



Lignes directrices provinciales  
pour la gestion clinique de la

# Consommation D'alcool à risque élevé et des troubles liés à la consommation d'alcool

## Supplément sur la grossesse



Ministry of  
Health



Santé  
Canada

Health  
Canada



BRITISH COLUMBIA  
CENTRE ON  
**SUBSTANCE USE**

*Networking researchers, educators & care providers*

**Supplément sur la grossesse — Lignes directrices provinciales pour la gestion clinique de la consommation d'alcool à risque élevé et des troubles liés à la consommation d'alcool**

Centre de Colombie-Britannique sur l'usage de substances (BCCSU), C.-B. Ministère de la Santé et ministère de la Santé mentale et des Dépendances de la Colombie-Britannique Supplément sur la grossesse — Lignes directrices provinciales pour la gestion clinique de la consommation d'alcool à risque élevé et des troubles liés à la consommation d'alcool. 2020. Vancouver, C.-B. : BCCSU. Disponible à l'adresse : <https://www.bccsu.ca/clinical-care-guidance/>.

**Auteur :** Centre de Colombie-Britannique sur l'usage de substances (British Columbia Centre on Substance Use, BCCSU)

**Éditeur :** Centre de Colombie-Britannique sur l'usage de substances (British Columbia Centre on Substance Use, BCCSU)

**Objectif du document :** Orientation clinique

**Date de publication :** TBD

**Public cible :** Médecins, infirmières et infirmières praticiennes, pharmaciens, professionnels paramédicaux et tout autre personnel clinique et non clinique participant aux soins de personnes enceintes et post-partum qui consomment de l'alcool.

**Coordonnées :**

British Columbia Centre on Substance Use  
400-1045 Howe Street, Vancouver, C.-B. V6Z 2A9  
[inquiries@bccsu.ubc.ca](mailto:inquiries@bccsu.ubc.ca)

**Reconnaissance territoriale**

Le Centre de Colombie-Britannique sur l'usage de substances souhaiterait reconnaître respectueusement que la terre sur laquelle nous travaillons est le territoire non cédé des Salish de la Côte, y compris les territoires des Nations meθkwey'em (Musqueam), Skwxwú7mesh (Squamish) et sel'ílweta| (Tsleil-Waututh).



## À propos du Centre de Colombie-Britannique sur l'usage de substances

Le Centre de Colombie-Britannique sur l'usage de substances (BC Centre on Substance Use, BCCSU) est une organisation ancrée à l'échelle provinciale ayant pour mission d'élaborer, de contribuer à mettre en place et d'évaluer des approches factuelles concernant l'usage de substance et la toxicomanie. Le BCCSU cherche à améliorer l'intégration de pratiques et de soins exemplaires tout le long du continuum de l'usage de substance par une élaboration collaborative de politiques, de lignes directrices et de normes fondées sur les données probantes. Avec le soutien de la province de la C.-B., le BCCSU souhaite transformer les politiques et les soins relatifs à l'usage de substance en appliquant les résultats de la recherche dans des orientations en matière d'éducation et de soins, afin de mieux servir toute la population de la Colombie-Britannique.

Le BCCSU cherche à atteindre ces objectifs grâce aux activités intégrées de ses trois fonctions principales : recherche et évaluation, éducation et formation, et orientation en matière de soins cliniques.

**Recherche et évaluation** — Direction d'un programme multidisciplinaire innovant d'activités de recherche, de surveillance, d'évaluation et d'amélioration de la qualité pour guider les améliorations du système de santé dans le domaine de l'usage de substance.

**Éducation et formation** — Renforcement des activités d'éducation sur le traitement de la toxicomanie dans toutes les disciplines, tous les établissements universitaires et autorités de santé, ainsi que formation de la prochaine génération de dirigeants interdisciplinaires spécialisés dans le traitement de la toxicomanie.

**Orientation en matière de soins cliniques** — Élaboration de lignes directrices en matière de pratique clinique, de parcours de soins et d'autres documents de soutien à la pratique fondés sur des données probantes et contribution à leur mise en œuvre.

## Auteurs et contributeurs

**Maryam Babaei**, M.Sc.; rédactrice médicale, Centre de Colombie-Britannique sur l'usage de substances

### Comité provincial sur le supplément aux Lignes directrices

**Eric Cattoni**, MD, CMFC; médecin codirecteur, Dépendances périnatales, BC Women's Hospital; moniteur clinique, Department of Family Medicine, Université de la Colombie-Britannique; médecin clinicien, Sheway

**Kirsten Ellingson**, maîtrise en soins infirmiers; infirmière clinicienne spécialisée, gestionnaire, Santé mentale et toxicomanie, Régie de la santé des Premières Nations

**Jana Encinger (coprésidente)**, inf. aut., maîtrise ès sciences infirmières; directrice, Qualité clinique et amélioration des systèmes (soins actifs), Perinatal Services BC; professeure auxiliaire, School of Nursing, Université de la Colombie-Britannique

**Valerie Giang (coprésidente)**, MD, CMFC; membre agrée de la société médicale canadienne sur l'addiction, Centre de Colombie-Britannique sur l'usage de substances; consultante en médecine de la toxicomanie, Hôpital St. Paul's, Providence Health Care

**Janine Hardial**, MD, CMFC, FCMF; coordonnatrice médicale, Sheway, Vancouver Coastal Health; médecin-conseil, Service de lutte contre les dépendances périnatales, BC Women's Hospital; professeure clinicienne adjointe, Université de la Colombie-Britannique

**Cheyenne Johnson**, inf. aut., maîtrise en santé publique, CCRP; directrice générale par intérim, Centre de Colombie-Britannique sur l'usage de substances

**Sarah Lea**, M.Sc., MD; médecin de famille, GROW Health; médecin responsable de la toxicomanie périnatale, Lead Island Health; instructrice clinique, Département de médecine familiale, Université de la Colombie-Britannique

**Nickie Mathew**, MD, ABPN (psychiatrie de la dépendance), FRCPC (psychiatrie légale), ABPM (médecine de la dépendance); directrice médicale, Complex Mental Health and Substance Use Services, BC Mental Health Substance Use Services; professeure clinicienne adjointe, Département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique

**Seonaid Nolan**, MD, FRCPC, Dip. ABAM; professeur adjoint, Département de médecine, Université de la Colombie-Britannique; directeur, Interdepartmental Division of Addiction Medicine, Providence Health Care; directeur du programme des médecins, Interdisciplinary Substance Use Program, Providence Health Care; Chercheur scientifique, Centre de Colombie-Britannique sur l'usage de substances; chercheur professionnel de la santé, Michael Smith Foundation for Health Research Health

**Nancy Poole**, Ph. D.; directrice du Centre d'excellence pour la santé des femmes et responsable de la prévention pour le Réseau canadien de recherche sur l'ETCAF

**Samantha Robinson**, inf. aut., maîtrise en santé publique; directrice clinique intérimaire, Centre de Colombie-Britannique sur l'usage de substances; professeure auxiliaire, École des sciences infirmières, Université de la Colombie-Britannique

**Bernd Wittmann**, MD, FRCSC; Obstétricien-gynécologue, consultant en médecine materno-fœtale, Amara Clinic, Surrey

### Groupe d'examen externe

**Jackie Ferguson**, MD, FRCSC; Régie de la santé de la Saskatchewan, Département d'obstétrique et de gynécologie, Regina

**Rod Knight**, Ph. D.; professeur adjoint, Département de médecine, Université de la Colombie-Britannique; chercheur scientifique, Centre de Colombie-Britannique sur l'usage de substances; chercheur, Michael Smith Foundation for Health Research

**Mona Kwong**, B.Sc. (pharm.), M.Sc., Ph. D.; conseillère en pharmacie, Centre de Colombie-Britannique sur l'usage de substances; pharmacienne clinicienne et gestionnaire, Pharmasave Howe Street; pharmacienne consultante clinique, Infinity Medical Specialists Clinic; instructrice clinique, Faculté des sciences pharmaceutiques, Université de la Colombie-Britannique

**A.J. Lowik**, M.A., personne candidate au doctorat, Université de la Colombie-Britannique; personne adjointe à l'enseignement supérieur, Centre de Colombie-Britannique sur l'usage de substances

**Patrick L.L. McDonald**, MD, MSc, dip. ISAM; Associé en médecine des toxicomanies, Centre de Colombie-Britannique sur l'usage de substances; Département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique

**Alice Ordean**, MD, CMFC, M.Sc.S., FCFM, FASAM; directrice médicale, Toronto Center for Substance Use in Pregnancy, Département de médecine familiale, St. Joseph's Health Center, Toronto

**Andrea Ryan**, MD, CMFC, dip. ISAM; MD, CMFC, Dip. instructrice clinique, Département de médecine familiale, Université de la Colombie-Britannique; médecin responsable, Addiction Medicine Consult Team (AMCT), Hôpital St. Paul's; conseillère en toxicomanie, Hôpital St. Paul's; chercheuse associée, Centre de Colombie-Britannique sur l'usage de substances

**Sarah Smith**, MD; 3<sup>e</sup> année d'études supérieures Obstétrique et gynécologie, Université de la Saskatchewan

**Sharon Vipler**, MD, CMFC(AM), Dipl. professeure clinicienne adjointe, directrice médicale des programmes, Université de la Colombie-Britannique; responsable régionale, Addiction Medicine and Substance Use Services, Fraser Health Authority

### Examineurs et partenaires du système de santé



## Remerciements

Le Comité du supplément aux lignes directrices remercie Emily Wagner et Josey Ross pour leur soutien à la supervision et leur contribution à la rédaction. Le comité souhaiterait également remercier les membres de l'équipe du BCCSU suivants pour leurs contributions à ce travail : Maya Bird, Jessica Bright, Trish Emerson, Yuko Endo, Kevin Hollett, Grace Nie, Warren O'Briain et Kelsey Van Pelt.

Ces travaux ont été entrepris en partie grâce au financement de la province de la Colombie-Britannique. Des fonds supplémentaires ont été fournis par les Instituts de recherche en santé du Canada dans le cadre de l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (SMN-139148).

## Avis de non-responsabilité pour les fournisseurs de soins de santé

Les recommandations du présent supplément aux lignes directrices représentent le point de vue du comité provincial sur le supplément aux lignes directrices, qu'il s'est forgé après un examen attentif des données probantes scientifiques disponibles et de l'analyse suivante d'experts externes. L'application des recommandations contenues dans ce document n'annule pas la responsabilité des professionnels de la santé de prendre des décisions appropriées en fonction des besoins, des préférences et des valeurs de chaque patient, en accord avec ce patient et les membres de sa famille ou ses tuteurs, et, le cas échéant, des experts externes (p. ex. consultation d'un spécialiste). Lors de l'exercice de leur jugement clinique à propos du traitement de la consommation d'alcool pendant la période périnatale et du trouble de consommation d'alcool, les professionnels de la santé de la Colombie-Britannique doivent tenir compte de l'intégralité de ce supplément aux lignes directrices tout en remplissant leur devoir de respect des principes et valeurs fondamentaux du Code de déontologie de l'Association médicale canadienne, en particulier la compassion, la bienfaisance, la non-malfaisance, le respect des personnes, la justice et l'obligation de rendre des comptes, ainsi que des normes requises pour une bonne pratique clinique définies par le College of Physicians & Surgeons of British Columbia et tout autre organisme de réglementation provincial pertinent. Rien dans ce supplément aux lignes directrices ne doit être interprété comme étant en contradiction avec l'accomplissement de ces devoirs.

## Avis de non-responsabilité légale

Bien que les personnes et groupes ayant participé à la production de ce document aient fait tout leur possible pour garantir l'exactitude des renseignements contenus dans ce document d'orientation, veuillez noter que les informations sont fournies « à titre d'information ». Le ministère de la Santé, le ministère de la Santé mentale et des Dépendances de la Colombie-Britannique et le BCCSU ne font aucune déclaration ni garantie de quelque nature que ce soit, expresse ou tacite, concernant l'exactitude des renseignements ou l'adéquation des renseignements à un usage particulier. Dans toute la mesure permise par la législation applicable, le ministère de la Santé, le ministère de la Santé mentale et des Dépendances de la Colombie-Britannique et le BCCSU rejettent toute responsabilité et ne sont pas liés par une déclaration ou une garantie expresse, tacite ou prévue par la loi (y compris, sans s'y limiter, les déclarations ou garanties de titre ou de non-violation).

Le présent supplément aux lignes directrices vise à favoriser une compréhension d'un problème clinique et à décrire une ou plusieurs approches privilégiées pour l'étude et la gestion du problème. Le présent supplément aux lignes directrices n'est pas conçu pour se substituer à un conseil ou un jugement professionnel d'un professionnel de la santé, il n'est pas non plus conçu pour être la seule approche de gestion d'un problème clinique. Nous ne pouvons pas répondre aux patients ou aux défenseurs de patients qui demandent des conseils sur des questions liées à des problèmes de santé. Si vous avez besoin de conseils médicaux, veuillez contacter un professionnel de la santé.

