



**Gérer la toxicomanie, l'alcoolisme
et les problèmes connexes
chez les femmes enceintes**

**Document de référence destiné
aux fournisseurs de soins de santé**

www.addictionpregnancy.ca

Tous droits réservés © 2005, Projet PRIMA

REMARQUE : Ce document de référence vise à fournir aux professionnels de la santé des renseignements exacts et actualisés et ne comporte pas de manœuvres systématiques de soins prénataux. Nous avons tout mis en œuvre afin d'assurer l'exactitude et l'exhaustivité de ce document. Cependant, les rédacteurs et les éditeurs déclinent toute responsabilité à l'égard des erreurs typographiques ou des nouveaux renseignements publiés après septembre 2005. L'utilisateur de ce document assume l'entière responsabilité en appliquant toute approche thérapeutique documentée dans celui-ci.

Veillez vous fonder sur votre propre jugement clinique au moment d'appliquer l'une des approches thérapeutiques présentées dans ce document. Il est recommandé d'obtenir confirmation de certaines données, notamment concernant les dosages des médicaments ou les valeurs de laboratoire normales, auprès d'autres sources.

Le projet PRIMA est basé au Canada. Nous ne prétendons nullement que le contenu de ce document soit approprié en dehors du Canada.

Veillez consulter notre site Internet (<http://www.addictionpregnancy.ca>) pour obtenir davantage de renseignements, guides et articles rédactionnels.
Veillez communiquer avec le Dr Deana Midmer pour obtenir de plus amples renseignements sur le projet (deana.midmer@utoronto.ca).

Document de référence

Projet PRIMA (Pregnancy-Related Issues in the Management of Addictions), Département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto. Document de référence destiné aux fournisseurs de soins de santé. Toronto (Canada) : Université de Toronto, 2005.

Cette publication a été possible grâce à une subvention de The Lawson Foundation.

Also available in English.

Table des matières

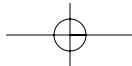
Section I – Normes générales des soins	■ Benzodiazépines	29
■ La première visite.....	■ Stimulants.....	31
■ Gestion de l'urgence médicale.....	■ Inhalants.....	33
■ Approche thérapeutique.....	■ Psychodysléptiques et drogues de confection.....	34
■ Visites de suivi	Section III – Problèmes de santé lors du travail et pendant et après l'accouchement	
■ Maladies infectieuses.....	■ Gestion de la douleur pendant le travail et l'accouchement.....	35
■ Dépistage des drogues.....	■ Soins post-partum.....	37
Section II – Substances spécifiques	■ Allaitement maternel	38
■ Alcool.....	Section IV – Ressources nationales	39
■ Nicotine		
■ Marijuana.....		
■ Opiacés.....		

L'importance de la première visite

La première consultation est primordiale pour l'engagement de la femme enceinte dans les soins, le but principal étant de créer des rapports. Interrogez votre patiente sur ses besoins et respectez ses choix. Pour ce faire, il est, par exemple, très facile de lui proposer quelque chose à manger ou de lui assurer que vous prendrez bien soin d'elle et de son bébé. Faites preuve de respect à l'égard de l'autonomie de la femme en ne formulant ni critique ni jugement.

C'est en fournissant des soins sans jamais porter de jugement que vous favoriserez l'autodétermination de votre patiente. Sachez qu'un comportement « perturbateur » peut être une réaction liée à une précédente expérience négative avec le système de soins de santé.

Prendre soin d'une femme enceinte ayant des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme peut être difficile. En étant moins « indiscret » lors de la première visite, vous aurez de vraies chances que la femme revienne pour d'autres consultations et vous optimiserez donc les soins prénataux.



La première visite

La création de rapports constitue l'aspect unique le plus important de la première consultation.

- Plusieurs visites pourront être nécessaires afin de remplir toutes les sections de l'évaluation.
- Remplissez les sections en fonction des déclarations et de la situation de votre patiente.
- Abordez les besoins et les symptômes de sevrage de votre patiente avant de passer aux sections suivantes.
- Communiquez avec votre patiente en tenant compte de ses origines culturelles et sans jamais porter de jugement.
- Proposez-lui votre aide si vous estimez que c'est nécessaire ou si elle vous le demande.
- Abstenez-vous d'essayer de « guérir » votre patiente.

Dépistage et évaluation

Antécédents*

Antécédents médicaux	<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes médicaux chroniques et aigus : • Médicaments • Antécédents gynécologiques et obstétriques (GTPAL, dernières menstruations) • VIH, hépatites A, B, C (VHA, VHB, VHC), maladies transmissibles sexuellement (MTS) • Antécédents familiaux de toxicomanie ou d'alcoolisme • Antécédents psychiatriques (diagnostic, traitement précédent, antécédents de maltraitance, troubles de l'alimentation)
Toxicomanie et alcoolisme	<ul style="list-style-type: none"> • Soins d'urgence et hospitalisations antérieurs • Quelle quantité d'alcool consommez-vous? (voir page 19 – questionnaire T-ACE) • Fumez-vous? Si oui, combien de cigarettes par jour? • Avez-vous déjà consommé de la cocaïne, de la marijuana ou toute autre drogue à usage récréatif? <p>(Adaptez votre question en fonction des drogues répandues dans votre collectivité.)</p>

1

(suite à la page suivante)

2

*(Antécédents – suite)**Toxicomanie
(suite)*

- Quelle est la principale drogue que vous consommez? Mode d'administration?
- Avez-vous déjà consommé des drogues injectées? (voir page 12 – maladies infectieuses liées à l'usage de drogues injectées)

Humeur

- Comment vous sentez-vous pendant cette grossesse? (voir page 37 – dépression postpartale)

Sécurité de
la mère et
de l'enfant

Une femme n'admettra peut-être pas facilement qu'elle est victime de violence. Si vous avez des doutes à ce sujet, évaluez la situation en posant les questions suivantes :

- Avez-vous été frappée, cognée, poussée ou malmenée physiquement de toute autre manière au cours de la dernière année? Si oui, par qui?
- Quelqu'un vous a-t-il rabaissée ou amenée à vous sentir mal dans votre peau?
- Avez-vous déjà été effrayée par les paroles ou les actes de votre partenaire?
- Vous sentez-vous menacée actuellement par un ancien partenaire?

Vous devrez peut-être aussi interroger votre patiente sur les aspects relationnels de sa toxicomanie ou de son alcoolisme :

- Avez-vous déjà consommé de l'alcool ou des drogues à cause de ce que vous faisait subir votre partenaire?
- Avez-vous déjà consommé de l'alcool ou des drogues pour vous aider à supporter la peur?
- Vous êtes-vous déjà sentie forcée ou manipulée par votre partenaire à consommer de l'alcool ou des drogues?
- Si vous arrêtez d'en consommer, quelle pourrait être la réaction de votre partenaire? Vous soutiendra-t-il?

Sécurité de l'enfant :

- Avez-vous d'autres enfants?
- Où sont-ils à présent?
- Lorsque vous consommez des drogues ou de l'alcool, qui se trouve habituellement avec vos enfants?
- Votre partenaire a-t-il déjà menacé ou maltraité vos enfants?

* Aidez-vous du formulaire d'évaluation prénatale de la santé psychosociale (Antenatal Psychosocial Health Assessment – ALPHA) <http://dfcm19.med.utoronto.ca/research/alpha>

Explorez la grossesse

Le modèle axé sur la patiente

- Sentiments : Comment ressentez-vous votre grossesse?
Que ressentez-vous pour votre enfant à naître?
- Impressions/Idees : Comment, selon vous, en êtes-vous arrivée à ce point de votre vie?
Avez-vous une idée de ce que vous allez faire à partir de maintenant?
- Fonctionnement : Comment votre grossesse affecte-t-elle votre vie quotidienne?
Comment votre vie sera-elle affectée plus tard ou après la naissance?
- Attentes : Comment puis-je vous aider?
Comment pouvons-nous agir ensemble?

Besoins

- Demandez à votre patiente d'identifier ses besoins les plus urgents :

« Que puis-je faire pour vous aider dans l'immédiat? »

- Santé : Comment vous sentez-vous? Avez-vous mal quelque part ? Vous sentez-vous malade?
- Alimentation : Avez-vous faim? Avez-vous besoin de manger ou de boire quelque chose?
- Habillement : Avez-vous d'autres vêtements? Voulez-vous que je vous procure d'autres vêtements?
- Logement : Où vivez-vous? Combien de temps pouvez-vous y rester? Qui vit avec vous?
- Sécurité : Vous sentez-vous en sécurité à l'endroit où vous vivez?
- Famille : Qui vous aide pendant votre grossesse? Vos enfants? D'autres personnes?
- Partenaire/
conjoint : Avez-vous un partenaire? Comment décririez-vous vos relations?
- Aiguillage : Souhaitez-vous consulter un travailleur social? Un conseiller juridique?
Un représentant de la santé publique?

