

GROSSESSE

Alcool et drogues ce qu'il faut savoir

Document de soutien
à l'intention des personnes
qui interviennent
auprès des femmes enceintes
ou en âge de procréer

GROSSESSE

Alcool et drogues ce qu'il faut savoir

**Document de soutien
à l'intention des personnes
qui interviennent
auprès des femmes enceintes
ou en âge de procréer**



Québec 

Document réalisé par le Service des toxicomanies et des dépendances du ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec S.O.S. Grossesse.

Liste des collaborateurs

Chargées de projet

Catherine Denis, S.O.S. Grossesse
Marianne Makhoulouf, S.O.S. Grossesse

Comité adviseur

Nicole April, Institut national de santé publique du Québec
Chantale Audet, Institut national de santé publique du Québec
Dalal Badlissi, Direction de la Santé publique de Lanaudière
Louise Beaulac Baillargeon, Faculté de pharmacie, Université Laval
Marie-Josée Thériault, Centre jeunesse de Québec

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Guylaine Doré
Josée Laroche
Stéphanie Morin
Marie-Claude Paquette
Yves Perreault
Sylvie Tremblay

Édition produite par :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Ce document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux ainsi qu'à ceux du réseau communautaire. Il a été imprimé en quantité limitée et n'est maintenant accessible qu'en version électronique sur les sites suivants :

<http://intranetreseau.rtss.qc.ca> et www.msss.gouv.qc.ca
section Documentation, rubrique Publications.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009
Bibliothèque et Archives Canada, 2009
ISBN : 978-2-550-56542-0 (imprimé)
ISBN : 978-2-550-56543-7 (PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2009

TABLE DES MATIÈRES

Grossesse et alcool

La consommation d'alcool durant la grossesse : quelques chiffres	5
Toxicité de l'alcool	5
Les effets de la consommation d'alcool durant la grossesse	5
Qu'est-ce que le SAF?	6
Quelle quantité d'alcool est jugée sans risque durant la grossesse?	7
Quelques études portant sur la consommation d'alcool durant la grossesse et les effets possibles	7
Est-ce qu'il y a une période durant laquelle boire de l'alcool ne comporte aucun risque pour le fœtus?	8
La consommation d'alcool avant la conception	8
Tous les types d'alcool sont nocifs	8
Questions fréquemment posées	8
Idées de cocktails sans alcool	9

Grossesse et drogues

La consommation de drogues durant la grossesse : quelques chiffres	10
Les effets de la consommation de drogues durant la grossesse	10
Traitement de substitution à la méthadone	12
La consommation de cannabis	12

Ressources

Services de première ligne	13
Services spécialisés	13
Ressources téléphoniques	13
Ressources électroniques	14

Références

15

Liste des tableaux

Tableau 1 : Proportions de femmes qui rapportent avoir consommé de l'alcool au moins une fois pendant qu'elles étaient enceintes selon les différentes enquêtes	5
Tableau 2 : Effets des drogues sur la grossesse, le fœtus ou l'enfant	10

Grossesse et alcool

La consommation d'alcool durant la grossesse: quelques chiffres

Les données les plus récentes sur la consommation d'alcool durant la grossesse ont été recueillies en 2006 et proviennent de l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité (EEM) publiée en 2009¹. L'EEM a été réalisée auprès de femmes qui avaient eu leur bébé quatre à dix mois avant l'entrevue. Elle révèle que 21,2% des répondantes québécoises avaient consommé de l'alcool au moins une fois après avoir appris qu'elles étaient enceintes. Cette proportion est de 10,5% pour l'ensemble des répondantes canadiennes.

Selon le *Rapport sur la santé périnatale au Canada*² à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ECS) de 2005, la proportion de Québécoises qui ont consommé de l'alcool pendant leur grossesse (grossesse qui a eu lieu dans les cinq années précédant l'enquête) a diminué entre 2003 et 2005, pour passer de 26% à 17,7%. En revanche, dans une enquête québécoise sur l'allaitement maternel réalisée elle aussi en 2005³ plus de 34% des répondantes affirmaient avoir consommé de l'alcool pendant leur grossesse.

Tableau 1.

Proportions de femmes qui rapportent avoir consommé de l'alcool au moins une fois pendant qu'elles étaient enceintes selon les différentes enquêtes

	Québec	Canada
Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité – données de 2006	21,2%	10,5%
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – données de 2003	26,0%	12,4%
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – données de 2005	17,7%	10,5%
Recueil statistique sur l'allaitement maternel – données de 2005	34,1%	—

Dans l'EEM, le nombre de femmes ayant affirmé qu'elles buvaient fréquemment pendant leur grossesse et consommaient plus de deux verres d'alcool les jours où elles buvaient est trop petit pour qu'on en fasse état. Dans l'ECS de 2005, 1,1% des répondantes ont déclaré avoir bu plus d'une fois par semaine durant leur grossesse. Cette enquête

ne permet pas de calculer avec fiabilité la quantité consommée à chaque occasion.

Enfin, bien que les prévalences rapportées dans ces enquêtes ne soient pas nécessairement comparables, on peut en déduire que près de une Québécoise sur quatre consommerait de l'alcool pendant qu'elle est enceinte. Cette proportion est environ deux fois plus élevée que



pour l'ensemble des répondantes canadiennes.

Toxicité de l'alcool

L'alcool est une substance dite tératogène, c'est-à-dire qu'elle peut agir sur la croissance et la formation normales de l'organisme et du cerveau du fœtus.

Cette substance peut donc provoquer des

LORSQUE LA MÈRE BOIT, LE BÉBÉ BOIT AUSSI...

complications et des malformations congénitales sur le fœtus⁴.

Une fois absorbé, l'alcool se dilue dans le sang de la mère, se rend au placenta, puis va directement dans le sang du fœtus. Le fœtus reçoit dans le sang la même concentration d'alcool que la mère. L'alcool ainsi présent dans le sang du fœtus peut provoquer des désordres cellulaires qui affecteront le développement des membres et des organes de celui-ci⁵.