## Table des matières

<b>Résumé</b> .....	<b>9</b>
<b>1 Introduction</b> .....	<b>11</b>
1.2 Objectifs et portée du supplément aux lignes directrices.....	12
1.3 Processus d'élaboration des lignes directrices .....	13
1.3.1 Élaboration et approbation des recommandations.....	13
1.3.2 Examen externe .....	13
<b>2 Principes de soins</b> .....	<b>14</b>
2.1 Respect de l'autonomie, de la capacité d'agir et de l'individualité des patientes.....	14
2.1.1 Confidentialité et consentement .....	14
2.1.2 Transmission de l'information et éducation.....	14
2.1.3 Langage inclusif et non critique .....	15
2.2 Prise en compte des déterminants sociaux de la santé.....	15
2.3 Soins sensibles aux traumatismes et à la violence .....	16
2.4 Gestion médicale intégrée .....	16
2.5 Réduction des méfaits pendant la grossesse et après l'accouchement .....	17
<b>3 Dépistage et intervention de courte durée</b> .....	<b>18</b>
3.1 Considérations relatives au dépistage de la consommation d'alcool pendant la grossesse .....	18
3.2 Amorcer un dialogue sur la consommation d'alcool et la grossesse.....	18
3.3 Une méthode de dépistage simplifiée pour tenir compte des contraintes de temps .....	18
3.4 Outils de dépistage validés supplémentaires pour les patientes enceintes .....	19
3.5 Diagnostic des TUA .....	22
3.6 Intervention de courte durée.....	22
<b>4 Gestion du sevrage</b> .....	<b>24</b>
4.2.1 L'échelle de prévision de la gravité du sevrage alcoolique (Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale, PAWSS) .....	25
4.2.2 Évaluation des syndromes de sevrage dans un établissement clinique selon l'échelle de l'alcoolisme, révisée (Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, revised, CIWA-Ar).....	26
4.3 Gestion des symptômes de sevrage de négligeables à légers .....	26
4.4.3 Mise en garde concernant les autres agents.....	29
<b>5 Soins continus</b> .....	<b>31</b>
5.2 Interventions de traitement psychosocial .....	35
<b>6 Considérations pour les établissements de traitement par hospitalisation</b> .....	<b>36</b>
<b>7 Considérations spécifiques au post-partum</b> .....	<b>37</b>
7.1 Hébergement et contact peau à peau.....	37
7.2.1 Alcool et lactation.....	37
7.2.2 Pharmacothérapie de sevrage alcoolique et lactation .....	38
<b>8 Protection de l'enfance</b> .....	<b>40</b>



<b>Annexes</b> .....	<b>41</b>
<b>Préface</b> .....	<b>41</b>
<b>Annexe 1: Dépistage de la consommation d'alcool</b> .....	<b>42</b>
<b>Annexe 2: Intervention de courte durée liée à l'alcool au cours de la grossesse</b> .....	<b>49</b>
<b>Annexe 3: Critères et considérations pour la prise en charge du sevrage             alcoolique en service externe pendant la grossesse</b> .....	<b>52</b>
<b>Annexe 4: Pharmacothérapie pour les TUA</b> .....	<b>62</b>
<b>Annexe 5: Entrevue motivationnelle</b> .....	<b>64</b>
<b>Annexe 6: Document d'information à l'intention des nouveaux parents sur             l'alcool et l'allaitement en toute sécurité</b> .....	<b>68</b>
<b>References</b> .....	<b>70</b>

## Liste des tableaux

<b>Tableau 1</b>	Résumé des recommandations cliniques.....	10
<b>Tableau 2</b>	Résumé des principes de soins .....	17
<b>Tableau 3</b>	Spécifications comparatives des outils de dépistage de la consommation d'alcool validés pour la grossesse .....	20
<b>Tableau 4</b>	Méthode en 5 étapes destinée aux interventions de courte durée liées à la consommation d'alcool .....	23
<b>Tableau 5</b>	Caractéristiques comparatives des possibilités pharmacothérapeutiques pour la prise en charge du sevrage alcoolique pendant la grossesse .....	30
<b>Tableau 6</b>	Comparaison des pharmacothérapies pour les TUA pendant la grossesse .....	34

## Liste des Encadrés

<b>Encadré 1</b>	L'outil AUDIT .....	45
<b>Encadré 2</b>	L'outil AUDIT-C.....	46
<b>Encadré 3</b>	L'outil T-ACE.....	46
<b>Encadré 4</b>	L'outil TWEAK.....	47
<b>Encadré 5</b>	Critères diagnostiques des troubles d'utilisation de l'alcool selon le DSM-5 .....	48
<b>Encadré 6</b>	Scénario et instructions pour la prestation d'une intervention de courte durée tenant compte des traumatismes.....	49
<b>Encadré 7</b>	Critères de prise en charge du sevrage alcoolique en service externe .....	52
<b>Encadré 8</b>	Échelle de prévision de la gravité du sevrage alcoolique (Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale, PAWSS).....	53
<b>Encadré 9</b>	Évaluation des syndromes de sevrage dans un établissement clinique selon l'échelle de l'alcoolisme, révisée (Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale.....	55
<b>Encadré 10</b>	Comparaison des pharmacothérapies pour les TUA pendant la grossesse .....	63

## Résumé

Ce document est conçu en tant que supplément aux [Lignes directrices provinciales pour la gestion clinique de la consommation d'alcool à risque élevé et des troubles liés à la consommation d'alcool](#) du BCCSU (les Lignes directrices) avec des conseils cliniques spécifiques aux patientes enceintes et post-partum. Bien que les Lignes directrices aient fourni une description complète des méfaits de la consommation d'alcool à risque élevé et du trouble de l'utilisation de l'alcool (TUA) chez les adultes et les jeunes en général, il est reconnu que les personnes enceintes qui consomment de l'alcool sont confrontées à un ensemble supplémentaire de risques obstétricaux. La consommation d'alcool pendant la grossesse est associée à certaines issues défavorables : l'avortement spontané, le retard de croissance intra-utérin, la naissance prématurée et l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale.

La fréquence accrue d'utilisation des services de santé pendant la grossesse et après l'accouchement constitue une occasion unique pour les cliniciens de détecter et de traiter la consommation d'alcool; toutefois, la stigmatisation de la consommation de substances pendant la grossesse et le manque de connaissances sur les possibilités appropriées de dépistage et de traitement constituent des obstacles à la détection et au traitement précoces de la consommation d'alcool et du TUA dans cette population.

Pour corriger cet écart, le présent supplément des lignes directrices passe en revue les données probantes relatives aux principes de soins, aux méthodes de dépistage et d'évaluation des risques, ainsi qu'aux possibilités de traitement et de soins continus pour les personnes enceintes ayant une consommation d'alcool à risque élevé et souffrant de TUA. Le présent document met l'accent sur la nécessité d'adopter une approche des soins non critique, inclusive, qui tient compte des traumatismes, culturellement sécuritaire et qui tient compte des choix et des circonstances particuliers des patientes. Dans ce cadre, le présent document recommande un plan de soins holistique et intégré avec l'utilisation appropriée de la gamme complète des possibilités de traitement disponibles et des services de réduction des méfaits. Le [Tableau 1](#) présente un résumé des recommandations cliniques du présent supplément.

**Tableau 1 Résumé des recommandations cliniques**

<b>Dépistage et intervention de courte durée</b>	
<b>1</b>	Le dépistage annuel de la consommation d'alcool chez toutes les patientes qui ont la capacité de procréer devrait comprendre une formation sur les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada et sur les risques de consommation d'alcool pendant la grossesse.
<b>2</b>	Les fournisseurs de soins de santé doivent dépister la consommation d'alcool chez les patientes enceintes et post-partum le plus tôt possible. Le dépistage doit être répété régulièrement tout au long de la grossesse et après l'accouchement.
<b>3</b>	Toutes les patientes enceintes et post-partum qui obtiennent un résultat positif au dépistage de la consommation d'alcool devraient bénéficier d'une intervention de courte durée de counseling et de conseils pour cesser de consommer de l'alcool.
<b>4</b>	Toutes les patientes enceintes et post-partum souffrant de TUA devraient se voir offrir des interventions de traitement et des services de soutien appropriés ou être aiguillées vers de tels services.
<b>Gestion du sevrage</b>	
<b>5</b>	Dans la mesure du possible, la prise en charge du sevrage alcoolique chez les patientes enceintes doit être effectuée en milieu hospitalier, où les patientes peuvent recevoir un traitement déclenché par les symptômes et suivre de près les symptômes de sevrage <sup>a</sup> .
<b>6</b>	Les cliniciens devraient envisager l'utilisation de l'échelle de prévision de la gravité du sevrage alcoolique (Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale, PAWSS), en combinaison avec un jugement clinique de qualité, pour choisir la pharmacothérapie appropriée de gestion du sevrage en fonction du risque de complications graves du sevrage.
<b>7</b>	Les patientes enceintes qui développent des symptômes de sevrage alcoolique devraient se voir offrir une pharmacothérapie pour la prise en charge du sevrage alcoolique. A. Des benzodiazépines ou de la gabapentine peuvent être offertes aux patientes enceintes à faible risque de complications graves du sevrage (PAWSS < 4). B. Les benzodiazépines sont recommandées pour les patientes à risque élevé de complications graves du sevrage (PAWSS > 4).
<b>8</b>	Toutes les patientes enceintes et post-partum dont le sevrage est pris en charge doivent également recevoir des soins continus des TUA.
<b>Soins continus</b>	
<b>9</b>	Toutes les patientes enceintes et post-partum souffrant de TUA devraient se voir offrir des interventions de traitement psychosocial ou être aiguillées vers de tels services.
<b>10</b>	Les fournisseurs de soins de santé devraient envisager d'offrir une pharmacothérapie à la naltrexone, à l'acamprosate ou à la gabapentine afin de prévenir la rechute de consommation d'alcool chez les patientes enceintes souffrant de TUA modéré à sévère <sup>b</sup> .
<b>Considérations spécifiques au post-partum</b>	
<b>11</b>	Les fournisseurs de soins de santé devraient faciliter l'hébergement et encourager le contact peau contre peau afin de favoriser la formation de liens affectifs entre le parent et le nouveau-né et, par conséquent, d'améliorer les résultats maternels et néonataux.
<b>12</b>	Les parents qui allaitent devraient être fortement encouragés à cesser de consommer de l'alcool pendant la lactation. Les patientes qui continuent de consommer de l'alcool au cours de cette période devraient recevoir des conseils et du soutien pour réduire leur consommation et planifier des moments suffisamment éloignés entre l'alimentation de leur bébé et la consommation d'alcool pour veiller à ce que l'alcool soit éliminé du lait maternel au moment de l'allaitement ou du tirage du lait.
<b>13</b>	Dans le cas des patientes stabilisées par un traitement pour un TUA (c.-à-d. naltrexone, acamprosate ou gabapentine), les décisions concernant l'allaitement doivent être prises au cas par cas, en tenant compte des connaissances de la patiente et de sa participation. Les risques néonataux potentiels de ces médicaments doivent être évalués par rapport aux avantages bien établis de l'allaitement maternel pour la mère et le nouveau-né.

<sup>a</sup> Si la prise en charge du sevrage associée à une hospitalisation n'est pas envisageable en raison de la préférence de la patiente, de l'éloignement ou du manque de lits, un traitement externe peut être offert aux patientes enceintes qui seraient admissibles à ce type de service (p. ex. PAWSS < 4, soutien de la famille ou de la collectivité, possibilité de se rendre à des visites médicales, absence d'autres problèmes nécessitant des soins en milieu hospitalier). Les patientes qui n'ont pas suffisamment de soutien social pour se soumettre en toute sécurité à un sevrage en service externe devraient être prises en charge et traitées au moyen d'autres stratégies, comme des visites de suivi supplémentaires et des liens accrus avec le pharmacien local. Pour de plus amples renseignements, consulter l'annexe 3, Critères et considérations pour la prise en charge du sevrage alcoolique en consultation externe pendant la grossesse.

<sup>b</sup> Selon le DSM-5, Critères de diagnostic des troubles d'utilisation de l'alcool et gravité (légère, modérée, sévère).

<sup>c</sup> Contrairement à son équivalent anglais, le terme allaitement n'est pas généré en français, il peut donc être utilisé pour les patients qui s'identifient au genre masculin. Consulter la section 3.1.3 pour plus de détails sur la façon de tenir compte des préférences de cette population.

# 1 Introduction

## 1.1 Contexte

L'alcool est un tératogène connu, et sa consommation pendant la grossesse est associée à un large éventail d'issues défavorables de la grossesse, collectivement appelées ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF), ainsi qu'à l'avortement spontané et à la mortinaissance<sup>1,2</sup>. Selon de récentes estimations canadiennes, l'ETCAF touche environ 4 % de la population canadienne et comprend la limitation de la croissance fœtale, le retard de croissance, les anomalies neurologiques et les problèmes comportementaux et cognitifs tout au long de la vie<sup>1,2</sup>.

Bien qu'un certain nombre de méta-analyses aient démontré que la probabilité et la gravité des séquelles physiologiques, cognitives et comportementales de l'exposition in utero à l'alcool dépendent de la dose, aucun consensus ne s'est dégagé au sujet du seuil précis en deçà duquel la consommation d'alcool serait considérée comme « à faible risque » pour la personne enceinte et le fœtus<sup>1,3</sup>. Par conséquent, la plupart des compétences, y compris le Canada, recommandent fortement l'abstinence de toute consommation d'alcool pendant la grossesse<sup>4,5</sup>.

Malgré cette recommandation sans équivoque, la consommation d'alcool pendant la grossesse n'est pas rare. Selon un rapport de 2019 des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, les estimations globales des taux de consommation d'alcool et de consommation excessive d'alcool chez les personnes enceintes en 2015-2017 étaient de 11,5 % et de 4 % respectivement, ce qui représente une légère augmentation par rapport à la période de 2011 à 2013 (10,2 % et 3,1 %, respectivement)<sup>6</sup>. Les données de l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité de 2009 indiquent que 62,4 % des répondants ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des trois mois précédant la grossesse et que 10,5 % ont déclaré avoir consommé de l'alcool pendant la grossesse<sup>5,7</sup>. Ces données sont probablement une sous-estimation de la prévalence réelle de la consommation d'alcool pendant la grossesse, car l'expérience de la stigmatisation, la crainte du jugement et l'appréhension pour les enfants peut mener à une sous-déclaration importante de la consommation d'alcool dans cette population<sup>5,8</sup>. Néanmoins, les données disponibles indiquent que la prévalence de la consommation d'alcool pendant la grossesse est comparable ou supérieure à celle de nombreuses affections dépistées et traitées régulièrement pendant les soins prénataux, comme la fibrose kystique, le diabète gestationnel, la dépression post-partum et la prééclampsie<sup>9-11</sup>.

La fréquence augmentée de l'utilisation des services de soins de santé pendant la période prénatale et la motivation accrue à accoucher d'un bébé en santé représentent une occasion unique pour les cliniciens, en particulier les fournisseurs de soins primaires, de soumettre les patientes enceintes à un dépistage de la consommation d'alcool et de fournir des conseils, les soins et les aiguillages appropriés pour traiter la consommation d'alcool à risque élevé et les troubles de l'utilisation de l'alcool<sup>12,13</sup>. Pourtant, la consommation d'alcool chez les patientes enceintes passe souvent inaperçue. L'absence de lignes directrices cliniques claires pour le dépistage, l'évaluation et la prise en charge de la consommation d'alcool et des TUA pendant la grossesse constitue un obstacle souvent cité au dépistage et à l'intervention précoces<sup>3,5,9</sup>. En réaction à cette lacune, un comité d'experts a été mis sur pied pour compléter les [Lignes directrices provinciales pour la gestion clinique de la consommation d'alcool à risque élevé et des troubles liés à la consommation d'alcool \(Provincial Guideline for the Clinical Management of High Risk Drinking and Alcohol Use Disorder\) du BCCSU, du MS et du ministère de la Santé mentale et des Dépendances](#), les « Lignes directrices », par des recommandations cliniques fondées

sur un examen des données probantes concernant le dépistage et les interventions de courte durée, la prise en charge du sevrage et le maintien des soins des TUA spécifiquement pour les personnes enceintes. Le texte qui suit constitue un résumé des données de recherche à partir desquelles le comité a tiré les recommandations cliniques et les principes de soins présentés dans le présent supplément aux lignes directrices.

