

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

4 juin 2026



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

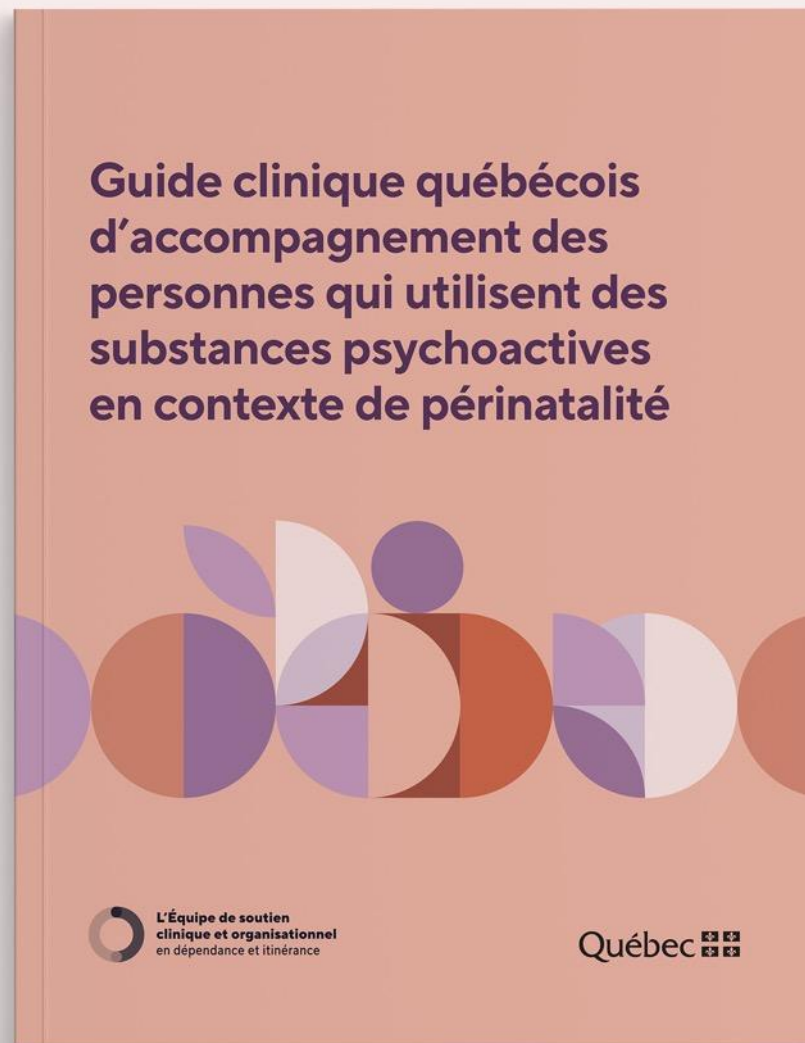
Présentation par:

- **Léonie Archambault**, Consultante externe de l'ESCODI et Chercheuse d'établissement à l'Institut universitaire sur les dépendances, CIUSSS du Centre-Sud-de l'Île-de Montréal, **Aucun conflit d'intérêt**
- **Brigitte Martin**, 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, **Aucun conflit d'intérêt**
- **Anne-Marie Mecteau**, Agente de relations humaines, Programme Rond-Point, CIUSSS du Centre-Sud-de l'Île-de Montréal, **Aucun conflit d'intérêt**
- **Dre Maya Nader**, Médecin-conseil à l'ESCODI, Directrice médicale - Programme Rond-Point - Centre d'expertise en toxicomanie et périnatalité, Médecin - GMF-U des Faubourgs, CCSMTL, Médecin - Service de toxicomanie et médecine urbaine (STMU) et Relais, Hôpital Notre-Dame, CIUSSS du Centre-Sud-de l'Île-de Montréal, Professeure adjointe de clinique, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Montréal, **Aucun conflit d'intérêt**

