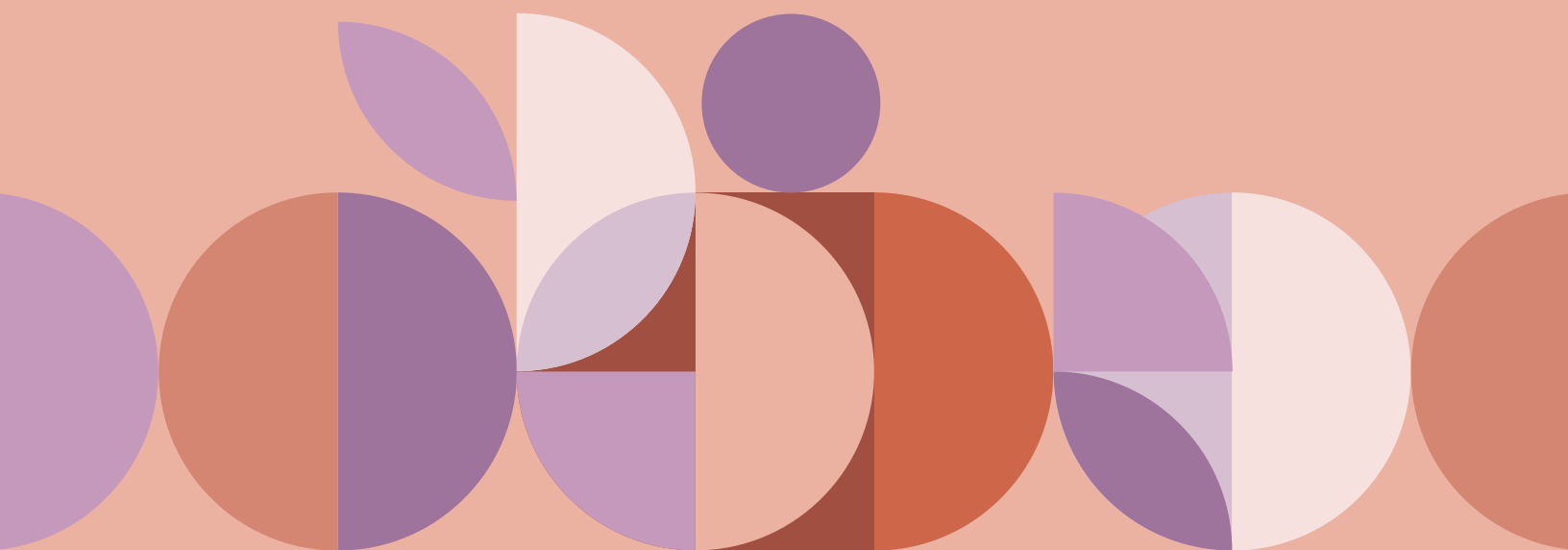


Guide clinique québécois d'accompagnement des personnes qui utilisent des substances psychoactives en contexte de périnatalité



**L'Équipe de soutien
clinique et organisationnel**
en dépendance et itinérance

Québec 



Guide clinique québécois d'accompagnement des personnes qui utilisent des substances psychoactives en contexte de périnatalité

Production du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

En collaboration avec le Centre d'expertise périnatal et familial en toxicomanie Rond-Point,
l'Institut universitaire sur les dépendances et le Centre IMAGE

Le **Guide clinique québécois d'accompagnement des personnes qui utilisent des substances psychoactives en contexte de périnatalité** est une production du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

110, rue Prince-Arthur Ouest
Montréal (Québec) H2X 1S7
ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca

CRÉDITS AUTEURS ET COLLABORATEURS

SOUS LA DIRECTION DE

D^{re} Marie-Ève Goyer, MD, MSc, CCMF (MT), Directrice scientifique, Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, cheffe adjointe des programmes spécifiques CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et professeure agrégée de clinique, département de médecine familiale et médecine d'urgence, Université de Montréal

COORDINATION

Karine Hudon, coordonnatrice, Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

RÉDACTION DU GUIDE

Léonie Archambault, PhD, chercheuse d'établissement, Institut universitaire sur les dépendances, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Sophia Dobischok, MSc, professionnelle de recherche, Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

D^{re} Marie-Ève Goyer, MD, MSc, CCMF (MT), Directrice scientifique, Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, cheffe adjointe des programmes spécifiques CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et professeure agrégée de clinique, département de médecine familiale et médecine d'urgence, Université de Montréal

Karine Hudon, coordonnatrice, Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Brigitte Martin, B.Pharm., M.Sc., pharmacienne responsable du Centre IMAGE (Info-Médicaments en Allaitement et Grossesse) du CHU Sainte-Justine, pharmacienne en néonatalogie au CHU Sainte-Justine, clinicienne associée, Faculté de pharmacie, Université de Montréal

Anne-Marie Mecteau, agente de relations humaines, Programme Rond-Point, Direction des programmes santé mentale et dépendance, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

D^{re} Maya Nader, MD, CCMF (MT), MPH, Directrice médicale, Programme Rond-Point, Centre d'expertise en toxicomanie et périnatalité; Médecin-conseil de l'ESCODI; Médecin au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et Professeure adjointe de clinique, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal

COMITÉ DE CONSULTATION

D^{re} Wissal Ben Jmaa, MD. Cheffe de service de Néonatalogie, CHUM, chercheuse clinicienne, CRCHUM et Professeure adjointe de clinique, Université de Montréal

Nathalie Bisson, Sage-femme, B.Sc. B.Sc., Cheffe de département clinique des sages-femmes, Direction du Programme Jeunesse et Direction des services professionnels et affaires médicales universitaires, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Deisy Bustillo-Dominguez, infirmière clinicienne, Programme Rond-Point et Programme SIPPE et Santé parentale infantile, Direction programme Jeunesse - Continuum en périnatalité, Famille-Enfance-Jeunesse, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

D^r Louis-Xavier D'Aoust, MD, CCMF, FCMF, médecin de famille, Directeur médical et des services professionnels adjoint, Direction des services professionnels et affaires médicales universitaires, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et professeur adjoint de clinique, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal

Michael Dionne, Adjoint-Clinique- DPJ Évaluation/Orientation Ouest, Direction de la Protection de la Jeunesse, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Isabelle Dubé, Dt.P., B.Sc. Nutritionniste-Diététiste et Doula, Alima

D^{re} Claude-Émilie Jacob, Gynécologie-obstétrique, Médecine foeto-maternelle, CHUM et Professeure adjointe, Département d'obstétrique-gynécologie, Faculté de médecine, Université de Montréal

Carolane Larocque, T.S Conseillère en éthique, Direction adjointe Qualité, risque et éthique, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

D^{re} Anne Lavoie, MD, cheffe anesthésiologie obstétricale CHUM, Professeure adjointe de clinique Département d'anesthésiologie, Faculté de médecine, Université de Montréal

Jean-Nicolas Proulx, TS, M.Sc. Coordonnateur clinique psychiatrie, programme mère-enfant et projet de recherche de psychothérapie assistée par la kétamine, Service Social, DSM, CHUM

D^{re} Yasmine Ratnani, MD FRCPC. Pédiatre, CIUSSS centre-sud-de-l'Île-de-Montréal et CHUM, et professeure adjointe de clinique, Département de pédiatrie, Faculté de médecine, Université de Montréal.

Carolyne Ricard, TS, Programme Rond-Point, Direction programme Jeunesse - Continuum en périnatalité, Famille-Enfance-Jeunesse. Programme SIPPE et Santé parentale infantile, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

D^{re} Annie Trépanier, M.D., B.Sc., FRCPC, Psychiatre, Service de psychiatrie des toxicomanies, CHUM (validation spécifique des sections 3.1, 4.3.3 et 6.5)

D^{re} Andréanne Wassef, MD, MSc.HSEd, FRCPC, psychiatre, Département de psychiatrie et d'addictologie, CHUM, professeure adjointe de clinique du Département de psychiatrie et d'addictologie de l'Université de Montréal

ORDRES PROFESSIONNELS ET REGROUPEMENTS CONSULTÉS

Collège des médecins du Québec (CMQ) – D^{re} Nathalie Duchesne

La Maison Bleue – Marie-Christine Harguindeguy-Lincourt et Amélie Sigouin

Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) – Michel Caron

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) – Sarah St-Georges

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) – Nancy Proulx

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) – Mathieu Corbeil

Ordre des Sages-Femmes du Québec (OSFQ) – Luce Pinard

RÉVISION LINGUISTIQUE

Denise Babin Communication

Marie-Josée Dion, agente d'information, Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

GRAPHISME

Annie St-Amant

REMERCIEMENTS

L'ESCODI tient à remercier les 19 professionnelles provenant de quatre régions du Québec et œuvrant en soins et services périnataux, qui ont contribué au projet en partageant leurs réalités et leurs besoins en matière de soutien clinique. Leurs apports ont permis de documenter les enjeux rencontrés dans un contexte d'usage de substances psychoactives au sein des familles accompagnées. Cette contribution a orienté l'ensemble des travaux ayant mené à l'élaboration du présent guide.

Il convient également de souligner le soutien précieux des parents qui ont bien voulu prendre le temps de valider le contenu du guide. Un merci tout particulier à Tattiana Paré, à Alicia Monette, à Sabrina Bouchard St-Cyr, à Laurie Ouellet-Beké et à Oceanna Guennette.

Il convient enfin de souligner les contributions formulées lors de la lecture du document final par :

D^{re} Zoé Brabant, responsable médicale, service Périnatalité Enfance Famille et Communautés, Direction régionale de santé publique, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Selma Buckett, consultante en lactation IBCLC, Alima

Catherine Labelle, consultante en lactation IBCLC et nutritionniste, Alima

Suzanne Lepage, coordinatrice des pratiques en nutrition sociale périnatale et nutritionniste, Alima.

L'ESCODI remercie également Amélie Guay, infirmière clinicienne en pratique avancée – périnatalité, de la Direction des soins infirmiers (DSI) du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, pour l'aide qu'elle a apportée afin de permettre l'accès aux formulaires élaborés par son établissement.

FINANCEMENT

Les travaux ont pu être réalisés grâce à un financement de la Direction des services en dépendance et en itinérance du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

NOTES

L'ESCODI privilégie l'écriture épiciène et les formulations neutres (par exemple, « les membres du personnel ») par souci d'accessibilité et d'inclusivité. Ce langage inclusif vise à représenter toutes les personnes qui utiliseront l'outil, dont les femmes, les personnes trans et les personnes non binaires. Nous avons conscience que ce langage peut ne pas représenter la réalité de toutes les personnes concernées. Nous avons fait ces choix en 2025 en reconnaissant que le langage est en constante évolution.

Ce document se fonde sur des valeurs qui s'appliquent à des personnes de toutes origines ethniques, culturelles et religieuses; de toutes orientations sexuelles et identités de genre; de tous milieux socioéconomiques; de tous âges et de toutes conditions de santé; sans exception et sans discrimination.

L'ESCODI est basée en territoires autochtones, lesquels n'ont jamais été cédés. Nous tenons à prendre un moment pour reconnaître la nation kanien'kehá:ka comme gardienne des eaux et des terres sur lesquelles l'ESCODI se trouve physiquement. [Tiohtiá:ke / Montréal est historiquement connu comme un lieu de rassemblement pour de nombreuses Premières Nations](#). Aujourd'hui, une population autochtone diversifiée, ainsi que d'autres peuples, y résident. L'ESCODI a aussi des membres habitant et travaillant partout au Québec. Dans ce contexte, il est important pour nous d'également reconnaître le territoire des 11 Nations autochtones du Québec. Pour en apprendre plus, nous vous invitons à [consulter cette carte avec les noms en langue autochtone de toutes les communautés autochtones du Québec](#).

Militant pour la justice sociale, l'ESCODI ne perd jamais de vue les conséquences passées et actuelles du colonialisme. Dans le respect des liens avec le passé, le présent et l'avenir, nous reconnaissons les relations continues entre les peuples autochtones et les autres membres de la communauté québécoise, et nous encourageons tout le monde à reconnaître le territoire non cédé qu'il habite. Nous vous invitons à en apprendre davantage sur l'histoire des territoires ancestraux du Canada en consultant notamment le site de la [Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador](#).

MISE EN GARDE

Ce guide s'appuie sur des lignes directrices récentes ainsi que sur la littérature grise et scientifique pertinente. Sa rédaction a été soutenue par un comité d'experts cliniques, des ordres professionnels québécois, des regroupements provinciaux et un comité de personnes possédant un savoir expérientiel. Enfin, les résultats d'un projet de recherche, « Usage de substances et périnatalité : Perspectives théoriques, cliniques et expérientielles pour soutenir la réduction des méfaits », réalisé parallèlement au développement du présent guide, en soutiennent la démarche. Il vise à soutenir le personnel clinicien dans sa pratique quotidienne. Ce guide n'est toutefois pas prescriptif, et ses auteurs ne peuvent être tenus responsables de la pratique clinique des membres du personnel. Ces derniers ont la responsabilité d'être qualifiés et formés adéquatement. Ils doivent offrir des soins et des services selon leur jugement clinique, leur champ d'exercice et dans le respect des normes professionnelles et du code de déontologie auxquels ils sont assujettis.

POUR NOUS JOINDRE

L'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance

Courriel : escodi.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca

Site web : dependanceitinérance.ca

Dépôt lgal — 2^e trimestre 2026
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN 978-2-555-03917-9 (PDF)

© Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, CIUSSS CSMTL, 2026
La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.
Pour tout commentaire concernant ce guide : escodi.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca

Pour citer ce document

Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance (ESCODI) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL). Guide clinique québécois d'accompagnement des personnes qui utilisent des substances psychoactives en contexte de périnatalité. Montréal, Qc: CCSMTL; 2026. 150 p.

Auditoire cible

L'ensemble du personnel du réseau de la santé et des services sociaux peut être concerné à différents degrés par l'usage de substances psychoactives (SPA) en contexte de périnatalité. À cet égard, les approches cliniques et les philosophies de services proposées dans ce guide sont utiles et pertinentes pour l'ensemble du personnel clinicien et tous les gestionnaires du continuum de soins et de services en santé.

Ce guide a été rédigé pour les **équipes interdisciplinaires de soins périnataux généraux** qui souhaitent développer leur offre de services en lien avec l'usage de SPA. Il vise à leur fournir des outils et des stratégies cliniques pour accompagner les personnes qui utilisent des SPA ou qui présentent des troubles liés à l'utilisation de SPA en contexte de périnatalité.

Table des matières

Introduction	2
Méthode de conception du guide	3
Chapitre 1 : Philosophie et principes d'intervention	7
1.1 Favoriser l'alliance thérapeutique	7
1.2 Utiliser une approche tenant compte des traumatismes et de la violence	9
1.3 Prendre en compte les caractéristiques culturelles	12
1.4 Encourager la réduction des risques	14
1.5 Soutenir la prise de décision partagée	16
1.6 Philosophie et principes d'intervention : aide-mémoire	17
Chapitre 2 : Accueillir, écouter et réaliser une évaluation adaptée	19
2.1 Dépister ou repérer et détecter l'usage de substances psychoactives en situation de grossesse	19
2.2 Diagnostiquer les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives	23
2.3 Évaluer la situation clinique de la personne enceinte qui utilise des SPA	24
2.4 Documenter la situation psychosociale de la personne enceinte qui utilise des SPA	26
2.5 Documenter les besoins immédiats de la personne enceinte qui utilise des SPA	28
2.6 Explorer, informer et susciter la réflexion de la personne qui utilise des SPA	29
2.7 Accompagner la personne qui se questionne par rapport à sa grossesse	32
2.8 Accueillir, écouter et réaliser une évaluation adaptée : aide-mémoire	33
Chapitre 3 : Accompagner et planifier durant la grossesse	35
3.1 Assurer un plan de soutien pour les situations de vulnérabilité	35
3.1.1 Soutenir la réponse aux besoins de base	35
3.1.2 Intervenir en contexte de violence conjugale	36
3.1.3 Assurer le suivi de la santé mentale	37
3.2 Travailler en collaboration pour maintenir le lien parent-enfant	38
3.2.1 Appuyer le développement de l'identité parentale et du lien d'attachement	39
3.2.2 Mettre en place des conditions de vie favorisant le maintien de l'enfant dans son milieu familial naturel	40
3.3 Prévoir un plan de naissance	40
3.4 Prévoir un plan d'accouchement	42

3.5	Prévoir un plan de gestion de la douleur, en particulier pour les personnes qui utilisent des opioïdes	42
3.6	Soutenir la personne dont le suivi de grossesse débute tardivement	44
3.7	Réfléchir aux options d'alimentation du nourrisson	45
3.7.1	Offrir d'autres options d'alimentation	46
3.7.2	Planifier l'alimentation en cas de séparation de la dyade parent-enfant	47
3.8	Réfléchir à la contraception post-partum	47
3.9	Préparer les parents à prendre soin du nourrisson à risque de syndrome de sevrage néonatal ..	48
3.10	Accompagner et planifier durant la grossesse : aide-mémoire	49

Chapitre 4 : Traiter le sevrage et les troubles liés à l'utilisation de SPA durant la grossesse et l'allaitement

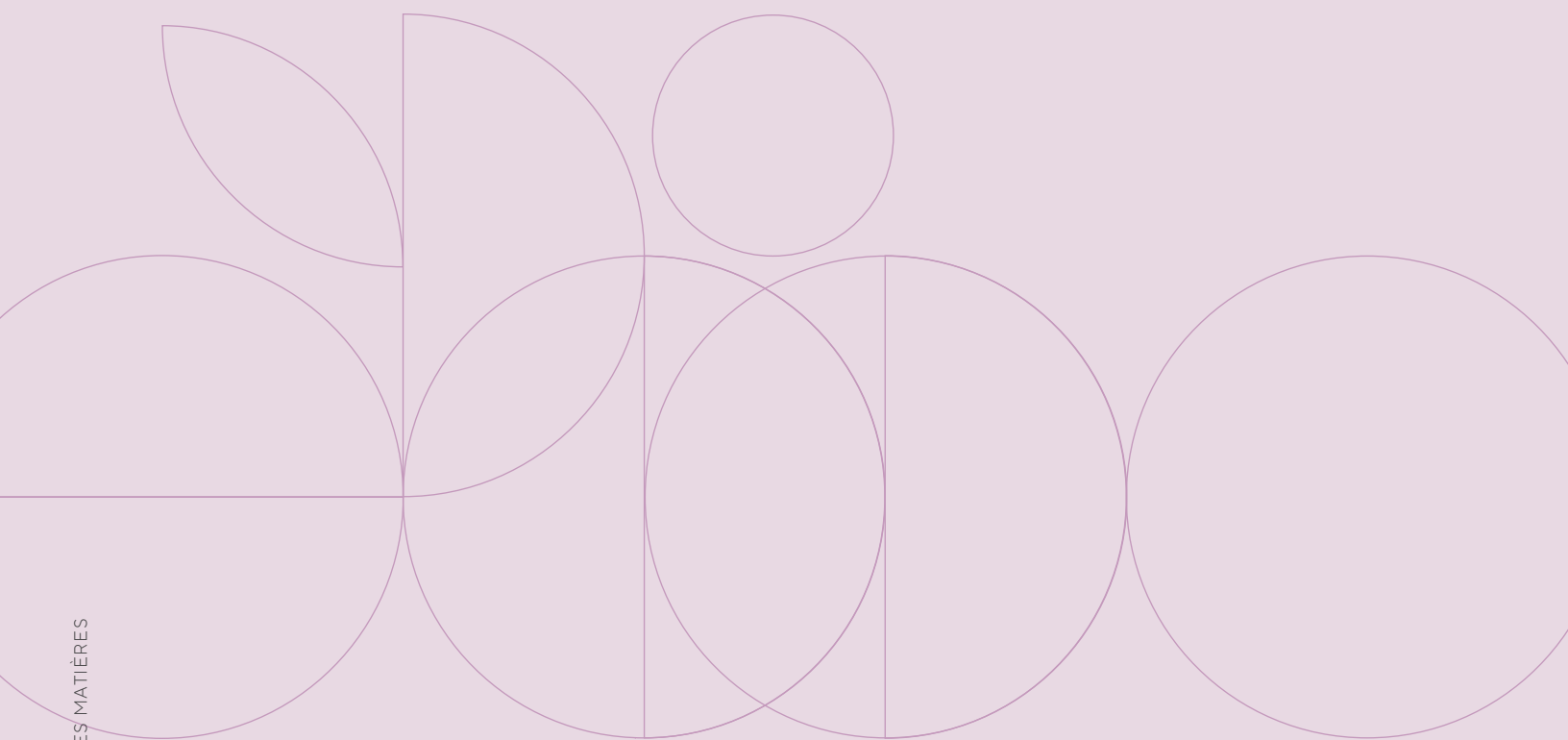
51

4.1	Trouble lié à l'utilisation d'alcool (TUA)	54
4.1.1	Informer sur les risques liés à l'utilisation d'alcool durant la grossesse et l'allaitement ...	54
4.1.2	Gérer le sevrage d'alcool durant la grossesse	54
4.1.3	Gérer le sevrage d'alcool durant l'allaitement	61
4.1.4	Traiter le trouble lié à l'utilisation d'alcool (prévention de la rechute) durant la grossesse	62
4.1.5	Traiter le trouble lié à l'utilisation d'alcool (prévention de la rechute) durant l'allaitement	66
4.2	Trouble lié à l'utilisation d'opioïdes	67
4.2.1	Informer sur les risques liés au trouble lié à l'utilisation d'opioïdes durant la grossesse et l'allaitement	67
4.2.2	Gérer le sevrage d'opioïdes durant la grossesse	68
4.2.3	Traiter le trouble lié à l'utilisation d'opioïdes durant la grossesse	69
4.2.4	Choisir un traitement par agonistes opioïdes durant la grossesse	69
4.2.5	Traiter le trouble lié à l'utilisation d'opioïdes durant l'allaitement	77
4.2.6	Envisager un approvisionnement plus sécuritaire pour la personne enceinte dans une perspective de réduction des risques	78
4.2.7	Intervenir en cas de surdose d'opioïdes durant la grossesse	78
4.3	Trouble lié à l'utilisation du tabac	79
4.3.1	Informer sur les risques liés au trouble de l'usage du tabac durant la grossesse et l'allaitement	79
4.3.2	Traiter le trouble lié à l'utilisation du tabac durant la grossesse	80

4.3.3	Particularités liées aux personnes qui reçoivent un traitement antipsychotique	86
4.3.4	Particularités liées à la cigarette électronique (vapotage)	86
4.3.5	Traiter le trouble lié à l'utilisation du tabac durant l'allaitement	87
4.4	Trouble lié à l'utilisation du cannabis	88
4.4.1	Informé sur les risques liés au trouble de l'usage du cannabis durant la grossesse et l'allaitement	88
4.4.2	Gérer le sevrage du cannabis durant la grossesse	88
4.4.3	Traiter le trouble lié à l'utilisation du cannabis durant la grossesse	89
4.4.4	Traiter le syndrome d'hyperémèse cannabinoïde	89
4.4.5	Particularités liées au trouble d'usage du cannabis durant d'allaitement	90
4.4.6	Particularités liées au tabagisme en contexte de trouble lié à l'utilisation du cannabis ..	91
4.5	Trouble lié à l'utilisation de stimulants	91
4.5.1	Informé sur les risques liés à l'utilisation de stimulants durant la grossesse et l'allaitement	91
4.5.2	Gérer l'intoxication aiguë aux stimulants	92
4.5.3	Gérer le sevrage de stimulants durant la grossesse	92
4.5.4	Traiter le trouble lié à l'utilisation de stimulants durant la grossesse	93
4.5.5	Gérer le trouble lié à l'utilisation de stimulants durant l'allaitement	94
4.6	Trouble lié à l'utilisation de benzodiazépines (incluant les agonistes des récepteurs des benzodiazépines)	96
4.6.1	Informé sur les risques liés à l'utilisation de benzodiazépines durant la grossesse et l'allaitement	96
4.6.2	Gérer le sevrage de benzodiazépines durant la grossesse	97
4.6.3	Traiter le trouble lié à l'utilisation de benzodiazépines durant la grossesse et l'allaitement	97
4.7	Trouble lié à l'utilisation de GHB	98
4.7.1	Informé sur les risques liés à l'utilisation de GHB durant la grossesse et l'allaitement ...	98
4.7.2	Gérer le sevrage du GHB durant la grossesse	98
4.7.3	Traiter le trouble lié à l'utilisation du GHB durant la grossesse et l'allaitement	98
4.8	Traiter le sevrage et les troubles liés à l'utilisation de SPA durant la grossesse et l'allaitement : aide-mémoire	99

Chapitre 5 : Assurer la continuité des soins lors de l'accouchement	102
5.1 Assurer la continuité relationnelle	102
5.2 Privilégier une approche tenant compte des traumatismes et de la violence durant l'accouchement	103
5.3 Assurer la continuité des soins lors de l'accouchement : aide-mémoire	105
Chapitre 6 : Accompagner les parents après l'accouchement	107
6.1 Gérer la douleur après l'accouchement	107
6.2 Favoriser la cohabitation du parent et du bébé à l'hôpital	108
6.3 Respecter et soutenir les modalités d'alimentation choisies par le parent	110
6.4 Planifier la sécurité et la réduction des risques liés à l'utilisation de SPA	110
6.5 Assurer le suivi de la santé mentale en post-partum	111
6.6 Soutenir le rôle parental	112
6.6.1 Favoriser l'attachement sécurisant et les compétences parentales	112
6.6.2 Soutenir la parentalité au Québec	113
6.7 Évaluer la nécessité de faire un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse	114
6.8 Accompagner les parents à qui les services de protection de la jeunesse ont retiré la garde de leur enfant	117
6.9 Accompagner les parents après l'accouchement : aide-mémoire	119
Chapitre 7 : Réaliser le suivi néonatal	121
7.1 Reconnaître et gérer le syndrome de sevrage néonatal	121
7.1.1 Reconnaître les symptômes de sevrage néonatal	121
7.1.2 Évaluer les symptômes de sevrage néonatal	124
7.1.3 Gérer les symptômes de sevrage néonatal aux opioïdes (stratégies non pharmacologiques)	125
7.1.4 Gérer les symptômes de sevrage néonatal aux opioïdes (stratégies pharmacologiques)	126
7.1.5 Gérer les symptômes de sevrage néonatal aux substances non opioïdes (stratégies pharmacologiques)	130
7.1.6 Assurer la sécurité du congé du nouveau-né ayant présenté un syndrome de sevrage néonatal	130
7.2 Dépister et traiter les ITSS chez le nouveau-né	131
7.3 Réaliser le suivi néonatal : aide-mémoire	132

Chapitre 8 : Travailler en collaboration interdisciplinaire et intersectorielle	134
8.1 Partager les rôles et les responsabilités en contexte d'usage périnatal de SPA	134
8.2 Favoriser des modèles de services intégrés	135
8.3 Travailler en collaboration interdisciplinaire et intersectorielle : aide-mémoire	136
Conclusion	138
Références	139



Introduction et méthode de conception du guide

Introduction

L'usage de substances psychoactives (SPA) en contexte périnatal comporte des risques pour le parent, pour la grossesse et pour l'enfant. Au Canada, 18 % des personnes de 25 à 44 ans ayant déjà consommé de l'alcool et ayant accouché au cours des cinq dernières années rapportent avoir bu de l'alcool durant leur grossesse¹. Chez celles qui ont déjà consommé du cannabis, 5 % déclarent en avoir utilisé durant leur grossesse¹. Selon des données américaines, l'usage de SPA illégales durant la grossesse peut être estimé à 5,9 %². Et en ce qui concerne plus précisément les troubles liés à l'utilisation de SPA chez les personnes enceintes, la prévalence serait de 2,7 %³.

La période périnatale constitue une occasion d'offrir des soins et des services en dépendance aux personnes présentant des difficultés liées à l'usage de SPA. Plusieurs sources de motivation caractérisent cette période, notamment la volonté du parent de favoriser la santé de l'enfant⁴.

Le **Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028** du ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement du Québec propose des mesures visant à renforcer le pouvoir d'agir des familles, à optimiser l'offre de soins et de services, à appuyer les membres du personnel et à développer des outils pour soutenir l'organisation des services⁵.

Plus particulièrement, l'objectif 1.3.8 implique de « Sensibiliser et informer les parents et futurs parents sur les répercussions de leur consommation de produits du tabac et de vapotage, d'alcool, de cannabis et d'autres substances psychoactives pendant la période périnatale et de la petite enfance et soutenir les parents vivant des difficultés liées à leur consommation »¹.

De plus, le **Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028** invite à prioriser les personnes enceintes, les parents de jeunes enfants, ainsi que leur conjoint ou conjointe sur le plan de la prévention et de l'évaluation spécialisée en dépendance. Plus spécifiquement, la mesure 1.1.3 vise à diffuser de l'information sur les risques liés à la consommation de SPA durant la grossesse et l'allaitement. La mesure 1.2.2, elle, a pour objectif de « Mettre en œuvre un programme de prévention auprès des jeunes enfants de parents qui reçoivent des services de réadaptation en dépendance »⁶.

En cohérence avec ces plans d'action, le « Guide clinique québécois d'accompagnement des personnes qui utilisent des substances psychoactives en contexte de périnatalité » est un outil d'accompagnement destiné au personnel clinicien et aux gestionnaires qui interviennent auprès de personnes utilisant des SPA en contexte de périnatalité, afin de favoriser l'accès à une offre de services caractérisée par la proximité géographique, la continuité des suivis et la cohérence des pratiques sur l'ensemble du territoire québécois.

Méthode utilisée pour concevoir le guide

Ce guide d'orientation porte sur l'**accompagnement interdisciplinaire** des personnes qui utilisent des substances psychoactives en contexte de périnatalité.

Ce guide poursuit les trois objectifs suivants :

- ▶ Rassembler les recommandations cliniques les plus à jour en matière d'accompagnement interdisciplinaire des personnes qui utilisent des SPA en contexte de périnatalité.
- ▶ Contextualiser les recommandations en fonction de l'organisation des services et des normes de pratiques professionnelles québécoises.
- ▶ Proposer des outils et des stratégies cliniques pour soutenir la mise en œuvre des recommandations.

Afin d'atteindre ces objectifs, le guide mobilise de récentes lignes directrices ainsi que la littérature grise et scientifique pertinente. Il a profité du soutien d'un comité d'experts cliniques, d'ordres professionnels, de regroupements provinciaux et d'un comité de personnes possédant un savoir expérientiel. Enfin, les résultats d'un projet de recherche, « Usage de substances et périnatalité : Perspectives théoriques, cliniques et expérientielles pour soutenir la réduction des méfaits », réalisé parallèlement au développement du guide, en soutiennent la démarche.

Les lignes directrices récentes, la littérature grise et la littérature scientifique

Les renseignements contenus dans ce guide s'appuient sur des données, des recommandations et des lignes directrices provenant de sources officielles comme l'American College of Obstetricians and Gynecologists, l'American Academy of Pediatrics, le British Columbia Centre on Substance Use, le Canadian Paediatric Society, le Centre of Excellence for Women's Health, l'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, la National Harm Reduction Coalition & Academy of Perinatal Harm Reduction, l'American Society of Addiction Medicine, l'Academy of Breastfeeding Medicine et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. De la littérature grise et des articles scientifiques ont aussi servi à bonifier le contenu du guide. La liste exhaustive de ces documents peut être consultée dans la section **Références**.

Le comité de consultation

Le comité de consultation, dont font partie les auteures, réunit 21 personnes, spécialistes en périnatalité ou en dépendance.

Le rôle du comité de consultation comporte trois volets :

- ▶ Conseiller l'équipe de rédaction dans le développement du contenu du guide (sources d'information, enjeux, orientations, thèmes).
- ▶ Réviser et valider l'ensemble du guide (ou les sections pertinentes).
- ▶ Soutenir la diffusion du guide dans les milieux cliniques.

Les membres ont ainsi validé le contenu du guide en fonction de leurs expertises propres, et ce, avant sa publication.

Les ordres professionnels et les regroupements

Les ordres professionnels et les regroupements suivants ont été consultés au cours de la préparation du guide : Collège des médecins du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, Ordre des Sages-Femmes du Québec et La Maison Bleue.

Le rôle des ordres et des regroupements a été double :

- ▶ Orienter le développement du présent guide.
- ▶ Valider les aspects relevant de leurs compétences afin d'assurer la cohérence entre le contenu du guide et les normes de pratiques pour les professionnel-le-s du Québec.

Les représentants de ces ordres et regroupements ont validé le contenu du guide en fonction de leurs expertises propres, et ce, avant sa publication.

Le comité de personnes possédant un savoir expérientiel

Le contenu du guide a été présenté à cinq personnes ayant un savoir expérientiel lié à l'utilisation de substances en contexte de périnatalité. Nous avons ainsi voulu nous assurer de la représentation de leur point de vue et de leur expérience dans le guide.

La consultation de professionnelles concernant les besoins de soutien clinique

Dix-neuf professionnelles œuvrant en soins et services périnataux dans quatre régions du Québec ont été consultées en début de projet. Une rencontre d'une durée de 90 minutes a permis de recueillir leurs besoins en matière de soutien clinique pour l'accompagnement

des personnes qui utilisent des substances en contexte de périnatalité. Cette consultation a permis d'orienter l'ensemble des travaux ayant mené à l'élaboration du présent guide.

Les résultats d'une recherche menée par les auteures

Un projet de recherche intitulé « Usage de substances et périnatalité : Perspectives théoriques, cliniques et expérientielles pour soutenir la réduction des méfaits » a été mené parallèlement au développement du guide. Ce projet visait notamment les objectifs suivants :

- ▶ Documenter les pratiques cliniques soutenues par des données probantes pour l'accompagnement des personnes qui utilisent des substances en contexte de périnatalité.
- ▶ Décrire les pratiques développées par les membres du Centre d'expertise périnatal et familial en toxicomanie Rond-Point.
- ▶ Comprendre le vécu parental et les besoins de services des parents qui utilisent les services de Rond-Point.

Les résultats de la recherche permettent de valoriser les savoirs cliniques et expérientiels pour soutenir l'accompagnement des personnes qui utilisent des substances en contexte de périnatalité, et ce, dans une perspective de réduction des risques.

Chapitre 1

Philosophie et principes d'intervention

1. Philosophie et principes d'intervention

1.1 Favoriser l'alliance thérapeutique

De nombreuses études ont montré que la qualité de la relation thérapeutique a une influence sur l'efficacité des traitements physiques et psychologiques⁷.

Les éléments qui favorisent la qualité d'une relation thérapeutique s'articulent notamment autour d'une compréhension commune des objectifs du traitement et des actions à accomplir pour les atteindre, de la création du lien entre les membres de l'équipe clinique et la personne ainsi que de la compassion de l'équipe envers la personne^{7,8}. Une approche non punitive est donc privilégiée pour favoriser l'alliance thérapeutique¹.

Dès la première rencontre entre la personne enceinte et les membres de son équipe, il est possible de jeter les bases d'une relation fondée sur la confiance et la collaboration. Le personnel clinique peut notamment mettre d'emblée en relief son rôle et ses obligations. Il peut informer la personne que **l'usage de SPA, en lui seul, ne constitue pas un motif de signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)**¹⁰⁰, bien que l'usage de ces substances puisse avoir certaines conséquences sur le fonctionnement et la santé.

Les attitudes et stratégies suivantes peuvent contribuer à favoriser l'alliance thérapeutique¹¹, à réduire les barrières émotionnelles et à bâtir la confiance entre la personne enceinte et le personnel clinique¹²:

- ▶ Écoute bienveillante : offrir un espace attentif à l'expression du vécu et des émotions¹².
- ▶ Non-jugement : être attentionné et chaleureux¹².
- ▶ Engagement soutenant : valoriser les accomplissements et favoriser l'autonomie¹².
- ▶ Soutien à la régulation des émotions : offrir de la rétroaction et des stratégies pour aider à réguler les émotions¹² (p. ex. : outil de la **Fenêtre de tolérance** de l'ESCODI).
- ▶ Attention flexible aux besoins immédiats : utiliser une approche centrée sur la personne afin de répondre aux situations jugées prioritaires par la personne enceinte¹².
- ▶ Favoriser la réciprocité (i.e. les membres de l'équipe et la personne en traitement sont des partenaires égaux) et la collaboration (p. ex. : travailler ensemble pour définir les objectifs de traitement)¹¹.
- ▶ Être flexible et réceptif¹¹.
- ▶ Offrir de la rétroaction¹¹.
- ▶ Réparer les ruptures thérapeutiques (p. ex. : reconnaître les malentendus et en discuter)¹¹.
- ▶ Composer avec les émotions négatives (p. ex. : pratiquer l'introspection et éviter les contre-transferts)¹¹.

Utiliser un langage respectueux et centré sur la personne peut aussi contribuer à renforcer l’alliance thérapeutique¹³. L’encadré ci-dessous propose quelques exemples permettant l’adoption d’un langage non stigmatisant.

Encadré 1. Des exemples de langage non stigmatisant

Remplacer ceci...	→ Par cela!
Patient	→ Personne ou parent
Toxicomane, junky, addict, consommateur	→ Personne qui utilise des substances psychoactives.
Abus de drogue Consommation problématique	→ Trouble lié à l’utilisation de substances psychoactives
Nouveau-né dépendant	→ Nouveau-né exposé aux substances psychoactives Nouveau-né présentant des symptômes de sevrage
Ce patient est difficile.	→ Je trouve cela difficile d’accompagner cette personne.
Personne qui ne veut pas s’aider, qui n’est pas assez motivée.	→ Qu’est-ce qu’on peut faire pour diminuer les barrières d’accès pour cette personne?
Tu seras exclu de nos services si tu ne te plies pas aux règles.	→ Est-ce que quelqu’un vous a expliqué les règles pour bien vivre ensemble dans le programme? Est-ce qu’il y a des éléments dont nous devons discuter ensemble pour que tout se passe bien pour vous ici?
Si vous n’êtes pas content avec notre proposition de traitement, vous pouvez aller ailleurs.	→ Comment trouver un compromis acceptable pour nous deux?
Vous devez signer un contrat pour avoir un service avec nous.	→ Voici ce à quoi on s’engage à vous offrir et ce à quoi on s’attend de votre part. Est-ce que cela vous convient et avez-vous des choses à ajouter?
Exemples inspirés de NHRC & APHR (2022) ¹⁴ , NADA & NUUA (s.d.) ¹⁵ , Santé Canada (2022) ¹⁶ et ESCODI (2025) ¹⁷	

Perspective de parent

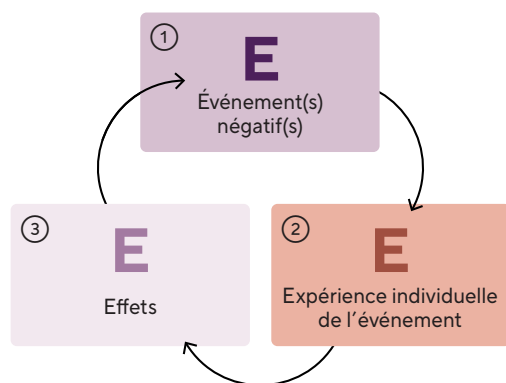
La relation, c’est la base. C’est la meilleure chose. Il peut être difficile pour les personnes qui n’ont jamais consommé de ne pas avoir de jugement. Mais s’il n’y a pas de confiance, si les parents ne sont pas à l’aise, ils ne vont pas s’ouvrir.

1.2 Utiliser une approche tenant compte des traumatismes et de la violence

Pour certaines personnes, l'usage de SPA représente une stratégie pour composer avec les répercussions des traumatismes^{14,15} et de la violence¹⁶.

Un traumatisme peut être défini comme « une réponse physique, émotionnelle et psychologique à un événement ou à une série d'événements dépassant la capacité d'une personne à y faire face et laissant une empreinte durable sur le cerveau, le corps et le bien-être de cette personne (...) Un même événement sera vécu différemment par diverses personnes. Les émotions, réactions et effets liés à cet événement sont subjectifs et dépendent de l'individu et de son contexte. Voilà pourquoi, selon la SAMHSA, un traumatisme comporte trois composantes importantes, appelées « les 3 E »^{17,18}.

Figure 1. Les 3 E



Le concept de violence renvoie aux « oppressions et violences intégrées dans les structures sociales, économiques et institutionnelles qui influencent négativement la vie des personnes. Elles comprennent des phénomènes comme la stigmatisation, la discrimination, le racisme, le sexisme et les inégalités socio-économiques »¹⁷. Cette violence inclut aussi la violence interpersonnelle ancrée dans les structures sociales¹⁹.

Perspective clinique

La grossesse vient souvent exacerber ou faire remonter les traumas... Il est donc essentiel de tenir compte de la vulnérabilité de la personne, qui est plus grande pendant cette période, et de l'importance d'adapter les soins offerts à cette vulnérabilité.

La prévalence des traumatismes est très élevée chez les [personnes] qui présentent un trouble lié à l'utilisation de SPA⁹, et la grossesse peut exacerber certaines vulnérabilités chez elles¹⁰.

« Il existe de nombreux types de violence et d'événements traumatiques. Ces événements ne touchent pas toujours les mêmes personnes, ni de la même manière. Dans les services de santé et les services sociaux, les équipes travaillent régulièrement avec des personnes ayant de multiples appartenances et ayant vécu les effets complexes de différents traumatismes.

Les équipes sont également confrontées à des dispositions systémiques et sociales qui désavantagent certaines communautés [...] L'appartenance à plusieurs groupes défavorisés ou discriminés peut en effet accroître le risque et la vulnérabilité d'une personne face aux traumatismes et à la violence. »¹⁷

Afin de favoriser la confiance entre la personne enceinte et le personnel clinique, l'approche tenant compte des traumatismes et de la violence implique notamment de « prendre en compte les aspects systémiques et les oppressions vécues par les personnes utilisatrices des services afin de construire des espaces de dignité et de sécurité pour tout le monde »¹⁷. L'approche propose d'instaurer une culture de la confiance et de la sécurité afin d'éviter les événements traumatiques ou la retraumatisation²⁰.

Encadré 2. Les principes de l'approche tenant compte des traumatismes et de la violence

L'approche tenant compte des traumatismes et de la violence s'articule autour de quatre grands principes :



①

Sensibilisation

Comprendre les différentes formes de traumatismes et l'ampleur de leur prévalence chez les personnes qui utilisent des SPA. Mettre en place des précautions universelles en partant du principe que toutes les personnes peuvent potentiellement avoir vécu des traumatismes. Accueillir les témoignages d'expériences traumatiques sans jamais en obliger la divulgation.



③

Collaboration et autonomie décisionnelle

Renforcer l'autodétermination et l'autonomie décisionnelle en agissant **avec** les personnes et non **à la place** des personnes. Considérer les personnes qui reçoivent des services comme étant des expertes de leur propre situation et de leur vie. Donner de l'information claire et complète, explorer les besoins et les attentes de la personne, proposer des choix.



②

Sécurité

Assurer la sécurité émotionnelle, physique et culturelle grâce à un climat de confiance, un vocabulaire non stigmatisant, une attitude sans jugement, des informations claires et complètes et un accompagnement respectant le rythme et les limites de la personne.



④

Forces, compétences et résilience

Reconnaître, mobiliser et accroître les forces, les compétences et la résilience des personnes qui reçoivent des services.

Tiré du guide *Approche tenant compte des traumatismes et de la violence en dépendance et itinérance*¹⁷

Les éléments suivants peuvent favoriser la sécurité émotionnelle et physique des personnes qui utilisent des substances en contexte de périnatalité¹⁷ :

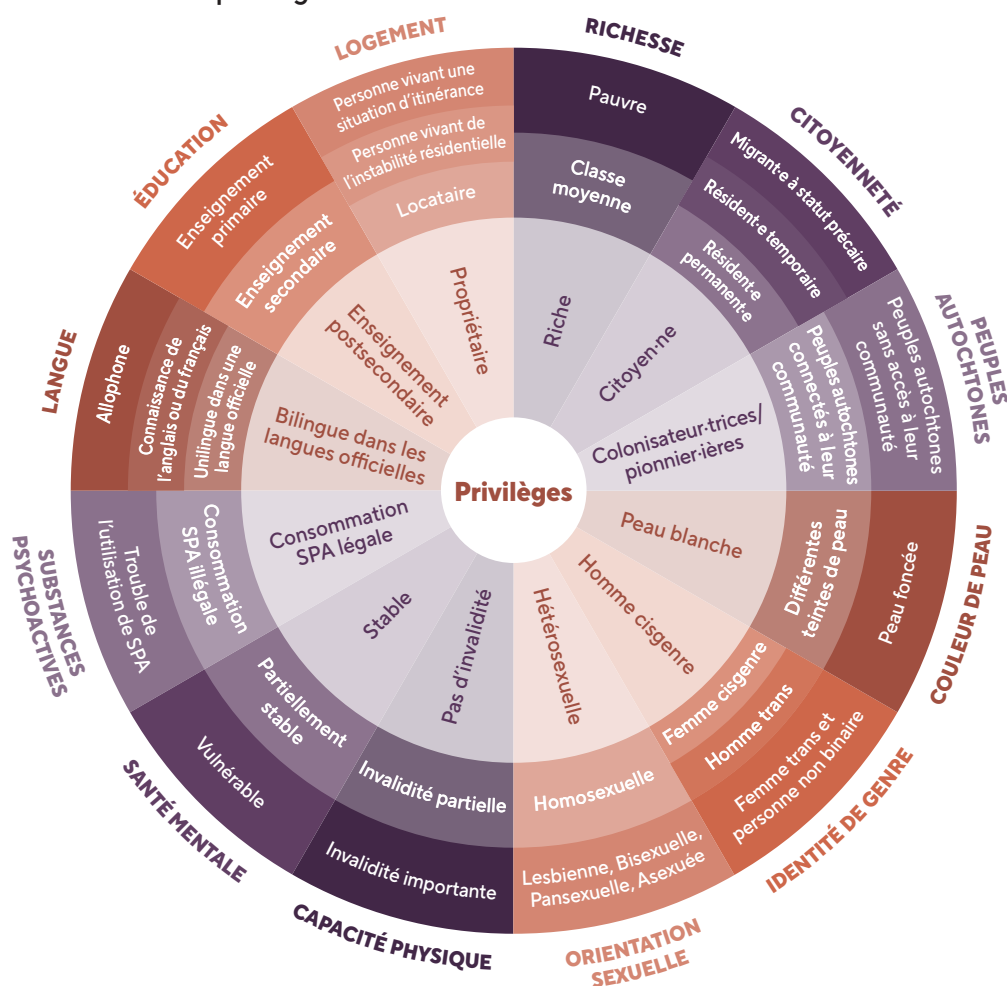
- ▶ Soigner l'accueil
- ▶ Offrir un maximum de points de repère
- ▶ Rendre explicite l'implicite
- ▶ Protéger la confidentialité et l'intimité

- ▶ Miser sur la transparence, l'authenticité et la confiance
- ▶ Adopter une attitude sans jugement
- ▶ Expliquer les choses à l'avance
- ▶ Prêter une grande attention aux mots utilisés
- ▶ Accompagner les personnes pour les aider à identifier ce dont elles ont besoin pour se sentir en sécurité
- ▶ Offrir des choix

La prise en compte de l'intersectionnalité permet de reconnaître que les systèmes d'oppression et de pouvoir s'entrecroisent, interagissent, convergent et se renforcent mutuellement pour produire et maintenir les iniquités de santé²¹.

« La roue des privilèges [...] permet d'illustrer le concept d'intersectionnalité et de privilèges. [...] Plus une personne est au centre, plus elle est privilégiée, c'est-à-dire qu'elle a facilement accès à des ressources comme un emploi ou un logement. Plus elle cumule les attributs loin du centre (intersectionnalité), plus les situations d'oppression sont possibles pour elle. Cette roue est un outil qui permet de réfléchir à ces questions et d'ouvrir des espaces de discussion. »¹⁷

Figure 2. La roue des privilèges



Tiré du guide *Approche tenant compte des traumatismes et de la violence en dépendance et itinérance*¹⁷

Perspective de parent

Quand un membre de l'équipe prend des notes, cela peut générer de l'angoisse ou de l'anxiété. Le parent peut se demander ce qui est noté et s'il s'agit d'éléments négatifs qui vont lui nuire. Afin de favoriser le sentiment de sécurité et de réduire le sentiment d'impuissance, il peut rassurer le parent en lui expliquant la fonction de la prise de notes et lui rappeler qu'il a le droit de faire une demande d'accès à son dossier.

BOÎTE À OUTILS

Pour en savoir plus sur l'approche tenant compte des traumatismes et de la violence en contexte de dépendance ou de périnatalité, il est possible de consulter les outils suivants :

- ▶ [Approche tenant compte des traumatismes et de la violence en dépendance et itinérance](#), ESCODI
- ▶ [Série de webinaires sur l'approche tenant compte des traumatismes et de la violence en dépendance et itinérance](#), ESCODI
- ▶ Guide [Trauma-Informed Care for Women/People During the Perinatal Period](#), Perinatal Services BC (en anglais)
- ▶ Cours en ligne [Soins tenant compte des traumatismes et de la violence](#), SOGC
- ▶ Formation [Approches Sensibles aux TRAumas dans les soins et services offerts aux personnes en attente d'un enfant](#), UQTR

1.3 Prendre en compte les caractéristiques culturelles

Divers cadres théoriques existent pour aider le personnel clinique à offrir des soins de qualité aux personnes ayant des identités et des contextes socioculturels variés. Le continuum allant de la conscience culturelle à la sécurité culturelle est décrit par l'Agence de la santé publique du Canada (2023)²² :

- ▶ **La conscience culturelle** implique de reconnaître les différences culturelles.
- ▶ **La sensibilité culturelle** implique de respecter les différences culturelles.
- ▶ **La compétence culturelle** implique de développer des connaissances et des compétences pour offrir des soins et des services tenant compte des différences culturelles.
- ▶ **L'humilité culturelle** implique l'autoréflexion, l'ouverture et le respect à l'égard des différences culturelles afin de favoriser la confiance et l'équilibre des pouvoirs.
- ▶ **La sécurité culturelle** « est une question d'expérience du patient. Il s'agit d'un résultat fondé sur un engagement respectueux qui reconnaît le déséquilibre des pouvoirs inhérents au système de santé et qui vise à le contrer. Elle mène à la création d'un environnement libre de racisme et de discrimination dans lequel les gens se sentent en sécurité lorsque des soins de santé leur sont prodigués »²².

Le concept de sécurité culturelle a été développé en Nouvelle-Zélande dans les années 1980 par des infirmières et des sages-femmes maories, en réponse au colonialisme dans l'éducation en soins infirmiers²³.

« La sécurité culturelle désigne un environnement spirituellement, socialement, émotionnellement et physiquement sécuritaire pour les personnes ; un environnement où leur identité et leurs besoins ne sont ni remis en question ni niés. Il s'agit d'un respect partagé, d'un sens partagé, de savoirs et d'expériences partagés, d'un apprentissage commun dans la dignité et d'une réelle écoute » [Notre traduction]²⁴.