4

Examen médical

Demandez à votre patiente l'autorisation de l'examiner et expliquez-lui ce que vous faites.

Rassurez-la sur la sécurité, le respect de la vie privée et la confidentialité des renseignements.

- Signes vitaux, fréquence cardiaque du fœtus
- Poids
- Examen abdominal : hauteur entre la symphyse pubienne et le fond utérin, hépatosplénomégalie
- L'examen gynécologique peut être reporté à la seconde consultation à moins que la patiente ne le demande ou qu'il y ait une urgence médicale.
- Peau : marques de seringues, cellulite/abcès, ecchymoses/coupures/brûlures

Investigations

- Examens hématologiques : dosage des b-HCG dans le sérum, examens hématologiques prénataux systématiques, sérologie de l'hépatite C, enzymes hépatiques, sérologie du VIH
- Urine : analyse habituelle et microscopique (protéine, glucose), culture et sensibilité
- Échographie : pour établir la date de la grossesse (en cas d'incertitude) et la morphologie
- Décidez de l'utilité d'un dépistage volontaire de drogue dans l'urine (avec consentement) (voir page 17)
 - Avantage : peut aider à éclaircir les antécédents de drogue incertains; nécessaire si vous envisagez un traitement à la méthadone
 - Inconvénient : si la demande est mal formulée, un rapport d'opposition peut apparaître lors de la première visite

Intervention

- Abordez les problèmes et les besoins immédiats (voir page 3).
- Traitez rapidement l'intoxication et l'état de manque.
(Consultez les protocoles adaptés aux différentes substances.)
 - Une hospitalisation ou un sevrage médicalisé sont-ils appropriés?
- Organisez le suivi très tôt après la première consultation.
- Faites preuve de franchise et d'ouverture à propos des responsabilités en matière de protection de l'enfance (voir page 11).
 - Il n'existe aucune obligation légale de signaler un fœtus en gestation aux organismes de protection de l'enfance.
- Envisagez un transfert de votre patiente vers un centre ou un fournisseur de soins de niveau II ou III en fonction du niveau de besoins cliniques.
- Si l'abstinence n'est pas réalisable pour le moment, concentrez vos efforts sur la réduction des préjudices.

À se rappeler lors de l'entretien :

- Surveillez les signes non-verbaux.
- Restez axé sur la femme.
 - Expliquez-lui les solutions de rechange et proposez-lui des choix.
 - Obtenez son consentement pour toutes les procédures.
 - Respectez ses décisions.
- Une animosité ou une colère apparentes peuvent signifier :
 - une précédente expérience négative de soins de santé
 - l'analphabétisme/fonctionnement intellectuel limité
 - un état de manque/peur/douleur
 - une vulnérabilité/maltraitance/problèmes de santé mentale

Gestion de l'urgence médicale

Examen médical

■ Prêtez attention aux points ABC :

- **A** : les voies respiratoires avec contrôle de la colonne cervicale
- **B** : la respiration et la ventilation
- **C** : la circulation (pression artérielle, pouls, besoin de solutions intraveineuses?)

!! Concentrez-vous sur la pression artérielle, le pouls, le niveau de conscience, la taille et la réactivité des pupilles.

■ Apparence générale :

- Hygiène
- Fatigue
- Poids
- Signes d'overdose ou de manque
- Marques de seringues, érosions de la cloison nasale
- Muqueuses
- Odeurs
- Signes de trauma, crises épileptiques

■ Signes vitaux : température, pression artérielle, pouls, respiration

■ Examen neurologique : taille et dilation des pupilles, état mental

■ Abdomen : sensibilité au toucher, rebond, défense musculaire de l'abdomen, hauteur entre la symphyse pubienne et le fond utérin, forme et fréquence cardiaque fœtales

■ Examen pelvien : recherchez les traces de saignements; utilisez un spéculum stérile (si la localisation du placenta est inconnue); examinez le col de l'utérus (en cas d'antécédents de douleurs abdominales ou de contractions); évaluez la sensibilité au toucher de l'utérus.

■ Évaluez les contractions par palpation ou avec un tocomètre.

Investigations

- Dépistage de drogue dans l'urine avec consentement (celui-ci n'est pas nécessaire dans les cas d'urgence)
- Examens hématologiques prénataux
- Échographie (vise à exclure les problèmes placentaires et à évaluer la bonne santé du fœtus)

Prise en charge

- Traitez l'intoxication.
- Envisagez une gestion du sevrage.
- Réfléchissez aux problèmes liés à la protection de l'enfance (aucune obligation de signaler un enfant en gestation) (voir page 11).
- Veillez au suivi obstétrique (meilleurs résultats qu'avec des soins prénataux seuls).
- Aiguillez la patiente vers un foyer d'accueil en cas d'instabilité sociale ou de violences familiales.

Indications pour décider de l'hospitalisation de votre patiente

- | | |
|----------------------------|---|
| ■ Idées suicidaires | ■ Sevrage aux opiacés |
| ■ Trouble psychotique aigu | ■ Sevrage aux benzodiazépines |
| ■ Sevrage alcoolique | ■ Désir de suivre une cure de désintoxication |

Approche thérapeutique

Technique d'entrevue motivationnelle : étapes du changement

Étape	Préparation au changement	Stratégies
Inaction	<p>Votre patiente peut ou non être consciente des raisons de changer</p> <p>Elle peut ne pas se sentir prête ou ne pas être intéressée</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Montrez que vous êtes prêt à discuter de sa toxicomanie quand elle le souhaitera • Fournissez des soins dans un contexte de réduction des préjudices
Prise de conscience	<p>Votre patiente envisage le changement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Discutez des risques pour la santé, donnez des renseignements • Essayez de vaincre toute réticence
Détermination	<p>Votre patiente est prête à organiser le changement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Établissez une date de début, confirmez les raisons du changement, complétez le tableau pour la prise de décision (voir page 9) • Établissez des plans concrets pour le changement
Action	<p>Le changement est en cours</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenez ses efforts • Anticipez et relativisez les rechutes
Maintien	<p>Le changement s'est opéré</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Montrez votre soutien et votre admiration • Favorisez la création de stratégies pour gérer les rechutes ou les écarts

Tableau pour la prise de décision : pour ou contre le changement

Remplissez avec votre patiente chaque cellule du tableau. Tout d'abord, votre patiente doit dire les avantages et les inconvénients liés à l'absence de changement puis elle doit aborder les avantages et les inconvénients du changement.

Bilan du pour et du contre	Raisons de ne pas changer	Raisons de changer
Comportement actuel	<i>pour</i>	<i>contre</i>
Comportement modifié	<i>pour</i>	<i>contre</i>

Soins obstétricaux axés sur la femme

Concept	Vue d'ensemble	Stratégie
La femme, comme sujet central	Elle est au centre de la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> Encouragez-la à prendre des décisions et soutenez ses choix Veillez à ce qu'elle garde la maîtrise des soins
La famille en tant que contexte	La femme doit définir ce qu'est sa « famille »	<ul style="list-style-type: none"> Il peut s'agir d'amis, de proches, de parents, de collègues, de voisins, de groupes confessionnels, de groupes d'entraide, etc., ou du personnel clinique Aidez-la à créer un réseau de soutien pour l'avenir
La naissance en tant que processus	La naissance fait partie de « l'histoire de sa vie »	Faites-lui prendre conscience que : <ul style="list-style-type: none"> il ne s'agit pas seulement d'un évènement biomédical le processus ne s'arrête pas à la fin de l'accouchement
Le fournisseur de soins en tant que facilitateur	Assistez-la pendant le processus de la naissance	<ul style="list-style-type: none"> Faites qu'elle vive la naissance aussi positivement que possible Une naissance réussie peut améliorer son estime de soi et sa confiance

10

Visites de suivi

Surveillance

Manœuvre	Durée, fréquence
Visites prénatales	• hebdomadaire (si nécessaire)
Examens hématologiques prénataux systématiques	• niveau de base
SGOT, SGPT	• niveau de base, tous les 3 mois si antécédents d'hépatites
VHB, VHC, VIH, VDRL, Mantoux	• niveau de base • continuer tous les 3 mois si résultats négatifs et que la patiente présente un risque permanent
Dépistage MTS : chlamydia, gonorrhée	• niveau de base, troisième trimestre (si risque permanent)
Échographie	• niveau de base pour établir la date de grossesse (au besoin) • à 18–20 semaines, échographie morphologique • au besoin afin de surveiller la croissance du fœtus
Profil biophysique Examen de réactivité fœtale	• selon les besoins cliniques