## 1.2 Objectifs et portée du supplément aux lignes directrices

Ce supplément aux lignes directrices porte principalement sur l'identification, l'évaluation et la prise en charge clinique de la consommation d'alcool à risque élevé et des TUA chez les personnes enceintes et post-partum. Afin d'appuyer la transition des soins prénataux aux soins post-partum pour cette population, le comité a également présenté un examen des données probantes disponibles sur les répercussions de la consommation d'alcool, des TUA et de leur traitement sur les soins postnataux immédiats et l'allaitement.

Le présent supplément se veut un document d'accompagnement des [Lignes directrices](#), qui présente un examen complet des données probantes sur la consommation d'alcool à risque élevé et le traitement des TUA, des recommandations cliniques et un cadre général de soins pour le traitement des TUA. Les lecteurs sont également invités à consulter les [Lignes directrices](#) pour obtenir des directives d'application générale dans ce domaine.

Les objectifs du présent document sont de s'attaquer aux obstacles au dépistage systématique précoce de la consommation d'alcool et des TUA chez les patientes enceintes ainsi que de promouvoir l'adoption de la prévention fondée sur des données probantes, la réduction des risques, les interventions thérapeutiques appropriées pour les patientes enceintes en soins primaires et dans d'autres contextes cliniques.

Plus précisément, ces lignes directrices visent à :

- Décrire les principes de soins et les considérations générales pour le dépistage, le diagnostic et la prise en charge de la consommation d'alcool à risque élevé et des TUA pour les patientes enceintes et post-partum.
- Examiner des stratégies précises de dépistage de la consommation d'alcool et d'intervention de courte durée pour les patientes enceintes.
- Recommander une voie clinique pour la prise en charge du sevrage alcoolique, dans laquelle une évaluation appropriée du risque de sevrage et de la gravité simplifie le choix du traitement et une approche fondée sur les symptômes qui minimisent les préjudices pour la patiente et le fœtus.
- Examiner et recommander des options pharmacothérapeutiques et psychosociales de gestion du sevrage alcoolique sécuritaires et adaptées à la patiente enceinte et au fœtus.
- Examiner et recommander des stratégies pour la poursuite des soins des TUA offrant une sécurité maternelle et fœtale démontrée, notamment par le recours à la pharmacothérapie, à des interventions de traitement psychosocial et au traitement et au soutien communautaires centrés sur cette population.
- Donner un aperçu des considérations pertinentes en matière de soins et de sécurité pour les patientes souffrant de TUA et pour les nouveau-nés exposés à l'alcool au cours de la période post-partum suivant immédiatement l'accouchement.
- Fournir des conseils sur les répercussions potentielles de la consommation d'alcool ainsi que des considérations de sécurité associées au sevrage alcoolique et à la pharmacothérapie des TUA sur la lactation et l'allaitement.

### 1.3 Processus d'élaboration des lignes directrices

Entre janvier 2017 et novembre 2018, le comité des lignes directrices chargé de la rédaction du supplément sur la grossesse aux [Lignes directrices provinciales pour la gestion clinique de la consommation d'alcool à risque élevé et des troubles liés à la consommation d'alcool \(Provincial Guideline for the Clinical Management of High Risk Drinking and Alcohol Use Disorder\)](#) s'est réuni par téléconférence, trois fois en personne et a communiqué par courriel. Lors de la première réunion du comité, l'objet, la portée et les orientations générales des lignes directrices ont été approuvés provisoirement par consensus du comité, conformément à la liste de vérification de la Grille II d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique (AGREE-II).

De mai 2019 à janvier 2020, les membres du comité d'orientation se sont entretenus par courriel et par téléconférence, et ont tenu deux réunions en personne pour examiner et approuver les synthèses de données préparées par la rédactrice médicale ainsi que l'ébauche du contenu et des recommandations des lignes directrices.

#### 1.3.1 Élaboration et approbation des recommandations

Les recommandations pour le supplément sur la grossesse ont été élaborées en fonction des recommandations largement applicables des [Lignes directrices](#), qui ont été élaborées à l'aide de l'outil GRADE (classement des recommandations, évaluation, élaboration et évaluation) pour l'examen des données probantes afin d'élaborer et de corriger les recommandations. Compte tenu du volume limité

et de la faible qualité des données probantes concernant les patientes enceintes, des recommandations propres aux populations enceintes et post-partum ont été élaborées par consensus du comité après un examen rigoureux et une discussion des résumés des données préparées. En plus des données sur la sécurité et l'efficacité pour les populations enceintes et non enceintes, un éventail de facteurs, comme les valeurs et les préférences des cliniciens, des patientes et des décideurs, les coûts, les ratios risques-avantages et la faisabilité ont été pris en compte dans le processus d'élaboration des recommandations.

L'ébauche du supplément et des recommandations a été compilée et distribuée à l'ensemble du comité afin de recevoir une rétroaction sur le contenu et les recommandations. Le comité a alors disposé de quatre semaines pour présenter des commentaires écrits sur l'ébauche du supplément. Les commentaires ont été regroupés et intégrés à une version révisée qui a ensuite été distribuée au comité pour obtenir d'autres commentaires. D'autres commentaires ont été recueillis et intégrés à une deuxième version révisée pour examen externe.

#### 1.3.2 Examen externe

L'ébauche du supplément des lignes directrices a été distribuée pour examen et commentaires aux experts et aux intervenants pertinents désignés par le comité. Les commentaires des examinateurs externes ont été vérifiés et intégrés à la version finale du supplément, et les examinateurs externes ont approuvé cette version. La version finale a ensuite été distribuée au comité pour approbation finale.

## 2 Principes de soins

Comme il est décrit en détail dans les [Lignes directrices](#), les fournisseurs de soins de santé sont encouragés à observer un ensemble de principes de soins généraux qui éclairent une relation thérapeutique axée sur la collaboration, équitable et efficace avec les patientes et, le cas échéant, les familles touchées par la consommation d'alcool à risque élevé et les TUA. Ces principes permettent aux cliniciens et aux équipes de soins de répondre aux besoins de santé des patientes dans un cadre axé sur ces dernières et dans un continuum intégré de traitement de la toxicomanie. La présente section met en évidence un certain nombre de principes et de pratiques de soins qui ont une pertinence pratique particulière pour les soins aux personnes enceintes et post-partum qui consomment de l'alcool. Le [Tableau 2](#) présente un résumé des principes de soins clés décrits dans cette section.

### 2.1 Respect de l'autonomie, de la capacité d'agir et de l'individualité des patientes

Comme pour toutes les patientes, les patientes enceintes qui consomment de l'alcool devraient être habilitées à jouer un rôle actif dans les décisions concernant leur propre santé et leur propre bien-être, ce qui comprend la prise de décisions éclairées concernant leur fœtus. Bien qu'il faille fournir aux patientes des recommandations cliniques pour améliorer les issues de la grossesse, la préoccupation des cliniciens envers la santé du fœtus ne doit pas l'emporter sur les préférences et les valeurs personnelles de la patiente<sup>4</sup>. Obtenir le consentement éclairé de la patiente avant de prendre des décisions cliniques et mener un dialogue informatif et sans jugement font partie des aspects clés des soins respectueux et efficaces.

#### 2.1.1 Confidentialité et consentement

Le fait de garantir aux patientes la confidentialité des renseignements qu'elles divulguent contribue à établir une relation thérapeutique ouverte et de confiance. Les fournisseurs de soins doivent informer les patientes des aspects pertinents de leur obligation de signaler et insister sur le fait qu'il n'existe aucune obligation légale de déclarer la consommation de substances et les risques pour le fœtus pendant la grossesse aux services de protection de l'enfance (consulter la section sur la protection de l'enfance). Il s'agit d'un détail important à inclure dans la discussion initiale puisque, selon de nombreuses études, la crainte d'une intervention des services de protection de l'enfance et de la perte de la garde d'un enfant constituent un obstacle majeur à la recherche d'un traitement pour les patientes enceintes qui consomment des substances<sup>14,15</sup>.

Le respect de la vie privée des patientes s'étend à la participation des membres de la famille ou d'autres ressources de soutien à leurs soins. Bien que la famille et le cercle social d'une patiente puissent jouer un rôle clé dans le soutien des soins, les fournisseurs de soins de santé devraient éviter de supposer que la participation d'un membre de la famille est toujours dans l'intérêt de chaque patiente.

#### 2.1.2 Transmission de l'information et éducation

L'éducation continue et la transmission d'information pertinente aux patientes constituent les pierres angulaires de soins collaboratifs et habilitants. Le manque de connaissances sur les possibilités de traitement disponibles et leurs répercussions sur la santé de la patiente et du fœtus peut constituer un obstacle à l'accès aux soins liés à la consommation de substances et à la participation au traitement<sup>16</sup>. Il est impératif que les cliniciens discutent des risques et des avantages des possibilités de soins cliniques disponibles pour la patiente et le fœtus, et qu'ils orientent les patientes vers des ressources éducatives et de soutien qui stimulent leur auto-efficacité et leur autonomie afin d'améliorer leur santé<sup>16</sup>.



Par exemple, les cliniciens devraient associer le dépistage de la consommation d'alcool chez les patientes enceintes et les patientes en état de procréer à une conversation sur les risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse et la période post partum selon les recommandations des [Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada](#) pour cette population<sup>5</sup>.

### 2.1.3 Langage inclusif et non critique

Bien que la majorité des personnes enceintes s'identifient comme des femmes, certaines personnes enceintes, notamment celles qui sont transgenres, transsexuelles, non binaires, allosexuelles, de genre neutre, agenres, bispirituelles et non conformes (aussi appelées collectivement des personnes « trans »), ne s'identifient pas comme des femmes. Historiquement, les interventions cliniques concernant la consommation d'alcool pendant la grossesse ont été conçues et évaluées avec une connaissance ou une compréhension insuffisante de la diversité des patientes enceintes en termes de genre et d'intentions de reproduction<sup>17</sup>. Un commentaire de 2018 sur les interventions inclusives en matière d'alcool pour les personnes enceintes font valoir que l'hypothèse selon laquelle toutes les personnes enceintes sont des femmes crée des lacunes dans les services pour les personnes trans et enceintes<sup>17</sup>.

Pour de nombreuses patientes enceintes, la perspective de devenir parent est une source importante de motivation pour un changement positif. Toutefois, les approches de soins et les discours qui ne tiennent pas compte de la diversité de genre chez les personnes enceintes peuvent rendre les interventions concernant la consommation d'alcool inapplicables, inaccessibles, inefficaces, et potentiellement nuisibles pour les patientes enceintes qui ne s'identifient pas comme des femmes ou qui n'ont pas l'intention d'assumer le rôle de mère (p. ex. les mères porteuses, les patientes qui choisissent l'adoption, les futurs parents qui ne s'identifient pas comme des « mères »). Il convient de noter que les pressions normatives sont citées comme des facteurs de risque de la consommation problématique de substances chez les personnes trans, car elles peuvent mener à des sentiments de culpabilité, d'isolement et d'insuffisance qui, à leur tour, augmentent le risque de consommation excessive d'alcool et la réticence à accéder aux soins<sup>17,18</sup>.

Les cliniciens doivent respecter l'identité des patientes en utilisant une terminologie et des pronoms appropriés en fonction de l'identité et des préférences de chaque personne<sup>19</sup>. Il convient de demander à la patiente quels pronoms et quelle terminologie correspondent à son identité. Dans la mesure du possible et s'il y a lieu, les fournisseurs de soins devraient également tenir compte des identités de genre et des intentions de reproduction de leurs patientes dans leurs plans de soins et offrir de mettre les patientes en contact avec des ressources de soutien. Ces mesures jouent un rôle important en assurant la participation et la rétention des patientes trans en ce qui concerne les soins.

## 2.2 Prise en compte des déterminants sociaux de la santé

Les fournisseurs de soins de santé doivent considérer et traiter la consommation d'alcool et les TUA dans le contexte plus général des déterminants sociaux de la santé. Les déterminants sociaux de la santé sont définis comme « les conditions économiques et sociales qui façonnent la santé des personnes, des collectivités et des administrations dans leur ensemble »<sup>20</sup>. La répartition des ressources et des possibilités qu'une société met à la disposition de ses membres (p. ex. nourriture, revenu, logement, éducation et soins de santé) est influencée par un éventail de facteurs, notamment la classe socio-économique, le genre, l'orientation sexuelle, la race et l'origine ethnique, le statut de réfugié, de migrant ou d'immigrant, et le statut d'invalidité<sup>21,22</sup>. L'intersection de multiples facteurs (p. ex. le genre, la race, l'orientation sexuelle) éclaire l'identité sociale de chaque personne et son accès aux ressources<sup>23</sup>. Les personnes appartenant à des groupes marginalisés se heurtent aux obstacles les plus importants à l'accès aux ressources et, par conséquent, obtiennent les résultats les plus médiocres en matière de santé<sup>21</sup>.

Les déterminants cités de la consommation d'alcool à risque élevé et des TUA comprennent les expériences négatives subies durant l'enfance<sup>24</sup>, un statut socio-économique inférieur<sup>25</sup>, une vie dans des quartiers pauvres<sup>26</sup>, ainsi qu'être membre d'une minorité raciale, ethnique, de genre ou d'orientation sexuelle<sup>27</sup>. En outre, la race, les antécédents de violence physique, l'état de santé général et, dans une moindre mesure, l'éducation font partie des déterminants sociaux de la consommation d'alcool pendant la grossesse<sup>28</sup>. Le manque de sensibilisation à la complexité des facteurs socio-économiques qui contribuent à la consommation d'alcool chez les personnes enceintes peut entraîner une marginalisation accrue de cette population et peut nuire à l'accès à des soins adéquats.

