



Photo : Dominique Lafond

Drogues

Auteure

Alessandra Chan, INSPQ

L'utilisation des fiches par les professionnelles et professionnels du réseau de la santé et des services sociaux du Québec est autorisée aux conditions prévues dans REPRODUCTION ET DROITS D'AUTEURS du Portail d'information prénatale à l'adresse suivante : <http://www.inspq.qc.ca/infoprenatale/reproduction-et-droits-d-auteurs>.

Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php> ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Table des matières

Au sujet de la consommation de drogues pendant la période périnatale

Définir la consommation de drogues

Quelques chiffres

Les raisons de la sous-déclaration de la consommation de drogues en période périnatale

Qui est à risque?

Conséquences possibles sur la santé

Conséquences pour la femme enceinte

Conséquences pour la grossesse et pour l'enfant

Facteurs qui influencent les conséquences de la consommation de drogues sur la santé

Consommation de drogues avant l'annonce de la grossesse

Modifier la consommation de drogues : ce qu'il faut savoir

La réduction des méfaits

Le sevrage

Le traitement de substitution à la méthadone

La consommation de drogues et les troubles mentaux

L'environnement social

Drogues et allaitement

Diriger vers des ressources



Messages clés à transmettre aux futurs parents

Ressources et liens

Lexique

Références

Au sujet de la consommation de drogues pendant la période périnatale

Définir la consommation de drogues

Dans cette fiche, la consommation de drogues pendant la période périnatale inclut aussi bien la consommation occasionnelle que la consommation régulière, l'abus et la dépendance.

Les drogues suivantes sont traitées plus amplement en raison de leur caractère répandu au sein de la population et des conséquences particulières qui découlent de leur utilisation en période périnatale :

- Le cannabis;
- La cocaïne;
- Les amphétamines, dont la méthamphétamine;
- Les opioïdes, comme l'héroïne et la méthadone.

La consommation d'alcool, de tabac et de médicaments prescrits utilisés à des fins non médicales n'est pas abordée dans cette fiche. Pour connaître les effets du tabac et de l'alcool pendant la période périnatale, consulter les fiches *Alcool* et *Tabac*.

Quelques chiffres

En raison de la nature illégale et socialement indésirable de la consommation de drogues, il est difficile d'obtenir des données exactes sur la prévalence de la consommation maternelle de drogues lors de la grossesse, car les femmes enceintes qui consomment ont tendance à déclarer qu'elles consomment moins que leur consommation réelle ou à ne pas le déclarer du tout¹. Il est donc probable que les données suivantes représentent une sous-estimation de la véritable consommation de drogues pendant la grossesse.

Selon l'*Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité* de 2006-2007, 7 % des femmes ont rapporté avoir consommé au moins une drogue au cours des trois mois précédant leur grossesse et 1 % l'aurait fait pendant leur grossesse. Ce sont les femmes âgées de 15 à 24 ans qui sont les plus nombreuses à rapporter la consommation de drogues pendant la grossesse (3 %)¹. Enfin, d'après les données disponibles, la drogue la plus consommée chez les femmes enceintes ou en âge de procréer est le cannabis^{2, 3, 4, 5}.

Les raisons de la sous-déclaration de la consommation de drogues en période périnatale

Il est possiblement difficile pour une femme enceinte de déclarer sa consommation de drogues pour différentes raisons. Elles peuvent :

- éprouver de la honte ou vivre du déni en ce qui concerne leur consommation^{6, 7};
- avoir peur de la réaction des professionnels ou des chercheurs et craignent d'être jugées, stigmatisées ou étiquetées comme de mauvaises mères⁶;
- craindre d'être critiquées sur leur capacité à prendre soin de leur bébé⁷;
- avoir peur qu'on les oblige à participer à une intervention pour cesser leur consommation⁷;
- avoir peur d'être signalées aux autorités et de perdre la garde de l'enfant qu'elles portent^{6, 7}.

Ces raisons expliquent également pourquoi le suivi de grossesse peut être difficile auprès de ces femmes⁷.

Qui est à risque?

Certaines femmes sont plus à risque de consommer des drogues pendant leur grossesse. Les facteurs ci-dessous ont été trouvés comme pouvant être associés à la consommation de drogues durant la grossesse :

- Partenaire amoureux qui consomme de l'alcool ou des drogues^{8, 9} (un des facteurs de risque les plus importants);
- Environnement social (p. ex. : amis, voisinage) où l'on consomme⁸;
- Faible niveau d'éducation ou de revenu familial^{10, 11};
- Violence conjugale subie⁸;
- Historique familial d'abus de substances, en particulier des problèmes liés à la consommation d'alcool⁸;
- Expérience traumatique ou agression dans l'enfance (en particulier agression sexuelle)^{8, 9};
- Historique personnel ou présence de troubles mentaux (p. ex. : dépression, troubles anxieux, troubles de la personnalité)^{8, 12};
- Historique personnel de consommation abusive ou de dépendance aux drogues⁸;
- Consommation d'alcool et de tabac durant la grossesse^{10, 11}.

Conséquences possibles sur la santé

Les drogues agissent sur le système nerveux central d'un individu comme perturbateurs, stimulants ou dépresseurs. Le tableau 1 présente les différentes catégories de drogues selon leurs effets sur le système nerveux central.