Protection de l'enfance

- Au Canada, la loi ne reconnaît pas le fœtus comme une personne, y compris en matière de protection de l'enfance. Cependant, **il existe une obligation légale de faire une déclaration aux services de protection de l'enfance une fois que l'enfant est né.**
- **Ne contactez pas les services de protection de l'enfance avant la naissance de l'enfant sans avoir eu au préalable une discussion avec la mère et obtenu son consentement.**
- Toute personne qui a des motifs raisonnables de croire qu'un enfant a ou pourrait avoir besoin d'une protection doit directement faire un rapport aux services de protection de l'enfance. **Informez vos patientes de votre responsabilité.**
- La définition de « besoin de protection » ou « à risque » varie selon la province ou le territoire. Veuillez contacter les autorités locales afin de clarifier les responsabilités spécifiques relatives à la définition de risque applicable envers des parents toxicomanes.
- Le fait d'encourager vos patientes à faire elles-mêmes une déclaration avant la naissance peut améliorer leur autoefficacité, leur dignité et leur stabilité, tout en favorisant une prise de décision ouverte et éclairée des autorités de la protection de l'enfance. Si une patiente choisit de ne pas faire elle-même de déclaration, **communiquez avec les services de protection de l'enfance après la naissance de l'enfant et en présence de la mère.**

Gestion de la toxicomanie et de l'alcoolisme

- Discutez d'un traitement hospitalisé et encouragez votre patiente à choisir cette solution en raison du soutien et de la sécurité qu'elle assure – de nombreux établissements proposent aux femmes enceintes une procédure accélérée d'admission.
- Discutez de la réduction des préjudices et/ou de la prévention des rechutes lors de chaque visite.
- Informez votre patiente des effets de son comportement sur elle-même et sur le fœtus.
- Proposez un dépistage supervisé de drogue dans l'urine, si cela convient à la patiente (réduit le désarroi ou les surprises au moment de l'accouchement et permet d'aider les femmes pour les éventuels problèmes de protection de l'enfance).
- Proposez à votre patiente une assistance permanente pour ses besoins essentiels – alimentation, logement, transport, etc.

Maladies infectieuses

Dépistage général	<ul style="list-style-type: none"> • Lors de la première visite, proposez un test de dépistage à toutes les femmes enceintes qui consomment de l'alcool ou des drogues • Pour les femmes à haut risque, renouvelez le dépistage tous les 3 mois et/ou au troisième trimestre • Procédez à un dépistage de l'anticorps VHA, de l'anticorps VHB, d'agHBS, de l'anticorps VHC, et du VIH, et procédez à un test VDRL
Prévention générale	<ul style="list-style-type: none"> • Informez vos patientes des risques liés au partage de seringues et d'accessoires facilitant la consommation de drogues ainsi que des avantages liés au programme d'échange de seringues • Informez vos patientes ayant de multiples partenaires sexuels des pratiques sexuelles plus sûres • Aiguillez vos patientes vers des traitements de la toxicomanie • Aiguillez vos patientes dépendantes aux opiacés vers le traitement à la méthadone (a prouvé qu'il réduisait le taux de transmission du VIH chez les personnes qui s'injectaient des opiacés)
Hépatite C	
Dépistage	<ul style="list-style-type: none"> • L'anticorps VHC ne permet pas de faire la distinction entre une infection chronique, aiguë ou passée • Si anticorps VHC positif, surveillez SGOT et SGPT • Si SGPT normal, demandez une recherche de l'ARN du VHC pour confirmer l'existence d'une infection active • Si hépatite C positive, recommandez la vaccination contre les hépatites A et B
Prévention de la transmission verticale	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun moyen connu de prévenir la transmission verticale • Restreindre l'utilisation des électrodes spirales à usage foetal et d'autres manœuvres qui pourraient placer le nourrisson en contact avec le sang de sa mère lors de l'accouchement

(suite à la page suivante)

(Maladies infectieuses – suite)

Transmission	<ul style="list-style-type: none"> • Les partenaires sexuels de longue date des porteurs présentent un risque faible d'infection (de 1 à 4 %) • Le taux d'infection est d'environ 5 % pour les enfants nés d'une mère infectée par le virus de l'hépatite C, que l'accouchement se fasse par voie vaginale ou par césarienne • Aucune preuve de transmission par le lait maternel
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun traitement pendant la grossesse • Proposez un traitement après la fin de la période d'allaitement maternel
Dépistage néonatal	<ul style="list-style-type: none"> • L'anticorps VHC transféré de la mère à l'enfant peut durer jusqu'à 18 mois et n'est pas indicateur d'une d'infection néonatale; en cas d'infection, l'ARN peut être détecté vers l'âge de 1 à 2 mois • Pratiquez un dépistage de l'anticorps à l'âge de 18 mois, ou de l'ARN à l'âge de 2 mois

Hépatite B

Dépistage	<ul style="list-style-type: none"> • Procédez au dépistage de toutes les personnes consommant ou ayant consommé des drogues ainsi que de leurs partenaires sexuels • Recherchez AgHBs (indique une infection) et anticorps VHB (immunité)
Immunisation	<ul style="list-style-type: none"> • L'innocuité de l'immunisation pendant la grossesse n'est pas prouvée; le Guide canadien d'immunisation recommande de proposer l'immunisation à toutes les femmes à risque qui sont enceintes • Immunisez toutes les femmes qui consomment des drogues injectées et qui sont réactives (AgHBs et anticorps anti-HB négatifs) à la série de vaccins recombinants (0, 1 et 6 mois); un programme accéléré est également possible (0, 1 et 2 mois)

14

(Maladies infectieuses – suite)

Immunisation (suite)	<ul style="list-style-type: none"> • Il est recommandé de fournir un programme accéléré à forte dose aux patientes souffrant d'alcoolisme (0, 1, 2 et 12 mois à des doses de 40 µg) • Il est recommandé de vérifier le titrage des anti-HBs un mois après l'injection de la première série et tous les deux ou trois ans ensuite. • Procédez à des injections de rappel lorsque les titres sont faibles (anti-HBs <10 UI/L) et vérifiez les niveaux d'anti-HBs après chaque dose de la seconde série
Prévention de la transmission verticale	<p>Si la mère est AgHBs (antigène de surface du virus de l'hépatite B) positive :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Immunoglobuline + vaccin dans les 12 heures suivant la naissance • Vaccinations de rappel à 1 et 6 mois • Dépistage de l'hépatite B un mois après la dernière vaccination • Contrôlez les marqueurs suivants : AgHBs, AgHBe, anti-HBs, anti-Hbe

Hépatite A

Immunisation	<ul style="list-style-type: none"> • L'innocuité pendant la grossesse est inconnue; le Guide canadien d'immunisation recommande de proposer l'immunisation à toutes les femmes pendant leur grossesse • Il est recommandé d'immuniser les femmes ayant recours aux drogues injectées et celles positives à l'hépatite C : les drogues et les accessoires facilitant la consommation de drogues peuvent être contaminés par l'hépatite A (par voie oro-fécale)
--------------	---

VIH

Dépistage	<ul style="list-style-type: none"> • Proposez un dépistage à toutes les femmes enceintes
Prévention de la transmission verticale	<ul style="list-style-type: none"> • Les médicaments pour traiter le VIH évoluent rapidement, veuillez contacter l'expert local des maladies infectieuses

(suite à la page suivante)

(Maladies infectieuses – suite)

Traitement prénatal	<ul style="list-style-type: none"> • Les femmes sont mieux traitées dans un centre qui regroupe les traitements contre la toxicomanie, le HIV et les soins prénataux • Retardez le traitement jusqu'à la fin du premier trimestre afin d'éviter les effets tératogènes • Poursuivre la thérapie antirétrovirale par voie orale le plus tard possible jusqu'à l'accouchement 				
Traitement périnatal	<ul style="list-style-type: none"> • Les femmes qui n'ont pas suivi de thérapie antirétrovirale prénatale ou qui ont une suppression inadéquate de la charge virale doivent suivre une thérapie antirétrovirale • Il existe une certaine polémique sur le fait de faire suivre une thérapie antirétrovirale à des femmes à haut risque et non dépistées lors de l'accouchement • Consultez le guide de pratique du JAMC 2003; 168(13) : 1683–1688 (www.cmaj.ca/) et contactez l'expert local des maladies infectieuses pour de plus amples renseignements 				
Traitement post-partum	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 150px;">Nouveau-né</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Consultez le guide de pratique du JAMC 2003; 168(13) : 1683–1688 (www.cmaj.ca/) et contactez l'expert local des maladies infectieuses pour de plus amples renseignements • L'allaitement maternel est contre-indiqué </td> </tr> <tr> <td>Mère</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Reprendre la polythérapie antirétrovirale en fonction de l'état immunologique et virologique </td> </tr> </table>	Nouveau-né	<ul style="list-style-type: none"> • Consultez le guide de pratique du JAMC 2003; 168(13) : 1683–1688 (www.cmaj.ca/) et contactez l'expert local des maladies infectieuses pour de plus amples renseignements • L'allaitement maternel est contre-indiqué 	Mère	<ul style="list-style-type: none"> • Reprendre la polythérapie antirétrovirale en fonction de l'état immunologique et virologique
Nouveau-né	<ul style="list-style-type: none"> • Consultez le guide de pratique du JAMC 2003; 168(13) : 1683–1688 (www.cmaj.ca/) et contactez l'expert local des maladies infectieuses pour de plus amples renseignements • L'allaitement maternel est contre-indiqué 				
Mère	<ul style="list-style-type: none"> • Reprendre la polythérapie antirétrovirale en fonction de l'état immunologique et virologique 				
État VIH inconnu à l'accouchement (femmes à haut risque)	<ul style="list-style-type: none"> • Un dépistage rapide doit être proposé afin de s'assurer qu'un traitement puisse être commencé dans les 48 heures suivant la naissance • Une prophylaxie antirétrovirale périnatale peut être proposée à la mère et au nouveau-né (consentement nécessaire) 				

