

# Consommation de drogues licites et illicites pendant la grossesse : Répercussions sur la santé maternelle, néonatale et infantile

## L'enjeu

La santé physique et mentale d'une femme pendant sa grossesse peut avoir un impact important sur le bien-être de son bébé. Les drogues peuvent avoir des répercussions sur le système nerveux central de la femme enceinte et porter atteinte à ses capacités intellectuelles, de prise de décision, et à prendre soin d'elle-même et de son enfant.

La toxicomanie n'engendre pas seulement des méfaits par rapport à la santé physique; elle entraîne également des facteurs de risque environnementaux et sociaux associés à l'obtention de drogues (comme le partage d'aiguilles et le recours au vol ou à la prostitution pour acheter de la drogue). S'occuper d'un enfant devient d'autant plus compliqué que les femmes qui consomment des drogues sont plus susceptibles d'être stressées et en mauvaise santé, de ne pas bénéficier du soutien d'un conjoint, d'avoir un niveau d'éducation et d'emploi plus faible, et d'être victimes de violence physique et d'abus sexuels<sup>1,2,3</sup>. De plus, près de 60 % des femmes qui consomment des substances souffrent également de troubles de santé mentale comme la dépression, l'anxiété ou le stress post-traumatique, qui peuvent être aggravés par les fluctuations émotionnelles associées à la grossesse<sup>4,5</sup>.

Il y a lieu de s'inquiéter alors qu'un sondage a révélé qu'au cours du mois précédent, 13 % de Canadiennes enceintes signalaient avoir fumé la cigarette, 11 % signalaient avoir consommé de l'alcool, et 5 % signalaient avoir consommé des drogues durant leur grossesse<sup>6</sup>. Les femmes pourraient avoir du mal à chercher à accéder au traitement à cause de la stigmatisation de la toxicomanie, surtout lorsque celle-ci survient chez les femmes enceintes<sup>7,8,9,10,11</sup>. La consommation de substances pendant la grossesse constitue donc un problème complexe qui exige des politiques et des programmes diversifiés.

## Principales constatations

Souvent, les femmes développent une dépendance plus vite que les hommes<sup>12,13,14,15,16,17</sup> et subissent des séquelles médicales comme les troubles de la circulation, la cirrhose, l'hypertension, le cancer et même la mort<sup>18,19,20</sup>. La consommation de drogues pendant la grossesse peut entraîner des complications médicales comme la fausse couche précoce, le décollement du placenta, le retard de croissance du fœtus, la formation de caillots, l'hypertension, la mort intra-utérine, le travail avant terme et l'hémorragie de la délivrance. Les méfaits liés à des substances spécifiques sont résumés dans le tableau 1<sup>21</sup>.



Tableau 1. Risques pour la mère et le bébé selon la substance consommée pendant la grossesse

	Opiïdes	Cocaïne	Amphétamines	Cannabis	Tabac	Alcool
Fausse couche	X	X		X	X	
Perturbation du placenta		X			X	
Naissance prématurée	X	X	X	X	X	
Retard de croissance intra-utérin		X		X	X	X
Faible poids à la naissance	X	X	X	X	X	X
Mort intra-utérine		X	X	X	X	
Trouble/insuffisance respiratoire	X				X	
Diminution de la fertilité				X		
Présence dans le lait maternel	X		X			
Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale						X
Syndrome de sevrage néonatal	X				X	X

**Note :** Ce tableau ne résume pas tous les risques pour la santé de la mère et de l'enfant liés à chaque substance, mais représente plutôt les risques décrits dans le rapport complet.

Il est ardu de cerner les effets propres à chaque substance car il y a souvent une consommation concomitante d'autres drogues. Les résultats indésirables peuvent également provenir d'autres facteurs liés à la consommation de drogues comme la mauvaise alimentation ou le stress<sup>22</sup>. La sous-déclaration systématique de la consommation de drogues<sup>6</sup> complique également la détermination du rapport de cause à effet. Ces limitations constituent des obstacles à l'étude de cette question.

### *Syndrome de sevrage néonatal (SSN)*

La présence de drogues dans la circulation sanguine d'une femme enceinte peut entraîner la dépendance du fœtus. Le syndrome de sevrage néonatal (SSN) commence lorsque le cordon ombilical est coupé, puisque la transmission de la drogue s'arrête brusquement, entraînant des symptômes de sevrage chez le nouveau-né. Le SSN peut survenir suite à la consommation maternelle d'antidépresseurs, de sédatifs hypnotiques, d'alcool et de tabac pendant la grossesse<sup>23,24,25</sup>. Au Canada, 3 bébés sur 1 000 nés en 2009–2010 souffraient de SSN<sup>26</sup>.