Tableau 1
Catégories de drogues^{13, 14}

Les perturbateurs	Les stimulants	Les dépresseurs
Perturbent les fonctions psychiques d'un individu en altérant le fonctionnement cérébral, la perception, l'humeur et les processus cognitifs.	Stimulent les fonctions psychiques d'un individu en augmentant le niveau d'éveil et l'activité générale du cerveau. Ces substances accélèrent le processus mental, et la personne devient plus alerte et énergique.	Ralentissent les fonctions psychiques d'un individu en diminuant le niveau d'éveil et l'activité générale du cerveau. Ces substances procurent un effet relaxant, et la personne devient moins consciente de son environnement.
<ul style="list-style-type: none"> • Cannabis et cannabinoïdes synthétiques (autres noms : marijuana, haschisch, pot, mari, herbe, weed, joint, bat, pétard, hasch, Spice, K2); • Hallucinogènes (p. ex. : LSD, MDMA ou ecstasy, kétamine, special K, vitamine K). 	<ul style="list-style-type: none"> • Cocaïne (autres noms : crack, freebase, coke, poudre); • Amphétamines/Méthamphétamine (autres noms : speed, peanut, wake-up, ice, crystal meth); • MDPV/Méphrédron (autres noms : speed, ecstasy, sels de bain, nourriture pour plantes, cocaïne synthétique). 	<ul style="list-style-type: none"> • Opioides Héroïne (autres noms : smack, héro), codéine, fentanyl, hydromorphe, méthadone, morphine, oxycodone; • GHB (gamma-hydroxybutyrate) (autres noms : liquid ecstasy, liquid X, fantasy, salty water, petit jus, drogue du viol); • Substances volatiles (p. ex. : colles, dissolvants).

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

Conséquences pour la femme enceinte

La consommation de drogues peut être liée à différents problèmes sociaux et de santé chez la femme enceinte :

- Des troubles de sommeil¹⁵;
- Des problèmes de santé physique (p. ex. : problèmes cardiovasculaires, hypertension)¹⁵;
- Des infections (p. ex. : hépatites, VIH/sida, syphilis)¹⁵;
- Un suivi médical ou des soins prénataux inadéquats^{5, 16, 4};
- Des problèmes psychosociaux (p. ex. : contexte de stress, difficultés financières, manque de soutien social, troubles mentaux, violence conjugale)^{4, 5, 17, 16, 18}.

De plus, la consommation de drogues peut nuire aux capacités parentales (p. ex. : manque de disponibilité physique ou émotionnelle, soins inconstants) et au développement du lien d'attachement de l'enfant^{19, 20}.

Parallèlement, le nourrisson qui a été exposé *in utero* à des drogues peut présenter des symptômes de sevrage (p. ex. : irritabilité, pleurs, insomnie) dans les premières semaines et être plus difficile à consoler. Ceci peut en retour amplifier le niveau de stress chez la mère et amoindrir son désir d'entrer en interaction avec son bébé^{21, 6}.

Enfin, certaines femmes enceintes qui consomment des drogues n'ont pas accès à des modèles adéquats qui pourraient les guider dans leur propre rôle de mère. Ces femmes ont possiblement besoin de plus de soutien pour être accompagnées dans leur rôle parental et pour développer un lien affectif avec leur enfant^{2, 20}.

Un outil destiné aux intervenants du Québec offre des stratégies d'intervention pour favoriser les pratiques parentales liées au développement d'un attachement sécurisant²². Ce document peut être consulté en ligne et s'intitule le *Guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à 1 an*.

Conséquences pour la grossesse et pour l'enfant

Les données empiriques des effets de la consommation de drogues en période périnatale sur la santé sont moins bien établies que celles qui concernent l'alcool ou le tabac^{16, 23, 24}. Cela dit, les femmes qui consomment des drogues vivraient une grossesse à plus haut risque, en raison des effets négatifs potentiels sur l'enfant à naître.

Nous savons que les drogues (en particulier celles qui ont un potentiel élevé de dépendance, comme la cocaïne ou les opioïdes) peuvent traverser la barrière placentaire²¹ et influencer certains aspects du développement du fœtus^{25, 17}. Cependant, les résultats prouvant les effets des drogues sur le fœtus sont contradictoires dans plusieurs études, et il existe peu de données concernant leurs effets sur le développement de l'enfant à plus long terme.

Les effets les plus fréquemment rapportés de la consommation de drogues pendant la grossesse sur le bébé à naître sont présentés dans le tableau 2.

Tableau 2
Effets possibles des drogues sur la grossesse et le bébé

Drogues	Effets sur la grossesse et le bébé
Cannabis	<ul style="list-style-type: none"> • Effets non clairement démontrés^{2, 16, 26, 17}; • Consommation régulière et doses élevées possiblement nécessaires pour produire des effets observables, tels qu'un retard de croissance intra-utérin, une diminution du poids à la naissance ou certains troubles neurologiques (p. ex. : tremblements subtils, diminution de la puissance des pleurs)^{2, 27, 28}.
Cocaïne	<ul style="list-style-type: none"> • Retard de croissance intra-utérin^{2, 16}; • Augmentation du nombre de contractions dans l'utérus^{15, 16}; • Vasoconstriction placentaire et diminution du flux sanguin utérin^{15, 16}; • Décollement du placenta^{15, 16, 29, 30}; • Rupture prématurée des membranes^{2, 16, 29}; • Fausse couche^{2, 31}; • Accouchement prématuré^{2, 15, 16, 30}; • Faible poids à la naissance^{15, 16, 32}; • Symptômes de sevrage à la naissance²; • Syndrome de la mort subite du nourrisson^{2, 30}; • Transmission d'infections virales si la drogue est injectée avec une seringue déjà utilisée par une personne infectée (hépatite B, hépatite C ou VIH)³³.
Amphétamines et méthamphétamine	<ul style="list-style-type: none"> • Retard de croissance intra-utérin^{2, 34, 23}; • Accouchement prématuré^{2, 34, 23}; • Faible poids à la naissance³⁵; • Symptômes de sevrage à la naissance^{2, 23}; • Transmission d'infections virales si la drogue est injectée avec une seringue utilisée par une personne infectée (hépatite B, hépatite C ou VIH)³³.
Opioïdes (sauf méthadone)	<ul style="list-style-type: none"> • Retard de croissance intra-utérin^{2, 16}; • Augmentation du nombre de contractions dans l'utérus avec insuffisance placentaire²; • Décollement du placenta¹⁵; • Fausse couche, mortinaissance^{2, 15}; • Accouchement prématuré^{2, 15, 16}; • Faible poids à la naissance^{2, 15, 16}; • Syndrome de retrait néonatal (de 60 à 95 % des cas)^{2, 15, 16}; • Syndrome de la mort subite du nourrisson²; • Transmission d'infections virales si la drogue est injectée avec une seringue déjà utilisée par une personne infectée (hépatite B, hépatite C ou VIH)³³.