Tuberculose

Dépistage	<ul style="list-style-type: none"> Le test de Mantoux est recommandé pour toutes les patientes qui consomment des drogues injectées, sont séropositives, ont été sans abri ou incarcérées dans les 12 derniers mois
Prophylaxie INH	<ul style="list-style-type: none"> Prophylaxie INH (pendant 9 mois) recommandée si réaction positive à la tuberculine lors du test de Mantoux sans preuve de tuberculose progressive Possibilité d'attendre jusqu'à 2 ou 3 mois de post-partum pour traiter une tuberculose latente en raison du risque accru d'hépatite induite par l'INH durant la grossesse (l'INH n'est pas tératogène) L'allaitement maternel doit être encouragé (faibles concentrations dans le lait maternel) Pour les adultes, contrôlez les niveaux de base des enzymes hépatiques (SGOT, SGPT et bilirubine). Surveillez le SGPT et le SGOT des patientes ayant des antécédents d'alcoolisme, âgées de 35 ans ou atteintes d'une maladie du foie préexistante. Une surveillance clinique mensuelle est recommandée L'INH doit être administré pendant 9 mois; à une dose de 300 mg par jour De la vitamine B6 (pyridoxine) doit être ajoutée pendant la grossesse (dose : 25 mg par jour) A administrer sous surveillance directe si la femme est très instable

Maladies transmissibles sexuellement (MTS)

Dépistage	<ul style="list-style-type: none"> Proposez systématiquement un dépistage de la chlamydia, de la syphilis et de la gonorrhée aux femmes à haut risque au niveau de base et au cours du troisième trimestre Veillez à ce que les femmes souffrant de toxicomanie subissent régulièrement un test de Papanicolaou
-----------	---

Dépistage des drogues

À l'exception des situations de danger de mort où l'obtention d'un consentement éclairé est impossible, les adultes doivent donner leur consentement éclairé avant de subir un dépistage des drogues.

Dans les cas liés à la protection de l'enfance, un dépistage toxicologique néonatal peut être réalisé sans le consentement des parents si la personne demandant ce dépistage a le droit légal de prendre des décisions pour cet enfant.

Dépistages de drogue dans l'urine

- Immuno-essai plus sensible
- Chromatographie plus spécifique
- Un test de confirmation (utilisation d'au moins 2 méthodes de dépistage) est essentiel si les résultats comportent des implications juridiques ou de garde légale
- Veillez également à la continuité de possession de l'éprouvette depuis la femme ayant fourni le prélèvement jusqu'au laboratoire d'analyse

18

Drogue	Chromatographie – durée de détection (en jours)	Immuno-essai – durée de détection (en jours)
Codéine	1–2	3–7 • Ne fait pas de différence entre les divers opiacés • Les opiacés synthétiques et semi-synthétiques (oxycodone, mépéridine, méthadone) sont souvent non détectés • Faux positifs : les antibiotiques de type quinolone, graines de pavot • La codéine et la morphine sont détectées ensemble avec l'usage de codéine
Morphine	1–3	
Mépéridine	1	
Hydromorphone	1–2	
Hydrocodone	1–2	
Oxycodone	1–2	
Consommation régulière de benzodiazépines	Jours-semaines, en fonction de la demi-vie	20+ Le clonazépam n'est quelquefois pas détecté
Cannabis	–	20+
Cocaïne	1–2 (drogue mère) 1–2	3–5 (benzoylecgonine - métabolite de la cocaïne)
Amphétamine – p. ex., méthamphétamine, MDMA (ecstasy)		3-5 (réactions croisées avec les décongestionnants et les antipsychotiques)
GHB	12 heures	S.O.

Alcool

Niveaux inoffensifs de consommation d'alcool	<ul style="list-style-type: none"> • Il n'existe aucun seuil inoffensif de consommation d'alcool pour une femme enceinte. Il est recommandé de s'abstenir de consommer de l'alcool pendant la grossesse. • Les femmes peuvent être rassurées par le fait que les effets nocifs sur le fœtus n'ont pas été prouvés pour un alcoolisme social modéré avant la détection de la grossesse.
Dépistage et identification	<ul style="list-style-type: none"> • Demandez le nombre approximatif de verres standard consommés par jour et par semaine. 1 verre standard = 1 bouteille de bière, 5 onces de vin, 1½ once d'alcool fort • Demandez la consommation maximum approximative pour une journée depuis le début de la grossesse. • Taux de GGT et VGM en cas de soupçon d'alcoolisme (sensibilité 50 % pour 4 verres ou plus par jour) <p>Questionnaire de dépistage T-ACE :</p> <p>T – Combien de verres d'alcool consommez-vous avant d'en ressentir l'effet? (<i>TOLÉRANCE</i>)</p> <p>A – Vous est-il arrivé d'être <i>AGACÉE</i> quand quelqu'un vous a dit que vous devriez diminuer votre consommation d'alcool?</p> <p>C – Avez-vous déjà pensé que vous devriez <i>DIMINUER</i> votre consommation?</p> <p>E – Vous arrive-t-il de <i>BOIRE AU RÉVEIL</i> pour vous aider à démarrer ou à vous remettre des conséquences d'une soirée trop arrosée?</p> <p>Cotation :</p> <p>T : 2 points s'il faut plus de 2 verres pour que la patiente atteigne un état « euphorique »</p> <p>A,C,E : 1 point pour chaque réponse « oui »</p> <p>Un total de 2 points ou plus indique que la femme a probablement un problème d'alcool (un diagnostic exige une évaluation plus approfondie).</p>
Médicaments contre l'alcoolisme	<p>Disulfirame : tératogénique; contre-indiqué pendant la grossesse.</p> <p>Naltrexone : innocuité non établie; à n'utiliser que si la thérapie comportementale a échoué et si les avantages l'emportent sur les risques</p>

Signes de sevrage	<ul style="list-style-type: none"> • Fréquents chez les femmes consommant 6 verres ou plus par jour • Apparaissent 8 à 12 heures après le dernier verre, pic entre 24 et 72 heures, peuvent durer 7 jours • Les tremblements (d'attitude, intentionnels), l'ataxie, la sudation sont des signes très fiables • Autres signes : hypertension, tachycardie, dérangement intestinal, anxiété • Complications : convulsions (grand mal, non focales, brèves); hallucinations, arythmie, delirium tremens
Gestion du sevrage	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation • Surveillance si l'état du fœtus n'est pas rassurant • Thiamine 100 mg per os par jour x 3 jours • Si le travail n'a pas commencé, traitez avec du diazépam 20 mg per os à intervalles de 1 à 2 heures jusqu'à ce que les tremblements deviennent minimaux; un traitement continu n'est généralement pas nécessaire • Surveiller l'état d'hydratation et empêcher un déséquilibre électrolytique <p>Pendant le travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avertir la médecine néonatale/la pédiatrie : les benzodiazépines peuvent provoquer « le syndrome de la poupée de son ». • Utiliser le lorazepam 2 à 4 mg sl, per os toutes les 2 à 4 h prn
Effets sur le fœtus	<p>Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF). Comprennent le syndrome d'alcoolisation fœtale et d'autres malformations congénitales et troubles neurologiques liés à l'alcool</p> <p>Prévalence du syndrome d'alcoolisation fœtale : ~1 sur 1000 naissances vivantes (population en général) : 4 à 5 % chez les buveurs excessifs</p> <p>Prévalence de l'ETCAF : ~1 sur 100 naissances vivantes</p> <p>Manifestations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • retard de croissance • anomalies des caractéristiques faciales, p. ex., microcéphalie, micrognathie, courte fissure palpébrale, sillon sous-nasal plat

(suite à la page suivante)

(Alcool – suite)

Effets sur
le fœtus
(suite)

- Anomalies du système nerveux central, retards du développement, malformations du cerveau, déficience intellectuelle, troubles du comportement
- Voir les lignes directrices concernant le diagnostic de l'ETCAF dans JAMC 2005; 172 (5 suppl.) : SF1-SF21 (http://www.cmaj.ca/content/vol172/5_suppl/index.shtml)

Autres complications liées à l'alcoolisme :