En plus d'avoir une compréhension de base de l'incidence de la répartition inégale des possibilités et des ressources dans la société canadienne sur la santé des personnes, les cliniciens et les équipes de soins devraient s'efforcer de cerner et d'éliminer les obstacles à l'accès aux soins. Les cliniciens devraient également chercher à éliminer les disparités qui peuvent exister liées aux déterminants sociaux de la santé en offrant aux patientes des ressources qui les aident à répondre à leurs besoins sociaux et de survie (p. ex. logement, alimentation, nutrition, garde d'enfants, aide financière).

### 2.3 Soins sensibles aux traumatismes et à la violence

On a établi un lien entre les troubles de l'utilisation de l'alcool et une prévalence élevée des traumatismes au cours de la vie, notamment les mauvais traitements physiques et sexuels, et la grossesse est une période de vulnérabilité particulière pour les personnes qui ont subi un traumatisme<sup>29,30</sup>. Il convient également de noter que les personnes enceintes courent un risque accru de violence de la part de leur partenaire intime, en particulier dans le cas de grossesses non planifiées<sup>31,32</sup>. Les cliniciens qui prodiguent des soins à des personnes enceintes atteintes de TUA doivent connaître les principes de la pratique adaptée au traumatisme. (p. ex. sensibilisation aux traumatismes; sécurité et confiance; choix, collaboration et établissement de liens; approches fondées sur les forces et renforcement des compétences). Le [Guide de pratique tenant compte des traumatismes \(Trauma-informed Practice, TIP\)](#) de la province peut constituer une ressource utile lorsqu'on travaille avec cette population de patientes<sup>33</sup>. Les fournisseurs de soins de santé qui desservent cette population devraient également être adéquatement formés à repérer la violence fondée sur le sexe et à y réagir; à cette fin, l'autorité provinciale des services de santé (Provincial Health Services Authority, PHSA) offre une brève série de cours en ligne intitulée « [Gender-Based Violence: We All Can Help Improving the Health Sector's Response](#) », qui pourrait servir de ressource utile.

### 2.4 Gestion médicale intégrée

Les soins pour les personnes enceintes souffrant de TUA devraient aller au-delà d'une approche strictement axée sur les substances incriminées afin d'améliorer les résultats à long terme pour la patiente et le fœtus. En tant que norme de soins pour la prise en charge de tout problème médical complexe ou chronique, une prise en charge médicale approfondie devrait être offerte aux patientes enceintes souffrant de TUA. Dans ce contexte, la prise en charge médicale est définie comme des conseils médicaux informels axés sur la santé qui comprennent notamment des vérifications de la santé et du bien-être mental, l'offre de soutien et de conseils sans porter de jugement, l'évaluation de la motivation et l'évocation d'idées permettant d'effectuer un changement; l'élaboration d'un plan de traitement holistique, la promotion de stratégies de recharge pour gérer le stress et l'aiguillage approprié vers les services de santé et les services sociaux avec le consentement et la contribution de la patiente. Les cliniciens devraient également vérifier les besoins des patientes en matière de logement, d'alimentation, de nutrition et de sécurité et effectuer les aiguillages nécessaires pour y répondre, avec le consentement et la contribution de la patiente<sup>29,30</sup>.

## 2.5 Réduction des méfaits pendant la grossesse et après l'accouchement

La réduction des méfaits est généralement définie par les politiques, les programmes et les pratiques comme visant à réduire au minimum les effets négatifs de la consommation de substances sur la personne et la société sans nécessairement arrêter ou réduire la consommation<sup>34,35</sup>. Essentiellement, une approche axée sur la réduction des méfaits vise à répondre aux besoins des patientes « où elles en sont » et appuie toute mesure ou tout comportement qui améliore la santé et la sécurité des patientes et de leurs communautés. Ce cadre de soins fondamental exige une attention particulière dans le contexte de la grossesse, étant donné que les interventions recommandées liées aux TUA pour les patientes enceintes visent principalement l'abstinence.

Tout en reconnaissant que l'abandon de la consommation d'alcool est le seul moyen d'éliminer complètement les risques liés à l'alcool pour la patiente et le fœtus, ce supplément insiste fortement sur le fait que la prestation de soins complets et continus ne devrait jamais dépendre de la volonté d'une patiente enceinte de cesser de consommer de l'alcool.

Les cliniciens qui prodiguent des soins à des personnes enceintes ou allaitantes qui continuent de boire de l'alcool devraient adopter des stratégies appropriées de réduction des méfaits, comme la promotion d'une consommation d'alcool plus sécuritaire (p. ex. réduction de la consommation d'alcool, abstention de conduire en état d'ébriété, abandon de la consommation de produits alcoolisés autres que des boissons alcoolisées) et l'aiguillage vers des ressources qui traitent des déterminants sociaux de la santé (p. ex. logement, nutrition, services juridiques, aide financière, garde d'enfants)<sup>35,36</sup>. Il a été démontré que les mesures de réduction des méfaits contribuent à réduire la consommation d'alcool, à améliorer la nutrition ainsi que les résultats globaux en matière de santé pour la patiente et le fœtus<sup>35,36</sup>.

Pour de plus amples renseignements sur les stratégies de réduction des méfaits fondées sur les données probantes qui s'adressent aux patientes enceintes qui consomment des substances, consulter [Harm Reduction and Pregnancy: Community-based Approaches to Prenatal Substance Use in Western Canada](#) [en anglais seulement].

**Tableau 2** Résumé des principes de soins

<b>1</b>	Les cliniciens doivent favoriser une relation thérapeutique respectueuse et collaborative avec les patientes enceintes et post-partum qui consomment de l'alcool, ce qui permet aux patientes de prendre des décisions éclairées concernant leur propre santé. À cette fin, l'évaluation clinique et l'intervention doivent être précédées de la fourniture de renseignements pertinents et de l'obtention du consentement et des commentaires de la patiente. Dans toute communication, les cliniciens doivent utiliser un langage non critique qui respecte l'identité et les valeurs personnelles de la patiente.
<b>2</b>	La consommation d'alcool et les TUA pendant la grossesse et après l'accouchement devraient être considérés dans le contexte plus large des déterminants sociaux de la santé. Les cliniciens devraient tenter de cerner et d'éliminer les disparités sociales et économiques qui ont une incidence sur la santé des patientes en les mettant en contact avec des ressources qui les aideront à répondre à leurs besoins sociaux et de survie (p. ex. logement, alimentation, nutrition, garde d'enfants, aide financière).
<b>3</b>	Les cliniciens devraient intégrer les principes des soins sensibles aux traumatismes et à la violence dans la prise en charge clinique des patientes enceintes et post-partum qui consomment de l'alcool ou qui souffrent de TUA.
<b>4</b>	La consommation d'alcool et les TUA des patientes enceintes devraient être gérés dans le cadre de soins et de soutien médicaux complets, notamment par des évaluations médicales, de santé mentale et psychosociales courantes et continues.
<b>5</b>	La prestation de soins complets et continus ne devrait jamais dépendre de la volonté d'une patiente enceinte de cesser de consommer de l'alcool. Les cliniciens qui fournissent des soins aux personnes enceintes qui continuent de boire de l'alcool devraient adopter des stratégies appropriées de réduction des méfaits.

## 3 Dépistage et intervention de courte durée

### 3.1 Considérations relatives au dépistage de la consommation d'alcool pendant la grossesse

Le dépistage régulier de la consommation de substances est largement recommandé pour les patientes enceintes ou qui pourraient le devenir, afin de déterminer le risque et de prévenir ou de réduire au minimum les méfaits pour la patiente et le fœtus<sup>4,5,11</sup>. Le dépistage de la consommation de substances devrait être réalisé durant la première évaluation prénatale, ou à la première occasion, et être effectué régulièrement tout au long de la grossesse, après l'accouchement et lorsque cela est pertinent et nécessaire sur le plan clinique<sup>37</sup>.

La recherche a révélé que les autodéclarations des patientes constituent une mesure raisonnablement fiable de la consommation d'alcool pendant la grossesse. Toutefois, les cliniciens doivent être sensibles aux facteurs qui peuvent dissuader les patientes de fournir des réponses exactes aux questions de dépistage, comme la stigmatisation et la crainte de la perte de la garde de l'enfant<sup>38,39,40</sup>. Pour répondre à ces préoccupations, il est essentiel d'établir une relation dans laquelle règnent l'aisance et la confiance en obtenant le consentement éclairé de la patiente avant le dépistage ainsi que de l'assurer de la confidentialité et de ses autres droits conformément aux normes de la pratique médicale<sup>41,42</sup>. Il est également utile de mentionner que toutes les patientes sont périodiquement interrogées sur la consommation de substances comme norme de prestation de soins primaires. Certaines lignes directrices recommandent que les fournisseurs de soins interrogent les personnes enceintes au sujet de leur consommation d'alcool à chaque visite, car les patientes sont plus susceptibles de divulguer leur consommation d'alcool après l'établissement d'une relation thérapeutique<sup>41</sup>. De plus, la consignation continue des habitudes de consommation d'alcool des patientes enceintes atteintes de TUA joue un rôle déterminant dans le dépistage et la prise en charge précoces de l'ETCAF<sup>5</sup>.

### 3.2 Amorcer un dialogue sur la consommation d'alcool et la grossesse

Le dépistage et l'évaluation pour toutes les patientes qui ont la capacité de procréer devraient être combinés avec l'éducation au sujet des [Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada](#)<sup>3</sup>, qui recommandent l'abstinence de toute consommation d'alcool pendant la grossesse et énonce les limites de consommation à faible risque pour les adultes. En plus d'accroître la sensibilisation à ces directives, aborder le sujet de la consommation d'alcool de façon générale et conversationnelle peut également contribuer à établir un lien et faciliter une transition naturelle vers des questions concernant la consommation personnelle d'alcool. Par exemple, le dépistage d'alcool peut être amorcé en posant les questions suivantes : « *Avez-vous entendu parler des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada? Je discute de ces directives avec toutes mes patientes. Elles contiennent des renseignements importants sur la consommation sécuritaire d'alcool que tout le monde devrait connaître. Elles fournissent également des recommandations aux personnes qui sont enceintes ou qui pourraient le devenir.* »

Le cas échéant, les cliniciens devraient également discuter des méthodes contraceptives efficaces et de la façon d'y avoir accès avec les patientes en âge de procréer. Cela tient compte de la prévalence toujours élevée des grossesses non planifiées au Canada<sup>8,43</sup>. Des services et des fournitures de conseil en matière de contraception devraient également être offerts aux patientes enceintes afin de réduire la probabilité d'une grossesse subséquente non planifiée, car de courts intervalles entre les grossesses peuvent perturber un traitement en cours et amplifier les risques potentiels pour le rétablissement et la santé à long terme<sup>44,45</sup>.

### 3.3 Une méthode de dépistage simplifiée pour tenir compte des contraintes de temps

En dépit de l'utilité bien établie d'un dépistage régulier pour la détection précoce de la consommation d'alcool et des TUA, ainsi que de la prévention ou de la minimisation des méfaits secondaires pour la patiente et le fœtus, de nombreuses patientes enceintes ne sont pas soumises à un dépistage de la consommation d'alcool<sup>5,11</sup>. Les

contraintes de temps sont souvent citées comme un obstacle majeur à un dépistage adéquat. Les cliniciens en soins primaires déclarent souvent être dépassés par le nombre de problèmes pour lesquels ils doivent effectuer un dépistage chez les patientes enceintes. La durée moyenne des visites en soins primaires est souvent insuffisante pour permettre un processus de dépistage approfondi qui, idéalement, comprend une conversation d'introduction sur les risques associés à la consommation d'alcool pour la mère et le fœtus<sup>5,11</sup>.

Pour contrer cet obstacle, un processus simplifié et graduel de dépistage de la consommation d'alcool est recommandé pour les patientes enceintes, comportant *une seule question de dépistage de la consommation d'alcool (single alcohol screening question, SASQ)* pour déterminer la consommation d'alcool chez les personnes enceintes. Les patientes dont le dépistage est positif devraient se voir proposer une intervention de courte durée et une évaluation plus poussée au moyen d'un dépistage validé ou d'une entrevue diagnostique fondée sur les critères du DSM-5 pour les TUA<sup>5</sup>. L'Annexe 1 donne un aperçu instructif du dépistage de la consommation d'alcool chez les patientes enceintes.

La méthode SASQ, une méthode de dépistage recommandée pour la population générale, est habituellement conçue à partir des limites de consommation d'alcool à faible risque afin de déterminer si la consommation d'alcool de la patiente a dépassé ces limites et à quelle fréquence. Par exemple, une patiente adulte aurait un résultat négatif au dépistage de la consommation d'alcool à risque élevé si sa réponse à la question suivante était « zéro » ou « jamais » :

*« Au cours de la dernière année, à quelle fréquence avez-vous consommé plus de trois verres (pour les femmes adultes) ou quatre verres (pour les hommes adultes) en une seule occasion? »*

Dans le contexte de la grossesse, la méthode SASQ peut être modifiée pour repérer toute consommation d'alcool conformément à la recommandation des *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada* pour cette population, à savoir « Buvez-vous parfois de la bière, du vin ou d'autres boissons alcoolisées? »<sup>46</sup>. Une réponse affirmative indique la nécessité d'une intervention de courte durée et d'une évaluation plus poussée.

Des études ont montré que la sensibilité de la méthode SASQ varie de 60 % à 90 %<sup>47-50</sup>, et des revues systématiques impliquant des populations de patientes non enceintes ont validé cette méthode dans des contextes cliniques où le temps et les interactions avec les patientes sont limités, malgré sa sensibilité légèrement inférieure à celle des instruments de dépistage structurés pour la détection des comportements de consommation d'alcool à risque élevé<sup>51,52</sup>. Bien que la méthode SASQ n'ait pas été validée explicitement pour le dépistage des patientes enceintes, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada<sup>5</sup> et le Preventive Health Services Task Force des États-Unis ont recommandé d'en faire la première étape du dépistage de la consommation d'alcool dans cette population en raison de sa rapidité, de sa sensibilité et de sa spécificité suffisantes<sup>53</sup>. Un autre avantage de la méthode SASQ est son intégration possible à une conversation informative sans perturbation du déroulement du rendez-vous.