Données tirées et traduites de Rayburn et Bogenschutz (2004)¹⁷.

Facteurs qui influencent les conséquences de la consommation de drogues sur la santé

Les données scientifiques actuelles ne permettent pas de déterminer si les effets de la consommation maternelle de drogues sur le bébé à naître sont causés directement par la substance elle-même ou plutôt par l'exposition à d'autres facteurs nocifs pour la santé^{16, 36}. En effet, peu d'études ont mesuré l'influence de facteurs confondants souvent liés à l'usage de drogues, tels les suivants :

- Les patrons de consommation (p. ex. : qualité du produit, dose consommée, voie d'administration utilisée [orale, nasale, par injection], fréquence de la consommation, stade de développement du fœtus au moment de la consommation)³⁷;
- La polyconsommation^{6, 21} : Dans la majorité des cas de consommation de drogues, il y a présence de polyconsommation. Par exemple, il a été documenté que 93 % des femmes enceintes qui consommaient de la cocaïne ou de l'héroïne utilisaient également d'autres substances (principalement de l'alcool et du tabac) ayant des conséquences néfastes sur la santé du bébé³⁸;
- Les caractéristiques de la mère (p. ex. : état de santé global, facteurs génétiques et physiologiques qui amènent des différences individuelles quant au métabolisme et à la tolérance physique et psychologique aux drogues)^{37, 25, 21};
- L'environnement familial ou les conditions de vie (p. ex. : malnutrition, absence de soins prénataux, manque de ressources financières, quartier défavorisé, criminalité, prostitution)^{25, 15}.

Que les effets des drogues sur le bébé à naître soient causés directement par la substance ou par l'influence des facteurs confondants ci-dessus, **il est fortement recommandé de ne pas consommer de drogues pendant la grossesse, car elles comportent un risque pour l'enfant à naître**

Consommation de drogues avant l'annonce de la grossesse

Lorsqu'une femme a consommé des drogues avant de savoir qu'elle était enceinte et s'inquiète des torts pour le développement de son bébé, il est suggéré de la rassurer en lui rappelant que la consommation de drogues lors de la grossesse comporte des risques *potentiels*, et non systématiques, sur la grossesse et l'enfant à naître.

De plus, la qualité du milieu dans lequel grandit l'enfant est déterminante. D'autres facteurs présents dans l'environnement de l'enfant peuvent ainsi contrebalancer certains effets des drogues, tels que le mode de vie sain de la mère, un milieu familial stimulant et chaleureux, ou une relation mère-enfant de qualité^{[37](#), [39](#), [40](#), [41](#)}.

Néanmoins, il n'existe pas de consommation sans risque, et l'arrêt immédiat de la consommation est fortement recommandé (sauf pour l'héroïne; consulter la section [Le traitement de substitution à la méthadone](#)).

Modifier la consommation de drogues : ce qu'il faut savoir

La grande majorité des femmes cessent ou réduisent leur consommation de drogues lorsqu'elles apprennent qu'elles sont enceintes.

Une étude américaine menée en 2010 indique que parmi différentes substances consommées avant la grossesse (p. ex. : alcool, tabac, drogues), la consommation de drogues (marijuana, amphétamines, cocaïne et héroïne) est celle qui est la plus susceptible d'être arrêtée durant la grossesse¹².

Plus précisément, entre 87 et 100 % des femmes qui consommaient ces drogues avant leur grossesse ont arrêté pendant qu'elles étaient enceintes. Il est donc probable que les femmes qui poursuivent leur consommation durant leur grossesse sont celles qui présentent des problèmes plus importants de dépendance ou de toxicomanie¹².

La réduction des méfaits

Bien qu'il soit fortement recommandé de cesser complètement toute consommation de drogues durant la grossesse, ce ne sont pas toutes les femmes qui feront ce choix ou pourront le faire. La réduction des méfaits peut s'avérer une solution plus adaptée pour ces femmes^{19, 42}.

Cette approche vise à diminuer les conséquences néfastes découlant de la consommation de drogues, plutôt que l'élimination complète de la consommation^{43, 44}. Elle permet ainsi de fournir un certain niveau de bénéfices et de réduction de risques pour la future mère et le bébé à naître.

En effet, le comportement de consommation varie sur un continuum de risque, allant d'une absence totale de risque à un risque très élevé pour la santé de la future mère et de l'enfant à naître⁴⁵. Le changement de comportement est donc conceptualisé comme faisant partie d'un processus, dont l'objectif à long terme est l'abstinence^{45, 42}.

Il existe différentes stratégies de réduction des méfaits pour aider les futures mères à réduire leur consommation de drogues⁴² :

- Réduire graduellement la quantité de drogue consommée;
- Alternier des moments sans aucune consommation (jours ou semaines) avec des moments de consommation;
- Remplacer la drogue habituelle par un autre type de drogue jugé moins nocif, ou combiner ces deux types de drogue;
- Tenter de contrecarrer les effets possibles des drogues en consommant d'autres produits, comme des vitamines prénatales ou de la niacine;
- Privilégier des comportements de santé pouvant avoir des conséquences positives sur l'issue de la grossesse et le développement du bébé, comme avoir une alimentation

saine, pratiquer de l'activité physique, avoir un horaire de sommeil suffisant ou un suivi régulier de grossesse.