- fausse-couche
- souffrance fœtale
- décollement placentaire

Effets de
l'alcoolisme sur
le nouveau-né

- Si la mère est en état d'ivresse au moment de l'accouchement, contrôlez si le nouveau-né est en état de manque

Allaitement
maternel

- L'alcool entre dans le lait maternel et l'enfant est exposé à une fraction de l'alcool ingéré par sa mère
- Parmi les effets nocifs possibles : déficience du développement moteur chez l'enfant et diminution du réflexe d'évacuation et disparition de la lactation chez la mère
- Aucun niveau d'alcool acceptable n'a été établi pour le lait maternel
- Avec une consommation modérée et occasionnelle d'alcool : retarder l'allaitement de 1 à 2 heures par verre afin de réduire l'exposition de l'enfant
- Toute consommation excessive d'alcool doit être évitée pendant la période d'allaitement

Nicotine

Modes de consommation	Fumée (inhalation); absorption par muqueuse (mastication); aspiration nasale (rare).a
Effets nocifs	<ul style="list-style-type: none"> • Effets sur le fœtus : premier trimestre – risque accru de fausse-couche, troisième trimestre – risque accru de retard de croissance intra-utérin et de prématurité. • Complications obstétriques : risque accru de décollement placentaire, placenta praevia, perte des eaux prématurée. • Effets sur le nouveau-né : augmentation de 20 % du taux de mortalité périnatale, fréquence doublée d'enfants souffrant d'une insuffisance de poids à la naissance (<2000 g), risque accru de mort subite du nourrisson. • Effets de la fumée secondaire indirecte : risque accru de mort subite du nourrisson, fréquence accrue de bronchite, pneumonie, otite moyenne, asthme, allergies et troubles du comportement.
Allaitement maternel	<ul style="list-style-type: none"> • La nicotine et ses métabolites sont détectés dans le lait maternel. • L'abus du tabac peut diminuer d'un tiers la quantité et la qualité du lait maternel. • La consommation de cigarettes doit être réduite pendant la période d'allaitement. • La substitution de nicotine ne pose aucun problème pour l'allaitement. • Le bébé court plus de risques s'il n'est pas allaité par la mère que s'il est allaité par une mère qui fume.
Symptômes d'intoxication	<ul style="list-style-type: none"> • Euphorie modérée (ou sensation de bien-être), excitation accrue (augmentation de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle), capacité de concentration améliorée, relaxation. • Baisse de l'appétit, augmentation du taux métabolique, valeur de base du poids plus basse.
Symptômes d'overdose	<ul style="list-style-type: none"> • Nausées, salivation, douleur abdominale, sudation, céphalée, vertige. • Se produit lors de l'ingestion de nicotine.

(suite à la page suivante)

(Nicotine – suite)

Symptômes du sevrage	<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilité, nervosité, anxiété, insomnie, fatigue, manque de concentration. • Les symptômes sont les plus importants dans les 3 ou 4 premiers jours; ils peuvent persister pendant une semaine ou plus. • L'état de besoin peut persister pendant des mois, voire des années. 																											
Thérapie d'abandon du tabac	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions axées sur le comportement : outils d'autogestion, interventions collectives. • Si le partenaire continue de fumer, les chances de réussite de la femme sont plus faibles et les risques de reprise après la naissance sont plus élevées. • Encourager la réduction du tabac est une solution de rechange pour celles qui ne peuvent pas abandonner complètement la cigarette. • Envisagez la substitution de nicotine. 																											
Pharmacothérapie	<ul style="list-style-type: none"> • La substitution de nicotine est indiquée pour les femmes dépendantes à la nicotine et celles qui sont incapables d'abandonner le tabac. • Les timbres et les gommes à mâcher à la nicotine sont moins nocifs que fumer pour les femmes enceintes et les fœtus car ils ne contiennent pas tous les autres sous-produits nocifs que l'on retrouve dans la cigarette. • Commencer avec un timbre à la nicotine de 21 mg si la consommation est >10 cigarettes par jour. • Le bupropion (Zyban) n'est pas contre-indiqué pendant la grossesse, mais d'autres recherches sont nécessaires; à n'utiliser que si les avantages l'emportent sur les risques. 																											
Ressources	<table border="0"> <tr> <td>Lignes provinciales d'aide aux fumeurs :</td> <td>• Man.</td> <td>1 877 513-5333</td> </tr> <tr> <td>• C.-B.</td> <td>1 877 455-2233</td> <td>• Sask.</td> <td>1 877 513-5333</td> </tr> <tr> <td>• Î.-P.-É.</td> <td>1 888 8186300</td> <td>• Alb.</td> <td>1 866 332-2322</td> </tr> <tr> <td>• N.-É.</td> <td>1 877 513-5333</td> <td>• T.-N.</td> <td>1 800 363-5864</td> </tr> <tr> <td>• N.-B.</td> <td>1 877 513-5333</td> <td>• Nt</td> <td>1 866 877-3845</td> </tr> <tr> <td>• Qc</td> <td>1 888 853-6666</td> <td>• Yn</td> <td>1 800 661-0408 (poste 8393)</td> </tr> <tr> <td>• Ont.</td> <td>1 877 513-5333</td> <td>• T.N.-O.</td> <td>Pas de ligne</td> </tr> </table>	Lignes provinciales d'aide aux fumeurs :	• Man.	1 877 513-5333	• C.-B.	1 877 455-2233	• Sask.	1 877 513-5333	• Î.-P.-É.	1 888 8186300	• Alb.	1 866 332-2322	• N.-É.	1 877 513-5333	• T.-N.	1 800 363-5864	• N.-B.	1 877 513-5333	• Nt	1 866 877-3845	• Qc	1 888 853-6666	• Yn	1 800 661-0408 (poste 8393)	• Ont.	1 877 513-5333	• T.N.-O.	Pas de ligne
Lignes provinciales d'aide aux fumeurs :	• Man.	1 877 513-5333																										
• C.-B.	1 877 455-2233	• Sask.	1 877 513-5333																									
• Î.-P.-É.	1 888 8186300	• Alb.	1 866 332-2322																									
• N.-É.	1 877 513-5333	• T.-N.	1 800 363-5864																									
• N.-B.	1 877 513-5333	• Nt	1 866 877-3845																									
• Qc	1 888 853-6666	• Yn	1 800 661-0408 (poste 8393)																									
• Ont.	1 877 513-5333	• T.N.-O.	Pas de ligne																									

Marijuana

Marijuana (feuilles et sommet des plantes), hachisch (morceau solide ou cube formé de résine de cannabis séchée et de fleurs comprimées), huile de hachisch (pâte visqueuse extraite du hachisch)

Modes de consommation	<ul style="list-style-type: none"> Fumée (inhalation), ingestion orale (cuisinée ou cuite dans la nourriture), rarement injectée
Limites d'innocuité	<ul style="list-style-type: none"> Il n'existe pas de limite d'innocuité connue pour la consommation pendant la grossesse. Les études sur le sujet présentent en général de nombreuses variables confusionnelles.
Effets nocifs	<ul style="list-style-type: none"> Effets sur le nouveau-né : aucun effet significatif sur les paramètres de la naissance. Complications obstétriques : peut affecter la durée de la grossesse chez les grandes consommatrices, qui risquent un accouchement prématuré. Effets possibles sur le comportement neurologique du nouveau-né : tremblements accrus, réflexe de Moro exagéré, nervosité persistante et diminution du sommeil calme total à l'âge d'un mois. Effets possibles sur le développement : troubles du sommeil à l'âge de 3 ans; augmentation de l'instabilité, de l'inattention et de l'impulsivité à l'âge de 10 ans; risque accru de délinquance.
Symptômes d'intoxication	<ul style="list-style-type: none"> Augmentation de la fréquence cardiaque. Perturbation de l'activité psychomotrice et autres formes de déficience cognitive.
Symptômes et signes du sevrage pour une consommation chronique quotidienne	<ul style="list-style-type: none"> Symptômes et signes bénins : irritabilité, insomnie, anorexie – disparaissent en quelques jours. Symptômes et signes modérés : anxiété, irritabilité – peuvent perdurer pendant des semaines.
Gestion du sevrage	<ul style="list-style-type: none"> Aucune thérapie spécifique.
Gestion de la dépendance	<ul style="list-style-type: none"> Réduire la consommation si impossibilité d'abandonner complètement.
Allaitement maternel	<ul style="list-style-type: none"> La marijuana passe dans le lait maternel. Il est recommandé de ne pas consommer de marijuana pendant la période d'allaitement – sa consommation peut causer une léthargie, des troubles de l'alimentation et des effets sur le comportement neurologique du nourrisson.