### 3.4 Outils de dépistage validés supplémentaires pour les patientes enceintes

Les études portant sur des participantes enceintes appuient l'efficacité d'une gamme d'outils de dépistage validés pour la population générale, comme les méthodes AUDIT, AUDIT-C, CAGE et CRAFFT<sup>4,46</sup>. De plus, il existe un certain nombre d'outils de dépistage spécialement conçus pour détecter la consommation d'alcool à risque élevé et les TUA chez les patientes enceintes, notamment les outils T-ACE et TWEAK. Le présent supplément aux lignes directrices présente les outils de dépistage AUDIT, AUDIT-C, TWEAK et T-ACE couramment recommandés et validés pour une utilisation pendant la grossesse. (Consulter l'[Annexe 1](#))

Le [Tableau 3](#) donne un aperçu comparatif des outils validés pour la grossesse en termes de sélectivité, de spécificité, de temps et d'expertise requis, ainsi que d'autres facteurs qui éclairent leur utilité. Consulter les [Lignes directrices](#) pour les outils de dépistage qui ne sont pas présentés dans ce document.

**Tableau 3 — Spécifications comparatives des outils de dépistage de la consommation d'alcool validés pour la grossesse** <sup>4,54</sup>

<b>Outil</b>	<b>Résultat</b>	<b>Sélectivité (%)</b>	<b>Spécificité (%)</b>	<b>Temps (fournisseur/ auto-administré)</b>	<b>Commentaires</b>
<b>SASQ</b>	Consommation à haut risque	84	78	< 1 min  (administré par le fournisseur de soins de santé)	<p>Conçu pour être utilisé dans un milieu de soins primaires sous pression</p> <p>Légèrement moins efficace pour détecter la consommation d'alcool à risque élevé et les TUA que les outils de dépistage plus complexes (une fois que la consommation continue d'alcool est détectée, la méthode SASQ peut être complétée par un autre outil pour réduire la probabilité que des cas soient manqués).</p> <p>Suite logique de l'éducation générale à l'utilisation de limites de consommation à faible risque déterminées par la méthode SASQ, selon les Directives de consommation d'alcool à faible risque</p> <p>Convient bien à une population générale dans le cadre de soins primaires, où la plupart des patientes n'obtiendront pas un résultat de dépistage positif</p>
	TUA	88	67		
<b>AUDIT</b>	Consommation dangereuse	97	78	3 à 4 min  (administré par le fournisseur de soins de santé)	<p>Bien étudié; a été validé dans plusieurs contextes et pour diverses populations de patientes</p> <p>Moins sensible pour les femmes que pour les hommes</p> <p>Utilise des formats de boisson standard et des limites de consommation quotidiennes différentes de celles des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada</p> <p>Nécessite une notation par le fournisseur de soins de santé (un système de dossier de santé électronique [DSE] ou un autre outil pour calculer les scores)</p>
	Consommation dangereuse	95	85		

<b>AUDIT-C</b>	Consommation dangereuse	86	78	1 à 2 min  (auto-administré ou administré par le fournisseur de soins de santé)	Bien étudié; a été validé dans plusieurs contextes et pour diverses populations de patientes  Utilise des critères et des formats de boisson différents de ceux des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada  Nécessite une notation par le fournisseur de soins de santé (un système de DSE ou un autre outil pour calculer les scores)
<b>T-ACE</b>	Consommation à risque élevé	91	81	1 à 2 min  (auto-administré ou administré par le fournisseur de soins de santé)	Disponible en ligne Élaboré et validé spécifiquement pour les patientes enceintes Excellente fiabilité inter-évaluateur  Ne convient pas à la détermination des modes de consommation  Il n'est pas déterminé si les seuils de scores conviennent aux patientes enceintes  La validité des deux outils varie selon les différentes populations ethniques
<b>TWEAK</b>	Consommation à risque élevé	79	91	1 à 2 min  (auto-administré ou administré par le fournisseur de soins de santé)	Élaboré et validé spécifiquement pour les patientes enceintes  Excellente fiabilité inter-évaluateur  Ne convient pas à la détermination des modes de consommation  Il n'est pas déterminé si les seuils de scores conviennent aux patientes enceintes  La validité des deux outils varie selon les différentes populations ethniques

<sup>d</sup> AUDIT/AUDIT-C : Format standard des boissons = 10 g d'éthanol, Limites à faible risque = pas plus de 2 verres par jour, pas plus de 5 jours par semaine; Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada : Format standard des boissons = 13,45 g d'éthanol, Limites à faible risque = pas plus de 2 verres par jour (femmes) ou 3 verres par jour (hommes), pas plus de 5 jours par semaine <sup>3,144</sup>.

### 3.5 Diagnostic des TUA

Les patientes enceintes qui obtiennent un résultat positif au test de dépistage de la consommation d'alcool pendant la grossesse devraient subir une évaluation plus poussée pour confirmer ou exclure les TUA. Comme dans le cas de la population non enceinte, cette évaluation peut être effectuée au moyen d'une entrevue structurée et à l'aide des critères du DSM-5 pour déterminer le diagnostic et la gravité des TUA. La confirmation ou l'exclusion des TUA détermine en grande partie les étapes subséquentes du traitement. [L'Annexe 1](#) présente les critères de diagnostic des TUA.

Bien que toutes les personnes enceintes qui obtiennent un résultat positif au dépistage de la consommation d'alcool devraient se voir offrir une intervention de courte durée de counseling et des suivis de routine (consulter la section suivante, Intervention de courte durée), une intervention de courte durée à elle seule n'est pas efficace pour les personnes atteintes de TUA<sup>4,55</sup>. Les patientes ayant reçu un diagnostic de TUA devraient se voir offrir un traitement approprié fondé sur les données probantes. (Consulter les sections sur la gestion du sevrage et les soins continus pour un aperçu des interventions fondées sur les données probantes.)

### 3.6 Intervention de courte durée

Une intervention de courte durée est une conversation de counseling d'une seule séance d'une durée limitée qui suit habituellement un résultat positif au dépistage de la consommation d'alcool pendant la grossesse. L'objectif de cette intervention est d'évaluer, de renforcer et de mobiliser la motivation des patientes à l'égard du changement afin de les aider à réduire ou à cesser leur consommation d'alcool. Il existe un certain nombre d'approches et de modèles différents pour la prestation d'interventions de courte durée concernant la consommation d'alcool en contexte de soins primaires, mais la plupart sont des variations de l'entrevue motivationnelle (EM), une intervention psychosociale qui permet aux patientes d'adopter des changements de comportement positifs<sup>5,56</sup>. Les éléments clés d'une intervention de courte durée sont l'exploration et la discussion au sujet des motivations encourageant ou décourageant la réduction de la consommation d'alcool, la détermination des obstacles et des facteurs facilitant le changement et les traitements et soutiens disponibles, l'aide à la patiente pour établir des objectifs et l'encouragement et le soutien sans porter de jugement. Une intervention de courte durée permet également d'offrir un aiguillage vers des ressources ou des soutiens communautaires. L'un des avantages d'une intervention de courte durée est qu'elle peut être facilement mise en œuvre par divers fournisseurs de soins de santé, notamment des médecins, des infirmières praticiennes, des infirmières et d'autres professionnels paramédicaux qui ne disposent peut-être pas de formation spécialisée en médecine des toxicomanies.

Comme pour la population non enceinte, une intervention de courte durée est largement recommandée pour les patientes enceintes et appuyée par un certain nombre d'essais cliniques. Une revue systématique (n=4 études; 715 participants) de 2009 portant sur des essais contrôlés randomisés (ECR) examinant l'efficacité des interventions de traitement psychosocial a révélé que des interventions de courte durée psychosociales ou éducatives peuvent motiver les patientes enceintes à réduire ou à cesser leur consommation d'alcool, bien que les auteurs aient trouvé que les données étaient insuffisantes pour effectuer une méta-analyse<sup>57</sup>. Un certain nombre d'études personnelles ont rapporté des résultats significatifs en faveur des interventions de courte durée dans cette population. Par exemple, dans une étude randomisée comparant une intervention de courte durée (n=162) à une évaluation seulement, O'Conner et Whaley (2007) ont déclaré que les personnes enceintes du groupe de traitement par intervention de courte durée étaient cinq fois plus susceptibles que les participantes du groupe de contrôle de déclarer s'être abstenues de consommer de l'alcool pendant la grossesse. Le taux de mortalité infantile dans le groupe ayant bénéficié de l'intervention de courte durée était trois fois plus faible que



celui du groupe témoin, et les nouveau-nés du groupe ayant bénéficié de l'intervention de courte durée avaient une taille et un poids à la naissance plus élevés que les sujets du groupe de contrôle<sup>58</sup>.

Un exemple concret d'intervention de courte durée qui a été bien étudié en soins primaires et est utilisé pour diverses populations particulières est la méthode en 5 étapes (Demander, conseiller, évaluer, aider et prévoir) pour le changement de comportement<sup>59</sup>. Cette approche est simple à mémoriser, rapide à mettre en œuvre et adaptable. Ce modèle est présenté au [Tableau 4](#). [L'Annexe 2](#) fournit des instructions générales pour effectuer une intervention de courte durée selon une approche tenant compte des traumatismes.

Il convient de noter que, bien que les lignes directrices appuient un éventail de méthodes d'intervention de courte durée validées, la recherche a démontré qu'il suffit de demander aux patientes de façon détaillée l'ampleur de leur consommation d'alcool, de discuter des risques potentiels et d'offrir des conseils simples et sans jugement pour accroître la sensibilisation à leur niveau réel de consommation d'alcool et les inciter à modifier leur comportement<sup>53,60</sup>.

**Tableau 4 – Méthode en 5 étapes destinée aux interventions de courte durée liées à la consommation d'alcool<sup>61,62</sup> (modifiée pour la grossesse)**

<b>Demander</b>	Effectuer le dépistage des patientes enceintes de façon conversationnelle, sans porter de jugement et en tenant compte de la stigmatisation qui touche cette population. Reconnaître les connaissances actuelles de la patiente sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse et les changements qu'elle a déjà apportés pour atténuer ce risque.
<b>Conseiller</b>	Informar de façon claire et personnalisée les patientes au sujet des risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse et après l'accouchement et leur conseiller d'arrêter de consommer de l'alcool pendant cette période.
<b>Évaluer</b>	Évaluer et consigner la disposition des patientes à cesser ou à réduire leur consommation d'alcool à l'heure actuelle. À cette étape, il est conseillé de mener une entrevue de diagnostic pour confirmer ou exclure les TUA, car une intervention de courte durée à elle seule n'est pas efficace pour les personnes souffrant de TUA.
<b>Aider</b>	Travailler avec la patiente à l'élaboration d'un plan de traitement qui tient compte de son niveau de préparation et de motivation. Offrir du counseling et des conseils de soutien, fournir un choix de traitements et des aiguillages vers des ressources communautaires.
<b>Prévoir</b>	Planifier une communication de suivi, de préférence dans la semaine suivant la « date de changement » prévue.

## 4 Gestion du sevrage

### 4.1 Vue d'ensemble

Le sevrage alcoolique apparaît avec l'arrêt soudain ou la réduction importante de la consommation d'alcool après une période de forte consommation chronique. Il est supposé que ces symptômes résultent de l'hyperactivité du glutamate, le principal neurotransmetteur excitateur du système nerveux central (SNC), lors de la réduction soudaine du taux d'alcoolémie<sup>3,63,64</sup>. Dans des conditions normales, le cerveau maintient un équilibre entre les effets du GABA, un neurotransmetteur inhibiteur majeur et le glutamate. L'alcool perturbe cet équilibre en augmentant l'effet inhibiteur du GABA et en supprimant les effets excitants du glutamate. La consommation chronique d'alcool amène le SNC à compenser les effets inhibiteurs de l'alcool en régulant à la hausse la transmission du glutamate afin de rétablir l'équilibre neurochimique. Lorsque l'opposition aux effets inhibiteurs de l'alcool disparaît soudainement, le système d'excitation régulé à la hausse entraîne une hyperactivité globale du SNC, qui se manifeste sous la forme d'un éventail de symptômes de sevrage chez jusqu'à 50 % des personnes souffrant d'une dépendance à long terme à l'alcool<sup>3,63,64</sup>.

Les symptômes courants de sevrage alcoolique comprennent la tachycardie, la fièvre, les tremblements, les nausées, les vomissements et la sudation, qui peuvent également être accompagnés d'une détresse psychologique sous forme d'anxiété, d'agitation, de troubles du sommeil ou d'insomnie. Les symptômes du sevrage alcoolique commencent habituellement 6 à 24 heures après la dernière consommation d'alcool et atteignent leur intensité maximale après 24 à 48 heures, et les symptômes se résorbent dans les 5 à 7 jours<sup>65</sup>. De plus, un faible pourcentage de patients symptomatiques peuvent éprouver de graves complications du sevrage, notamment des crises de grand mal et des delirium tremens qui mettent leur vie en danger s'ils ne sont pas traités<sup>66-68</sup>.

Les données disponibles sur les effets spécifiques du sevrage aigu sur la patiente enceinte sont rares; cependant, certains ont extrapolé que les personnes enceintes pourraient être particulièrement vulnérables aux symptômes de sevrage énumérés ci-dessus en raison de leur augmentation documentée de la susceptibilité au stress physiologique et environnemental<sup>3,69-72</sup>. Le sevrage alcoolique maternel aigu peut, à son tour, entraîner de nombreux effets indésirables sur le fœtus, notamment la souffrance fœtale, l'abruptio placentae, le travail prématuré et la mort fœtale<sup>3</sup>.

Compte tenu des risques supplémentaires liés au sevrage alcoolique pendant la grossesse, il est recommandé que, dans la mesure du possible, les patientes enceintes souffrant de TUA fassent l'objet d'une prise en charge du sevrage en milieu hospitalier, où il est possible d'obtenir un traitement fondé sur les symptômes avec surveillance étroite des symptômes de sevrage et de la santé fœtale<sup>3,4,9</sup>. Il convient également de noter que des études disponibles sur la prise en charge du sevrage pour cette population particulière ont été menées en milieu hospitalier. Toutefois, si la prise en charge du sevrage associée à une hospitalisation n'est pas envisageable en raison de la préférence de la patiente ou du manque de lits disponibles, un traitement externe avec surveillance étroite peut être offert aux patientes enceintes qui seraient admissibles à ce type de service (c.-à-d. risque faible de complications graves du sevrage, soutien de la famille ou de la collectivité, possibilité de se rendre à des visites médicales, absence d'autres problèmes nécessitant des soins en milieu hospitalier). Pour obtenir des instructions sur la prise en charge du sevrage en traitement externe, consultez l'[Annexe 3](#), Critères et considérations relatifs à la prise en charge du sevrage alcoolique en traitement externe.