Enfin, il est suggéré de souligner les efforts que fait la femme enceinte pour réduire sa consommation de drogues afin de permettre le bon développement de son bébé.

Le sevrage

Des symptômes de sevrage peuvent s'observer chez la femme ayant consommé et chez le nourrisson qui a été exposé *in utero* à des drogues. Les principaux symptômes de sevrage observés chez la femme enceinte qui consomme sont présentés au tableau 3. L'intensité des symptômes varie en fonction de la substance consommée^{2, 17}.

Tableau 3 Principaux symptômes de sevrage en fonction des catégories de drogues	
Drogues	Symptômes de sevrage
Cannabis	<ul style="list-style-type: none"> • Agitation psychomotrice • Irritabilité • Insomnie • Nausées • Crampes
Stimulants (p. ex. : cocaïne, amphétamines et méthamphétamine)	<ul style="list-style-type: none"> • Douleurs musculaires • Douleurs abdominales • Signes de faim • Sommeil prolongé • Bradycardie • Préoccupation et désir obsédant de reprendre la drogue (<i>craving</i>) • Dépression • Idées suicidaires
Opiacés (p. ex. : héroïne)	<ul style="list-style-type: none"> • Symptômes similaires à ceux d'une grippe • Agitation psychomotrice • Pupilles dilatées • Crampes abdominales • Insomnie • Anxiété • Préoccupation et désir obsédant de reprendre la drogue (<i>craving</i>) • Tachycardie • Hypertension

Données tirées et traduites de Rayburn et Bogenschutz (2004)¹⁷.

La majorité (de 55 à 94 %) des nourrissons exposés *in utero* à des drogues (particulièrement les opiacés, incluant la méthadone/méthadone) développent des symptômes de sevrage⁴⁶.

Le **syndrome de retrait néonatal** représente un ensemble de symptômes de sevrage présents chez le nourrisson exposé *in utero* à des drogues et est caractérisé par une dysfonction des systèmes suivants^{46, 47} :

- Système nerveux central (irritabilité, tremblements, pleurs vifs, sommeil perturbé, convulsions, etc.);
- Système gastro-intestinal (vomissements, diarrhée, alternance de fièvre et d'hypothermie, etc.);
- Système respiratoire (congestion, écoulement nasal, éternuements, etc.).

L'intensité et la durée du syndrome sont variables (selon la dose de drogue consommée, le stade de développement du fœtus au moment de la consommation, le poids et le métabolisme du bébé). Les symptômes apparaissent généralement dans les 48 à 72 heures suivant la naissance du bébé, sont particulièrement intenses après deux semaines et peuvent parfois durer jusqu'à plusieurs mois^{48, 49}.

Pour la santé de la femme enceinte et celle de l'enfant à naître, il n'est pas indiqué de faire un sevrage de l'héroïne durant la grossesse (voir la section [Le traitement de substitution à la méthadone](#)).

Le traitement de substitution à la méthadone

La méthadone est un médicament prescrit par un médecin et utilisé comme traitement de substitution à l'héroïne. Elle doit être prescrite aux femmes enceintes qui ont une dépendance aux opioïdes, car l'arrêt des opioïdes pendant la grossesse peut provoquer des contractions de l'utérus, ce qui augmente les risques d'accouchement prématuré ou de fausse couche. Le traitement de substitution à la méthadone est employé dans ce cas pour stabiliser l'état de la femme enceinte et l'aider à cesser sa consommation de drogues^{50, 51}.

La prise de méthadone durant la grossesse peut être associée à la prématurité, à un retard de croissance intra-utérin et à des symptômes de sevrage chez le nouveau-né. Cependant, la méthadone a des avantages que l'héroïne n'a pas : elle ne produit pas d'effets euphorisants, diminue considérablement le désir de consommer, maintient la mère dans un état fonctionnel et favorise un meilleur suivi de grossesse^{6, 15, 52, 53, 51}.

Il n'existe pas de traitement de substitution pour la dépendance aux autres types de drogues (comme le cannabis et la cocaïne). Certains médicaments peuvent toutefois être prescrits pour atténuer les symptômes de sevrage¹⁷.

La consommation de drogues et les troubles mentaux

Il est fréquent que les femmes enceintes qui consomment des drogues souffrent également de troubles mentaux (p. ex. : dépression, troubles anxieux, troubles de la personnalité)¹⁸.

L'intervention auprès des femmes enceintes qui consomment devrait viser ces trois domaines (santé mentale, grossesse et consommation de drogues) dans une approche coordonnée et intégrée, tout en considérant les besoins individuels des femmes¹⁸. Par conséquent, il est suggéré d'orienter la femme enceinte qui présente cette double problématique vers des ressources en santé mentale.

L'environnement social

L'environnement social de la femme enceinte est un facteur important qui peut influencer sa consommation de drogues. Une personne qui consomme des drogues a tendance à développer des relations sociales avec des gens qui partagent cette habitude¹⁹.

Par conséquent, il peut être difficile pour une femme enceinte de cesser de consommer, car cela implique une rupture potentielle des liens avec les gens qui consomment dans son entourage⁵⁵. Ce choix, positif à long terme en ce qui concerne la consommation, peut affaiblir son réseau social et l'obliger à trouver de nouvelles personnes susceptibles de la soutenir dans la cessation ou la réduction de sa consommation^{19, 55}.

Le conjoint peut exercer un rôle d'influence dans la dynamique de consommation de la femme enceinte¹⁹. D'une part, celle-ci peut trouver difficile de s'abstenir de consommer des drogues lorsque son partenaire en consomme. D'autre part, une diminution de la consommation de drogues chez le partenaire ou son soutien par rapport à la cessation de la consommation pourrait augmenter la probabilité que la femme enceinte cesse ou diminue sa propre consommation durant sa grossesse³³.