Opiacés

Codéine, morphine, oxycodone, hydromorphone, hydrocodone, mépéridine, méthadone, fentanyl, héroïne, buprénorphine, LAAM

Modes de consommation	<ul style="list-style-type: none"> • Orale, intramusculaire, intraveineuse, transdermique, fumée
Limites d'innocuité	<ul style="list-style-type: none"> • Les femmes qui consomment des doses modérées d'opiacés sur ordonnance médicale et qui ne présentent aucun signe de dépendance doivent poursuivre leur traitement. • Il peut être nécessaire de rechercher les symptômes de sevrage chez le nouveau-né même en cas de doses thérapeutiques. • Une diminution de la consommation ne doit être envisagée que dans le second trimestre étant donné que les risques théoriques sont plus importants dans le premier et le troisième trimestre (voir ci-dessous pour les complications liées au sevrage).
Symptômes d'intoxication	<ul style="list-style-type: none"> • Euphorie, sensation de paix intérieure, fatigue, confusion, somnolence, endormissement • Micropupilles, dépression respiratoire légère avec diminution de la fréquence respiratoire
Symptômes d'overdose	<ul style="list-style-type: none"> • Somnolence, trouble de l'élocution, ataxie, diminution de la fréquence respiratoire
Traitement de l'overdose	<ul style="list-style-type: none"> • !! URGENCE médicale pour la mère et le fœtus. • Points ABC : dégager les voies respiratoires et faciliter la respiration • De la naloxone IV doit être administrée si la respiration spontanée ne reprend pas – dosage en fonction des signes cliniques.
Symptômes du sevrage	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluez l'état du fœtus (méthode assujettie à la gestation). • Symptômes pseudogrippaux : nausée, vomissement, diarrhée, sudation, myalgies, frissons, rhinorrhée, larmolements, horripilation • Symptômes psychologiques : insomnie, anxiété, état de besoin important, dysphorie • Symptômes spécifiques aux femmes enceintes : crampes abdominales, irritabilité utérine

26

(Opiacés – suite)

Complications liées au sevrage aigu	<ul style="list-style-type: none"> • Peut provoquer une irritabilité utérine qui peut engendrer un risque accru de fausse-couche, d'accouchement prématuré, d'hypoxie et de décès du fœtus • Risque élevé de rechute
Gestion du sevrage	<ul style="list-style-type: none"> • Proposez un traitement symptomatique de la nausée, des vomissements, des myalgies jusqu'à la disparition des symptômes ou jusqu'à ce que la méthadone devienne efficace. • Commencer la méthadone (voir Initiation ci-dessous) • Possibilité d'employer la morphine 5 à 10 mg per os toutes les 4 à 6 h prn jusqu'au commencement du traitement à la méthadone. • Clonidine : contre-indiquée pendant la grossesse • AINS : contre-indiqués pendant le troisième trimestre.
Gestion de la dépendance aux opiacés	<ul style="list-style-type: none"> • Indication pour le traitement à la méthadone : femme enceinte qui est physiquement et psychologiquement dépendante aux opioïdes • Justification d'utilisation : améliore l'état de santé de la mère et le respect des soins prénataux, diminue les complications fœtales et néonatales
Protocole du traitement à la méthadone	<p>Initiation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation, si possible. • Administrez 10 à 20 mg per os à l'apparition des symptômes de manque, puis des doses de 5 à 10 mg per os toutes les 4 à 6 h prn jusqu'à un maximum de 35 mg en 24 heures le jour 1. • Le jour suivant, administrez la dose entière du jour précédent en une dose unique prise le matin puis 5 mg per os toutes les 6 h prn jusqu'à un maximum de 45 mg le jour 2. • Ne pas dépasser 45 mg les jours 3, 4 et 5. • Sortie de l'hôpital lorsque la patiente s'est stabilisée à une dose quotidienne (p. ex., elle n'a plus besoin de dose prn).

(suite à la page suivante)

(Opiacés – suite)

<i>Protocole du traitement à la méthadone (suite)</i>	<p>Suivi du malade externe :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmentez la dose de 5 à 10 mg tous les 5 à 7 jours si la patiente se plaint que l'état de manque continue. • La dose optimale est la quantité qui n'engendre pas d'état de manque ou de sédation et qui élimine les symptômes pendant 24 heures. • Le taux de métabolisme de la méthadone augmente au troisième trimestre, provoquant des symptômes de manque. Le dosage doit être augmenté de 10 à 15 mg, et/ou divisé en deux doses quotidiennes en cas d'apparition des symptômes de manque. • Soyez prudent avec les doses >200 mg par jour. • Pensez à consulter un médecin expérimenté dans le traitement à la méthadone des femmes enceintes.
Surveillance de la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> • Pensez à évaluer l'état de santé du fœtus. • ERF : contrôlez chaque semaine à partir de la 32^e semaine; la méthadone engendre une diminution de la variabilité de la fréquence cardiaque (battement par battement), une réduction des mouvements du fœtus et empêche les accélérations de la fréquence cardiaque fœtale (plus forte incidence d'une ERF non réactive et plus long intervalle pour parvenir à une ERF réactive). • Profil biophysique : contrôlez chaque semaine à partir de la 36^e semaine, dépression respiratoire fœtale observée lors d'un traitement à la méthadone.
Problèmes lors du travail et de l'accouchement	<ul style="list-style-type: none"> • Continuez avec des doses régulières de méthadone pendant le travail. • Analgésie adéquate requise – peut nécessiter des doses plus fortes et/ou plus fréquentes en fonction de la tolérance. • Si la patiente n'est pas traitée à la méthadone : traitez l'état de manque de la patiente avec de la morphine.
Effets sur le fœtus	<ul style="list-style-type: none"> • Les effets directs sur la croissance du fœtus se manifestent par un retard de croissance intra-utérin et une insuffisance de poids à la naissance (documentés dans des études sur les animaux et les humains).

(suite à la page suivante)

Effets sur la mère	<ul style="list-style-type: none"> • Taux élevés de complications obstétriques et médicales telles que l'hépatite, les MTS, les infections urinaires chez les femmes consommant des opiacés (particulièrement par injection).
Effets sur le nouveau-né	<ul style="list-style-type: none"> • Certains bébés de femmes dépendantes aux opiacés connaîtront le syndrome de manque néonatal. • Les symptômes : nervosité, pleurs stridents, troubles de l'alimentation, tremblements, incapacité à prendre du poids. • Conseillez une consultation en médecine néonatale/pédiatrie dans un hôpital disposant de capacités de niveau II minimum. • Des mesures de réconfort sont souvent suffisantes; il est quelquefois nécessaire d'utiliser la morphine comme produit de substitution.
Allaitement maternel	<ul style="list-style-type: none"> • La méthadone passe dans le lait maternel, bien qu'elle ne soit détectée qu'en faible quantité. • Innocuité de l'allaitement maternel, quelle que soit la dose de méthadone. • Les femmes peuvent choisir d'attendre de 2 à 4 heures après la prise de méthadone avant d'allaiter afin d'éviter le pic de méthadone.
Problèmes post-partum	<ul style="list-style-type: none"> • Peut nécessiter une baisse de 10 à 20 mg dans les premiers jours de post-partum. • Prescrire un analgésique approprié; ne laisser sortir la femme de l'hôpital qu'avec une réserve d'opiacés de quelques jours. • Les nouveau-nés doivent être examinés pendant au moins 4 ou 5 jours à l'hôpital pour déceler les signes d'un état de manque. • Il est recommandé de suivre la mère et l'enfant chaque semaine.

Benzodiazépines

Lorazepam (Ativan^{MD}), diazépam (Valium^{MD}, témazepam [Restoril^{MD}]), clonazépam (Rivotril^{MD}), oxazépam (Serax^{MD}), chlordiazépoxide (Librium^{MD})

Modes de consommation	<ul style="list-style-type: none"> • Oral
Limites d'innocuité	<ul style="list-style-type: none"> • Il n'existe pas de limite d'innocuité prouvée. • Les femmes qui ont une prescription psychiatrique pour un benzodiazépine peuvent continuer à prendre leurs doses thérapeutiques. • Pensez à essayer de réduire au maximum les doses.
Symptômes d'intoxication et d'overdose	<ul style="list-style-type: none"> • Somnolence, trouble de l'élocution, ataxie, désinhibition • Overdose : <ul style="list-style-type: none"> ■ Coma et dépression respiratoire, notamment en cas de prise combinée avec de l'alcool, des opiacés et d'autres sédatifs ■ Procédez à un traitement symptomatique, libérez les voies respiratoires. !! NE PAS EMPLOYER DE FLUMAZENIL CHEZ LES PATIENTES DÉPENDANTES PHYSIQUEMENT (PEUT PROVOQUER DES CRISES ÉPILEPTIQUES, DE L'ARYTHMIE).
Effets nocifs aigus	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution de la pulsion respiratoire • Rebond du sommeil paradoxal après 3 semaines de consommation
Complications liées à une consommation chronique	<ul style="list-style-type: none"> • Dépression • Chutes et confusion (plus fréquent chez les personnes âgées)
Sevrage	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de manque après deux mois de consommation quotidienne; même lorsqu'il s'agit de doses thérapeutiques • Commence 2 à 4 jours après l'arrêt, dure pendant des semaines ou des mois • Anxiété, crises de panique, insomnie, labilité émotionnelle • Symptômes neurologiques : dysperceptions, dépersonnalisation • Des crises épileptiques, des troubles psychotiques, des délires peuvent apparaître en cas d'abandon brutal de doses équivalentes à 50 mg de diazépam par jour ou plus