Il convient de souligner que la gestion du sevrage à elle seule ne constitue pas un traitement pour les TUA. Des études font état de taux élevés de rechutes après le sevrage et laissent entendre qu'il est peu probable que

l'abstinence et la réduction de la consommation d'alcool se poursuivent sans des soins continus des TUA<sup>73,74</sup>. Les patientes devraient être aiguillées vers des soins continus après la fin de la prise en charge du sevrage. Consultez la section Soins continus du présent supplément pour un aperçu des interventions de traitement fondées sur les données probantes. Cette section présente un examen de l'efficacité et de la sécurité de l'évaluation clinique du sevrage et des possibilités de prise en charge en mettant l'accent sur les résultats foetaux et néonataux.

Veillez consulter la section 3 des *Lignes directrices* pour un examen complet de toutes les possibilités courantes de traitement de prise en charge du sevrage pour la population générale de patientes atteintes de TUA.

## 4.2 Évaluation

### 4.2.1 L'échelle de prévision de la gravité du sevrage alcoolique (Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale, PAWSS)

L'échelle de prévision de la gravité du sevrage alcoolique (PAWSS) est un outil validé fondé sur des scores destiné à estimer le risque de complications graves du sevrage (c.-à-d. crises épileptiques et delirium tremens), ce qui facilite le choix des interventions appropriées de gestion du sevrage<sup>75</sup>. La PAWSS intègre les facteurs de risque fondés sur des données probantes de l'apparition de complications graves du sevrage sur une échelle cumulative de 10 éléments, avec un score maximal de 10, où un score < 4 indique un risque faible et un score  $\geq 4$  indique un risque élevé de complications graves du sevrage<sup>75</sup>. Bien que cet outil n'ait pas encore été validé spécifiquement pour les patientes enceintes, son exactitude et son utilité en milieu hospitalier ont été validées dans une revue systématique de 14 études de 2018 (n=71 295) évaluant des mesures uniques et composites du risque de sevrage avec complications<sup>76</sup>. Les auteurs ont démontré que les échelles composites qui mesuraient de multiples signes et symptômes étaient plus utiles pour prédire le risque pour une personne que les signes ou symptômes particuliers. De ces échelles composites, la PAWSS présentait les meilleures sensibilité (93 %, [IC à 95 %, 77 %-99 %]) et spécificité (99 %, [IC à 95 %, 98 %-99 %]) dans l'évaluation du risque de complications graves du sevrage<sup>76</sup>.

L'évaluation préliminaire recommandée pour le sevrage alcoolique dans les populations non enceintes comprend l'utilisation de l'outil PAWSS afin de choisir le contexte de traitement approprié en fonction du risque de complications graves du sevrage<sup>75,76</sup>. Étant donné la recommandation selon laquelle toutes les patientes enceintes qui ont besoin d'une prise en charge du sevrage doivent subir un traitement en milieu hospitalier, il est possible que l'évaluation visant à choisir le contexte du traitement ne soit pas indiquée pour cette population, à moins que la forte préférence de la patiente ou la rareté des lits n'entraîne une évaluation des risques en faveur du traitement en consultation externe. Toutefois, la PAWSS constitue également un moyen utile de choisir la pharmacothérapie de prise en charge du sevrage appropriée, car les médicaments de prise en charge du sevrage autres que les benzodiazépines peuvent ne pas convenir aux personnes à risque élevé de complications graves du sevrage alcoolique<sup>9</sup>. Ainsi, ce supplément recommande aux cliniciens d'envisager l'utilisation de cet outil pour les aider à choisir entre la gabapentine et les benzodiazépines pour la prise en charge du sevrage chez les patientes enceintes.

Pour de plus amples renseignements, consulter *Pharmacothérapies pour la gestion du sevrage*. Si les cliniciens choisissent d'utiliser l'outil PAWSS pour éclairer le choix des médicaments, le résultat doit être associé à une évaluation clinique et à une observation supplémentaires<sup>9</sup>. L'outil PAWSS et les instructions correspondantes seront présentés dans [l'Annexe 3.B](#).

#### 4.2.2 Évaluation des syndromes de sevrage dans un établissement clinique selon l'échelle de l'alcoolisme, révisée (Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, revised, CIWA-Ar)

La CIWA-Ar est considérée comme la norme d'excellence pour évaluer la gravité des symptômes de sevrage dans divers milieux de soins cliniques pour la population générale de patients, avec une fiabilité et une validité inter-évaluation démontrées<sup>77</sup>. Cet outil est couramment utilisé pour déterminer et ajuster les calendriers de dosage des traitements fondés sur les symptômes. Des études ont montré que l'utilisation de la CIWA-Ar dans ce contexte minimise la sous-médication et la surmédication des patientes tout en atténuant le risque de symptômes graves<sup>78,79</sup>.

La CIWA-Ar comprend l'évaluation de 10 symptômes et signes particuliers de sevrage alcoolique, notamment l'anxiété et l'agitation, les troubles auditifs, visuels et tactiles, les tremblements, la transpiration, les nausées, les maux de tête et le brouillage sensoriel, qui se voient attribuer un score numérique fondé sur des mesures de gravité objectives et subjectives. Un score inférieur à 15 indique des symptômes de sevrage légers, tandis que les scores égaux ou supérieurs à 15 et à 20 indiquent des symptômes de sevrage modérés et graves, respectivement<sup>77</sup>. En raison de la reconnaissance généralisée de l'échelle CIWA-Ar, les termes de sevrage « léger », « modéré » et « grave » utilisés dans ce supplément sont définis selon ces scores numériques.

Bien que la CIWA-Ar n'ait pas été validée pour les patientes enceintes, son utilisation est courante pour l'évaluation des symptômes de sevrage alcoolique pendant la grossesse et a été décrite dans un rapport de cas<sup>80</sup>. Les auteurs ont signalé l'utilité de cet outil pour concevoir un régime de prise en charge du sevrage fondé sur les symptômes et réduire au minimum l'exposition de la patiente et du fœtus à des médicaments potentiellement dommageables<sup>80</sup>. Les cliniciens qui utilisent cet outil pour évaluer la gravité des symptômes de sevrage doivent garder à l'esprit que certains des critères de la CIWA-Ar (p. ex. nausées et maux de tête) sont également des symptômes courants de la grossesse. Par conséquent, les résultats de la CIWA-Ar doivent être interprétés avec un jugement clinique approprié et en communiquant avec la patiente pour faire la distinction entre les symptômes de grossesse et de sevrage<sup>80</sup>. L'outil CIWA-Ar et les instructions correspondantes sont présentés à l'[Annexe 3.B](#).

#### 4.3 Gestion des symptômes de sevrage de négligeables à légers

Compte tenu des risques importants de sevrage aigu pour la patiente et le fœtus, il est indispensable d'offrir à toutes les patientes enceintes chez qui on a diagnostiqué un TUA des médicaments pour la prise en charge du sevrage. Toutefois, les patientes souffrant de TUA légers peuvent présenter des symptômes de sevrage négligeables et préférer recevoir une thérapie de soutien et des soins continus sans désintoxication pharmacologique.

Il existe un manque d'orientation cohérente concernant la prise en charge non pharmacologique des symptômes de sevrage légers chez les patientes non enceintes et les patientes enceintes. De nombreuses lignes directrices de pratique concernant la population générale recommandent la prestation de soins de soutien seulement jusqu'à ce que les symptômes de sevrage disparaissent (p. ex. environnement favorable; surveillance étroite par la famille impliquée dans la mesure du possible; alimentation et hydratation adéquates; encouragement et renforcement positif; aiguillage vers des interventions de traitement psychosocial et des ressources de soutien communautaires)<sup>8,81</sup>. Si ce n'est pas contre-indiqué, des analgésiques en vente libre, des antiémétiques et des antidiarrhéiques approuvés pour la grossesse et la lactation peuvent également être prescrits pour la gestion de symptômes bénins. Ces résultats sont fondés sur des études préliminaires portant sur des populations non

enceintes qui ont révélé que les soins de soutien étaient suffisants pour environ 75 % des patientes qui n'avaient pas de comorbidités psychiatriques ou médicales<sup>82,83</sup>.

L'expérience clinique suggère que les patientes enceintes sont plus susceptibles que les autres populations d'opter pour des choix de traitement non pharmacologique en raison d'une motivation accrue à minimiser les risques possibles associés aux traitements pour le fœtus<sup>84,85</sup>. Bien que les préférences et la motivation des patientes fassent partie des prédicteurs de la réussite du traitement et des facteurs clés concernant le choix du traitement, les patientes doivent être bien informées des risques de symptômes de sevrage maternel et se voir offrir un suivi et une réévaluation fréquents.

#### 4.4 Pharmacothérapies pour la prise en charge du sevrage

Les pharmacothérapies courantes pour la prise en charge du sevrage alcoolique chez les patientes non enceintes sont les benzodiazépines, les anticonvulsivants comme la carbamazépine, la gabapentine, l'acide valproïque, et les agonistes alpha-2-adrénergiques. Il n'existe que peu de recherches et de directives fondées sur les données probantes en ce qui concerne la prise en charge du sevrage par pharmacothérapie chez les personnes enceintes. Ceci s'explique en partie par les préoccupations éthiques qui limitent les recherches cliniques dans cette population, particulièrement considérant le risque suggéré de tératogénicité associé à un certain nombre de médicaments courants de prise en charge du sevrage dans des études menées sur des animaux<sup>9</sup>. Une revue Cochrane de 2009 sur les pharmacothérapies n'a trouvé aucune étude randomisée ou quasi-randomisée concernant des interventions pharmacologiques pour des participantes enceintes inscrites à des programmes de traitement de l'alcoolisme et ont conclu qu'un grand nombre d'études supplémentaires étaient nécessaires pour évaluer la sécurité des traitements disponibles pour cette population<sup>86</sup>.

Comme cela est mentionné ci-dessous, la recherche limitée sur l'innocuité des choix pharmacologiques pour la prise en charge du sevrage pendant la grossesse a porté presque exclusivement sur les benzodiazépines. Toutefois, en réponse aux nouvelles données probantes concernant l'usage de la gabapentine pour cette indication, ce supplément donne également un bref aperçu de l'innocuité et de l'efficacité de ce médicament. Dans l'ensemble, la littérature résumée dans la présente section indique que les méfaits du sevrage aigu de l'alcool dépassent les risques potentiels associés au traitement pharmacologique avec ces agents. Le [Tableau 5](#) ci-dessous présente un aperçu comparatif des caractéristiques cliniquement pertinentes des benzodiazépines et de la gabapentine. L'[Annexe 3.C](#) fournit des renseignements généraux sur la prescription et des exemples de protocoles de dosage pour les médicaments examinés dans cette section.

Consulter les [Lignes directrices](#) pour un examen complet des données probantes concernant toutes les pharmacothérapies fondées sur les données probantes pour le sevrage alcoolique dans la population générale.

##### 4.4.1 Benzodiazépines

Les benzodiazépines ont l'historique de recherche le plus étayé et présentent les données les plus probantes en matière de prise en charge du sevrage alcoolique chez les populations enceintes et non enceintes<sup>4,87</sup>. De nombreuses revues systématiques ont établi l'efficacité supérieure de cette catégorie de médicaments pour supprimer les symptômes de sevrage alcoolique et prévenir les crises de sevrage et les delirium tremens<sup>4,88-90</sup>.

Les premières études cas-témoins sur l'utilisation de benzodiazépines pendant la grossesse ont indiqué que ces médicaments pouvaient être associés à un risque accru de malformations fœtales<sup>3,80</sup>. Toutefois, un certain nombre d'études des cohortes plus récentes n'ont révélé aucun risque accru de malformations congénitales, d'anomalies cardiaques, ou de problèmes neurocomportementaux chez les enfants nés de personnes ayant

utilisé des benzodiazépines pendant leur grossesse par rapport à la population générale<sup>3,91,92</sup>. Une revue systématique et une méta-analyse de 2011 comprenant neuf études cas-témoins et des études des cohortes ont également examiné la corrélation entre l'utilisation maternelle de benzodiazépines et les principales malformations fœtales<sup>93</sup>. Les auteurs ont également conclu que, en somme, les benzodiazépines ne semblaient pas augmenter le risque tératogène (RC, 1,07 [IC à 95 %, 0,91 à 1,25]), bien que les études cas-témoins aient démontré un risque accru de bec-de-lièvre<sup>93</sup>.

À l'heure actuelle, l'utilisation de benzodiazépines pendant la grossesse est classée dans la catégorie D par la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis, ce qui dénote l'existence d'une preuve de risque pour les fœtus humains exposés à une consommation prolongée de ces médicaments<sup>9</sup>. Il est important de noter que la prise en charge du sevrage alcoolique dure habituellement de 5 à 7 jours, ce qui ne constitue pas une consommation prolongée. De plus, la majorité des études concernant l'innocuité pour le fœtus du traitement aux benzodiazépines pendant la grossesse ne tiennent pas compte de l'objectif, de la durée et de la dose de l'utilisation maternelle de benzodiazépine<sup>3</sup>. Une étude cas-témoins portant sur les résultats pour le fœtus du traitement au diazépam à court terme (généralement 3 semaines) pendant la grossesse a révélé que l'exposition à court terme à ce médicament ne présentait aucun risque tératogène détectable pour le fœtus<sup>94</sup>.

L'utilisation de benzodiazépines pendant le dernier trimestre de la grossesse nécessite d'autres considérations, notamment le « syndrome du bébé mou » et le sevrage néonatal de benzodiazépines. Le syndrome du bébé mou est caractérisé par une constellation de symptômes traitables, par exemple une légère sédation, une hypotonie, une réticence à téter, des périodes d'apnée et une cyanose qui peut persister pendant des heures voire des mois après la naissance<sup>3</sup>. Les symptômes de sevrage néonatal de benzodiazépines peuvent inclure de l'hypertonie, de la surréflexivité, de l'agitation, de l'irritabilité, des habitudes de sommeil anormales, des pleurs inconsolables, des tremblements ou des secousses des extrémités, de la bradycardie, une cyanose, des difficultés à téter, de l'apnée, de la diarrhée et des vomissements<sup>3,95</sup>. Bien qu'il n'existe pas de données concluantes sur le type particulier de benzodiazépine qui empêcherait l'apparition de ces symptômes, certains rapports suggèrent que les benzodiazépines à action courte (p. ex. lorazépam) pourraient être préférables au troisième trimestre pour minimiser la durée et la gravité du sevrage néonatal de benzodiazépines<sup>80,95</sup>.