Guide clinique

Une production de l'ESCODI 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






Objectifs de la présentation

- Énumérer les différentes approches cliniques périnatales favorisant la sécurité et la réduction des méfaits chez les personnes utilisatrices de SPA
- Favoriser la mise en œuvre des approches d'accompagnement en soins et services périnataux chez les personnes utilisatrices de SPA basées sur des données probantes



Plan de la présentation

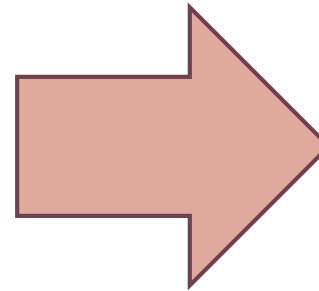
1. Mise en contexte
 2. Méthodologie et projet de recherche
 3. Des services en soutien: Centre IMAGE et Rond-Point
 4. Philosophie et principes d'intervention
 - a. L'approche tenant compte des traumatismes et de la violence en contexte de périnatalité
 - b. La réduction des méfaits
 5. L'importance de l'accueil et de l'accompagnement
 6. Sevrage et grossesse
 7. Allaitement et réduction des méfaits
- 

Mise en contexte



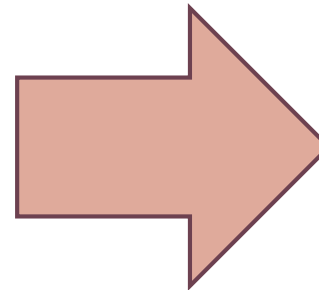
Prévalences estimées

- Usage de SPA: 5,9%
- Usage d'alcool: 10 à 15%
- Tabagisme: 5%
- TUS: 2,7%



Période périnatale:

Opportunité pour intervenir en lien avec l'usage de SPA et les TUS



RdM en périnatalité:

Défis pour les cliniciens des domaines de la dépendance et de la périnatalité

Objectifs du guide et méthodes

Objectifs

- **Rassembler les recommandations** cliniques les plus à jour
- **Contextualiser les recommandations** en fonction de l'organisation des services et des normes de pratiques professionnelles québécoises
- **Proposer des outils et des stratégies cliniques**

- Lignes directrices récentes, littérature grise, littérature scientifique
- Utilisateurs de connaissances
- Comité d'experts cliniques
- Ordres professionnels et regroupements
- Comité de personnes possédant un savoir expérientiel
- Résultats d'une recherche parallèle menée par les auteures

Méthodes

Aperçu du Guide

Chapitre 1 : Philosophie et principes d'intervention

Chapitre 2 : Accueillir, écouter et réaliser une évaluation adaptée

Chapitre 3 : Accompagner et planifier durant la grossesse

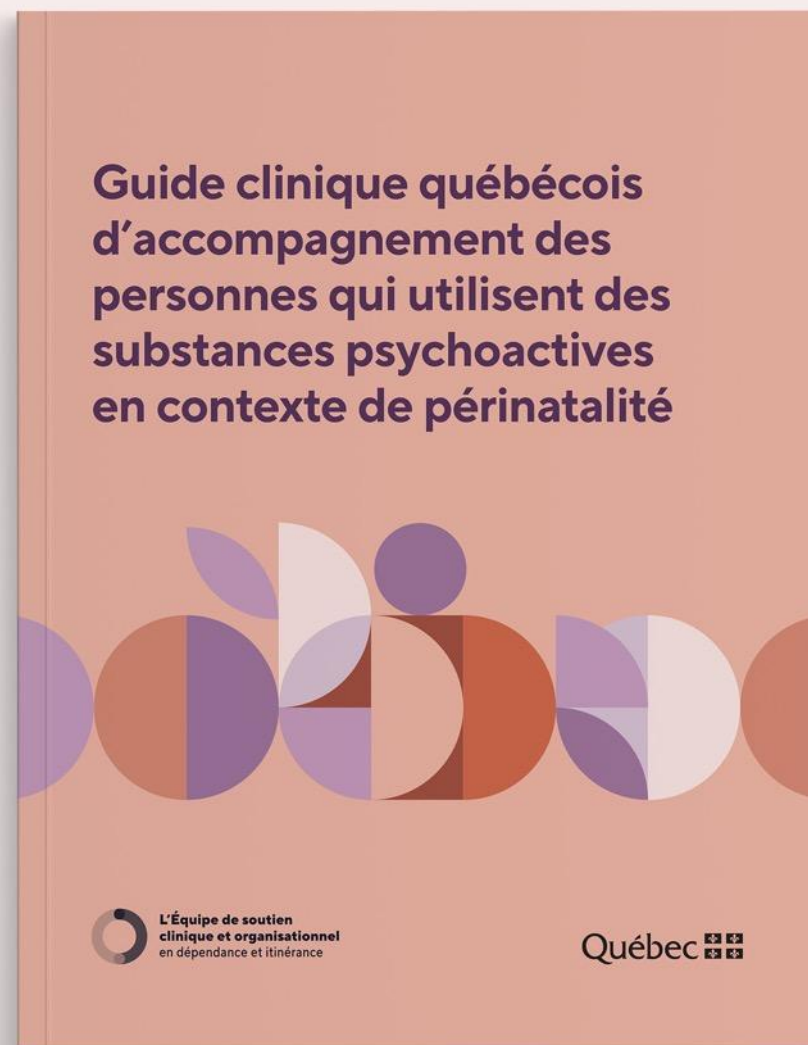
Chapitre 4 : Traiter le sevrage et les troubles liés à l'utilisation de SPA durant la grossesse et l'allaitement