Les effets de la consommation d'alcool durant la grossesse

L'alcool peut avoir des effets sur le déroulement de la grossesse. Les femmes qui consomment de l'alcool lorsqu'elles sont enceintes s'exposent aux risques suivants:

- accouchement prématuré^{6,7};

- fausse couche⁸;
- mortalité⁹.

Pour ce qui est de l'enfant, les effets peuvent se présenter à divers degrés. Les manifestations peuvent être d'ordre physique ou cognitif; de plus, certains effets peuvent être observés dès la naissance, tandis que d'autres peuvent être identifiés plus tard au cours du développement de l'enfant (ex. : à l'entrée à l'école). Par exemple :

- retards de croissance;
- malformations diverses (membres, organes);
- atteintes au système nerveux;

- problèmes d'attention;
- difficultés d'apprentissage;
- problèmes de comportement;
- manque de jugement;
- altération de la mémoire à court terme.

En somme, il est possible de constater que l'exposition prénatale à l'alcool peut affecter, de différentes façons, l'enfant et la mère. La section suivante portera, plus précisément, sur les effets résultant de la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Qu'est-ce que le SAF?

SAF est l'acronyme qui désigne le syndrome d'alcoolisation fœtale. Un enfant atteint de ce syndrome présente trois caractéristiques, et ce, avec ou sans confirmation d'exposition à l'alcool¹⁰ :

- retard de croissance prénatal ou postnatal, ou les deux à la fois;
- atteinte du système nerveux central (ex. : anomalies neurologiques, retards de développement et troubles du comportement);
- traits faciaux typiques (tels une lèvre supérieure mince, un sillon mal dessiné ou absent entre la lèvre supérieure et le nez, un visage plat, un nez court).

Un enfant dont la mère a consommé de l'alcool pendant sa grossesse peut présenter des séquelles sans nécessairement faire l'objet du diagnostic SAF. Par exemple, chez un enfant dont la mère a consommé de l'alcool durant la grossesse, il est possible d'observer des atteintes neurologiques sans que cet enfant ait pour autant les traits faciaux typiques du SAF. Le SAF est un diagnostic grave qui fait partie d'un ensemble plus vaste de troubles causés par l'alcoolisation fœtale.

Facès typique du syndrome d'alcoolisation fœtale à la puberté¹¹

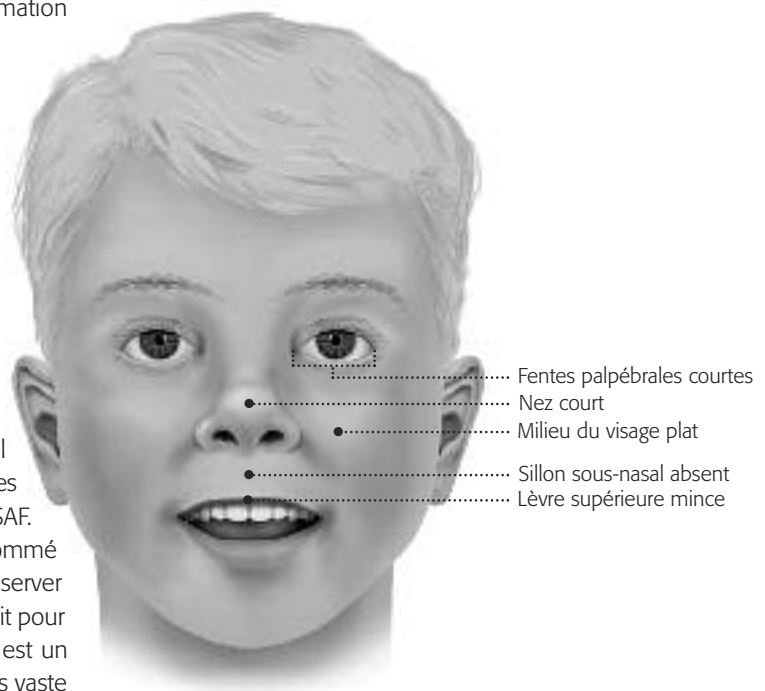


Illustration : D. Leja, National Human Genome Research Institute, National Institutes of Health, Bethesda, MD, USA.

SAVIEZ-VOUS QUE L'EXPOSITION DU FŒTUS À L'ALCOOL EST L'UNE DES PRINCIPALES CAUSES ÉVITABLES DE RETARDS DE DÉVELOPPEMENT ET D'ANOMALIES CONGÉNITALES CHEZ LE NOUVEAU-NÉ?

Quelle quantité d'alcool est jugée sans risque durant la grossesse?

Les recherches n'ont pas permis d'établir s'il existe une quantité d'alcool sans risque pour le fœtus. Il semble toutefois que le risque qu'un enfant soit atteint du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) est plus élevé lorsque la mère a consommé de façon importante lors d'une même occasion (cinq verres et plus)¹². Les « cuites » ou boires excessifs sont donc des habitudes particulièrement néfastes pour le fœtus.

Il importe de noter que ce ne sont pas seulement les enfants de mères alcooliques qui sont à risque d'être atteints de troubles causés par l'alcoolisation fœtale. En effet, ce qui semble une habitude à faible risque pour les femmes qui ne sont pas enceintes (de un à deux verres par jour et un maximum de neuf verres par semaine) devient une habitude dangereuse dans le cas d'une grossesse.

LA CONSOMMATION IMPORTANTE D'ALCOOL (LES « CUITES ») ET LA CONSOMMATION RÉGULIÈRE D'ALCOOL SONT PARTICULIÈREMENT NOCIVES POUR LE DÉVELOPPEMENT DU FŒTUS.

IL EST RECOMMANDÉ DE S'ABSTENIR DE BOIRE DE L'ALCOOL AU COURS D'UNE GROSSESSE.

Quelques études portant sur la consommation d'alcool durant la grossesse et les effets possibles

Les recherches scientifiques ne permettent pas de donner des réponses claires quant à la quantité d'alcool que la femme enceinte peut consommer sans risque. Malgré tout, certaines études permettent d'identifier clairement l'effet négatif de l'alcool sur le fœtus.