Protocole de réduction des benzodiazépines	<p>Patiente prenant une dose >60–80 mg de diazépam ou l'équivalent par jour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • gestion à l'hôpital recommandée • commencer à 2/3–3/4 de la dose équivalente de diazépam • ne pas réduire de plus de 10 % par jour • ajuster la dose et la vitesse de la réduction en fonction des symptômes 	<p>Patiente prenant une dose <60 mg de diazépam par jour, pas d'obtention d'ordonnances multiples :</p> <ul style="list-style-type: none"> • diminution lente en traitement non hospitalisé • réduire de 5 mg de diazépam ou l'équivalent toutes les semaines ou toutes les 2 semaines • réduire avec le type de benzodiazépine consommé ou passer à du clonazépam ou à du diazépam (demi-vie plus longue) • dispenser de façon hebdomadaire ou quotidienne • doses programmées, counseling par encouragement • peut nécessiter de ralentir la réduction vers la fin du traitement
Tératogénicité	<ul style="list-style-type: none"> • Certaines études ont conclu à une légère augmentation du risque de bec-de-lièvre et/ou de fente palatine en cas de consommation de benzodiazépine dans le premier trimestre. À éviter si possible. • Envisagez une échographie de niveau 2 lors du second trimestre afin d'écartier toute anomalie faciale 	
Complications obstétriques	<ul style="list-style-type: none"> • fœtus calme (tracé plat, comportement du fœtus déprimé) 	
Gestion du nouveau-né	<ul style="list-style-type: none"> • Une consommation abusive pendant ou juste avant le travail peut engendrer le « syndrome de la poupée de son » (muscles hypotoniques, conscience vigile moindre), dépression respiratoire, hypothermie et difficulté d'alimentation • État de manque du nouveau-né signalé : instabilité, trouble du sommeil, tremblements et hyperréflexie <ul style="list-style-type: none"> ■ Traitement : phénobarbital 3 à 10 mg/kg/jour/per os/IV jusqu'à la disparition des symptômes du sevrage; réduire le phénobarbital sur 2 semaines. 	
Allaitement maternel	<ul style="list-style-type: none"> • Il a été rapporté que la consommation chronique de benzodiazépine par les mères allaitantes entraînait la léthargie et la perte de poids chez le nourrisson. À surveiller de près. 	

Stimulants

Cocaïne (poudre, blanche, coke, neige), crack – cocaïne épurée (rock, freebase), amphétamines, éphédrine, méthamphétamine, méthylènedioxyamphétamine (MDA), N-methyl-3,4 – méthylènedioxyamphétamine – ecstasy (MDMA), méthylphénidate (Ritalin^{MD}), nicotine, caféine

Modes de consommation	<ul style="list-style-type: none"> • Oral (amphétamines, MDMA, méthylphénidate, caféine) • Intranasal (cocaïne, méthylphénidate, amphétamines) • Fumée (crack, nicotine) • Intraveineuse (cocaïne/crack, amphétamines, méthylphénidate)
Effets psychoactifs	<ul style="list-style-type: none"> • Lors des deux ou trois premières prises : euphorie, sensation de sensualité, puissance et énergie • Consommation chronique : brève sensation d'euphorie, suivie par de l'anxiété, de l'agitation, une réaction paranoïde
Complications aiguës	<ul style="list-style-type: none"> • Hallucinations (surtout tactile), délires, crises épileptiques (habituellement grand mal), hémorragies intracérébrales et sous-arachnoïdiennes, coma, hyperthermie, tachycardie, tachyarythmie, infarctus aigu du myocarde
Symptômes et gestion du sevrage	<ul style="list-style-type: none"> • Principalement psychologiques • Fatigue, cauchemars, insomnie, augmentation de l'appétit, agitation ou restriction psycho-motrice et humeur dysphorique • Aucun risque lors d'un abandon brusque, fournir des soins de soutien
Complications liées à une consommation chronique	<ul style="list-style-type: none"> • Dépression, suicide, comportement violent • Troubles psychotiques (les délires paranoïdes ou les hallucinations peuvent persister pendant des mois) • Perte de mémoire • Infections (hépatites B et C, VIH, cellulite, endocardite) • Risques cardiovasculaires (infarctus du myocarde, dissection coronaire et aortique, myocardite, péricardite, endocardite) • Lésions corticales • Infertilité, galactorrhée, perte de libido • Négligence de soi, perte de poids

Térogénicité	<ul style="list-style-type: none"> Anomalies possibles des voies rénales
Gestion de la douleur	<ul style="list-style-type: none"> L'usage de stimulants peut réduire le seuil de sensation douloureuse – fournir les soins appropriés
Associations et complications obstétriques	<ul style="list-style-type: none"> Fausse-couche Mort subite intra-utérine du fœtus (cocaïne) Décollement placentaire Placenta praevia Rupture prématurée des membranes Accouchement prématuré Insuffisance de poids à la naissance
Complications fœtales et néonatales	<ul style="list-style-type: none"> Nécessité d'augmenter le soutien médical au moment de l'accouchement, par exemple, aspirations répétées, oxygène et ventilation Les crises épileptiques et l'infarctus cérébral ont été documentés chez les nouveaux-nés de grandes consommatrices (peuvent se produire dans l'utérus)
Gestion du nouveau-né	<ul style="list-style-type: none"> Si la mère est intoxiquée au moment de l'accouchement, il est possible que l'enfant souffre d'un léger état de manque Les mesures de réconfort, en particulier le toucher, une chambre calme, une réduction des stimuli et l'allaitement naturel sont généralement suffisants
Allaitement maternel	<ul style="list-style-type: none"> Passage dans le lait maternel <p>Prévenir les femmes de ne pas allaiter dans les 3 jours suivant la consommation (extraire et jeter le lait)</p>
Effets à long terme sur l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> L'enfant pourra connaître des retards dans le développement du langage (expression orale du langage et compréhension verbale) et des troubles du comportement à l'école* <p>* Delaney-Black et coll. <i>J Comm Disord</i> 2000; 33: 463-480 Nulman et coll. <i>Clin Inv Med</i> 2001; 24(3): 129-137</p>

Inhalants

Solvants volatils tels que l'essence, la colle, les peintures en aérosol

Modes de consommation, durée	<ul style="list-style-type: none"> • Inhalation
Effets psychoactifs	<ul style="list-style-type: none"> • Identiques à ceux de l'ivresse alcoolique : désinhibition, euphorie • Commencent dès les premières minutes, durent plusieurs heures
Complications médicales aiguës	<ul style="list-style-type: none"> • Dysrythmies liées à la libération de catécholamine • Psychose, délires • Asphyxie, aspiration de corps étranger • Comportement agressif, trauma • Encéphalopathie aiguë
Symptômes du sevrage	<ul style="list-style-type: none"> • Identiques à ceux de l'alcoolisme : tremblements, anxiété
Traitement de l'état de manque	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation clinique identique au sevrage de l'alcoolisme • Un traitement aux benzodiazépines peut être justifié.
Complications chroniques	<p>Complications neurologiques identiques à celles de l'alcoolisme, mais elles sont plus graves et commencent plus tôt :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dégénérescence cérébelleuse • Déficits cognitifs • Hépatotoxicité • Neuropathie périphérique • Myocardiopathie
Effets sur le fœtus	<ul style="list-style-type: none"> • Des rapports de cas et des études expérimentales sur animaux ont montré un retard du développement neurologique et des anomalies faciales identiques à l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale.
Complications obstétriques	<ul style="list-style-type: none"> • Fausse-couche, prématurité, insuffisance de poids à la naissance
Allaitement maternel	<ul style="list-style-type: none"> • Conseillez aux femmes d'attendre plusieurs heures avant d'allaiter leur enfant lorsqu'elles absorbent des inhalants.