Les symptômes du SSN peuvent varier en sévérité, allant d'une légère irritation et des problèmes d'alimentation à des répercussions sur le système nerveux central, le système nerveux autonome, l'appareil respiratoire et le système gastro-intestinal pouvant entraîner la mort. On peut soigner le



SSN à l'aide de médicaments, avec une diminution progressive de la dose une fois que l'état du bébé s'est stabilisé<sup>27,28</sup>. Les techniques suivantes se sont toutes avérées utiles pour calmer des bébés atteints par le SSN : l'emballotement, les changements de position, les soins de la peau, la tétée non alimentaire et un environnement tranquille.

En 2012, le Neonatal Abstinence Work Group [groupe de travail sur le sevrage néonatal] a élaboré pour l'Ontario un ensemble de lignes directrices sur la pratique en matière de SSN, notamment le dépistage, l'évaluation et le traitement médical<sup>29</sup>. Le ministère du Développement de l'enfance et de la famille de la Colombie-Britannique a également publié un document sur les soins quotidiens à prodiguer aux bébés ayant subi une exposition prénatale à l'alcool ou aux drogues<sup>30</sup>.

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

L'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale implique une gamme de répercussions dues à l'exposition in utero à l'alcool<sup>31</sup>. L'ETCAF peut entraîner des troubles cognitifs, du comportement et émotionnels de gravité variable, dont les troubles d'apprentissage et du contrôle des impulsions. Ces résultats peuvent persister à l'âge adulte. L'ETCAF a été décelé chez environ 9 bébés par 1 000 naissances vivantes au Canada en 2003<sup>32</sup>. En 2005, un sous-comité du Comité consultatif national sur l'ETCAF de l'Agence de la santé publique du Canada a élaboré des lignes directrices sur le dépistage, les critères diagnostics et le traitement de l'ETCAF<sup>33</sup>.

### *Effet global de la consommation de drogues sur l'enfant*

Lorsque les problèmes de toxicomanie et de santé mentale sont concomitants chez un parent, cela peut conduire à un environnement familial instable et peu sécuritaire pour l'enfant. Les enfants nés de mères aux prises avec des problèmes de toxicomanie peuvent présenter des troubles cognitifs, du développement, de l'attention et du comportement. Dans certains cas, des méthodes parentales attentionnées et un environnement familial offrant beaucoup de soutien ont réussi à compenser les effets néfastes de la consommation de substances pendant la grossesse<sup>34</sup>.

## **Traitement**

La grossesse peut constituer un moment apte à la réflexion, pouvant motiver une femme à aborder de front sa consommation de substances. Les traitements avec les meilleurs résultats sont ceux qui prennent en compte la dépendance neurobiologique, ainsi que les traumatismes ou les troubles psychosociaux sous-jacents qu'une personne aurait peut-être essayé de gérer par la consommation de substances<sup>35</sup>. La méthadone et la buprénorphine, substances qui se fixent aux mêmes récepteurs que les opioïdes, sont administrées comme traitement médicamenteux pour éliminer le besoin physiologique de la drogue et réduire les effets indésirables du sevrage<sup>36</sup>. De tels traitements réduisent la consommation de drogues illégales de la mère, contribuent à améliorer son alimentation, et l'aident à apporter des changements positifs dans sa vie qui peuvent stabiliser sa situation personnelle avant la naissance de l'enfant. On peut avoir recours au traitement médicamenteux pendant la grossesse, mais ni l'un ni l'autre des médicaments susmentionnés n'est sans risque pour le fœtus<sup>1</sup>. Après la naissance de l'enfant, l'allaitement pendant le traitement médicamenteux est possible, quoiqu'il devrait se faire seulement après consultation avec le personnel médical et selon le cas spécifique.

---

<sup>1</sup> Au Canada, la buprénorphine combinée au naloxone est parfois utilisée pour le traitement de la dépendance aux opioïdes. Cette préparation est toutefois contre-indiquée pendant la grossesse, à cause de la présence de naloxone. Bien qu'il soit possible d'obtenir de la buprénorphine simple par l'intermédiaire du Programme d'accès spécial de Santé Canada, certaines questions logistiques compliquent l'obtention de ce médicament.