Dans la mesure du possible, il est proposé :

- d'informer le partenaire, s'il y a lieu, de l'influence de ses habitudes de consommation sur celles de sa compagne et des effets néfastes de la consommation de drogues sur la grossesse et sur le développement du fœtus^{2, 33, 19};
- d'encourager la future mère (et son conjoint, s'il y a lieu) à se joindre à des activités qui lui permettront de rencontrer d'autres futurs parents et d'agrandir son réseau social.

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

Drogues et allaitement

Toutes les drogues consommées peuvent se retrouver dans le lait maternel et en perturber la production, la quantité ou la composition. De plus, l'exposition du nourrisson à des drogues par l'intermédiaire du lait maternel a été associée à des effets nuisibles sur sa santé, comme le montre le tableau 4.

Tableau 4
Effets possibles des drogues sur les nourrissons allaités
par des mères qui consomment

Drogues	Effets sur le nourrisson allaité
Cannabis	<ul style="list-style-type: none"> • Léthargie^{2, 47, 56} • Tonus musculaire réduit^{2, 47, 56} • Irritabilité^{2, 47, 56} • Diminution de la fréquence et de la durée des tétées^{2, 47, 56}
Cocaïne	<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilité^{2, 57} • Vomissements^{2, 57} • Diarrhée^{2, 57} • Tremblements, convulsions⁵⁷ • Tachycardie² • Hypertension² • Transmission d'infections virales si la mère est infectée (p. ex. : hépatite B, VIH)⁵⁸
Amphétamines	<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilité⁵⁷ • Perturbations de sommeil⁵⁷ • Transmission d'infections virales si la mère est infectée (p. ex. : hépatite B, VIH)⁵⁸
Héroïne	<ul style="list-style-type: none"> • Syndrome de sevrage^{47, 2, 59} • Agitation^{47, 2, 57} • Tremblements^{47, 2, 57} • Vomissements^{47, 2, 57} • Somnolence • Problèmes d'alimentation^{47, 2, 57} • Transmission d'infections virales si la mère est infectée (p. ex. : hépatite B, VIH)⁵⁸

Par conséquent, en raison des risques encourus par l'enfant, **il est fortement recommandé de ne pas consommer de drogues durant la période d'allaitement**^{57, 58, 6}.

Si une mère consomme occasionnellement des drogues et désire allaiter, il est fortement recommandé qu'elle soit accompagnée par un médecin ou un spécialiste en allaitement⁵⁶.

Dans le but de réduire les risques d'exposition du nourrisson aux drogues, cet accompagnement permettra d'évaluer la situation particulière de la mère, puisque le temps d'élimination des drogues varie selon le type de drogue et la dose consommée.

La prise de méthadone est possible en période d'allaitement⁵¹. En effet, plusieurs recherches ont démontré que la quantité de méthadone transmise dans le lait maternel est très infime par rapport à la dose reçue par la mère. De plus, aucun effet indésirable à court ou à long terme n'a été rapporté chez les enfants exposés à ce produit par le lait maternel⁴⁷. L'allaitement permet d'ailleurs d'atténuer l'intensité des symptômes de sevrage chez le nouveau-né exposé à la méthadone pendant la grossesse⁶⁰.

Pour de plus amples renseignements sur les effets des drogues pendant l'allaitement, les professionnels peuvent contacter le Centre IMAGE du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (voir la section *Ressources et liens utiles*).

Diriger vers des ressources

La grossesse peut constituer un levier de changement pour certaines femmes et représenter une fenêtre d'opportunité pour l'intervention. En effet, les préoccupations de la future mère pour son bébé à naître sont souvent une source de motivation pour cesser sa consommation de drogues.

Toutefois, parmi l'ensemble des femmes enceintes qui consomment, certaines manifestent des difficultés à cesser leur consommation, présentent des problèmes de dépendance ou de toxicomanie ou ont besoin d'un sevrage médical.

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

Les femmes enceintes qui consomment de l'héroïne représentent une clientèle prioritaire pour le traitement de substitution à la méthadone⁵¹. Ce type de traitement doit être amorcé par un centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et autres toxicomanes (CRPAT).

Par ailleurs, l'intervention offerte doit cibler non seulement l'utilisation même de la substance, mais aussi les difficultés sous-jacentes à la consommation^{4, 5}. Un accompagnement psychosocial peut être parallèlement offert aux femmes qui ont recours aux drogues pour gérer des difficultés psychosociales ou des troubles mentaux, ou encore à celles qui manifestent des difficultés à s'adapter à leur rôle de nouvelle mère.

Messages clés à transmettre aux futurs parents

Voici les principaux messages de santé à transmettre à tous les futurs parents, selon un consensus basé sur la recherche scientifique et la pratique professionnelle. Il est à noter que cette section ne constitue pas un résumé de la fiche.

Les messages sont formulés de façon à s'adresser directement aux futurs parents, que ce soit lors d'un suivi individuel ou lors d'une rencontre prénatale de groupe. Ils sont précédés d'un porte-voix et suivis d'une explication plus détaillée. En cliquant sur les mots soulignés dans le texte, vous serez dirigé vers la section de la fiche complète qui traite de ce thème.



Il est fortement recommandé de ne pas prendre de drogues durant votre grossesse.

Les drogues peuvent nuire à votre grossesse et faire du tort à la santé de votre bébé. Aucune quantité de drogues n'est sécuritaire pendant la grossesse. C'est pourquoi le fait de ne pas consommer de drogues du tout pendant que vous êtes enceinte est mieux pour la santé de votre bébé.



Nous vous encourageons à demander de l'aide si vous voulez arrêter ou réduire votre consommation de drogues durant votre grossesse.