Une étude auprès de femmes enceintes ayant consommé de sept à quatorze verres par semaine a permis d'observer chez des enfants des déficits de croissance ainsi que des problèmes d'ordre intellectuel et comportemental¹³. Toutefois, les manifestations observées étaient moins sévères que celles identifiées chez les enfants atteints du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF). Également, selon cette étude, les répercussions seraient plus importantes lorsque la femme enceinte a consommé plusieurs verres dans la même journée que lorsqu'elle a bu de un à deux verres par jour.

De plus, une étude danoise a rapporté un plus grand risque d'avortement spontané durant le premier trimestre chez les femmes qui avaient bu cinq verres et plus par semaine¹⁴. Une étude menée en 2002 a aussi permis d'observer que les enfants âgés de 14 ans dont la mère avait bu moins d'un verre par jour durant la grossesse présentaient une taille et un poids plus petits que ceux des enfants dont les mères n'avaient pas consommé d'alcool¹⁵.

Est-ce qu'il y a une période durant laquelle boire de l'alcool ne comporte aucun risque pour le fœtus?

Non. À toutes les étapes de la grossesse, le développement du fœtus peut être touché par la consommation d'alcool de la mère. Le cerveau du fœtus est particulièrement sensible à l'alcool, et ce, tout au long de la grossesse, du premier au troisième trimestre.

IL N'Y A PAS DE MOMENT OÙ BOIRE DE L'ALCOOL DURANT LA GROSSESSE EST SANS DANGER.

La consommation d'alcool avant la conception

Puisqu'une femme qui devient enceinte peut l'apprendre seulement après quelques semaines, voire des mois, suivant la conception, il est souhaitable qu'elle diminue ou cesse sa consommation d'alcool lorsqu'elle planifie une grossesse. Il est particulièrement important qu'une femme qui prévoit devenir enceinte évite les «cuites» (consommation excessive d'alcool lors d'une même occasion).

L'adoption d'habitudes de vie propices au bon déroulement de la grossesse est donc souhaitable, et ce, même avant le moment de la conception. À ce propos, l'entourage et, plus particulièrement, le partenaire peuvent soutenir la femme qui planifie une grossesse dans sa décision de ne pas consommer d'alcool. La femme peut aussi discuter avec sa famille et son partenaire de la question de l'alcool et de la grossesse afin que tous comprennent les raisons qui motivent ses choix à ce sujet.

Tous les types d'alcool sont nocifs

Tous les types d'alcool peuvent avoir des effets néfastes sur le fœtus, autant le vin, la bière et les spiritueux que le vin fortifié (xérès, porto). Quel que soit le type d'alcool, une consommation correspond à 17 ml (0,6 once) d'alcool pur. Cette concentration d'alcool se trouve dans :



Questions fréquemment posées

«J'ai bu de l'alcool alors que je ne savais pas que j'étais enceinte, est-ce grave?»

Réponse

Profitez de cette occasion pour discuter avec la femme de ses habitudes de consommation et des raisons pour lesquelles elle consomme (entre amis, pour relaxer, pour oublier ses soucis, etc.).

Précisez qu'il n'y a pas de quantité jugée sans risque pour le fœtus et qu'il est recommandé de cesser toute consommation d'alcool durant la grossesse. L'alcool peut avoir des effets nocifs sur le fœtus (nommez-en quelques-uns).

Mentionnez que, même si elle peut se sentir coupable, elle ne peut rien changer à ce qui a été fait. Il est souhaitable de parler de risques potentiels : une femme qui a bu durant sa grossesse n'aura pas nécessairement un enfant présentant des séquelles occasionnées par l'exposition prénatale à l'alcool. Encouragez la femme à s'abstenir de boire de l'alcool pour le reste de sa grossesse. Mentionnez-lui qu'il est toujours temps de cesser de consommer de l'alcool pour donner toutes les chances au bébé d'être en santé.

Il n'en demeure pas moins que l'avortement ne s'impose, en aucun cas, et ce, malgré une consommation importante d'alcool.

«Est-ce moins grave de prendre un verre en fin de grossesse?»

Réponse

Non. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, le bébé n'est pas complètement «formé» à la fin de la grossesse. Son système nerveux central (cerveau) est toujours en développement. En conséquence, l'alcool peut affecter le cerveau de l'enfant, et ce, même en fin de grossesse. Recommandez de cesser de consommer de l'alcool tout au long de la grossesse.

«Puis-je consommer un verre une fois de temps en temps (ex. : lors d'une occasion spéciale comme une fête) ?»

Réponse

On ne sait pas s'il existe une quantité d'alcool sans risque durant la grossesse. Il est donc souhaitable d'appliquer le principe de précaution, c'est-à-dire cesser toute consommation d'alcool pour donner toutes les chances à l'enfant d'être en santé.

Si la femme a consommé un verre à l'occasion, évitez de la faire paniquer. Mentionnez que, même si elle se sent coupable, elle ne peut rien changer à ce qui a été fait. L'important est qu'elle s'abstienne pour le reste de sa grossesse. Il est toujours temps de cesser de boire de l'alcool pour donner toutes les chances au bébé d'être en santé.

Pour rassurer une personne très inquiète, mentionnez que le fait qu'elle ait pris un verre présente peu de danger, puisque c'est surtout la consommation régulière d'alcool et, ou, la prise de plusieurs verres lors d'une même occasion qui comportent davantage de risque (il est toutefois important de prôner l'abstinence complète). Précisez qu'il n'y a pas de quantité jugée sans risque pour le fœtus et qu'il est recommandé de cesser toute consommation d'alcool durant la grossesse.

«Est-ce que tous les types d'alcool comportent des risques?»

Réponse

Oui, tous les types d'alcool comportent des risques, que ce soit le vin, la bière, les spiritueux (ex. : alcool 40% «shooters») ou le vin fortifié (ex. : porto, xérès).