Pour les membres du personnel, l'application de la sécurité culturelle implique de s'engager dans une autoréflexion visant à identifier et à reconnaître ses biais personnels ainsi que l'incidence de sa propre culture dans la relation thérapeutique²⁵.

Le 5 décembre 2024, le Québec a adopté la *Loi instaurant l'approche de sécurisation culturelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux*, qui oblige toutes les institutions de santé et de services sociaux à mettre en œuvre cette approche²⁶.

La recherche soutient fermement que la sécurité culturelle est un élément essentiel des soins périnataux en contexte de consommation de substances²⁷⁻²⁹. Bien que la sécurité culturelle trouve son fondement dans les savoirs et les luttes des peuples autochtones, ce cadre peut convenir aux membres de tous les groupes marginalisés ou discriminés ayant des besoins culturels particuliers durant la grossesse, comme les personnes immigrantes ou réfugiées³⁰⁻³³ ou les personnes transgenres³⁴.

Des personnes recevant des services périnataux ont parlé de la sécurité culturelle comme suit³⁵:

- ▶ Des soins qui reconnaissent que leur vie est différente de celle des patients appartenant à la culture dominante.
- ▶ Des soins reçus dans leur communauté.
- ▶ Des prestataires qui respectent leurs choix et leurs connaissances.

Dans un tel contexte, les prestataires peuvent par exemple prendre l'initiative de demander aux parents s'ils ont des besoins culturels durant la grossesse, inclure des membres de la communauté dans les soins et encourager ou valider les pratiques culturelles liées à l'accouchement³⁵.

Les équipes cliniques devraient considérer la sécurité culturelle comme un droit fondamental²⁴. Bien que la sécurité culturelle soit à la fois une responsabilité personnelle et institutionnelle, les prestataires de soins périnataux peuvent y contribuer individuellement en pratiquant l'humilité culturelle – une posture relationnelle fondée sur l'écoute, la curiosité et le refus de se positionner comme expert¹⁵.

En fin de compte, tout processus d'accompagnement se fonde sur « le respect de la personne, de sa vision du monde, de son système de valeurs et de ses besoins »³⁶.

Perspective de parent

Je trouve que ça revient encore au lien de confiance, à l'importance de mettre la personne à l'aise, de lui donner le pouvoir qui lui revient. En 2026, c'est normal de demander quels pronoms utiliser, d'utiliser des termes inclusifs ou d'afficher des symboles pour reconnaître les peuples autochtones, par exemple.

1.4 Encourager la réduction des risques

« La réduction des risques renvoie aux politiques, aux programmes et aux pratiques qui visent à réduire les conséquences sanitaires, sociales et légales de l'usage de substances, ainsi qu'aux lois et aux politiques sur les drogues.

La réduction des risques s'inscrit dans le cadre de la justice et des droits humains. Elle vise le changement positif en travaillant avec les personnes sans les juger, les contraindre ou les discriminer, et sans exiger l'abstinence comme une condition pour recevoir du soutien. »³⁷
[Notre traduction]

La réduction des risques est une approche permettant d'intervenir auprès de personnes qui ne sont pas intéressées ou pas prêtes à cesser l'usage de SPA. Elle s'appuie sur des principes comme l'humanisme, le choix, l'autonomie et l'incrémentalisme⁹.

En d'autres termes, cette approche vise à réduire et à prévenir les risques et les conséquences indésirables sur les habitudes de consommation de SPA en soutenant l'amélioration de la qualité de vie de la personne, tout en respectant ses choix individuels³⁸.

Les interventions basées sur la réduction des risques durant la grossesse sont associées à des effets positifs, dont les suivants :

- ▶ Moins de naissances avant terme^{10,39}
- ▶ Poids plus élevé à la naissance^{10,39}
- ▶ Probabilité plus élevée d'un congé à domicile pour le bébé avec son parent^{10,39}
- ▶ Meilleur engagement et meilleure rétention de la personne enceinte dans les services^{10,39}
- ▶ Meilleur engagement dans les services après l'accouchement³⁹
- ▶ Réduction de l'usage d'alcool³⁹
- ▶ Amélioration de la nutrition³⁹
- ▶ Réduction des coûts de soins de santé³⁹
- ▶ Amélioration de l'allaitement, de l'attachement précoce et du développement durant la petite enfance³⁹

Les stratégies de réduction des risques suivantes permettent de soutenir les personnes enceintes et les parents qui utilisent des SPA³⁹ :

- ▶ Éducation, sensibilisation et information sur l'usage à risque réduit de SPA et la distribution de matériel de consommation et de protection
- ▶ Réduction des barrières d'accès aux services (p. ex. : accès rapide, proximité, espaces sécurisants, relation de confiance)
- ▶ Collaboration entre les services de santé et les services de protection à l'enfance
- ▶ Traitement par agonistes opioïdes et approvisionnement plus sécuritaire
- ▶ Aide alimentaire et vitamines prénatales
- ▶ Dépistage des ITSS
- ▶ Counseling spécialisé en dépendance
- ▶ Transport et service de garde pour favoriser la présence aux rendez-vous
- ▶ Modèles de services intégrés

Perspective clinique

D'autres stratégies, comme l'accès à la naloxone, aux services de consommation supervisée et aux services de vérification des drogues, contribuent aussi à la réduction des risques.

Perspectives de parent

Quand un membre de l'équipe explique qu'il utilise une approche de réduction des risques, ça met le parent en confiance. Ça permet d'aller au rythme de la personne. C'est une approche qui reconnaît que personne n'est parfait; ça permet au parent de prendre sa place.

La réduction des risques, ça veut dire que tu ne seras pas jugé. Il s'agit aussi de services facilement accessibles, de personnes qu'on peut contacter facilement pour parler et qui peuvent aussi donner accès à des ressources, comme du matériel de consommation, des sites d'injection sécuritaire ou des communautés que tu peux fréquenter pour rencontrer d'autres personnes qui vivent la même situation que toi – où tu peux te sentir à l'aise de parler ouvertement sans avoir l'impression qu'il y aura des conséquences ou des répercussions.

1.5 Soutenir la prise de décision partagée

La prise de décision partagée « vise à faciliter et à orienter le dialogue entre un professionnel de la santé et un patient/usager afin de favoriser une décision éclairée concernant les options thérapeutiques qui s’offrent à lui »⁴⁰.

L’approche de la prise de décision partagée peut être mise en œuvre en fonction des étapes suivantes⁴¹:

- ▶ Présenter clairement les options thérapeutiques disponibles
- ▶ Fournir des informations basées sur les données probantes (risques et bénéfices potentiels) pour chacune des options
- ▶ Encourager la personne à exprimer son point de vue, ses valeurs, ses préférences face aux options présentées (p. ex. : expériences antérieures, préoccupations)
- ▶ Guider la personne vers une prise de décision
- ▶ S’assurer que la personne est à l’aise avec sa décision (le test SURE peut être utilisé à cette fin)

Engager les personnes enceintes dans la planification du traitement en recourant à l’approche de la prise de décision partagée implique d’ajuster ou de personnaliser les stratégies de communication en fonction de chaque individu (p. ex. : entretien motivationnel ou techniques de psychoéducation)⁹. Mobiliser les personnes enceintes suppose aussi de prendre en compte et de confirmer leurs objectifs, leurs préférences et leurs préoccupations de manière bienveillante⁹.



Perspective clinique

Dans le cadre de notre rôle professionnel, il est important de respecter le choix de la personne et de l’accompagner, même si ce choix est en décalage avec nos préférences, nos valeurs ou nos croyances personnelles.



Perspective de parent

L’équipe ne devrait pas imposer sa vision. Elle peut donner l’information au parent et respecter ensuite le choix de celui-ci.

BOÎTE À OUTILS

- ▶ [La prise de décision partagée : une approche gagnante](#), INESSS (vidéo)
- ▶ [Le médecin et le consentement aux soins](#), CMQ et Barreau du Québec
- ▶ Formations :
 - ▷ Le consentement aux soins : une démarche clinique évolutive loin d’être banale!, [ENA # 12972](#)
 - ▷ Initiation à l’entretien motivationnel, [ENA # 17093](#)



1.6 Philosophie et principes d'intervention : aide-mémoire

La philosophie et les principes d'intervention proposés visent à offrir des services appropriés à toutes les personnes qui utilisent des substances en contexte de périnatalité, et ce, en fonction des dimensions suivantes :

- ➔ Pour favoriser l'alliance thérapeutique, les membres de l'équipe de soins partenaire peuvent notamment pratiquer une écoute bienveillante et sans jugement, utiliser un langage respectueux et centré sur la personne, se montrer flexible et réceptif pour répondre aux besoins exprimés par la personne, inscrire ses interventions dans une approche non punitive et basée sur la confiance.
- ➔ Pour tenir compte des traumatismes et de la violence qui font partie de l'histoire de plusieurs personnes qui utilisent des substances, le personnel peut notamment adopter un langage et une attitude sans jugement, respecter le rythme de ces personnes, leur transmettre des informations claires et complètes, leur offrir des choix et donner du contrôle aux parents, soutenir leur prise de décision éclairée, reconnaître et mobiliser leurs forces.
- ➔ Pour assurer la sécurité culturelle des personnes appartenant à des groupes marginalisés ou minoritaires, les membres de l'équipe de soins partenaire peuvent reconnaître et respecter les différences culturelles, développer des connaissances et des compétences qui tiennent compte des différences culturelles, pratiquer l'autoréflexion afin de cerner leurs biais personnels, favoriser l'équilibre des pouvoirs et contribuer à la création d'environnements libres de discrimination où les gens se sentent en sécurité.
- ➔ Intervenir dans une perspective de réduction des risques implique d'adopter une posture pragmatique basée notamment sur la justice et les droits humains, le non-jugement, l'humanisme et l'autodétermination, dans le respect des besoins et des objectifs identifiés par la personne elle-même.
- ➔ Pour soutenir la prise de décision partagée, les membres de l'équipe de soins partenaire peuvent présenter une information claire et complète ainsi que les risques et les bénéfices associés aux options thérapeutiques, en plus d'encourager les personnes à partager leurs valeurs et préférences afin de guider leurs décisions avec bienveillance.

2. Accueillir, écouter et réaliser une évaluation adaptée

Un accueil chaleureux et respectueux est primordial pour assurer l'engagement des personnes dans les soins et services. Ainsi, un sourire, un ton rassurant et une collation sont des éléments qui peuvent contribuer à un premier contact positif pour la personne enceinte dans son nouveau milieu de soins.

Ce premier contact est un moment clé pour commencer à bâtir la confiance et l'alliance thérapeutique entre la personne enceinte et les membres de l'équipe traitante. Cette rencontre est aussi l'occasion d'amorcer le processus d'évaluation. Celui-ci comporte plusieurs volets et gagne à être adapté à la personne et à son contexte. Ainsi, l'évaluation peut être fractionnée en plusieurs rencontres afin de respecter le rythme et la tolérance de la personne.

L'évaluation est aussi un moment privilégié pour faire preuve d'écoute bienveillante et accueillir sans jugement l'histoire, les besoins et les préoccupations de la personne. Plusieurs rencontres peuvent être nécessaires pour compléter tous les éléments d'évaluation.

Perspective clinique

Dans le respect des actes réservés et des champs d'exercice, l'évaluation des différentes dimensions de la personne enceinte est réalisée par les membres de l'équipe habilités. Toutefois, tout le personnel peut contribuer à documenter la situation en partageant leurs observations avec leurs collègues.

Perspective de parent

Plusieurs éléments peuvent aider les parents à se sentir les bienvenus et à l'aise dans le milieu de soins. D'abord, la personne qui s'occupe de l'accueil peut offrir un café, lui faire un sourire, saluer le parent par son nom et lui demander si le trajet pour venir à la clinique s'est bien passé. Ensuite, pour ce qui est des lieux, une décoration colorée et un mobilier confortable favorisent un sentiment de bien-être. Enfin, certains parents se sentent moins intimidés lorsque le personnel porte des vêtements décontractés.

2.1 Dépister ou repérer et détecter l'usage de substances psychoactives en situation de grossesse

L'évaluation a notamment pour but de dépister ou repérer et détecter l'usage de SPA chez la personne enceinte. Toutes les personnes enceintes devraient être questionnées au sujet de leur usage (présent ou passé) d'alcool et d'autres SPA au moment de l'évaluation

ainsi que durant les visites de suivi anténatal⁴². Les lignes directrices canadiennes de suivi obstétrical recommandent clairement de dépister l’usage de substances chez toutes les personnes enceintes lors des suivis médicaux⁴³.

Au Québec, lors du dépistage pour usage de substances, on distingue l’évaluation de repérage de l’évaluation de détection. Les évaluations de repérage visent à identifier rapidement les personnes présentant un faible risque de trouble lié à l’utilisation de substances et celles dont l’usage peut être problématique. Il s’agit d’une démarche brève, comprenant quelques questions seulement. Les évaluations de détection sont plus approfondies (environ 20 à 30 minutes). Elles permettent de préciser le niveau de risque associé à l’usage de substances et d’orienter la personne vers le service approprié : intervention précoce pour prévenir l’aggravation d’un usage à risque ou intervention spécialisée lorsqu’un usage problématique est suspecté.

BOÎTE À OUTILS

- ▶ Pour plus d’information sur les différentes substances psychoactives, l’ESCODI a produit des **fiches informatives sur les interventions cliniques** associées à chaque SPA. Les fiches abordent les dimensions de l’accompagnement, de la prise en charge des intoxications et des sevrages.
- ▶ Outils québécois de repérage d’enjeux de consommation de SPA : **DÉBA-4R**, RISQ
- ▶ Outil québécois détection d’enjeux de consommation de SPA : **DÉBA-SPA**, RISQ
- ▶ Autres outils de repérage/détection :
 - ▷ **CAGE-AID** (alcool et drogues), INSPQ
 - ▷ **AUDIT** (alcool), INSPQ
- ▶ Outils spécifiques pour personnes enceintes :
 - ▷ **4Ps Plus**, NTI Upstream (anglais)
 - ▷ **SURP-P**, Yonkers et al.44, se référer à Box 2 (anglais)
 - ▷ **T-ACE**, CAMH (anglais)

Par ailleurs, Mead et al. suggèrent une série de questions pouvant soutenir la discussion sur l’usage de substances psychoactives durant le suivi périnatal²⁷. Ces questions sont classées en fonction de cinq catégories :

Catégorie 1 : Usage courant de SPA	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisez-vous parfois de l’alcool ou des substances? • Quelle quantité consommez-vous par jour ou par semaine? • À quelle fréquence consommez-vous par jour ou par semaine? • De quelle manière utilisez-vous ces substances – par la bouche, par inhalation, par injection, autres? • À quand remonte votre dernière utilisation?
Catégorie 2 : Usage antérieur de SPA	<ul style="list-style-type: none"> • Quand avez-vous commencé à boire de l’alcool ou à utiliser des substances? • Avez-vous déjà tenté de réduire votre utilisation? • Avez-vous reçu des traitements en lien avec l’usage d’alcool ou de substances?

Catégorie 3 : Histoire familiale d'usage de SPA	<ul style="list-style-type: none"> Est-ce que certains membres de votre famille ont eu des problèmes en raison de leur usage d'alcool ou de substances? Est-ce que certains membres de votre famille ont reçu des traitements en lien avec l'usage d'alcool ou de substances?
Catégorie 4 : Conséquences de l'usage de SPA	<ul style="list-style-type: none"> Considérez-vous que votre usage d'alcool ou de substances a eu des effets négatifs dans votre vie?
Catégorie 5 : Objectifs et soutien	<ul style="list-style-type: none"> Sentez-vous que vous aimeriez réduire ou cesser votre usage d'alcool ou de substances? Qu'est-ce qui pourrait vous aider à réussir?

Le tableau suivant peut être utile pour documenter l'usage de substances :



DOCUMENTER LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

MODALITÉS	Provenance <small>(rue, pharmacie, autre)</small>	Mode d'administration <small>(oral, fumé, prisé, injecté, autre)</small>	Fréquence d'utilisation <small>(nb de jours sur 7 ou 30)</small>	Quantité	Date ou heure de la dernière consommation	Nombre d'années de consommation régulière
SUBSTANCES						
Héroïne						
Hydromorphone						
Fentanyl						
Autres opioïdes : _____						
Alcool <small>(verres standards¹)</small>						
Benzodiazépines						
Cannabis						
Amphétamines						
Méthamphétamines						
Cocaïne, Crack						
GHB						
Autre						
Notes (p. ex. : substances de choix):						

Tableau inspiré des outils d'évaluation du Programme Relais (Cran)

► Outil [Documenter la consommation de substances psychoactives, ESCODI](#)

¹Pour convertir les boissons alcoolisées en format de verre standard : <http://aodtool.cfar.uvic.ca/fr/index-stddt.html>



Perspective clinique

En contexte de périnatalité, il est pertinent de documenter aussi l'usage de substances dans l'entourage immédiat de la personne enceinte. Par exemple, on peut s'intéresser à l'usage de substances du/de la partenaire.

La qualité de la relation thérapeutique peut avoir une influence sur le dévoilement de l'usage d'alcool ou de substances¹⁴. Une attitude et un langage sans jugement, une discussion collaborative et une relation de confiance sont favorables à la détection de l'usage de substances^{14,27}. Détecter l'usage de substances à l'aide d'une approche tenant compte des traumatismes et de la violence implique notamment une attitude transparente au sujet des politiques liées à la confidentialité, des rôles de chacun et des droits de la personne¹⁷. Enfin, il peut être utile de normaliser la détection en précisant à la personne que celle-ci est réalisée de manière systématique dans toutes les évaluations et tout au long du suivi.

Le dépistage urinaire ne devrait pas remplacer les outils de détection cités ci-dessus²⁷. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et le Collège des médecins du Québec soulignent que, lorsqu'un dépistage urinaire est indiqué, le consentement éclairé de la personne enceinte devrait être obtenu avant que le test toxicologique ne soit prescrit^{43,45}.

Les pratiques de dépistage urinaire coercitives peuvent dégrader la qualité de la relation thérapeutique pour certaines personnes⁴⁶. Les lignes directrices sur le traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes du CMQ, de l'OPQ et de l'OIIQ soulignent que le test urinaire ne doit pas être utilisé dans une perspective punitive, « par exemple en l'associant directement au nombre de doses non supervisées »⁴⁵. Ces lignes directrices, publiées en 2020, ne recommandent pas l'utilisation fréquente et régulière des tests urinaires. Elles recommandent d'éviter les mesures dont l'utilisation recouvre une intention punitive. Elles précisent ce qui suit⁴⁵ :

- ▶ « La personne en traitement a le droit de refuser d'effectuer le test. »
- ▶ « Les tests urinaires directement supervisés vont à l'encontre du respect de l'intimité du patient. »
- ▶ « Le patient a aussi le droit d'être informé à l'avance lorsqu'un test sera demandé. »
- ▶ « La majorité des personnes ne devraient pas avoir besoin de faire des tests fréquents et réguliers en cours de traitement. »
- ▶ « La pharmacie communautaire n'est pas un lieu propice aux prélèvements ni à l'entreposage des échantillons d'urine. »

Enfin, il est important de noter que les outils de dépistage urinaire comportent des limites. Les différents tests ne détectent pas systématiquement tous les types de substances et peuvent donner des faux positifs ou des faux négatifs⁴⁵ – ce qui peut avoir des conséquences négatives pour la personne.

Perspective clinique

Avant d'aborder le repérage et la détection de l'usage de substances, il est important de s'attarder en premier lieu à l'expérience de la grossesse, aux aspects périnataux et obstétricaux, à la personne dans sa globalité et au développement de l'alliance thérapeutique et du lien de confiance. Il ne serait pas souhaitable de se centrer uniquement sur les aspects inhérents à l'usage de substances.

Perspective de parent

Les questions sur la consommation de substances peuvent entraîner beaucoup d'anxiété pour le parent. Celui-ci peut être inquiet des conséquences que ses réponses auront sur la suite des soins. Il est important de créer un espace de confiance avant de poser ce genre de questions et d'accueillir la réponse avec ouverture et empathie.

2.2 Diagnostiquer les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives

Poser un diagnostic de trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives permet de proposer un traitement adapté, de prévoir les dangers liés au sevrage (le cas échéant), de diriger la personne vers les services appropriés et de recommander des stratégies de réduction des risques pertinentes.

Selon le DSM-5, « la caractéristique essentielle d'un trouble lié à l'utilisation d'une substance est un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant que le sujet continue à consommer la substance malgré des problèmes significatifs liés à cela »⁴⁷.

Le diagnostic peut porter sur les substances suivantes : alcool, cannabis, hallucinogènes, substances inhalées, opiacés, sédatifs/hypnotiques, anxiolytiques, stimulants, tabac⁴⁷.

Un trouble lié à l'utilisation de substances se manifeste par un mode d'utilisation problématique entraînant une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative. Il se caractérise par une série de manifestations (au moins deux), dont le nombre varie selon la sévérité du trouble⁴⁷ :

- ▶ Substance prise en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévu
- ▶ Désir persistant de diminuer ou de contrôler la consommation de substances et efforts infructueux pour diminuer ou cesser la consommation
- ▶ Beaucoup de temps investi pour obtenir la substance, à l'utiliser ou à récupérer de ses effets
- ▶ Envie impérieuse d'utiliser la substance (*craving*)

- ▶ Incapacité de satisfaire à ses obligations les plus importantes (au travail, à école, à domicile) en raison de l'usage de la substance
- ▶ Poursuite de l'usage de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux causés ou exacerbés par les effets de l'utilisation de la substance
- ▶ Abandon ou réduction des activités sociales, professionnelles ou récréatives à cause de la consommation de la substance
- ▶ Retrait d'activités familiales et récréatives pour consommer la substance
- ▶ Consommation récurrente de la substance dans des situations où cela est physiquement dangereux
- ▶ Poursuite de la consommation de la substance malgré un problème psychologique ou physique possiblement causé ou exacerbé par la substance
- ▶ Tolérance
- ▶ Sevrage

La sévérité du trouble lié à l'utilisation de substances est évaluée en fonction du nombre de symptômes (léger : présence de 2 ou 3 symptômes; moyen : présence de 4 ou 5 symptômes; grave : présence de 6 symptômes ou plus)⁴⁷.

Il est important de noter que, pour certaines classes de substances, certaines manifestations sont moins prononcées ou ne s'appliquent pas. Plus particulièrement, la tolérance et le sevrage associés aux médicaments sous prescription témoignent d'une dépendance physiologique, mais ne peuvent pas être les seuls critères d'un diagnostic de trouble lié à l'utilisation puisqu'ils sont attendus dans le cadre du traitement médical⁴⁷. Par ailleurs, le critère de sevrage ne s'applique pas au diagnostic des troubles liés aux hallucinogènes, car les signes et symptômes de sevrage des hallucinogènes ne sont pas établis⁴⁷.

Pour offrir plus d'information sur les différentes substances psychoactives, l'ESCODI a produit des **fiches informatives sur les interventions cliniques** liées à chaque SPA. Ces fiches abordent les dimensions de l'accompagnement, de la prise en charge des intoxications et du sevrage. Elles favorisent des interventions interdisciplinaires, sécuritaires, cohérentes et adaptées aux réalités cliniques ainsi qu'aux besoins des personnes qui utilisent des SPA.

2.3 Évaluer la situation clinique de la personne enceinte qui utilise des SPA

Outre le suivi obstétrical usuel, certaines évaluations et certains suivis supplémentaires sont recommandés pour les personnes enceintes qui utilisent des substances⁴⁸ :

- ▶ Dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang
- ▶ Suivi vaccinal
- ▶ Évaluation des facteurs de risque infectieux et de surdose
- ▶ Dépistage urinaire, si pertinent (en concertation avec la personne, dans une optique thérapeutique et non punitive)

Selon l'évaluation clinique des risques, les évaluations devraient être réalisées à plusieurs reprises pendant la grossesse, surtout pour le dépistage des ITSS⁴⁸.



Il est pertinent de faire aussi un dépistage général des troubles de santé mentale, car ceux-ci sont courants chez les personnes enceintes qui utilisent des SPA.

BOÎTE À OUTILS

- ▶ [Guide québécois de dépistage des ITSS](#), INSPQ
- ▶ [Guide de pratique clinique canadien sur la prophylaxie préexposition et postexposition au VIH](#) – mise à jour de 2025, CMAJ.
- ▶ [HCV in Pregnancy](#), AASLD/IDSA (anglais)
- ▶ Outils et formations disponibles au Québec : [Paniers de services en dépendance de l'ESCODI](#)

Par ailleurs, réaliser une évaluation clinique (questionnaire et examen physique) en suivant une approche tenant compte des traumatismes et de la violence vécue à « augmenter le sentiment de confort, de sécurité et de contrôle » des personnes qui reçoivent des soins⁴⁹. Cette approche se traduit par des attitudes et des gestes rassurants avant, pendant et après l'examen⁴⁹.

Avant l'examen :

- ▶ Offrir un espace collaboratif et personnalisé (p. ex. : parler clairement et calmement, offrir une information vulgarisée et comprise par la personne)¹⁷.
- ▶ Utiliser des stratégies non verbales (p. ex. : éviter les mouvements brusques, maintenir un contact visuel, être attentif aux réactions de la personne)⁴⁹.
- ▶ Présenter un plan clair (p. ex. : annoncer à l'avance la séquence des activités thérapeutiques recommandées, indiquer que ces recommandations s'inscrivent dans les normes de pratique et s'assurer que la personne consent à la thérapie)⁴⁹.
- ▶ Vérifier si la personne a des inquiétudes ou des questions et lui demander ce qui pourrait la mettre plus à l'aise durant la rencontre (incluant la présence d'une autre personne)⁴⁹.

Durant l'examen :

- ▶ Préserver la pudeur (p. ex. : donner des instructions claires sur le port de la jaquette ou l'installation du drap, ainsi que sur les vêtements à retirer; exposer seulement la partie du corps à examiner; quitter la salle pour laisser la personne se préparer et frapper avant d'entrer à nouveau)⁴⁹.
- ▶ Expliquer les étapes de l'examen ainsi que les motifs qui le justifient⁴⁹.
- ▶ Rester dans le champ visuel de la personne⁴⁹.
- ▶ Demander la permission à la personne de procéder à l'examen⁴⁹.
- ▶ S'assurer du confort de la personne⁴⁹.
- ▶ Utiliser un toucher professionnel (p. ex. : en donnant des explications)⁴⁹.
- ▶ Réaliser l'examen le plus rapidement possible et prendre une pause au besoin⁴⁹.

Après l'examen :

- ▶ Remercier la personne d'être venue au rendez-vous⁴⁹.
- ▶ Discuter avec la personne des résultats de l'examen et des prochaines étapes⁴⁹.
- ▶ Inviter la personne à poser ses questions⁴⁹.

Au cours de l'ensemble du processus :

- ▶ Utiliser un vocabulaire neutre n'ayant aucune connotation sexuelle (p. ex. : utiliser le terme « table d'examen » plutôt que le terme « lit », utiliser le terme « examiner » plutôt que « toucher » ou « regarder »)⁴⁹.



Perspective clinique

Lorsque cela est possible et sécuritaire sur le plan clinique, il est préférable de reporter certains examens invasifs, et ce, afin de prendre le temps d'établir une relation de confiance avec la personne et de renforcer le lien thérapeutique avec elle.

BOÎTE À OUTILS

- ▶ [Approche sensible aux traumatismes et à la violence pour les examens médicaux et le dépistage des ITSS](#), Association canadienne de santé publique
- ▶ [Approche tenant compte des traumatismes et de la violence en dépendance et itinérance](#), ESCODI, voir sections 3.4.2, 3.4.3 et 3.4.4

2.4 Documenter la situation psychosociale de la personne enceinte qui utilise des SPA

Documenter la situation psychosociale avec une approche tenant compte des traumatismes et de la violence implique d'établir un climat de confiance où la sécurité émotionnelle et physique des personnes est assurée, où celles-ci ne sont pas forcées de révéler des événements traumatisants de leur histoire et où leurs forces et leur autonomie sont reconnues⁵⁰. Cette approche devrait aussi tenir compte de l'expérience des personnes ayant vécu des situations d'exclusion sociale, de stigmatisation ou de discrimination (en raison, par exemple, de leur identité de genre, de leur orientation sexuelle ou de leur origine). Dans certains cas, le traumatisme ou les situations de stigmatisation peuvent venir de l'expérience même des services. Dans cette perspective, il est judicieux d'organiser le suivi en fonction du rythme de la personne. Cela peut nécessiter la fragmentation du processus d'évaluation en courtes séances ou l'adaptation des outils afin d'éviter les questions susceptibles de raviver les traumatismes.

La documentation de la situation psychosociale peut inclure des dimensions qui font couramment partie de la trajectoire des personnes présentant des troubles liés à l'utilisation de

SPA. Les éléments suivants peuvent notamment être explorés, selon le niveau d'aisance et l'ouverture de la personne enceinte^{14,51} :

- ▶ Besoins de base (revenu, sécurité alimentaire, logement, assurances)
- ▶ Réseau et soutien social
- ▶ Conditions de vie
- ▶ Relation conjugale
- ▶ Consommation de SPA du partenaire
- ▶ Facteurs de stress
- ▶ Santé mentale et estime de soi
- ▶ Sentiments par rapport à la grossesse en cours
- ▶ Besoins liés à la langue, à la culture, au genre ou à l'orientation sexuelle
- ▶ Autres enfants/grossesses antérieures (et implication des services de protection de la jeunesse)
- ▶ Problèmes légaux
- ▶ Historique de traumatismes et d'expériences négatives
- ▶ Violence entre partenaires intimes

Perspectives cliniques

D'autres éléments peuvent être explorés, le cas échéant, comme le travail du sexe, la traite de personne, l'historique personnel d'interactions avec les services de protection de la jeunesse au cours de l'enfance ou les préoccupations excessives liées au poids, à la nourriture et à l'image corporelle.

En particulier lorsque le projet familial est partagé avec un ou une partenaire, il peut être important d'explorer les thèmes de la relation de couple, des habitudes de consommation en couple (qui peuvent influencer les habitudes de consommation de la personne enceinte) et l'histoire familiale (p. ex. : autres enfants). Le projet familial peut être un levier de changement important. Dans ce contexte, il est utile de comprendre les souhaits, les perspectives, les peurs et les besoins liés à l'enfant à naître et à la parentalité. Cela permet également de définir des objectifs de suivi ou de référence.

Perspective de parent

Le parent qui utilise des substances et qui vit une situation de précarité socioéconomique peut avoir peur qu'on lui retire son enfant en raison de l'accumulation des facteurs de risque. Le fait de devoir révéler l'ampleur des carences auxquelles il fait face place le parent dans une position de vulnérabilité, à laquelle il est parfois forcé de se soumettre pour avoir accès à des biens et à des services.

Selon la qualité du rapport thérapeutique qui s'établit progressivement entre la personne enceinte et son équipe, certains thèmes seront peut-être abordés ultérieurement au cours du suivi, et non à la première rencontre.

Les membres de l'équipe de soins partenaire qui peuvent être impliqués dans l'évaluation de certains aspects psychosociaux ne constituent pas un ensemble homogène. Ils sont issus de différents champs d'exercice (p. ex. : psychoéducation, travail social, criminologie, sexologie), détiennent différents diplômes et appartiennent à différents regroupements professionnels. Il est important de noter que l'évaluation d'une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic établi par un-e professionnel-le habilité-e est un acte réservé. Par contre, les activités qui n'impliquent pas de porter un jugement clinique sur la situation d'une personne présentant un tel trouble ne sont pas des actes réservés. Par exemple, la documentation et l'appréciation d'une situation peuvent être réalisées par tous les membres de l'équipe de soins. Ces derniers peuvent partager leurs observations et contribuer à documenter la situation de la personne.

BOÎTE À OUTILS

- ▶ [Antenatal Psychosocial Health Assessment \(ALPHA\)](#), ALPHA Project (en anglais)

2.5 Documenter les besoins immédiats de la personne enceinte qui utilise des SPA

La première rencontre représente une occasion de mettre en œuvre les principes de la réduction des risques et de l'approche tenant compte des traumatismes et de la violence en favorisant la collaboration et l'autonomie de la personne. Cela peut notamment impliquer d'inviter la personne à manifester ses besoins immédiats, à nommer ce qui est pour elle une priorité.

L'identification de besoins de base à combler (sur le plan médical et psychosocial) permet de mettre en œuvre les références appropriées et de garantir des conditions favorables en termes de déterminants sociaux de la santé¹⁰. Répondre aux besoins de base contribue à favoriser l'engagement de la personne enceinte dans les soins. Les besoins de base peuvent inclure, par exemple, des éléments liés au logement, au revenu, à la sécurité alimentaire, au transport, aux communications (p. ex. : téléphone), au soutien social⁹, à la sécurité physique, à l'habillement⁵².



Perspective clinique

Il faut faire attention de ne pas submerger la personne en la soumettant à trop de démarches simultanées.

2.6 Explorer, informer et susciter la réflexion de la personne qui utilise des SPA

En gardant en tête que tous les éléments d'évaluation ne pourront pas nécessairement être abordés au cours de la première rencontre, il est pertinent de sonder la personne enceinte sur sa perception de sa grossesse. À cet égard, les thèmes suivants peuvent être explorés⁵² :

- ▶ Sentiments par rapport à la grossesse
- ▶ Sentiments par rapport à l'enfant à naître
- ▶ Parcours de vie
- ▶ Perceptions ou attentes au sujet des prochaines étapes du parcours
- ▶ Incidence de la grossesse sur le quotidien
- ▶ Quotidien après l'accouchement
- ▶ Attentes de la personne à l'égard de l'équipe clinique

L'écoute active constitue un moyen de bâtir l'alliance thérapeutique. Elle implique notamment d'accorder entièrement son attention à la personne qui s'exprime, d'éviter les jugements, d'utiliser des techniques de reflet ou de reformulation, de demander des clarifications au besoin, d'éviter les distractions et d'écouter jusqu'au bout avant de répondre⁵³. Le consentement de la personne à discuter de ces thèmes peut être obtenu en lui demandant d'abord : « Seriez-vous d'accord pour qu'on aborde ensemble tel sujet ? »

Stratégies pour réduire les risques :

Le processus d'évaluation représente une occasion d'aborder la question de l'usage de SPA par le biais des autres habitudes de vie comme l'alimentation, l'activité physique et le sommeil⁵⁴. Les connaissances de la personne enceinte (et de l'autre parent et/ou des partenaires, le cas échéant) des effets de l'usage de SPA peuvent être vérifiées, et des informations claires sur les risques et les recommandations peuvent être transmises de manière non culpabilisante et sans jugement⁵⁴⁻⁵⁶. Bien que l'abstinence demeure l'option la plus sécuritaire durant la grossesse, de l'information sur les stratégies de réduction des risques peut être transmise aux personnes qui poursuivent la consommation⁵⁴⁻⁵⁷. Par exemple, les stratégies de réduction des risques peuvent inclure la réduction de l'usage (plus petites quantités, moins souvent), le changement du mode d'administration ou l'usage de matériel de consommation⁵⁵⁻⁵⁷.

Le processus d'évaluation représente aussi une occasion de susciter la réflexion. Des techniques d'entretien motivationnel peuvent, entre autres, être utilisées par les membres de l'équipe lorsqu'ils invitent la personne à s'exprimer, lorsqu'ils donnent de l'information et lorsqu'ils écoutent activement^{14,57,58}.

Encadré 3. Les bases de l'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel est une approche conversationnelle centrée sur la personne, orientée vers les objectifs et fondée sur les forces. Il vise à favoriser la croissance personnelle en suscitant et en renforçant la motivation intrinsèque de la personne ainsi que son engagement envers le changement.

Au cours d'une conversation guidée, la ou le professionnel·le et la personne explorent ensemble les comportements de cette dernière et la façon dont ils peuvent être davantage alignés avec ses valeurs et ses objectifs.

L'entretien motivationnel s'inspire des approches de counseling centrées sur la personne et repose sur **quatre principes fondamentaux** :

1. Le partenariat mutuel entre la ou le professionnel·le et la personne
2. L'acceptation inconditionnelle de la personne telle qu'elle est
3. La compassion pour le bien-être et le parcours de la personne
4. L'évocation des objectifs, des valeurs, des forces et des ressources de la personne pour lui donner le pouvoir de diriger son processus de changement

De plus, l'entretien motivationnel repose sur **quatre tâches fondamentales** :

1. L'engagement : établir une alliance thérapeutique fondée sur la confiance mutuelle et le respect, grâce à une approche centrée sur la personne.
2. La focalisation : collaborer avec la personne pour définir un plan de comportements et d'objectifs qui fera l'objet d'une discussion lors de l'entretien clinique.
3. L'évocation : utiliser des techniques conversationnelles stratégiques pour aider la personne à formuler ses propres raisons et motivations pour changer.
4. La planification : élaborer un plan précis et réalisable qui permettra d'aligner les comportements de la personne avec ses objectifs.

L'entretien motivationnel utilise des compétences de base que de nombreux membres de l'équipe maîtrisent déjà, comme la compassion, l'exploration et l'écoute active. Le cadre de l'entretien motivationnel y ajoute une structure spécifique qui met l'accent sur **deux types de discours** :

1. Discours de maintien : propos exprimant une volonté de garder les choses telles qu'elles sont.
2. Discours de changement : propos orientés vers un changement de comportement bénéfique.

Repérer et renforcer le discours de changement implique d'identifier les éléments liés au désir, à la capacité, aux raisons, au besoin, à l'engagement, aux actions et aux étapes vers le changement. **Quatre compétences fondamentales** sont mobilisées pour favoriser ce discours :

1. **Les questions ouvertes** : offrir à la personne l'occasion de s'exprimer librement sur son histoire, ses croyances, ses objectifs, ses valeurs, ses forces et ses ressources.

Exemples : Quel genre de parent souhaitez-vous être? Comment aimeriez-vous voir évoluer votre relation avec les substances pendant votre grossesse? L'allaitement est-il important pour vous? Quels sont, selon vous, les avantages et les inconvénients de réduire votre consommation? Qui sont les personnes sur lesquelles vous pouvez compter pour vous soutenir, vous et votre bébé?

2. **Les affirmations** : exprimer un encouragement, une reconnaissance positive et de la chaleur, en se concentrant sur les comportements pertinents.

Exemples : Je suis contente que vous soyez venue à ce rendez-vous; cela nous permet de continuer à parler de vos objectifs en tant que parent. Je remarque les efforts que vous faites pour ne pas fumer près de votre fils. Je vois que vous avez beaucoup réfléchi aux raisons pour lesquelles vous pourriez reprendre la cocaïne après l'accouchement.

3. **L'écoute réflexive** : faire preuve de compassion, de curiosité et de soutien, en plus de s'assurer de comprendre le message de la personne.

Exemples : J'entends que, même si vous êtes préoccupée par l'effet des traitements par agonistes opioïdes sur votre bébé, vous tenez beaucoup à l'allaitement. Donc, vous vous inquiétez de l'effet du cannabis sur votre grossesse et, en même temps, c'est la seule chose qui vous aide à dormir. Vous me dites que vous avez peur que les autres pensent que votre consommation de substances fait de vous une mauvaise mère.

4. **Le résumé** : synthétiser l'essentiel de la conversation pour préparer les étapes suivantes.

Exemples : En résumé, votre objectif est d'éviter les excès d'alcool pendant votre grossesse, mais l'alcool est aussi votre seul moyen de faire face aux pensées suicidaires. Nous avons déterminé qu'un soutien psychologique pour votre dépression pourrait à la fois réduire votre consommation et vous aider à passer du temps de qualité avec votre bébé. Vous sembliez intéressée par l'idée de voir un thérapeute – seriez-vous ouverte à discuter d'une référence lors de notre prochain rendez-vous?

Encadré basé sur Miller et Rollnick⁵⁹ et la SAMHSA^{60,61}

Formation « Initiation à l'entretien motivationnel », [ENA-17093](#)

2.7 Accompagner la personne qui se questionne par rapport à sa grossesse

Une grossesse non planifiée peut susciter un douloureux dilemme chez une personne enceinte. La décision de poursuivre la grossesse, de l'interrompre ou d'envisager l'adoption est un processus personnel qui peut exiger de la réflexion et du soutien.

La personne enceinte peut notamment se questionner par rapport à son éventuel rôle parental, à ses capacités, à ses relations interpersonnelles, à son niveau de stabilité, à sa sécurité financière, à ses valeurs et à ses croyances⁶².

En offrant un soutien impartial, bienveillant et sans jugement, les membres de l'équipe peuvent accompagner la personne afin de lui permettre d'exprimer ses réflexions et de prendre la décision qui lui convient le mieux.

BOÎTE À OUTILS

- ▶ [SOS Grossesse](#), informations et ligne de soutien : 1 877 662-9666
- ▶ [Services d'avortement](#), gouvernement du Québec



Perspective clinique

Il est important de créer un espace de dialogue pour permettre la réflexion et aborder l'ambivalence, qui peut persister tout au long de la grossesse.



2.8 Accueillir, écouter et réaliser une évaluation adaptée : aide-mémoire

Les étapes ci-dessous ont pour objectif de favoriser l'engagement de la personne dans les soins et services grâce à un processus d'accueil et d'évaluation chaleureux et flexible. Plusieurs rencontres peuvent être nécessaires pour compléter tous les éléments de l'évaluation – celle-ci pouvant être fractionnée en plusieurs visites afin de respecter le rythme et la tolérance de la personne.

- ➔ L'accueil constitue un moment clé pour commencer à bâtir la confiance et l'alliance thérapeutique entre la personne enceinte et les membres de l'équipe traitante. Afin de s'assurer que les parents se sentent les bienvenus et à l'aise dans le milieu de soins, on peut leur offrir un breuvage, les accueillir par leur nom et aménager des espaces physiques qui favorisent un sentiment de bien-être.
- ➔ Le repérage, la détection et le diagnostic de troubles lié à l'utilisation de substances peuvent être réalisés à l'aide d'outils ou de questions prédéterminées. Toutefois, avant de poser des questions sur l'usage de substances, les membres de l'équipe peuvent s'intéresser à la personne elle-même et à son expérience de grossesse. La création d'un lien thérapeutique et d'un espace de confiance permet d'aborder ensuite l'usage de substances avec ouverture et empathie.
- ➔ Pour les personnes qui présentent des difficultés liées à l'usage de substances, il est possible de porter une attention particulière durant l'évaluation clinique au dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang, au suivi vaccinal, à l'évaluation des facteurs de risque infectieux et de surdose. Des dépistages urinaires peuvent être réalisés si cela est jugé pertinent (en concertation avec la personne, dans une optique thérapeutique et non punitive). L'adoption de l'approche tenant compte des traumatismes et de la violence peut contribuer au sentiment de sécurité de la personne, en particulier lors des examens physiques.
- ➔ Au cours de l'appréciation de la situation psychosociale, on peut prendre en compte des dimensions qui font couramment partie de la trajectoire des personnes présentant des troubles liés à l'utilisation de SPA (p. ex. : revenu, sécurité alimentaire, logement, problèmes légaux, santé mentale, facteurs de stress). Certains thèmes pourront être abordés progressivement, au fur et à mesure que l'alliance thérapeutique se développera. Lors des premières rencontres, la personne peut être invitée à exprimer ses besoins immédiats, à nommer ce qui est pour elle une priorité. Répondre à ses besoins prioritaires peut contribuer à favoriser l'engagement de la personne enceinte dans les soins.
- ➔ Le processus d'évaluation représente une occasion de susciter la réflexion. Des techniques d'entretien motivationnel peuvent notamment être utilisées par les membres de l'équipe lorsqu'ils invitent la personne à s'exprimer, lorsqu'ils lui donnent de l'information et lorsqu'ils l'écoutent activement.
- ➔ Une grossesse non planifiée peut susciter un douloureux dilemme chez une personne enceinte. En offrant un soutien impartial, bienveillant et sans jugement, les membres de l'équipe de soins partenaires peuvent accompagner la personne afin de lui permettre d'exprimer ses réflexions et de prendre la décision qui lui convient le mieux.

Chapitre 3

Accompagner et planifier durant la grossesse

3. Accompagner et planifier durant la grossesse

Le suivi prénatal contribue à la santé de la personne enceinte et du bébé à naître⁶³. Accompagner et soutenir l'engagement de la personne enceinte qui utilise des SPA dans le suivi prénatal implique d'éviter les stéréotypes négatifs, les jugements et la stigmatisation⁶⁴.

Perspective clinique

Plusieurs personnes qui vivent des difficultés liées à l'usage de SPA se sentent stigmatisées ou ne se reconnaissent pas dans les services de périnatalité généraux. Dans ce contexte, il peut être nécessaire de personnaliser davantage l'offre de services pour les rejoindre, par exemple en leur proposant des cours prénatals individuels.

3.1 Assurer un plan de soutien pour les situations de vulnérabilité

3.1.1 Soutenir la réponse aux besoins de base

Les personnes qui présentent des difficultés liées à l'usage de SPA sont plus nombreuses à être affectées par l'insécurité alimentaire⁶⁵ et l'instabilité résidentielle⁶⁶. Dans ce contexte, la réponse aux besoins primaires de la personne enceinte durant sa grossesse peut parfois impliquer d'assurer l'accès à différents programmes, services et ressources communautaires.

BOÎTE À OUTILS

AU NIVEAU ALIMENTAIRE

- ▶ [Olo \(critères d'éligibilité\)](#)
- ▶ [Banques alimentaires](#)
- ▶ [Centre de nutrition sociale périnatale Alima](#) (Montréal)
- ▶ [Ma grossesse](#), gouvernement du Québec (remise de coupons d'aliments). Un soutien à l'[inscription](#) peut être approprié

AU NIVEAU DU TRANSPORT

- ▶ [Certificat médical de transport](#), METSS

AU NIVEAU DU REVENU

- ▶ [Aide financière et prestation pour les femmes enceintes et les familles](#), gouvernement du Québec.
- ▶ [Rapport médical pour contrainte à l'emploi](#), MESSS

AU NIVEAU DU LOGEMENT

- ▶ [Programme de supplément au loyer Québec \(PSLQ\)](#), Société d'habitation du Québec, gouvernement du Québec
- ▶ [Fédération des maisons d'hébergement pour femmes](#)
- ▶ [YMCA Québec](#)
- ▶ [Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale](#)

AU NIVEAU DE LA PRÉCARITÉ SOCIOÉCONOMIQUE

- ▶ [Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance](#) (SIPPE), MSSS
- ▶ [Maisons Bleues](#) à Montréal

Il est important de s'assurer que la personne enceinte en situation de précarité socioéconomique ait accès à des multivitamines prénatales ainsi qu'à un apport alimentaire suffisant en énergie et en protéines afin de favoriser sa santé et celle du bébé.

3.1.2 Intervenir en contexte de violence conjugale

Plus de la moitié des personnes s'identifiant comme femmes et qui présentent un trouble lié à l'utilisation de SPA subissent de la violence entre partenaires intimes, particulièrement durant la grossesse⁵⁸. Dans ce contexte, l'accompagnement clinique des personnes enceintes implique d'établir un dialogue visant à évaluer le risque de violence et à soutenir le développement d'un plan de sécurité⁵⁸.

Le guide « [Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité](#) »⁵⁸ propose une série de pratiques à privilégier :

- ▶ Aborder la situation de la violence : ne pas évoquer le sujet en présence du partenaire; se positionner contre la violence, sans dénigrer le partenaire; éviter de juger ou de culpabiliser la personne enceinte.
- ▶ Amener la personne enceinte à estimer le danger : repérer le risque pour l'enfant et les signaux de détresse de l'enfant; documenter les facteurs de risque supplémentaires comme les interventions policières à domicile ou la présence d'une arme à feu dans la maison; aborder les enjeux de développement de l'enfant.
- ▶ Soutenir la personne enceinte dans le choix de solutions adaptées à sa situation : valoriser les compétences; transmettre de l'information sur les ressources.
- ▶ Accompagner le partenaire s'il fait lui-même une demande : aborder le sujet avec le partenaire seulement s'il fait une demande à cet effet; lui transmettre de l'information sur les ressources.

BOÎTE À OUTILS

Les ressources suivantes peuvent être utiles pour évaluer la menace et soutenir le développement d'un plan de sécurité :

- ▶ [Scénarios de protection](#), gouvernement du Québec
- ▶ [Violence conjugale périnatale \(fiche synthèse\)](#), gouvernement du Québec
- ▶ [Outil d'intervention psychosociale auprès des personnes victimes de violence conjugale vivant dans un contexte de vulnérabilité](#), CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean
- ▶ Formation provinciale : Violence conjugale : Connaître, détecter, intervenir, [ENA #1884](#)
- ▶ SOS violence conjugale : 1 800 363-9010

Perspective clinique

Lorsqu'on suspecte une situation de violence, on peut utiliser le moment de l'examen physique pour aborder le sujet avec la personne enceinte dans le cadre d'un entretien individuel informel. Les personnes qui vivent de la violence ressentent parfois de la honte, et il est important d'être sensible aux effets de l'exposition à la violence. Si un signalement à la DPJ doit être réalisé, il est préférable de demeurer transparent, de tenter d'amener la personne à le faire elle-même et de l'accompagner dans cette démarche pour soutenir son autonomie et son pouvoir d'agir.

3.1.3 Assurer le suivi de la santé mentale

La prévalence des troubles de santé mentale est élevée chez les personnes qui présentent un trouble lié à l'utilisation de substances. On observe notamment des troubles anxieux, dépressifs, psychotiques, bipolaires²⁷, des traumatismes⁶⁷ et des troubles de la personnalité^{68,69}.

Les troubles de santé mentale peuvent être sous-diagnostiqués ou mal diagnostiqués dans le cas où les troubles liés à l'utilisation SPA sont possiblement une cause ou une conséquence de traumatismes psychologiques, de troubles de l'humeur, de troubles anxieux, de troubles de la personnalité ou d'un déficit de l'attention⁹.

La détection et le traitement des troubles de santé mentale contribuent à améliorer les résultats du traitement des troubles liés à l'utilisation de substances²⁷. Au besoin, en attendant l'évaluation et le traitement, les membres de l'équipe de soins partenaire peuvent assurer la sécurité de la personne en assurant une présence auprès d'elle¹⁴, notamment grâce à la collaboration de services de crise ou d'urgence.

Pour les personnes enceintes qui prennent des antidépresseurs ou d'autres médicaments psychiatriques, un suivi clinique effectué sur une base régulière permet de fournir de l'information, de répondre aux questions et d'offrir un soutien favorisant la stabilisation du ou des troubles de santé mentale. Ce type de suivi permet aussi de détecter rapidement une détérioration de la santé mentale et d'éviter les arrêts de traitements abrupts, qui peuvent avoir de graves conséquences¹⁴. Le suivi offre aussi la possibilité de planifier la surveillance et le traitement des troubles de santé mentale durant la période postnatale¹⁴.