Beaucoup de femmes veulent faire des changements dans leur vie quand elles se rendent compte qu'elles sont enceintes. Si vous voulez arrêter de prendre des drogues ou essayer d'en prendre moins, il y a de l'aide pour vous.

Si vous avez un conjoint, une famille ou des amis dans votre entourage qui peuvent vous aider à arrêter ou à prendre moins de drogues, tirez-en parti! Si votre conjoint consomme lui aussi, il pourrait essayer d'arrêter en même temps que vous.

Si vous avez des difficultés à arrêter, nous vous encourageons à demander l'aide de ressources spécialisées qui ont déjà aidé beaucoup de femmes enceintes aux prises avec ce genre de problèmes et qui pourront vous accompagner. Nous pouvons vous aider dans cette démarche.



Il est fortement recommandé de ne pas consommer de drogues si vous allaitez.

Si vous prenez une drogue, cette drogue se retrouve vite dans votre lait. Si votre bébé boit votre lait, il peut être exposé à la drogue, ce qui peut nuire à sa santé. Voilà pourquoi il est fortement recommandé de ne pas prendre de drogues si vous allaitez.

Si vous prenez des drogues et que vous voulez quand même allaiter, il est fortement recommandé d'en parler à votre médecin ou à un spécialiste en allaitement. Ils pourront vous aider à trouver des moyens pour qu'il y ait le moins de risques possible pour votre enfant.

Ressources et liens intéressants

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

Services de première ligne

Au Québec, les centres de santé et de services sociaux (CSSS) sont responsables de l'accès aux services de première ligne. Ils offrent des services d'intervention précoce, de détection de cas et de désintoxication externe. Ils s'assurent aussi de diriger les personnes vers les centres de services spécialisés et peuvent offrir du soutien à l'entourage. Il est donc indiqué de diriger, en premier lieu, la femme enceinte vers le CSSS de son quartier : www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/csss/

Services spécialisés de deuxième et troisième ligne

Centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (CRPAT)

Ces centres offrent des services spécialisés aux personnes qui présentent des problèmes de dépendance, parmi lesquelles les femmes enceintes, qui sont reçues en priorité : www.acrdq.qc.ca/listemembre.php

Centre des naissances du CHUM

Ce centre dispense à la population des soins généraux, spécialisés et ultraspecialisés durant les périodes pré, per et postnatales. Main dans la main est un programme d'intervention qui offre un soutien à de futurs parents ayant une consommation abusive de substances. Pour information, contactez Karine-Alexandra Lavandier : 514 890-8000, poste 35655.

Ressources régionales

Ce site présente les ressources publiques, classées par région, qui offrent des services de traitement ainsi que des ressources privées ou communautaires d'hébergement en toxicomanie certifiées par le ministère de la Santé et des Services sociaux : dependances.gouv.qc.ca/index.php?repertoire_des_ressources_dependance

Ressources pour répondre aux interrogations sur la consommation de drogues pendant la grossesse

Centre IMAGE

Ce centre d'information québécois est destiné aux professionnels de la santé et offre des renseignements sur l'innocuité et les risques liés aux drogues durant la grossesse et durant l'allaitement : 514 345-2333 ou image.chu-sainte-justine.org

Motherisk

Cet organisme répond aux questions du public et des professionnels sur les effets de l'alcool et des drogues pendant la grossesse et l'allaitement. Service en français disponible : 1 877 327-4636 ou www.motherisk.org (site en anglais).

Drogue : aide et référence

Ligne téléphonique d'information, d'écoute et d'orientation pour les personnes ayant des problèmes d'abus d'alcool ou de drogues, leur entourage ainsi que les intervenants. Service disponible 24 heures par jour et 7 jours sur 7.

Région de Montréal : 514 527-2626

Autres régions : 1 800 265-2626

www.drogue-aiderreference.qc.ca

Santé Canada

<http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-droques/index-fra.php>

Lexique

Abus :

Consommation excessive d'une substance entraînant des conséquences indésirables.

Attachement :

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

Barrière placentaire :

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

Bradycardie :

Rythme cardiaque trop bas par rapport à la normale.

Dépendance :

Envie répétée et irréprouvable de consommer une substance pour ressentir ses effets ou pour éviter l'inconfort de son absence.

Facteur de risque :

Caractéristique liée à une personne ou à son environnement qui augmente la probabilité de développer une condition ou une maladie.

Fausse couche :

Décès d'un embryon ou d'un fœtus qui survient au cours du premier trimestre de grossesse.

Léthargie :

État d'inertie totale accompagnée d'un sommeil profond et prolongé.

Méthadone :

Drogue de substitution, prescrite par un médecin dans un processus de désintoxication.

Mortinaissance :

Naissance d'un enfant mort-né.

Polyconsommation :

Usage simultané de plusieurs substances psychoactives.

Problème de santé mentale :

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

Retard de croissance intra-utérin :

Complication de la grossesse définie par une croissance insuffisante du fœtus à un âge gestationnel donné (croissance inférieure au 10^e percentile).

Sevrage :

Arrêt ou réduction de la consommation d'une substance entraînant un état de manque qui se manifeste par divers symptômes physiques.

Syndrome de mort subite du nourrisson :

Décès inexplicable et subit d'un nourrisson âgé de moins d'un an apparemment en bonne santé.

Syndrome de retrait néonatal :

Ensemble de symptômes physiques présents chez le nourrisson exposé in utero à des drogues.

Tachycardie :

Accélération du rythme cardiaque.

Toxicomanie :

Utilisation répétée et excessive de substances toxiques sans justification thérapeutique.