Chapitre 5 : Assurer la continuité des soins lors de l'accouchement

Chapitre 6 : Accompagner les parents après l'accouchement

Chapitre 7 : Réaliser le suivi néonatal

Chapitre 8 : Travailler en collaboration interdisciplinaire et intersectorielle



Des outils pour soutenir l'accompagnement

Mon plan de naissance

Merci d'être à mes côtés pendant mon accouchement. Même si j'ai très hâte d'accueillir mon bébé, je me sens vulnérable, et peut-être même un peu effrayée.

Je compte sur vous pour me rassurer et me soutenir. Voici comment vous pouvez m'aider :

Mon nom : _____ pronoms : _____

Ma personne de soutien : _____ pronoms : _____

Le nom de mon enfant : _____ pronoms : _____



Confidentialité

Afin de me sentir en confiance, il est important que mes renseignements personnels soient traités de manière strictement confidentielle. Ma consommation de substances psychoactives, actuelle ou passée, fait partie de mes informations médicales confidentielles. Je vous prie donc de vous abstenir d'en discuter lorsque cela n'est pas directement pertinent pour la prise en charge de nos besoins en matière de soins de santé.



Approche tenant compte des traumatismes et de la violence

La plupart d'entre nous avons vécu des événements traumatisants au cours de notre vie. Nous savons également qu'une femme sur quatre a été victime d'abus physiques ou sexuels, ou de négligence. Ces expériences peuvent influencer la façon dont nous réagissons.

**Allaitement,
substances psychoactives
et réduction des méfaits**

AIDE À LA RÉFLEXION

GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE PLAN D'ACCOUCHEMENT ET CAS COMPLEXES

Date de la visite : _____

[Coordonnées du patient]

RÉSUMÉ

G: _____ T: _____ P: _____ A: _____ V: _____
Gravida Terme Prématuré Avortement Vivant

Date prévue d'accouchement: ____/____/____ Médecin traitant: _____
JJ MM AAAA

Conditions maternelles particulières :

- Trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives. Spécifier : _____
- Facteurs de risques d'ITSS. Spécifier : _____
- Situations psychosociales : Instabilité résidentielle Enjeux de sécurité pour la personne
- Suspicion ou notion de violence conjugale Enjeux de sécurité pour le personnel

Condition foetale particulière :

Médication actuelle particulière :

- Traitement agoniste opioïde (TAO). Spécifier : _____
- Naltrexone

Consultants et professionnels impliqués au dossier :

(AG) : _____ Prévus : _____
Prévus : _____

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 professionnels 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 : dependanceitinérance.ca
- Adresse courriel : escodi.ccsmt@sss.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)