Perspective clinique

La difficulté du diagnostic des troubles concomitants peut être importante en raison de l'interaction de multiples facteurs biologiques, psychologiques et psychosociaux, auxquels s'ajoute l'effet direct des substances ou de leur sevrage sur le cerveau. Les personnes présentant des troubles concomitants sont souvent traitées de manière inadéquate, ce qui contribue à l'instabilité des deux ensembles de troubles.

Perspective de parent

Il est très utile de recevoir des soins en santé mentale par l'équipe périnatale, parce que le système est surchargé et qu'il est difficile d'avoir accès à un psychiatre.

BOÎTE À OUTILS

Pour en savoir plus sur les enjeux liés à l'utilisation de médicaments psychiatriques durant la grossesse, les ressources suivantes peuvent être utiles :

- ▶ [Treatment and Management of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum, Clinical Practice guideline No.5](#), ACOG
- ▶ [Guide de pratique 2024 pour le traitement des troubles de l'humeur, des troubles anxieux et des troubles connexes périnataux](#), CANMAT
- ▶ [Outil d'aide à la décision – Trouble dépressif caractérisé pendant la grossesse](#), INESSS
- ▶ [Directive clinique N° 454 : Identification et traitement des troubles périnataux de l'humeur et de l'anxiété](#), JOGC
- ▶ [Trouble dépressif caractérisé pendant la grossesse](#), INESSS
- ▶ [Les troubles concomitants – Synthèse des connaissances](#), CECTC
- ▶ Centre IMAGE – Info-Médicaments en Allaitement et Grossesse (service réservé aux professionnel-le-s de la santé) : 514 345-2333, www.chusj.org/image

Pour favoriser le bien-être des parents (pendant la grossesse et après l'accouchement) :

- ▶ Le programme numérique [Toi, Moi, Bébé](#) vise notamment à améliorer la gestion du stress et des émotions ainsi qu'à prévenir la dépression et l'anxiété.
- ▶ Guide pour les personnes concernées et leurs proches : [Semer l'espoir : Favoriser la santé mentale et gérer les troubles anxieux, de l'humeur et connexes en périnatalité](#), CANMAT
- ▶ [Trouble dépressif pendant la grossesse – Vos options pour un choix de traitement éclairé](#), INESSS

3.2 Travailler en collaboration pour maintenir le lien parent-enfant

Durant la grossesse, un travail collaboratif peut être amorcé avec les futurs parents et les autres partenaires de services afin de prévenir les interventions précipitées et les situations de crise⁷⁰. Les intervenants peuvent outiller les parents afin de réduire les motifs de signalement potentiels.

À titre d'exemple, avant l'accouchement, le programme montréalais [Main dans la main](#) permet d'établir un lien rassurant avec un intervenant de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), de clarifier le mandat de la DPJ et de sensibiliser les parents aux mesures à mettre en place en prévision de l'arrivée du bébé⁷⁰.

Un autre exemple de travail collaboratif visant à développer la confiance et à prévenir les interventions d'urgence consiste à prévoir une visite de l'unité de naissance, au cours de laquelle les futurs parents et les intervenants du milieu hospitalier peuvent établir un lien sécurisant⁵⁶.

En somme, le suivi de grossesse permet de mobiliser les partenaires dans le cadre d'une démarche coordonnée visant à favoriser la préparation des futurs parents et la prévention des situations de crise.

3.2.1 Appuyer le développement de l'identité parentale et du lien d'attachement

Le suivi de grossesse représente une occasion d'orienter les parents vers une démarche de changement, de favoriser l'attachement et de soutenir le développement des capacités parentales⁷⁰.

Perspective clinique

Au début du suivi, il peut être pertinent de proposer des rencontres individuelles ainsi que des rencontres en couple, selon les besoins des parents.

Les questions suivantes sont proposées pour susciter la réflexion et la discussion autour des thèmes de l'identité parentale et du lien d'attachement⁷¹ :

- ▶ Aimeriez-vous me parler de votre première réaction lorsque vous avez appris que vous étiez enceinte?
- ▶ Comment votre entourage a-t-il réagi à l'annonce de votre grossesse?
- ▶ Qu'est-ce que la grossesse amène comme changements pour vous? Pour votre couple?
- ▶ Qu'est-ce que cela vous fait de sentir les mouvements du bébé?
- ▶ Est-ce qu'il y a des choses qui vous inquiètent ou qui vous stressent?
- ▶ Quand vous pensez à votre bébé, comment l'imaginez-vous?
- ▶ Certains parents parlent de la grossesse comme un bonheur absolu, mais ce n'est pas comme ça pour tous les parents. Il peut arriver que des personnes n'aient pas être enceintes ou que l'autre parent soit inquiet face au bébé à naître, et c'est tout à fait normal. Vous, comment vous sentez-vous? Y a-t-il un autre parent? Et l'autre parent, s'il est impliqué, comment se sent-il?
- ▶ Comment vous voyez-vous comme parent quand votre bébé sera né?

L'attachement renvoie au lien affectif entre l'enfant et ses parents⁷². Le niveau d'attachement parental prénatal serait associé au niveau d'attachement entre le parent et l'enfant après la naissance⁷³. Pour cette raison, le suivi de grossesse représente une bonne occasion de susciter l'intérêt pour l'enfant à venir⁷¹.

Afin de favoriser la création d'un lien d'attachement sécurisant et favorable au développement des enfants, Andrews et al. proposent de présenter des modèles de relation sécuritaire et saine entre les adultes⁷⁴. Dans cette perspective, les interactions entre les membres

de l'équipe, les partenaires de services et les familles durant la grossesse peuvent être l'occasion de promouvoir des modèles de relations interpersonnelles saines grâce à des comportements prévisibles, fiables et constants⁷⁴.

3.2.2 Mettre en place des conditions de vie favorisant le maintien de l'enfant dans son milieu familial naturel

Le suivi de grossesse constitue une occasion d'établir les conditions de vie qui favoriseront le maintien de l'enfant dans son milieu familial naturel. Des services intégrés ou des partenariats peuvent favoriser la mise en place d'un réseau de soutien qui prenne en compte les différentes dimensions médicales et psychosociales de la personne enceinte.

À titre d'exemple, des démarches d'accès à un logement adéquat, à des biens essentiels à l'accueil d'un bébé (p. ex. : vêtements, couches, lit d'enfant ou berceau, poussette), au soutien alimentaire, à des activités de cuisine collective ou à des services de garde pour les enfants plus âgés pourront contribuer à réunir les conditions de vie qui favoriseront le maintien du bébé dans son milieu familial naturel.

Encadré 4. Logis Phare : une ressource inspirante

À Montréal, la ressource en matière d'appartements supervisés **Logis Phare** « propose un milieu de vie stable, salubre et sécuritaire qui permet le développement d'habiletés parentales et la création d'un réseau communautaire et relationnel supportant afin de prévenir la rechute et les problèmes associés ».

Le programme est destiné aux personnes enceintes, aux familles monoparentales et aux couples avec enfants dont un ou les deux parents suivent un traitement par agonistes opioïdes.

Les services offerts aux résidents incluent des intervenants psychosociaux sur place, une halte-répit, un service de garde de dépannage, des espaces communs de socialisation, un jardin communautaire et des activités de développement personnel.

3.3 Prévoir un plan de naissance

Le plan de naissance est un outil de communication écrit qui décrit les souhaits, les besoins et les attentes d'une personne enceinte à l'égard de son accouchement⁷⁵. Pour élaborer ce document, le prestataire de soins et la personne enceinte participent à un processus collaboratif d'éducation et d'exploration afin de discuter des options préférées, réalistes, sûres et réalisables⁷⁵. Les plans de naissance augmentent l'autonomie des parents et la satisfaction liée à l'accouchement, favorisent le dialogue et l'éducation sur le processus de naissance et peuvent aussi améliorer les issues obstétricales⁷⁶.

Certaines recherches indiquent que les prestataires de soins peuvent éprouver des réserves à propos des plans de naissance, notamment des préoccupations selon lesquelles ils seraient rigides, offriraient un faux sentiment de contrôle sur un processus imprévisible, prépareraient les parents à des déceptions et empiéteraient sur leur autonomie professionnelle⁷⁵. Or, dans le contexte où de nombreuses personnes enceintes ayant utilisé des SPA ont vécu des interactions négatives avec le système de santé et son personnel⁷⁷, un plan de naissance est un outil essentiel pour maximiser les chances d'une expérience d'accouchement valorisante. Les discussions sur la nature dynamique de l'accouchement et la possibilité de complications médicales peuvent préparer les parents à la réalité selon laquelle leur accouchement ne se déroulera peut-être pas conformément à leur plan. Présenter le plan comme un guide flexible peut aider à limiter les risques de déceptions⁷⁸.

Les composantes d'un plan de naissance standard incluent le lieu et l'environnement de naissance, la présence des personnes de soutien et des membres de l'équipe de naissance, les préférences pour le travail et l'accouchement, les considérations culturelles, les options de gestion de la douleur, les soins du nouveau-né à l'hôpital et la conduite à adopter en cas d'urgence^{75,78}.

Pour les personnes enceintes ayant utilisé des SPA, le plan de naissance peut aborder des considérations supplémentaires comme les besoins individuels en matière de soulagement de la douleur (particulièrement dans un contexte d'usage d'opioïdes), la gestion post-partum du syndrome de sevrage néonatal, ainsi que des moyens de limiter les expériences de retraumatisation pendant le travail et l'accouchement (p. ex. : limiter les examens vaginaux, consentir à la présence d'étudiants en médecine, réduire les contacts avec des prestataires masculins)⁵⁷. Les plans de naissance pour les personnes enceintes ayant utilisé des substances psychoactives devraient également inclure un plan précis de transfert de soins pour assurer la continuité des soins post-partum¹⁴. Ce plan pourrait inclure la planification des suivis médicaux et de santé mentale ainsi que l'orientation vers des programmes (p. ex. : soutien à l'allaitement, intervention en petite enfance, formation à la parentalité)⁵⁷.

En fonction de leur niveau d'engagement dans les soins prénatals, certains parents peuvent arriver à l'hôpital avec une éducation prénatale limitée, notamment sur le processus de naissance, et sans avoir élaboré de plan de naissance¹⁵. Dans de tels cas, le prestataire de soins devrait offrir autant de renseignements et d'occasions de choix éclairé que possible, compte tenu des circonstances. Il peut être possible de réunir rapidement les informations prioritaires d'un plan de naissance, comme les besoins en gestion de la douleur et un plan pour les urgences médicales.

Perspective clinique

Le plan de naissance rédigé par les parents indique leurs préférences. Il s'agit d'un outil puissant, à condition qu'il soit révisé par l'équipe de soins afin que celle-ci puisse discuter des différentes options avec les parents.

- ▶ [Modèle de plan de naissance en ligne pour les parents qui utilisent des SPA](#), ESCODI
- ▶ [Le plan de naissance](#), Naître et grandir
- ▶ [Plan de naissance pour les futurs parents trans et non binaires](#), La Coalition des familles LGBT+

3.4 Prévoir un plan d'accouchement

En plus du plan de naissance élaboré avec la personne enceinte, le plan d'accouchement constitue un outil de communication interprofessionnel qui permet d'assurer la continuité entre le suivi de grossesse, l'accouchement et les soins post-partum. Le plan d'accouchement peut notamment contenir un plan pour la gestion de la douleur, la prévention/gestion du sevrage intrapartum (voir les modalités de gestion du sevrage au [chapitre 4](#)), la gestion des risques infectieux et une recommandation de procéder à une prophylaxie pour le VIH durant le travail, si cela est pertinent.



Perspective clinique

Le plan d'accouchement est rempli par les équipes médicales dans les cas de grossesse présentant des facteurs de risque afin d'indiquer les précautions médicales à prendre en salle d'accouchement ou au centre mère-enfant.

- ▶ [Exemple de plan d'accouchement](#), ESCODI
- ▶ [La réduction du risque d'infection périnatale chez les nouveau-nés de mères dont les soins prénatals étaient inappropriés](#), Société canadienne de pédiatrie
- ▶ [Protocole de prophylaxie VIH durant le travail](#), CHUM

3.5 Prévoir un plan de gestion de la douleur, en particulier pour les personnes qui utilisent des opioïdes

Les personnes qui utilisent des opioïdes ou qui reçoivent un traitement par agonistes opioïdes peuvent avoir des besoins particuliers en matière de gestion de la douleur, et il est essentiel que l'équipe de naissance soit bien informée de ces besoins pour éviter un accouchement traumatique⁷⁹. Plus particulièrement, l'exposition chronique aux opioïdes est susceptible d'entraîner des phénomènes de tolérance et d'hyperalgésie, ce qui peut compliquer la gestion de la douleur péripartum. Ainsi, les personnes peuvent éprouver une plus grande intensité de douleur pendant le travail et l'accouchement⁸⁰. Dans ce contexte, une consultation prénatale avec l'équipe de naissance (en particulier avec l'anesthésiste obstétrical) vise à atteindre les objectifs suivants⁸⁰:

- ▶ Coordonner les soins entre les différents collègues dédiés au suivi de grossesse et ceux qui procéderont à l'accouchement.
- ▶ Établir une relation de confiance dans un environnement sans jugement.
- ▶ Aborder les peurs, les préoccupations et les objectifs liés à l'analgésie.
- ▶ Établir un plan de gestion de la douleur.

Au moment de l'accouchement, les personnes sous traitement par agonistes opioïdes devraient se voir offrir une analgésie conforme aux pratiques proposées à toutes les personnes enceintes⁸⁰. Durant le travail, une évaluation fréquente permet de déterminer l'efficacité de l'analgésie et d'augmenter ou de modifier la posologie, au besoin⁸⁰. Une analgésie neuraxiale précoce pendant le travail est notamment recommandée pour les personnes vivant avec un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO), et ce, afin de minimiser le besoin d'analgésie opioïde systémique⁸⁰. Une approche centrée sur la personne et le soutien à la prise de décision éclairée sont nécessaires⁸⁰.

Les personnes sous traitement par agonistes opioïdes doivent généralement suivre leur traitement avant, pendant et après l'accouchement⁸⁰. Il est toutefois à noter que le traitement par agonistes opioïdes ne remplace pas les modalités analgésiques usuelles durant l'accouchement⁸⁰.

En cas de sevrage chez une personne ayant un TUO, les symptômes peuvent être traités avec des opioïdes, ajustés en fonction de l'effet, ainsi qu'avec des soins de soutien, idéalement en collaboration avec un médecin spécialisé en dépendance⁸⁰. Un plan de prise en charge du sevrage devrait avoir été établi au préalable par cette équipe⁸⁰. Il est important de souligner que l'analgésie du travail ne constitue pas un traitement du sevrage.

Les techniques d'analgésie obstétricale à offrir incluent, en première intention, une analgésie neuraxiale tôt en travail, avec adjuvants au besoin (p. ex. adrénaline ou dexmédétomidine)⁸¹, ou, en cas de contre-indication à la neuraxiale, une ACP intraveineuse^{80,82}. Les standards de surveillance clinique doivent être strictement respectés en tout temps et ce, peu importe la modalité analgésique. En aucun cas, une modalité analgésique telle que l'analgésie contrôlée par la patiente (ACP) au rémifentanyl ne doit être utilisée comme stratégie de traitement du sevrage.

Par ailleurs, lorsque l'ACP constitue la modalité retenue pour l'analgésie du travail chez une personne présentant un trouble de l'usage des opioïdes, notamment en présence d'une contre-indication à la neuraxiale, il est préférable de privilégier un opioïde à plus longue durée d'action et liposoluble, tel que le fentanyl, plutôt que le rémifentanyl⁸².

La stigmatisation, les préjugés et les mythes sont des obstacles à la gestion de la douleur chez les personnes ayant un trouble lié à l'utilisation de substances (TUS)⁸³. Certains membres de l'équipe peuvent notamment craindre que les personnes présentant un TUS feignent la douleur afin de recevoir des narcotiques prescrits⁸⁴. Au contraire, les personnes ayant un TUS sont susceptibles de présenter une sensibilité exacerbée à la douleur, et il est primordial de mettre en œuvre les moyens nécessaires pour soulager leur douleur.

Perspective clinique

Outre les modalités pharmacologiques, il est important de présenter à la personne enceinte les différentes modalités de gestion de la douleur non pharmacologiques, notamment l'hydrothérapie, les points de pression ou la neurostimulation électrique transcutanée (TENS).

3.6 Soutenir la personne dont le suivi de grossesse débute tardivement

Il peut arriver qu'une personne enceinte ne sollicite les services de santé qu'à un stade très avancé de sa grossesse. Il se peut même que le premier contact avec les soins périnataux ait lieu lorsqu'elle se présente à l'hôpital pour accoucher.

L'absence de soins prénatals peut susciter une grande inquiétude, voire de l'anxiété chez le personnel au sujet de la santé de la personne enceinte et du fœtus. Il est vrai que le recours tardif aux soins prénatals chez les personnes enceintes qui utilisent des SPA a été associé à des issues défavorables, comme un risque accru de retard de croissance intra-utérin et de naissance prématurée⁸⁵. Malgré cela, il est essentiel d'accueillir la personne enceinte avec chaleur et compassion, en évitant tout jugement ou attitude stigmatisante. En effet, la crainte de vivre des expériences négatives dans le système de santé peut avoir justement contribué au recours tardif du parent aux soins de santé¹⁵.

Si le parent n'a reçu aucun soin prénatal avant son arrivée à l'hôpital pour l'accouchement, il est prioritaire d'évaluer immédiatement sa tolérance et sa dépendance aux opioïdes afin d'assurer une gestion adéquate de la douleur pendant le travail¹⁴. De plus, les équipes devraient suivre les recommandations de la [Société canadienne de pédiatrie](#) à propos de la réduction du risque d'infection périnatale chez les nouveau-nés de mères dont les soins prénatals ont été inappropriés⁸⁶. En particulier, « les tests systématiques qui influent sur la prise en charge du nouveau-né devraient inclure l'antigène de surface de l'hépatite B (AgHBs), la sérologie du virus de l'hépatite C (VHC), du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de la syphilis, de même que le dépistage de *Chlamydia trachomatis* et de *Neisseria gonorrhoeae*. »⁸⁶.

Perspective clinique

Il ne faut pas non plus oublier d'évaluer le risque de sevrage compliqué (p. ex. : alcool, benzodiazépines ou GHB) durant l'accouchement, ainsi que le risque de sevrage pouvant abaisser le seuil de douleur (notamment cannabis).

Après la naissance, les prestataires de soins et de services devraient également faire tout leur possible pour mettre le parent en lien avec les ressources de santé et de services sociaux appropriées pour la période postnatale.

3.7 Réfléchir aux options d'alimentation du nourrisson

Il est important de discuter des options d'alimentation du nourrisson avant l'accouchement afin que le parent ait la confiance et le soutien nécessaires pour nourrir son bébé avec succès dès le début. La méthode d'alimentation choisie par les parents est une décision très individuelle, influencée par le schéma d'usage de substances (p. ex. : dose, fréquence, source, usage de substances multiples), l'utilisation de médicaments (p. ex. : traitement par agonistes opioïdes), la présence d'une maladie transmissible par le sang, la santé du nourrisson, les antécédents culturels et les préférences personnelles^{14,87}. Les prestataires de soins doivent offrir les informations les plus récentes possible sur les avantages et les risques, en tenant compte des facteurs propres à chaque parent.

Le choix des modalités d'alimentation du nourrisson peut susciter un sentiment de honte ou de l'inquiétude chez les parents qui utilisent des substances. Dans ce contexte, une approche favorisant l'alliance thérapeutique ainsi que la prise en compte des traumatismes et de la violence implique d'aborder ces conversations avec une attitude de non-jugement et de soutenir la prise de décision éclairée du parent, en accord avec ses besoins et ses objectifs.

Les lignes directrices cliniques indiquent que l'usage de substances par les parents peut être compatible avec l'allaitement ou avec le lait humain exprimé et devrait être fortement encouragé, sauf en cas de contre-indications ou si les risques l'emportent sur les bénéfices^{87,88}. Lorsque le parent souhaite allaiter ou offrir son lait humain exprimé, tous les efforts doivent être déployés pour l'aider à le faire en toute sécurité. Pour réduire les risques, les membres de l'équipe et le parent peuvent élaborer ensemble un plan de sécurité pour l'allaitement ou pour l'utilisation du lait humain exprimé, qui comprendra la minimisation de l'exposition du nourrisson aux substances, la présence d'une personne de soutien, la minimisation de l'exposition du nourrisson à la fumée secondaire, les positions d'allaitement sûres et la planification de l'arrêt de l'allaitement^{14,55}. D'autres stratégies de réduction des risques sont envisageables selon les substances utilisées⁸⁹.

L'outil **Allaitement, substances psychoactives et réduction des méfaits – Aide à la réflexion** de l'ESCODI offre une vue d'ensemble des enjeux liés à l'allaitement ou à l'offre de lait humain exprimé en contexte d'usage de substances psychoactives, ainsi qu'une liste de stratégies de réduction des risques.

Dans le cas où le parent doit bonifier ou cesser l'alimentation basée sur le lait humain (par exemple, si l'usage de substances devient incompatible avec l'offre de lait humain), un plan d'alimentation complémentaire doit être élaboré^{14,55}. Les parents peuvent avoir besoin de soutien pour accéder aux fournitures nécessaires, comme un tire-lait et des biberons, et à un stockage sûr du lait.

Les individus ayant des antécédents de traumatismes (notamment des traumatismes sexuels, fréquents chez les personnes enceintes ayant utilisé des SPA) peuvent vivre l'allaitement à la fois comme un processus de guérison et un facteur de retraumatisation⁹⁰. Dans ce contexte, l'adoption d'une approche tenant compte des traumatismes et de la

violence implique de veiller à proposer des méthodes d'alimentation de remplacement et de soutenir le parent dans ses besoins^{17,87}.

Enfin, bien qu'il y ait des considérations uniques sur l'alimentation du nourrisson dans un contexte d'usage de substances, il est important de noter que les parents qui utilisent des SPA peuvent éprouver les mêmes joies, les mêmes angoisses et les mêmes défis liés à l'allaitement que tout autre parent.

BOÎTE À OUTILS

- ▶ Centre IMAGE - Info-Médicaments en Allaitement et Grossesse (service réservé aux professionnel-le-s de santé): 514 345-2333, www.chusj.org/image
- ▶ [Prestation spéciale d'allaitement](#), gouvernement du Québec

Soutien à l'allaitement, mais non spécialisé sur les questions en lien avec les SPA :

- ▶ [Ligue La Leche](#)
- ▶ [Nourri-Source](#)



Perspective Clinique

Il ne faut pas oublier d'encourager le contact peau à peau, peu importe le mode d'alimentation choisi.

3.7.1 Offrir d'autres options d'alimentation

Si l'allaitement ou le lait humain exprimé par le parent n'est pas indiqué ou préféré, les préparations commerciales pour nourrisson et le lait de donneur pasteurisé constituent des options d'alimentation de remplacement.

- ▶ Préparations commerciales pour nourrissons : Au Québec, les parents qui reçoivent des prestations dans le cadre des programmes d'assistance sociale ou de solidarité sociale peuvent profiter d'un soutien à l'achat de préparations commerciales pour nourrissons, à un prix inférieur à celui du prix régulier.
- ▶ Lait de donneur pasteurisé pour les grands prématurés : Actuellement, la Banque publique de lait maternel du Québec ne fait des dons qu'aux bébés nés à 32 semaines de grossesse ou moins qui sont soignés dans certains centres hospitaliers⁹¹. Si les parents souhaitent se tourner vers le partage informel de lait non pasteurisé, ils doivent être informés des risques associés. En effet, le partage informel de lait non pasteurisé présente des problèmes de sécurité, en particulier lorsqu'il est acheté sur Internet (i.e. : contamination bactérienne ou transmission de virus)⁹².

Dans tous les cas, les parents qui utilisent des préparations commerciales pour nourrissons ou du lait de donneur pasteurisé doivent recevoir une formation sur les pratiques d'alimentation sécuritaires au biberon et sur l'intégration du contact peau à peau dans leur routine⁸⁷.

Le respect du choix des parents qui ne souhaitent pas allaiter est primordial. Dans le cas où ceux-ci sont certains de ne pas vouloir allaiter, l'administration d'une dose de cabergoline au premier jour après l'accouchement représente une stratégie pour prévenir la production de lait et les inconforts qui y sont associés^{93,94}, s'il n'y a pas de contre-indication (voir [monographie](#) du produit).

Perspective clinique

Afin d'assurer une prise de décision éclairée, il est pertinent de présenter au parent les avantages et inconvénients des différentes méthodes (pharmacologiques et non pharmacologiques) pour arrêter la production de lait. Le cas échéant, il est possible de discuter de l'ambivalence, des craintes, des mythes et des défis liés à cette question.

3.7.2 Planifier l'alimentation en cas de séparation de la dyade parent-enfant

Il peut être nécessaire de créer un plan d'alimentation pour le nourrisson dans le cas où il serait retiré de la garde de ses parents par les services de protection de la jeunesse pendant la période post-partum. Les parents doivent être informés de leur droit à continuer à participer à l'alimentation de leur bébé, et les prestataires doivent les soutenir dans leur implication⁸⁷. La participation à l'alimentation peut être un moyen important de développer ou de maintenir le lien d'attachement ainsi que de réduire l'usage de SPA ou les risques de rechute. La participation continue à l'alimentation peut inclure des séances de visite prolongées pour l'allaitement. La personne peut aussi exprimer son lait humain afin de le donner aux gardiens temporaires de l'enfant ou pour maintenir la production en prévision de la réunification parent-enfant⁵⁵.

Perspective clinique

Afin de soutenir la production de lait humain durant la séparation, il peut être utile d'avoir recours à une consultante en lactation certifiée pour aider à maintenir et à augmenter la production de lait jusqu'au moment de la réunification familiale.

3.8 Réfléchir à la contraception post-partum

Les personnes qui utilisent des SPA sont beaucoup plus susceptibles que les autres d'avoir une grossesse non prévue^{95,96} et d'utiliser des modes de contraception moins fiables⁹⁷. En outre, plusieurs personnes ne savent pas qu'il est possible de devenir enceinte dans l'année qui suit un accouchement^{14,57}. Pour ces raisons, l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) conseille de discuter des options de contraception durant la grossesse avec les personnes qui utilisent des SPA. L'ACOG⁹⁵ recommande plus particulièrement de proposer la contraception réversible à action prolongée en raison de son efficacité, de son caractère pratique et de ses faibles contre-indications⁹⁵.

Le suivi de grossesse offre une occasion privilégiée de discuter avec la personne enceinte de ses besoins, de ses valeurs et de ses préférences en matière de contraception post-partum^{14,98}. Par ailleurs, l'approche tenant compte des traumatismes et de la violence ainsi que la prise en compte des caractéristiques culturelles des personnes enceintes impliquent de reconnaître les expériences de stérilisation forcée qui peuvent teinter le parcours personnel ou intergénérationnel de certaines personnes. À cet égard, « les décisions concernant les options irréversibles de contraception (...) ne devraient pas être prises immédiatement avant, pendant ou après l'accouchement » [Notre traduction]^{95,98}.

3.9 Préparer les parents à prendre soin du nourrisson à risque de syndrome de sevrage néonatal

Le syndrome de sevrage néonatal comporte un ensemble de manifestations cliniques observées chez un nouveau-né ayant été exposé à certaines substances durant la grossesse. Il survient le plus souvent à la suite d'une exposition aux opioïdes, mais peut aussi être provoqué par d'autres substances, notamment les antidépresseurs, les benzodiazépines, la nicotine, la caféine, l'alcool, la méthamphétamine et divers produits inhalés⁹⁹.

Durant la grossesse, les parents peuvent vivre beaucoup d'inquiétude en raison du risque de syndrome de sevrage néonatal (Archambault et al., à paraître). Dans ce contexte, des informations peuvent leur être transmises afin de les aider à se préparer à repérer les signes de sevrage néonatal ainsi qu'à mettre en œuvre la méthode « Manger, dormir, consoler ». Celle-ci, axée sur la famille, permet d'évaluer la capacité du nouveau-né à s'alimenter, à dormir et à être apaisé, tout en privilégiant le maintien du lien parent-enfant comme axe central d'intervention¹⁰⁰. Elle prévoit également la participation active des parents au processus d'évaluation¹⁰¹.

La [section 7.1](#) présente la méthode « Manger, dormir, consoler » et le rôle que les parents peuvent jouer pour favoriser le bien-être du nourrisson.



Perspective clinique

La prise de contact avec l'équipe hospitalière ainsi que la visite de l'unité des naissances est l'occasion d'aborder les attentes des familles par rapport au syndrome de sevrage néonatal et à la cohabitation du parent et du bébé après l'accouchement. Les familles ont souvent beaucoup de questions et d'appréhensions, et les consultations anténatales par l'équipe médicale de néonatalogie peuvent apporter certaines réponses, tout en favorisant l'établissement d'un premier lien thérapeutique.



3.10 Accompagner et planifier durant la grossesse : aide-mémoire

Le suivi prénatal contribue à la santé de la personne enceinte et du bébé à naître. Les éléments suivants permettent de prendre en compte les enjeux liés à l'utilisation de SPA durant la grossesse et de répondre aux besoins de la personne enceinte.

- Les personnes qui présentent des difficultés liées à l'usage de SPA sont plus nombreuses à être affectées par l'insécurité alimentaire, l'instabilité résidentielle, la violence entre partenaires intimes et les difficultés liées à la santé mentale, notamment. Dans ce contexte, répondre à leurs besoins peut parfois exiger de recourir à plusieurs programmes, services et ressources.
- La grossesse représente une période clé pour appuyer le développement de l'identité parentale, soutenir le lien d'attachement et réunir les conditions de vie qui favoriseront le maintien de l'enfant dans son milieu familial naturel après la naissance.
- Pour les personnes enceintes faisant usage de SPA, le plan de naissance peut aborder des considérations spécifiques comme le soulagement de la douleur ou la gestion post-partum du syndrome de sevrage néonatal. Le plan peut aussi inclure la planification des suivis médicaux et de santé mentale ainsi que l'orientation vers des programmes de soutien à la famille.
- Le plan d'accouchement constitue un outil de communication interprofessionnel qui permet d'assurer la continuité entre le suivi de grossesse, l'accouchement et les soins post-partum. Le plan d'accouchement peut notamment contenir un plan de gestion de la douleur, la prévention/gestion du sevrage et la gestion des risques infectieux.
- Lorsqu'une personne enceinte se présente dans les services de santé à un stade très avancé de sa grossesse, il est essentiel de l'accueillir avec chaleur et compassion, en évitant tout jugement ou attitude stigmatisante. Il ne faut pas perdre de vue que la crainte de vivre des expériences négatives dans le système de santé peut avoir contribué à sa présentation tardive dans un établissement de soins.
- La grossesse constitue un bon moment pour réfléchir à la méthode d'alimentation du nourrisson. Les prestataires de soins doivent offrir les informations les plus récentes possible sur les avantages et les risques de chaque option, en tenant compte des facteurs propres à chaque parent, afin de soutenir une prise de décision éclairée, dans le respect du choix du parent.
- Le suivi de grossesse offre une occasion privilégiée de discuter avec la personne enceinte de ses besoins, de ses valeurs et de ses préférences en matière de contraception post-partum.
- Durant la grossesse, les parents peuvent vivre beaucoup d'inquiétudes en raison du risque de syndrome de sevrage néonatal. Dans ce contexte, des informations peuvent leur être transmises afin de les aider à se préparer à repérer les signes de sevrage néonatal ainsi qu'à mettre en œuvre la méthode « Manger, dormir, consoler ».

Chapitre 4

Traiter le sevrage et les troubles liés à l'utilisation de SPA durant la grossesse et l'allaitement

4. Traiter le sevrage et les troubles liés à l'utilisation de SPA durant la grossesse et l'allaitement

La période périnatale offre une occasion unique d'engager les parents dans un processus de réduction ou d'arrêt de l'usage de SPA. Toutefois, le traitement des troubles liés à l'utilisation de SPA ainsi que la gestion du sevrage de certaines SPA présente certaines particularités en contexte de grossesse et d'allaitement.

Le présent chapitre décrit les connaissances les plus récentes sur l'accompagnement des personnes souhaitant réduire ou cesser l'usage d'alcool, d'opioïdes, de tabac, de cannabis, de stimulants, de benzodiazépines ou de GHB.

Dans tous les cas, l'accompagnement de la personne enceinte implique des discussions sur les risques et les bénéfices liés aux options thérapeutiques afin de soutenir une prise de décision partagée.

Il est important de garder en tête que la composition des substances provenant du marché illégal est imprévisible et peut mettre à risque la sécurité de la personne, sa grossesse et l'allaitement.

BOÎTE À OUTILS

Pour plus d'information sur les différentes substances psychoactives, l'ESCODI a produit des [fiches informatives sur les interventions cliniques](#) liées à chaque SPA. Ces fiches abordent les dimensions de l'accompagnement, de la prise en charge des intoxications et du sevrage. Elles favorisent des interventions interdisciplinaires, sécuritaires, cohérentes et adaptées aux réalités cliniques ainsi qu'aux besoins des personnes qui utilisent des SPA.

Pour obtenir du soutien

Centre IMAGE

En cas de doute sur les risques liés aux substances psychoactives et aux traitements pharmacologiques de la dépendance en contexte de périnatalité, les membres des équipes de soins partenaires peuvent recevoir du soutien.

- ▶ 514 345-2333 (service réservé aux professionnel-le-s de la santé)
- ▶ Site web : www.chusj.org/fr/soins-services/P/Pharmacie/Centre-IMAGE

Programme Rond-Point

Ce centre d'expertise périnatal et familial en toxicomanie offre de l'aide aux familles de la grande région de Montréal. Il propose des services de santé et des services psychosociaux à des parents et à des enfants présentant une consommation problématique d'alcool, de drogues ou de médicaments. L'équipe interdisciplinaire regroupe différents partenaires clés et donne des conseils aux équipes travaillant avec cette population ou cherchant à développer une expertise auprès de cette population.

- ▶ Adresse courriel : rondpoint@pediatriesociale-cs.org
- ▶ Fax : 514 400-0054
- ▶ Tél : 438 386-4050

Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance (ESCODI)

Responsable de la rédaction du présent guide, cette équipe offre à l'ensemble du personnel et des gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux un soutien provincial sur des enjeux d'ordre clinique et organisationnel en lien avec les services en dépendance et pour les populations en situation de précarité.

- ▶ Site web : dependanceitinerance.ca
- ▶ Adresse courriel : escodi.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca

Service de médecine des toxicomanies du CHUM

Ce service offre du soutien 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, aux médecins, infirmières praticiennes spécialisées, infirmières et pharmaciens de toutes les régions du Québec qui œuvrent en première et en deuxième ligne (autant en établissement que dans la communauté). Un médecin de garde en médecine des toxicomanies répond directement aux questions.

- ▶ 514 890-8083, option 5 (service réservé aux équipes médicales)

Communauté de pratique médicale en dépendance (CPMD)

Regroupant plus de 400 médecins et IPS œuvrant en dépendance ou ayant un fort intérêt pour la dépendance, la CPMD favorise le réseautage et facilite l'accès à diverses activités de formation continue et de partage d'expertise répondant aux besoins des praticiens. Les membres de la CPMD disposent également d'une plateforme en ligne qui leur permet d'interagir dans un espace de discussion et de partage de documents. Diverses formations de la CPMD, notamment sur les psychostimulants, sont disponibles en accès général sur le site Web de l'organisation.

► Pour en savoir plus ou pour communiquer avec l'équipe : cpmdependance.ca

Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants (CECTC)

Le CECTC est mandaté pour soutenir les établissements et les organismes ainsi que leur personnel dans l'implantation de soins et de services intégrés et adaptés aux besoins particuliers des personnes aux prises avec des troubles concomitants (santé mentale et dépendance). Le CECTC assure également diverses activités de transfert de connaissances.

► Site web : ruisss.umontreal.ca/cectc/

Pour joindre un membre d'une équipe spécialisée en dépendance d'une région spécifique

- [Les centres de réadaptation en dépendance \(CRD\)](#)
- La ligne Info-Social 811 dirige vers les services appropriés du CRD.

Conseil numérique – Professionnel·le·s de la Santé

Le conseil numérique « Dépendance – itinérance » est progressivement déployé au Québec. Il s'agit d'un outil de communication entre les fournisseurs de soins primaires (FSP) et les fournisseurs de soins spécialisés. L'accès au conseil numérique en première ligne est réservé aux médecins de famille ainsi qu'aux infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPS-PL). Le conseil numérique peut être utilisé à partir d'un dossier médical électronique (DME) ou de la plateforme SAFIR.

► Site web : msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/conseil-numerique

4.1 Trouble lié à l'utilisation d'alcool (TUA)

L'ESCODI a produit des fiches informatives sur les interventions cliniques liées à chaque SPA. La [fiche sur l'alcool](#) propose des informations et divers outils favorisant l'accompagnement ainsi que la prise en charge de l'intoxication et du sevrage. Les informations sur la prise en charge des personnes enceintes ou qui allaitent suivent dans les prochaines sections.

4.1.1 Informer sur les risques liés à l'utilisation d'alcool durant la grossesse et l'allaitement

L'alcool est tératogène durant la grossesse, et les données scientifiques existantes ne permettent pas d'établir un seuil d'usage d'alcool qui serait sans danger. Dans ce contexte, l'approche la plus sécuritaire consiste à éviter l'alcool durant la grossesse¹⁰². Les enfants exposés in utero à l'alcool présentent un risque plus élevé de comorbidités au cours de leur vie, incluant des troubles de santé mentale et des risques de décès prématuré. Les personnes atteintes du trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) sont susceptibles de vivre des défis liés à la motricité, à la santé physique, à l'apprentissage, à la mémoire, à l'attention, à la communication, à la régulation émotionnelle et aux compétences sociales¹⁰². Il est recommandé de référer pour évaluation diagnostique les nouveau-nés qui ont été exposés régulièrement à l'alcool durant la grossesse ou ceux qui montrent des signes physiques ou développementaux liés à une telle exposition fœtale¹⁰³.

En contexte d'allaitement, les risques connus pour le nourrisson allaité comprennent des problèmes liés au sommeil et à la croissance⁸⁹. De plus, la consommation d'alcool au cours de l'allaitement influence la production d'ocytocine et de prolactine¹⁰⁴.

Pour en savoir plus sur l'allaitement et l'alcool dans une perspective de réduction des risques, veuillez consulter l'outil : [Allaitement, substances psychoactives et réduction des méfaits – Aide à la réflexion](#) de l'ESCODI

BOÎTE À OUTILS

- ▶ [TSAF en parler pour mieux agir](#), ASPQ
- ▶ [Alcool en période périnatale – Fiche complète](#), INSPQ

4.1.2 Gérer le sevrage d'alcool durant la grossesse

L'arrêt abrupt de la consommation régulière de grandes quantités d'alcool peut entraîner des symptômes de sevrage graves, voire mortels, comme des convulsions ou un delirium tremens. Le syndrome de sevrage d'alcool durant la grossesse peut aussi causer des complications maternelles et néonatales, y compris un accouchement prématuré, de la détresse fœtale et un décollement placentaire¹⁰⁵. Chez les personnes enceintes, le sevrage d'alcool devrait être réalisé sous supervision médicale, avec la prise d'une médication, idéalement dans le cadre d'une hospitalisation¹⁰⁶. Si l'hospitalisation n'est pas possible, une surveillance étroite du processus de sevrage est recommandée^{106,107}.

Pour traiter les symptômes de sevrage chez les personnes enceintes, les lignes directrices les plus récentes recommandent l'usage de benzodiazépines pour les patients à haut risque de complications sévères^{102,106,107}, et de gabapentine ou de benzodiazépines pour les patients présentant un faible risque de complications sévères^{106,107}.

L'utilisation de l'**échelle de prédiction du risque de syndrome de sevrage d'alcool compliqué (PAWSS)** (voir annexe 3), en combinaison avec le jugement clinique, est recommandée pour évaluer le risque de complications sévères¹⁰⁷. Un score égal ou supérieur à 4 indique un risque élevé de complications sévères¹⁰⁸.

Encadré 5. Évaluer le risque de complications liées au sevrage d'alcool

« Le risque de complications associées au sevrage augmente avec la présence de plusieurs facteurs, qui représentent chacun un risque supplémentaire. En complément à l'évaluation initiale de l'état de la personne, les éléments suivants devraient donc être recherchés :

- ▶ Présence d'un syndrome de sevrage actif modéré ou sévère lors de la présentation
- ▶ Antécédent de sevrage sévère ou de complications liées au sevrage (p. ex. : hallucinations, convulsions, delirium tremens)
- ▶ Sevrages antérieurs multiples, surtout si rapprochés
- ▶ Personne de plus de 65 ans
- ▶ Hyperactivité marquée du système nerveux autonome (p. ex. : tachycardie, diaphorèse, hypertension)
- ▶ Présence de comorbidités physiques ou médicales ou de traumatisme craniocérébral
- ▶ Dépendance physiologique aux benzodiazépines, barbituriques ou autres agents GABAergiques
- ▶ Consommation concomitante d'autres substances psychoactives. »

Tiré de **INESSS (2021)**¹⁰⁹

Benzodiazépines pour la gestion du sevrage d'alcool

CHOIX DE LA BENZODIAZÉPINE

Le diazépam peut être utilisé pour prévenir ou traiter les symptômes de sevrage d'alcool¹⁰². Toutefois, en cas d'exposition à une benzodiazépine à longue action (comme le diazépam) prise en doses élevées à la fin de la grossesse, des effets pharmacologiques résiduels (hypotonie, dépression respiratoire)¹¹⁰ ou de sevrage¹⁰² sont possibles pour le nouveau-né. Dans ce contexte, une benzodiazépine à plus courte action, sans métabolite actif (comme le lorazépam), est suggérée à la fin du troisième trimestre de grossesse ou en cas d'accouchement imminent¹⁰⁷.

POSOLOGIE

Le comité canadien sur l'alcool et la grossesse¹⁰⁷ recommande l'usage de benzodiazépines à court terme et la réduction progressive de leur utilisation. Les auteurs conseillent d'ajuster les doses quotidiennement pour les personnes suivies en externe ou plus fréquemment pour les personnes hospitalisées à l'aide de l'échelle **CIWA-Ar** (voir annexe 4) ou **CIWA-modifiée** (voir annexe 5), tout en gardant en tête que certains symptômes de sevrage sont similaires à des symptômes de grossesse, comme les nausées, les vomissements, la sudation et l'anxiété¹⁰⁷.

Tableau 1. Plan de traitement à l'aide de benzodiazépines pour le sevrage d'alcool durant la grossesse ou l'allaitement

Syndrome de sevrage léger à modéré, avec faible risque de complications (CIWA-Ar < 19 ou CIWA-modifiée < 13 OU faible risque de développer un syndrome de sevrage)				
	1^{re} étape (ces posologies sont recommandées pendant 24 à 48 heures)	2^e étape (ces posologies sont recommandées pendant 24 à 48 heures)	3^e étape (ces posologies sont recommandées pendant 24 à 48 heures)	4^e étape (ces posologies sont recommandées pendant 24 à 48 heures)
Diazépam				
En fonction des symptômes (en milieu supervisé ou en externe)	5-10 mg PO q4-6 h PRN	5-10 mg PO q6-8 h PRN	5-10 mg PO q12 h PRN	5-10 mg PO qHS PRN
Horaire fixe en externe	5-10 mg PO QID	5-10 mg PO TID	5-10 mg PO BID	5-10 mg PO qHS
Lorazépam				
En fonction des symptômes (en milieu supervisé ou en externe)	1-2 mg PO/SL q4-6 h PRN	1-2 mg PO/SL q6-8 h PRN	1-2 mg PO/SL q12 h PRN	1-2 mg PO/SL qHS PRN
Horaire fixe en externe	1-2 mg PO/SL QID	1-2 mg PO/SL TID	1-2 mg PO/SL BID	1-2 mg PO/SL qHS

Syndrome de sevrage sévère (CIWA-Ar ≥ 19 ou CIWA-modifiée ≥ 13)

	1^{re} étape (ces posologies sont recommandées pendant 24 à 48 heures)	2^e étape (ces posologies sont recommandées pendant 24 à 48 heures)	3^e étape (ces posologies sont recommandées pendant 24 à 48 heures)	4^e étape (ces posologies sont recommandées pendant 24 à 48 heures)
Diazépam				
En fonction des symptômes avec ou sans horaire fixe surajouté (en milieu supervisé)	10-20 mg PO/IV q1-2 h PRN +/- 10-20 mg PO QID	10-20 mg PO/IV q1-2 h PRN +/- 10-20 mg PO TID	10-20 mg PO/IV q1-2 h PRN +/- 10-20 mg PO BID	10-20 mg PO/IV q1-2 h PRN +/- 10-20 mg PO qHS
Lorazépam				
En fonction des symptômes avec ou sans horaire fixe surajouté (en milieu supervisé)	2-4 mg PO/SL/IV q1-2 h PRN +/- 2-4 mg PO/SL QID	2-4 mg PO/SL/IV q1-2 h PRN +/- 2-4 mg PO/SL TID	2-4 mg PO/SL/IV q1-2 h PRN +/- 2-4 mg PO/SL BID	2-4 mg PO/SL/IV q1-2 h PRN +/- 2-4 mg PO/SL qHS
Diminution des doses	Diminuer durant 3 à 7 jours en réduisant la dose ou la fréquence.			
Durée du traitement	7 à 10 jours La prolongation de la période de traitement jusqu'à un maximum de 4 semaines pourrait toutefois être considérée dans les cas de symptômes de sevrage persistants, de rechute brève et ponctuelle ou de dépendance aux benzodiazépines.			

Tableau adapté de : [Pharmacotherapy Options for Alcohol Withdrawal](#) et [Traitements pharmacologiques du sevrage](#)

➔ **Si des doses plus importantes sont nécessaires, il est recommandé de consulter un spécialiste du domaine de la dépendance et de procéder à l'hospitalisation¹⁰⁷.**

SÉCURITÉ

L'usage de benzodiazépines à court terme est généralement sécuritaire au cours d'une grossesse¹⁰². Les effets secondaires incluent la somnolence et des étourdissements. Les contre-indications sont l'insuffisance respiratoire sévère, l'apnée du sommeil, la myasthénie grave, le glaucome à angle fermé et l'allergie ou l'hypersensibilité aux benzodiazépines¹⁰⁷. Une attention particulière doit aussi être portée à l'insuffisance hépatique et à l'insuffisance rénale¹⁰⁷. L'INESSS¹⁰⁹ présente les précautions et les contre-indications auxquelles prêter attention pour le choix des benzodiazépines dans un [tableau](#). Par ailleurs, il est important de vérifier si la personne utilise déjà des benzodiazépines de façon régulière¹⁰² et de prendre en compte les risques en cas d'usage concomitant d'alcool¹⁰⁷. Certaines données ayant suscité la controverse ont associé l'utilisation de benzodiazépines à une augmentation du risque de fente labiopalatine¹⁰⁷. Cependant, plusieurs études récentes n'ont pas trouvé d'augmentation du risque de malformations congénitales ou de problèmes neurocomportementaux chez les enfants exposés in utero aux benzodiazépines. De plus, l'utilisation de benzodiazépines pour la gestion du sevrage d'alcool n'est pas un usage prolongé¹⁰⁶.

Gabapentine

pour les personnes à faible risque de complications sévères du sevrage d'alcool (score <4 au PAWSS)

DOSAGE

La sévérité des symptômes de sevrage peut être évaluée à l'aide de l'échelle [CIWA-Ar](#) (voir annexe 4) ou [CIWA-modifiée](#) (voir annexe 5) afin de déterminer la posologie^{102,107}. Il faut garder en tête que certains symptômes de sevrage sont similaires à des symptômes de grossesse, comme les nausées, les vomissements, la sudation et l'anxiété¹⁰⁷.

Tableau 2. Plan de traitement avec la gabapentine pour la gestion du sevrage d'alcool durant la grossesse et l'allaitement, si le risque de complications sévères est faible

	Dosage initial	Décroissant lorsque l'état est stabilisé (sauf si poursuite pour la prévention des rechutes)
Horaire fixe avec titrage selon symptômes CIWA-Ar de 10 à 14	100-300 mg PO TID + 100-300 mg po q4 h prn (laisser 2 heures entre chaque dose)	Diminuer de 100-200 mg po TID par jour
En fonction des symptômes CIWA-Ar < 10	300 mg po q4 h PRN	Diminuer de 100-200 mg po TID par jour

Tableau adapté de : [Pharmacotherapy Options for Alcohol Withdrawal](#) et [Traitements pharmacologiques du sevrage](#)

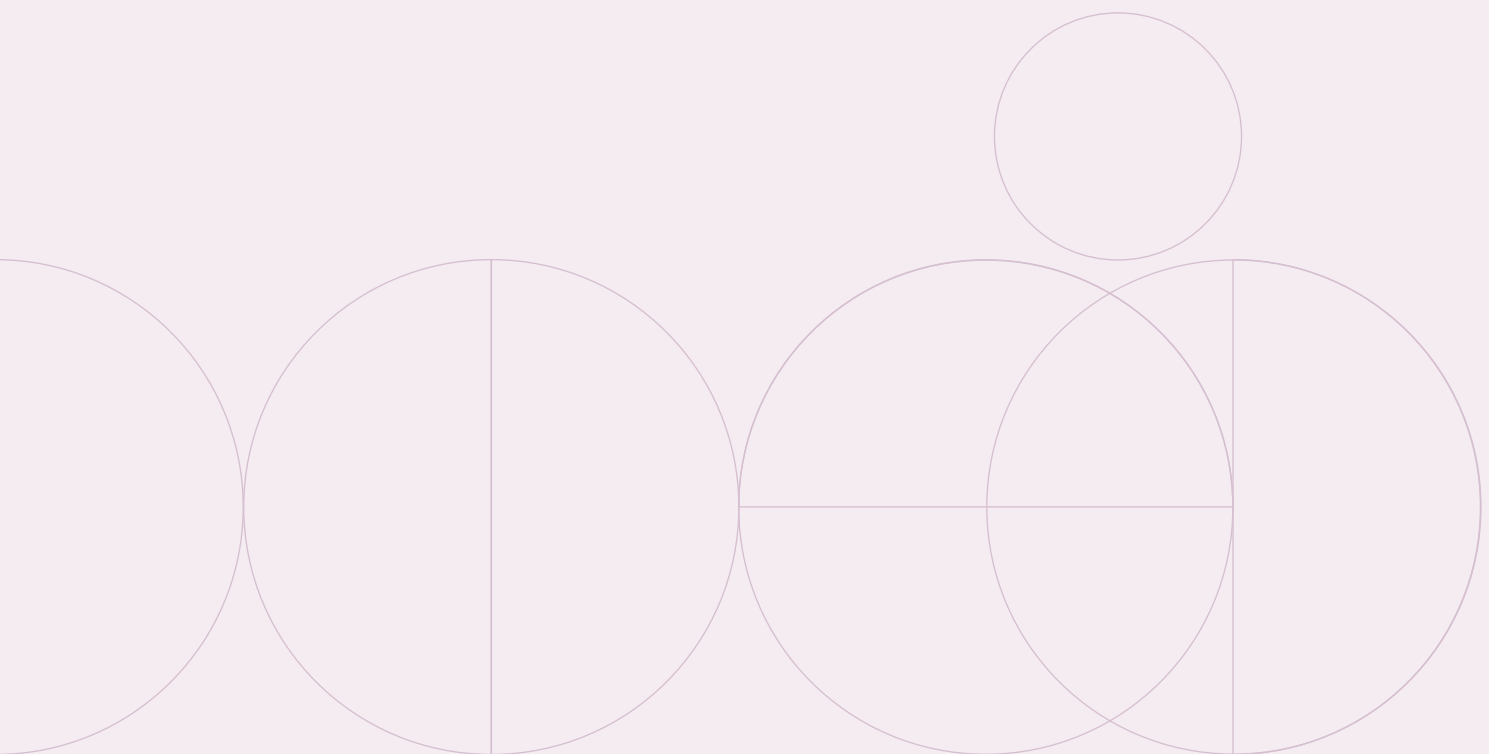
- Les doses maximales quotidiennes sont établies à 3 600 mg et devraient être suspendues en cas de somnolence, d'ataxie ou de dysarthrie¹⁰⁷. Lorsque les symptômes aigus sont résolus et que les mesures consécutives du CIWA-Ar sont inférieures à 10, les doses peuvent être réduites progressivement (600 mg par jour sur 3 à 5 jours)¹⁰⁷.