Dans l'ensemble, compte tenu des risques bien établis associés au sevrage non traité, la littérature suggère que les avantages potentiels de l'utilisation de benzodiazépines pour le traitement du sevrage alcoolique aigu l'emportent sur les risques, en particulier dans le cas des TUA graves, où la prévention des crises d'épilepsie et du delirium tremens constitue un facteur clé. À la lumière de ces constatations, les lignes directrices de 2014 de l'Organisation mondiale de la Santé recommandent la prise en charge par une benzodiazépine, titrée selon la gravité des effets de sevrage<sup>4</sup>.

#### 4.4.2 Gabapentine

L'efficacité de la gabapentine pour la prise en charge du sevrage alcoolique chez les patientes non enceintes à faible risque de subir des convulsions et le delirium tremens est démontrée par une base de données probantes croissante. À ce jour, les résultats de deux ECR (n = 126) indiquent que la gabapentine (à des doses totales de 1 200 mg/jour) est aussi efficace que les benzodiazépines pour la prise en charge en consultation externe des symptômes de sevrage alcoolique légers à modérés, et qu'elle peut offrir des avantages supplémentaires en termes d'amélioration de la vigilance diurne, de la qualité du sommeil, de l'anxiété et de l'humeur<sup>96,97</sup>.

En ce qui concerne l'innocuité dans un contexte de grossesse, la gabapentine est un médicament de la catégorie C selon la FDA : rien n'indique que ce médicament est tératogène pour l'être humain, bien que certains effets

indésirables liés au dosage aient été observés chez le fœtus dans des études sur les animaux<sup>9,98</sup>. Des données récentes indiquent que l'utilisation de ce médicament pour la prise en charge du sevrage pendant la grossesse est sans risque<sup>9,45</sup>.

Les cliniciens doivent garder à l'esprit que ce médicament ne convient pas pour prévenir les complications graves du sevrage (p. ex. crises d'épilepsie et delirium tremens). Par conséquent, il est recommandé d'évaluer le risque de complications graves du sevrage de la patiente à l'aide de l'outil PAWSS avant d'effectuer un choix entre les benzodiazépines et la gabapentine.

#### **4.4.3 Mise en garde concernant les autres agents**

Les solutions de rechange pour la gestion du sevrage alcoolique dans la population non enceinte comprennent d'autres anticonvulsivants (c.-à-d. carbamazépine, acide valproïque) et des agonistes alpha-adrénergiques, notamment la clonidine (consulter le chapitre 4 des Lignes directrices). Toutefois, en raison de l'absence de données probantes suffisantes et du risque déclaré de tératogénicité, l'utilisation de ces agents ne devrait pas être envisagée pour les patientes enceintes, à moins que le sevrage aigu ne constitue une urgence mettant la vie en danger et que l'utilisation des choix recommandés soit contre-indiquée<sup>9</sup>.

**Tableau 5 — Caractéristiques comparatives des possibilités pharmacothérapeutiques pour la prise en charge du sevrage alcoolique pendant la grossesse**

	<b>Benzodiazépines<sup>99</sup></b>	<b>Gabapentine<sup>100</sup></b>
Utilisation sécuritaire pendant la grossesse <sup>9</sup>	Catégorie D de la FDA : Preuves de risque de bec-de-lièvre et de syndrome du bébé mou chez l'être humain Les avantages potentiels peuvent l'emporter sur les risques	Catégorie C de la FDA : Aucune étude sur l'être humain adéquate Les risques possibles extrapolés à partir de modèles animaux comprennent la naissance prématurée, l'insuffisance de poids à la naissance et les symptômes de sevrage néonatal Les avantages potentiels peuvent l'emporter sur les risques
Efficacité	Efficacité supérieure pour la suppression des symptômes de sevrage comparativement au placebo et à d'autres traitements actifs <sup>90</sup> . Efficacité supérieure pour la prévention des crises d'épilepsie comparativement au placebo et aux traitements actifs <sup>88-90</sup> .	Les nouvelles données (2 ECR) montrent une efficacité égale à celle des benzodiazépines en ce qui concerne la suppression des symptômes du sevrage léger à modéré. Peut être meilleure pour le traitement de l'insomnie et des symptômes d'anxiété 96,97. Les preuves sont insuffisantes en ce qui concerne la prévention des crises d'épilepsie ou du delirium tremens.
Contre-indications	1. Insuffisance respiratoire sévère 2. Maladie hépatique 3. Apnée du sommeil 4. Myasthénie 5. Glaucome par fermeture de l'angle	Hypersensibilité à la gabapentine
Mises en garde	1. Intolérance au lactose 2. Insuffisance rénale 3. Allaitement*	Insuffisance rénale
Effets secondaires	Les effets secondaires courants sont la somnolence et les étourdissements. Les effets secondaires moins courants comprennent des changements de la couleur de la peau, des nausées, des maux de tête, une vision floue, des tremblements, une hypotension, des troubles gastro-intestinaux. Une perte de mémoire peut également se produire.	Des doses plus élevées peuvent causer de l'ataxie, des troubles de l'élocution et de la somnolence. Profil d'effet secondaire favorable par rapport aux autres anticonvulsivants.
Innocuité pour l'allaitement	Une sédation et un gain de poids faible des nourrissons ont rarement été signalés. Des agents à action rapide (p. ex. lorazépam, oxazépam) peuvent être préférables. Dans l'ensemble, jugées compatibles avec l'allaitement par l'OMS et l'ACOG <sup>4,101</sup>	Un petit nombre de rapports de cas n'ont signalé aucun effet néonatal indésirable. Les nourrissons doivent être surveillés pour détecter l'apparition de somnolence, une prise de poids adéquate et suivre les jalons de développement, en particulier chez les nourrissons plus jeunes, allaités exclusivement <sup>102</sup> .
Autres considérations	Possibilité d'utilisation non médicale, de détournement et de dépendance. Possibilité d'interactions médicamenteuses menant à une sédation excessive, à une altération du fonctionnement psychomoteur et cognitif.	Possibilité d'utilisation non médicale, de détournement et de dépendance. Le profil de toxicité est semblable à celui de l'alcool. Transition facile de la prise en charge du sevrage à la prévention des rechutes à long terme.

\* Remarque: Ces renseignements sont directement adaptés des monographies de ces médicaments. Le fait que les benzodiazépines soient excrétées dans le lait humain a été cité comme motif de prudence pendant l'allaitement. Consulter la section 7.2.2 pour un résumé des données probantes à l'appui de la compatibilité de ces médicaments avec l'allaitement.



## 5 Soins continus

### 5.1 Pharmacothérapie

Il n'existe pas d'essais cliniques évaluant les choix possibles pour la prise en charge pharmacologique des TUA pendant la grossesse. La maigre documentation existante sur ce sujet est extrapolée à partir d'études sur les animaux et de données probantes sur les populations non enceintes. Un guide de pratique récent de l'American Psychiatric Association recommande de ne pas utiliser d'interventions pharmacothérapeutiques contre les TUA pendant la grossesse, hormis pour la gestion du sevrage alcoolique<sup>9,45</sup>. Cela s'explique par le risque prouvé de tératogénicité associé à de nombreux médicaments pour les TUA. Conformément aux lignes directrices disponibles, il faudrait offrir à toutes les patientes atteintes de TUA des interventions de traitement psychosocial fondées sur les données probantes et du soutien pour les TUA. Il faut toutefois évaluer les risques associés à la pharmacothérapie pour le fœtus par rapport au risque de rechute de la consommation d'alcool dans le cas des patientes enceintes souffrant de TUA modéré à sévère.

La naltrexone et l'acamprosate sont considérés comme des agents de traitement des TUA de première intention pour les patientes non enceintes. La présente section donne un aperçu de l'innocuité et de l'efficacité de ces traitements pour les personnes enceintes en référence à la documentation disponible. La gabapentine est également examinée comme choix de rechange possible pour cette population. Dans l'ensemble, il est suggéré que les avantages de la prévention des rechutes l'emportent sur le risque d'effets possibles de ces agents sur le fœtus<sup>9</sup>. Le [Tableau 6](#) ci-dessous présente un résumé comparatif des caractéristiques de ces médicaments. L'[Annexe 4](#) contient des exemples de protocoles posologiques et des renseignements sur la couverture de l'assurance-médicaments. Veuillez également consulter les [Lignes directrices](#) pour un examen complet de toutes les pharmacothérapies fondées sur les données probantes pour la population générale.

#### 5.1.1 Naltrexone

La naltrexone est un antagoniste des récepteurs mu-opioïdes qui bloque l'euphorie associée à la consommation d'alcool<sup>103</sup>. Il est supposé qu'elle agit en diminuant l'effet gratifiant de l'alcool dans le cerveau après sa consommation, ainsi que le désir d'alcool chez certaines personnes<sup>103</sup>. Cet effet émoussant sur les voies de récompense neuronale concorde avec les résultats de la recherche selon lesquels la naltrexone est particulièrement efficace pour prévenir un retour à la consommation excessive ou continue d'alcool<sup>104</sup>. La naltrexone présente une base de données probantes bien établie sur l'innocuité et l'efficacité du traitement des TUA pour les populations non enceintes<sup>105</sup>. Notamment, une méta-analyse de 2010 portant sur 50 ECR (n=7793 participants) a révélé une diminution de 17 % des participants traités à la naltrexone qui ont consommé de grandes quantités d'alcool par rapport au groupe s'étant vu administrer un placebo<sup>104</sup>. Les participants traités à la naltrexone ont aussi montré une plus grande réduction du nombre de jours de consommation intensive (-3,25 %) et de la quantité d'alcool consommée (-10,83 g) comparativement au groupe s'étant vu administrer un placebo<sup>104</sup>.

La FDA a classé la naltrexone comme médicament de catégorie C en ce qui concerne l'usage pendant la grossesse, ce qui signifie qu'il n'existe pas d'études humaines adéquates sur les effets de la naltrexone sur le fœtus, tandis que des études animales ont démontré des effets indésirables légers sur le fœtus<sup>3,9</sup>. Des études sur des animaux portant sur l'exposition in utero à la naltrexone ont révélé que ce médicament traversait la barrière placentaire et était associé à une sensibilité réduite de la progéniture à la morphine, et peut-être à une perte fœtale précoce ainsi qu'à une augmentation du poids à la naissance<sup>9</sup>. Toutefois, des données probantes limitées concernant l'utilisation de naltrexone pour le traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes n'ont démontré aucun effet indésirable sur l'issue de la grossesse, bien que les effets à long terme sur le développement de l'exposition in utero à ce médicament ne soient pas connus<sup>6,107</sup>.

### 5.1.2 Acamprosate

Il est estimé que l'acamprosate rétablit l'équilibre entre l'excitation médiée par le glutamate et l'inhibition de l'activité neuronale médiée par le GABA, et réduit l'hyperexcitabilité neuronale générale<sup>103</sup>. Ces deux effets modifient les réactions aux signaux cognitifs liés à l'alcool<sup>103</sup>. L'acamprosate a été utilisé pour le traitement des TUA pendant plusieurs décennies en Europe avant d'être approuvé en Amérique du Nord, et il présente une base de données probantes établie en ce qui concerne son innocuité et son efficacité pour les populations non enceintes<sup>109-113</sup>. Une méta-analyse de 2010 comprenant 24 ECR (n=6915) a signalé que l'acamprosate réduisait de 14 % le risque de retour à la consommation d'alcool et augmentait la durée cumulative de l'abstinence de 11 jours par rapport au placebo<sup>111</sup>. De plus, les auteurs ont constaté que les effets du traitement par l'acamprosate persistaient de 3 à 12 mois après l'interruption du traitement<sup>111</sup>.

L'acamprosate est classé dans la catégorie C. Jusqu'à récemment, les données humaines sur les effets de l'exposition in utero à l'acamprosate se limitaient à une communication personnelle observationnelle signalant un cas de bec-de-lièvre parmi 18 grossesses, tandis que des études animales montraient des défauts liés à la dose chez la progéniture, notamment des cas de dysplasie rétinienne, de malformation de l'iris, d'hydronéphrose et d'augmentation du taux de mortinatalité<sup>9,114</sup>. Toutefois, des données probantes plus complètes ont été présentées dans le cadre d'une étude de cohorte rétroactive basée sur la population de 2019 de la Nouvelle-Galles du Sud, en Australie, comparant les résultats en matière de santé maternelle et néonatale des personnes exposées à l'acamprosate durant la grossesse (n = 54) à ceux de personnes exposées à l'alcool sans traitement (groupe témoin pour l'alcool; n = 162) et à ceux de personnes non exposées à l'alcool (groupe témoin pour la communauté; n = 162)<sup>115</sup>. Les auteurs ont signalé que les taux d'hospitalisation pendant la grossesse et 42 jours après l'accouchement chez les sujets traités à l'acamprosate n'étaient pas très différents de ceux du groupe témoin pour la communauté (taux rajusté [RR] = 0,85, IC à 95 % = 0,65-1,11), mais étaient significativement plus faibles que dans le groupe témoin pour l'alcool (RR ajusté = 1,26, IC à 95 % = 1,00-1,60)<sup>115</sup>. Les nouveau-nés exposés à l'acamprosate n'étaient pas très différents de ceux du groupe témoin pour l'alcool ou du groupe témoin pour la collectivité en ce qui concerne le poids à la naissance, la proportion de nouveau-nés de petite taille considérant l'âge gestationnel ou l'incidence d'anomalies congénitales (y compris l'ETCAF)<sup>115</sup>. Il convient également de noter que cette étude ne visait que des personnes exposées à l'acamprosate pendant plus de 30 jours pendant la grossesse dans le groupe d'étude, de sorte que les résultats s'appliqueraient aux patientes qui reçoivent une pharmacothérapie pour des soins continus des TUA. Les données disponibles indiquent que les avantages associés à l'utilisation de ce médicament pendant la grossesse peuvent l'emporter sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant cette période<sup>9,114,115</sup>.