La recherche en parallèle

Décrire les pratiques développées au centre d'expertise périnatal et familial en toxicomanie Rond-Point



En cours

Comprendre le vécu parental et les besoins de services des parents qui utilisent les services de Rond-Point

Identifier les caractéristiques associées à la poursuite de la consommation durant la grossesse

**Étude de dossiers
Article en rédaction**

Des services en soutien: le centre IMAGE

- Info-Médicaments en Allaitement et Grossesse
- Service téléphonique réservé aux équipes professionnelles de santé et opéré par les pharmaciennes de l'équipe mère-enfant du CHU Sainte-Justine
 - Pour l'ensemble du Québec
 - Lundi au vendredi, 9h à 16h
- Consultations sur l'innocuité des médicaments en contexte de grossesse ou d'allaitement



 514 345-2333 · lundi au vendredi
 chusj.org/image



Offre de service de Rond-Point



TOUS LES SERVICES SONT OFFERTS SOUS UN MÊME TOIT :

- SERVICES DE SANTÉ ET PSYCHOSOCIAUX
- SUIVIS DE GROSSESSE
- SUIVIS DU DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS
- SOUTIEN À LA PARENTALITÉ
- SERVICES EN DÉPENDANCE
- ACTIVITÉS POUR PARENTS ET ENFANTS

Philosophie et principes d'intervention

1.1 Favoriser l'alliance thérapeutique

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

1.3 Prendre en compte les caractéristiques culturelles

1.4 Encourager la réduction des méfaits

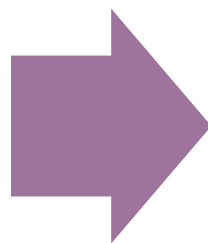
1.5 Soutenir la prise de décision partagée



Philosophie et principes d'intervention

La majorité des personnes qui ont développé un trouble d'usage ont vécu des traumatismes interpersonnels au cours de leur vie.

La grossesse peut faire resurgir ses blessures, ce qui peut affecter l'expérience des soins prénataux et la relation avec les professionnels de la santé et des services sociaux.



Comment faire afin d'éviter la retraumatisation et aider à réparer les blessures relationnelles?



Approche tenant compte des traumatismes et de la violence en contexte de périnatalité



- 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 sur les mots utilisés
- Accompagner les personnes pour les aider à identifier ce dont elles ont de besoin pour se sentir en sécurité
- Offrir des choix

La réduction des méfaits

Reconnaître que la réalité de la consommation en grossesse existe et est particulièrement stigmatisée

Appliquer les mêmes stratégies que dans d'autres contextes (TAO, remise de matériel de consommation et de protection, naloxone etc.)

Aider à naviguer le système de santé et diminuer les barrières d'accès aux services (accès rapide, flexibilité dans le cadre d'intervention)

Répondre aux besoins de base (collations, billets d'autobus, etc.)

Collaboration entre services, incluant la DPJ

Établir un plan de consommation sécuritaire

Soutenir la prise de décision partagée (laisser l'espace pour que la personne puisse exprimer son point de vue)

Soutenir le changement identitaire et favoriser le lien d'attachement

Les personnes qui sont enceintes et qui consomment des SPA ont souvent peu de gens dans leur entourage pour leur refléter leur nouvelle identité de parent.

La relation thérapeutique peut devenir un modèle de relation sécuritaire en mettant de l'avant des comportements prévisibles, fiables et constants.

Il existe plusieurs façons d'être un parent (pas tout ou rien).

Gestion du risque ... le tiraillement entre l'alliance thérapeutique et la protection de l'enfant

La transparence protège: partager nos observations, obligations et inquiétudes d'abord avec le parent

L'approche collaborative: partager le risque, la responsabilité et la prise de décision

La continuité relationnelle: demeurer disponible à travers les étapes ou faciliter la transition



Le pouvoir de la relation

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.

L'ouverture et le non-jugement sont les fondements d'offrir des soins et services équitables et respectueux et peuvent grandement contribuer à diminuer la stigmatisation liée à l'usage de substances.