SÉCURITÉ

La gabapentine est généralement jugée compatible avec la grossesse pour le traitement du sevrage d'alcool. En effet, les données cumulées à ce jour n'indiquent pas de risques plus importants de malformations majeures par rapport au risque de base. Des signes et des symptômes apparentés à un sevrage ont été rapportés chez les nouveau-nés exposés à la fin de la grossesse, en particulier en cas de thérapie concomitante avec des opioïdes, ce qui peut justifier une naissance, puis une surveillance, dans un milieu qui soit en mesure d'offrir des soins néonataux aigus^{111,112}. Les contre-indications sont l'allergie ou l'hypersensibilité à la gabapentine¹⁰⁷. L'administration de doses élevées peut entraîner une ataxie, une dysarthrie ou de la somnolence. Il est également important de prendre en compte les risques de dépression du système nerveux en cas d'usage concomitant d'alcool¹⁰⁷. Un ajustement de la dose est requis en cas d'insuffisance rénale¹⁰⁷.

Le guide de l'INESSS pour le sevrage d'alcool et la prévention des rechutes résume les traitements pharmacologiques ainsi que les précautions et les contre-indications qui leur sont associées. Bien que ce guide ne soit pas destiné au contexte périnatal, les recommandations qu'il contient peuvent être appliquées aux personnes enceintes ou qui allaitent. De plus, les ordonnances individuelles préimprimées de l'INESSS pour le traitement en milieu ambulatoire ou en établissement peuvent être utiles pour les prescripteurs.

- ▶ [Guide d'usage optimal du sevrage d'alcool et prévention des rechutes](#), INESSS
- ▶ [Feuille de suivi du traitement du sevrage d'alcool en milieu ambulatoire](#), INESSS
- ▶ [Ordonnance individuelle préimprimée du traitement du sevrage de l'alcool en milieu ambulatoire](#), INESSS
- ▶ [Ordonnance individuelle préimprimée du traitement du sevrage de l'alcool en établissement](#), INESSS



Supplémentation nutritionnelle pour corriger les carences nutritionnelles causées par l'usage excessif d'alcool

Les lignes directrices les plus récentes proposent d'assurer la réhydratation et la supplémentation nutritionnelle^{102,106,107}, notamment en thiamine, en acide folique et en pyridoxine.

THIAMINE

Proposer de 100 à 200 mg par jour, par voie orale ou parentérale. En contexte de sevrage, la durée du traitement est habituellement d'une semaine¹⁰⁹. Si une encéphalopathie de Wernicke est suspectée, le comité canadien sur l'alcool et la grossesse¹⁰⁷ suggère l'administration de doses de 200 à 300 mg par jour par voie parentérale (de 3 à 5 jours), suivie de la thérapie orale¹⁰⁷.

Perspective clinique

En cas de poursuite de la consommation d'alcool, la supplémentation en thiamine est poursuivie. En ce qui concerne le traitement de l'encéphalopathie de Wernicke, celui-ci peut exiger jusqu'à 500 mg IV trois fois par jour¹¹³, l'administration se faisant en contexte d'hospitalisation, jusqu'à la résolution des symptômes.

ACIDE FOLIQUE

Proposer 1 mg par jour¹⁰⁶, idéalement intégré à un supplément multivitaminé, à débiter au moins 2 ou 3 mois avant la grossesse et à poursuivre tout au long de la grossesse¹¹⁴.

Perspective clinique

Comme les personnes présentant un TUA ont des niveaux sanguins de folates plus faibles, un supplément d'acide folique d'au moins 1 mg par jour est proposé. Dans la pratique, un supplément de 5 mg par jour peut être approprié au premier trimestre de la grossesse, notamment en cas de cumul de facteurs de risque (p. ex. : inobservance, malabsorption, prise de médicaments interférant avec les folates), avec un retour à des doses de 1 mg par jour aux deuxième et troisième trimestres.

PYRIDOXINE

Pour le traitement des carences résultant d'un apport alimentaire chroniquement insuffisant, les doses usuelles sont de 50 à 100 mg par jour par voie orale durant une à deux semaines¹¹⁵.

4.1.3 Gérer le sevrage d'alcool durant l'allaitement

Il existe peu de données sur l'usage de benzodiazépines durant l'allaitement^{102,106}. Le diazépam n'est généralement pas recommandé chez une personne qui allaite en raison de son passage plus important dans le lait, ainsi que du risque plus grand d'accumulation (demi-vie longue, métabolite actif)¹¹⁶.

LORAZÉPAM

Les données disponibles, qui sont limitées, montrent néanmoins que le lorazépam – une benzodiazépine à durée d'action intermédiaire, sans métabolite actif – est excrété dans le lait maternel en petites quantités. Une surveillance étroite de l'état d'éveil du nourrisson (sédation excessive, allongement de la fréquence des boires et réduction de la durée des tétées) et de sa prise de poids est recommandée, étant donné les doses élevées utilisées pour le sevrage d'alcool, en particulier si le nourrisson est jeune (moins de deux mois) et exclusivement allaité, ou si la mère prend d'autres médicaments sédatifs^{102,106,117}.

GABAPENTINE

Il existe peu de données sur l'usage de la gabapentine durant l'allaitement¹⁰⁶. L'information disponible montre un passage généralement faible de la gabapentine dans le lait maternel – à des doses maternelles allant jusqu'à 2 100 mg par jour. Un suivi de l'état d'éveil du nourrisson (sédation excessive, allongement de la fréquence des boires et réduction de la durée des tétées) est recommandé, notamment chez les enfants très jeunes (moins de deux mois) et allaités exclusivement, ou dont la mère reçoit d'autres médicaments sédatifs¹¹⁸. Un suivi du gain pondéral, des effets secondaires gastro-intestinaux et des jalons développementaux, en particulier chez les bébés plus jeunes et exclusivement allaités, est proposé^{106,107}.

Dans tous les cas, lors de l'évaluation des risques liés à la prise de médicaments durant l'allaitement, il demeure important de tenir compte de l'exposition à d'autres facteurs de risque (p. ex. : doses élevées, âge de l'enfant, polythérapies psychotropes).



Perspective clinique

Dans le cas d'un sevrage d'alcool chez une personne qui allaite, l'enfant allaité devrait lui aussi faire l'objet d'un suivi étroit, car il a vraisemblablement été exposé à une importante quantité d'alcool par le lait.

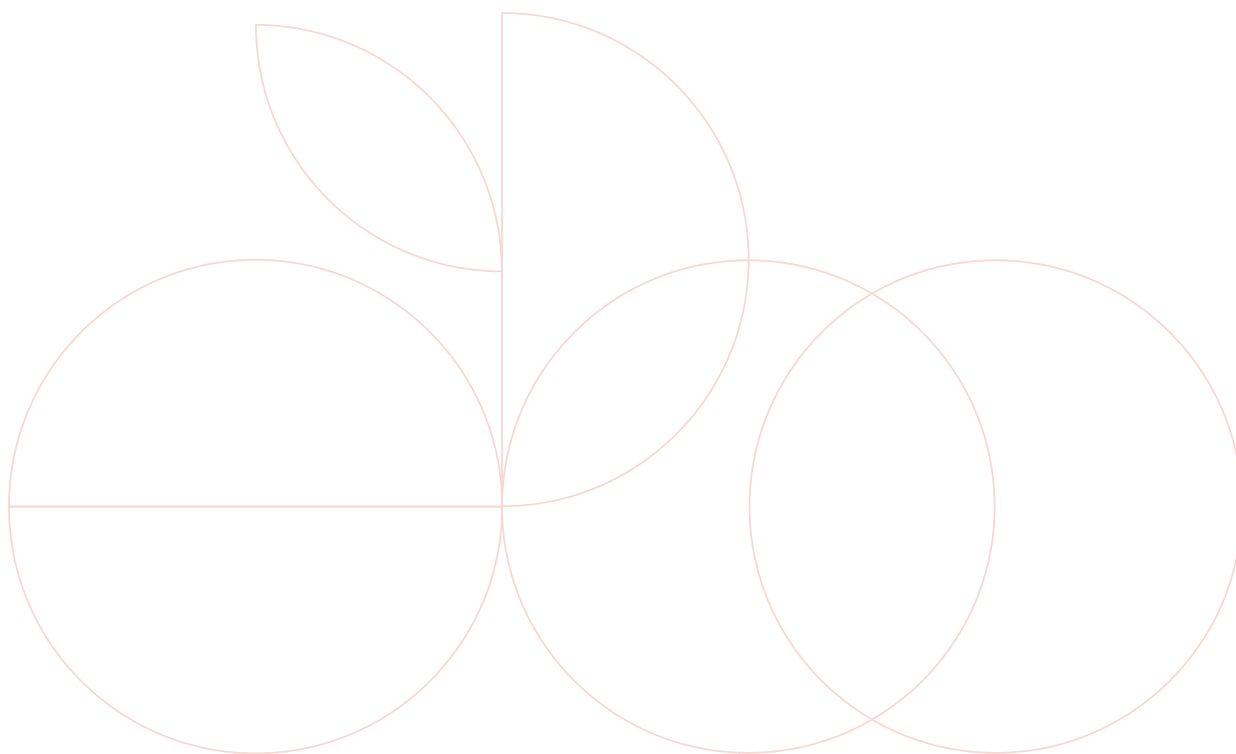
4.1.4 Traiter le trouble lié à l'utilisation d'alcool (prévention de la rechute) durant la grossesse

Pour prévenir la rechute des personnes enceintes présentant un TUA, les lignes directrices les plus récentes proposent la prise de naltrexone, d'acamprosate et de gabapentine^{102,106,107}. Au vu des données d'efficacité et de l'expérience clinique dans la population non enceinte, la naltrexone et l'acamprosate sont recommandés en première ligne, et la gabapentine est proposée comme une solution de rechange¹⁰⁶.

→ **Le topiramate et le disulfiram sont à éviter durant la grossesse**^{102,106}.

Perspective clinique

Le **guide de l'INESSS** pour le sevrage d'alcool et la prévention des rechutes résume les traitements pharmacologiques ainsi que les précautions et les contre-indications qui leur sont associées. Bien que ce guide ne soit pas destiné au contexte périnatal, les recommandations qu'il contient peuvent être appliquées aux personnes enceintes ou qui allaitent, en excluant les recommandations relatives au topiramate.



La naltrexone pour prévenir la rechute des personnes enceintes présentant un TUA

La naltrexone réduit les effets euphoriques liés à l'alcool et les envies impérieuses de consommer^{102,106}. Elle est considérée comme étant efficace pour le traitement des TUA modérés ou sévères^{102,106}. Elle est compatible avec la poursuite de la consommation d'alcool^{102,107}.

DOSAGE

Commencer avec 25 mg par voie orale une fois par jour (durant 3 ou 4 jours), puis titrer à 50 mg par jour durant une période de 3 à 6 mois^{102,107}. Peut aussi être utilisé au besoin (PRN) avant l'usage d'alcool ou en cas d'envie impérieuse de boire de l'alcool¹⁰⁷.

SÉCURITÉ

Les données sur l'utilisation de la naltrexone durant la grossesse sont peu nombreuses et limitées au traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO). Elles n'indiquent pas d'augmentation des risques de malformations congénitales ou d'autres complications obstétricales ou fœtales par rapport aux autres traitements du TUO durant la grossesse^{102,106}. Dans ce contexte, étant donné l'absence de risque majeur connu à ce jour pour la grossesse, certaines lignes directrices récentes proposent d'offrir la naltrexone si ce traitement permet à la personne de conserver sa sobriété ou de réduire sa consommation d'alcool durant la grossesse^{102,106,107}.

Les contre-indications concernent l'historique d'allergie ou de sensibilité à la naltrexone, l'usage courant d'opioïdes (réduction de l'efficacité des opioïdes pour la douleur), le sevrage aigu d'opioïdes, l'hépatite aiguë ou l'insuffisance hépatique^{106,107}. Une attention particulière doit aussi être portée à l'altération du fonctionnement rénal ou hépatique et à l'usage concomitant de substances potentiellement hépatotoxiques¹⁰⁶. Des tests de fonction hépatique sont recommandés en début de traitement, ainsi qu'à un, trois et six mois de traitement (plus souvent si les résultats sont élevés). Par ailleurs, les patients doivent être informés des signes d'hépatite aiguë et invités à cesser l'usage de naltrexone en présence de ces signes¹⁰⁷. La naltrexone est contre-indiquée si le taux d'enzymes hépatiques observé est quatre ou cinq fois plus élevé que la normale¹⁰².

Les effets secondaires incluent la nausée, les maux de tête et les étourdissements. Ces effets peuvent être atténués en amorçant le traitement avec une faible dose^{106,107}.

Il est important de noter que l'efficacité des opioïdes est réduite pour la gestion de la douleur chez les personnes qui reçoivent de la naltrexone. Pour cette raison, une consultation en anesthésie avant l'accouchement peut être nécessaire. L'arrêt de la naltrexone deux ou trois jours avant l'administration prévue d'opioïdes peut être envisagée, si cela est cliniquement possible²⁷.

COUVERTURE PAR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ)

 Couvert

L'acamprosate pour prévenir la rechute des personnes enceintes présentant un TUA

L'acamprosate réduit les envies impérieuses de consommer¹⁰². Il est considéré comme étant efficace pour réduire le risque de rechute et prolonger l'abstinence¹⁰⁶. Il est compatible avec la poursuite de la consommation d'alcool¹⁰⁷.

DOSAGE

Le traitement commence habituellement cinq jours après le sevrage d'alcool¹⁰². Les lignes directrices récentes recommandent 666 mg par voie orale TID^{102,107}. La prise de dose trois fois par jour peut représenter un défi pour l'adhésion au traitement¹⁰⁷.

SÉCURITÉ

Les données sur la prise d'acamprosate au cours de la grossesse se limitent à celles d'une petite étude rétrospective et d'une série de cas non publiée, sans identification d'un risque majeur pour la personne enceinte et le fœtus¹¹¹. Malgré ces données limitées, dans le contexte d'un TUA, les lignes directrices canadiennes les plus récentes proposent d'envisager la poursuite ou le début du traitement si celui-ci permet d'atteindre la sobriété ou de réduire la consommation ou l'utilisation d'alcool^{102,107}.

Les contre-indications concernent l'historique d'allergie ou de sensibilité à l'acamprosate et l'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine ≤ 30 ml/min)^{106,107}. Une attention particulière doit aussi être portée à l'altération du fonctionnement rénal (clairance de la créatinine 30-50 ml/min); en cas de problème, la dose devra être réduite¹⁰⁷.

Les effets secondaires incluent la diarrhée, des vomissements et des douleurs abdominales, mais ceux-ci disparaissent en général rapidement¹⁰⁷.

COUVERTURE PAR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ)

 Couvert

La gabapentine pour prévenir la rechute des personnes enceintes présentant un TUA

La gabapentine réduit les envies impérieuses de consommer et prolonge l'abstinence¹⁰⁶. La gabapentine n'est pas compatible avec la poursuite de la consommation d'alcool en raison du risque d'effets dépressifs additifs sur le système nerveux central¹⁰⁷.

DOSAGE

Le traitement commence par des doses de 100 à 300 mg par voie orale TID^{106,107}. Si les symptômes persistent, les doses peuvent être augmentées jusqu'à un maximum quotidien de 1 800 mg^{106,107}.

SÉCURITÉ

La gabapentine est généralement jugée compatible avec la grossesse pour la prévention de la rechute des personnes présentant un TUA¹⁰⁷. Les données cumulées à ce jour n'indiquent pas d'augmentation de risques de malformations majeures par rapport au risque de base. Des signes et symptômes apparentés à un sevrage ont été rapportés chez les nouveau-nés exposés à la fin de la grossesse, en particulier en cas de thérapie concomitante avec des opioïdes, ce qui peut justifier une naissance, puis une surveillance, dans un milieu qui soit en mesure d'offrir des soins néonataux aigus^{111,112}. Dans ce contexte, certaines lignes directrices récentes proposent de prescrire la gabapentine si les bénéfices attendus dépassent les risques potentiels¹⁰⁷.

Les contre-indications concernent l'historique d'allergie ou de sensibilité à la gabapentine^{106,107}. Une attention particulière doit aussi être portée à l'altération du fonctionnement rénal^{106,107}. Des doses supérieures à la posologie thérapeutique et la consommation concomitante de dépressifs du système nerveux central augmentent le risque de dépression respiratoire, de sédation profonde, de syncope et de décès¹⁰⁶.

Les effets secondaires incluent l'ataxie, la dysarthrie et la somnolence¹⁰⁶ si les doses sont plus élevées que la posologie thérapeutique moyenne¹⁰⁷.

Une attention particulière doit être portée aux risques de mésusage, de dépendance, de diversion et de toxicité¹⁰⁷.

COUVERTURE PAR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ)

 Couvert

4.1.5 Traiter le trouble lié à l'utilisation d'alcool (prévention de la rechute) durant l'allaitement

En ce qui concerne l'allaitement pour les personnes qui reçoivent une médication visant à prévenir la rechute ou les envies impérieuses de consommer liées au TUA^{102,106,107}, les données disponibles sont peu nombreuses.

NALTREXONE

La naltrexone est excrétée en petites quantités dans le lait maternel, selon des données obtenues chez une femme. On ne s'attend pas à des effets indésirables pour le nourrisson^{106,107,119}. La naltrexone ne représente pas une contre-indication à l'allaitement¹²⁰.

ACAMPROSATE

Aucune étude n'a évalué le passage de l'acamprosate dans le lait maternel¹¹⁹. Ses caractéristiques et sa longue demi-vie pourraient laisser supposer une certaine accumulation chez le nourrisson. L'acamprosate est jugé « probablement sécuritaire » par des comités d'experts, mais devrait être utilisé avec prudence, car il n'existe pas de données pour l'allaitement^{102,106,107}. Une consultation auprès d'un centre d'information spécialisé (p. ex. : IMAGE) est suggérée afin d'évaluer les risques et le suivi nécessaire en fonction des éléments cliniques (p. ex. : âge de l'enfant allaité, autres médicaments, etc.).

GABAPENTINE

Les données disponibles montrent un passage généralement faible de la gabapentine dans le lait maternel – à des doses maternelles allant jusqu'à 2 100 mg par jour. Un suivi de l'état d'éveil du nourrisson (sédation excessive, allongement de la fréquence des boires et réduction de la durée des tétées) est recommandé, notamment chez les enfants très jeunes (moins de deux mois) et allaités exclusivement, ou dont la mère reçoit d'autres médicaments sédatifs¹¹⁸. Un suivi du gain pondéral, des effets secondaires gastro-intestinaux et des jalons développementaux, en particulier chez les bébés plus jeunes et exclusivement allaités, est proposé^{106,107}.

TOPIRAMATE

Le topiramate est excrété dans le lait maternel de façon modérée en général, mais aussi parfois en quantités plus élevées. Des effets indésirables, notamment digestifs, ont parfois été rapportés chez des nourrissons. Un suivi est donc nécessaire (sédation, diarrhées, gain pondéral insuffisant), en particulier si le nourrisson est jeune et allaité exclusivement, ou si la mère reçoit d'autres médicaments sédatifs¹²¹. La nécessité d'une contraception efficace doit être évoquée au cours des discussions avec la personne, étant donné les risques tératogènes que présente le médicament.

DISULFIRAM

Aucune étude n'a évalué le passage du disulfiram dans le lait maternel^{102,119}. Il faut savoir que, si la personne qui allaite utilise de l'alcool alors qu'elle prend aussi du disulfiram, la combinaison pourrait être toxique pour l'enfant allaité¹¹⁹. **Le disulfiram devrait être évité durant l'allaitement.**

Dans tous les cas, lors de l'évaluation des risques liés à la prise de médicaments durant l'allaitement, il demeure important de tenir compte de l'exposition à d'autres facteurs de risque (p. ex. : doses élevées, âge de l'enfant, polythérapies psychotropes).

4.2 Trouble lié à l'utilisation d'opioïdes

L'ESCODI a produit des fiches informatives sur les interventions cliniques liées à chaque SPA. La [fiche sur les opioïdes](#) propose des informations et divers outils favorisant l'accompagnement ainsi que la prise en charge de l'intoxication et du sevrage. Les informations sur la prise en charge des personnes enceintes ou qui allaitent suivent dans les prochaines sections.

4.2.1 Informer sur les risques liés au trouble lié à l'utilisation d'opioïdes durant la grossesse et l'allaitement

Les personnes enceintes qui ont un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO) présentent un risque plus élevé de comorbidités biopsychosociales, comme les infections transmissibles sexuellement ou par le sang, les surdoses, la violence et les activités illégales, les troubles de santé mentale, l'usage de plusieurs substances et une alimentation pauvre. Ces risques sont particulièrement élevés chez les personnes qui consomment des substances par injection¹²².

L'usage d'opioïdes durant la grossesse peut augmenter les risques de malformations congénitales mineures, de retard de croissance intra-utérin, d'accouchement prématuré, de faible poids à la naissance, de ralentissement du rythme cardiaque fœtal, de conséquences neurodéveloppementales et de mortalité périnatale¹²². De plus, l'exposition prénatale aux opioïdes peut causer un syndrome de sevrage néonatal¹²².

Durant l'allaitement, les risques connus pour le nourrisson allaité en raison d'un mésusage d'opioïdes prescrits comprennent la sédation, le sevrage et la dépression respiratoire¹¹⁹.

En ce qui concerne les opioïdes obtenus sur le marché illégal, les risques qu'ils présentent pour le nourrisson peuvent être imprévisibles parce que leur composition exacte est inconnue.

4.2.2 Gérer le sevrage d'opioïdes durant la grossesse

Il est déconseillé, pour une personne enceinte qui présente un TUO, de réduire ses doses d'opioïdes ou d'en cesser l'utilisation^{10,27,48,122}. Le sevrage est une cause de taux élevés de rechute, lesquels constituent un risque accru de surdose, d'infections et de conséquences négatives sur la grossesse^{10,48,122}. Il est plutôt recommandé de proposer un traitement par agonistes opioïdes (TAO) afin de tenter d'éliminer ou de réduire l'usage non médical des opioïdes et d'améliorer les issues maternelles et néonatales^{10,48,122}.

Lorsqu'une personne prend la décision libre et éclairée de procéder à un sevrage des opioïdes, malgré les risques associés à une telle initiative, les doses d'opioïdes devraient être réduites très progressivement dans le cadre d'un transfert vers une molécule de TAO, sur une période de plusieurs mois, avec un soutien psychosocial intensif^{10,27}.

BOÎTE À OUTILS

- ▶ [Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du TUO](#) (voir chapitre 7), ESCODI
- ▶ [Conditions pour réduire les risques associés au sevrage](#), ESCODI
- ▶ [Liste des éléments à aborder lors d'une demande de sevrage faite par une personne utilisatrice d'opioïdes](#), ESCODI
- ▶ [Formulaire de consentement lors d'une demande de sevrage pour un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes \(TUO\)](#), ESCODI

Les symptômes de sevrage des opioïdes se manifestent au cours des heures ou des jours qui suivent la dernière consommation, sous forme de symptômes grippaux (myalgies, rhinorrhée, chair de poule, diaphorèse, nausées, vomissements, diarrhée), psychologiques (insomnie, anxiété, envies impérieuses d'utiliser des opioïdes, dysphorie) et obstétricaux (crampes abdominales, irritabilité utérine)⁴³. Les symptômes de sevrage peuvent être évalués et surveillés grâce à l'[échelle de symptômes de sevrage des opioïdes](#) (COWS).

Le sevrage des opioïdes constitue une urgence obstétricale²⁷ et doit être pris en charge rapidement en suivant ces étapes :

1. Évaluer la sévérité du sevrage et la réponse au traitement (COWS)
2. Évaluer le risque d'allongement de l'intervalle QT afin de soutenir le choix du TAO
3. Surveiller le rythme cardiaque fœtal
4. Administrer dès que possible un opioïde disponible pour soulager rapidement les symptômes de sevrage, par exemple :
 - ▶ Morphine – de 20 à 40 mg PO ou de 10 à 20 mg IM/IV/SC (en attendant de commencer le TAO)
 - OU
 - ▶ Hydromorphone – de 2 à 4 mg IV/SC ou de 4 à 8 mg PO (en attendant de commencer le TAO)
5. Amorcer immédiatement un traitement par agonistes opioïdes

4.2.3 Traiter le trouble lié à l'utilisation d'opioïdes durant la grossesse

Le traitement par agonistes opioïdes (TAO) contribue à éliminer ou à réduire l'usage non médical des opioïdes et les risques liés à cette utilisation pour la santé. Il donne de meilleurs résultats que l'absence de traitement ou une gestion rapide du sevrage, notamment sur le plan de l'accès à des soins prénatals, de la durée de la gestation, du poids à la naissance et du retour à domicile des nouveau-nés sous la garde de leurs parents biologiques^{10,122}. Dans ce contexte, les lignes directrices courantes recommandent d'amorcer (ou de poursuivre) le TAO durant la grossesse^{10,122}.

Les TAO oraux suivants peuvent être utilisés en périnatalité : méthadone, buprénorphine-naloxone et morphine à libération lente unique quotidienne (MLLU)^{10,27,122}. Les effets de la méthadone et de la buprénorphine-naloxone durant la grossesse ont été mieux étudiés que ceux de la morphine à libération lente unique quotidienne, pour laquelle moins de données durant la grossesse sont disponibles^{10,122}. La MLLU reste cependant une option de traitement si les TAO de première intention ne conviennent pas, ou si la personne était déjà stabilisée par ce type de traitement avant la grossesse¹²³. Il est par ailleurs à noter que les lignes directrices courantes ne recommandent pas la naltrexone orale pour le traitement du TUO^{10,14,95,122} et que la naltrexone injectable n'est pas disponible au Canada pour le traitement des TUO¹²⁴.

Bien que le TAO durant la grossesse puisse provoquer un syndrome de sevrage néonatal, la prise en charge néonatale est bien connue des équipes médicales, et les bénéfices dépassent largement les risques¹⁰.

4.2.4 Choisir un traitement par agonistes opioïdes durant la grossesse

Pour les personnes déjà stabilisées sous TAO avant la grossesse, il est généralement recommandé de poursuivre le même traitement. Il est en effet déconseillé de passer d'un médicament agoniste opioïde à un autre durant la grossesse, car un processus de transition pourrait entraîner la réapparition de symptômes de sevrage et constituer un risque accru de rechute^{10,48}.

Pour les personnes qui amorcent un TAO durant la grossesse, les options orales suivantes peuvent être envisagées : méthadone, buprénorphine-naloxone et morphine à libération lente unique quotidienne. Le choix du traitement peut se faire en fonction des mêmes considérations que pour la population générale. Le soutien à la prise de décision éclairée comporte une évaluation et une discussion sur les objectifs de la personne, ses expériences antérieures, ses conditions médicales ainsi que les risques et bénéfices des différentes options thérapeutiques.

- ▶ [Guide clinique québécois d'accompagnement des personnes vivant avec un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes](#), ESCODI (voir chapitre 3.4.3)
- ▶ [Tableau résumé des traitements pharmacologiques du TUO](#), ESCODI

Outils pour personnes ayant un TUO

- ▶ [Dépendance aux opioïdes : Mon traitement, mes choix](#), ESCODI
- ▶ [Faire un choix éclairé](#), ESCODI

Certaines données sur les TAO en contexte de grossesse peuvent influencer la décision de la personne enceinte. Notamment, les recherches comparant la buprénorphine-naloxone et la méthadone montrent que la buprénorphine-naloxone entraîne un syndrome de sevrage néonatal moins sévère et contribue à réduire les risques de travail prématuré, de petit périmètre crânien, de faible poids à la naissance^{10,122} et de diminution de la fréquence cardiaque fœtale¹²². Par contre, la méthadone présente l'avantage d'éviter les symptômes de sevrage au cours de l'induction, c'est-à-dire au début du traitement.

Il est toutefois à noter qu'il existe beaucoup moins de données sur la morphine à libération lente univoquotidienne que sur la méthadone ou la buprénorphine-naloxone pour le traitement du TAO durant la grossesse^{10,122,123}, entre autres sur les changements pharmacocinétiques liés à la grossesse et la nécessité d'ajuster les doses. La MLLU reste cependant une option de traitement si les TAO de première intention ne conviennent pas, ou si la personne était déjà stabilisée avec ce traitement avant sa grossesse¹²³.

Les données actuellement disponibles sur la buprénorphine injectable à libération prolongée au Canada ne sont pas favorables au recours à cette formulation durant la grossesse^{122,125}. En effet, et bien que l'expérience clinique soit encore très limitée avec cette formulation, l'innocuité de l'un des excipients (ingrédient inactif utilisé dans la formulation) n'est pas avérée en contexte de grossesse.

Si une personne qui a été stabilisée grâce à la buprénorphine injectable à libération prolongée devient enceinte, une évaluation des risques et bénéfices devrait être réalisée afin d'aider cette personne à prendre une décision éclairée sur la poursuite de son traitement ou la transition vers une formulation orale^{48,125}.

BOÎTE À OUTILS

- ▶ [Guide d'utilisation de la buprénorphine injectable à libération prolongée \(Sublocade^{MC}\) dans le cadre d'un traitement par agonistes opioïdes \(TAO\), ESCODI](#) (voir section grossesse et allaitement)
- ▶ [Résumé du rapport intitulé : Innocuité de la buprénorphine à libération prolongée pour injection sous-cutanée durant la grossesse et l'allaitement en traitement par agonistes opioïdes \(TAO\) dans le cadre du traitement des troubles liés à l'utilisation des opioïdes](#), par le Centre IMAGe pour l'ESCODI

Les traitements par agonistes opioïdes injectables (TAOi) avec la diacétylmorphine ou l'hydromorphone injectables n'ont pas été étudiés en contexte de grossesse¹⁰. Les lignes directrices canadiennes courantes recommandent de proposer d'abord un TAO oral, sans toutefois exclure le TAOi dans une perspective de réduction des risques¹⁰. Il est à noter qu'il n'existe actuellement pas de programme de TAO injectable au Québec.

La méthadone pour le traitement du TUO durant la grossesse

DOSAGE

Les principes posologiques du traitement de méthadone durant la grossesse sont les mêmes que pour la population générale¹⁰.

L'induction s'amorce avec une dose de départ de 20 à 40 mg, augmentée au besoin de 5 à 20 mg tous les 5 à 7 jours¹²⁶. Un titrage individualisé est recommandé afin de soulager les symptômes de sevrage et les envies impérieuses de consommer, tout en évitant la confusion des symptômes de sevrage avec ceux liés à la grossesse¹⁰. La dose de confort devrait être visée, car il n'y a pas d'association entre la dose de méthadone durant la grossesse et la gravité du syndrome de sevrage néonatal^{10,43,95,127}.

Il peut être nécessaire, pour les personnes enceintes déjà stabilisées sous méthadone, d'augmenter la dose ou de procéder à un fractionnement des doses afin d'éviter les symptômes de sevrage qui pourraient être causés par les changements métaboliques et physiologiques liés à la grossesse^{10,122}. Au besoin, les doses peuvent être augmentées graduellement, à raison de 5 à 10 mg à la fois¹⁰, ou scindées en vue de la prise de deux ou trois doses par jour. Il est à noter que l'effet analgésique de la méthadone dure de six à huit heures. Après l'accouchement, les doses de méthadone peuvent être réduites en réponse à la diminution du volume sanguin et du métabolisme, et le fractionnement des doses peut être cessé¹⁰. Un processus de réduction graduel et individualisé, basé sur l'évaluation des symptômes de sédation excessive s'échelonnant sur un minimum de 12 semaines après l'accouchement, permet d'assurer le confort et la stabilité de la personne qui suit le traitement¹⁰.

SÉCURITÉ

Les risques liés à la poursuite de l'usage d'opioïdes non prescrits ou au sevrage sont beaucoup plus importants que les risques liés au traitement de méthadone durant la grossesse¹⁰. Il est cependant important de garder à l'esprit les effets potentiels de la méthadone, tout comme des opioïdes en général, sur le tracé cardiaque fœtal (fréquence de base plus faible, variabilité moins marquée, plus grand nombre de décélérations variables compliquées et tardives)¹²².

Parmi les effets secondaires indésirables de la méthadone, citons la transpiration accrue, la constipation, l'hypogonadisme et la baisse de libido, le gain pondéral, les nausées et la somnolence¹²⁸. La suppression de l'axe hypothalamo-hypophysaire par les opioïdes peut causer une aménorrhée¹²⁹ et ainsi augmenter le risque de grossesse non planifiée. Les précautions à prendre concernent le risque d'allongement de l'intervalle QT, le risque de sédation, l'insuffisance hépatique et l'insuffisance rénale¹²⁸.

Chez les personnes enceintes qui ont des vomissements plus de 10 minutes après avoir pris une dose de méthadone, le médicament devrait avoir été absorbé. La situation peut être réévaluée si la personne ressent un inconfort dans les heures qui suivent¹⁴.

Quant aux personnes enceintes qui ont des vomissements moins de 10 minutes après avoir reçu une dose de méthadone, voici ce qu'il faut faire :

- Si la personne est en traitement depuis au moins deux semaines et que les vomissements sont objectivés, une dose supplémentaire allant jusqu'à la moitié de la dose habituelle peut être administrée et un suivi doit être assuré au cours des heures suivantes¹⁴.

- Si la personne est en traitement depuis moins de deux semaines ou que les vomissements ne sont pas observés par un membre de l'équipe, l'état de la personne doit être réévalué de trois à six heures après l'incident. Si la personne présente des symptômes de sevrage, une dose supplémentaire allant jusqu'à la moitié de la dose habituelle peut être administrée¹⁴.

En cas de doute, il est toujours pertinent de procéder à une réévaluation afin d'éviter les symptômes de sevrage. Les membres de l'équipe de soins partenaire peuvent aussi offrir des conseils afin de réduire le risque de vomissements, notamment les suivants :

- Éviter de prendre la méthadone l'estomac vide¹⁴.
- Boire la méthadone lentement, à très petites gorgées¹⁴.
- Diminuer la quantité du liquide dans lequel la méthadone est diluée (p. ex. : 50 ml plutôt que 100 ml).
- Changer le liquide dans lequel est diluée la méthadone si celui-ci est irritant (p. ex. : jus d'orange).
- S'assurer d'une prise en charge optimale des nausées et des vomissements liés à la grossesse, tout en tenant compte des risques liés à l'effet cumulatif de prolongation du QT avec certains médicaments contre la nausée (voir la [Directive clinique de la SOGC](#) à ce sujet).
- Dans les cas où la méthadone cause régulièrement des vomissements, des doses scindées ou des antiémétiques peuvent être envisagés¹⁴.

COUVERTURE PAR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ)

 Couvert

- ▶ [Tableau résumé des traitements pharmacologiques du TUO](#), ESCODI (voir précautions et contre-indications)
- ▶ [Methadone Drug – Drug interactions](#), BBCSU (anglais)

La buprénorphine-naloxone pour le traitement du TUD pendant la grossesse

DOSAGE

Les principes posologiques du traitement de buprénorphine-naloxone pendant la grossesse sont les mêmes que pour la population générale¹⁰. Une induction standard¹²⁶ peut être envisagée si la personne est déjà en sevrage au moment où elle se présente pour amorcer un traitement. Sinon, il est préférable de procéder à un microdosage¹³⁰ très lent afin d'éviter les symptômes de sevrage provoqués¹³¹.

Les symptômes de sevrage sont à éviter pendant la grossesse. La dose maximale quotidienne, au terme du processus d'induction, est de 32 mg¹²⁶. Une induction en milieu hospitalier peut être bénéfique pour prévenir un sevrage précipité¹⁰.

Il peut être nécessaire, pour les personnes enceintes déjà stabilisées sous buprénorphine-naloxone, d'augmenter la dose ou de procéder à un fractionnement des doses afin d'éviter les symptômes de sevrage qui pourraient être causés par les changements métaboliques et physiologiques liés à la grossesse^{10,122}. Au besoin, les doses peuvent être augmentées graduellement, à raison de 2 mg à la fois¹³², ou scindées en vue de la prise de deux ou trois doses par jour. Il est à noter que l'effet analgésique de la buprénorphine dure de 6 à 12 heures. Après l'accouchement, les doses peuvent être réajustées au besoin¹⁴ dans le cadre d'un processus de réduction graduel et individualisé, basé sur l'évaluation des symptômes, pour assurer le confort et la stabilité de la personne qui suit le traitement.

SÉCURITÉ

Les risques liés à la poursuite de l'usage d'opioïdes non prescrits ou au sevrage sont beaucoup plus importants que les risques liés au traitement de buprénorphine-naloxone pendant la grossesse¹⁰.

L'innocuité de la buprénorphine-naloxone a été démontrée pendant la grossesse^{10,122}. Il n'est donc plus nécessaire d'effectuer une transition vers la buprénorphine en monoproduct, comme cela était recommandé auparavant¹⁰.

Parmi les effets secondaires de la buprénorphine-naloxone, citons la transpiration accrue, la constipation, l'hypogonadisme et la baisse de libido, le gain pondéral, les nausées, la somnolence, les céphalées (dans les premiers jours de l'induction) et le sevrage provoqué, qui est à éviter pendant la grossesse¹²⁸.

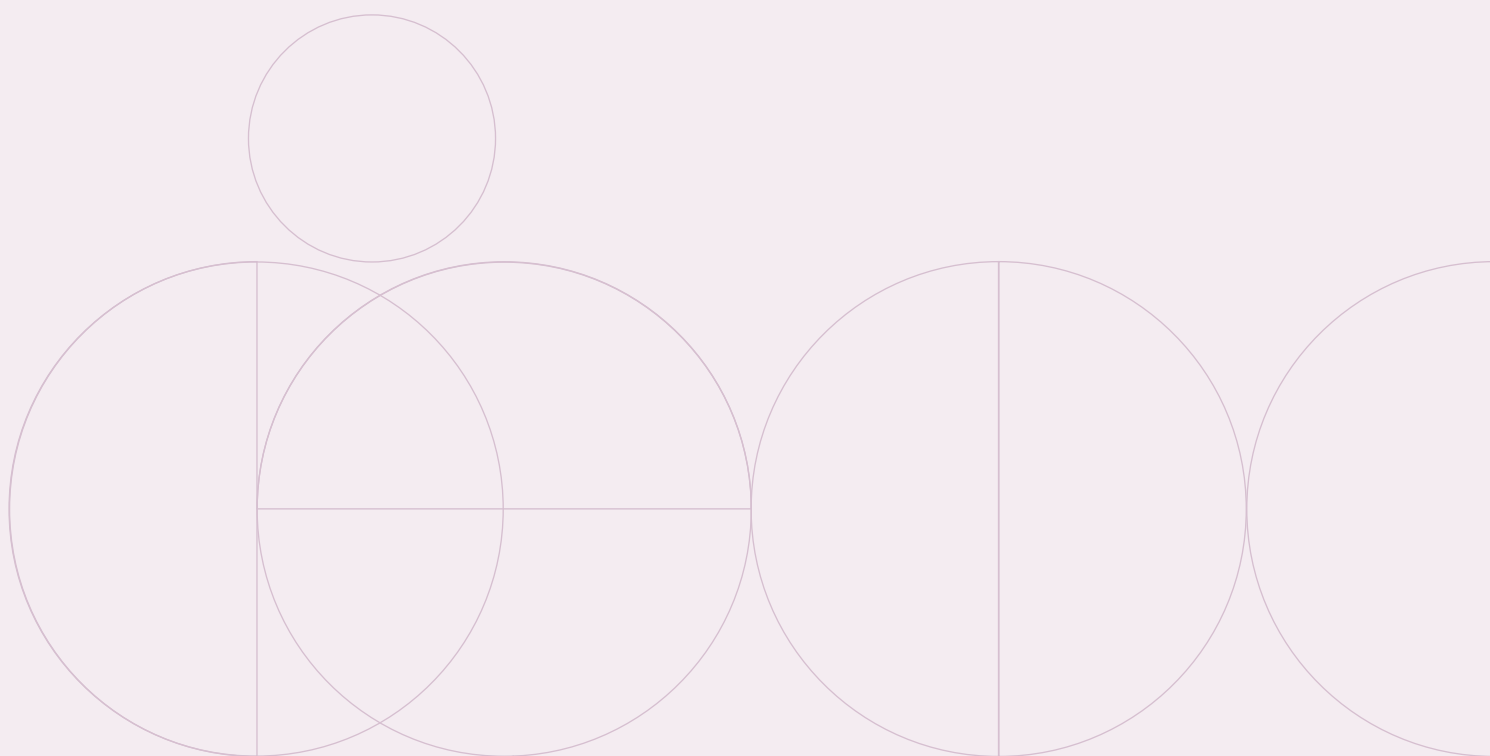
La buprénorphine-naloxone présente des interactions avec certains médicaments. Les précautions à prendre concernent l'insuffisance hépatique et l'insuffisance rénale¹²⁸. La buprénorphine-naloxone a généralement un effet non significatif sur l'intervalle QT¹²⁸.

L'absorption de la buprénorphine-naloxone est sublinguale ou transmuqueuse (comprimé ou timbre). La dose n'a donc pas besoin d'être remplacée en cas de vomissements⁴⁵.

COUVERTURE PAR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ)

 Couvert

- ▶ [Guide d'usage optimal – Traitement par agonistes opioïdes](#), INESSS
- ▶ [Guide d'utilisation de la méthode d'induction par microdosage de buprénorphine-naloxone \(Suboxone^{MC}\) dans le cadre d'un traitement par agonistes opioïdes](#), ESCODI
- ▶ [Buprenorphine/naloxone Drug-Drug Interactions](#), BBCSU (anglais)
- ▶ [Tableau résumé des traitements pharmacologiques du TUO](#), ESCODI (voir précautions et contre-indications)



La morphine à libération lente unique quotidienne (Kadian^{MC}) pour le traitement du TAO durant la grossesse

DOSAGE

Les principes posologiques du traitement de morphine à libération lente unique quotidienne durant la grossesse sont les mêmes que pour la population générale¹⁰.

L'induction s'amorce avec une dose de départ comprise entre 50 mg (pour les personnes ayant une faible tolérance aux opioïdes) et 300 mg au maximum (pour les personnes ayant une très forte tolérance aux opioïdes). La dose est ajustée et peut être augmentée jusqu'à 100 mg toutes les 24 à 48 heures¹³³.

Perspective clinique

Pour les personnes stabilisées sous un traitement de morphine à libération lente unique quotidienne, le fractionnement ou l'augmentation des doses est rarement nécessaire durant la grossesse.

SÉCURITÉ

Il existe beaucoup moins de données sur l'usage de la morphine à libération lente unique quotidienne durant la grossesse que sur l'usage de la méthadone ou de la buprénorphine-naloxone. Pour cette raison, les lignes directrices courantes conseillent d'envisager cette approche lorsque les traitements avec la méthadone ou la buprénorphine-naloxone sont inefficaces, contre-indiqués, inacceptables ou inaccessibles^{10,48,122,123}.

Parmi les effets secondaires de la morphine à libération lente unique quotidienne, citons la constipation, les nausées, les vomissements, la dyspepsie, les douleurs abdominales, la rétention urinaire, la somnolence, les étourdissements et la diaphorèse.

La morphine à libération lente unique quotidienne présente des interactions avec certains médicaments¹²³. Les précautions à prendre concernent l'insuffisance hépatique et l'insuffisance rénale¹²⁸. La morphine à libération lente unique quotidienne n'a pas d'effet sur l'intervalle QT.

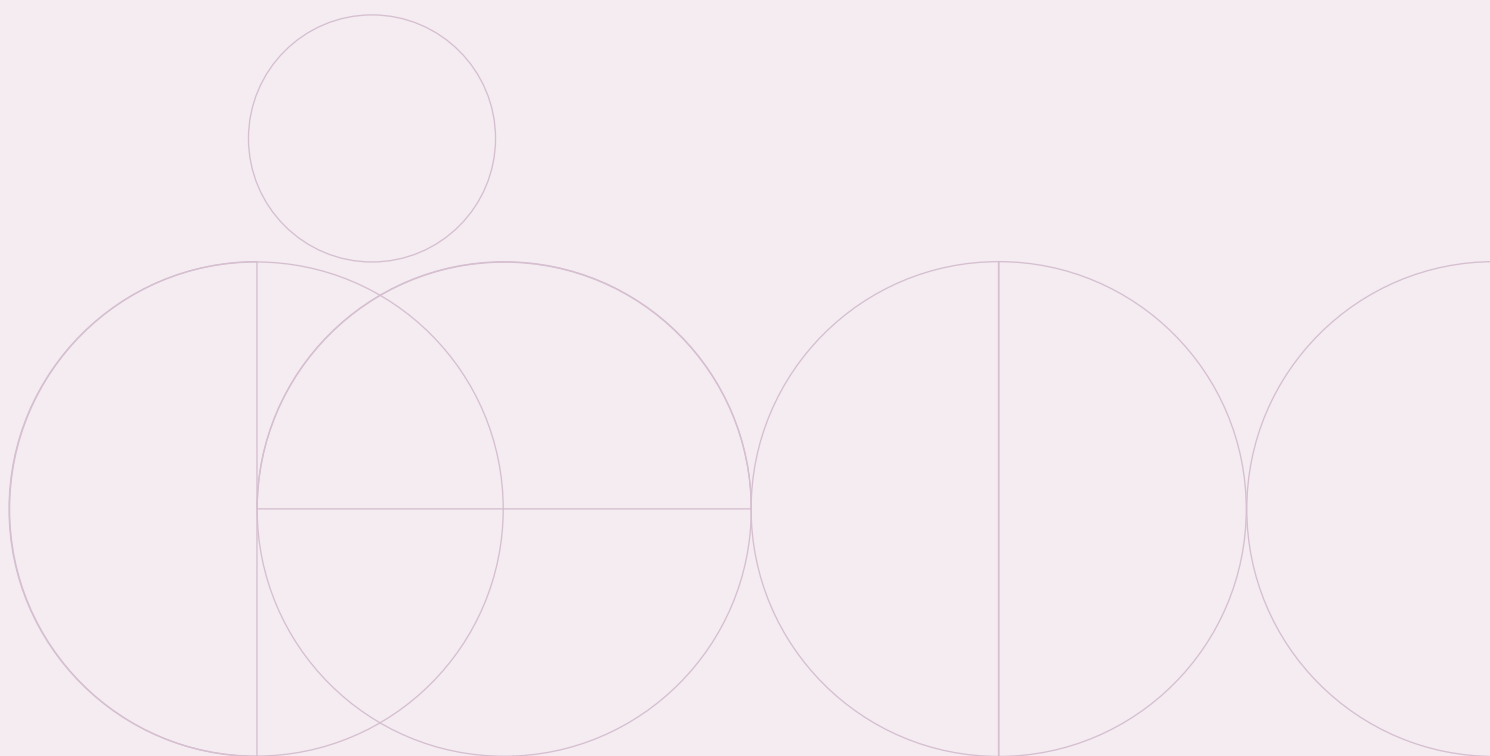
Perspective clinique

Si la personne traitée vomit peu de temps après avoir pris sa dose de MLLU, la conduite à adopter doit être individualisée et tenir compte de la dose elle-même ainsi que du contexte (p. ex. : niveau de stabilité du TAO, facilité de suivi et d'adaptation des doses subséquentes).

COUVERTURE PAR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ)

 Couvert

- ▶ [Guide d'utilisation de la morphine à libération lente unquotidienne \(Kadian^{MC}\) dans le cadre d'un traitement par agonistes opioïdes](#) (voir section grossesse et allaitement), ESCODI
- ▶ [Tableau résumé des traitements pharmacologiques du TUO](#), ESCODI (voir précautions et contre-indications)
- ▶ [Interaction avec certains médicaments et la morphine à libération lente unquotidienne \(Kadian^{MC}\)](#), ESCODI (voir annexe 5)



4.2.5 Traiter le trouble lié à l'utilisation d'opioïdes durant l'allaitement

L'allaitement est généralement recommandé chez les personnes stabilisées sous traitement par agonistes opioïdes oraux^{10,14,43,95,119,122}. Il est associé à des issues positives comme la réduction de la sévérité du syndrome de sevrage néonatal^{10,14,95,119}. Un soutien à la décision devrait être offert aux parents afin qu'ils puissent prendre une décision éclairée au sujet des risques et des bénéfices de l'allaitement dans leur situation¹³⁴.

Dans la majorité des cas, l'allaitement est compatible avec le TAO, sauf s'il y a une contre-indication⁹⁵, comme pour les personnes présentant un VIH sans traitement antirétroviral ou dont la charge virale est détectable¹³⁵, celles qui sont atteintes de l'hépatite C et dont les mamelons sont craquelés ou saignent¹³⁶, ou celles qui utilisent régulièrement des substances provenant du marché illégal¹¹⁹.

Si une aide pharmacologique est initiée pour améliorer la production de lait, une attention particulière devra être portée au risque d'allongement du QT¹⁴.

La surveillance des effets indésirables pour le nourrisson (sédation, léthargie, constipation, nausées) est recommandée, en particulier lorsque l'enfant allaité est prématuré ou très jeune (moins de deux mois), que d'autres substances ou médicaments sédatifs sont utilisés (p. ex. : cannabis, antidépresseurs)⁴⁸ ou que les doses du TAO sont élevées^{48,119}. Une consultation médicale immédiate est nécessaire si le bébé montre des signes de somnolence inhabituelle, d'hypotonie ou de difficulté à respirer¹³⁷⁻¹³⁹. Si la dose du TAO d'une personne qui allaite est augmentée, celle-ci devra être invitée à surveiller les signes de somnolence inhabituelle chez l'enfant. Si la dose du TAO est réduite (ou si l'allaitement est interrompu soudainement), il est conseillé de surveiller les signes d'irritabilité chez l'enfant ainsi que la perte de poids ou les diarrhées (symptômes de sevrage)¹²⁸.

