions à propos de la santé psychosociale des patientes. Les questions qui constituent une source de préoccupation élevée pour la femme, pour sa famille ou pour le soignant indiquent généralement la nécessité d'offrir du soutien ou des services additionnels. Lorsqu'on constate qu'il existe des préoccupations, on doit songer à assurer un suivi ou à recommander l'usage d'une ressource ou d'un service particulier. On peut obtenir des renseignements additionnels en consultant le guide ALPHA. **Veuillez tenir compte du caractère délicat de cette information avant d'en parler avec d'autres intervenants.*

FACTEURS ANTÉNATALS	PRÉOCCUPATION	COMMENTAIRES, PLAN
FACTEURS FAMILIAUX		
Soutien social (MTE, VF, DP) Comment votre partenaire ou les membres de votre famille réagissent-ils à votre grossesse? Qui vous aidera lorsque vous retournerez à la maison avec votre bébé?	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Élevée	
Événements stressants récents dans votre vie (MTE, VF, DP, MP) Quels changements se sont produits dans votre vie cette année? Quels changements prévoyez-vous durant votre grossesse?	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Élevée	
Relation de couple (DC, DP, VF, MTE) Comment décririez-vous votre relation avec votre partenaire? Comment pensez-vous que sera votre relation après la naissance?	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Élevée	
FACTEURS MATERNELS		
Soins prénatals (commencement tardif) (VF) Première visite prénatale dans le troisième trimestre? (vérifiez le dossier)	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Élevée	
Cours prénatal (refus ou abandon) (MTE) Quels sont vos plans par rapport à des classes prénatales?	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Élevée	
Sentiments envers la grossesse après 20 semaines (MTE, VF) Qu'avez-vous ressenti lorsque vous avez découvert que vous étiez enceinte? Que ressentez-vous maintenant?	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Élevée	
Relation avec les parents dans l'enfance (MTE) Comment vous entendiez-vous avec vos parents? Vous sentiez-vous aimée de vos parents?	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Élevée	
Estime de soi (MTE, VF) Qu'est-ce qui vous préoccupe à propos du fait de devenir mère?	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Élevée	
Antécédents psychiatriques ou affectifs (MTE, VF, DP) Avez-vous déjà eu des problèmes affectifs? Avez-vous consulté un psychiatre ou suivi une thérapie?	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Élevée	
Dépression durant cette grossesse (DP) Quelle est votre humeur durant cette grossesse?	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Élevée	

INCIDENCES POST-PARTUM ASSOCIÉES

Les facteurs anténatals dans la colonne de gauche ont été associés aux incidences post-partum énumérées ci-dessous.

Les *italiques* et les *caractères gras* indiquent une bonne preuve d'association.

Le texte en caractères ordinaires indique une assez bonne preuve d'association.

MTE = mauvais traitements infligés aux enfants **DC** = dysfonctionnement du couple **MP** = maladie physique

DP = dépression post-partum **VF** = violence faite aux femmes

FACTEURS ANTÉNATAUX	PRÉOCCUPATION	COMMENTAIRES, PLAN
TOXICOMANIE		
<p>Toxicomanie (VF, MTE) (1 verre = 1 1/2 oz de liqueur, 12 oz de bière, 5 oz de vin) Combien de verres d'alcool buvez-vous par semaine? Y a-t-il des moments où vous buvez davantage? Est-ce que vous ou votre partenaire utilisez des drogues à usage récréatif? Est-ce que vous ou votre partenaire avez un problème d'alcool ou de drogues? Prenez en considération la méthode DECR (Diminuer, Ennuyée, Coupable, Révéléateur)</p>	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Élevée	
VIOLENCE FAMILIALE		
<p>La femme ou son partenaire a vécu de la violence ou a été témoin de violence (physique, affective, sexuelle) (MTE, VF) Comment était la relation entre vos parents? Votre père a-t-il déjà fait peur à votre mère ou l'a-t-il blessée? Vos parents vous ont-ils fait déjà peur ou vous ont-ils déjà blessée? Avez-vous été sexuellement agressée dans l'enfance?</p>	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Élevée	
<p>Violence faite aux femmes, actuelle ou antérieure (VF, MTE, DP) Comment vous et votre partenaire résolvez-vous vos conflits? Vous sentez-vous parfois effrayée de ce que votre partenaire dit ou fait? Avez-vous déjà été frappée, bousculée, talochée par un partenaire? Votre partenaire vous a-t-il déjà humiliée ou vous a-t-il violentée psychologiquement d'une autre façon? Avez-vous déjà été forcée d'avoir une relation sexuelle contre votre gré?</p>	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Élevée	
<p>Mauvais traitements infligés à des enfants dans le passé par la femme ou son partenaire (MTE) Est-ce que vous ou votre partenaire avez des enfants qui ne vivent pas avec vous? Si c'est le cas, pourquoi? Avez-vous déjà eu affaire avec une agence de protection de l'enfance (comme la Société d'aide à l'enfance)?</p>	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Élevée	
<p>Les méthodes disciplinaires (MTE) Quelles méthodes disciplinaires a-t-on utilisées avec vous lorsque vous étiez enfant? Quelles méthodes disciplinaires comptez-vous utiliser avec votre enfant? Comment réagissez-vous à vos enfants à la maison lorsqu'ils se conduisent mal?</p>	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Élevée	

PLAN DE SUIVI

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Counseling pour offrir du soutien | <input type="checkbox"/> Services à domicile | <input type="checkbox"/> Conseils juridiques |
| <input type="checkbox"/> Rendez-vous prénatals additionnels | <input type="checkbox"/> Cours sur le rôle parental ou groupe de soutien pour parents | <input type="checkbox"/> Société d'aide à l'enfance |
| <input type="checkbox"/> Rendez-vous post-partum additionnels | <input type="checkbox"/> Programmes de traitement de la toxicomanie | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> Visites additionnelles dans le cadre du programme Bébé en santé | <input type="checkbox"/> Ressources pour cesser de fumer | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> Aiguillage vers un service de santé publique | <input type="checkbox"/> Travailleuse sociale | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> Services d'éducation prénatals | <input type="checkbox"/> Psychologue ou psychiatre | |
| <input type="checkbox"/> Nutritionniste | <input type="checkbox"/> Psychothérapeute, thérapeute en relations maritales ou familiales | |
| <input type="checkbox"/> Ressources communautaires, groupe de mères | <input type="checkbox"/> Ligne secours pour femmes violentées, maison d'hébergement, counseling | |

COMMENTAIRES :

Date à laquelle le formulaire a été rempli

Signature