«Faut-il cesser de boire de l'alcool lorsque l'on planifie une grossesse?»

Réponse

Oui, puisqu'il est possible qu'une femme qui devient enceinte ne l'apprenne que quelques semaines, voire des mois, après la conception. Il est donc souhaitable qu'elle diminue ou cesse sa consommation d'alcool lorsqu'elle planifie une grossesse. Il est particulièrement important qu'une femme qui prévoit devenir enceinte évite les «cuites» (consommation excessive d'alcool lors d'une même occasion).

«Je prends un verre une fois de temps en temps pour me relaxer; il me semble que ça ne peut pas être grave!»

Réponse

Établissez avec la femme quelles sont ses habitudes de consommation (quantité, fréquence, moment, etc.) et les raisons qui l'incitent à consommer de l'alcool (entre amis, pour relaxer, pour oublier ses soucis, etc.).

Précisez qu'on ne sait pas s'il existe une quantité d'alcool considérée comme sans risque durant la grossesse. Ajoutez qu'il est souhaitable d'appliquer le principe de précaution, c'est-à-dire cesser toute consommation d'alcool pour donner toutes les chances à l'enfant d'être en santé.

Il n'en demeure pas moins que l'avortement ne s'impose en aucun cas, et ce, malgré une consommation importante d'alcool.

Invitez la femme à s'adonner à différentes activités (autres que la consommation d'alcool) qui lui permettent de relaxer et qui sont sans danger pour le bébé; par exemple, la marche à l'extérieur, les moyens connus de relaxation, la lecture, etc.). Proposez des «drinks» sans alcool.

Idées de cocktails sans alcool

Virgin Mary

300 ml de jus de tomate

2 traits de jus de citron

1 trait de tabasco

2 traits de sauce worcestershire

Ajouter du sel de céleri sur

le bord du verre

Accompagner le tout d'une branche de céleri

Diabolo

30 ml de sirop de fruit de la passion

150 ml de limonade

Pour voir d'autres recettes de cocktails sans alcool, consultez l'adresse Internet suivante :

<http://www.delirium-cocktails.com/recettes/recette-cocktail-sans-alcool.php>

Grossesse et drogues

La consommation de drogues durant la grossesse: quelques chiffres

Peu d'études se sont attardées à dénombrer la proportion de femmes qui ont consommé de la drogue durant leur grossesse. Il est possible de croire que le caractère illicite des drogues rend souvent difficile une recension du nombre exact d'utilisatrices. Par crainte de perdre la garde de leur enfant, certaines femmes peuvent hésiter à déclarer qu'elles consomment des drogues¹⁶. Actuellement, aucune donnée canadienne n'est disponible à ce sujet. Selon l'Enquête sur les toxicomanies au Canada menée en 2004, il est toutefois possible de déterminer que 39,2% des Canadiennes affirment avoir consommé du cannabis au cours de leur vie et que 10,2% rapportent en avoir consommé au cours des douze derniers mois précédant l'enquête¹⁷. Pour ce qui est des cinq autres drogues excluant le cannabis (soit la cocaïne ou crack, les hallucinogènes [PCP ou LSD], le speed ou amphétamine, l'héroïne, l'ecstasy), 1,8% des femmes disaient en avoir consommé au cours des douze derniers mois précédant l'enquête. À l'échelle de la province de Québec, une enquête menée en 1998 auprès de femmes a révélé que 14,2% des répondantes âgées de 25 à 44 ans avaient déclaré avoir consommé une drogue illégale au cours des douze derniers mois précédant l'enquête¹⁸. Parmi elles, 8,9% avaient consommé du cannabis et 5,4% d'entre elles, du cannabis et, ou, d'autres types de drogues.

Les effets de la consommation de drogues durant la grossesse

Chaque drogue peut entraîner des effets qui lui sont propres. Quant à ces effets, ils peuvent être différents et augmentés lorsque la personne consomme plusieurs drogues à la fois (ce qui, d'ailleurs, est souvent le cas). Les effets des drogues sont difficiles à identifier, puisque d'autres facteurs relatifs à la personne utilisatrice doivent être pris en considération (mauvaise alimentation, manque de sommeil, utilisation d'autres drogues, etc.). Néanmoins, il est possible d'associer des effets spécifiques de certaines drogues.

Le tableau qui suit présente les drogues les plus connues et les effets qui leur sont associés, tant sur la grossesse que sur le fœtus ou l'enfant.

Tableau 2:
Effets des drogues sur la grossesse, le fœtus ou l'enfant

	Drogues (par nom et catégorie)	Effets
Perturbateurs	■ Cannabis Autres noms : Marijuana, haschich, pot, mari, herbe, weed, joint, bat, pétard, spliff, jig, hasch.	Effets possibles sur la grossesse - Accouchement prématuré ¹⁹ . - Le cannabis peut masquer les nausées (symptômes présents chez certaines femmes enceintes) et, par conséquent, retarder la reconnaissance de la grossesse ²⁰ (ne sachant pas qu'elle est enceinte, la femme peut continuer ses habitudes de vie à risque pour le développement du fœtus). Effet possible sur le fœtus ou l'enfant ²¹ - Retard de croissance intra-utérin. <i>Les effets possibles du cannabis sur la grossesse et l'enfant sont actuellement controversés.</i>
	■ Hallucinogènes Autres noms : LSD, PCP, champignons magiques, buvard, acide, mess, angel dust, mush, mushroom.	Effet possible sur la grossesse²² - Accouchement prématuré. Effets possibles sur le fœtus ou l'enfant - Risque de transmission à l'enfant du VIH, du SIDA, de l'hépatite B ou C (si partage de seringues) ²³ . - Symptômes de sevrage à la naissance ²⁴ .