Les données sur l'allaitement sont plus nombreuses pour la méthadone et la buprénorphine-naloxone que pour la morphine à libération lente unique quotidienne en contexte de traitement du TUO. Pour cette raison, une attention particulière devrait être portée aux effets indésirables potentiels de la morphine à libération lente unique quotidienne sur le nourrisson (état d'éveil, sédation excessive, léthargie, état d'hydratation, gain de poids, croissance et développement)⁴⁸.

Pour les personnes traitées avec la buprénorphine injectable à libération prolongée, les risques liés à l'allaitement sont plus importants. Le manque de données et les concentrations plasmatiques élevées de buprénorphine (surtout dans les premiers jours qui suivent l'administration) doivent être pris en considération¹¹⁹. Le soutien à la décision éclairée peut s'appuyer sur le [**Guide d'utilisation de la buprénorphine injectable à libération prolongée \(Sublocade^{MC}\) dans le cadre d'un traitement par agonistes opioïdes**](#)¹²⁵.

Dans tous les cas, lors de l'évaluation des risques liés à la prise de médicaments durant l'allaitement, il demeure important de tenir compte de l'exposition à d'autres facteurs de risque (p. ex. : doses élevées, âge de l'enfant, polythérapies psychotropes).

Lorsque cela est possible, l'arrêt de l'allaitement devrait être réalisé de façon graduelle pour éviter l'apparition de symptômes de sevrage chez l'enfant⁴⁸.

4.2.6 Envisager un approvisionnement plus sécuritaire pour la personne enceinte dans une perspective de réduction des risques

« Offrir un approvisionnement plus sécuritaire consiste à fournir à ceux qui présentent un risque élevé de surdose des médicaments prescrits comme solution de rechange plus sécuritaire aux drogues illégales toxiques. Ces services peuvent contribuer à prévenir les surdoses, à sauver des vies et à mettre les personnes qui consomment des drogues en contact avec d'autres services sociaux et de santé. »¹⁴⁰

« Les professionnels appelés à s'impliquer dans l'approvisionnement plus sécuritaire ont les mêmes responsabilités que dans la prestation d'autres traitements du TUO. Ils doivent posséder les connaissances et les habiletés requises et exercer avec compétence. »⁴⁵

Perspective clinique

Les lignes directrices courantes dans le domaine de l'usage de substances en contexte de périnatalité n'évoquent pas l'approvisionnement plus sécuritaire (APS) d'opioïdes. Toutefois, dans la pratique spécialisée auprès des personnes présentant un TUO durant la grossesse ou l'allaitement, l'APS peut s'inscrire dans une stratégie de réduction des risques. **La collaboration avec un prescripteur spécialisé en dépendance est fortement suggérée dans le cas où l'APS est envisagé en contexte périnatal.**

BOÎTE À OUTILS

- ▶ [Opioid Use Disorder Practice Update](#), BCCSU
- ▶ [La pharmacothérapie de remplacement des substances psychoactives dans le contexte de pandémie de COVID-19 au Québec: Guide clinique à l'intention des prescripteurs](#), ESCODI
- ▶ [Perspectives des ordres professionnels des médecins, infirmières et pharmaciens sur l'approvisionnement plus sécuritaire](#), OPQ-CMQ-OIIQ

4.2.7 Intervenir en cas de surdose d'opioïdes durant la grossesse

La surdose d'opioïdes aiguë pendant la grossesse peut exiger l'administration de naloxone. Toutefois, les symptômes de sevrage induits par la naloxone peuvent entraîner une détresse fœtale, et la surveillance du fœtus est donc recommandée⁴³. De la naloxone devrait toujours être remise aux personnes enceintes qui sont à risque de surdose. En cas de surdose, la priorité est de sauver la vie de la personne enceinte. Par conséquent, l'administration de naloxone ne devrait pas être évitée ou retardée¹²².

Perspective clinique

À la suite de l'administration de naloxone à une personne enceinte qui fait une surdose, il est pertinent de procéder, selon l'âge gestationnel, à l'évaluation du bien-être fœtal par un examen de réactivité fœtale – ou *non-stress test* (NST) – et un profil biophysique, en plus d'envisager une échographie pour documenter la croissance.

4.3 Trouble lié à l'utilisation du tabac

L'ESCODI a produit des fiches informatives sur les interventions cliniques liées à chaque SPA. La [fiche sur la nicotine](#) propose des informations et divers outils favorisant l'accompagnement ainsi que la prise en charge de l'intoxication et du sevrage. Les informations sur la prise en charge des personnes enceintes ou qui allaitent suivent dans les prochaines sections.

4.3.1 Informer sur les risques liés au trouble de l'usage du tabac durant la grossesse et l'allaitement

Parmi les risques périnataux liés à la consommation de tabac durant la grossesse, citons les suivants :

- Le placenta prævia¹⁴¹⁻¹⁴³
- Le décollement placentaire^{141,142,144}
- La rupture prématurée des membranes avant le travail^{141,142}
- La grossesse ectopique¹⁴¹⁻¹⁴³
- L'avortement spontané¹⁴²⁻¹⁴⁴
- L'accouchement prématuré¹⁴²⁻¹⁴⁴
- La diminution de la fonction thyroïdienne maternelle¹⁴¹
- La thrombose veineuse profonde¹⁴³

Parmi les risques que présente pour l'enfant l'exposition au tabac durant la grossesse, citons les suivants :

- Le retard de croissance fœtale¹⁴¹⁻¹⁴³
- Le faible poids à la naissance¹⁴¹⁻¹⁴⁴
- La mortalité périnatale accrue¹⁴¹⁻¹⁴⁴
- Le syndrome de mort subite du nourrisson¹⁴²⁻¹⁴⁴
- Les fentes orofaciales^{141,142}
- Les problèmes respiratoires^{141,143}
- Les coliques du nourrisson¹⁴¹
- Les fractures osseuses¹⁴¹
- L'obésité infantile¹⁴¹
- Les problèmes de comportement¹⁴³
- Les troubles de l'apprentissage¹⁴³

Durant l'allaitement, les risques connus incluent des difficultés d'allaitement, notamment la réduction de la production de lait^{145,146} et de la durée de l'allaitement¹⁴⁶. Le tabagisme augmenterait aussi les risques pour la santé du nourrisson et serait entre autres lié aux coliques, aux troubles du sommeil, à la fréquence cardiaque, aux allergies, aux problèmes respiratoires, à la leucémie en bas âge¹⁴⁶ et au syndrome de mort subite du nourrisson^{145,146}.

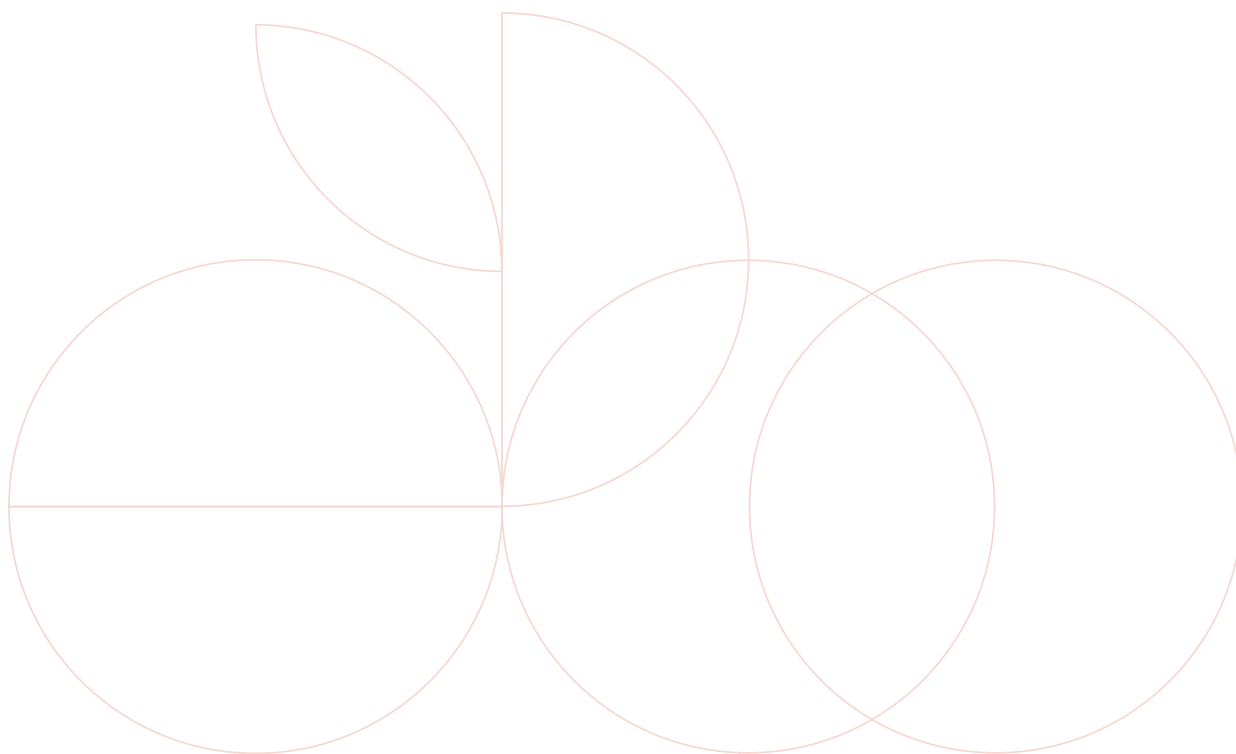
4.3.2 Traiter le trouble lié à l'utilisation du tabac durant la grossesse

Le traitement du trouble lié à l'utilisation du tabac repose sur une approche individualisée comportant des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques^{27,141}.

Perspectives cliniques

Il est important de discuter avec la personne de ses objectifs (p. ex : arrêt ou réduction). Il est pertinent de lui présenter les bienfaits de l'arrêt ou de la réduction de l'usage de tabac sur la grossesse ainsi que sur la santé maternelle. Les approches pharmacologiques et non pharmacologiques gagnent à être combinées. Le soutien à la prise de décision éclairée sur les choix thérapeutiques peut s'appuyer sur les lignes directrices destinées à la population générale (hors grossesse), suivant l'intensité de la dépendance au tabac.

Le tabagisme peut contribuer à réduire l'appétit et l'apport en nutriments. Si une personne suivie se trouve dans cette situation, il est pertinent pour les membres de l'équipe de prévoir du soutien afin de lui assurer un apport nutritionnel global suffisant.



Les interventions non pharmacologiques pour soutenir la cessation tabagique

Parmi les interventions non pharmacologiques, on peut citer l'entretien motivationnel^{27,141}, les approches comportementales^{141,143,144} et le counseling^{43,141,144} individuel ou en groupe, en personne, par téléphone ou par messagerie texte.

BOÎTE À OUTILS

- ▶ [Québec sans tabac « J'arrête »](#) : programme d'accompagnement personnalisé et gratuit à la cessation tabagique (par téléphone, en ligne et en centres d'abandon du tabagisme)
- ▶ [Vers un Québec sans tabac](#) : site du conseil québécois sur le tabac et la santé offrant des outils de prévention et des ressources pour la cessation tabagique
- ▶ [Tabac et grossesse - Guide pour vous aider à arrêter de fumer](#), CHU Sainte-Justine

Les interventions pharmacologiques pour soutenir la cessation tabagique

Parmi les interventions pharmacologiques, on peut citer les thérapies de remplacement de la nicotine, la varénicline et le bupropion^{14,27,43,141,144}. Aucune donnée n'est encore disponible sur l'efficacité ou l'innocuité de la cétisine durant la grossesse ou l'allaitement.

Commencer un traitement pharmacologique pour le trouble lié à l'utilisation du tabac implique d'informer la personne enceinte des risques et des bienfaits potentiels des options pharmacologiques existantes et de lui offrir un soutien à la prise de décision éclairée^{14,27,43,141,144}.

Perspective clinique

En matière d'interventions pharmacologiques en contexte de périnatalité, on considère généralement les thérapies de remplacement de la nicotine en premier lieu. Toutefois, les personnes qui présentent un TUS peuvent avoir une dépendance physique très importante à la nicotine. Dans ce cas, il est nécessaire de proposer des interventions pharmacologiques qui correspondent à la sévérité de la dépendance. Bien que la plupart des guides cliniques généraux sur l'arrêt tabagique déconseillent le recours à la varénicline ou au bupropion durant la grossesse, les sociétés savantes spécialisées en obstétrique (p. ex. : l'ACOG) ne rejettent pas la possibilité de les envisager au cas par cas, après discussion et présentation des bénéfices et des risques.

Les thérapies de remplacement de la nicotine pour soutenir la cessation tabagique

Les thérapies de remplacement de la nicotine aident efficacement à l'abandon du tabac dans la population générale¹⁴⁷. Ces thérapies incluent les formulations à longue durée d'action (i.e. timbres) et les formulations à courte durée d'action (i.e. gommes, pastilles, inhalateur et vaporisateur buccal). Les formulations à courte durée d'action sont parfois présentées comme étant préférables durant la grossesse, car elles fournissent des doses quotidiennes de nicotine plus faibles que les formulations à longue durée d'action^{14,27,43,144,148}. Toutefois, suivant les préférences de la personne enceinte, les formulations à longue durée d'action peuvent être utilisées seules ou en combinaison avec les formules à courte durée d'action^{14,27}. Certains auteurs précisent par ailleurs que, dans une perspective de réduction des risques, il peut être approprié de poursuivre la thérapie de remplacement de la nicotine chez une personne qui continue à fumer^{14,27}.

Perspective clinique

Les lignes directrices courantes suggèrent de retirer les timbres la nuit afin d'éviter l'exposition continue du fœtus à la nicotine^{14,27,43,143,144,148,149}. Cependant, dans le cas d'une personne présentant une dépendance importante – par exemple, une personne qui fume sa première cigarette dans les 30 minutes qui suivent son réveil –, cette pratique peut comporter un risque de sevrage en fin de nuit, et donc de recours à la cigarette le matin. On peut ainsi envisager également d'utiliser les timbres 24 heures sur 24 heures, si cela est nécessaire.

DOSAGE

Les dosages préconisés durant la grossesse sont les mêmes que pour la population générale. Certains auteurs précisent toutefois que des augmentations de dose peuvent être nécessaires durant la grossesse^{14,27,144}.

Perspective clinique

Il est important d'éviter le sous-dosage lors d'une thérapie de remplacement nicotinique (TRN), car cela pourrait avoir pour conséquence de mettre la personne en échec par rapport à ses objectifs de cessation tabagique. La dose devrait ainsi être évaluée en fonction de la consommation actuelle de la personne et de sa consommation avant la grossesse. Pour maximiser les chances d'arrêt tabagique, il est important de choisir un traitement à dose efficace, adapté au profil tabagique de la personne enceinte. Dans la population générale, la combinaison d'un timbre, d'une formulation à courte action et de stratégies non pharmacologiques est souvent l'approche la plus efficace.

SÉCURITÉ

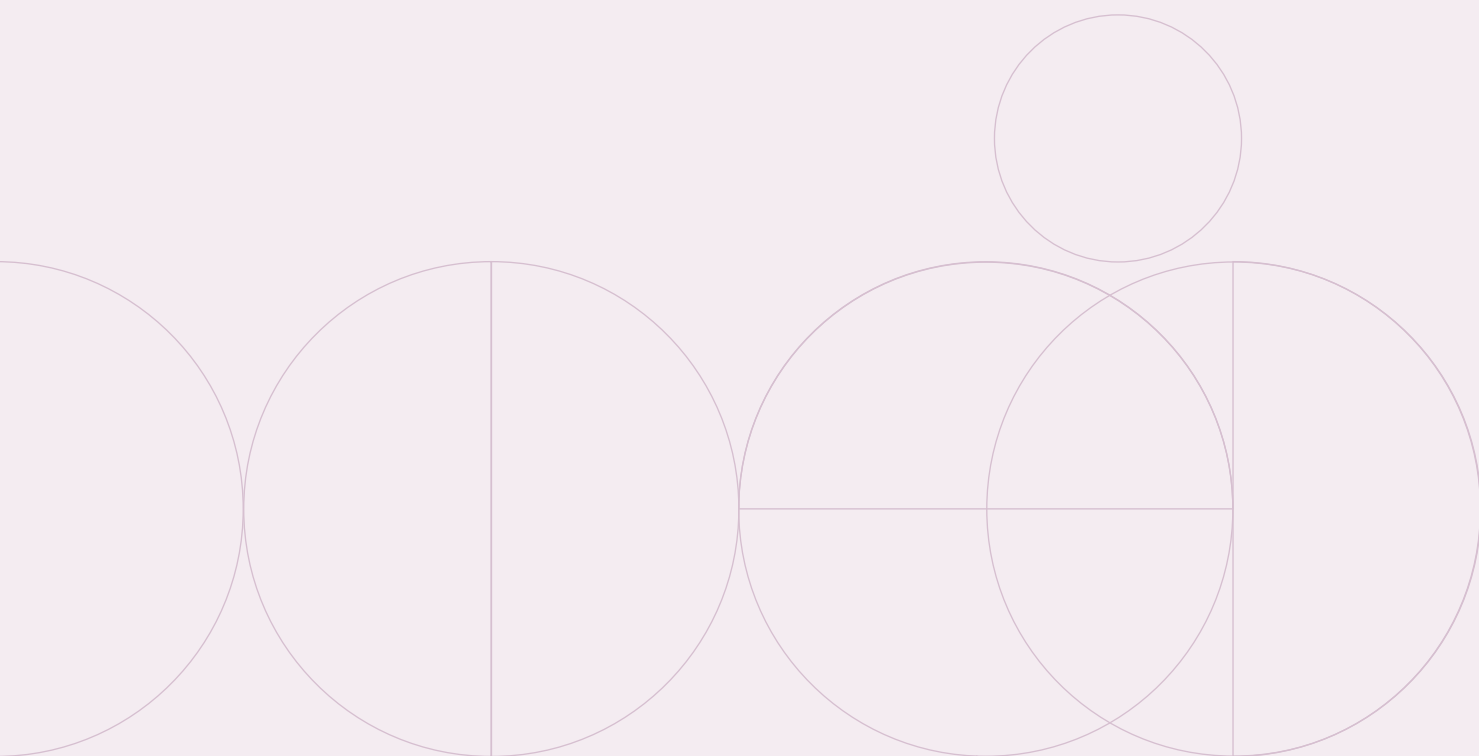
Les données disponibles ne montrent pas d'association entre les thérapies de remplacement de la nicotine et les risques liés au tabagisme pour le fœtus ou la grossesse^{143,144,150}. Bien qu'elles impliquent l'usage de nicotine, les thérapies de remplacement sont plus sécuritaires que le tabagisme, car elles libèrent généralement des niveaux plus faibles de nicotine et ne contiennent aucun des produits chimiques et des toxines présents dans la fumée de tabac¹⁴.

COUVERTURE PAR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ)

Les thérapies de remplacement de la nicotine sont limitées à 12 semaines consécutives par période de 12 mois et à un maximum de 840 unités¹⁵¹. « Lorsqu'une personne amorce une thérapie de remplacement nicotinique (TRN), on peut l'inviter à se procurer d'emblée l'ensemble des 12 semaines de traitement afin de pouvoir reprendre celui-ci plus tard si elle le suspend temporairement. Il faut alors s'assurer que la médication est conservée de façon adéquate. »¹⁵²

BOÎTE À OUTILS

- ▶ [Ordonnances pharmaceutiques cessation tabagique](#), CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal
- ▶ [Formulaire de soutien clinique à l'abandon du tabagisme](#), MSSS
- ▶ [Interventions de cessation tabagique \(y compris le vapotage\)](#), INESSS



La varénicline pour soutenir la cessation tabagique

La varénicline aide efficacement à l'abandon du tabac dans la population générale^{147,153}, et les données disponibles suggèrent aussi son efficacité chez les personnes enceintes^{14,43,154}.

DOSAGE

Les dosages préconisés durant la grossesse sont les mêmes que pour la population générale¹⁵⁴.

SÉCURITÉ

Des données de plus en plus nombreuses suggèrent que la varénicline ne serait pas liée à des risques pour le fœtus ou la grossesse^{141,144,150}. Les données actuelles ont cependant leurs limites. Il reste qu'elles sont rassurantes pour une personne traitée avant de se savoir enceinte, ou encore chez une personne qui souhaiterait utiliser ce médicament pour cesser de fumer.

COUVERTURE PAR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ)

« La durée de remboursement d'un traitement antitabagique de varénicline est d'abord limitée à un total de 12 semaines consécutives par période de 12 mois. Une prolongation de 12 semaines sera autorisée pour les personnes ayant cessé de fumer à la 12e semaine. La durée de remboursement est alors limitée à un total de 24 semaines consécutives par période de 12 mois. »¹⁵¹

BOÎTE À OUTILS

- ▶ [Ordonnances pharmaceutiques cessation tabagique](#), CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal
- ▶ [Formulaire de soutien clinique à l'abandon du tabagisme](#), MSSS
- ▶ [Interventions de cessation tabagique \(y compris le vapotage\)](#), INESSS

Le bupropion pour soutenir la cessation tabagique

Le bupropion est efficace pour aider à l'abandon du tabac dans la population générale^{147,155}. Toutefois, les données sur son efficacité chez les personnes enceintes sont limitées^{144,156}.

DOSAGE

Les dosages préconisés durant la grossesse sont les mêmes que pour la population générale¹⁵⁴.

SÉCURITÉ

Les données recueillies jusqu'à présent sur le bupropion durant la grossesse n'indiquent pas d'augmentation significative du risque d'anomalies congénitales par rapport au risque de base. La plupart des études ont été réalisées chez des femmes ayant utilisé le médicament comme antidépresseur¹⁴¹. Certaines études ont conclu à la possibilité d'une association avec des anomalies cardiaques lorsque le médicament est utilisé pendant l'embryogenèse cardiaque, soit entre 5 et 10 semaines de grossesse. Cependant, ces données n'ont pas été confirmées dans des études récentes ayant procédé à des ajustements en fonction des autres facteurs de risque¹⁵⁷⁻¹⁵⁹. Le risque, s'il existe, est probablement très faible. L'utilisation du médicament aux deuxième et troisième trimestres de la grossesse n'a pas fait l'objet d'études particulières, mais aucun lien avec des complications majeures n'a été relevé jusqu'à présent.

COUVERTURE PAR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ)

 Couvert

- ▶ [Ordonnances pharmaceutiques cessation tabagique](#), CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal
- ▶ [Formulaire de soutien clinique à l'abandon du tabagisme](#), MSSS
- ▶ [Interventions de cessation tabagique \(y compris le vapotage\)](#), INESSS

4.3.3 Particularités liées aux personnes qui reçoivent un traitement antipsychotique

La fumée de cigarette peut provoquer des interactions avec certains médicaments, notamment des antipsychotiques comme la clozapine et l’olanzapine. Arrêter de fumer peut donc nécessiter l’ajustement de la posologie de ces médicaments. **La concertation avec le prescripteur du traitement antipsychotique est nécessaire** pour éviter une modification de l’état de santé mentale¹⁴.

BOÎTE À OUTILS

- ▶ [Interventions de cessation tabagique \(y compris le vapotage\)](#), INESSS (voir annexe 1)

4.3.4 Particularités liées à la cigarette électronique (vapotage)

Il existe peu de données sur les effets de la cigarette électronique durant la grossesse, et les données ne sont généralement pas de bonne qualité (p. ex. : petites cohortes, manque d’information sur la fréquence de vapotage, co-expositions)¹⁶⁰.

Les experts invitent donc à la prudence et conseillent d’éviter l’usage de la cigarette électronique^{43,141,148,161}. Si une thérapie de remplacement de la nicotine est suivie pour soutenir l’abandon du vapotage, les dosages doivent être calculés avec prudence, en collaboration avec la personne, car il n’existe actuellement pas de consensus formel à cet effet¹⁴. La Société canadienne de pédiatrie a préparé des directives d’utilisation des substituts nicotiques pour les jeunes en contexte de vapotage, mais certains éléments peuvent aussi être utiles aux membres de l’équipe qui accompagnent des personnes enceintes¹⁶².



Perspective clinique

Il est recommandé d’utiliser le jugement clinique pour ajuster les doses en fonction de la réponse la personne traitée et de le faire en collaboration avec cette dernière.

BOÎTE À OUTILS

- ▶ [La protection des enfants et des adolescents contre les risques du vapotage](#), Société canadienne de pédiatrie (voir tableau 2)
- ▶ [Interventions de cessation tabagique \(y compris le vapotage\)](#), INESSS

Par ailleurs, on peut ajouter dans une perspective de réduction des risques que les données courantes semblent indiquer que la cigarette électronique serait moins nocive que le tabac fumé¹⁴⁸.

Les recommandations du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH)¹⁶¹ au sujet des stratégies de soutien à l'arrêt du vapotage pour les personnes enceintes comportent les thérapies comportementales (interventions non pharmacologiques) et les thérapies de remplacement de la nicotine. Les auteurs de ces recommandations soulignent qu'il n'existe actuellement pas de consensus sur le traitement que devraient suivre les personnes enceintes ou qui allaitent et qui souhaitent arrêter le vapotage. Dans ce contexte, une approche centrée sur la personne implique de discuter de toutes les options de traitement disponibles afin que les personnes puissent prendre une décision éclairée¹⁶¹.

4.3.5 Traiter le trouble lié à l'utilisation du tabac durant l'allaitement

Il n'existe pas de données sur la sécurité de la varénicline durant l'allaitement. Pour cette raison, il est préférable de choisir une autre option thérapeutique, tout particulièrement s'il s'agit de l'allaitement exclusif d'un nourrisson très jeune (p. ex. : moins de deux mois). Les nourrissons exposés à la varénicline devraient être surveillés par la personne qui allaite et son entourage en raison de risques de convulsions et de vomissements excessifs¹⁶³.

THÉRAPIE DE REMPLACEMENT DE LA NICOTINE

La thérapie de remplacement de la nicotine est compatible avec l'allaitement¹⁴⁵.

BUPROPION

Le bupropion est compatible avec l'allaitement. Les doses allant jusqu'à 300 mg par jour sont faiblement excrétées dans le lait maternel, et les risques d'effets indésirables pour le nourrisson sont considérés faibles^{141,144}. Toutefois, d'autres approches de traitement peuvent être préférables lorsque le nourrisson est jeune (p. ex. : moins de deux mois) ou exclusivement allaité¹⁶⁴. De rares cas de convulsions ont été répertoriés chez des nourrissons, bien que le lien de causalité ne soit pas clairement établi¹⁶⁴. Les nourrissons exposés à la fois au bupropion et à un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) peuvent être un peu plus à risque d'effets indésirables et devraient être surveillés par la personne qui allaite et leur entourage, car ils peuvent présenter certains signes comme des vomissements, de la diarrhée, de la nervosité et de la sédation¹⁶⁴.

Dans tous les cas, lors de l'évaluation des risques liés à la prise de médicaments durant l'allaitement, il demeure important de tenir compte de l'exposition à d'autres facteurs de risque (p. ex. : doses élevées, âge de l'enfant, polythérapies psychotropes).

4.4 Trouble lié à l'utilisation du cannabis

L'ESCODI a produit des fiches informatives sur les interventions cliniques liées à chaque SPA. La [fiche sur le cannabis](#) propose des informations et divers outils favorisant l'accompagnement ainsi que la prise en charge de l'intoxication et du sevrage. Les informations sur la prise en charge des personnes enceintes ou qui allaitent suivent dans les prochaines sections.

4.4.1 Informer sur les risques liés au trouble de l'usage du cannabis durant la grossesse et l'allaitement

Les données scientifiques courantes sur l'effet du cannabis sur la santé maternelle et néonatale, ainsi que sur le développement de l'enfant, sont limitées en raison d'enjeux méthodologiques. Les données disponibles suggèrent que l'exposition prénatale au cannabis est liée à des risques accrus de faible poids à la naissance, de petit poids pour l'âge gestationnel, d'admission en unité de soins intensifs néonataux et de mortalité périnatale¹⁶⁵. Au cours du premier mois de vie, l'exposition prénatale au cannabis est liée à l'altération des schémas d'éveil, de régulation et d'excitabilité. Des études suggèrent en outre que l'exposition prénatale au cannabis est liée à un potentiel de dysfonctionnements neurocognitifs et comportementaux, ainsi qu'à un risque plus élevé de troubles de l'usage de substances ou de troubles de santé mentale¹⁶⁵. L'approche la plus sécuritaire consiste à éviter le cannabis durant la grossesse^{14,165,166}. Si l'arrêt de l'usage n'est pas possible, la réduction devrait être encouragée^{165,166}.

Durant l'allaitement, les risques connus pour le nourrisson comprennent la somnolence, les difficultés d'allaitement (réduction de la fréquence et de la durée)^{15,167,168}, l'hypotonie^{15,168} et l'irritabilité⁴⁸. Les risques à long terme sont peu documentés^{15,48}.

En ce qui concerne le cannabis obtenu sur le marché illégal, les risques qu'il présente pour le nourrisson peuvent être imprévisibles parce que sa composition exacte est inconnue.



Perspective clinique

Certaines personnes utilisent du cannabis pour soulager leurs nausées durant la grossesse. Cette pratique n'est cependant pas sécuritaire et peut même aggraver les nausées et les vomissements à long terme (voir la [section 4.4.4](#) sur le syndrome d'hyperémèse cannabinoïde). Il est important d'expliquer les risques liés à l'usage du cannabis durant la grossesse et de proposer des options sécuritaires et soutenues par les données probantes pour la gestion des nausées et des vomissements (voir la [Directive clinique](#) de la SOGC à ce sujet).

4.4.2 Gérer le sevrage du cannabis durant la grossesse

Parmi les symptômes du sevrage du cannabis, on peut citer les troubles de l'appétit et du sommeil, l'agitation, l'anxiété et l'irritabilité¹⁴. Ils apparaissent la plupart du temps un ou deux jours après la dernière consommation et disparaissent généralement au bout de sept jours¹⁴. L'intensité et la durée des symptômes de sevrage sont liées à la quantité et à la durée de l'usage du cannabis¹⁶⁶.

Le sevrage du cannabis pendant la grossesse n'est généralement pas associé à un stress fœtal ou à des complications obstétricales¹⁴. Il ne nécessite pas d'intervention pharmacologique, mais peut être facilité par un soutien psychosocial¹⁴. Lorsque les symptômes de sevrage sont aigus et difficiles à tolérer, ou lorsqu'il y a de la douleur aiguë surajoutée (par exemple, lors de l'accouchement), un cadre hospitalier et un soutien médicamenteux peuvent être envisagés¹⁴, et **un prescripteur ayant une expertise en dépendance peut être consulté afin d'évaluer la possibilité de recourir à une pharmacothérapie hors indication.**

4.4.3 Traiter le trouble lié à l'utilisation du cannabis durant la grossesse

Les interventions psychosociales (comme la thérapie cognitive comportementale, la thérapie de gestion des contingences ou la combinaison des deux) sont efficaces pour réduire la fréquence de l'usage du cannabis et la sévérité du trouble lié à l'utilisation du cannabis à court terme¹⁶⁶.

L'ACOG¹⁶⁵ et la SOCG¹⁶⁶ recommandent des interventions psychosociales. L'entretien motivationnel, les stratégies psycho-comportementales ou les interventions brèves par courriel/message texte peuvent favoriser la réduction de la consommation de cannabis¹⁶⁵. La prise en compte des déterminants sociaux de santé qui font obstacle à l'arrêt du cannabis peut soutenir l'intervention¹⁶⁵. Aucun médicament n'est actuellement autorisé pour le traitement du trouble lié à l'utilisation du cannabis. Les stratégies visant la réduction des risques, la diminution de la consommation ou l'arrêt peuvent contribuer à réduire les effets indésirables¹⁶⁵.

→ **En cas de trouble de l'usage du cannabis sévère et d'échec des modalités non pharmacologiques, un prescripteur ayant une expertise en dépendance peut être consulté afin d'évaluer la possibilité de recourir à une pharmacothérapie hors indication.**

4.4.4 Traiter le syndrome d'hyperémèse cannabinoïde

Le syndrome d'hyperémèse cannabinoïde, causé par une consommation prolongée de cannabis, se manifeste par des épisodes de nausées, de vomissements et de douleurs abdominales¹⁶⁹. Il survient après plusieurs années d'usage, suit un schéma cyclique et disparaît après l'arrêt du cannabis¹⁶⁹. Les personnes qui souffrent de ce syndrome rapportent que les symptômes sont soulagés temporairement par des douches ou des bains chauds¹⁶⁹. En début de grossesse, de nombreuses personnes présentant un syndrome d'hyperémèse cannabinoïde sont diagnostiquées à tort comme souffrant d'hyperémèse gravidique¹⁷⁰.

La résolution des symptômes liés au syndrome d'hyperémèse cannabinoïde nécessite l'arrêt complet de l'usage de cannabis^{169,170} et peut prendre plusieurs semaines. La prise en charge de la phase émétique du syndrome d'hyperémèse cannabinoïde consiste à réhydrater la personne par voie intraveineuse et à rétablir chez elle l'équilibre électrolytique afin de prévenir la déshydratation¹⁷¹. De plus, l'halopéridol et la capsaïcine en crème sont de plus en plus utilisés dans la population non enceinte pour réduire les nausées, les vomissements et la détresse causée par les symptômes¹⁷¹. Les antiémétiques usuels s'avèrent peu efficaces contre ce syndrome^{172,173}.

HALOPÉRIDOL

Les données actuellement disponibles suggèrent que le recours à l'halopéridol durant la grossesse ne représente pas un risque tératogène majeur¹⁷⁴⁻¹⁷⁶. Si cela est jugé nécessaire, ce traitement pourrait être envisagé dans un contexte de grossesse compliquée par un syndrome d'hyperémèse cannabinoïde.

CAPSAÏCINE EN CRÈME

Il existe encore très peu de données sur l'utilisation de la capsaïcine en crème durant la grossesse. La biodisponibilité cutanée est généralement faible, ce qui limite l'exposition fœtale. Un seul cas publié rapporte l'utilisation de la capsaïcine en crème pour une personne enceinte présentant un syndrome d'hyperémèse cannabinoïde réfractaire aux autres traitements¹⁷⁷. Cette option pourrait être envisagée au cas par cas en présence de symptômes réfractaires aux traitements mieux connus.

4.4.5 Particularités liées au trouble d'usage du cannabis durant d'allaitement

L'ACOG¹⁷⁸ souligne que la poursuite de la consommation de cannabis ne constitue pas une contre-indication à l'allaitement, et que l'allaitement ne doit pas être découragé. Toutefois, la SOGC recommande de conseiller aux personnes qui allaitent de cesser ou de réduire le plus possible l'usage du cannabis¹⁶⁶. L'outil [Allaitement, substances psychoactives et réduction des méfaits – Aide à la réflexion](#) de l'ESCODI présente les stratégies de réduction des risques pour soutenir l'allaitement en contexte d'usage de cannabis.

HALOPÉRIDOL

Au sujet de l'usage de l'halopéridol pour la gestion du syndrome d'hyperémèse cannabinoïde durant l'allaitement, les données sont limitées. Elles indiquent un transfert très variable de l'halopéridol dans le lait maternel, mais on estime que l'exposition pour l'enfant allaité est faible, avec des doses maternelles inférieures à 10 mg par jour. Son utilisation est généralement acceptable durant l'allaitement. Une évaluation supplémentaire est requise en cas de polythérapie psychotrope. Si des doses régulières sont requises, la surveillance du nourrisson est recommandée afin d'évaluer son état d'éveil, sa prise de poids, la survenue d'effets extrapyramidaux et son développement¹⁷⁹. L'utilisation de l'halopéridol en dose unique ne requiert pas de suivi particulier pour l'enfant.

CAPSAÏCINE EN CRÈME

Il n'existe pas de données disponibles sur l'usage de capsaïcine en crème pour la gestion du syndrome d'hyperémèse cannabinoïde durant l'allaitement. La capsaïcine est peu absorbée après une application topique, et il est peu probable qu'elle provoque des effets indésirables chez les nourrissons allaités¹⁸⁰. Il est toutefois recommandé d'éviter le contact entre le nourrisson et les zones où la crème a été appliquée sur la personne qui allaite¹⁸⁰.

Dans tous les cas, lors de l'évaluation des risques liés à la prise de médicaments durant l'allaitement, il demeure important de tenir compte de l'exposition à d'autres facteurs de risque (p. ex. : doses élevées, âge de l'enfant, polythérapies psychotropes).

4.4.6 Particularités liées au tabagisme en contexte de trouble lié à l'utilisation du cannabis

L'usage du cannabis est largement associé à l'usage du tabac¹⁸¹. Il peut donc être pertinent de combiner les interventions visant à réduire ou à faire cesser l'usage du cannabis avec des interventions ciblant aussi la réduction ou la cessation tabagique.

4.5 Trouble lié à l'utilisation de stimulants

L'ESCODI a produit des fiches informatives sur les interventions cliniques liées à chaque SPA. La [fiche sur les stimulants](#) propose des informations et divers outils favorisant l'accompagnement ainsi que la prise en charge de l'intoxication et du sevrage. Des fiches sur d'autres substances sont également disponibles : [fiche amphétamine](#), [fiche cocaïne/crack](#), [fiche MDMA](#), [fiche métamphétamine](#). Les informations sur la prise en charge des personnes enceintes ou qui allaitent suivent dans les prochaines sections.

4.5.1 Informer sur les risques liés à l'utilisation de stimulants durant la grossesse et l'allaitement

Les risques liés à l'utilisation de stimulants illégaux (comme la cocaïne ou les méthamphétamines non prescrites) durant la grossesse incluent, chez la personne enceinte, l'hypertension¹⁸², l'avortement spontané, la rupture prématurée des membranes⁴³, le décollement placentaire et l'accouchement prématuré^{43,182}. Chez le fœtus ou le nouveau-né, les risques comprennent la mort fœtale¹⁸², le retard de croissance intra-utérin, les malformations génito-urinaires⁴³, la réduction du poids/taille/périmètre crânien à la naissance et les troubles neurocomportementaux^{43,182}. Plus tard dans la vie de l'enfant, les risques incluent les problèmes de comportement^{43,182} et l'altération de certaines fonctions neuropsychologiques (i.e. fonctions exécutives, contrôle inhibiteur, mémoire de travail, attention)¹⁸².

En contexte d'allaitement, les risques connus pour le nourrisson allaité à la suite du mésusage de psychostimulants prescrits comprennent la diarrhée, des vomissements, des douleurs abdominales, la perte de poids, la tachycardie, la tachypnée, l'hypertension, l'hypothermie, l'irritabilité, les tremblements, les problèmes de sommeil, les convulsions et même le décès¹¹⁹.

En ce qui concerne les stimulants obtenus sur le marché illégal, les risques qu'ils présentent pour le nourrisson peuvent être imprévisibles parce que leur composition exacte est inconnue.

4.5.2 Gérer l'intoxication aiguë aux stimulants

L'intoxication aiguë aux stimulants peut entraîner une agitation sévère, des risques de blessure pour soi-même ou les autres¹⁸³ et une psychose^{27,183}. Chez les personnes enceintes, une telle intoxication devrait être prise en charge selon les pratiques standards, tout en tenant compte du bien-être foetal¹⁸³.

Dans ce contexte, une combinaison d'approches pharmacologiques et non pharmacologiques est proposée^{183,184}. Des benzodiazépines peuvent être envisagées pour calmer l'agitation ou la confusion, et des antipsychotiques peuvent être utilisés pour traiter les symptômes psychotiques induits par les stimulants^{27,183,184}. Les stratégies non pharmacologiques visent à favoriser le sentiment de sécurité et le calme^{183,184} ainsi que la réponse aux besoins de base, comme l'hydratation et l'alimentation¹⁸⁴. Le traitement de la personne enceinte est nécessaire afin de réduire les risques que présente pour elle et le fœtus une intoxication aiguë aux stimulants. L'évaluation des risques et des bénéfices devrait prendre en compte tout à la fois le bien-être de la personne enceinte et celui du fœtus¹⁸³.

Une orientation en milieu de soins aigus peut être nécessaire lorsque l'intoxication entraîne des complications ou provoque des inquiétudes cliniques¹⁸³.

→ **La collaboration avec un prescripteur spécialisé en dépendance est recommandée pour la prise en charge de l'intoxication aiguë aux stimulants.**

4.5.3 Gérer le sevrage de stimulants durant la grossesse

Les symptômes de sevrage de stimulants peuvent inclure les envies impérieuses de consommer, l'augmentation de l'appétit, la fatigue, l'humeur dépressive, l'agitation ou l'irritabilité, l'insomnie^{43,184} ou l'hypersomnie, les rêves vives et déplaisants, la douleur, l'anxiété, l'agitation ou l'altération psychomotrice, les troubles cognitifs¹⁸⁴.

Pour les personnes enceintes qui présentent des symptômes sévères de sevrage de la cocaïne ou des méthamphétamines (incluant l'agitation et la psychose), il peut être pertinent d'utiliser des benzodiazépines ou une médication antipsychotique atypique en consultation avec un spécialiste en dépendance¹⁴. L'évaluation des risques et des bénéfices liés à l'usage des médicaments devrait prendre en compte tout à la fois le bien-être de la personne enceinte et celui du fœtus¹⁸³.

Une orientation en milieu de soins aigus peut être nécessaire lorsque le sevrage entraîne des complications ou provoque des inquiétudes cliniques¹⁸³.

→ **La collaboration avec un prescripteur spécialisé en dépendance est recommandée pour la prise en charge des symptômes de sevrage sévères aux stimulants.**

4.5.4 Traiter le trouble lié à l'utilisation de stimulants durant la grossesse

Pour la population générale, la gestion par contingence (seule ou en combinaison avec l'approche de renforcement par la communauté ou la thérapie cognitivo-comportementale) est considérée comme la plus efficace pour soutenir l'abstinence^{183,184}. Certains traitements pharmacologiques peuvent aussi être utilisés hors indication pour soigner le trouble lié à l'utilisation de stimulants dans la population générale¹⁸³, mais sont peu appuyés par les données scientifiques en contexte périnatal²⁷. Parmi ces médicaments, citons le bupropion, la combinaison bupropion/naltrexone, la mirtazapine et les psychostimulants à longue durée d'action (p. ex. : les sels mixtes d'amphétamine à libération prolongée, le méthylphénidate à libération prolongée)¹⁸³. On peut aussi ajouter le topiramate et le modafinil, mais ces derniers devraient être évités durant la grossesse^{102,106,185-187}.

BUPROPION

Les données recueillies jusqu'à présent sur le bupropion durant la grossesse n'indiquent pas d'augmentation significative du risque d'anomalies congénitales par rapport au risque de base. La plupart des études ont été réalisées chez des femmes ayant utilisé le médicament comme antidépresseur¹⁴¹. Certaines études ont conclu à la possibilité d'une association avec des anomalies cardiaques lorsque le médicament est utilisé pendant l'embryogenèse cardiaque, soit entre 5 et 10 semaines de grossesse. Cependant, ces données n'ont pas été confirmées dans des études récentes ayant procédé à des ajustements en fonction des autres facteurs de risque¹⁵⁷⁻¹⁵⁹. Le risque, s'il existe, est probablement très faible.

NALTREXONE

Les données sur l'utilisation de la naltrexone durant la grossesse sont peu nombreuses et limitées au traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO). Elles n'indiquent pas d'augmentation des risques de malformations congénitales ou d'autres complications obstétricales ou fœtales par rapport aux autres traitements du TUO durant la grossesse^{102,106}. Les contre-indications concernent l'historique d'allergie ou de sensibilité à la naltrexone, l'usage courant d'opioïdes (réduction de l'efficacité des opioïdes pour la douleur), le sevrage aigu d'opioïdes, l'hépatite aiguë ou l'insuffisance hépatique^{106,107}. Une attention particulière doit aussi être portée à l'altération du fonctionnement rénal ou hépatique et à l'usage concomitant de substances potentiellement hépatotoxiques¹⁰⁶. Des tests de fonction hépatiques sont recommandés en début de traitement, ainsi qu'à un, trois et six mois (plus souvent si les résultats sont élevés). Par ailleurs, les personnes doivent être informés des signes d'hépatite aiguë et invités à cesser l'usage de naltrexone en présence de ces signes¹⁰⁷. La naltrexone est contre-indiquée si le taux d'enzymes hépatiques observé est quatre ou cinq fois plus élevé que la normale¹⁰². Les effets secondaires incluent la nausée, les maux de tête et les étourdissements. Ces effets peuvent être atténués en amorçant le traitement avec une faible dose^{106,107}.

MIRTAZAPINE

Les données disponibles ne montrent pas d'association entre l'utilisation de la mirtazapine durant la grossesse et des malformations congénitales majeures, des fausses couches spontanées, des mortinaissances ou des décès néonataux. Comme pour les autres antidépresseurs agissant sur la sérotonine (ISRS ou IRSN), on rapporte un risque de syndrome d'inadaptation néonatale après une exposition à la mirtazapine en fin de grossesse, et on estime que les nouveau-nés pourraient nécessiter une surveillance supplémentaire¹⁸⁸.

SELS MIXTES D'AMPHÉTAMINE (AMPHÉTAMINE/DEXTROAMPHÉTAMINE) ET MÉTHYLPHÉNIDATE

Utilisés pendant la grossesse pour le traitement d'un TDAH, les sels mixtes d'amphétamine et le méthylphénidate ne semblent pas augmenter significativement le risque de malformations congénitales majeures. Une association de faible ampleur avec des malformations cardiaques a été suggérée pour le méthylphénidate dans une étude, mais elle demande confirmation. Les sels mixtes d'amphétamine ne semblent pas non plus augmenter de manière significative le risque de troubles neurodéveloppementaux plus tard chez l'enfant¹⁸⁹. L'utilisation prolongée de psychostimulants pendant la grossesse pourrait être liée à un risque modérément accru de prééclampsie et de naissance prématurée, mais les données actuelles ne permettent pas de distinguer nettement le rôle du médicament de celui d'autres facteurs. Le traitement exige donc une surveillance obstétricale adaptée¹⁹⁰. Il n'existe pas de données sur l'innocuité de ces médicaments lorsqu'ils sont utilisés dans le traitement du trouble lié à l'utilisation de stimulants durant la grossesse.

- **Pour le traitement pharmacologique du trouble lié à l'utilisation de stimulants en contexte de périnatalité, un prescripteur ayant une expertise en dépendance et en périnatalité devrait être impliqué au processus afin de déterminer les meilleures options, d'évaluer les risques et les bénéfices et de prescrire le traitement le plus approprié¹⁸³.**

Perspective clinique

Le risque porte moins sur les molécules prescrites que sur la possibilité d'une double exposition aux médicaments et aux substances illégales.

4.5.5 Gérer le trouble lié à l'utilisation de stimulants durant l'allaitement

Les médicaments utilisés pour la gestion du trouble lié à l'utilisation de stimulants cités plus haut sont en général compatibles avec l'allaitement. Toutefois, comme il existe peu d'informations disponibles sur l'excrétion du modafinil dans le lait maternel, un autre médicament peut être privilégié¹⁹¹.

MÉTHYLPHÉNIDATE

Il existe très peu de données sur le transfert du méthylphénidate dans le lait maternel et ses effets sur le nourrisson. Jusqu'à présent, lorsqu'il est prescrit pour des indications médicales, les données disponibles indiquent que le méthylphénidate se retrouve en faible concentration dans le lait maternel et ne représente pas une contre-indication à l'allaitement. Un suivi de la production de lait maternel est recommandé¹⁹². La surveillance du nourrisson par la personne qui allaite et son réseau de soutien est aussi recommandée pour déceler les signes d'irritabilité, d'insomnie ou de difficultés d'alimentation¹⁹⁰ (gain pondéral et croissance), notamment si l'enfant est jeune et allaité exclusivement.

SELS MIXTES D'AMPHÉTAMINE

Il existe très peu de données sur le transfert des sels mixtes d'amphétamine dans le lait maternel et ses effets sur le nourrisson. Jusqu'à présent, lorsqu'ils sont prescrits pour des indications médicales, les données disponibles indiquent que l'amphétamine et la dextroamphétamine n'auraient pas d'effet indésirable sur les nourrissons allaités. Certains experts estiment que des doses thérapeutiques peuvent être utilisées durant l'allaitement, avec une surveillance du nourrisson afin de déceler les signes d'irritabilité, d'insomnie ou de difficultés d'alimentation^{193,194} (gain pondéral et croissance).

MIRTAZAPINE

Des données limitées indiquent un faible transfert de la mirtazapine dans le lait maternel. La majorité des enfants allaités ne présentent pas d'effets indésirables. Une surveillance de l'état d'éveil du nourrisson par la personne qui allaite et son réseau de soutien est néanmoins recommandée¹⁹⁵.

BUPROPION

Le bupropion est compatible avec l'allaitement. Les doses allant jusqu'à 300 mg par jour sont faiblement excrétées dans le lait maternel, et les risques d'effets indésirables pour le nourrisson sont considérés faibles^{141,144}. Toutefois, d'autres approches de traitement peuvent être préférables lorsque le nourrisson est jeune (p. ex. : moins de deux mois) ou exclusivement allaité¹⁶⁴. De rares cas de convulsions ont été répertoriés chez des nourrissons, bien que le lien de causalité ne soit pas clairement établi¹⁶⁴. Les nourrissons exposés à la fois au bupropion et à un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) peuvent être un peu plus à risque d'effets indésirables et devraient être surveillés par la personne qui allaite et leur entourage, car ils peuvent présenter certains signes comme des vomissements, de la diarrhée, de la nervosité et de la sédation¹⁶⁴.

NALTREXONE

La naltrexone est excrétée en petites quantités dans le lait maternel, selon des données obtenues chez une femme. On ne s'attend pas à des effets indésirables pour le nourrisson^{106,107,119}. La naltrexone ne représente pas une contre-indication à l'allaitement¹²⁰.

TOPIRAMATE

Le topiramate est excrété dans le lait maternel de façon modérée, mais aussi parfois en quantités plus élevées. Des effets indésirables, notamment digestifs, ont parfois été rapportés chez des nourrissons. Un suivi est donc nécessaire (sédation, diarrhées, gain pondéral insuffisant), en particulier si le nourrisson est jeune et allaité exclusivement, ou si la mère reçoit d'autres médicaments sédatifs¹²¹. La nécessité d'une contraception efficace doit être évoquée au cours des discussions avec la personne, étant donné les risques tératogènes que présente le médicament.

Dans tous les cas, lors de l'évaluation des risques liés à la prise de médicaments durant l'allaitement, il demeure important de tenir compte de l'exposition à d'autres facteurs de risque (p. ex. : doses élevées, âge de l'enfant, polythérapies psychotropes).

4.6 Trouble lié à l'utilisation de benzodiazépines (incluant les agonistes des récepteurs des benzodiazépines)

L'ESCODI a produit des fiches informatives sur les interventions cliniques liées à chaque SPA. La [fiche sur les benzodiazépines](#) propose des informations et divers outils soutenant l'accompagnement, la prise en charge de l'intoxication et du sevrage. Les informations spécifiques à la prise en charge des personnes enceintes ou qui allaitent suivent dans les prochaines sections.