Psychodysléptiques et drogues de confection

Drogue	Type	Effets aigus	Complications médicales	Effets chroniques	Effets sur le fœtus
Kétamine	Anesthésique dissociatif	Sédation, délires, hallucinations	Dépression respiratoire, dysrythmie, crises épileptiques	Inconnus	Troubles possibles du développement neurologique*
Ecstasy	Effets sérotonergiques	Sensation de chaleur, empathie	Déshydratation (habituelle dans les « raves »); hyperthermie	Perte de mémoire à long terme	Anomalies possibles au niveau du cœur et du squelette
Phencyclidine	Anesthésique dissociatif	Délires, idées délirantes, hallucinations, sédation	Crises épileptiques, hyperpyrexie, hypertension, coma, rhabdomyolyse, comportement violent	Perte de mémoire, dépression	Troubles possibles du développement neurologique*
Gamma-hydroxybutyrate (GHB)	Effets de la GABA (neuroinhibiteur)	Sédation, désinhibition, délires	État de manque grave et prolongé chez les consommatrices quotidiennes : tremblements, psychose, délires, crises épileptiques	Coma, dépression respiratoire	Troubles possibles du développement neurologique*

* Des études expérimentales sur animaux ont montré que des doses toxiques d'antagonistes NMDA et de drogues GABA-mimétiques provoquent la mort apoptotique des cellules neurales lors du développement du cerveau. Ces drogues comprennent l'alcool, la kétamine, la phencyclidine, les benzodiazépines, les barbituriques et les anticonvulsifs.

Gestion de la douleur pendant le travail et l'accouchement

!! Rappelez-vous : LA DOULEUR DE LA FEMME EST RÉELLE!

Un traitement insuffisant de la douleur des femmes souffrant de dépendance risque d'être pire que de leur donner des opiacés.

Posez des questions et évaluez le niveau de douleur de la femme. Respectez ses choix.

Les solutions pour gérer la douleur

- Le soutien des fournisseurs de soins, de la famille, des amis, des doulas (professionnels dans l'accompagnement à l'accouchement).
- Les mesures de réconfort pendant le travail (par exemple, des lumières tamisées, un massage du dos, un changement de position, la marche, la musique, la glace en copeaux, les douches, etc.).
- Les analgésiques opioïdes (fentanyl, mépéridine, morphine) – différentes voies d'administration peuvent être utilisées.
- L'épidurale continue fonctionne habituellement bien chez les femmes souffrant de dépendance et cette solution peut être privilégiée.
- **Attention : les médicaments ayant une action combinée agoniste-antagoniste sont contre-indiqués chez les femmes dépendantes aux opiacés; par exemple, nalbuphine (Nubain), pentazocine (Taiwin), butorphanol (Stadol), buprénorphine (Subutex).**

Pendant le travail :

- En cas de traitement à la méthadone, maintenir la patiente sous la dose habituelle.
- En cas de sevrage aux opiacés, utiliser le traitement approprié.
- Si une analgésie est requise, utilisez l'une des solutions ci-dessus et sachez qu'une tolérance croisée aux opiacés peut exiger une augmentation du dosage.
- Le seuil de sensation douloureuse est plus bas chez de nombreuses femmes souffrant de toxicomanie ou d'alcoolisme.

36

(Gestion de la douleur – suite)

- Les bruits du cœur fœtal peuvent avoir une variabilité minimale en cas de consommation d'opiacés, d'alcool ou de sédatifs; procédez à un examen approfondi pour la souffrance fœtale.
- Envisagez de consulter les anesthésistes et les pédiatres.

Post-partum

- Traitez la douleur avec de l'ibuprofène et/ou des narcotiques (par exemple, Tylenol n° 3, Percocet, ou Dilaudid – donnez une quantité pour 3 à 5 jours).
- Envisagez une analgésie à la demande ou une épidurale continue à la demande, si disponibles, après une césarienne.

Facteurs qui peuvent affecter la sensation de douleur chez les femmes

Facteurs personnels	Facteurs liés à l'hôpital
<ul style="list-style-type: none"> • Expérience négative antérieure – p. ex., abus sexuel • Présentation occipito-postérieure • Perspective culturelle • Peur • Angoisses et appréhension • Tolérance 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de soutien • Aide non souhaitée • Perte de contrôle • Hypervigilance • Vulnérabilité accrue • Absence d'intimité

Soins post-partum

Première visite post-partum	<ul style="list-style-type: none"> • L'alimentation/allaitement de l'enfant • Les fonctions vésicale et intestinale • Les lochies, la cicatrisation du périnée ou de l'incision abdominale et la contraception 	<ul style="list-style-type: none"> • Le soutien social • La violence du partenaire • L'immunisation (voir page 12 – maladies infectieuses)
Programmer des visites post-partum fréquentes	<p>Prévoyez des consultations supplémentaires pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • évaluer la situation de votre patiente et ses problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme; • déterminer si les besoins essentiels de votre patiente sont satisfaits, par exemple, l'alimentation, un lieu de vie sûr, un soutien; • déterminer si votre patiente est maltraitée par son partenaire (la grossesse et le post-partum sont des 	<p>périodes aux cours desquelles les femmes courent un risque accru d'être maltraitées);</p> <ul style="list-style-type: none"> • évaluer les soins que reçoit l'enfant : hygiène, nutrition, confort, etc.; • aider votre patiente à contacter les services de protection de l'enfance si elle a besoin de davantage de soutien ou si vous soupçonnez que l'enfant est maltraité ou négligé.
Angoisse et troubles de l'humeur postnataux	<ul style="list-style-type: none"> • Risque accru de dépression postpartale si la femme a vécu une dépression pendant la grossesse, à un autre moment de sa vie ou après une grossesse précédente. • Surveillez votre patiente afin d'établir si elle développe une angoisse et des troubles de l'humeur postnataux : modification de l'appétit et du sommeil, humeur dépressive, crises de panique, désir de faire du mal à l'enfant ou à elle-même, augmentation des appels concernant les problèmes de l'enfant, baisse des habiletés d'adaptation, etc. • Procédez à ces vérifications tout au long de la première année; la dépression postpartale peut apparaître immédiatement ou dans les mois qui suivent la naissance. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine semblent être sans danger pour la grossesse et aucune anomalie congénitale n'a été prouvée; cependant les enfants peuvent montrer des signes d'état de manque, par exemple, de la nervosité. • Utilisez la plus faible dose d'inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine pendant la grossesse; envisagez de commencer un antidépresseur immédiatement après la naissance s'il existe un risque accru de dépression postpartale. • Envisagez d'aiguiller votre patiente vers un psychiatre ou un groupe de soutien en cas de dépression postpartale.

Allaitement maternel

Problèmes médicaux	Innocuité
Hépatite B	Sans danger, aucun risque
Hépatite C	Sans danger, ARN du VHC détecté dans le lait maternel
VIH	CONTRE-INDICATION absolue
Toxicomanie	Sans danger
Consommation assidue et excessive d'alcool ou de drogues (cocaïne, marijuana)	<ul style="list-style-type: none"> • Contre-indication relative pour l'allaitement en raison de la toxicité pour l'enfant • Abstinence recommandée pendant la période d'allaitement
Consommation occasionnelle et modérée d'alcool ou de drogues	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les agents sont détectés dans le lait maternel • Abstinence recommandée pendant la période d'allaitement • L'alcool peut diminuer le réflexe d'évacuation et supprimer la lactation; retarder l'allaitement de 1 à 2 heures par verre afin de minimiser l'exposition de l'enfant • Stimulants : conseillez aux femmes de ne pas allaiter dans les 3 jours suivant la consommation (extraire et jeter le lait maternel) • Marijuana : peut provoquer une léthargie et des troubles de l'alimentation chez le nourrisson.

Reportez-vous aux substances spécifiques pour obtenir de plus amples renseignements.

Ressources nationales

Ressources cliniques

Montréal	Centre de médecine familiale Herzl	514 340-8253
	Centre de recherche et aide aux narcomanes (CRAN) www.cran.qc.ca	514 527-6939
	Service d'appui à la méthadone (SAM) www.info-sam.qc.ca	514 284-3426 ou 1 888 726-2343
Toronto	Toronto Centre for Substance Use in Pregnancy (T-CUP)	416 530-6860
Vancouver	clinique de consultations obstétricales (projet Sheway)	604 216-1681
	programme FIR Square (Families in Recovery)	604 875-2229
	services périnataux de traitement de la toxicomanie, BCWH	604 875-2161 (24 h sur 24)

Éducation médicale

www.addictionmedicine.org : ressources pédagogiques sur les troubles liés à la toxicomanie et à l'alcoolisme
www.pregnancyaddiction.ca : renseignements sur la consommation d'alcool et de drogues pendant la grossesse

Ressources spécialisées

www.motherisk.org : ligne d'aide sur l'alcoolisme et la toxicomanie pendant la grossesse et ligne d'aide sur la lactation 877 327-4636
www.pregnets.ca : ressources sur le tabagisme
www.breakingthecycle.ca : ressources pour les femmes souffrant de toxicomanie (basé à Toronto)
www.beststart.org (Meilleur départ) : centre de ressources sur la maternité pour les fournisseurs de services

Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF)

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies : service d'information et de consultation sur l'ETCAF
Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies : renseignements sur l'ETCAF pendant la grossesse – ligne sans frais : 1 800 559-4514
www.cma.ca (Association médicale canadienne) : guide de pratique clinique sur le diagnostic de l'ETCAF