	Drogues (par nom et catégorie)	Effets
Stimulants	<p>■ Amphétamines, méthamphétamines, cristal meth</p> <p>Autres noms : Ecstasy, amphé, MDMA, speed, ice, wake-up, pep pill, peach, « E ».</p>	<p>Effets possibles sur la grossesse^{25,26}</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accouchement prématuré. - Fausse couche. <p>Effets possibles sur le fœtus ou l'enfant^{27,28}</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retard de croissance intra-utérin. - Risque de transmission à l'enfant du VIH, de l'hépatite B ou C (si partage de seringues). <p><i>L'ecstasy est un mélange d'amphétamines et d'hallucinogènes. Les effets de cette drogue sur le fœtus s'apparenteraient davantage à ceux des amphétamines qu'à ceux des hallucinogènes.</i></p>
	<p>■ Cocaïne</p> <p>Autres noms : Crack, free base, coke, poudre.</p>	<p>Effets possibles sur la grossesse²⁹</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fausse couche. - Bébé mort-né. - Accouchement prématuré³⁰. <p>Effets possibles sur le fœtus ou l'enfant³¹</p> <ul style="list-style-type: none"> - Symptômes de sevrage à la naissance (convulsions, hyper-irritabilité, problèmes de sommeil, etc.). - Retard de croissance intra-utérin. - Retard de croissance post-natal. - Difficultés d'adaptation et d'apprentissage. - Risque de transmission à l'enfant du VIH, de l'hépatite B ou C (si partage de seringues).
	<p>■ Nicotine</p>	<p>Effets possibles sur la grossesse³²</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fausse couche. - Bébé mort-né. - Accouchement prématuré. <p>Effets possibles sur le fœtus ou l'enfant³³</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retard de croissance intra-utérin (la nicotine peut entraîner la constriction des vaisseaux sanguins au niveau du cordon ombilical et du placenta et, ainsi, diminuer la quantité de nutriments et d'oxygène parvenant au fœtus). - Risque de mort subite du nourrisson.
Dépresseurs	<p>■ Héroïne</p> <p>Autres noms Smack, hero.</p>	<p>Effets possibles sur la grossesse³⁴</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'héroïne peut entraîner des irrégularités menstruelles et, par conséquent, retarder la reconnaissance de la grossesse³⁵. - Fausse couche. - Accouchement prématuré. <p>Effets possibles sur le fœtus ou l'enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> - Syndrome de sevrage à la naissance dans une proportion de 60 à 95 % des cas (tremblements, transpiration, hyper-irritabilité, tachycardie, etc.)³⁶. - Retard de croissance intra-utérin³⁷. - Difficultés d'adaptation et d'apprentissage. - Risque de mort subite du nourrisson. - Risque de transmission à l'enfant du VIH, de l'hépatite B ou C (si partage de seringues). <p><i>Les recherches actuelles suggèrent qu'il peut être dangereux de cesser de consommer des opiacés (par exemple, héroïne, codéine, morphine) durant une grossesse. L'alternance entre la consommation et l'arrêt d'utilisation peut entraîner, entre autres, une fausse couche ou un accouchement prématuré³⁸. Un traitement de substitution à la méthadone est alors nécessaire. Les femmes enceintes sont considérées comme une clientèle prioritaire pour ce type de traitement^{39,40}.</i></p>
	<p>■ Solvants</p> <p>Autre nom Colle.</p>	<p>Effets possibles sur la grossesse⁴¹</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fausse couche. - Naissance prématurée. <p>Effets possibles sur le fœtus ou l'enfant⁴²</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retard de croissance intra-utérin (surtout dans les cas d'inhalation de toluène et, ou, benzène). - Retard intellectuel, dysfonction du système nerveux central, déficit de l'attention. <p><i>Il est difficile d'attribuer les effets seulement à la consommation de solvants puisqu'il est rare qu'une personne consomme exclusivement ce type de drogues.</i></p>

Traitement de substitution à la méthadone

Le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des pharmaciens du Québec proposent des lignes directrices quant à l'utilisation de la méthadone dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés et, plus particulièrement, chez les femmes enceintes qui abusent des opiacés⁴³. Puisqu'un sevrage maternel rapide à l'héroïne ou à d'autres opiacés augmente les risques d'avortement spontané, d'accouchement prématuré et de sevrage foetal in utero, le sevrage à ce type de substance n'est pas recommandé durant la grossesse. Bien que le fœtus soit exposé à la méthadone in utero, le traitement de substitution à la méthadone doit être amorcé par un centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (CRPAT). Une fois son état stabilisé, la femme peut alors être référée à un centre de santé et de services sociaux (CSSS) qui poursuivra la démarche du CRPAT.

Ce type de traitement offre à la mère et au bébé un meilleur

suivi prénatal et de meilleurs résultats thérapeutiques que l'usage continu d'héroïne ou d'opiacés. Pour offrir davantage de confort et de stabilité à la femme enceinte, les doses de méthadone peuvent être augmentées au dernier trimestre. Puis, ces doses sont diminuées dans les jours suivant l'accouchement. Les symptômes de sevrage peuvent être présents chez le nouveau-né jusqu'à 14 jours après la naissance et l'enfant est souvent de poids inférieur à la moyenne. Une mère qui suit un traitement à la méthadone peut allaiter, selon certaines conditions. Ainsi, la prise de méthadone par la femme enceinte peut être sécuritaire lorsqu'un contrôle médical et obstétrical régulier est exercé⁴⁴.

La consommation de cannabis

Une enquête canadienne menée en 2004 rapportait que 46,4% des Québécois déclaraient avoir fait usage du cannabis au moins une fois dans leur vie et 15,8% déclaraient en avoir consommé au cours des douze derniers mois⁴⁵. Puisque le cannabis est la drogue illicite la plus consommée à l'échelle planétaire, canadienne et québécoise, il paraît pertinent de s'attarder plus particulièrement aux répercussions de cette drogue sur la grossesse, le fœtus et l'enfant.

Plusieurs études ont été menées sur le sujet et certains résultats obtenus sont contradictoires⁴⁶. Néanmoins, des recherches ont relevé des effets possibles du cannabis sur le fœtus. Les lignes qui suivent abordent donc les répercussions possibles du cannabis sur la grossesse et sur l'enfant, et ce, afin que les femmes qui consomment cette drogue puissent faire un choix éclairé lorsqu'elles sont enceintes.