Des services complets offrant du traitement médicamenteux, de l'assistance socio-psychologique ainsi que des ressources liées aux compétences parentales, à l'hébergement, à l'emploi et au transport réussissent à diminuer l'incidence de morbidité et de mortalité périnatales<sup>37,38,39</sup>. Néanmoins, certaines femmes enceintes ne suivront pas de traitement pour leur toxicomanie à cause de facteurs externes comme l'accès au traitement, le fait d'être entièrement responsable de l'éducation des enfants, de longues périodes d'attente avant de pouvoir entreprendre un programme de traitement, et des médecins qui ne préconisent pas le traitement<sup>40,41</sup>. La forte stigmatisation des personnes, et surtout des femmes enceintes, qui consomment des drogues peut également décourager les femmes d'envisager le traitement<sup>7,8,9,10,11</sup>. Pour avoir une portée plus efficace auprès des femmes qui auraient besoin de traitement, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et le Comité consultatif national sur l'ETCAF encouragent le dépistage de la consommation de substances pendant la grossesse ainsi que le dialogue sur cette question entre les praticiens, les femmes enceintes et les conjoints de ces dernières.

## Appel à l'action

*Consommation de drogues licites et illicites pendant la grossesse* souligne les constatations de recherches sur les résultats sur la santé néonatale et infantile, et conclut en indiquant qu'il y a beaucoup à faire pour traiter cet enjeu important pour la santé maternelle et infantile. Les fournisseurs de soins de santé ont besoin de renseignements factuels sur les risques de la consommation de substances pendant la grossesse et d'approches concrètes qui permettent de réduire les méfaits liés à ce comportement. Il faut veiller à ce que les données provenant des toutes dernières recherches dans le domaine de la consommation et de la dépendance parviennent jusqu'à la main d'œuvre en traitement de la toxicomanie, et que ces données soient reliées au contexte canadien. Les fournisseurs de soins devraient ensuite communiquer d'une manière neutre et compatissante ces renseignements aux femmes en âge de procréer et à leurs conjoints, afin de les sensibiliser à la prévention. Les soutiens au niveau de la famille et de la communauté devraient également contribuer au processus de traitement, afin que les interventions soient diversifiées et que les collaborations professionnelles prennent en compte les complexités biopsychosociales de la consommation de substances. L'engagement continu des cliniciens et des chercheurs à mieux comprendre les effets du traitement médicamenteux du SSN chez les nouveau-nés contribuerait également à l'efficacité du traitement.

Pour faciliter l'accès à ces renseignements et aux services appropriés, il faut combattre la stigmatisation de la consommation de substances en général, et par les femmes enceintes et les parents en particulier. Souligner le contexte neurologique de la dépendance peut encourager les médias à moins dramatiser le sort des enfants nés avec une dépendance et peut aider à sensibiliser davantage le public.

Enfin, quoique ce rapport n'en traite pas directement, les chercheurs devraient explorer d'autres facteurs touchant la consommation pendant la grossesse comme l'appartenance ethnique, le niveau de revenu, l'emplacement géographique et d'autres caractéristiques démographiques, ceci afin de contribuer à l'élaboration et à l'offre de services efficaces adaptés aux femmes et à leurs enfants. Les expériences uniques des jeunes devraient également être reconnues, surtout dans la mesure où les drogues ont un effet sur les voies neurologiques actives dans le jugement et la prise de décision, qui sont encore malléables jusqu'à la mi-vingtaine.

Les chercheurs et les professionnels de la santé doivent se tenir au courant des recherches biologiques et sociales sur les soins pour les femmes enceintes qui consomment des substances et doivent collaborer afin de s'assurer que les recherches disponibles sont employées pour améliorer la situation de la mère, de l'enfant, de sa famille et de la collectivité.



## Autres ressources

- Consommation de drogues licites et illicites pendant la grossesse : Répercussions sur la santé maternelle, néonatale et infantile
- Dissiper la fumée entourant le cannabis : Effets du cannabis pendant la grossesse
- Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada

---

1 Chou, S.P., et D.A. Dawson. « A study of the gender differences in morbidity among individuals diagnosed with alcohol abuse and/or dependence », *Journal of Substance Abuse*, vol. 6, 1994, p. 381-392.

2 Gomberg, E.S. « Women and alcohol: Use and abuse », *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 181, 1993, p. 211-219.

3 Simmons, L.A., J.R. Havens, J.B. Whiting, J.L. Holz et H. Bada. « Illicit drug use among women with children in the United States, 2002-2003 », *Annals of Epidemiology*, vol. 19, n° 3, 2009, p. 187-193.