Trouble mental :

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

Vasoconstriction :

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

Références

1. Agence de la santé publique du Canada. (2009). *Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. Ottawa : gouvernement du Canada.
2. Djulus, J. (2007). Substances illicites. Dans Ferreira, Ema, *Grossesse et allaitement : Guide thérapeutique* (p. 149-168). Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.
3. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2008). *Results from the 2007 national survey on drug use and health : national findings*. Rockville.
4. Schempf, A. H. et Strobino, D. M. (2008). Illicit drug use and adverse birth outcomes : is it drugs or context? *Journal of Urban Health*, 85(6), 858-873.
5. Kanit, M. et collab. (2009). Cannabis et grossesse : actualités et expériences cliniques. *Annales Médico-Psychologiques*, 167, 539-540.
6. Simmat-Durand, L. (2002). Grossesse et drogues illicites. *Déviante et Société*, 26(1), 105-126.
7. Miles, M., Francis, K. et Chapman, Y. (2007). Challenges for midwives : pregnant women and illicit drug use. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 28(1), 83-90.
8. Hans, S. L. (1999). Demographic and psychosocial characteristics of substance-abusing pregnant women. *Clinics in Perinatology*, 26(1), 55-74.
9. El Marroun, H. et collab. (2008). Demographic, emotional and social determinants of cannabis use in early pregnancy : The Generation R study. *Drug and Alcohol Dependence*, 98, 218-226.
10. Goel, N. et collab. (2011). Perinatal outcome of illicit substance use in pregnancy - comparative and contemporary socio-clinical profile in the UK. *Eur J Pediatr*, 170, 199-205.
11. Van Gelder, M. et collab. (2010). Characteristics of pregnant illicit drug users and associations between cannabis use and perinatal outcome in a population-based study. *Drug and Alcohol Dependence*, 109, 243-247.
12. Massey, S. H. et collab. (2010). Association of clinical characteristics and cessation of tobacco, alcohol, and illicit drug use during pregnancy. *The American Journal on Addictions*, 20, 143-150.
13. Centre québécois de lutte aux dépendances (2006). *Drogues : savoir plus, risquer moins*. Consulté le 17 mars 2010 de www.cqld.ca/livre/fr/qc/index2.htm [en ligne].
14. Gagnon, H. (2009). *L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois*. Institut national de santé publique du Québec.
15. Léonard, L. et Ben Amar, M. (2002). *Les psychotropes : Pharmacologie et toxicomanie*, Les Presses de l'Université de Montréal.

16. Schempf, A. H. (2007). Illicit drug use and neonatal outcomes : A critical review. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 62(11), 749-757.
17. Rayburn, W. F. et Bogenschutz, M. P. (2004). Pharmacotherapy for pregnant women with addictions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 191(6), 1885-1897.
18. Gyarmathy, V. A. et collab. (2009). Drug use and pregnancy – Challenges for public health. *Eurosurveillance*, 14(9), 33-36.
19. Morissette, P., Chouinard-Thompson, A., Devault, A., Rondeau, G., et Roux, M.-E. (2008). Le partenaire de consommatrices abusives de substances psychoactives : un acteur-clé pour la sécurité et le bien-être optimal des enfants. Dans Morissette, P. et Venne, M., *Parentalité, alcool et drogues. Un défi multidisciplinaire*, (p. 195-217). Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.
20. Suchman, N. et collab. (2004). Rethinking parenting interventions for drug-dependent mothers: From behavior management to fostering emotional bonds. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 179-185.
21. Chasnoff, I. J. (1988). Drug use in pregnancy: Parameters of risk. *The Pediatric Clinics of North America*, 35(6), 1403-1412.
22. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à 1 an*. Gouvernement du Québec.
23. Briggs, G. G., Freeman, R., et Yaffe, S. J. (2008). *Drugs in pregnancy and lactation : A reference guide to fetal and neonatal risk*. (8^e éd.).
24. Noonan, K. et collab. (2007). Prenatal drug use and the production of infant health. *Health Economics*, 16(4), 361-384.
25. Brooks-Gunn, J., McCarton, C. M. et Hawley, T. (1994). Effects of in utero drug exposure on children's development: Review and recommendations. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 148, 33-39.
26. English, D. R. et collab. (1997). Maternal cannabis use and birth weight : a meta-analysis. *Addiction*, 92(11), 1553-1560.
27. Fergusson, D. M. et collab. (2002). Maternal use of cannabis and pregnancy outcome. *BJOG : an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109, 21-27.
28. Kuczkowski, K. M. (2004). Marijuana in pregnancy. *Annals Academy of Medicine*, 33(3), 336-339.
29. Addis, A. et collab. (2001). Fetal effects of cocaine : an updated meta-analysis. *Reproductive Toxicology*, 15, 341-369.
30. Briggs, G. G., Freeman, R. K., et Yaffe, S. J. (1994). Cocaine. Dans Mitchell, C. W., *Drugs in Pregnancy and Lactation* (p. 200-216). Baltimore : Williams and Wilkins.