Il a été établi que, lorsque la mère consomme du cannabis, le THC (principal composant actif du cannabis) traverse la barrière placentaire⁴⁷. Également, le fœtus recevrait dans son sang la même concentration de THC que celle de la mère⁴⁸. Il importe de noter que la moyenne de THC contenu dans le cannabis a augmenté au cours des vingt dernières années⁴⁹.

Une étude américaine menée auprès de 12 000 femmes enceintes a montré un effet de la consommation de cannabis sur le poids de l'enfant à la naissance⁵⁰. Selon cette étude, les femmes qui consommaient au moins une fois par semaine avaient un plus grand risque de donner naissance à des enfants dont le poids à la naissance était plus petit que la moyenne. Également, une autre étude rapportait une diminution de la taille des enfants issus de mères consommatrices⁵¹. Il importe de noter qu'un petit poids et une petite taille à la naissance ne rendent pas l'accouchement plus facile. Au contraire, un bébé plus petit est souvent moins fort, ce qui fait en sorte qu'il pourrait éprouver de la difficulté à contribuer à l'accouchement, rendant ainsi le travail plus difficile pour la mère et augmentant les risques de difficultés néo-natales⁵².

En ce qui concerne le déroulement de la grossesse, il semble que la consommation de cannabis pourrait augmenter le risque d'accouchement prématuré⁵³, de fausses couches, une augmentation des contractions de même que certaines complications au cours de la grossesse et pendant l'accouchement⁵⁴.

Ressources

Le sujet de la consommation d'alcool ou de drogues durant la grossesse n'est pas toujours simple à aborder. Lorsque vous vous interrogez à ce propos, n'hésitez pas à communiquer avec des ressources spécialisées. Ces ressources vous fourniront de l'information juste ainsi que le soutien nécessaire.

Services de première ligne

Les CSSS (CLSC) sont responsables de l'accès aux services de première ligne. Ainsi, ils accueillent les diverses clientèles, font de la détection de cas, de la désintoxication externe et des interventions précoces. Ils assurent des services de maintien à la méthadone, réfèrent les personnes dont la détection indique un résultat d'abus ou de dépendance vers les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (CRPAT) pour fins d'évaluation spécialisée, et ils offrent du soutien à l'entourage et dans la communauté.

Il faut donc, en premier lieu, référer la personne vers le CLSC de son quartier.

Services spécialisés

En deuxième ligne, les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes offrent des services spécialisés aux personnes dépendantes. Les CRPAT évaluent la gravité de l'abus ou de la dépendance de chaque personne et la dirigent vers les services spécialisés appropriés à ses besoins.

- L'Estran (Bas-Saint-Laurent)	418 868-1010
- Centre de santé et de services sociaux de Jonquière (Saguenay–Lac-Saint-Jean)	418 695-7710
- Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve (Québec)	418 663-5008
- Domrémy (Mauricie–Centre-du-Québec)	819 374-4744
- Centre Jean-Patrice-Chiasson/ Maison Saint-Georges (Estrie)	819 821-2500
- Centre Dollard-Cormier (Montréal)	514 385-0046
- Portage-programme pour femmes enceintes/avec jeunes enfants (Montréal)	514 939-0202
- Centre Jellinek (Outaouais)	819 776-5584
- Centre Normand (Abitibi-Témiscamingue)	819 732-8241
- Unité Domrémy (Côte-Nord)	418 296-3486
- Centre de santé René-Ricard (Nord-du-Québec)	418 745-2591
- Centre L'Escale (Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine)	418 774-3304 poste 2391
- Centre Le Maillon (Laval)	450 975-4054
- Le Tremplin (Lanaudière)	450 755-6655
- Centre André-Boudreau (Laurentides)	450 432-1395
- Centre Le Virage (Montérégie)	450 443-2100
- Pavillon Foster - programmes pour personnes anglophones (Montérégie)	450 659-8911

De plus, de nombreux organismes privés ou communautaires interviennent en toxicomanie. Afin de s'assurer que les conditions offertes aux personnes qui présentent des problèmes de toxicomanie sont sécuritaires sur le plan physique, psychologique et moral, il existe un programme volontaire de certification mis en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Il est possible de consulter le répertoire des ressources en dépendances pour repérer les ressources certifiées dans votre région, en vous rendant à l'adresse suivante :

http://dependances.gouv.qc.ca/index.php?repertoire_des_ressources_dependance

Ressources téléphoniques

■ Drogue : aide et référence

Une ligne d'information, d'écoute et de référence à l'intention des personnes toxicomanes, de leur entourage et pour les intervenants sociaux

- 24 heures par jour

- 7 jours par semaine

- Aide en ligne : <http://www.drogue-aiderreference.qc.ca/>

- Aide téléphonique : **1 800 265-2626**

- Dans la région de Montréal, composez le **514 527-2626**

■ Motherisk, Alcohol and Substance Use Helpline

Organisation torontoise qui propose des services de soutien téléphonique à l'intention de la population en général et des professionnels de la santé à propos de différents aspects relatifs à la grossesse. Les conseillers dûment formés (francophones et anglophones) répondent, du lundi au vendredi et de 9 h 00 à 17 h 00, aux questions sur l'alcool et les drogues durant la grossesse.