4.6.1 Informer sur les risques liés à l'utilisation de benzodiazépines durant la grossesse et l'allaitement

Certaines études suggèrent un lien entre l'utilisation régulière de benzodiazépines durant la grossesse et certaines complications et conditions comme l'avortement spontané^{196,197}, l'accouchement prématuré, le faible poids à la naissance, le faible score d'Apgar, l'admission aux soins intensifs néonataux¹⁹⁷ ou une augmentation du risque de fente labiopalatine¹⁰⁷. Cependant, plusieurs études récentes ne concluent à aucune augmentation du risque de malformations congénitales ou de problèmes neurocomportementaux chez les enfants exposés in utero aux benzodiazépines. Ces associations demandent à être confirmées, car la contribution de la maladie maternelle sous-jacente – ou d'autres facteurs – est difficile à distinguer de l'effet du médicament. En cas d'exposition à une benzodiazépine à longue action (comme le diazépam) prise à doses élevées à la fin de la grossesse, des effets pharmacologiques résiduels (hypotonie, dépression respiratoire)¹¹⁰ ou de sevrage¹⁰² sont possibles pour le nouveau-né.

Durant d'allaitement, les risques potentiels connus pour le nourrisson à la suite de l'usage de benzodiazépines prescrites comprennent la sédation, une moins bonne alimentation, une faible prise de poids^{117,119,198,199}, la dépression respiratoire et des tremblements¹¹⁹.

4.6.2 Gérer le sevrage de benzodiazépines durant la grossesse

L'arrêt abrupt de l'utilisation de benzodiazépines peut entraîner des symptômes de sevrage graves comme des convulsions ou un delirium tremens^{14,200}. Les symptômes de sevrage précoce incluent les tremblements, la diaphorèse, la tachycardie, ainsi que d'autres changements des signes vitaux²⁰⁰.

Les plus récentes recommandations pour un sevrage sécuritaire proposent d'employer des benzodiazépines à longue action et de réduire graduellement la dose sous supervision médicale dans le but de parvenir à une cessation complète de l'usage avant la fin de la grossesse. Bien que ce processus puisse être réalisé en externe dans les cas moins sévères, il peut aussi être amorcé en contexte d'hospitalisation si la personne présente un historique de convulsions ou de delirium au sevrage, si elle utilise plusieurs substances ou si elle consomme des doses très élevées de benzodiazépines (plus de 50 mg d'équivalent diazépam die)^{14,43}.

Le processus de déprescription devrait être individualisé en fonction des caractéristiques individuelles. À titre indicatif, une réduction des doses allant jusqu'à 10 % tous les 7 à 14 jours peut être proposée²⁰¹.

- ▶ [Tableau d'équivalence des benzodiazépines et exemple de protocole de sevrage,](#)
Vigilance Santé

4.6.3 Traiter le trouble lié à l'utilisation de benzodiazépines durant la grossesse et l'allaitement

Le processus de déprescription lente de benzodiazépines à longue action s'inscrit dans la gestion du trouble lié à l'utilisation de benzodiazépines. Une attention particulière portée aux conditions de comorbidité et la gestion de celles-ci durant un suivi régulier du processus de déprescription constituent la pierre angulaire du traitement du trouble lié à l'utilisation de benzodiazépines. L'ajout d'interventions cognitivo-comportementales aide à soutenir le processus de déprescription²⁰².

4.7 Trouble lié à l'utilisation de GHB

L'ESCODI a produit des fiches informatives sur les interventions cliniques liées à chaque SPA. La [fiche sur le GHB](#) propose des informations et divers outils favorisant l'accompagnement ainsi que la prise en charge de l'intoxication et du sevrage. Les informations sur la prise en charge des personnes enceintes ou qui allaitent suivent dans les prochaines sections.

4.7.1 Informer sur les risques liés à l'utilisation de GHB durant la grossesse et l'allaitement

Les risques liés à l'usage de GHB durant la grossesse et l'allaitement ne sont pas connus.

4.7.2 Gérer le sevrage du GHB durant la grossesse

Les symptômes de sevrage du GHB apparaissent de une à six heures après la dernière consommation et durent en moyenne neuf jours²⁰³. Les premiers symptômes comprennent de l'insomnie, des tremblements, de la confusion, de la nausée et des vomissements. Par la suite, d'autres symptômes peuvent apparaître, comme la tachycardie, l'hypertension, l'agitation, les convulsions, les crampes musculaires, les hallucinations, la désorientation, la paranoïa, le delirium tremens²⁰³.

Le traitement de première ligne pour le sevrage du GHB dans la population générale est l'administration de diazépam à haute dose²⁰³. Il existe très peu de données sur le traitement des personnes enceintes qui recourent au diazépam pour gérer leur sevrage du GHB²⁰⁴.

Dans de rares cas, le sevrage non traité peut mener au décès¹⁴. Pour cette raison, le sevrage des personnes enceintes est généralement réalisé sous surveillance médicale. Il est nécessaire d'orienter les personnes enceintes qui présentent des signes de sevrage sévère vers les soins intensifs¹⁴.

→ **Pour la gestion du sevrage du GHB en contexte de périnatalité, un prescripteur ayant une expertise en dépendance et en périnatalité devrait être impliqué au processus afin de déterminer les meilleures options, d'évaluer les risques et les bénéfices et de prescrire le traitement le plus approprié.**

4.7.3 Traiter le trouble lié à l'utilisation du GHB durant la grossesse et l'allaitement

Aucun médicament n'est actuellement autorisé pour le traitement du trouble lié à l'utilisation de GHB.

→ **Un prescripteur ayant une expertise en dépendance et en périnatalité devrait être impliqué au processus afin d'évaluer la possibilité de recourir à une pharmacothérapie hors indication.**



4.8 Traiter le sevrage et les troubles liés à l'utilisation de SPA durant la grossesse et l'allaitement : aide-mémoire

La période périnatale offre une occasion unique d'engager les parents dans un processus de réduction ou d'arrêt de l'usage de SPA. Dans tous les cas, l'accompagnement de la personne enceinte implique des discussions sur les risques et les bienfaits liés aux options thérapeutiques, afin de soutenir la prise de décision partagée. Il est important de garder en tête que la composition des substances provenant du marché illégal est imprévisible et peut mettre à risque la sécurité de la personne, de sa grossesse et de l'allaitement. L'avis d'un expert en dépendance est fortement encouragé afin d'assurer un accompagnement qui soit le plus sécuritaire possible. (voir [tableau pour du soutien](#))

Tableau 3. Tableau résumé : traitement du sevrage et des TUS durant la grossesse et l'allaitement

	Gestion du sevrage ou de l'intoxication	Traitement du trouble lié à l'utilisation/prévention de la rechute
Alcool	L'arrêt abrupt de la consommation régulière peut entraîner des conséquences graves. Le traitement des symptômes de sevrage implique une supervision médicale et une médication.	Des options pharmacologiques sont disponibles pour prévenir la rechute.
Opiïdes	Il est déconseillé aux personnes enceintes qui présentent un TUS de réduire ou de cesser les opioïdes. Il est plutôt recommandé d'offrir un TAO.	Le TAO contribue à éliminer ou à réduire l'usage non médical des opioïdes et les risques associés à leur utilisation.
Tabac/nicotine	Le sevrage du tabac/nicotine ne nécessite pas d'intervention pharmacologique, mais peut être facilité par un soutien psychosocial.	Des options pharmacologiques et non pharmacologiques sont disponibles pour soutenir l'arrêt ou la réduction.



	Gestion du sevrage ou de l'intoxication	Traitement du trouble lié à l'utilisation/prévention de la rechute
Cannabis	<p>Le sevrage du cannabis ne nécessite pas d'intervention pharmacologique, mais peut être facilité par un soutien psychosocial.</p>	<p>Des approches non pharmacologiques sont généralement recommandées pour soutenir l'arrêt ou la réduction.</p> <p>Le recours à des options pharmacologiques hors indication nécessite l'implication d'un expert en dépendance.</p> <p>Le syndrome d'hyperémèse cannabinoïde peut nécessiter un soutien pharmacologique.</p>
Stimulants	<p>L'intoxication aiguë peut être prise en charge à l'aide d'une combinaison d'approches pharmacologiques et non pharmacologiques.</p> <p>En cas de symptômes de sevrage sévère, une médication peut être envisagée.</p>	<p>Des approches non pharmacologiques sont généralement recommandées pour soutenir l'arrêt ou la réduction.</p> <p>Le recours à des options pharmacologiques hors indication nécessite l'implication d'un expert en dépendance.</p>
Benzodiazépines	<p>L'arrêt abrupt de la consommation régulière peut entraîner des conséquences graves.</p> <p>La réduction graduelle de l'utilisation nécessite une supervision médicale.</p>	<p>La déprescription lente de benzodiazépines est l'approche préconisée.</p>
GHB	<p>L'arrêt abrupt de la consommation régulière peut entraîner des conséquences graves.</p> <p>Le traitement des symptômes de sevrage implique une supervision médicale et une médication.</p>	<p>Le recours à des options pharmacologiques hors indication nécessite l'implication d'un expert en dépendance.</p>

Chapitre 5

Assurer la continuité des soins lors de l'accouchement

5. Assurer la continuité des soins lors de l'accouchement

Avant la naissance, la concertation entre les membres de l'équipe responsables du suivi de grossesse et ceux chargés de l'accouchement est essentielle pour assurer la continuité des soins.

Afin de favoriser l'échange d'information et d'assurer la coordination pour un accouchement sécuritaire, une rencontre peut être organisée au cours du troisième trimestre entre le parent, son réseau de soutien, l'équipe de soins responsable du suivi de grossesse et celle qui procédera à l'accouchement²⁰⁵. Lorsqu'une telle rencontre n'est pas possible, le plan de naissance et le plan d'accouchement (y compris le plan de gestion de la douleur) sont des outils incontournables pour assurer la continuité des soins au cours de l'accouchement.

Des recherches menées auprès de populations ne consommant pas de substances ont montré qu'il est essentiel que tous les membres de l'équipe d'accouchement soient informés de la situation médicale et des préférences du parent afin de garantir un accouchement sécuritaire, en particulier lorsque des changements peuvent survenir au sein de l'équipe soignante pendant le travail (par exemple, en raison de complications médicales)²⁰⁵. Les enjeux liés à la collaboration entre les différentes équipes sont encore plus grands lorsque les parents utilisent des SPA, car le travail et l'accouchement peuvent alors impliquer davantage de complications obstétricales⁷⁹.

Perspective clinique

Les personnes enceintes qui vivent des difficultés liées à l'utilisation de substances sont nombreuses à présenter un historique de traumatismes et d'expériences négatives (liés notamment au système de santé et de services sociaux). La prise en compte attentive du plan de naissance et du plan d'accouchement contribue à éviter que la personne ait à répéter inutilement toute son histoire chaque fois qu'elle rencontre un nouvel intervenant.

5.1 Assurer la continuité relationnelle

Des travaux qualitatifs mettent en lumière la grande importance qu'accordent les parents qui utilisent des substances à la continuité relationnelle et le fait qu'ils souhaitent souvent que des membres clés de l'équipe de suivi de grossesse soient présents à leur accouchement²⁰⁶.



Il est rarement possible, pour les membres de l'équipe de suivi de grossesse, d'être présents à l'accouchement. Toutefois, la rencontre avec les membres de l'équipe de naissance avant l'accouchement peut favoriser le sentiment de continuité et de sécurité relationnelle pour la personne qui accouche.

Le recours à une doula peut aussi représenter un moyen d'assurer une continuité et une sécurité relationnelle au fil des étapes du suivi périnatal.

5.2 Privilégier une approche tenant compte des traumatismes et de la violence durant l'accouchement

L'accouchement constitue un moment de grande vulnérabilité pour les personnes qui ont vécu des traumatismes ou de la violence⁹⁸. La sensibilisation du personnel à cette réalité leur permet de mieux comprendre les besoins et les réactions de la personne durant le travail. Dans ce contexte, l'équipe peut favoriser le sentiment de sécurité et de confiance de la personne en recourant aux stratégies suivantes :

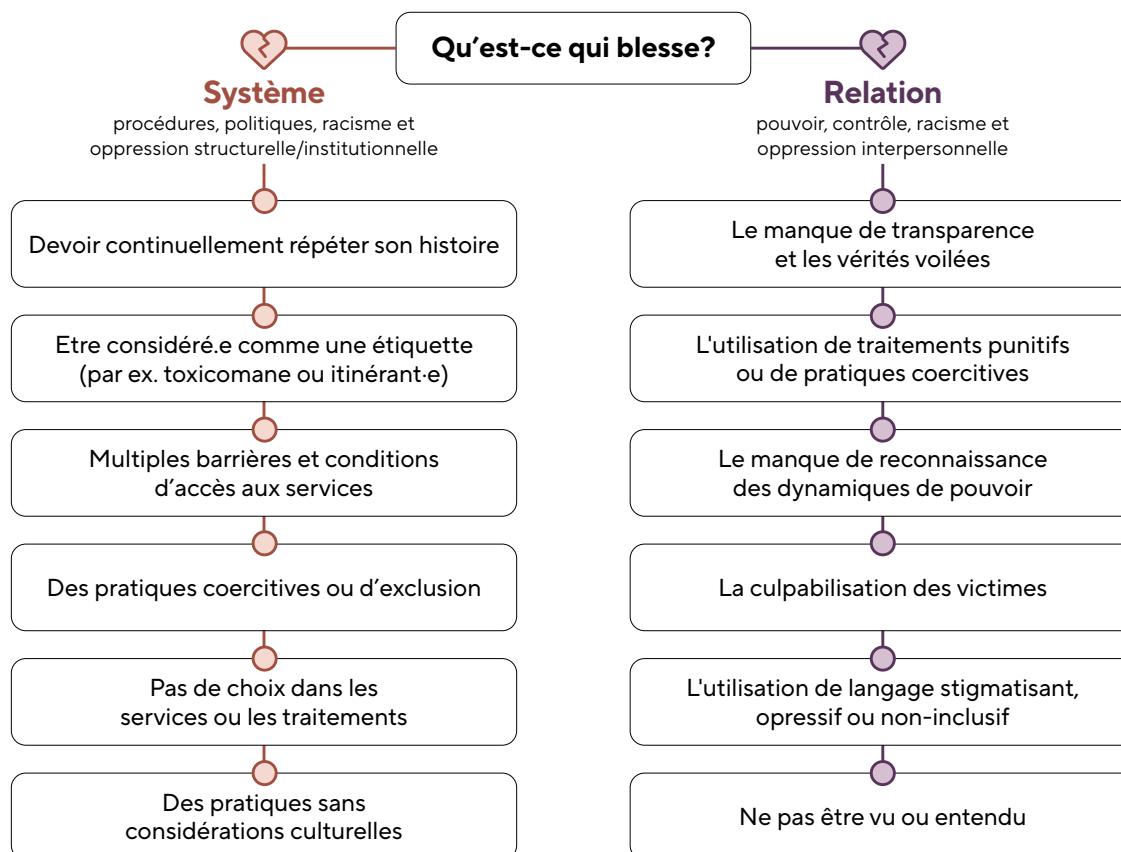
- ▶ S'assurer du consentement explicite de la personne avant de la toucher et de lui administrer un soin⁹⁸.
- ▶ Présenter le rôle de chaque membre de l'équipe.
- ▶ Permettre à la personne de refuser certaines choses, par exemple la présence d'étudiants et de stagiaires.
- ▶ Si cela est possible, annoncer ce qui va suivre.
- ▶ Protéger l'intimité et la pudeur de la personne en la couvrant adéquatement et en fermant la porte de la salle d'accouchement⁹⁸.
- ▶ Favoriser la prise de décision éclairée au sujet des choix thérapeutiques qui doivent être faits durant l'accouchement⁹⁸.
- ▶ Encourager la personne et reconnaître ses forces⁹⁸.

« Une sensibilisation aux traumatismes et à la violence permet aux équipes et aux établissements de réduire les risques de retraumatisation, de mieux cerner les effets de ceux-ci et d'adapter leurs services pour améliorer l'accueil des personnes ayant vécu des expériences de traumatismes et de violence. »¹⁷

- ▶ [Le médecin et le consentement aux soins](#), CMQ et Barreau du Québec

Dans le guide [Approche tenant compte des traumatismes et de la violence en dépendance et itinérance](#), l'ESCODI rappelle la forte prévalence aux traumatismes et à la violence chez les personnes qui utilisent des SPA. Ainsi, il est indispensable de porter une attention accrue à la retraumatisation. La figure ci-dessous met en lumière certains des éléments susceptibles de la provoquer.

Figure 3. Retraumatisation : Qu'est-ce qui blesse?*



*Inspirée de : The Institute on Trauma and Trauma-Informed Care (ITIC), University of Buffalo. (2022). *Trauma informed organization change manual*.



5.3 Assurer la continuité des soins lors de l'accouchement : aide-mémoire

Avant la naissance, la concertation entre l'équipe responsable du suivi de grossesse et celle chargée de l'accouchement est essentielle pour assurer la continuité des soins.

Lorsque cela est possible, une rencontre peut être organisée au cours du troisième trimestre entre le ou les parents, son réseau de soutien, l'équipe responsable du suivi de grossesse et celle qui procédera à l'accouchement.

Le plan de naissance et le plan d'accouchement (y compris le plan de gestion de la douleur) sont des outils incontournables pour assurer la continuité des soins au cours de l'accouchement.

Durant l'accouchement, les membres de l'équipe peuvent favoriser le sentiment de sécurité et de confiance de la personne en recourant aux stratégies suivantes :

- ➔ S'assurer du consentement explicite de la personne avant de la toucher et de lui administrer un soin.
- ➔ Présenter les rôles de chaque membre de l'équipe.
- ➔ Permettre à la personne de refuser certaines choses, par exemple la présence d'étudiants et de stagiaires.
- ➔ Si cela est possible, annoncer ce qui va suivre.
- ➔ Protéger l'intimité et la pudeur de la personne en la couvrant adéquatement et en fermant la porte de la salle d'accouchement.
- ➔ Favoriser la prise de décision éclairée au sujet des choix thérapeutiques qui doivent être faits durant l'accouchement.
- ➔ Encourager la personne et reconnaître ses forces.

Chapitre 6

Accompagner les parents après l'accouchement

6. Accompagner les parents après l'accouchement

Pour les parents qui ont vécu des difficultés liées à l'usage de substances durant la grossesse, la période suivant l'accouchement peut être marquée par un important stress psychologique associé à des sentiments de honte et de culpabilité ainsi qu'à la peur d'être séparé de leur enfant¹⁴. Dans ce contexte, une approche favorisant l'alliance thérapeutique et la prise en compte des traumatismes et de la violence implique de favoriser la sécurité émotionnelle (voir encadré 1 : **Des exemples de langage non stigmatisant**), d'offrir une écoute bienveillante et attentive, de valoriser les forces et les capacités du parent, d'offrir de l'information pour soutenir l'engagement de la personne dans les soins au bébé, d'être disponible et flexible pour répondre aux besoins des parents.

6.1 Gérer la douleur après l'accouchement

La gestion de la douleur après l'accouchement peut représenter un défi supplémentaire, en particulier pour les personnes qui vivent avec un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes, en raison notamment de l'hyperalgésie, de la crainte d'une rechute²⁰⁷ ou de la tolérance aux opioïdes⁸⁰.

L'analgésie post-partum doit reposer sur une approche multimodale, anticipée et individualisée, tout en assurant la poursuite du traitement par agoniste opioïde sans interruption pour les personnes qui présentent un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes⁸⁰.

À la suite d'un accouchement vaginal, la douleur modérée peut souvent être gérée grâce à la combinaison d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et d'acétaminophène^{80,207} administrés de façon régulière. Dans les cas d'une douleur sévère ou non soulagée par les anti-inflammatoires ou l'acétaminophène, la prescription d'opioïdes peut être envisagée. En cas de prescription d'opioïdes à courte action au congé, un suivi est recommandé dans la semaine⁸⁰. Pour la prise en charge de la douleur aiguë en post-partum, l'utilisation de la mépéridine doit être évitée. Cette molécule est associée à la production d'un métabolite neurotoxique (normépéridine), possède une durée d'action courte et une efficacité analgésique limitée. Elle n'est plus recommandée pour la gestion de la douleur aiguë²⁰⁸⁻²¹², et ce, d'autant plus chez les personnes présentant un trouble de l'usage des opioïdes. Par ailleurs, **il est recommandé d'éviter la codéine, la mépéridine ou le tramadol en contexte d'allaitement**. Leur usage n'est pas une raison de cesser l'allaitement, mais le nourrisson devrait être étroitement surveillé. D'autres options d'analgésie (opioïdes ou non-opioïdes) sont préférables²¹³⁻²¹⁵.

À la suite d'un accouchement par césarienne, une approche multimodale et multidisciplinaire est recommandée pour soutenir la prise de décision partagée au sujet de la douleur⁸⁰. L'analgésie neuraxiale (notamment morphine intrathécale ou péridurale), les anti-inflammatoires non stéroïdiens et l'acétaminophène ainsi que des opioïdes parentéraux ou oraux

font partie des options qui peuvent être envisagées⁸⁰. La morphine neuraxiale pourrait aussi être considéré après l'accouchement vaginal⁸⁰ avec une consultation spécialisée en anesthésie obstétricale.

Dans tous les cas, il est essentiel d'éviter le sous-traitement de la douleur (qui constitue un facteur de risque de rechute⁸³), d'exclure certaines molécules (comme la mépéridine, le tramadol et la codéine), d'exercer une surveillance clinique appropriée, et d'assurer une coordination étroite avec les équipes impliquées.

Perspectives cliniques

Les personnes qui utilisent couramment des opioïdes (prescrits ou non prescrits) peuvent présenter une forte tolérance aux opioïdes. Pour gérer leur douleur, elles peuvent avoir besoin de concentrations d'opioïdes plus élevées que les personnes naïves aux opioïdes. Une approche individualisée est nécessaire pour répondre à leurs besoins dans la gestion de la douleur.

Les personnes qui présentent un trouble sévère de l'usage de substances peuvent bénéficier d'une consultation ante-partum avec un anesthésiste afin de bien prévoir les besoins en salle d'accouchement et en post-partum.

6.2 Favoriser la cohabitation du parent et du bébé à l'hôpital

Les lignes directrices les plus récentes recommandent la cohabitation du parent et du bébé après l'accouchement. Un espace physique adéquat permet la cohabitation, l'allaitement (si désiré), le contact peau à peau, le sommeil sécuritaire et la sécurité culturelle^{14,98}.

Pour les personnes qui présentent des difficultés liées à l'usage de SPA en contexte de périnatalité, la cohabitation après l'accouchement peut favoriser l'allaitement durant le séjour hospitalier, améliorer la probabilité que le nouveau-né quitte l'hôpital sous la garde de son parent biologique et réduire les admissions aux soins intensifs ou la durée de séjour aux soins intensifs pour les nourrissons²¹⁶. En plus de ces bénéfices, on observe, pour les personnes qui présentent des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes, une réduction des besoins du bébé en matière de traitement du syndrome de sevrage néonatal^{10,217-219}. La Société canadienne de pédiatrie recommande de prioriser le modèle de cohabitation « dès que le nouveau-né est à terme ou peu prématuré, que son état médical est stable, que la mère ou le parent qui a accouché est en mesure d'être le principal responsable des soins et que les ressources sont en place pour soutenir à la fois la famille et les professionnels de la santé »¹⁰⁰.

L'Agence de la santé publique du Canada souligne pour sa part que la cohabitation du parent et du bébé après l'accouchement devrait être la norme, que les interventions devraient être effectuées le plus souvent possible dans la chambre du parent et que les admissions en pouponnière devraient être l'exception²²⁰.

En ce qui concerne le sommeil sécuritaire, il est recommandé que le bébé dorme dans la chambre du parent jusqu'à l'âge de six mois, dans sa propre couchette, sur le dos. Le partage de lit augmente le risque de mort subite du nourrisson et de suffocation, en particulier si le parent a consommé de l'alcool, des médicaments sédatifs ou une autre substance psychoactive²²¹.

- ▶ [Treatment of Opioid Use Disorder During Pregnancy, Guideline Supplement](#), BBCSU (voir protocole de cohabitation Appendix 1)
- ▶ [Pour un dodo en sécurité](#), ABCdaire-Suivi collaboratif des 0 à 5 ans



Perspectives cliniques

L'admission à la pouponnière devrait être réservée aux situations qui mettent en péril la sécurité du nouveau-né, notamment dans le cas où le parent n'est pas en mesure d'assurer la sécurité du nourrisson (par exemple, s'il est en crise psychotique) ou si une surveillance médicale étroite du nourrisson est requise (par exemple, en cas de problématique respiratoire, de somnolence accrue ou de complications néonatales graves).

Perspective clinique : Au besoin, un soutien élargi peut être proposé à la famille durant les périodes de cohabitation. Par exemple, on peut offrir une période de repos continue prédéterminée au parent grâce au soutien du personnel hospitalier, qui pourra se charger de l'alimentation du bébé (si celui-ci n'est pas exclusivement allaité) en lui donnant un boire durant la nuit.



Perspective de parent

Quand j'ai accouché de ma fille, on est restés à l'hôpital pendant cinq jours pour s'assurer qu'elle n'allait pas avoir de symptômes de sevrage. Le personnel a rendu le séjour très confortable : on avait notre intimité, je n'avais pratiquement aucun stress. Du coup, je n'ai eu aucun problème à produire du lait, et j'avais mon bébé avec moi tout le temps.

6.3 Respecter et soutenir les modalités d'alimentation choisies par le parent

Le rôle des prestataires de soins consiste à fournir des informations à jour sur les bénéfices et les risques liés aux différentes options d'alimentation, en tenant compte de la situation propre à chaque parent.

Pour les parents qui utilisent des SPA et qui choisissent l'allaitement, l'outil [Allaitement, substances psychoactives et réduction des méfaits – Aide à la réflexion](#) de l'ESCODI permet d'aborder les enjeux liés à l'allaitement ou à l'utilisation de lait humain exprimé en contexte de consommation de SPA, en plus de présenter un ensemble de stratégies de réduction des risques.

Pour les parents qui ne souhaitent pas allaiter, le respect de leur choix est primordial. Dans le cas où ils sont certains de ne pas vouloir allaiter, l'administration d'une dose de cabergoline (1 mg) au premier jour suivant l'accouchement représente une stratégie permettant de prévenir la production de lait et les inconforts qui y sont associés^{93,94}.

BOÎTE À OUTILS

- ▶ [Monographie de la cabergoline](#), voir les contre-indications et les effets indésirables
- ▶ Voir la [section 3.7](#) du guide pour le soutien aux options d'alimentation



Perspective clinique

Afin d'assurer une prise de décision éclairée, il est pertinent de présenter au parent les avantages et les inconvénients des différentes approches (pharmacologiques et non pharmacologiques) pour arrêter la production de lait. Le cas échéant, il est aussi possible de discuter de l'ambivalence, des craintes, des mythes et des défis liés à l'allaitement.

6.4 Planifier la sécurité et la réduction des risques liés à l'utilisation de SPA

Les lignes directrices les plus récentes recommandent aux parents qui utilisent des SPA de prévoir un plan de réduction des risques pour l'enfant. Ce plan comprend l'identification d'un adulte compétent qui peut assurer la sécurité de l'enfant en cas d'usage de substances parental¹⁵. En particulier, les parents peuvent convenir à l'avance des moments et des endroits appropriés pour utiliser des SPA sans affecter l'enfant²²². Il inclut également l'entreposage sécuritaire des substances et du matériel de consommation. Le plan individualisé de réduction des risques devrait en outre inclure des stratégies de prévention de la rechute ainsi que des mesures permettant de faire face à la rechute, tout en assurant les meilleurs soins aux enfants¹⁵.

En ce qui concerne les substances fumées (p. ex. : tabac, cannabis), les lignes directrices recommandent aux parents de fumer à l'extérieur, de ne pas exposer le bébé à la fumée, de se laver les mains après avoir fumé et de retirer les vêtements exposés à la fumée avant d'interagir avec le bébé²²².

Perspective clinique

Les suivis postnatals permettent d'aborder les enjeux liés à la consommation post-partum ainsi qu'à évaluer les risques et les besoins associés à cette consommation.

BOÎTE À OUTILS

- ▶ [Academy of Perinatal Harm Reduction](#) (en anglais) propose des outils pouvant soutenir le développement de stratégies de prévention de la rechute et des mesures d'atténuation des risques liés à la consommation de SPA.

6.5 Assurer le suivi de la santé mentale en post-partum

Les antécédents de traumatismes psychologiques et les problèmes de santé mentale sont courants chez les personnes enceintes qui utilisent des substances^{67,223}. Le stress lié à la grossesse, à l'accouchement et à la parentalité peut aggraver les problèmes liés à la santé mentale. Une revue systématique récente sur le sujet accompagnée d'une méta-analyse indique qu'il existe en effet un risque plus important de dépression post-partum chez les personnes qui vivent des difficultés liées à l'usage de substances que chez les parents qui ne consomment pas de substances²²⁴. De plus, les personnes qui développent une psychose post-partum seraient plus susceptibles de présenter un trouble de l'usage de substances concomitant²²⁵. Une attention particulière devrait donc être portée aux signes et aux symptômes de troubles mentaux durant la période post-partum. Certaines pathologies psychiatriques ainsi que certains contextes caractérisés par la précarité socioéconomique représentent des facteurs de risque de suicide ou d'infanticide^{226,227}.

Le syndrome du bébé secoué peut toucher de jeunes enfants issus de tous les milieux socioéconomiques et culturels. Les pleurs excessifs et persistants du nourrisson peuvent engendrer un sentiment d'impuissance, d'irritabilité et de colère susceptible de provoquer une perte de contrôle chez la personne responsable²²⁸. Certaines conditions et certains facteurs de risque peuvent augmenter la probabilité du passage à l'acte, notamment, la précarité sociale, l'isolement et le manque de soutien, la fatigue, les difficultés conjugales, la monoparentalité, les troubles de santé mentale, ainsi que la consommation d'alcool, de drogues ou de certains médicaments²²⁹.

La sensibilisation des parents aux risques liés aux pertes de contrôle et au syndrome du bébé secoué devrait être systématique et sans jugement. Notamment, les cliniciens peuvent préciser que tous les nouveaux parents reçoivent des informations pour prévenir le syndrome du bébé secoué, et normaliser les sentiments de dépassement, d'impuissance et d'irritabilité.

- ▶ [Directive clinique N° 454 : Identification et traitement des troubles périnataux de l'humeur et de l'anxiété](#), JOGC
- ▶ [Guide de poche du clinicien : Le traitement des troubles de l'humeur, des troubles anxieux et des troubles connexes périnataux](#), CANMAT
- ▶ [Toi, Moi, Bébé](#), CHU Sainte-Justine
- ▶ [Le syndrome du bébé secoué](#), Naître et grandir

6.6 Soutenir le rôle parental

La transition vers la parentalité implique une redéfinition complexe des rôles et de l'identité, dans un contexte de responsabilités accrues et de stress élevé. Il est important que les prestataires de soins normalisent à la fois l'enthousiasme et l'anxiété que les personnes peuvent ressentir en devenant parents⁶³. Les personnes qui utilisent des SPA ont souvent des antécédents d'expériences négatives durant l'enfance, de parentalité sévère, de styles d'attachement insécurisant, ainsi qu'un accès limité aux connaissances sur les soins aux nourrissons²³⁰. Les facteurs de stress sociaux et environnementaux – comme la pauvreté, la monoparentalité ou l'instabilité résidentielle –, qui sont plus fréquents dans cette population, peuvent aussi rendre la parentalité plus difficile. Les parents qui utilisent des SPA peuvent en outre vivre de la peur, de la culpabilité et de la honte, ce qui fragilise leur confiance en leurs capacités parentales. Malgré ces défis, les membres de l'équipe peuvent appuyer la motivation naturelle des parents à développer leurs compétences et les aider à reconnaître leurs forces.

Les lignes directrices nationales soulignent que la parentalité est fortement individualisée et culturellement spécifique⁶³. L'équipe peut amorcer un dialogue collaboratif afin d'aider les personnes à réfléchir à leur rôle parental, à leur identité et à leur style de parentalité.

6.6.1 Favoriser l'attachement sécurisant et les compétences parentales

Un large corpus de données probantes soutient les pratiques parentales qui favorisent la création de liens d'attachement sécurisants²³¹, et les programmes de parentalité fondés sur l'attachement montrent des résultats prometteurs chez les parents qui utilisent des SPA²³². L'attachement sécurisant se définit comme une « connexion physique et/ou émotionnelle prévisible (...) où le réconfort et l'apaisement peuvent être obtenus de façon fiable, et où

l'équilibre émotionnel peut être restauré ou renforcé » [Notre traduction]²³³. En cohérence avec ce cadre, l'Organisation mondiale de la Santé recommandait en 2020 de promouvoir les soins attentifs aux besoins de l'enfant durant les trois premières années de sa vie. Les soins attentifs aux besoins de l'enfant impliquent la capacité à reconnaître et à anticiper les besoins physiologiques et émotionnels de l'enfant, et d'y répondre de façon appropriée, bienveillante et attentive. Les prestataires de soins peuvent aider les parents à reconnaître les signaux du nourrisson (p. ex. : la faim, le besoin de sommeil, la douleur), à apaiser ses pleurs et à maintenir une relation chaleureuse. Les connaissances pratiques en matière d'alimentation, de sommeil, de changement de couches et d'hygiène appuient ces objectifs.

En plus des soins attentifs aux besoins de l'enfant, les équipes périnatales spécialisées dans l'usage de substances peuvent offrir de la formation sur des compétences parentales précises comme la communication efficace, l'instauration de limites, la discipline appropriée, la stimulation du développement précoce, la gestion des conflits interpersonnels, la gestion du stress et la confiance parentale²³⁴. Les interventions axées sur les compétences ont donné des résultats prometteurs auprès des parents qui utilisent des substances psychoactives, notamment une diminution du stress parental et une amélioration des interactions parent-enfant²³⁵.



Perspective de clinicienne experte

La période de cohabitation post-natale immédiate constitue une occasion privilégiée de transmettre des connaissances ainsi que de renforcer le développement des compétences parentales. Chaque suivi clinique offre une occasion de reconnaître les efforts du parent et de leur souligner les réactions de l'enfant.

BOÎTE À OUTILS

- ▶ Pour favoriser l'établissement d'un lien de qualité entre les parents et l'enfant ainsi que pour soutenir des pratiques parentales positives, le programme numérique du CHU Sainte-Justine [Toi, Moi, Bébé](#) contient de nombreux outils et ressources.
- ▶ Série de webinaires - La Maison Bleue : [Attachement et périnatalité sociale](#), Espace périnatalité sociale Québec

6.6.2 Soutenir la parentalité au Québec

Les répercussions de l'usage parental de substances peuvent avoir des conséquences négatives pour les familles. La période périnatale représente toutefois une occasion de prévenir les conséquences négatives et d'intervenir sur les inégalités sociales de santé⁵⁶. Le Québec dispose d'une variété de ressources publiques et communautaires pour soutenir la parentalité.

- ▶ [Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance](#) (SIPPE), MSSS (voir la [section 3.1](#)). Ce programme est accessible via les CLSC.
- ▶ [Agir Tôt](#), gouvernement du Québec. Ce programme est accessible via les CLSC.
- ▶ [Y'a personne de parfait](#), gouvernement du Canada
- ▶ [Réseau des Centres de ressources périnatales du Québec](#), RCRPQ
- ▶ [Centres de pédiatrie sociale en communauté](#), gouvernement du Québec
- ▶ [Première Ressource](#)
- ▶ [Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans](#), INSPQ
- ▶ [Naître et grandir](#)
- ▶ [Programme Pour une maternité sans danger](#), CNESST
- ▶ [Observatoire des réalités familiales du Québec](#)

6.7 Évaluer la nécessité de faire un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse

L'usage de SPA, en soi, ne constitue pas un motif de signalement. Les équipes sont tenues de faire un signalement lorsqu'elles ont des raisons de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être compromis en fonction des sept critères suivants²³⁶ :

- ▶ L'enfant est abandonné.
- ▶ L'enfant est négligé ou risque sérieusement d'être négligé.
- ▶ L'enfant subit de mauvais traitements psychologiques.
- ▶ L'enfant est exposé à la violence conjugale directement ou indirectement, incluant en contexte de post-séparation.
- ▶ L'enfant subit ou risque sérieusement de subir des abus sexuels.
- ▶ L'enfant subit ou risque sérieusement de subir des abus physiques.
- ▶ L'enfant a de graves troubles de comportement.

Faire un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse peut causer beaucoup d'inconfort aux membres de l'équipe de soins partenaire. Ceux-ci peuvent en effet ressentir des tiraillements entre l'alliance thérapeutique avec le parent et la protection de l'enfant. Afin de composer avec ces tensions, des équipes expérimentées soulignent l'importance de la transparence afin de maintenir la relation de confiance avec le parent. Par exemple, les membres de l'équipe devraient communiquer clairement aux parents les motifs pouvant mener à un signalement, leurs observations et leurs inquiétudes en temps réel au cours du suivi, ainsi que leur intention de procéder à un signalement, le cas échéant. Par ailleurs, la concertation et la prise de décision en équipe interdisciplinaire contribuent aussi à réduire la souffrance du personnel, par le biais du partage de la responsabilité⁵⁶.



Perspective clinique

Dans plusieurs cas, le parent peut être impliqué dans le processus de signalement afin de favoriser son engagement et son autonomisation.

Il est important de rappeler qu'un signalement ne peut être fait à la Direction de la protection de la jeunesse durant la grossesse. Cette pratique a été abolie en 2023 par le gouvernement du Québec. Un accompagnement ainsi que des services préventifs et intensifs devraient être offerts durant la période prénatale aux familles qui présentent des risques pour la sécurité ou le développement de l'enfant à naître²³⁷.

BOÎTE À OUTILS

- ▶ [Intervention du DPJ à la suite d'un signalement](#), gouvernement du Québec
- ▶ [Trouver les coordonnées du DPJ selon la région](#), gouvernement du Québec
- ▶ [Programme Ma famille, ma communauté](#), gouvernement du Québec

Le processus enclenché par un signalement à la DPJ est illustré ci-dessous à partir des informations présentées sur le site du gouvernement du Québec²³⁸. Il implique une série d'étapes au cours desquelles il est important de soutenir le parent. Lorsqu'un signalement est retenu, et que la sécurité ou le développement de l'enfant sont jugés compromis, des mesures volontaires ou imposées par le Tribunal de la jeunesse sont mises en place. Ces mesures peuvent inclure le retrait de l'enfant à ses parents biologiques²³⁸.

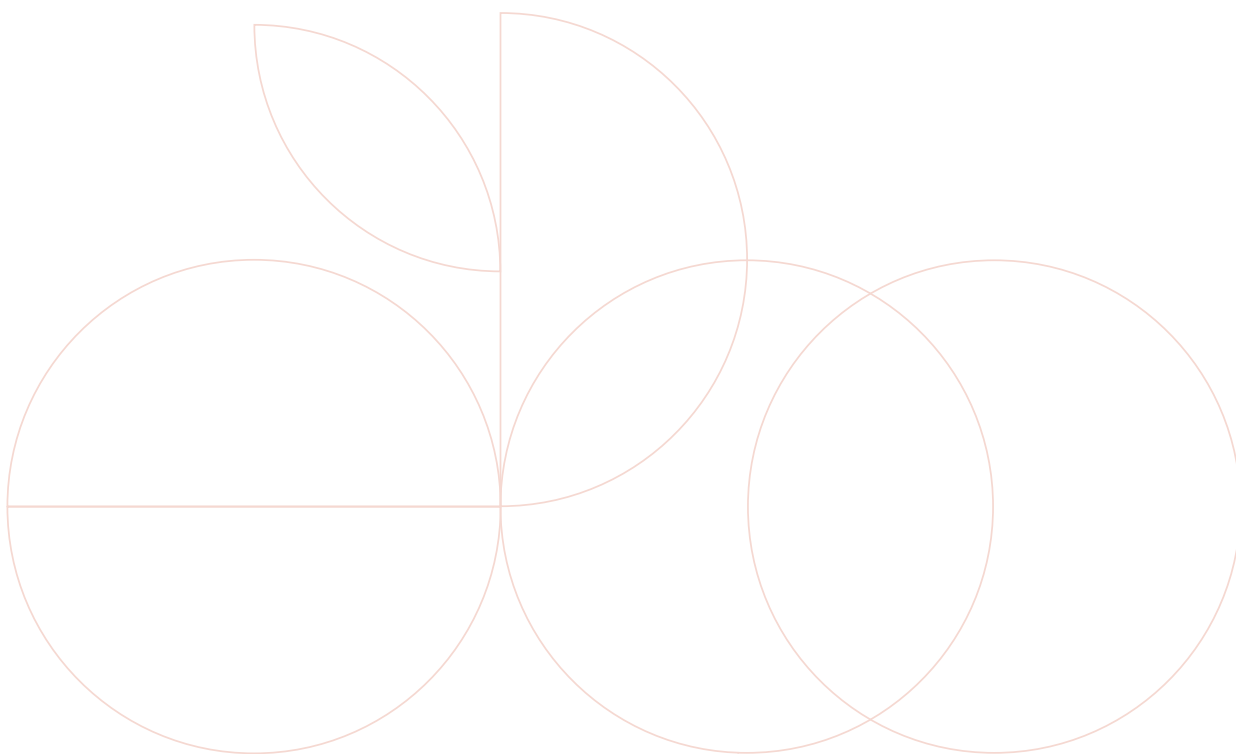
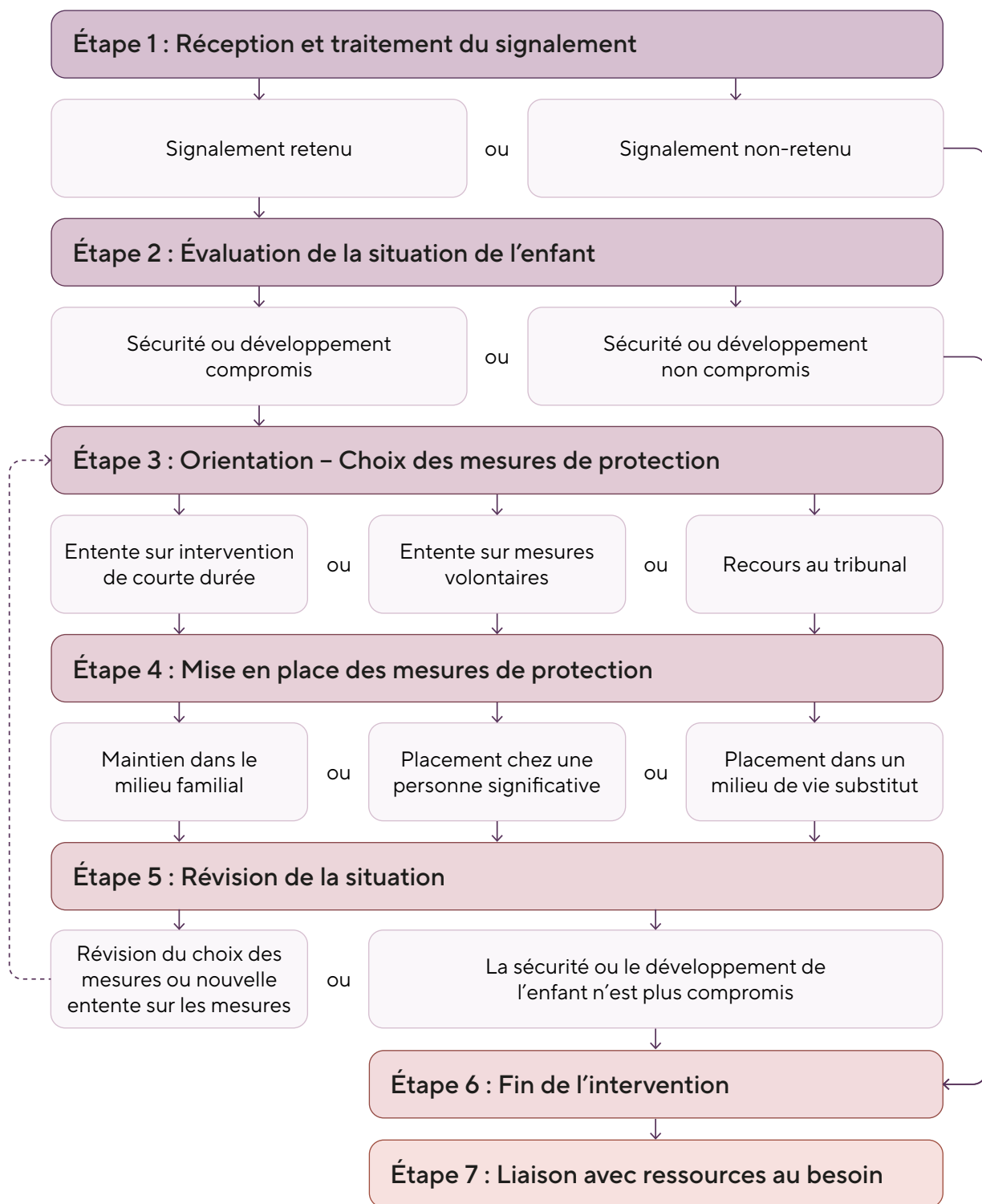


Figure 4. Processus enclenché par un signalement à la DPJ



Il est à noter que « si la situation l'exige, le DPJ peut prendre une mesure de protection immédiate à n'importe quel moment durant son intervention »²³⁸.

6.8 Accompagner les parents à qui les services de protection de la jeunesse ont retiré la garde de leur enfant

Le retrait d'un enfant par les services de protection de la jeunesse peut être vécu comme une expérience extrêmement disqualifiante, déshumanisante et stigmatisante par les parents²³⁹. Ceux-ci peuvent avoir l'impression que leur souffrance est non reconnue, non validée et non légitime²³⁹. De plus, ils peuvent craindre de ne pas réussir à se conformer aux attentes des services de protection de la jeunesse²⁴⁰. Il est aussi possible qu'ils aient le sentiment que le peu de temps passé avec leur enfant nuit à leur capacité à développer leurs compétences parentales²⁴⁰. Ces sentiments peuvent constituer une menace pour l'identité parentale²³⁹.

Inversement, l'implication des services de protection de la jeunesse peut aussi être perçue par les parents comme une occasion de croissance personnelle et parentale²⁴⁰. Ainsi, le personnel impliqué auprès de la famille peut leur offrir un soutien important, notamment en maintenant un contact régulier avec eux, en leur offrant une écoute compréhensive et sans jugement, en reconnaissant leur amour pour leur enfant, en favorisant leur confiance et en les impliquant dans les décisions qui concernent leur enfant²⁴¹.



Perspective clinique

La parentalité peut prendre diverses formes. Les membres de l'équipe peuvent continuer à offrir des soins et des services aux parents, même s'ils n'ont pas la garde de leur enfant, afin de soutenir leurs rôles et leur identité parentale.

La durée maximale d'un placement dépend de l'âge de l'enfant²⁴² :

- ▶ 12 mois pour les enfants de moins de 2 ans
- ▶ 18 mois pour les enfants de 2 à 5 ans
- ▶ 24 mois pour les enfants de 6 ans et plus

Par la suite, si le retour dans le milieu familial est impossible, un projet de vie hors du milieu familial sera mis en œuvre. Celui-ci pourra impliquer un placement jusqu'à la majorité de l'enfant, une tutelle ou une adoption²⁴².

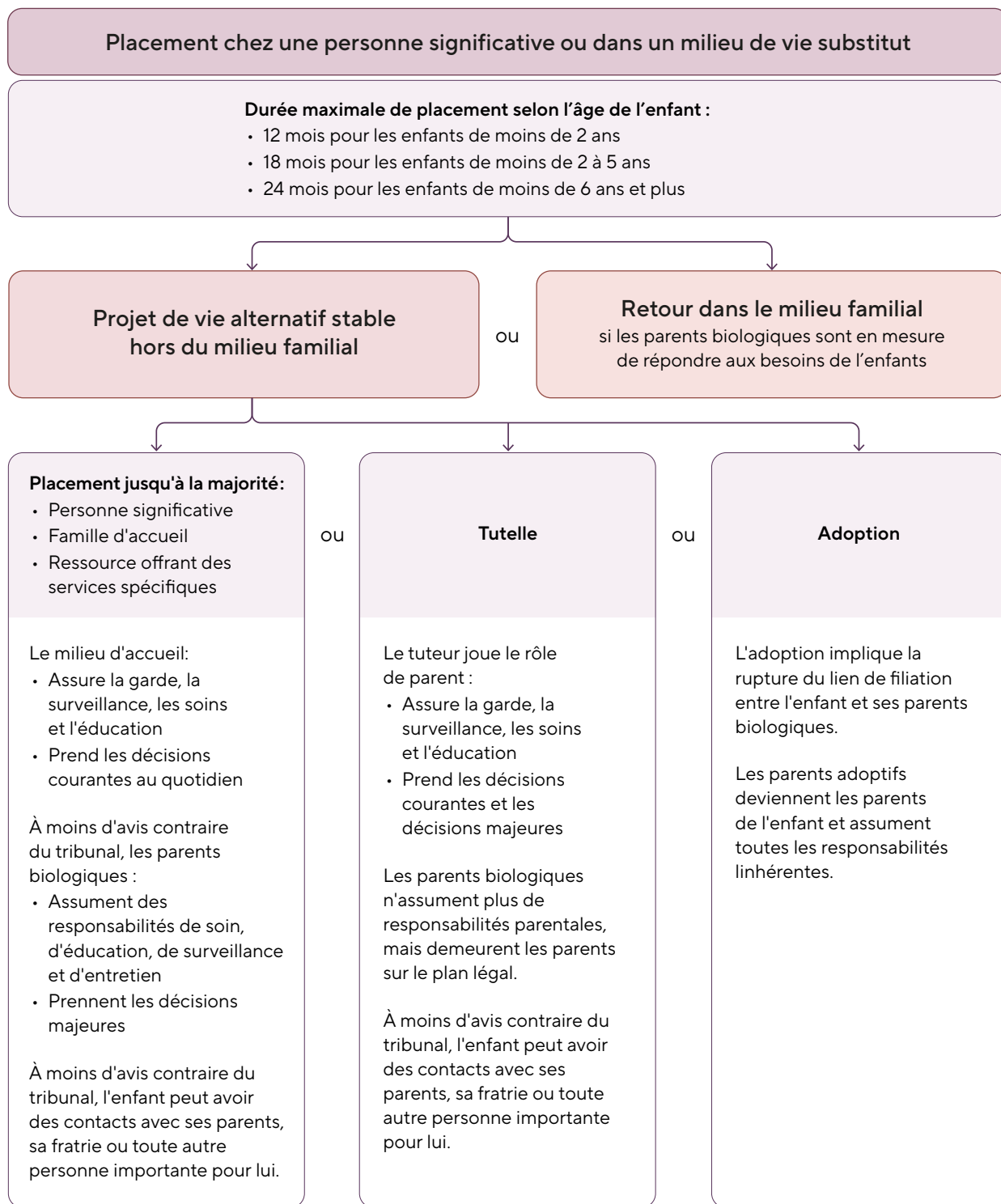
Dans le cas d'un placement jusqu'à la majorité, les parents biologiques continuent à assumer des responsabilités de soins, d'éducation et d'entretien, en plus de participer à la prise de décisions majeures. Sauf avis contraire du tribunal, l'enfant peut avoir des contacts avec ses parents biologiques, sa fratrie ou toute autre personne importante pour lui²⁴².