4 Cox, J.L. « Psychiatric morbidity and pregnancy: A controlled study of 263 semi-rural Ugandan women », *British Journal of Psychiatry*, vol. 134, 1979, p. 401-405.

5 Evans, J., J. Heron, H. Francomb, S. Oke et J. Golding. « Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth », *British Medical Journal*, vol. 323, 2001, p. 257-260.

6 Ordean, A. et M. Kahan M. « Comprehensive treatment program for pregnant substance users in a family medicine clinic », *Le médecin de famille canadien*, vol. 57, n° 11, 2011, p. 430-435.

7 Copeland, J. « A qualitative study of barriers to formal treatment among women who self-managed change in addictive behaviours », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 4, 1997, p. 183-190.

8 Grella, C.E. « Services for perinatal women with substance abuse and mental health disorders: the unmet need », *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 29, 1997, p. 67-78.

9 Santé Canada. *Meilleures pratiques : Traitement et réadaptation des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*, Ottawa, chez l'auteur, 2001.

10 Poole, N., et B. Isaac. *Apprehensions: Barriers to Treatment for Substance-Using Mothers*, Vancouver, Centre d'excellence de la Colombie-Britannique pour la santé des femmes, 2001.

11 Cormier, R.A., C.A. Dell et N. Poole. « Women and substance abuse problems », *BMC Women's Health*, vol. 4, suppl. 1, 2004, p. S8.

12 Anglin, M.D., Y.I. Hser et W.H. McGlothlin, « Sex differences in addict careers - 2. Becoming addicted », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 13, 1987, p. 59-71.

13 Griffin, M.L., R.D. Weiss et U. Lange. « A comparison of male and female cocaine abuse », *Archives of General Psychiatry*, vol. 46, 1989, p. 122-126.

14 Haas, A.L., et R.H. Peters. « Development of substance abuse problems among drug-involved offenders: Evidence for the telescoping effect », *Journal of Substance Abuse*, vol. 12, 2000, p. 241-253.

15 Hernandez-Avila, C.A., B.J. Rounsaville et H.R. Kranzler. « Opioid-, cannabis- and alcohol-dependent women show more rapid progression to substance abuse treatment », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 74, n° 3, 2004, p. 265-272.

16 Mendelson, J.H., R. Weiss, M. Griffin, S.M. Mirin, S.K. Teoh, N.K. Mello et B.W. Lex. « Some special considerations for treatment of drug abuse and dependence in women », *NIDA Research Monograph*, vol. 106, 1991, p. 313-327.

17 Kay, A., T.E. Taylor, A.G. Barthwell, J. Wichelecki et V. Leopold. « Substance use and women's health », *Journal of Addictive Diseases*, vol. 29, n° 2, 2010, p. 139-163.

18 Diplock, J., et D. Plecas. *Dissiper la fumée entourant le cannabis : Les troubles respiratoires causés par l'inhalation de cannabis*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2009. Consulté à l'adresse : <http://www.ccsa.ca/2009%20CCSA%20Documents/ccsa-11798-2009.pdf>.

19 Karch, S.B. « Cocaine cardiovascular toxicity », *Southern Medical Journal*, vol. 98, n° 8, 2005, p. 794.

20 Radzikowska, E., P. Glaz et K. Roszkowski. « Lung cancer in women: Age, smoking, histology, performance status, stage, initial treatment and survival: Population-based study of 20,561 cases », *Annals of Oncology*, vol. 13, 2002, p. 1087-1093.

21 Finnegan, L.P. *Consommation de drogues licites et illicites pendant la grossesse : Répercussions sur la santé maternelle, néonatale et infantile, série Toxicomanie au Canada*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013.

22 Thadani, P.V., et coll. « National Institute on Drug Abuse conference report on placental proteins, drug transport, and fetal development », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 191, n° 6, 2004, p. 1858-1862.

23 Finnegan, L.P., R.E. Kron, J.F. Connaughton et J.P. Emich. « Neonatal abstinence syndrome: Assessment and management », *Addictive Disease*, vol. 2, 1975, p. 141.

24 Finnegan, L.P., et S.R. Kandall. « Neonatal abstinence syndromes », dans J. Aranda et S.J. Jaffe (éds), *Neonatal and pediatric pharmacology: Therapeutic principles in practice*, 3<sup>e</sup> éd., Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2005.