Aide téléphonique (sans frais) : **1 877 327-4636**

Ressources électroniques

- Ministère de la Santé et des Services sociaux
<http://dependances.gouv.qc.ca/index.php?accueil>
- Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec
<http://www.acrdq.qc.ca>
- Réseau canadien pour la santé des femmes,
«La consommation d'alcool et de drogues pendant la grossesse : Les faits» : http://www.cwhn.ca/network_reseau/reseau/reseau_vol1no1/rvfacts.html
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), *«Base de données nationale sur des ressources ayant trait à l'ETCAF et à la consommation d'alcool et de drogues pendant la grossesse» : <http://www.ccsa.ca/fas>*
- Centre de référence sur les agents tératogènes (CRAT) *«Dépendances» (France), http://www.lecrat.org/rubrique.php3?id_rubrique=31*

Références

1. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, *Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*, Édition 2009, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2009, 234 p.
2. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, *Rapport sur la santé périnatale au Canada*, Édition 2008, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2008, 336 p.
3. G. NEILL, B. BEAUVAIS, N. PLANTE et L.N. HAIEK, *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec 2005-2006*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2006, 91 p.
4. H. C. OLSON, D. M. BURGESS et A. P. STREISSGUTH (1992). «Fetal Alcohol Syndrome (FAS) and Fetal Alcohol Effects (FAE): a lifespan view, with implications for early intervention», *Zero to three/National Center for Clinical Infant Programs*, vol. 13, no 1, p. 24-29.
5. M. TITRAN et L. GRATIAS (2005). *À sa santé : pour une prise de conscience des dangers de l'alcool pendant la grossesse*, Paris, Éditions Albin Michel, 214 p.
6. L. S. LUNDSBERG, M. B. BRACKEN et A. F. SAFTLAS (1997). «Low-to-moderate gestational alcohol use and intrauterine growth retardation, low birthweight and preterm delivery», *Annals of Epidemiology*, vol. 7, p. 498-508.
7. U. KESMODEL, S. F. OLSEN et N. J. SECHER (2000). «Does alcohol increase the risk of preterm delivery?» *Epidemiology*, vol. 11, p. 512-518.
8. T. HENRIKSEN, N. HJOLLUND, T. JENSEN, J. BONDE, A. ANDERSSON, H. KOLSTAD, E. ERNST, A. GIWERCMAN, N. SKAKKEBÆK et J. OLSEN (2004). «Alcohol Consumption at the Time of Conception and Spontaneous Abortion», *American Journal of Epidemiology*, vol. 160, no 7, p. 661-667.
9. H. A. HADI, J. A. HILL et R. A. CASTILLO (1987). «Alcohol and reproductive function: a review», *Obstetrical Gynecological Survey*, vol. 42, no 2, p. 69-74.
10. K. STRATTON, C. HOWE et F. BATTAGLIA (1996). *Fetal Alcohol Syndrome: Diagnosis, Epidemiology, Prevention, and Treatment*, Washington, DC; National Academy Press.
11. A. STREISSGUTH, et R. LITTLE (1994). *Alcohol, pregnancy and the fetal alcohol: Unit 5. Biomedical education: Alcohol use and its medical consequences*, Hanover, NH: Dartmouth Medical School Project Cork.
12. S. K. CLARREN, et D. W. SMITH (1979). «The Fetal Alcohol Syndrome», *New England Journal of Medicine*, vol. 298, p. 1063-1067.
13. J. L. JACOBSON, et S. W. JACOBSON (1999). «Drinking moderately and pregnancy. Effects on child development», *Alcohol Research and Health*, vol. 23, no 1, p. 25-30.
14. U. KESMODEL, K. WISBORG, S. F. OLSEN, T. B. HENRIKSEN et N. J. SECHER (2002). «Moderate alcohol intake in pregnancy and the risk of spontaneous abortion», *Alcohol and Alcoholism*, vol. 37, no 1, p. 87-92.
15. N. L. DAY, S. L. LEECH, G. A. RICHARDSON, M. D. CORNELIUS, N. ROBLES et C. LARKBY (2002). «Prenatal alcohol exposure predicts continued deficits in offspring size at 14 years of age», *Alcoholism, Clinical and Experimental*, vol. 26, no 10, p. 1584-1591.
16. S. L. HANS (1999). «Demographic and psychosocial characteristics of substance-abusing pregnant women», *Clinic of Perinatology*, vol. 26, no 1, p. 55-69.
17. E. M. ADLAF, P. BEGIN et E. SAWKA (Éds.) (2005). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits : Rapport détaillé*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
18. S. CHEVALIER, et O. LEMOINE (2000). «Consommation de drogues et autres substances psychoactives», dans INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Enquête sociale et santé 1998*, 2^e édition, Québec, p. 134-144.
19. J. LECOMPTE, E. PERREAULT, M. VENNE et K. LAVANDIER (2002). *Impacts de la toxicomanie maternelle sur le développement de l'enfant et portrait des services existants au Québec*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 79 p.
20. S. RAFTIS, et W. REYNOLDS (1996). «Give and Take: A booklet for pregnant women about alcohol and other drugs», Edmonton, [En ligne] : <http://www.ccsa.ca/pdf/extl-009371-2002.pdf> (page consultée le 10 mars 2007).
21. B. ZUCKERMAN, D. A. FRANK, R. HINGSON, H. AMARO, S. M. LEVENSON, H. KAYNE et autres (1989). «Effects of maternal marijuana and cocaine use on fetal growth», *New England Journal of Medicine*, vol. 320, no 12, p. 762-768.
22. C. L. WAGNER, L. D. KATIKANENI, T. H. COX et R. M. RYAN, (1998). «The impact of prenatal drug exposure on the neonate», *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, vol. 25, no 1, p. 169-194.
23. ALBERTA ALCOHOL AND DRUG ABUSE COMMISSION (2004). «Hallucinogen, Effects Series», [En ligne] : http://www.aadac.com/documents/women_effects_hallucinogens.pdf (page consultée le 5 mars 2007).
24. M. M. MVULA, J. M. MILLER et F. A. RAGAN (1999). «Relationship of phencyclidine and pregnancy outcome», *Journal of Reproductive Medicine*, vol. 44, no 12, p. 1021-1024.
25. H. T. GILMORE (2001). «Peyote use during pregnancy», *South Dakota Journal of Medicine*, vol. 54, no 1, p. 27-29.
26. M. A. PLESSINGER (1998). «Prenatal exposure to amphetamines: Risks of adverse outcomes in pregnancy», *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, vol. 25, no 1, p. 119-138.
27. M. A. PLESSINGER (1998). «Prenatal exposure to amphetamines: Risks of adverse outcomes in pregnancy», *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, vol. 25, no 1, p. 119-138.
28. ALBERTA ALCOHOL AND DRUG ABUSE COMMISSION (2004). «Amphetamines, Effects Series» [En ligne] : http://www.aadac.com/documents/women_effects_amphetamines.pdf (page consultée le 5 mars 2007); dans ANONYMOUS (2002). «Ecstasy and pregnancy: Warn against ecstasy use», *Prescrire International*, vol. 11, no 59, p. 91.
29. J. LECOMPTE, E. PERREAULT, M. VENNE et K. LAVANDIER, (2002). *Impacts de la toxicomanie maternelle sur le développement de l'enfant et portrait des services existants au Québec*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 79 p.
30. M. BEHNKE, F. D. EYLER, C. W. GARVAN et K. WOBIE (2001). «The search for congenital malformations in newborns with fetal cocaine exposure», *Pediatrics*, vol. 107, no 5, p. e74.
31. J. LECOMPTE, E. PERREAULT, M. VENNE et K. LAVANDIER (2002). *Impacts de la toxicomanie maternelle sur le développement de l'enfant et portrait des services existants au Québec*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 79 p.
32. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2004). *The Health Consequences of Smoking: A Report on the Surgeon General*, Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
33. *Id.*, *Ibid.*
34. J. LECOMPTE, E. PERREAULT, M. VENNE et K. LAVANDIER (2002). *Impacts de la toxicomanie maternelle sur le développement de l'enfant et portrait des services existants au Québec*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 79 p.
35. CENTRE FOR ADDICTION AND MENTAL HEALTH (2006). «Do You Know... Heroin», Toronto, [En ligne] : http://www.camh.net/About_Addiction_Mental_Health/Drug_and_Addiction_Information/heroin_dyk.html (page consultée le 7 septembre 2007).
36. S. SHANKARAN, B. M. LESTER, A. DAS, C. R. BAUER, H. S. BADA, L. LAGASSEG et R. HIGGINS (2007). «Impact of maternal substance use during pregnancy on childhood outcome», *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, vol. 12, no 2, p. 143-150.