L'accouchement n'est pas la fin mais plutôt le début d'un long processus de changement et de connaissance de soi. Le lien qu'on développe pendant la grossesse servira de soutien tout au long du parcours parental.

Sevrage et grossesse

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 Informer 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 l'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 Informer 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 Informer 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 Informer 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

Sevrage et grossesse

"Les personnes qui utilisent des SPA sont beaucoup plus susceptibles que les autres d'avoir une grossesse non prévue et d'utiliser des modes de contraception moins fiables"

Substance Use	Pregnancy Intention Weighted %				P
	Intended	Ambivalent	Mistimed	Unwanted	
Illicit/Recreational drugs					<0.001
Yes	34.0	26.4	26.8	12.7	
No	57.7	15.6	20.3	6.4	
Prescription opioids					<0.001
Yes	44.2	19.1	24.0	12.8	
No	57.5	16.0	20.4	6.2	

Shafique, S et al. Preconception Substance Use and Risk of Unintended Pregnancy: Pregnancy Risk Assessment Monitoring System 2016–17

Table 3. Contraceptive use prevalence.

Author (year)	Women with opioid and other substance use disorders		Comparison population	
	Contraceptive needs, N	Contraceptive use, N (%)	Contraceptive needs, N	Contraceptive use, N (%)
Armstrong et al. (1991)	368	143 (39)	42,411	41,265 (97)
Harcourt et al. (2001)	42	31 (74)	679	663 (98)
Banwell et al. (2003)	399	137 (34)	Not calculable	(67)

Terplan M, et al. Contraceptive use and method choice among women with opioid and other substance use disorders: A systematic review

Sevrage et grossesse

Table 2. Antenatal risk factors

Risk factors	Inadequate prenatal care (n = 69); no. (%)	Adequate prenatal care (n = 207); no. (%)	<i>P</i> value
Documented smoking	34 (49.3)	56 (27.1)	<0.01
Documented alcohol misuse	0 (0.0)	2 (1.0)	0.41
Documented substance misuse	13 (18.8)	4 (1.9)	<0.01

Nussey L, Hunter A, Krueger S, et al. Sociodemographic characteristics and clinical outcomes of people receiving inadequate prenatal care: a retrospective cohort study.

Sevrage et grossesse

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

Sevrage et grossesse - Alcool

- ↑ risque de complications de sevrage
- Accouchement prématuré, détresse foetale et décollement placentaire
- Favoriser endroit sécuritaire (hospitalisation, unité de gestion de sevrage CRD)

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.

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

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](#)



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. De plus, les ordonnances individuelles préimprimées de l'INESSS pour le traitement en milieu ambulatoire ou en établissement peuvent être utiles pour les prescripteurs.

BOÎTE À OUTILS

- ▶ [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](#)

Sevrage et grossesse - Opioïdes

- Sevrage = **urgence obstétricale**
- Retard de croissance intra-utérin, accouchement prématuré, faible poids à la naissance, mortalité périnatale
- Éviter le sevrage (cesser abruptement ou réduire les doses)
- Reconnaître et traiter rapidement le sevrage en grossesse avec opioïdes
- TAO = étalon d'or

La morphine à libération lente uniguotidienne (Kadian^{MC}) pour le traitement du TUO durant la grossesse

DOSAGE

Les principes posologiques du traitement de morphine à libération lente uniguotidienne 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 uniguotidienne, 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 uniguotidienne 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 uniguotidienne, 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 uniguotidienne présente des interactions avec certains médicaments¹²³. Les précautions à prendre concernent l'insuffisance hépatique et l'insuffisance rénale¹²⁸. La morphine à libération lente uniguotidienne 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

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.

La buprénorphine-naloxone pour le traitement du TUO durant la grossesse

DOSAGE

Les principes posologiques du traitement de buprénorphine-naloxone durant 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 durant 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



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.

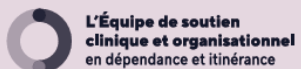
Perspective clinique

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.