- 25 Weiner, S.M., et L.P. Finnegan. « Drug withdrawal in the neonate », dans G. Merenstein et S. Gardner (éds), *Handbook of Neonatal Intensive Care*, 6<sup>e</sup> éd., St. Louis (MO), Mosby, 2010.
- 26 Institut canadien d'information sur la santé. *Base de données sur la morbidité hospitalière de l'Institut canadien d'information sur la santé*, 2012.
- 27 Finnegan, L.P., et K. Kaltenbach. « Neonatal abstinence syndrome », dans R.A. Hoekelman, S.B. Friedman et N. Nelson (éds), *Primary pediatric care*, 2<sup>e</sup> éd., St. Louis (MO), CV Mosby, 1992, p. 1367–1378.
- 28 Kandall, S.R. « Treatment strategies for drug-exposed neonates », *Clinics in Perinatology*, vol. 26, 1999, p. 231–243.
- 29 Dow, K., A. Ordean, J. Murphy-Oikonen, J. Pereira, G. Koren et H. Roukema. « Neonatal abstinence syndrome clinical practice guidelines for Ontario », *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*, vol. 19, 2012, p. e488–506.
- 30 Nelson, C., R. Bhagat, K. Browning et L. Mills. *Baby steps: Caring for babies with prenatal substance exposure*, 3<sup>e</sup> éd., Victoria (C.-B.), ministère de l'Enfance et du Développement de la famille de la Colombie-Britannique, 2011.
- 31 Bertrand, J., et coll. National Task Force on FAS/FAE. *Fetal Alcohol Syndrome: Guidelines for Referral and Diagnosis*, Atlanta (GA), Centers for Disease Control and Prevention, 2004.
- 32 Agence de la Santé Publique du Canada. *Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) : Un Cadre d'action*, Ottawa, chez l'auteur, 2003.
- 33 Chudley, A.E., J. Conry, J.L. Cook, C. Looock, T. Rosales et N. LeBlanc. « Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale : lignes directrices canadiennes concernant le diagnostic », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 172, 5 suppl., 2005, p. S1–21.
- 34 National Institute on Drug Abuse. *Topics in Brief: Medication-Assisted Treatment for Opioid Addiction, 2012*. Consulté à l'adresse : <http://www.drugabuse.gov/publications/topics-in-brief/medication-assisted-treatment-opioid-addiction>.
- 35 Finnegan L.P., J.F. Connaughton, J.P. Emich et W.F. Wieland. « Comprehensive care of the pregnant addict and its effect on maternal and infant outcome », *Contemporary Drug Problems*, vol. 1, 1972, p. 795–809.
- 36 Centers for Disease Control and Prevention. *Methadone maintenance treatment*, Atlanta (GA), chez l'auteur, 2000.
- 37 Finnegan, L.P. « Treatment issues for opioid dependent women during the perinatal period », *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 23, n° 2, 1991a, p. 191–202.
- 38 Finnegan, L.P., et S.R. Kandall. « Maternal and neonatal effects of alcohol and drugs », dans J.H. Lowinson, P. Ruiz et J. Langrod (éds), *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*, 4<sup>e</sup> éd., Baltimore (MD), Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
- 39 Jarvis, M.A., et S.H. Schnoll. « Methadone treatment during pregnancy », *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 26, 1994, p. 155–161.
- 40 Albrecht, J., B. Lindsay et M. Terplan. « Effect of waiting time on substance abuse treatment completion in pregnant women », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 41, n° 1, 2011, p. 71–77.
- 41 Gershan, S. « Missed opportunities for intervening in the lives of pregnant women addicted to alcohol or other drugs », *Journal of the American Medical Women's Association*, vol. 50, n° 5, 1995, p. 160–163.
- 42 Wong, S., A. Ordean, M. Kahan, Comité de médecine foetomaternelle, Comité consultatif des médecins de famille, Comité des questions médico-juridiques, La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. « Consommation de substances psychoactives pendant la grossesse », *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, vol. 33, n° 4, 2011, p. 367–384.

ISBN 978-1-77178-091-9

© Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013



**Centre canadien de lutte  
contre les toxicomanies**  
Canadian Centre  
on Substance Abuse

Le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT) transforme des vies en mobilisant les gens et les connaissances afin de réduire les méfaits de l'alcool et des drogues sur la société. En partenariat avec des organismes publics et privés et des organisations non gouvernementales, il travaille à améliorer la santé et la sécurité des Canadiens.

Les activités et les produits du CCLT sont réalisés grâce à la contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées par le CCLT ne reflètent pas nécessairement celles du gouvernement du Canada.