Références

37. G. L. BELL et K. LAU, (1995). « Perinatal and neonatal issues of substance abuse », *Pediatrics Clinics of North America*, vol. 42, no 2, p. 261-281.
38. CHILDREN'S AND WOMEN'S HEALTH CENTRE OF BRITISH COLUMBIA (1999). *Guidelines for perinatal care of substance-using women and their infants*, Vancouver, B.-C., British Columbia Reproductive Care Program.
39. ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC et COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (1999, révisé en 2004). *Utilisation de la méthadone dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés : lignes directrices*, Québec, 36 p.
40. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007). *Offre de service 2007-2012- programme service-dépendances : orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience*, gouvernement du Québec, 56 p.
41. N. POOLE (1997). « La consommation d'alcool et de drogues pendant la grossesse : Les faits », Réseau canadien pour la santé des femmes, [En ligne] : http://www.cwhn.ca/network-reseau/reseau/reseau_vol1no1/rvfacts.html (page consultée le 10 mars 2007).
42. *Id., Ibid.*
43. ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC ET COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (1999, révisé en 2004). *Utilisation de la méthadone dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés : lignes directrices*, Québec, 36 p.
44. I. HEARD (1997). « État des lieux, grossesse et méthadone : un point sur la littérature », *Journal Santé Réduction des Risques Usages de Drogues*, [En ligne] : http://www.pistes.fr/swaps/2_25.htm (page consultée le 10 mars 2007).
45. E. M. ADLAF, P. BEGIN et E. SAWKA (Éds.) (2005). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits : Rapport détaillé*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
46. C. DAVITIAN, M. UZAN, A. TIGAIZIN, G. DUCARME, H. DAUPHIN et C. PONCELET (2006). « Consommation maternelle de cannabis et retard de croissance intra-utérin », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, vol. 34, p. 632-637.
47. J. IDANPAAN-HEIKKILA, G. E. FRITCHIE, L. F. ENGLERT, B. T. HO et W. M. MCISAAC (1969). « Placental transfer of tritiated-1-delta-9-tetrahydrocannabinol », *New England Journal of Medicine*, vol. 281, no 6, p. 330.
48. F. GROTENHERMEN (2003). « Pharmacokinetics and pharmacodynamics of cannabinoids », *Clinical Pharmacokinetics*, vol. 42, p. 327-360.
49. AUSTRALIAN NATIONAL COUNCIL ON DRUGS (2006). « Cannabis: Answers to Your Questions », [En ligne] : http://www.ancd.org.au/publications/pdf/cannabis_qa.pdf (page consultée le 25 septembre 2007).
50. D. M. FERGUSSON, L. J. HORWOOD, K. NORTHSTONE et ALSPAC STUDY TEAM (2002). « Maternal use of cannabis and pregnancy outcome », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 109, p. 21-27.
51. B. ZUCKERMAN, D. A. FRANK, R. HINGSON, H. AMARO, S. M. LEVENSON, H. KAYNE et autres (1989). « Effects of maternal marijuana and cocaine use on fetal growth », *New England Journal of Medicine*, vol. 320, no 12, p. 762-768.
52. ALBERTA ALCOHOL AND DRUG ABUSE COMMISSION (2004). « Amphetamines, Effects Series », [En ligne] : http://www.aadac.com/documents/women_effects_amphetamines.pdf (page consultée le 5 mars 2007). Dans ANONYMOUS (2002). « Ecstasy and pregnancy: Warn against ecstasy use », *Prescrire International*, vol. 11, no 59, p. 91.
53. R. A. SHERWOOD, J. KEATING, V. KAVVADIA et autres (1999). « Substance misuse in early pregnancy and relationship to fetal outcome », *European Journal of Pediatrics*, vol. 158, no 6, p. 488-492.
54. PARK, B., J. M. MCPARTLAND et M. GLASS (2004). « Cannabis, cannabinoids and reproduction, Prostaglandins Leukotrienes and Essential Fatty Acids », vol. 70, no 2, p. 189-197.