Sevrage et grossesse

- Particularités en grossesse (gestion sevrage et traitement des TU)
- Discussion risques/bénéfices de l'usage de SPA
- Prioriser l'objectif de la personne
- Composition des SPA issues du marché illégal est imprévisible
- Centre IMAGE

Allaitement, substances psychoactives et réduction des méfaits



Allaitement, substances psychoactives et réduction des méfaits

AIDE À LA RÉFLEXION

MAI 2026

SUBSTANCE

Cannabis

Présence dans le lait humain



Le THC se retrouve dans le lait humain en quantités très variables selon le type d'utilisation. La demi-vie dans le lait humain serait de 12 à 39 heures⁹, et parfois davantage¹⁰: le THC est mesuré dans le lait pour une période estimée entre six jours et six semaines après consommation⁹.

Risques pour le nourrisson



Les risques connus pour le nourrisson allaité incluent la somnolence, des difficultés d'allaitement (réduction de la fréquence et de la durée)^{3,4,7}, l'hypotonie³, et l'irritabilité^{7,8}.
Les risques à long terme sont peu documentés^{7,8}.

Recommandations

L'option la plus sécuritaire consiste à éviter le cannabis en contexte d'allaitement car le THC se concentre dans le lait⁸.

À propos de cet outil d'aide à la réflexion

- Les informations contenues dans cet outil s'inscrivent dans une perspective de réduction des méfaits.
- Il est conçu comme un outil de réflexion clinique, dont l'objectif vise à réduire les risques associés à l'usage de substances en contexte d'allaitement.
- Dans tous les cas, **l'option la plus sécuritaire consiste à ne pas utiliser de substances psychoactives en contexte d'allaitement.**
- Peu importe la substance utilisée, les effets psychoactifs ne doivent plus être présents lors de la reprise de l'allaitement.

Table des matières

p. 3	Alcool
p. 4	Cannabis
p. 5	Tabac et nicotine
p. 6	Mésusage d'opioïdes prescrits
p. 7	Mésusage de benzodiazépines prescrits
p. 8	Mésusage de psychostimulants prescrits
p. 9	Substances provenant du marché illégal
p. 10	Références

Stratégies de réduction des méfaits

- ▶ En contexte d'usage régulier de cannabis, procéder à une évaluation individualisée des risques et bénéfiques de la poursuite de l'allaitement⁸.
- ▶ En contexte d'usage occasionnel, réduire la quantité et la fréquence de l'usage de cannabis¹.
- ▶ Privilégier des produits faibles en THC¹.
- ▶ Éviter les cannabinoïdes synthétiques (« Spice » et « K2 »)¹.
- ▶ Privilégier l'achat de cannabis à la Société québécoise du cannabis (SQDC).
- ▶ Éviter l'exposition à la fumée secondaire¹ pour la personne qui allaite et pour le nourrisson.
- ▶ Allaiter ou tirer du lait juste avant l'usage de cannabis⁵.
- ▶ Attendre quelques heures après avoir consommé du cannabis avant d'allaiter à nouveau (p. ex., au moins quatre heures) et jusqu'à ce que les effets du cannabis soient dissipés, de façon à réduire l'exposition au nourrisson; vu la présence prolongée de THC dans le lait, il est impossible de proposer un délai qui permette d'éliminer toute quantité du lait.
 - ▷ Entretemps, si la personne qui allaite est inconfortable (engorgement), du lait peut être exprimé et jeté³⁻⁵.
 - ▷ Entretemps, utiliser une préparation commerciale pour nourrisson ou du lait humain tiré au préalable³⁻⁵.
- ▶ Assurer la sécurité de l'enfant (présence d'un autre adulte responsable) lorsque les capacités sont affaiblies.

Messages clés

- ✓ Éviter le jugement et la stigmatisation
- ✓ Ne pas seulement mettre l'accent sur l'usage de substances
- ✓ Donner de l'information et proposer des stratégies d'utilisation plus sécuritaire
- ✓ S'ajuster au rythme de la personne

Merci!

Pour rejoindre l'ESCODI :
dependanceitinerance.ca
escodi.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca



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