31. Garcia-Enguidanos, A. et collab. (2002). Risk factors in miscarriage: a review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 102, 111-119.
32. Hulse, G. K. et collab. (1997). Maternal cocaine use and low birth weight newborns : a meta-analysis. *Addiction*, 92(11), 1561-1570.
33. Ministère de la Santé et des Services sociaux et S.O.S. Grossesse. (2009). *Grossesse : alcool et drogues, ce qu'il faut savoir*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (Éds).
34. Plessinger, M. A. (1998). Prenatal exposure to amphetamines : Risks and adverse outcomes in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology Clinics in North America*, 25(1), 119-138.
35. Smith, L. M. et collab. (2006). The Infant Development, Environment, and Lifestyle Study : Effects of prenatal methamphetamine exposure, polydrug exposure, and poverty on intrauterine growth. *Pediatrics*, 118(3), 1149-1156.
36. Thadani, P. V. et collab. (2004). National Institute on Drug Abuse Conference report on placental proteins, drug transport, and fetal development. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 191, 1858-1862.
37. Anthony, E. K., Austin, M. J. et Cormier, D. R. (2010). Early detection of prenatal substance exposure and the role of child welfare. *Children and Youth Services Review*, 32, 6-12.
38. Bauer, C. R. et collab. (2002). The Maternal Lifestyle Study : Drug exposure during pregnancy and short-term maternal outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186, 487-495.
39. Ackerman, J. P., Riggins, T. et Black, M. M. (2010). A review of the effects of prenatal cocaine exposure among school-aged children. *Pediatrics*, 125(3), 554-565.
40. Frank, D. A. et collab. (2011). Growth, development, and behavior in early childhood following prenatal cocaine exposure : A systematic review. *Journal of American Medical Association*, 285(12), 1613-1625.
41. Messinger, D. S. et collab. (2004). The Maternal Lifestyle Study : Cognitive, motor, and behavioral outcomes of cocaine-exposed and opiate-exposed infants through three years of age. *Pediatrics*, 113, 1677-1685.
42. Logan, D. E. et Marlatt, A. G. (2010). Harm reduction therapy : A practice-friendly review of research. *Journal of Clinical Psychology : In session*, 66(2), 201-214.
43. Comité permanent de la lutte à la toxicomanie. (1999). *Toxicomanie et réduction des méfaits*. Québec : gouvernement du Québec.
44. Venne, Marielle et Morissette, P. (2008). Ce difficile passage de toxicomane à mère : quelques éléments de compréhension. Dans Morissette, P. et Venne, M., *Parentalité, alcool et drogues. Un défi multidisciplinaire*, (p. 49-68). Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.

45. Flavin, J. (2002). A glass half full? Harm reduction among pregnant women who use cocaine. *Journal of Drug Issues*, 32(3), 973-998.
46. American Academy of Pediatrics (1998). Neonatal drug withdrawal. *Pediatrics*, 101(6), 1079-1088.
47. Perreault, E., Hébert, A., et Staco, N. (2009). Consommation, problèmes de santé et allaitement. Dans Morissette, P. et Venne, M. *Parentalité, alcool et drogues : Un défi multidisciplinaire*, (p. 69-91). Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.
48. Johnson, K., Gerada, C. et Greenough, A. (2002). Treatment of neonatal abstinence syndrome. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*, 88, F2-F5.
49. Western Australian Centre for Evidence Based Nursing & Midwifery (2007). *Management of the infant with neonatal abstinence syndrome (NAS): Literature review*. Consulté le 31 janvier 2011 de http://speciosum.curtin.edu.au/local/docs/nas/NAS_LitReview.pdf
50. Organisation mondiale de la Santé. (2004). *Neurosciences : usage de substances psychoactives et dépendance : résumé*. Genève, Suisse
51. Collège des médecins du Québec. (1999). *Utilisation de la méthadone dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés*.
52. Burns, L. et collab. (2006). Methadone in pregnancy : treatment retention and neonatal outcomes. *Addiction*, 102, 264-270.
53. Wouldes, T. A. et Woodward, L. J. (2010). Maternal methadone dose during pregnancy and infant clinical outcome. *Neurotoxicology and Teratology*, 32, 406-413.
54. Paquin, I. (2003). Le traitement de substitution avec méthadone au Québec : une mesure de santé publique en réadaptation. *Drogues, santé et société*, 2(1), 1-10.
55. Harmer, A. L. M., Sanderson, J. et Mertin, P. (1999). Influence of negative childhood experiences on psychological functioning, social support, and parenting for mothers recovering from addiction. *Child Abuse & Neglect*, 3(5), 421-433. Elsevier.
56. Garry, A. et collab. (2009). Cannabis and breastfeeding. *Journal of Toxicology*, 2009, 1-5.
57. Committee on Drugs (2001). The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics*, 108, 776-789.
58. Howard, C. R. et Lawrence, R. A. (1998). Breast-feeding and drug exposure. *Substance Abuse in Pregnancy*, 25(1), 195-217.
59. Briggs, G. G., Freeman, R. K., et Yaffe, S. J. (1994). Heroin. Dans Mitchell, C. W., *Drugs in Pregnancy and Lactation*, (p. 413-415). Baltimore : Williams and Wilkins.
60. Jansson, L. M., Velez, M. et Harrow, C. (2004). Methadone maintenance and lactation : A review of the literature and current management guidelines. *Journal of Human Lactation*, 20(1), 62-71.

Les personnes suivantes ont participé à la rédaction des fiches

Fiche	Auteure	Réviseurs externes
Deuil et décès périnatal	Alessandra Chan , conseillère scientifique, Direction du développement des individus et des communautés, INSPQ	Hélène Gagnon , conseillère scientifique Direction du développement des individus et des communautés, INSPQ Sonia Morin , agente de planification, de programmation et de recherche, Service des toxicomanies et des dépendances, ministère de la Santé et des Services sociaux Pierre Paquin , agent de planification, de programmation et de recherche, responsable de la prévention des dépendances, Direction de santé publique de la Montérégie

Le comité d'accompagnement scientifique

Un comité d'accompagnement scientifique a été mis en place afin de suivre l'ensemble des travaux. Il est présidé par l'INSPQ et composé de représentantes des organisations suivantes :

- Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec;
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec;
- Ordre des sages-femmes du Québec;
- Ordre professionnel des diététistes du Québec;
- Info-Santé;
- Association pour la santé publique du Québec;
- Ordre des pharmaciens du Québec;
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec;
- Ordre des psychologues du Québec;
- Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le comité de validation

Le contenu des fiches, une fois approuvé par le comité scientifique, est ensuite commenté par les membres du comité de validation, qui l'expérimentent aussi auprès de la clientèle. Ce comité est composé de professionnelles de la santé et des services sociaux de différentes régions, occupant les fonctions suivantes :

- Infirmière;
- Travailleuse sociale;
- Diététiste;
- Sage-femme;
- Accompagnante à la naissance.



Photo : Dominique Lafond