Dans le cas d'une tutelle, les parents biologiques demeurent les parents sur le plan légal. Sauf avis contraire du tribunal, l'enfant peut avoir des contacts avec ses parents biologiques, sa fratrie ou toute autre personne importante pour lui²⁴².

L'adoption implique la rupture du lien de filiation entre l'enfant et ses parents biologiques.

Le placement chez une personne significative ou dans un milieu de vie substitut est illustré ci-dessous.

Figure 5. Le placement chez une personne significative ou dans un milieu de vie substitut



Processus illustré à partir du feuillet du gouvernement du Québec [Un projet de vie, des racines pour la vie.](#)



6.9 Accompagner les parents après l'accouchement : aide-mémoire

L'accompagnement après l'accouchement permet de prendre en compte une série de particularités liées à l'usage de SPA afin de répondre aux besoins des parents.

- ➔ **Gestion de la douleur :** Pour les personnes qui présentent un trouble lié à l'utilisation de substances, la gestion de la douleur après l'accouchement peut représenter un défi supplémentaire. Une approche individualisée est alors nécessaire.
- ➔ **Cohabitation du parent et du bébé après l'accouchement :** La cohabitation comporte de nombreux bienfaits pour les familles touchées par l'usage de substances, et l'admission à la pouponnière ne doit se faire que si la situation met en péril la sécurité du nouveau-né.
- ➔ **Modalités d'alimentation du nourrisson :** Le choix du mode d'alimentation du nourrisson peut être influencé par les enjeux liés à l'utilisation de substances ou les expériences antérieures du parent. Le rôle des prestataires de soins consiste à offrir les informations les plus récentes sur les avantages et les risques liés à chaque option, en tenant compte des facteurs propres à chaque parent. Dans tous les cas, le respect du choix du parent s'inscrit dans une approche visant à soutenir l'autodétermination.
- ➔ **Plan de réduction des risques :** Pour les familles touchées par l'usage de substances, le plan de réduction des risques permet notamment d'identifier un adulte compétent susceptible d'assurer la sécurité de l'enfant en cas d'usage parental de substances.
- ➔ **Santé mentale :** Les antécédents de traumatismes psychologiques et les problèmes de santé mentale sont courants chez les personnes enceintes qui utilisent des substances. Une attention particulière doit être portée aux signes et aux symptômes de troubles de santé mentale durant la période post-partum.
- ➔ **Soutien à la parentalité :** La période périnatale représente une occasion de favoriser l'attachement sécurisant, de soutenir les compétences parentales et d'intervenir sur les inégalités sociales de santé.
- ➔ **Motifs de signalements à la DPJ :** L'usage de SPA, en soi, ne constitue pas un motif de signalement à la DPJ. Les membres de l'équipe de soins partenaire sont tenus de faire un signalement lorsqu'ils ont des raisons de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être compromis.
- ➔ **Soutien aux parents en cas de retrait de l'enfant par la DPJ :** Le retrait d'un enfant par les services de protection de la jeunesse peut être vécu comme une expérience extrêmement difficile par les parents, mais peut aussi représenter une occasion de croissance personnelle et parentale. Dans tous les cas, les membres de l'équipe peuvent continuer à offrir des soins et des services aux parents, même s'ils n'ont pas la garde de leur enfant, afin de soutenir leurs rôles et leur identité parentale.

Chapitre 7

Réaliser le suivi néonatal

7. Réaliser le suivi néonatal

Les nouveau-nés exposés à des SPA durant la grossesse peuvent avoir des besoins particuliers à la naissance, notamment en raison du syndrome de sevrage néonatal. Les parents ou les personnes responsables du nourrisson jouent un rôle crucial dans la surveillance des signes et des symptômes du syndrome de sevrage néonatal. Leur participation représente une composante essentielle des soins prodigués au nouveau-né¹⁰⁰. Les équipes peuvent jouer un rôle important pour soutenir leur engagement dans les soins au nouveau-né.

Perspective clinique

Lorsque le nouveau-né exposé à des substances durant la grossesse ne présente pas de syndrome de sevrage néonatal, il peut être irritable ou avoir des défis d'alimentation. Les parents peuvent éprouver des sentiments d'inquiétude ou d'impuissance. Dans ce contexte, il est pertinent d'offrir des suivis plus rapprochés aux familles afin de documenter l'évolution du nouveau-né (état d'éveil, succion, prise de poids en contexte d'exposition) et d'inclure les parents dans la réponse aux besoins de l'enfant (en leur donnant des stratégies pour reconnaître les besoins et y répondre – notamment à l'aide du modèle d'évaluation « Manger, dormir, consoler »).

7.1 Reconnaître et gérer le syndrome de sevrage néonatal

Le syndrome de sevrage néonatal est un ensemble de symptômes de sevrage qu'un nouveau-né peut présenter après avoir été exposé à certaines substances durant la grossesse. Ce syndrome se manifeste le plus fréquemment après une exposition aux opioïdes, mais il peut également résulter de l'exposition à d'autres substances, comme des antidépresseurs, des benzodiazépines, de la nicotine, de la caféine, de l'alcool, de la méthamphétamine ou des substances inhalées⁹⁹.

7.1.1 Reconnaître les symptômes de sevrage néonatal

Les symptômes de sevrage néonatal peuvent varier en fonction de différents facteurs comme le type de substances utilisées durant la grossesse, la fréquence de consommation, les quantités utilisées, le métabolisme parental et l'âge gestationnel à la naissance^{243,244}. Il est à noter que les nouveau-nés prématurés présentent moins de risques de sevrage néonatal, et lorsqu'ils ont des symptômes, ceux-ci sont moins apparents²⁴⁴, moins sévères¹⁰¹ et leur durée est moins longue¹⁰¹. Cette particularité pourrait être liée à l'exposition globale plus courte aux opioïdes ainsi qu'à l'immaturation du système nerveux central et des récepteurs, à des dépôts graisseux moins importants et à une transmission placentaire réduite¹⁰¹.

Tableau 4. L'apparition des symptômes de sevrage varie en fonction de la demi-vie des substances utilisées^{243,244} :

Substances	Apparition des symptômes de sevrage en fonction de la demi-vie des substances utilisées
<p>Opioides dont la demi-vie est plus courte (p. ex. : oxycodone, codéine, héroïne, hydromorphone, fentanyl)</p>	<p>Les symptômes de sevrage peuvent apparaître dans les 24 heures suivant la naissance^{243,244}. Le syndrome de sevrage néonatal peut persister jusqu'à quatre semaines après la naissance, et les signes subaigus peuvent durer jusqu'à six mois²⁴³.</p>
<p>Opioides dont la demi-vie est plus longue (p. ex. : méthadone, buprénorphine)</p>	<p>Les symptômes de sevrage se manifestent généralement dans les 24 à 72 heures suivant la naissance^{243,244}, mais peuvent parfois apparaître plus tard, entre le 5^e et le 7^e jour de vie^{243,245}. Le syndrome de sevrage néonatal peut persister jusqu'à quatre semaines après la naissance²⁴⁶, et les signes subaigus peuvent durer jusqu'à six mois²⁴³.</p>
<p>Benzodiazépines</p>	<p>Les symptômes de sevrage peuvent apparaître quelques heures après la naissance, mais peuvent aussi se manifester quelques semaines plus tard²⁴⁴, selon les caractéristiques de la benzodiazépine (p. ex. : demi-vie d'élimination, métabolites actifs ou non).</p>
<p>Alcool</p>	<p>Le pic des symptômes de sevrage est observé dans les 72 heures suivant la naissance¹⁴.</p>
<p>Méthamphétamines</p>	<p>Le pic des symptômes de sevrage est observé de la naissance jusqu'à trois semaines plus tard¹⁴.</p>
<p>Cannabis</p>	<p>Le pic des symptômes de sevrage est observé entre deux jours et six semaines après la naissance¹⁴.</p>
<p>Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine</p>	<p>Le pic des symptômes de sevrage est observé entre 24 et 48 heures après la naissance^{14,247}.</p>

Tableau 5. Les principaux symptômes de sevrage néonatal aux opioïdes peuvent être classés en fonction des catégories suivantes :

Catégories	Symptômes
Symptômes liés au système nerveux central	<ul style="list-style-type: none"> • irritabilité • pleurs aigus et excessifs • trémulations • difficultés à dormir • hypertonie^{101,243,244} • réflexe de Moro hyperactif^{243,244} • convulsions^{243,244}
Symptômes liés aux fonctions gastro-intestinales	<ul style="list-style-type: none"> • selles molles ou diarrhée • vomissements ou régurgitation • succion et déglutition excessives, non coordonnées et non nutritives entraînant une perte de poids^{101,243,244}
Symptômes liés au système respiratoire	<ul style="list-style-type: none"> • sécrétions excessives ou congestion nasale (renflements) • tachypnée^{101,243,244}
Symptômes liés au système nerveux autonome	<ul style="list-style-type: none"> • éternuements • bâillements • hyperthermie ou fièvre^{101,243,244} • sudation^{101,243} • marbrures • diaphorèse²⁴⁸

Lors de l'évaluation, il est important de distinguer les symptômes de sevrage néonatal des autres conditions comportant des symptômes similaires, comme les infections, l'hypoglycémie, l'hypocalcémie et les atteintes neurologiques^{243,244}.

7.1.2 Évaluer les symptômes de sevrage néonatal

La Société canadienne de pédiatrie²⁴⁴ recommande d'évaluer de manière précise et systématique tous les nouveau-nés présentant un risque de syndrome de sevrage néonatal au moins durant les 72 à 120 premières heures de vie et en fonction de leur exposition aux substances et de leurs symptômes²⁴⁴. Si un traitement pharmacologique est nécessaire, l'évaluation se poursuivra du début du traitement jusqu'à son arrêt²⁴⁴. Le nourrisson est évalué durant les cycles naturels d'éveil afin de ne pas nuire à son sommeil ou à son alimentation²⁴⁴.

La Société canadienne de pédiatrie²⁴⁴ recommande en outre l'usage du modèle d'évaluation « Manger, dormir, consoler ». Ce modèle est centré sur la famille et permet d'évaluer la capacité du nouveau-né à manger, à dormir et à être réconforté, en mettant l'accent sur le maintien de l'unité parent-enfant comme fondement principal de l'intervention²⁴⁴. Il implique d'engager les parents dans le processus d'évaluation¹⁰¹.

Les lignes directrices courantes proposent d'amorcer l'évaluation à l'aide du modèle « Manger, dormir, consoler » dans les quatre à six heures suivant la naissance, de réaliser des évaluations toutes les deux à quatre heures en collaboration avec le parent, de poursuivre l'évaluation au moins de quatre à sept jours dans le cas d'une exposition à des opioïdes à longue action et au moins 48 heures dans le cas d'une exposition à des opioïdes à courte action¹⁰¹. Si des interventions pharmacologiques ont été réalisées, l'évaluation devrait se poursuivre au moins 24 heures après la dernière administration de la médication¹⁰¹.

La grille d'évaluation du modèle « Manger, dormir, consoler » est fondée sur les signes cliniques du sevrage néonatal, soit la capacité du nourrisson à boire au moins une once (ou les apports nécessaires selon son âge et son poids) ou à téter efficacement si l'allaitement est exclusif, à dormir entre les boires au moins une heure de façon continue et à se calmer en moins de 10 minutes lorsqu'il est consolé²⁴³. Lorsque ces critères ne sont pas satisfaits, les approches non pharmacologiques et pharmacologiques sont réévaluées²⁴³.



Perspectives cliniques

L'évaluation à l'aide du modèle « Manger, dormir, consoler » peut être réalisée dans la chambre et ne requiert pas d'admission en néonatalogie ou à la pouponnière.

Si les parents sont dans l'incapacité de s'engager, le soutien de soignants, de bénévoles ou d'aidants peut être mobilisé. Il est important de ne pas juger et de ne pas culpabiliser les parents qui ne peuvent pas être au chevet de leur enfant pour lui fournir des soins.

Tous les membres de l'équipe de soins peuvent contribuer à l'évaluation des signes cliniques de sevrage néonatal en utilisant le modèle « Manger, dormir, consoler ».

- ▶ [Algorithme d'aide à la décision pour soutenir l'application du modèle « Manger, dormir, consoler »](#), CHUM
- ▶ [Modèle de notes d'évolution du syndrome de sevrage néonatal - modèle « Manger, dormir, consoler »](#), CHUM
- ▶ Vidéo : [Le syndrome de sevrage néonatal](#), CHUM
- ▶ Formation : La prise en charge d'un nouveau-né à risque ou en retrait néonatal, [ENA # 16993](#)
- ▶ [Perinatal Substance Use](#), UBC (formation en ligne et outils , en anglais, tel qu'un algorithme de traitement du nouveau-né exposé à des substances durant la grossesse, un modèle de journal de bord pour l'évaluation et une grille d'évaluation détaillée)

7.1.3 Gérer les symptômes de sevrage néonatal aux opioïdes (stratégies non pharmacologiques)

L'approche non pharmacologique est considérée comme le traitement de première intention auprès des nouveau-nés qui présentent des symptômes de sevrage néonatal^{14,101,243,244}. Elle vise à soutenir la capacité d'autorégulation du nourrisson¹⁰¹ et devrait être poursuivie aussi longtemps que nécessaire, qu'il y ait ou non ajout de stratégies pharmacologiques²⁴³. Suivant les symptômes observés chez le nourrisson, la gestion non pharmacologique peut inclure les stratégies suivantes :

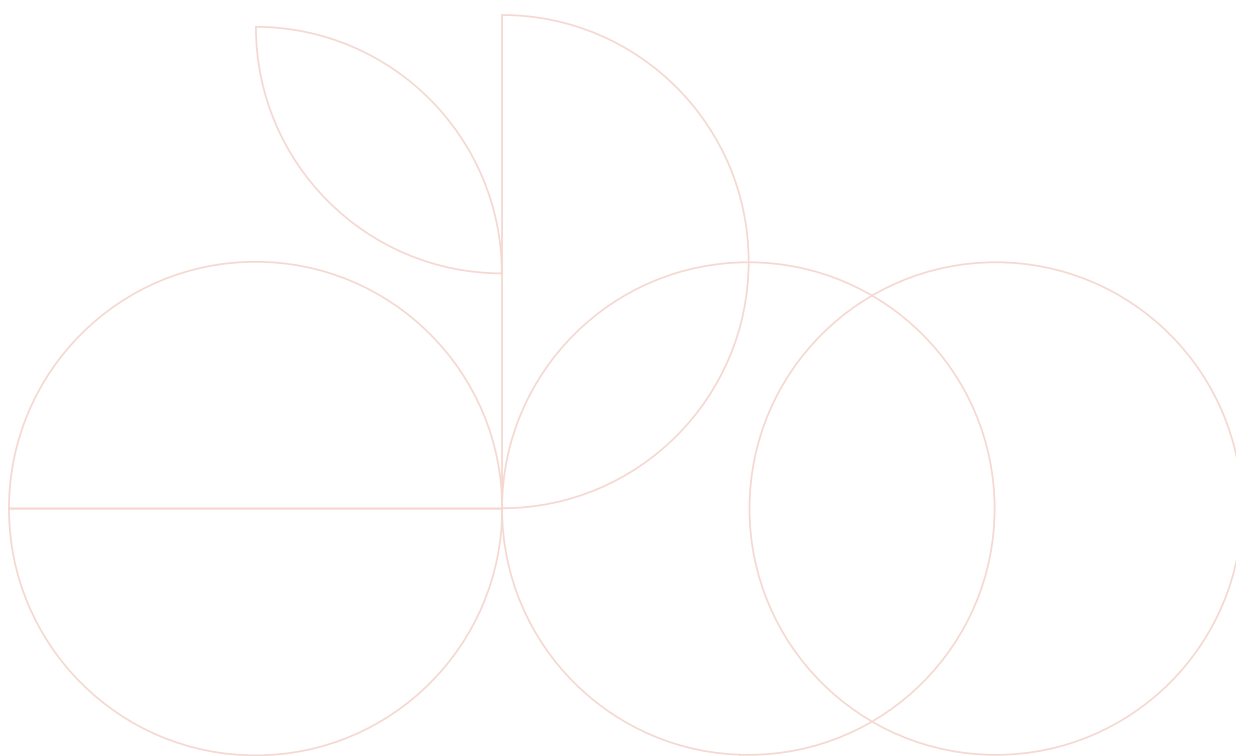
- ▶ Soutenir l'unité parent-enfant et la cohabitation à l'hôpital lorsque cela est possible^{14,101,122,243,244} permet de favoriser l'attachement, l'allaitement et un séjour plus court à l'hôpital ainsi que de réduire la nécessité de recourir aux unités de soins intensifs néonataux et aux traitements pharmacologiques²⁴⁴.
- ▶ Réduire le bruit, le nombre de visiteurs et la lumière contribue à éviter la surcharge sensorielle^{14,101,122,243,244}.
- ▶ Favoriser l'allaitement, si celui-ci est possible, permet de réduire la sévérité des symptômes de sevrage et de retarder leur apparition^{101,243,244}, ainsi que de diminuer la durée des hospitalisations et le recours à la médication²⁴⁹.
- ▶ Emmailloter le nourrisson^{14,101,243,244} contribue à favoriser le contrôle moteur et musculaire¹⁰¹ et à le rassurer.
- ▶ Adopter un toucher ferme et doux (sans flatter) permet de réduire la surcharge sensorielle¹⁰¹.
- ▶ Bercer lentement le nouveau-né de façon verticale peut réduire l'hyperactivité neurologique et favoriser l'autorégulation¹⁰¹.
- ▶ Respecter le sommeil du nourrisson contribue à favoriser l'autorégulation¹⁰¹.
- ▶ Répondre promptement à l'expression des besoins (p. ex. : boire à la demande)^{101,244} peut favoriser l'autorégulation¹⁰¹.
- ▶ Favoriser le contact peau à peau^{14,101,244} peut aider à l'organisation neurocomportementale du nourrisson, soutenir le lien d'attachement et augmenter la production de lait maternel¹⁰¹.
- ▶ Offrir la succion non nutritive peut réduire les mouvements non coordonnés¹⁰¹.
- ▶ Simuler la position fœtale peut favoriser le contrôle moteur et musculaire¹⁰¹.
- ▶ Changer la couche du nouveau-né fréquemment et protéger sa peau avec une crème barrière permet d'éviter l'irritation¹⁰¹.

Les parents ou les personnes qui s'occupent du nourrisson ont un rôle essentiel à jouer dans l'observation des signes et des symptômes du syndrome de sevrage néonatal. Leur contribution constitue une partie intégrante des soins à apporter au nouveau-né²⁴⁴.

7.1.4 Gérer les symptômes de sevrage néonatal aux opioïdes (stratégies pharmacologiques)

Lorsque les symptômes de sevrage néonatal persistent ou que le nourrisson ne boit pas suffisamment, ne dort pas assez et ne peut être consolé durablement malgré la mise en œuvre des stratégies non pharmacologiques, des stratégies pharmacologiques peuvent être envisagées^{14,101,244}.

Un opioïde (morphine ou méthadone) peut être utilisé pour traiter les symptômes de sevrage néonatal aux opioïdes chez les nouveau-nés^{14,101,243}. La morphine est le médicament le plus couramment prescrit²⁴⁴. En complément des opioïdes, le phénobarbital ou la clonidine peuvent être ajoutés lorsque les symptômes ne sont pas suffisamment contrôlés²⁴⁴. Plus spécifiquement, la Société canadienne de pédiatrie²⁴⁴ précise que le phénobarbital peut être ajouté en cas d'utilisation de multiples substances (incluant les benzodiazépines) et que la clonidine peut être utile en présence de symptômes du système nerveux autonome²⁴⁴.



La morphine

pour gérer les symptômes de sevrage néonatal aux opioïdes

DOSAGE

La Société canadienne de pédiatrie propose de commencer avec l'administration de 0,03 à 0,05 mg/kg/dose toutes les 3 ou 4 heures par voie orale, et d'accroître les doses de 0,03 à 0,05 mg/kg/dose, au besoin²⁴⁴. La demi-vie de la morphine est de 9 heures chez les nouveau-nés prématurés et de 6,5 heures chez les nouveau-nés à terme²⁴⁴.

SÉCURITÉ

Il est important de s'assurer que le nourrisson a été exposé à des opioïdes pendant la grossesse, sans quoi l'administration d'opioïdes comporte un risque de dépression respiratoire¹⁴. Les pratiques courantes impliquent la surveillance et l'observation cardiorespiratoire du nouveau-né au cours d'un traitement pharmacologique, tout en maintenant idéalement la dyade parent-enfant²⁴⁴. Le niveau de soins est ajusté en fonction de la stabilité médicale du nourrisson²⁴⁴.

SEVRAGE

Le processus de sevrage peut varier selon les personnes. Les doses sont réduites de 10 % à 20 % toutes les 24 à 48 heures, selon la tolérance²⁴⁴.



Le phénobarbital

en complément aux opioïdes pour gérer les symptômes de sevrage néonatal aux opioïdes

DOSAGE

La Société canadienne de pédiatrie propose de commencer avec l'administration d'une dose de charge (facultative) de 10 à 20 mg/kg par voie orale. La dose d'entretien est de 5 mg/kg/jour, administrée par voie orale en une dose ou divisée en deux doses²⁴⁴. La demi-vie du phénobarbital est de 140 heures chez les nouveau-nés prématurés et de 100 heures chez les nouveau-nés à terme. Elle diminue avec l'âge (67 heures à 4 semaines de vie)²⁴⁴.

SÉCURITÉ

Les effets neurodéveloppementaux à long terme de l'exposition au phénobarbital sont méconnus²⁴⁴.

SEVRAGE

Le processus de sevrage implique une réduction de 10 % à 20 % des doses toutes les 24 à 48 heures une fois les symptômes bien contrôlés²⁴⁴.



La clonidine

en complément aux opioïdes pour gérer les symptômes de sevrage néonatal aux opioïdes

DOSAGE

La Société canadienne de pédiatrie propose de commencer avec 0,5 à 1 mcg/kg/dose toutes les 4 à 6 heures par voie orale. Des données limitées suggèrent que la dose d'entretien peut être titrée à un maximum de 2 mcg/kg/dose toutes les 4 heures²⁴⁴. La demi-vie de la clonidine est de 17 heures.

SÉCURITÉ

La clonidine diminue la pression artérielle et la fréquence cardiaque. Ses effets indésirables comprennent la somnolence, la bradycardie, la sécheresse buccale et des troubles gastro-intestinaux¹⁴. Un arrêt abrupt de la clonidine peut provoquer une hausse rapide de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque²⁴⁴.

SEVRAGE

La Société canadienne de pédiatrie propose le schéma de sevrage suivant : réduire la dose quotidienne totale de 25 % tous les deux jours (de toutes les 4 à 6 heures × 48 heures à toutes les 8 heures × 48 heures, puis à toutes les 12 heures × 48 heures au coucher avant de mettre un terme au traitement)²⁴⁴.

- ▶ [La prise en charge des nouveau-nés à risque de syndrome d'abstinence néonatale et de syndrome de sevrage néonatal aux opioïdes : mises à jour et pratiques exemplaires émergentes](#), Société canadienne de pédiatrie (voir tableau 3 : le traitement pharmacologique du syndrome d'abstinence néonatale et du syndrome de sevrage néonatal aux opioïdes)

7.1.5 Gérer les symptômes de sevrage néonatal aux substances non opioïdes (stratégies pharmacologiques)

Lorsque les symptômes de sevrage néonatal persistent ou que le nourrisson ne boit pas suffisamment, ne dort pas assez et ne peut être consolé durablement malgré la mise en œuvre des stratégies non pharmacologiques, des stratégies pharmacologiques peuvent être envisagées.

Les sédatifs (p. ex. : phénobarbital ou clonidine) ou les benzodiazépines peuvent être utilisés pour la gestion pharmacologique des symptômes de sevrage néonatal aux substances non opioïdes, selon la présentation clinique et les substances psychoactives impliquées^{14,250}.

7.1.6 Assurer la sécurité du congé du nouveau-né ayant présenté un syndrome de sevrage néonatal

Lorsque aucun traitement pharmacologique n'est nécessaire dans un délai de trois jours (opioïdes à courte action) ou cinq jours (opioïdes à longue action) après l'accouchement, le congé peut être accordé²⁴⁴. Pour le nouveau-né ayant présenté un syndrome de sevrage néonatal nécessitant un traitement pharmacologique, le congé peut être accordé à la fin du traitement pharmacologique. Si les ressources nécessaires sont disponibles dans la communauté, le congé peut être accordé durant la phase de décroissance du traitement pharmacologique²⁴⁴.

BOÎTE À OUTILS

- ▶ [Retour à la maison avec mon bébé en sevrage des opioïdes](#), CHUM

Selon les meilleures pratiques, la continuité des soins est primordiale et la planification du congé doit inclure ce qui suit :

- ▶ La prise en charge du nouveau-né par un médecin habilité à assurer le suivi du syndrome de sevrage néonatal²⁴⁴ dans les 48 heures suivant le congé²⁴³.
- ▶ La visite d'une infirmière à domicile²⁴³.
- ▶ Une référence vers des services d'intervention précoce²⁴³.

La préparation du congé du nouveau-né ayant présenté un syndrome de sevrage néonatal implique un travail interdisciplinaire (incluant le service social) afin que la transition du nourrisson entre l'hôpital et le milieu de vie se fasse de façon sécuritaire^{243,244}. L'éducation des adultes qui prendront soin du nouveau-né est primordiale pour assurer la gestion des risques et des symptômes de sevrage néonatal.



Un suivi par une nutritionniste permet de s'assurer que le nourrisson ait une croissance adéquate, surtout en cas de recours au lait enrichi durant l'hospitalisation.

7.2 Dépister et traiter les ITSS chez le nouveau-né

Les personnes enceintes qui vivent avec un trouble lié à l'utilisation de substances sont plus à risque de présenter des infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS) et d'avoir reçu des soins prénatals tardifs ou incomplets⁸⁶. Les recommandations et les protocoles disponibles dans la boîte à outils visent ainsi à favoriser le dépistage et le traitement des infections chez le nouveau-né.

BOÎTE À OUTILS

- ▶ [La réduction du risque d'infection périnatale chez les nouveau-nés de mères dont les soins prénatals étaient inappropriés](#), Société canadienne de pédiatrie
- ▶ [Protocole périnatal pour les nouveau-nés à risque de développer l'hépatite B](#), BCCDC (en anglais)
- ▶ [La prise en charge des nourrissons, des enfants et des adolescents vulnérables à l'infection par le virus de l'hépatite C](#), Société canadienne de pédiatrie
- ▶ [Exemple d'ordonnance pour la prophylaxie du VIH chez le nouveau-né à la naissance](#), CHUM
- ▶ [Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs During Pregnancy and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States](#), NIH (en anglais)
- ▶ [Le diagnostic et la prise en charge de la syphilis congénitale : ne laisser passer aucune occasion](#), Société canadienne de pédiatrie



7.3 Réaliser le suivi néonatal : aide-mémoire

Les nouveau-nés exposés à des SPA durant la grossesse peuvent avoir des besoins particuliers à la naissance, notamment en raison d'un syndrome de sevrage néonatal et d'infections transmises par le sang.

→ **Principaux symptômes de sevrage aux opioïdes :**

- ▷ Système nerveux central : irritabilité ; pleurs aigus et excessifs ; trémulations ; difficulté à dormir ; hypertonie ; réflexe de Moro hyperactif ; convulsions
- ▷ Fonctions gastro-intestinales : selles molles ou diarrhée ; vomissements ou régurgitation ; succion et déglutition excessives, non coordonnées et non nutritives entraînant une perte de poids
- ▷ Système respiratoire : sécrétions excessives ou congestion nasale ; tachypnée
- ▷ Système nerveux autonome : éternuements ; bâillements ; hyperthermie ou fièvre ; sudation ; marbrures ; diaphorèse

→ **Modèle « Manger, dormir, consoler » :** Ce modèle centré sur la famille permet d'évaluer la capacité du nouveau-né à manger, à dormir et à être réconforté, en mettant l'accent sur le maintien de l'unité parent-enfant comme fondement de l'intervention.

→ **Stratégies de gestion non pharmacologique des symptômes de sevrage :** Les stratégies de gestion non pharmacologique consistent à soutenir l'unité parent-enfant et la cohabitation à l'hôpital ; à réduire le bruit, le nombre de visiteurs et la lumière ; à favoriser l'allaitement si celui-ci est possible ; à emmailloter le nourrisson ; à adopter un toucher ferme ; à bercer lentement le nourrisson de façon verticale ; à respecter le sommeil ; à répondre promptement à l'expression des besoins ; à favoriser le contact peau à peau ; à offrir la succion non nutritive ; à simuler la position fœtale ; à changer la couche fréquemment et à protéger la peau du nouveau-né.

→ **Stratégies de gestion pharmacologique des symptômes de sevrage :**

- ▷ Symptômes de sevrage néonatal aux opioïdes : La morphine est le médicament le plus couramment prescrit. En complément, le phénobarbital ou la clonidine peuvent être ajoutés lorsque les symptômes ne sont pas suffisamment contrôlés.
- ▷ Symptômes de sevrage néonatal aux substances non opioïdes : Les sédatifs (p. ex. : phénobarbital ou clonidine) peuvent être utilisés pour la gestion pharmacologique des symptômes de sevrage néonatal aux substances non opioïdes.

→ **Dépistage et traitement des infections :** Les personnes enceintes qui utilisent des SPA sont plus à risque de présenter des ITSS et d'avoir reçu des soins prénatals tardifs ou incomplets. Le dépistage et le traitement des infections chez le nouveau-né peuvent être nécessaires.

→ **Congé sécuritaire du nourrisson :** La préparation du congé du nouveau-né ayant présenté un syndrome de sevrage néonatal implique un travail interdisciplinaire (incluant le service social) afin que la transition du nouveau-né entre l'hôpital et le milieu de vie se fasse de façon sécuritaire.

Chapitre 8

Travailler en collaboration interdisciplinaire et intersectorielle

8. Travailler en collaboration interdisciplinaire et intersectorielle

Les modèles de prestation de soins qui réunissent ou coordonnent des équipes et des services interdisciplinaires pour répondre à différents besoins interconnectés sont souvent appelés soins complets, intégrés ou globaux²⁵¹. La coordination collaborative et interdisciplinaire entre les membres d'une équipe en contexte périnatal contribue à favoriser des résultats positifs, comme la réduction de la consommation, l'augmentation de l'engagement dans les soins prénatals, le maintien de la garde de l'enfant par le parent, la réduction des accouchements prématurés et la diminution des admissions aux soins intensifs néonataux²⁵².

Étant donné que les personnes enceintes qui consomment des SPA présentent souvent un large éventail de besoins biopsychosociaux complexes qui vont au-delà des soins obstétricaux, elles peuvent profiter d'une équipe de soins interprofessionnelle encore plus large et de la collaboration du milieu communautaire afin de recevoir la combinaison de services nécessaires. Celle-ci peut inclure, par exemple, des spécialistes en médecine des dépendances, des pharmaciens, des hygiénistes dentaires, des accompagnatrices et des accompagnateurs de soins (navigatrices, navigateurs), des professionnels en santé mentale, des travailleuses sociales et travailleurs sociaux, des nutritionnistes, des médiatrices et des médiateurs culturels et des accompagnatrices et accompagnateurs spirituels²⁵², des sages-femmes, des intervenantes psychosociales et intervenants psychosociaux et des pairs aidants.

La recherche indique également que les services juridiques, l'aide au revenu, le logement, les programmes culturels et les services de développement de la petite enfance sont des composantes clés qui devraient être plus largement intégrées aux soins périnataux dans l'accompagnement de personnes qui utilisent des SPA²⁵³.

Par ailleurs, les personnes enceintes ont un rôle essentiel à jouer dans le processus de collaboration interdisciplinaire, car elles aident à définir les objectifs et les modalités de soins pour elles-mêmes ainsi que, plus largement, pour l'amélioration des programmes^{252,254}.

8.1 Partager les rôles et les responsabilités en contexte d'usage périnatal de SPA

Les rôles et les responsabilités en contexte d'usage périnatal de SPA peuvent être assumés par différentes personnes intervenant dans le suivi de la grossesse (p. ex. : des médecins spécialisés en suivi de grossesse et/ou accouchement; des infirmières; des infirmières auxiliaires; des infirmières praticiennes spécialisées; des intervenantes psychosociales et des intervenants psychosociaux; des pharmaciens communautaires; des sages-femmes; des nutritionnistes; des pédiatres; des anesthésistes; des pairs aidants), dans le respect de leur champ d'expertise, de leur champ d'exercice, des normes professionnelles,

de leur code de déontologie, du code des professions et des actes qui leur sont réservés, le cas échéant. De plus, les membres de l'équipe de soins partenaire peuvent provenir de différentes organisations, tant du milieu communautaire que d'établissements de santé et des services sociaux. De là l'importance de bien communiquer pour arrimer les expertises et offrir le meilleur soutien possible, tout en respectant l'autonomie décisionnelle du ou des parents.

8.2 Favoriser des modèles de services intégrés

Les modèles intégrés impliquent une approche visant à réduire la fragmentation des services, en particulier pour les personnes qui présentent des problématiques complexes²⁵¹. Les modèles intégrés mettent notamment l'accent sur le continuum de services, sur la coordination et la collaboration des parties prenantes, ainsi que sur la définition des objectifs de soins par la personne concernée²⁵¹.

Les données probantes indiquent que la mise en œuvre de modèles de services intégrés en contexte d'usage de SPA en périnatalité est associée à des résultats positifs pour les parents et leurs enfants, notamment sur le plan de la fréquentation élevée des soins prénatals, du maintien dans les soins en post-partum pour le suivi pédiatrique et de la garde de l'enfant par le parent au moment de la sortie de l'hôpital^{255,256}.

Ainsi, une étude comparant les soins intégrés et non intégrés destinés à des femmes enceintes ayant un trouble de l'usage d'opioïdes a montré que les soins intégrés étaient associés à une réduction du risque de naissance prématurée, à des séjours hospitaliers plus courts pour les nourrissons et à une diminution de l'usage de substances illégales au moment de l'accouchement²⁵⁷. D'autres recherches ont en outre révélé que l'accès à des services complets donne aux personnes un sentiment d'autonomie et de pouvoir en leur permettant de choisir des options correspondant à leurs besoins et à leurs objectifs²⁵⁸.

La mise en œuvre de soins intégrés pour les personnes qui utilisent des SPA en contexte de périnatalité implique souvent des partenariats entre des organisations traditionnellement cloisonnées, qui peuvent avoir des responsabilités, des structures des ressources et des mandats différents²⁵⁹. Une approche relationnelle fondée sur la confiance et le partage des connaissances peut favoriser des collaborations intersectorielles efficaces²⁶⁰.

Perspective Clinique

La personne concernée occupe un rôle central dans la définition de ses objectifs de soins et dans l'organisation de ses services. Son consentement est nécessaire pour favoriser le partage d'information entre les parties prenantes, dans une perspective de collaboration interdisciplinaire et intersectorielle.



8.3 Travailler en collaboration interdisciplinaire et intersectorielle : aide-mémoire

Collaboration interdisciplinaire

- La coordination collaborative et interdisciplinaire entre les différents membres de l'équipe de soins partenaire en contexte périnatal favorise des issues de soins positives pour les personnes enceintes qui utilisent des SPA.
- Les rôles et les responsabilités en contexte d'usage périnatal de SPA peuvent être assumés par les différents membres de l'équipe qui gravitent autour de la personne enceinte, dans le respect de leur champ d'expertise, de leur champ d'exercice, des normes professionnelles, de leur code de déontologie, du code des professions et des actes qui leur sont réservés, le cas échéant.
- Les membres de l'équipe de soins partenaire peuvent provenir de différentes organisations, tant du milieu communautaire que d'établissements de santé et des services sociaux.
- Une bonne communication est primordiale afin d'arrimer les expertises et d'offrir le meilleur soutien possible, tout en respectant l'autonomie décisionnelle du ou des parents.

Les modèles de soins intégrés

- Les modèles intégrés impliquent une approche visant à réduire la fragmentation des services, en particulier pour les personnes qui présentent des problématiques complexes.
- Les modèles intégrés sont associés à des résultats positifs pour les parents et leurs enfants : fréquentation élevée des soins prénatals, maintien dans les soins en post-partum pour le suivi pédiatrique et la garde de l'enfant par le parent au moment de la sortie de l'hôpital.
- Les modèles intégrés mettent notamment l'accent sur le continuum de services, sur la coordination et la collaboration des parties prenantes ainsi que sur la définition des objectifs de soins par la personne concernée.
- La mise en œuvre de soins intégrés pour les personnes qui utilisent des SPA en contexte de périnatalité implique souvent des partenariats entre des organisations traditionnellement cloisonnées, qui peuvent avoir des responsabilités, des structures, des ressources et des mandats différents.

Conclusion

A decorative purple wavy line that starts from the left side, loops upwards and then downwards, crossing itself, and continues towards the right side of the page. The background is a light purple gradient.

Conclusion

Le présent guide a été élaboré comme un outil clinique de référence afin d'appuyer les équipes interdisciplinaires œuvrant en soins périnataux généraux dans l'accompagnement de personnes faisant usage de substances psychoactives (SPA). Il vise à outiller les équipes par la mise à disposition de principes directeurs, d'orientations cliniques et de stratégies d'intervention adaptées au contexte de la périnatalité.

L'ensemble des membres de l'équipe de soins périnataux généraux du réseau de la santé et des services sociaux peut être concerné par la question de l'usage de SPA en contexte périnatal. À cet égard, les approches cliniques et les philosophies de services présentées dans ce guide s'adressent tant aux cliniciens et cliniciennes qu'aux gestionnaires.

Les principes cliniques exposés dans ce guide s'appliquent à l'ensemble des personnes accompagnées, sans exclusion ni discrimination, dans le respect des droits, des différences individuelles et des besoins qui peuvent en découler. Ils concernent des personnes de toutes origines ethniques, culturelles et religieuses, de toutes orientations sexuelles et identités de genre, de tous milieux socioéconomiques, de tous âges et de toutes conditions de santé.

Ce guide n'est pas prescriptif. Il s'inscrit dans une approche fondée sur des valeurs et des orientations cliniques visant à soutenir l'équipe interdisciplinaire et à assurer l'adaptation des interventions aux réalités des personnes accompagnées. Il a été conçu comme un document complémentaire aux outils, protocoles et cadres de référence déjà en place dans les milieux de pratique.

Les orientations proposées encouragent une pratique collaborative centrée sur la personne, la reconnaissance de son vécu et de ses compétences, ainsi que la mise en œuvre d'interventions contribuant à la réduction de la stigmatisation liée à l'usage de substances psychoactives.

Finalement, il est important de souligner que certaines situations cliniques peuvent être plus complexes que d'autres. Voilà pourquoi il est recommandé, lorsque cela est pertinent, de recourir au soutien de collègues possédant une expertise en matière de dépendance afin d'éclairer la prise de décision clinique. À cet égard, des ressources spécialisées comme les centres de réadaptation en dépendance (CRD), le Centre IMAGE ou les services spécialisés du CHUM ainsi que l'équipe du Rond-Point peuvent être sollicités (voir section [pour du soutien](#)).

Les propositions contenues dans ce guide invitent l'ensemble du personnel à travailler de concert avec les personnes, à reconnaître leur vécu et leurs compétences et à contribuer à réduire la stigmatisation liée à l'usage de substances. L'ouverture et le non-jugement sont deux des fondements de soins et services équitables, inclusifs et respectueux, ancrés dans les meilleures pratiques et essentiels à la santé et la sécurité des familles du Québec, peu importe leur parcours.

Références

1. Santé Canada. Enquête canadienne sur l'alcool et les drogues (ECAD) : sommaire des résultats pour 2019. December 20, 2021. Accessed February 10, 2026. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-alcool-drogues/sommaire-2019.html>
2. Prince MK, Daley SF, Ayers D. Substance Use in Pregnancy. In: *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing; 2023. Accessed February 10, 2026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542330>
3. Ndanga M, Sulley S, Saka A. Trend Analysis of Substance Use Disorder During Pregnancy. *Cureus*. 2022;14(3). doi:10.7759/cureus.23548
4. Frazer Z, McConnell K, Jansson LM. Treatment for substance use disorders in pregnant women: Motivators and barriers. *Drug Alcohol Depend*. 2019;205:107652. doi:10.1016/j.drugalcdep.2019.107652
5. Roberge S (Auteur de Exploration des perceptions des étudiants quant à leur adaptation lors de la transition en début d'études collégiales en soins infirmiers suite au mentorat par les pairs). *Revenir à l'essentiel: plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028*. Santé et services sociaux Québec; 2024.
6. MSSS. *Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique des jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux; 2018.
7. Jensen K, Kelley JM. The therapeutic relationship in psychological and physical treatments, and their placebo controls. *Psychol Conscious Theory Res Pract*. 2016;3(2):132-145. doi:10.1037/cns0000057
8. Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychother Theory Res Pract*. 1979;16(3):252-260. doi:10.1037/h0085885
9. Raffi ER, J G, N C, M K, Ls C, Dm S. Low barrier perinatal psychiatric care for patients with substance use disorder: meeting patients across the perinatal continuum where they are. *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl*. 2021;33(6). doi:10.1080/09540261.2021.1898351
10. BCCSU (British Columbia Centre on Substance Use), B.C. Ministry of Health, B.C. Ministry of Mental Health and Addictions, & Perinatal Services BC. A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder—Pregnancy Supplement. Published online 2018. <https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2018/06/OU-D-Pregnancy.pdf>
11. Vol. 50 TD 11 min read, page 38 N 10 P version: Better relationships with patients lead to better outcomes. <https://www.apa.org>. Accessed February 6, 2026. <https://www.apa.org/monitor/2019/11/ce-corner-relationships>
12. Milligan K, Usher AM, Urbanoski KA. Supporting pregnant and parenting women with substance-related problems by addressing emotion regulation and executive function needs. *Addict Res Theory*. 2017;25(3):251-261. doi:10.1080/16066359.2016.1259617
13. Jensen ME, Pease EA, Lambert K, et al. Championing Person-First Language: A Call to Psychiatric Mental Health Nurses. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2013;19(3):146-151. doi:10.1177/1078390313489729
14. NSW Health. Clinical Guidance for the Management of Substance Use in Pregnancy, Birth and the Postnatal Period. 2024. Accessed February 9, 2026. <https://www.health.nsw.gov.au/443/aod/resources/Pages/substance-use-pregnant-parenting.aspx>
15. Perinatal Substance Use 101. BCapop - Online store product. 2023. Accessed February 6, 2026. <https://www.bcapop.ca/Sys/Store/Products/327079>
16. Gezinski LB, Gonzalez-Pons KM, Rogers MM. Substance Use as a Coping Mechanism for Survivors of Intimate Partner Violence: Implications for Safety and Service Accessibility. *Violence Women*. 2021;27(2):108-123. doi:10.1177/1077801219882496
17. Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance (ESCODI) du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Approche tenant compte des traumatismes et de la violence en dépendance et itinérance. Published online 2025. <https://dependanceitinérance.ca/app/uploads/2025/04/250428-ESCODI-Guide-ATTV.pdf>
18. SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration). SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. Published online 2014. https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/medicaid_health_homes/docs/samhsa_trauma_concept_paper.pdf
19. Dobischok S, Archambault L, Goyer MÈ. Trauma Informed Care (TIC) Interventions for Populations Experiencing Addiction and/or Homelessness: A Scoping Review of Outcomes. *J Drug Issues*. 2026;56(1):35-58. doi:10.1177/00220426241263264
20. Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance (ESCODI) du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Approche tenant compte des traumatismes et de la violence en dépendance et itinérance. Published online 2025. <https://dependanceitinérance.ca/app/uploads/2025/04/250428-ESCODI-Guide-ATTV.pdf>
21. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. L'intersectionnalité : Parlons-en – NCCDH. 2022. Accessed February 10, 2026. <https://nccdh.ca/fr/resources/entry/lets-talk-intersectionality/>

22. Définitions communes en matière de sécurité culturelle : Forum des professionnels de la santé de l'administratrice en chef de la santé publique. June 20, 2023. Accessed February 5, 2026. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/forum-professionnels-sante-administratrice-chef-sante-publique-definitions-communes-matiere-securite-culturelle.html>
23. Papps E, Ramsden I. Cultural Safety in Nursing: the New Zealand Experience. *Int J Qual Health Care*. 1996;8(5):491-497. doi:10.1093/intqhc/8.5.491
24. Williams R. Cultural safety – what does it mean for our work practice? *Aust N Z J Public Health*. 1999;23(2):213-214. doi:10.1111/j.1467-842X.1999.tb01240.x
25. Curtis E, Jones R, Tipene-Leach D, et al. Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: a literature review and recommended definition. *Int J Equity Health*. 2019;18(1):174. doi:10.1186/s12939-019-1082-3
26. Québec. Loi instaurant l'approche de sécurisation culturelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Published online 2024. https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_client/lois_et_reglements/LoisAnnuelles/fr/2024/2024C42F.PDF
27. Mead A, Ryan D, Paquette V, Smith E, Joshi P, Tonella C, Hippman C. BC Reproductive Mental Health Program, Provincial Perinatal Substance Use Program, & Perinatal Services BC Best Practice Guidelines for Mental Health Disorders in the Perinatal Period: Substance Use Disorders. Published online 2023. https://www.perinatalservicesbc.ca/Documents/Resources/HealthPromotion/Best_Practice_Guideline_Mental_Health_Disorders_in_the_Perinatal_Period.pdf
28. Joyce S, Piske M, Norris C, et al. "There was no services that I could access so I just stayed on the street...using until I went into labour.": A qualitative study of accessibility and cultural safety of services for perinatal substance use in British Columbia, Canada. *J Subst Use Addict Treat*. 2025;169:209604. doi:10.1016/j.josat.2024.209604
29. Nathoo T, Poole N, Bryans M, et al. Voices from the community: Developing effective community programs to support pregnant and early parenting women who use alcohol and other substances. *First Peoples Child Fam Rev*. 2013;8(1):93-106.
30. Mkandawire-Vahmu L. *Cultural Safety, Healthcare and Vulnerable Populations: A Critical Theoretical Perspective*. Routledge; 2018.
31. Dube M, Ireland S, Bromley A, Steel M, Gao Y, Kildea S. "It's all about cultural understanding": A reflexive thematic analysis of women's experiences at a dedicated refugee midwifery group practice service. *Women Birth*. 2024;37(2):410-418. doi:10.1016/j.wombi.2023.12.006
32. Due C, Walsh M, Aldam I, et al. Perinatal care for women with refugee backgrounds from African countries: a qualitative study of intersections with psychological wellbeing. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):628. doi:10.1186/s12884-022-04957-9
33. Mukerjee R, Wesp L, Singer R, Menkin D, eds. *Clinician's Guide to LGBTQIA+ Care: Cultural Safety and Social Justice in Primary, Sexual, and Reproductive Healthcare*. 1st ed. Springer Publishing Company; 2021:978-0-8261-6921-1. doi:10.1891/9780826169211
34. Roosevelt LK, Pietzmeier S, Reed R. Clinically and Culturally Competent Care for Transgender and Nonbinary People: A Challenge to Providers of Perinatal Care. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2021;35(2):142-149. doi:10.1097/JPN.0000000000000560
35. Egger EE, Basile Ibrahim B, Nyhan K, Desibhatla M, Gleeson D, Hagaman A. Patient-Defined Cultural Safety in Perinatal Interventions: A Qualitative Scoping Review. *Health Equity*. 2024;8(1):164-176. doi:10.1089/heap.2023.0152
36. Cohen-Émerique M. L'approche interculturelle dans le processus d'aide. *Santé Ment Au Qué*. 2007;18(1):71-91. doi:10.7202/032248ar
37. Harm Reduction International. What is Harm Reduction? Accessed February 10, 2026. <https://hri.global/what-is-harm-reduction>
38. Goyer, M-E., Hudon, K. et al. Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes (TUO). Published online 2020. <https://dependanceitinerance.ca/app/uploads/2022/06/220214-GuideTUO-FR-fevrier2022.pdf>
39. Nathoo F. Harm Reduction and Pregnancy: Community-based Approaches to Prenatal Substance Use in Western Canada. Girls, Women, Alcohol, and Pregnancy. February 26, 2015. Accessed February 10, 2026. <https://fasdprevention.wordpress.com/2015/02/26/harm-reduction-and-pregnancy-community-based-approaches-to-prenatal-substance-use-in-western-canada>
40. INESSS. La prise de décision partagée: une approche gagnante. INESSS. 2019. Accessed February 10, 2026. <https://www.inesss.qc.ca/accueil/nouveaute/la-prise-de-decision-partagee-une-approche-gagnante.html>
41. Grad R, Légaré F, Bell NR, et al. [Not Available]. *Can Fam Physician Med Fam Can*. 2017;63(9):e377-e380.
42. WHO. Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. 2014. Accessed February 10, 2026. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548731>
43. Ordean, A, S W, L G. No. 349-Substance Use in Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC*. 2017;39(10). doi:10.1016/j.jogc.2017.04.028
44. Yonkers KA, Gotman N, Kershaw T, Forray A, Howell HB, Rounsaville BJ. Screening for Prenatal Substance Use: Development of the Substance Use Risk Profile-Pregnancy Scale. *Obstet Gynecol*. 2010;116(4):827-833. doi:10.1097/AOG.0b013e3181ed8290
45. CMQ, OIIQ et OPQ. *Le traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO)*. Collège des médecins du Québec; 2020.

46. Maina G, Tahir H, Docabo A, Kahia N, Brunelle C. Exploring health-care providers' experiences in the care of clients on opioid agonist treatment in two western Canadian clinics. *Can J Nurs Res*. 2020;52(1):15-24. doi:10.1177/0844562119842751
47. Pull CB, Boyer P, Pull MC, CROCQ MA, Guelfi JD. *DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 2015. Accessed February 9, 2026. <https://shop.elsevier.com/books/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux/american-psychiatric-association/978-2-294-73929-3>
48. Nader, M. Yasmine Ratnani, Marine Auffret, Brigitte Martin. Chapitre. Published online À paraître.
49. Trauma- and violence- informed physical examinations and STBBI testing: A guide for service providers | Canadian Public Health Association. Accessed February 6, 2026. <https://www.cpha.ca/trauma-and-violence-informed-physical-examinations-and-stbbi-testing-guide-service-providers>
50. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Les soins sensibles au traumatisme. Published online 2014. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Trauma-informed-Care-Toolkit-2014-fr.pdf>
51. Gram P, Andersen CG, Petersen KS, Frederiksen MS, Thomsen LLH, Overgaard C. Identifying psychosocial vulnerabilities in pregnancy: A mixed-method systematic review of the knowledge base of antenatal conversational psychosocial assessment tools. *Midwifery*. 2024;136:104066. doi:10.1016/j.midw.2024.104066
52. Département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto. PRIMA (Pregnancy-Related Issues in the Management of Addictions). Published online 2005.
53. Tennant K, Long A, Toney-Butler TJ. Active Listening. In: *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing; 2023. Accessed February 10, 2026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK442015>
54. Poissant J. *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance. Consommation d'alcool et de cannabis: fiche synthèse*. Santé et services sociaux Québec; 2024.
55. Perinatal Substance Use 101. BCAPOP - Online store product. 2023. Accessed February 6, 2026. <https://www.bcapop.ca/Sys/Store/Products/327079>
56. Dobischok S, Nader M, Goyer MÈ, et al. Negotiating the tensions of applying a perinatal harm reduction approach: Service providers' perspectives. *J Subst Use Addict Treat*. 2026;185:209911. doi:10.1016/j.josat.2026.209911
57. National Harm Reduction Coalition. Pregnancy and Substance Use: A Harm Reduction Toolkit. National Harm Reduction Coalition. Accessed February 10, 2026. <https://harmreduction.org/issues/pregnancy-and-substance-use-a-harm-reduction-toolkit>
58. *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité: guide de pratiques pour accompagner les familles*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux; 2016.
59. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Helping People Change and Grow*. Fourth edition. The Guilford Press; 2023.
60. SAMHSA. Executive Summary. In: *Enhancing Motivation for Change in Substance Use Disorder Treatment: Updated 2019 [Internet]*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2019. Accessed February 10, 2026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571061>
61. SAMHSA. SAMHSA Advisory (2021): Using Motivational Interviewing in Substance Use Disorder Treatment : Free Download, Borrow, and Streaming. Internet Archive. 2021. Accessed February 10, 2026. <https://archive.org/details/pep-20-02-02-014>
62. Royal Women's Hospital. Pregnancy: a decision-making guide. Published online 2022. <https://www.thewomens.org.au/images/uploads/fact-sheets/Pregnancy-a-decision-making-guide-240424.pdf>
63. Public Health Agency of Canada. Care during pregnancy: Family-centred maternity and newborn care national guidelines. February 8, 2021. Accessed February 12, 2026. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/maternity-newborn-care-guidelines-chapter-3.html>
64. Mahoney K, Reich W, Urbanek S. Substance Use Disorder: Prenatal, Intrapartum and Postpartum Care. *MCN Am J Matern Nurs*. 2019;44(5):284-288. doi:10.1097/NMC.0000000000000551
65. Mitchell CD, Debor M, O'Malley S, White MA, Cole R, Lapaglia D. Food insecurity among individuals with substance use disorders in an Eastern city clinic. *J Soc Work Pract Addict*. 2021;21(4):396-407. doi:10.1080/1533256X.2021.1973828
66. Harris M, Gadermann A, Norena M, et al. Residential moves and its association with substance use, healthcare needs, and acute care use among homeless and vulnerably housed persons in Canada. *Int J Public Health*. 2019;64(3):399-409. doi:10.1007/s00038-018-1167-6
67. Linden IA, Torchalla I, Krausz M. Addiction in Maternity: Prevalence of Mental Illness, Substance Use, and Trauma. *J Aggress Maltreatment Trauma*. 2013;22(10):1070-1084. doi:10.1080/10926771.2013.845279
68. Strengell P, Väisänen I, Joukamaa M, Luukkaala T, Seppä K. Psychiatric comorbidity among substance misusing mothers. *Nord J Psychiatry*. 2015;69(4):315-321. doi:10.3109/08039488.2014.978892
69. Feske F, Tarter RE, Kirisci K, Pilkonis PA. Borderline Personality and Substance Use in Women. *Am J Addict*. 2006;15(2):131-137. doi:10.1080/10550490500528357

70. Dionne, M. & Charron, F. Programme Main dans la main. Published online 2023. <https://dependanceitinerance.ca/app/uploads/2023/03/Main-dans-la-main.pdf>
71. Gouvernement du Québec. L'attachement c'est le lien que développe mon enfant avec moi. Published online 2024. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-836-02W.pdf>
72. Société canadienne de psychologie. Série « La psychologie peut vous aider » : l'attachement chez l'enfant - Canadian Psychological Association. May 30, 2022. Accessed February 11, 2026. <https://cpa.ca/fr/attachment-in-children>
73. Trombetta T, Giordano M, Santoniccolo F, Vismara L, Della Vedova AM, Rollè L. Pre-natal Attachment and Parent-To-Infant Attachment: A Systematic Review. *Front Psychol*. 2021;12:620942. doi:10.3389/fpsyg.2021.620942
74. Andrews NCZ, Motz M, Pepler DJ, Jeong JJ, Khoury J. Engaging mothers with substance use issues and their children in early intervention: Understanding use of service and outcomes. *Child Abuse Negl*. 2018;83:10-20. doi:10.1016/j.chiabu.2018.06.011
75. Ghahremani T, Bailey K, Whittington J, et al. Birth plans: definitions, content, effects, and best practices. *Am J Obstet Gynecol*. 2023;228(5):S977-S982. doi:10.1016/j.ajog.2022.12.011
76. Bell CH, Muggleton S, Davis DL. Birth plans: A systematic, integrative review into their purpose, process, and impact. *Midwifery*. 2022;111:103388. doi:10.1016/j.midw.2022.103388
77. Franco-Rowe CY, Lee-Winn AE, Williams VN, Lopez C, Tung GJ, Allison MA. Perinatal healthcare experiences of pregnant and parenting people with a history of substance use disorder: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2025;25(1):369. doi:10.1186/s12884-025-07473-8
78. Aragon M, Chhoa E, Dayan R, Kluftinger A, Lohn Z, Buhler K. Perspectives of Expectant Women and Health Care Providers on Birth Plans. *J Obstet Gynaecol Can*. 2013;35(11):979-985. doi:10.1016/S1701-2163(15)30785-4
79. O'Rourke-Suchoff D, Sobel L, Holland E, Perkins R, Saia K, Bell S. The labor and birth experience of women with opioid use disorder: A qualitative study. *Women Birth*. 2020;33(6):592-597. doi:10.1016/j.wombi.2020.01.006
80. Lim G, Carvalho B, George RB, et al. Consensus Statement on Pain Management for Pregnant Patients with Opioid-Use Disorder from the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology, Society for Maternal-Fetal Medicine, and American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. *Anesth Analg*. 2025;140(6):1318-1346. doi:10.1213/ANE.0000000000007237
81. Kempenaers R, Roofthoof E, Van De Velde M. Adjuncts for neuraxial anaesthesia in obstetrics. *BJA Educ*. 2025;25(6):219-225. doi:10.1016/j.bjae.2025.01.006
82. Leighton BL, Crock LW. Case Series of Successful Postoperative Pain Management in Buprenorphine Maintenance Therapy Patients. *Anesth Analg*. 2017;125(5):1779-1783. doi:10.1213/ANE.0000000000002498
83. Oliver J, Coggins C, Compton P, et al. American Society for Pain Management Nursing Position Statement: Pain Management in Patients With Substance Use Disorders. *J Addict Nurs*. 2012;23(3):210-222. doi:10.1097/JAN.0b013e318271c123
84. Manguzzi E, Wainstein L, Desmeules J, Broers B. Gestion de la douleur aiguë chez les patients sous traitements de substitution aux opioïdes. *Rev Médicale Suisse*. 2018;14(612):1280-1285. doi:10.53738/REVMED.2018.14.612.1280
85. Eriksen, K JL, Pilliod RA, Caughey AB. 732: Impact of late initiation of prenatal care on pregnancy outcomes among women who use drugs. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;214(1):S384. doi:10.1016/j.ajog.2015.10.780
86. Bitnun A, Sauvé L, Fanella S. Reducing perinatal infection risk in newborns of mothers who received inadequate prenatal care. *Paediatr Child Health*. 2023;28(5):307-314. doi:10.1093/pch/pxad014
87. BC Women's Hospital and Health Centre (BCWHHC). Rooming-In Guideline for Perinatal Women Using Substances. Published online 2020. <http://www.bcwomens.ca/Professional-Resources-site/Documents/Provincial%20Rooming-in%20Guideline%2022Oct2020%20Final%20-%20Updated%20hyperlinks.pdf>
88. Gray C, Spry C. *Substance Use in Breastfeeding Parents: A Review of Safety and Guidelines*. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2018. Accessed February 11, 2026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538536/>
89. Nathoo, T., Stinson, J., Poole, N. et Wolfson, L. Substances et prudence : Petit guide sur l'allaitement et la consommation de substances. Published online 2021. https://cewh.ca/wp-content/uploads/2021/12/Taking-care-French_WEB.pdf
90. Wood K, Van Esterik P. Infant feeding experiences of women who were sexually abused in childhood. *Can Fam Physician Med Fam Can*. 2010;56(4):e136-141.
91. Héma Québec. Inscription à la Banque publique de lait maternel | Héma-Québec. Accessed February 11, 2026. <https://www.hemaquebec.ca/don-lait-maternel/formulaire-inscription-banque-publique-lait-maternel>
92. Pound C, Unger S, Blair B. Les dons de lait humain pasteurisé et non pasteurisé. *Paediatr Child Health*. 2020;25(8):550-550. doi:10.1093/pch/pxaa119
93. Dayan-Schwartz A, Yefet E, Massalha M, et al. The efficiency of cabergoline vs pyridoxine for lactation inhibition—a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2024;230(5):561.e1-561.e8. doi:10.1016/j.ajog.2023.10.009

94. Yang Y, Boucoiran I, Tulloch KJ, Poliquin V. Is Cabergoline Safe and Effective for Postpartum Lactation Inhibition? A Systematic Review. *Int J Womens Health*. 2020;12:159-170. doi:10.2147/IJWH.S232693
95. Committee Opinion No. 711: Opioid Use and Opioid Use Disorder in Pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2017;130(2):e81. doi:10.1097/AOG.0000000000002235
96. Shafique S, Umer A, Innes KE, Rudisill TM, Fang W, Cottrell L. Preconception Substance Use and Risk of Unintended Pregnancy: Pregnancy Risk Assessment Monitoring System 2016–17. *J Addict Med*. 2022;16(3):278-285. doi:10.1097/ADM.0000000000000886
97. Terplan M, Hand DJ, Hutchinson M, Salisbury-Afshar E, Heil SH. Contraceptive use and method choice among women with opioid and other substance use disorders: A systematic review. *Prev Med*. 2015;80:23-31. doi:10.1016/j.ypmed.2015.04.008
98. PSBC & PNHH. 2023. (Perinatal Services BC & Perinatal & Newborn Health Hub). Trauma-Informed Care for Women/ People During the Perinatal Period | PHSA Hub. 2023. Accessed February 11, 2026. <https://www.psbchealthhub.ca/clinical-guidance/501>
99. Santé Canada. Le syndrome d'abstinence néonatale au Canada : une analyse descriptive des données d'hospitalisation. December 15, 2021. Accessed February 11, 2026. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/donnees-surveillance-recherche/syndrome-abstinence-neonatale-analyse-descriptive-hospitalisation.html>
100. Society CP. Managing newborns at risk for neonatal abstinence syndrome (NAS)/neonatal opioid withdrawal syndrome (NOWS): Updates and emerging best practices | Canadian Paediatric Society. Accessed February 9, 2026. <https://cps.ca/en/documents/position/nas-nows>
101. Perinatal Services BC. Care of the Newborn Exposed to Substances During Pregnancy | PHSA Hub. 2024. Accessed February 9, 2026. <https://www.psbchealthhub.ca/clinical-guidance/556>
102. Graves L, Carson G, Poole N, et al. Guideline No. 405: Screening and Counselling for Alcohol Consumption During Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can*. 2020;42(9):1158-1173.e1. doi:10.1016/j.jogc.2020.03.002
103. Cook JL, Green CR, Lilley CM, et al. Fetal alcohol spectrum disorder: a guideline for diagnosis across the lifespan. *Can Med Assoc J*. 2016;188(3):191-197. doi:10.1503/cmaj.141593
104. Alcohol. In: *Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Internet]*. National Institute of Child Health and Human Development; 2025. Accessed February 7, 2026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK501469>
105. Daidone S, Unlu H, Yehia A, Zhang N, Abulseoud OA. Severe alcohol withdrawal during pregnancy or early postpartum: maternal and fetal outcomes. *Arch Womens Ment Health*. 2025;28(3):623-632. doi:10.1007/s00737-024-01531-4
106. BCCSU (British Columbia Centre on Substance Use). Provincial Guideline for the clinical Management of High-Risk Drinking and Alcohol Use Disorder – Pregnancy Supplement. Published online 2020. <https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2021/03/Pregnancy-Supplement-Provincial-Guideline-for-the-Clinical-Management-of-High-Risk-Drinking-and-Alcohol-Use-Disorder.pdf>
107. Canadian Alcohol & Pregnancy Committee, Canadian Research Initiative in Substance Misuse. Canadian Guideline for the Clinical Management of High-Risk Drinking and Alcohol Use Disorder. Alcohol use in pregnancy – Help With Drinking. 2023. Accessed February 6, 2026. <https://helpwithdrinking.ca/healthcare-providers/alcohol-use-in-pregnancy>
108. Maldonado JR, Sher Y, Das S, et al. Prospective Validation Study of the Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (PAWSS) in Medically Ill Inpatients: A New Scale for the Prediction of Complicated Alcohol Withdrawal Syndrome. *Alcohol Alcohol*. 2015;50(5):509-518. doi:10.1093/alcalc/avg043
109. INESSS. Guide d'usage optimal - Sevrage d'alcool et prévention des rechutes. Published online 2021. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Usage_optimal/INESSS_GUO_Sevrage_rechute_FR.pdf
110. Iqbal MM, Sobhan T, Ryals T. Effects of Commonly Used Benzodiazepines on the Fetus, the Neonate, and the Nursing Infant. *Psychiatr Serv*. 2002;53(1):39-49. doi:10.1176/appi.ps.53.1.39
111. Quintrell E, Russell DJ, Rahmannia S, Wyrwoll CS, Larcombe A, Kelty E. The Safety of Alcohol Pharmacotherapies in Pregnancy: A Scoping Review of Human and Animal Research. *CNS Drugs*. 2025;39(1):23-37. doi:10.1007/s40263-024-01126-8
112. Loudin S, Murray S, Prunty L, Davies T, Evans J, Werthammer J. An Atypical Withdrawal Syndrome in Neonates Prenatally Exposed to Gabapentin and Opioids. *J Pediatr*. 2017;181:286-288. doi:10.1016/j.jpeds.2016.11.004
113. Vasan S, Kumar A. Wernicke Encephalopathy. In: *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing; 2023. Accessed February 12, 2026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470344/>
114. Wilson RD, O'Connor DL. Corrigendum dans la « Directive clinique no 427 : Suppléments d'acide folique et multivitamines en prévention des anomalies congénitales sensibles à l'acide folique » [J Obstet Gynaecol Can 44 (2022) 720–732]. *J Obstet Gynaecol Can*. 2022;44(10):1115. doi:10.1016/j.jogc.2022.08.011
115. Berger MM, Shenkin A, Schweinlin A, et al. ESPEN micronutrient guideline. *Clin Nutr*. 2022;41(6):1357-1424. doi:10.1016/j.clnu.2022.02.015
116. Diazepam. In: *Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Internet]*. National Institute of Child Health and Human Development; 2025. Accessed February 7, 2026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501214>

117. Lorazepam. In: *Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Internet]*. National Institute of Child Health and Human Development; 2024. Accessed February 7, 2026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501231>
118. Gabapentin. In: *Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Internet]*. National Institute of Child Health and Human Development; 2025. Accessed February 7, 2026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501224>
119. Harris M, Schiff DM, Saia K, Muftu S, Standish KR, Wachman EM. Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #21: Breastfeeding in the Setting of Substance Use and Substance Use Disorder (Revised 2023). *Breastfeed Med*. 2023;18(10):715-733. doi:10.1089/bfm.2023.29256.abm
120. Naltrexone. In: *Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Internet]*. National Institute of Child Health and Human Development; 2026. Accessed February 7, 2026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501239>
121. Topiramate. In: *Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Internet]*. National Institute of Child Health and Human Development; 2025. Accessed February 7, 2026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501259>
122. Turner S, Allen VM, Carson G, et al. Guideline No. 443b: Opioid Use Throughout Women's Lifespan: Opioid Use in Pregnancy and Breastfeeding. *J Obstet Gynaecol Can*. 2023;45(11):102144. doi:10.1016/j.jogc.2023.05.012
123. Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance (ESCODI) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL). Guide d'utilisation de la morphine à libération lente unquotidienne (KadianMC) dans le cadre d'un traitement par agonistes opioïdes (TAO). Published online 2023. <https://dependanceitinerance.ca/app/uploads/2023/03/230224-Outil-Kadian-FR.pdf>
124. CRISM. National Opioid Use Disorder Guideline - CRISM. 2024. Accessed February 11, 2026. <https://crism.ca/opioid-guideline>
125. Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance (ESCODI) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL). Guide d'utilisation de la buprénorphine injectable à libération prolongée (SublocadeMC) dans le cadre d'un traitement par agonistes opioïdes (TAO). Published online 2023. <https://dependanceitinerance.ca/app/uploads/2023/03/230327-Outil-Sublocade-FR.pdf>
126. INESSS. Guide d'usage optimal - Traitement par agonistes opioïdes. Published online 2021. <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/traitement-par-agonistes-opioïdes-trouble-lie-a-lusage-dopioïdes.html>
127. Kinsella M, Capel Y, Nelson SM, Kearns RJ. Opioid substitution in pregnancy: a narrative review: contemporary evidence for use of methadone and buprenorphine in pregnancy. *J Subst Use*. 2023;28(6):919-924. doi:10.1080/14659891.2022.2106600
128. Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance (ESCODI) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL). Guide clinique québécois d'accompagnement des personnes vivant avec un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes. Published online 2024. <https://dependanceitinerance.ca/app/uploads/2024/05/ESCODI-Guide-clinique-quebecois-TUO-2024.pdf>
129. Turner S, Allen VM, Graves L, Tanguay R, Green CR, Cook JL. Directive clinique no 443a : Opioïdes aux différentes étapes de la vie des femmes : Fertilité, contraception, douleur chronique et ménopause. *J Obstet Gynaecol Can*. 2023;45(11):102145. doi:10.1016/j.jogc.2023.05.013
130. Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance (ESCODI) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL). Guide d'utilisation de la méthode d'induction par microdosage de buprénorphine-naloxone (SuboxoneMC) dans le cadre d'un traitement par agonistes opioïdes (TAO). Published online 2023. <https://dependanceitinerance.ca/app/uploads/2023/08/230804-Outil-Microdosage-FR.pdf>
131. Reddy S, Martin CE. Low-dose buprenorphine initiation during pregnancy: a case report. *AJOG Glob Rep*. 2024;4(1):100308. doi:10.1016/j.xagr.2024.100308
132. Jones HE, Johnson RE, Jasinski DR, et al. Buprenorphine versus methadone in the treatment of pregnant opioid-dependent patients: effects on the neonatal abstinence syndrome. *Drug Alcohol Depend*. 2005;79(1):1-10. doi:10.1016/j.drugalcdep.2004.11.013
133. BCCSU. A Guideline for the Clinical Management of opioid use disorder 2023 Update. Published online 2023. https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2023/12/BC-ODU-Treatment-Guideline_2023-Update.pdf
134. CAMH (Centre for Addiction and Mental Health). Opioid Agonist Therapy : A Synthesis of Canadian Guidelines for Treating Opioid Use Disorder. Published online 2021. <https://www.camh.ca/-/media/professionals-files/canadian-opioid-use-disorder-guideline2021-pdf.pdf>
135. Pollock L, Levison J. 2023 updated guidelines on infant feeding and HIV in the United States: what are they and why have recommendations changed. *Top Antivir Med*. 2023;31(5):576-586.
136. Bitnun A. La prise en charge des nourrissons, des enfants et des adolescents vulnérables à l'infection par le virus de l'hépatite C | Société canadienne de pédiatrie. Accessed March 16, 2026. <https://cps.ca/fr/documents/position/la-prise-en-charge-de-lhepatite-c>
137. Morphine. In: *Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Internet]*. National Institute of Child Health and Human Development; 2025. Accessed February 7, 2026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501237>
138. Methadone. In: *Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Internet]*. National Institute of Child Health and Human Development; 2025. Accessed February 7, 2026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501233>

139. Buprenorphine. In: *Drugs and Lactation Database (LactMed®)* [Internet]. National Institute of Child Health and Human Development; 2025. Accessed February 7, 2026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501202>
140. Santé Canada. Approvisionnement plus sécuritaire : médicaments prescrits comme solution de rechange sécuritaire à l'offre de drogues illégales. July 22, 2021. Accessed February 12, 2026. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/repondre-crise-opioides-canada/approvisionnement-plus-securitaire.html>
141. Tobacco and Nicotine Cessation During Pregnancy. Accessed February 5, 2026. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2020/05/tobacco-and-nicotine-cessation-during-pregnancy>
142. INSPQ. Conséquences possibles du tabagisme pendant la grossesse | INSPQ. Institut national de santé publique du Québec. October 10, 2024. Accessed February 11, 2026. <https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale/fiches/tabac/consequences-grossesse>
143. Papadakis & Hermon. Stopping Smoking in Pregnancy: A briefing for maternity care providers. 2019. Accessed February 11, 2026. https://www.ncsct.co.uk/publications/briefing_for_midwifery_staff
144. Ramsey KS, Stancliff S, Stevens LC, Hoffmann CJ, Gonzalez CJ. *Substance Use Disorder Treatment in Pregnant Adults*. Johns Hopkins University; 2021. Accessed February 9, 2026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572854>
145. Nicotine. In: *Drugs and Lactation Database (LactMed®)* [Internet]. National Institute of Child Health and Human Development; 2026. Accessed February 7, 2026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501586>
146. Napierala M, Mazela J, Merritt TA, Florek E. Tobacco smoking and breastfeeding: Effect on the lactation process, breast milk composition and infant development. A critical review. *Environ Res*. 2016;151:321-338. doi:10.1016/j.envres.2016.08.002
147. Thombs BD, Traversy G, Reynolds DL, Lang E, Groulx S, Wilson BJ. Recommendations on interventions for tobacco smoking cessation in adults in Canada. *Can Med Assoc J*. 2025;197(28):E846-E861. doi:10.1503/cmaj.241584
148. INSPQ. Modifier la consommation de tabac | INSPQ. Institut national de santé publique du Québec. October 10, 2024. Accessed February 11, 2026. <https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale/fiches/tabac/modifier-consommation>
149. NICE. Overview | Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence | Guidance | NICE. 2025. Accessed February 11, 2026. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng209>
150. Tran DT, Cohen JM, Donald S, et al. Risk of Major Congenital Malformations Following Prenatal Exposure to Smoking Cessation Medicines. *JAMA Intern Med*. 2025;185(6):656. doi:10.1001/jamainternmed.2025.0290
151. RAMQ. Liste des médicaments, 2 juillet 2025 | Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Accessed February 9, 2026. <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/media/24906>
152. Goyer, M-E., Hudon, K., Plessis-Bélaïr, M-C. et Ferguson, Y. La pharmacothérapie de remplacement des substances psychoactives dans le contexte de pandémie de COVID-19 au Québec : Guide clinique à l'intention des prescripteurs. Published online 2020. https://dependanceitinerance.ca/app/uploads/2020/10/Version-en-ligne-2020.10.20guide-pharmaco-long_VF.pdf
153. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2016(5):CD006103. doi:10.1002/14651858.CD006103.pub7
154. Choi SKY, Tran DT, Kemp-Casey A, et al. The Comparative Effectiveness of Varenicline and Nicotine Patches for Smoking Abstinence During Pregnancy: Evidence From a Population-based Cohort Study. *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob*. 2021;23(10):1664-1672. doi:10.1093/ntr/ntab063
155. Hajizadeh A, Howes S, Theodoulou A, et al. Antidepressants for smoking cessation - Hajizadeh, A - 2023 | Cochrane Library. Accessed February 11, 2026. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000031.pub6/full>
156. Claire R, Chamberlain C, Davey MA, et al. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Tobacco Addiction Group*, ed. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;2020(3). doi:10.1002/14651858.CD010078.pub3
157. Vigod SN, Frey BN, Clark CT, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments 2024 Clinical Practice Guideline for the Management of Perinatal Mood, Anxiety, and Related Disorders: Guide de pratique 2024 du Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments pour le traitement des troubles de l'humeur, des troubles anxieux et des troubles connexes périnataux. *Can J Psychiatry*. 2025;70(6):429-489. doi:10.1177/07067437241303031
158. Anderson KN, Lind JN, Simeone RM, et al. Maternal Use of Specific Antidepressant Medications During Early Pregnancy and the Risk of Selected Birth Defects. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(12):1246. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.2453
159. Huybrechts KF, Palmsten K, Avorn J, et al. Antidepressant Use in Pregnancy and the Risk of Cardiac Defects. *N Engl J Med*. 2014;370(25):2397-2407. doi:10.1056/NEJMoa1312828
160. Ussher M, Fleming J, Brose L. Vaping during pregnancy: a systematic review of health outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024;24(1):435. doi:10.1186/s12884-024-06633-6
161. CAMH (Centre for Addiction and Mental Health). Vaping Cessation Guidance Resource. Published online 2022. <https://intrepidlab.ca/en/Documents/Vaping-Cessation-Guidance-Resource.pdf>

162. Chadi N, Vyver E, Bélanger RE. La protection des enfants et des adolescents contre les risques du vapotage. *Paediatr Child Health*. 2021;26(6):358-374. doi:10.1093/pch/pxab038
163. Varenicline. In: *Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Internet]*. National Institute of Child Health and Human Development; 2024. Accessed February 7, 2026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501688>
164. Bupropion. In: *Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Internet]*. National Institute of Child Health and Human Development; 2026. Accessed February 7, 2026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501184>
165. ACOG Clinical Consensus No. 10: Cannabis Use During Pregnancy and Lactation. *Obstet Gynecol*. 2025;146(4):600-611. doi:10.1097/AOG.0000000000006053
166. Graves LE, Robert M, Allen VM, et al. Guideline No. 425b: Cannabis Use Throughout Women's Lifespans – Part 2: Pregnancy, the Postnatal Period, and Breastfeeding. *J Obstet Gynaecol Can*. 2022;44(4):436-444.e1. doi:10.1016/j.jogc.2022.01.013
167. Centre de promotion de la santé en collaboration avec, La clinique de psychiatrie périnatale et du jeune enfant. Cannabis, grossesse et allaitement. Published online 2020. <https://www.chusj.org/getmedia/0c334882-9b53-49bf-8d10-a2229a0b398e/Fiche-thematique-Cannabis-Grossesse-Allaitement.pdf.aspx?ext=.pdf>
168. Gouvernement du Canada. est-il-sécuritaire-consommer-cannabis-conception-grossesse-allaitement. Published online 2018. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/drugs-health-products/is-cannabis-safe-during-preconception-pregnancy-breastfeeding/est-il-sécuritaire-consommer-cannabis-conception-grossesse-allaitement.pdf>
169. Cue L, Chu F, Cascella M. Cannabinoid Hyperemesis Syndrome. In: *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing; 2023. Accessed February 11, 2026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549915>
170. Kirby J, Naren T. Cannabinoid hyperemesis syndrome in pregnancy: Challenges and opportunities. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2023;63(6):746-752. doi:10.1111/ajo.13714
171. Hanley S, Imcha M, Mohamad MM. Cannabinoid hyperemesis syndrome in pregnancy: a case series and review. *Obstet Med*. 2025;18(4):264-271. doi:10.1177/1753495X241307415
172. Colletterte C, Lepire E. Syndrome d'hyperémèse cannabinoïde. *Perspect Infirm*. 2019;(Vol. 16, n° 1):49-51.
173. Pourmand A, Esmailian G, Mazer-Amirshahi M, Lee-Park O, Tran QK. Topical capsaicin for the treatment of cannabinoid hyperemesis syndrome, a systematic review and meta-analysis. *Am J Emerg Med*. 2021;43:35-40. doi:10.1016/j.ajem.2021.01.004
174. Mothertobaby. Haloperidol (Haldol®). In: *MotherToBaby | Fact Sheets [Internet]*. Organization of Teratology Information Specialists (OTIS); 2024. Accessed February 11, 2026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589837>
175. McAllister-Williams RH, Baldwin DS, Cantwell R, et al. British Association for Psychopharmacology consensus guidance on the use of psychotropic medication preconception, in pregnancy and postpartum 2017. *J Psychopharmacol (Oxf)*. 2017;31(5):519-552. doi:10.1177/0269881117699361
176. Diav-Citrin O, Shechtman S, Ornoy S, et al. Safety of haloperidol and penfluridol in pregnancy: a multicenter, prospective, controlled study. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(3):317-322. doi:10.4088/jcp.v66n0307
177. Huang J, Rayasam S, Graham C, Jones S. Topical Capsaicin for Symptomatic Treatment of Cannabinoid Hyperemesis Syndrome in a Pregnant Patient: A Case Report. *Pain Med Case Rep*. 2025;9(6):311-313.
178. ACOG. ACOG Clinical Consensus No. 10: Cannabis Use During Pregnancy and Lactation. *Obstet Gynecol*. 2025;146(4):600-611. doi:10.1097/AOG.0000000000006053
179. Haloperidol. In: *Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Internet]*. National Institute of Child Health and Human Development; 2025. Accessed February 7, 2026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK500910>
180. Capsaicin. In: *Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Internet]*. National Institute of Child Health and Human Development; 2024. Accessed February 7, 2026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK574071>
181. Rubenstein D, McClernon FJ, Pacek LR. Trends in cannabis and tobacco co-use in the United States, 2002-2021. *Addict Behav*. 2024;158:108129. doi:10.1016/j.addbeh.2024.108129
182. Woules TA, Lester BM. Stimulants: How big is the problem and what are the effects of prenatal exposure? *Semin Fetal Neonatal Med*. 2019;24(2):155-160. doi:10.1016/j.siny.2019.01.011
183. ASAM/AAAP. The ASAM/AAAP Clinical Practice Guideline on the Management of Stimulant Use Disorder. *J Addict Med*. 2024;18(1S Suppl 1). doi:10.1097/ADM.0000000000001299
184. BCCSU. Stimulant Use Disorder. Practice Update. Published online 2022. <https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2022/06/Stimulant-Use-Disorder-Practice-Update-June2022.pdf>
185. Onken M, Lohse L, Coulm B, et al. Effects of maternal modafinil treatment on fetal development and neonatal growth parameters – a multicenter case series of the European Network of Teratology Information Services (ENTIS). *Acta Psychiatr Scand*. 2024;150(5):372-384. doi:10.1111/acps.13643
186. Hope OA, Harris KM. Management of epilepsy during pregnancy and lactation. *BMJ*. 2023;382:e074630. doi:10.1136/bmj-2022-074630
187. Damkier P, Broe A. First-Trimester Pregnancy Exposure to Modafinil and Risk of Congenital Malformations. *JAMA*. 2020;323(4):374. doi:10.1001/jama.2019.20008

188. Ostenfeld A, Petersen TS, Pedersen LH, Westergaard HB, Løkkegaard ECL, Andersen JT. Mirtazapine exposure in pregnancy and fetal safety: A nationwide cohort study. *Acta Psychiatr Scand.* 2022;145(6):557-567. doi:10.1111/acps.13431
189. Suarez EA, Bateman BT, Hernandez-Diaz S, et al. Prescription Stimulant Use During Pregnancy and Risk of Neurodevelopmental Disorders in Children. *JAMA Psychiatry.* 2024;81(5):477. doi:10.1001/jamapsychiatry.2023.5073
190. Scoten O, Tabi K, Paquette V, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder in pregnancy and the postpartum period. *Am J Obstet Gynecol.* 2024;231(1):19-35. doi:10.1016/j.ajog.2024.02.297
191. Modafinil. In: *Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Internet]*. National Institute of Child Health and Human Development; 2025. Accessed February 7, 2026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513058>
192. Methylphenidate. In: *Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Internet]*. National Institute of Child Health and Human Development; 2025. Accessed February 7, 2026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501310>
193. Amphetamine. In: *Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Internet]*. National Institute of Child Health and Human Development; 2025. Accessed February 7, 2026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501307>
194. Dextroamphetamine. In: *Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Internet]*. National Institute of Child Health and Human Development; 2025. Accessed February 7, 2026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501740>
195. Mirtazapine. In: *Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Internet]*. National Institute of Child Health and Human Development; 2024. Accessed February 7, 2026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501188>
196. Meng LC, Lin CW, Chuang HM, Chen LK, Hsiao FY. Benzodiazepine Use During Pregnancy and Risk of Miscarriage. *JAMA Psychiatry.* 2024;81(4):366. doi:10.1001/jamapsychiatry.2023.4912
197. Grigoriadis S, Graves L, Peer M, et al. Pregnancy and Delivery Outcomes Following Benzodiazepine Exposure: A Systematic Review and Meta-analysis. *Can J Psychiatry.* 2020;65(12):821-834. doi:10.1177/0706743720904860
198. Alprazolam. In: *Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Internet]*. National Institute of Child Health and Human Development; 2025. Accessed February 7, 2026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501199>
199. Clonazepam. In: *Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Internet]*. National Institute of Child Health and Human Development; 2024. Accessed February 7, 2026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501209>
200. Gopalan P, Glance JB, Azzam PN. Managing benzodiazepine withdrawal during pregnancy: case-based guidelines. *Arch Womens Ment Health.* 2014;17(2):167-170. doi:10.1007/s00737-013-0388-1
201. benzo.org.uk : Benzodiazepines: How They Work & How to Withdraw, Prof C H Ashton DM, FRCP, 2002. Accessed February 6, 2026. <https://www.benzo.org.uk/manual/index.htm>
202. Robertson S, Peacock EE, Scott R. Benzodiazepine Use Disorder: Common Questions and Answers. *Am Fam Physician.* 2023;108(3):260-266.
203. Karila L, Angerville B, Benyamina A, Billieux J. Pharmacological Treatment of GHB Withdrawal Syndrome. *Curr Addict Rep.* 2024;11(1):163-171. doi:10.1007/s40429-023-00531-1
204. Van Mechelen J, Dijkstra B, Vergouwen A. Severe illicit gamma-hydroxybutyric acid withdrawal in a pregnant woman: what to do? *BMJ Case Rep.* 2019;12(12):e230997. doi:10.1136/bcr-2019-230997
205. de Jonge A, Stuijt R, Eijke I, Westerman MJ. Continuity of care: what matters to women when they are referred from primary to secondary care during labour? a qualitative interview study in the Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:103. doi:10.1186/1471-2393-14-103
206. Gulbransen K, Thiessen K, Shingoose GG, et al. Qualitative Study of Experiences with an Interprofessional Perinatal Care Team Among Women Who Used Substances During the Perinatal Period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2025;54(2):229-238.e1. doi:10.1016/j.jogn.2024.11.010
207. Mead A, Ryan D, Paquette V, Smith E, Joshi P, Tonella C, Hippman C. BC Reproductive Mental Health Program, Provincial Perinatal Substance Use Program, & Perinatal Services BC Best Practice Guidelines for Mental Health Disorders in the Perinatal Period: Substance Use Disorders. Published online 2023. https://www.perinatalservicesbc.ca/Documents/Resources/HealthPromotion/Best_Practice_Guideline_Mental_Health_Disorders_in_the_Perinatal_Period.pdf
208. Fleet J, Belan I, Jones M, Ullah S, Cyna A. A comparison of fentanyl with pethidine for pain relief during childbirth: a randomised controlled trial. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2015;122(7):983-992. doi:10.1111/1471-0528.13249
209. Bricker L. Parenteral opioids for labor pain relief: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186(5):S94-S109. doi:10.1067/mob.2002.121549
210. Caldwell J, Wakile LA, Notarianni LJ, et al. Maternal and neonatal disposition of pethidine in childbirth—A study using quantitative gas chromatography-mass spectrometry. *Life Sci.* 1978;22(7):589-596. doi:10.1016/0024-3205(78)90338-7
211. Kuhnert BR, Linn PL, Kennard MJ, Kuhnert PM. Effects of low doses of meperidine on neonatal behavior. *Anesth Analg.* 1985;64(3):335-342.
212. Nissen E, Widström A, Lilja G, et al. Effects of routinely given pethidine during labour on infants' developing breastfeeding behaviour. Effects of dose-delivery time interval and various concentrations of pethidine/norpethidine in cord plasma. *Acta Paediatr.* 1997;86(2):201-208. doi:10.1111/j.1651-2227.1997.tb08869.x

213. Tramadol. In: *Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Internet]*. National Institute of Child Health and Human Development; 2025. Accessed February 7, 2026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501260>
214. Codeine. In: *Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Internet]*. National Institute of Child Health and Human Development; 2025. Accessed February 7, 2026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501212>
215. Meperidine. In: *Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Internet]*. National Institute of Child Health and Human Development; 2025. Accessed February 7, 2026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501232>
216. Abrahams RR, MacKay-Dunn MH, Nevmerjitskaia V, MacRae GS, Payne SP, Hodgson ZG. An Evaluation of Rooming-in Among Substance-exposed Newborns in British Columbia. *J Obstet Gynaecol Can.* 2010;32(9):866-871. doi:10.1016/S1701-2163(16)34659-X
217. Abrahams RR, 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 Med Fam Can.* 2007;53(10):1722-1730.
218. Hodgson ZG, Abrahams RR. A Rooming-in Program to Mitigate the Need to Treat for Opiate Withdrawal in the Newborn. *J Obstet Gynaecol Can.* 2012;34(5):475-481. doi:10.1016/S1701-2163(16)35245-8
219. Newman AI, Mauer-Vakil D, Coe H, et al. Rooming-in for Infants at Risk for Neonatal Abstinence Syndrome: Outcomes 5 Years following Its Introduction as the Standard of Care at One Hospital. *Am J Perinatol.* 2022;39(08):897-903. doi:10.1055/s-0040-1719182
220. Agence de la santé publique du Canada. Chapitre 5 : Soins postnataux. December 16, 2020. Accessed February 11, 2026. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales-chapitre-5.html>
221. Cossette, Gilles. Pour un dodo en sécurité - ABCdaire – Suivi collaboratif des 0 à 5 ans. Published online 2023. <https://enseignement.chusj.org/ENSEIGNEMENT/files/90/902b88d2-6880-4801-b8a1-989a880e7790.pdf>
222. Public Health Agency of Canada. Your Guide to Postpartum Health and Caring for Your Baby. June 1, 2023. Accessed February 11, 2026. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/child-infant-health/postpartum-health-guide.html>
223. Brown RA, Dakkak H, Gilliland J, Seabrook JA. Predictors of drug use during pregnancy: The relative effects of socioeconomic, demographic, and mental health risk factors. *J Neonatal-Perinat Med.* 2019;12(2):179-187. doi:10.3233/NPM-1814
224. Pacho M, Aymerich C, Pedruzo B, et al. Substance use during pregnancy and risk of postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry.* 2023;14:1264998. doi:10.3389/fpsy.2023.1264998
225. Albers SM, Wen T, Monk C, et al. Postpartum psychosis during delivery hospitalizations and postpartum readmissions, 2016–2019. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2023;5(5):100905. doi:10.1016/j.ajogmf.2023.100905
226. Chin K, Wendt A, Bennett IM, Bhat A. Suicide and Maternal Mortality. *Curr Psychiatry Rep.* 2022;24(4):239. doi:10.1007/s11920-022-01334-3
227. Friedman SH, Horwitz SM, Resnick PJ. Child Murder by Mothers: A Critical Analysis of the Current State of Knowledge and a Research Agenda. *Am J Psychiatry.* 2005;162(9):1578-1587. doi:10.1176/appi.ajp.162.9.1578
228. Syndrome du bébé secoué (SBS): Tout ce qu’il faut savoir : Qu’est-ce que le syndrome du bébé secoué ? Accessed April 21, 2026. <https://www.chusj.org/fr/soins-services/S/Syndrome-du-bebe-secoue/Tout-ce-qu-il-faut-savoir>
229. Le traumatisme crânien lié à la maltraitance des enfants (syndrome du bébé secoué). Accessed April 21, 2026. <https://naitreetgrandir.com/fr/sante/traumatisme-craniellenlie-a-la-maltraitance-enfants-syndrome-bebe-secoue>
230. Holcomb L, Treado B, Mayo R, et al. “If We Didn’t Have Our Babies, We Wouldn’t Be Here Right Now”: A Qualitative Exploration of New Motherhood While Navigating Substance Use Disorder Recovery. *Subst Use Addict J.* 2025;46(4):888-900. doi:10.1177/29767342251331398
231. Ranson KE, Urchuk LJ. The effect of parent-child attachment relationships on child biopsychosocial outcomes: a review. *Early Child Dev Care.* 2008;178(2):129-152. doi:10.1080/03004430600685282
232. Renk K, Boris NW, Kolomeyer E, et al. The state of evidence-based parenting interventions for parents who are substance-involved. *Pediatr Res.* 2016;79(1-2):177-183. doi:10.1038/pr.2015.201
233. Johnson SM. *Attachment Theory in Practice: Emotionally Focused Therapy (EFT) with Individuals, Couples, and Families.* The Guilford Press; 2019.
234. Rodrigo, M. J., P. Amorós, E. Arranz, M. V. Hidalgo, M. L. Máiquez, J. C. Martín, R. A. Martínez, and E. Ochaíta. Best Practices Guide for Positive Parenting: A Resource for Practitioners Working with Families. Published online 2015. https://familiasenpositivo.org/system/files/guia_de_buenas_practicas_ingles_v2.pdf
235. Moreland AD, McRae-Clark A. Parenting outcomes of parenting interventions in integrated substance-use treatment programs: A systematic review. *J Subst Abuse Treat.* 2018;89:52-59. doi:10.1016/j.jsat.2018.03.005
236. Gouvernement du Québec. Protection de la jeunesse (DPJ). Gouvernement du Québec. 2025. Accessed February 11, 2026. <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/enfance/protection-de-la-jeunesse>

237. Gouvernement du Québec. Fin de la pratique du signalement des naissances - Mise en place d'un plan de services préventifs et intensifs en période prénatale. Gouvernement du Québec. 2023. Accessed February 11, 2026. <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/fin-de-la-pratique-du-signalement-des-naissances-mise-en-place-dun-plan-de-services-preventifs-et-intensifs-en-periode-prenatale-47068>
238. Intervention du DPJ à la suite d'un signalement. Gouvernement du Québec. Accessed February 6, 2026. <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/enfance/protection-de-la-jeunesse/intervention-du-dpj-a-la-suite-d-un-signalement>
239. Otterlei MT, Engebretsen E. Parents at war: A positioning analysis of how parents negotiate their loss after experiencing child removal by the state. *Qual Soc Work*. 2022;21(4):765-782. doi:10.1177/14733250211048546
240. Wolford SN, McWey LM. "It Makes Me Step Back a Little... Check Myself": Parental Identity and Mandated Participation among Parents Involved with the Child Welfare System. *J Fam Violence*. 2020;35(5):427-440. doi:10.1007/s10896-019-00112-9
241. Ross et al. 'No voice, no opinion, nothing': Parent experiences when children are removed and placed in care. Published online 2017. <https://www.lwb.org.au/assets/Parent-perspectives-OOHC-Final-Report-Feb-2017.pdf>
242. MSSS, 2016. Un projet de vie, des racines pour la vie. Published online 2016. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-838-03F.pdf>
243. Patrick SW, Barfield WD, Poindexter BB, et al. Neonatal Opioid Withdrawal Syndrome. *Pediatrics*. 2020;146(5). doi:10.1542/peds.2020-029074
244. Canadian Paediatric Society. Managing newborns at risk for neonatal abstinence syndrome (NAS)/neonatal opioid withdrawal syndrome (NOWS): Updates and emerging best practices | Canadian Paediatric Society. 2025. Accessed February 12, 2026. <https://cps.ca/en/documents/position/nas-nows>
245. Cheng FY, Beagan RA, Grossman MR. Neonatal Opioid Withdrawal Syndrome. *Pediatr Clin North Am*. 2025;72(4):639-659. doi:10.1016/j.pcl.2025.03.006
246. Anbalagan S, Falkowitz DM, Mendez MD. Neonatal Abstinence Syndrome. In: *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing; 2024. Accessed February 6, 2026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551498>
247. Henderson L, Shah V, Trkulja S. Selective serotonin reuptake inhibitors or serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors in pregnancy: Infant and childhood outcomes. *Paediatr Child Health*. 2021;26(5):321-322. doi:10.1093/pch/pxab021
248. Giri P, Roth P. Treatment of Neonatal Opioid Withdrawal. *Pediatr Rev*. 2021;42(9):522-525. doi:10.1542/pir.2020-002519
249. Favara MT, Carola D, Jensen E, et al. Maternal breast milk feeding and length of treatment in infants with neonatal abstinence syndrome. *J Perinatol*. 2019;39(6):876-882. doi:10.1038/s41372-019-0374-1
250. Narvey M, Hamilton D, Paquette V. La prise en charge des nouveau-nés à risque de syndrome d'abstinence néonatale et de syndrome de sevrage néonatal aux opioïdes : mises à jour et pratiques exemplaires émergentes. *Paediatr Child Health*. 2025;30(7):632-640. doi:10.1093/pch/pxaf014
251. Goodwin N. Understanding Integrated Care. *Int J Integr Care*. 2016;16(4):6. doi:10.5334/ijic.2530
252. Gulbransen K, Thiessen K, Ford N, Phillips Beck W, Watson H, Gregory P. Interprofessional Care Models for Pregnant and Early-Parenting Persons Who Use Substances: A Scoping Review. *Int J Integr Care*. 2024;24(2):24. doi:10.5334/ijic.7589
253. Hubberstey C, Rutman D, Van Bibber M, Poole N. Wraparound programmes for pregnant and parenting women with substance use concerns in Canada: Partnerships are essential. *Health Soc Care Community*. 2022;30(5). doi:10.1111/hsc.13664
254. Ouimet AM, Breton-Théoret N, Giguère N, et al. La qualité des soins sous le prisme de l'expérience. *Rev CREMIS*. 2025;15(2):10-16. doi:10.7202/1115476ar
255. Nader M, Hignell A, Lurie E, et al. Outcome Evaluation of an Integrated, Combined-care Perinatal Addiction Medicine- Primary Care Obstetrics Model for Urban, Inner-city Pregnant Patients With Severe Substance Use Disorders. *Can J Addict*. 2024;15(3):29-39. doi:10.1097/CXA.0000000000000216
256. Ordean A, Kahan M. Comprehensive treatment program for pregnant substance users in a family medicine clinic. *Can Fam Physician Med Fam Can*. 2011;57(11):e430-435.
257. Goodman DJ, Saunders EC, Frew JR, et al. Integrated vs nonintegrated treatment for perinatal opioid use disorder: retrospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2022;4(1):100489. doi:10.1016/j.ajogmf.2021.100489
258. Rutman D, Hubberstey C, Poole N, Schmidt RA, Van Bibber M. Multi-service prevention programs for pregnant and parenting women with substance use and multiple vulnerabilities: Program structure and clients' perspectives on wraparound programming. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):441. doi:10.1186/s12884-020-03109-1
259. Drabble L, Poole N. Collaboration Between Addiction Treatment and Child Welfare Fields: Opportunities in a Canadian Context. *J Soc Work Pract Addict*. 2011;11(2):124-149. doi:10.1080/1533256X.2011.570657
260. Rutman D, Hubberstey C. Cross-sectoral collaboration working with perinatal women who use substances: outcomes and lessons from HerWay Home. *J Soc Work Pract Addict*. 2020;20(3):179-193. doi:10.1080/1533256X.2020.1793068

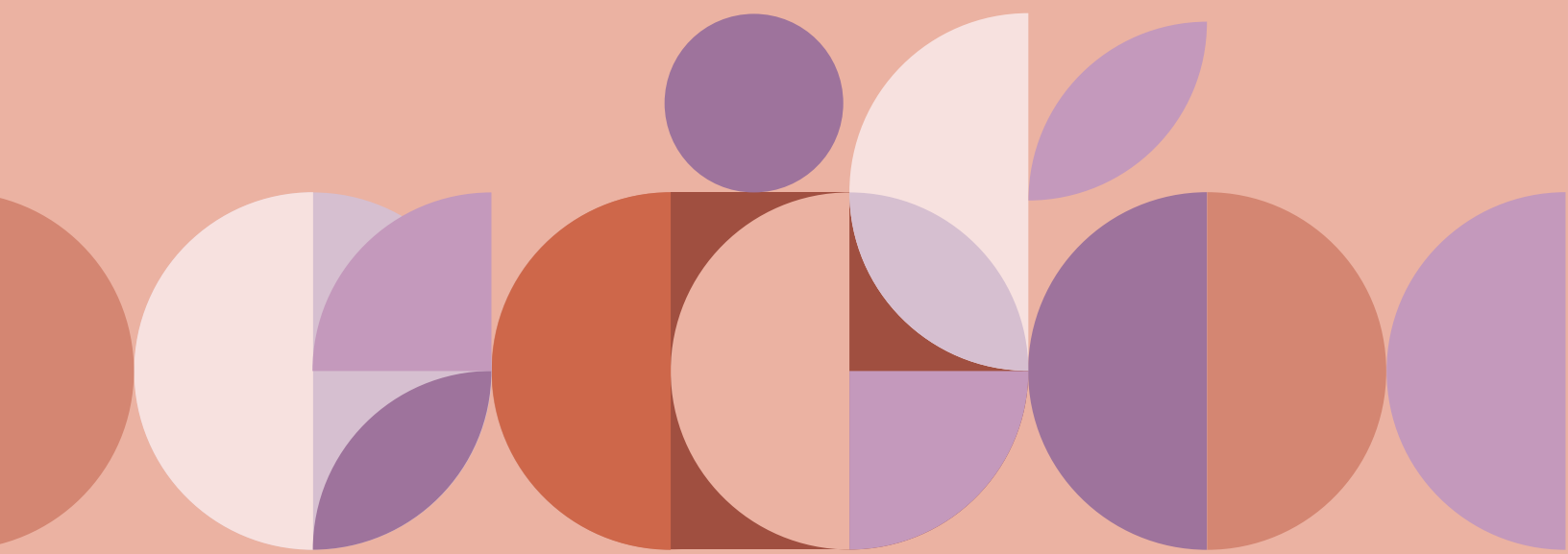
Une production de l'Équipe de soutien clinique
et organisationnel en dépendance et itinérance
du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal,
avec la précieuse collaboration du :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Mention spéciale

« Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement celles
du ministère de la Santé et des Services sociaux. »





**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'île-de-Montréal**

Québec 