### 5.1.3 Gabapentine

Les nouvelles preuves de l'efficacité de la gabapentine dans la prévention des rechutes chez les populations non enceintes proviennent principalement de trois essais cliniques contrôlés par placebo. Deux ECR comparant un traitement à la gabapentine de 7 jours à un placebo ont révélé que ce médicament était plus efficace pour réduire le besoin d'alcool, le nombre de consommations par jour et le pourcentage de jours de consommation excessive, tout en augmentant le nombre de jours d'abstinence<sup>116,117</sup>. Plus récemment, une étude de 12 semaines menée auprès de 150 participants en consultation externe a démontré que la gabapentine améliorait considérablement les taux d'abstinence cumulative (nombre estimé qui nécessitait un traitement [NNT de 8]) et de consommation excessive d'alcool (NNT estimé à 5), sans différence concernant le nombre d'événements indésirables par rapport au placebo<sup>118</sup>.

L'un des avantages distinctifs de la gabapentine est qu'elle s'est révélée efficace pour la prise en charge du sevrage en consultation externe chez les patientes à faible risque de développer des complications graves du sevrage (PAWSS<4), et les patientes qui achèvent leur sevrage avec ce médicament peuvent avoir la possibilité de continuer à l'utiliser au-delà de la période de sevrage aigu dans le cadre d'une stratégie de traitement à long terme sans risque d'interruption des soins<sup>119</sup>.

Pour ce qui est de l'innocuité pendant la grossesse, la gabapentine est un médicament de catégorie C, ce qui indique l'existence de preuves de risque pour le fœtus dans des études sur des animaux. Les modèles animaux disponibles révèlent un risque plus élevé d'embryotoxicité pendant l'organogenèse, mais cela est censé se produire à des doses suprathérapeutiques qui ne seraient généralement pas observées chez les humains<sup>120</sup>. Dans une étude de cohorte prospective limitée menée en 2013 auprès de participantes enceintes, aucune malformation fœtale n'a été observée, mais les auteurs ont signalé une association possible avec des naissances prématurées et l'insuffisance de poids à la naissance<sup>121</sup>.

Les cliniciens qui envisagent l'utilisation de gabapentine pour les patientes enceintes doivent être conscients du risque de consommation non médicale et de dépendance associé à ce médicament<sup>122-125</sup>. Il est également important de noter que la consommation simultanée d'alcool, d'opioïdes ou d'autres déprimeurs du SNC en association avec des doses plus élevées de gabapentine augmentent le risque de dépression respiratoire, de sédation profonde, de syncope et de décès<sup>100</sup>. Bien que les données disponibles indiquent que ces risques sont beaucoup moins élevés que ceux associés aux TUA non traités<sup>126-129</sup>, les cliniciens devraient organiser des suivis fréquents et surveiller toute consommation non médicale, dépendance, tout détournement et consommation concomitante d'alcool ou d'opioïdes des patientes. Une attention particulière est recommandée dans le cas des patientes qui se sont vu prescrire plusieurs médicaments pour des affections concomitantes<sup>123</sup>.

On a également signalé un sevrage de la gabapentine chez un certain nombre de nouveau-nés nés de patientes qui avaient consommé cette substance; cet état est traitable, mais il peut nécessiter une admission aux soins intensifs néonataux<sup>9,130</sup>.

#### 5.1.4 Mise en garde concernant les autres agents

L'utilisation d'autres médicaments pour les TUA, comme le topiramate et le disulfirame n'est pas recommandée pendant la grossesse. Un rapport préliminaire portant sur 203 suivis prospectifs de grossesses exposées au topiramate a révélé un taux élevé de malformations congénitales chez les nouveaux-nés<sup>131</sup>. De même, quelques données probantes associent l'utilisation maternelle de disulfirame à la réduction des membres du fœtus<sup>132</sup>.

Il n'existe pas de lignes directrices fondées sur les données probantes concernant les patientes stabilisées par un traitement avec l'un de ces médicaments avant de devenir enceintes. Dans ces cas, les cliniciens devraient examiner attentivement les risques et les avantages de la transition des patientes vers d'autres choix de traitement en communiquant avec un spécialiste des toxicomanies et avec la patiente<sup>45</sup>. Dans la mesure du possible, la transition de la patiente vers des pharmacothérapies plus sûres (c.-à-d. naltrexone, acamprosate ou gabapentine) ou des interventions et des soutiens de traitement psychosocial peut être appropriée. De plus, les patientes en état de procréer qui se font prescrire un de ces médicaments devraient être informées des risques possibles en cas de grossesse et de l'importance de la contraception durant le traitement.

**Tableau 6 – Comparaison des pharmacothérapies pour les TUA pendant la grossesse**

	<b>Naltrexone<sup>133</sup></b>	<b>Acamprosate<sup>134</sup></b>	<b>Gabapentine</b>
<b>Utilisation sécuritaire pendant la grossesse</b>	<p>Catégorie C de la FDA :</p> <p>Aucune étude sur l'être humain adéquate</p> <p>Données probantes sur le risque issues d'études menées sur les animaux : réduction de la sensibilité aux opioïdes chez la progéniture</p> <p>Les avantages potentiels peuvent l'emporter sur les risques</p> <p>Solide base de données probantes concernant l'innocuité pour la population générale</p>	<p>Catégorie C de la FDA :</p> <p>Aucune étude sur l'être humain adéquate</p> <p>Les risques possibles extrapolés à partir de modèles animaux comprennent la naissance prématurée, l'insuffisance de poids à la naissance et les symptômes de sevrage néonatal</p> <p>Les avantages potentiels peuvent l'emporter sur les risques</p> <p>Solide base de données probantes concernant l'innocuité pour la population générale</p>	<p>Catégorie C de la FDA :</p> <p>Aucune étude sur l'être humain adéquate</p> <p>Les risques possibles extrapolés à partir de modèles animaux comprennent la naissance prématurée, l'insuffisance de poids à la naissance et les symptômes de sevrage néonatal</p> <p>Les avantages potentiels peuvent l'emporter sur les risques</p>
<b>Efficacité</b>	Données probantes établies sur l'efficacité concernant la réduction des taux de rechute et la consommation d'alcool comparativement au placebo <sup>105</sup> .	Établissement d'une base de données probantes sur l'efficacité concernant la réduction des taux de rechute par rapport au placebo <sup>111</sup> .	Nouvelles données probantes (3 ECR contrôlés par placebo) démontrant l'efficacité de la réduction du besoin d'alcool, de la consommation excessive d'alcool et de l'amélioration des taux d'abstinence.
<b>Contre-indications</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Antécédents de sensibilité à la naltrexone</li> <li>2. Consommation actuelle d'opioïdes (analgésique, traitement par agonistes opioïdes ou usage non médical)</li> <li>3. Sevrage aigu aux opioïdes</li> <li>4. Hépatite aiguë ou insuffisance hépatique</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Antécédents d'hypersensibilité à l'acamprosate</li> <li>2. Insuffisance rénale grave (clairance de la créatinine 30 ml/min)</li> <li>3. Allaitement*</li> </ol>	Hypersensibilité à la gabapentine
<b>Mises en garde pertinentes</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Insuffisance rénale</li> <li>2. Insuffisance hépatique</li> <li>3. Utilisation concomitante d'autres médicaments potentiellement hépatotoxiques</li> <li>4. Patientes pédiatriques (&lt;18 ans)*</li> <li>5. Grossesse et allaitement*</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Insuffisance rénale modérée (clairance de la créatinine de 30 à 50 ml/min)</li> <li>2. Grossesse*</li> </ol>	Insuffisance rénale
<b>Effets secondaires</b>	Les nausées, les maux de tête et les étourdissements sont les effets secondaires les plus souvent signalés. Généralement légers et temporaires. Peut être évité si l'administration de naltrexone est commencée à une dose plus faible ou si la patiente s'abstient de consommer de l'alcool.	La diarrhée est l'effet secondaire le plus souvent signalé, les vomissements et les douleurs abdominales sont moins fréquents. Les effets secondaires sont habituellement transitoires et se résorbent rapidement.	Des doses plus élevées peuvent causer de l'ataxie, des troubles de l'élocution ou de la somnolence.  Profil d'effet secondaire favorable par rapport aux autres anticonvulsivants.

<b>Consommation simultanée d'alcool</b>	Il est sécuritaire de commencer pendant que les patientes consomment de l'alcool, mais cela peut être plus efficace et les effets secondaires peuvent être réduits au minimum si le début du traitement est effectué après la fin du sevrage.	Il est sécuritaire de commencer pendant que les patientes consomment de l'alcool, mais il peut être plus efficace de commencer après la prise en charge du sevrage.	Une dose supérieure à la dose thérapeutique et une consommation concomitante d'alcool augmentent le risque de dépression respiratoire, de sédation profonde, de syncope et de décès.
<b>Allaitement</b>	Très peu excrété dans le lait maternel. Des études de cas limitées ne montrent aucun effet néonatal indésirable <sup>135,136</sup> . Ne constitue pas un obstacle à l'allaitement.	Aucune étude sur l'être humain adéquate. Jugé « probablement sécuritaire » dans les enquêtes pharmacocinétiques <sup>45,137</sup> .	Un petit nombre de rapports de cas n'ont signalé aucun effet néonatal indésirable. Les nourrissons doivent être surveillés pour détecter l'apparition de somnolence, une prise de poids adéquate et suivre les jalons de développement, en particulier chez les nourrissons plus jeunes, allaités exclusivement <sup>102</sup> .

\* Cette information est directement adaptée des monographies de ces médicaments, où l'absence de données suffisantes sur la grossesse et la lactation a été citée comme motif de prudence. Section 7.2.3 pour un examen des renseignements disponibles sur l'innocuité de la pharmacothérapie pour les TUA pour l'allaitement.

## 5.2 Interventions de traitement psychosocial

Les interventions de traitement psychosocial validées pour les TUA pendant la grossesse ne diffèrent pas de celles offertes à la population générale. Il existe quelques données probantes issues d'ECR à l'appui de l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), de l'entrevue motivationnelle (EM) et de la gestion des crises (GC) pendant la grossesse<sup>3</sup>. Une revue Cochrane de 2009 sur les interventions psychologiques et éducatives visant à réduire la consommation d'alcool pendant la grossesse (4 ECR, n=715) a conclu qu'il n'y avait pas suffisamment de données sur l'efficacité de ces interventions pour réduire la consommation d'alcool ou appuyer l'abstinence<sup>57</sup>. Toutefois, les auteurs ont cité des résultats incohérents, des échantillons de petite taille, un risque élevé de biais ainsi que l'hétérogénéité des types d'intervention et des résultats évalués au cours des essais comme facteurs de confusion qui entravent la synthèse des données probantes. Les auteurs ont également reconnu que la documentation existante appuie l'utilité de ces interventions psychosociales pour accroître l'abstinence de toute consommation d'alcool et réduire la consommation d'alcool chez les personnes enceintes<sup>57</sup>. Ainsi, la plupart des guides de pratique clinique recommandent que toutes les personnes enceintes souffrant de TUA se voient offrir des traitements psychosociaux pour favoriser l'abstinence ou réduire leur consommation d'alcool<sup>138</sup>.

Il est important de noter que l'EM, la TCC et la GC sont bien étudiées dans le contexte des troubles liés à la consommation de substances au sein de la population générale et qu'elles ont été largement expérimentées dans un large éventail de milieux et de populations de patients<sup>139,140</sup>. Pour un examen complet des données probantes sur l'efficacité de ces interventions, consulter les sections correspondantes des [Lignes directrices](#). Consulter l'[Annexe 5](#) pour un aperçu instructif de l'EM.

## 6 Considérations pour les établissements de traitement par hospitalisation

Bien que les données probantes à l'appui de l'efficacité de l'hospitalisation pour les troubles d'utilisation de substances soient relativement limitées, les lignes directrices concernant les personnes enceintes mentionnent que les milieux hospitaliers<sup>e</sup> pourraient être bénéfiques pour les personnes qui ont besoin de soins médicaux plus intensifs et de soutien pour améliorer leur santé et les issues de la grossesse<sup>120,141</sup>. Ces établissements peuvent également convenir aux patientes présentant des comorbidités ou des besoins médicaux et psychosociaux complexes, ainsi qu'à celles dont le logement et la situation sociale sont instables. Les décisions concernant le choix de ce contexte de traitement doivent être prises en collaboration avec la patiente et avec son consentement.

Les facteurs suivants doivent être pris en compte lors du choix d'un établissement de traitement pour les patientes enceintes :

- Capacité de fournir un traitement pharmacologique pour les TUA selon les directives du prescripteur de la patiente;
- Capacité à fournir un soutien médical et psychosocial global pour des problèmes concomitants ainsi qu'un soutien en TUA;
- Accès à des soins prénataux et de grossesse complets prodigués par des spécialistes;
- S'il y a lieu, accès à des soins postnataux et néonataux, ainsi qu'hébergement sur place ou services de visite pour les enfants et la famille de la patiente<sup>142</sup>. Le maintien de l'union des parents et des enfants devrait constituer l'une des principales considérations au moment de choisir un contexte de traitement pour cette population.

Une planification efficace du congé est également essentielle pour garantir des résultats positifs aux traitements de longue durée en milieu hospitalier<sup>143,144</sup>. L'établissement hospitalier devrait communiquer avec les fournisseurs de soins externes et les services communautaires pertinents pour assurer la continuité des soins et du soutien après le congé. Il peut être nécessaire d'intensifier le soutien et la surveillance pendant la transition entre les milieux de soins, car les patientes sont particulièrement vulnérables à la rechute à la consommation d'alcool au cours de ces périodes. Tout doit être mis en œuvre pour que la patiente ait accès à un logement sûr et stable avant son congé<sup>142</sup>.

Plusieurs revues systématiques ont conclu à un manque de données de recherche pour recommander un intervalle optimal de dépistage et de dépistage supplémentaire de la consommation d'alcool chez les adultes et les jeunes<sup>127</sup>. En l'absence de données probantes solides, la plupart des organismes de santé publique, y compris le [Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs](#)<sup>139</sup> et la [Société canadienne de pédiatrie](#)<sup>140,141</sup> recommandent le dépistage chez les adultes et les jeunes sur une base annuelle. Ces recommandations découlent de raisons de commodité — le dépistage de la consommation d'alcool peut être combiné à d'autres éléments d'un examen médical de routine ou d'un dépistage préventif — et pour détecter les changements, car la consommation d'alcool d'une personne peut passer d'un risque faible à un risque élevé sur une période d'un an. Dans le même ordre d'idées, une étude menée aux États-Unis a révélé que les intervalles annuels de dépistage de la consommation de substances permettent de révéler quelques cas d'incidents de consommation à risque élevé chez les patients adultes en soins primaires<sup>142</sup>. Sur les 1014 patients qui ont initialement obtenu un résultat négatif au test de dépistage de la consommation d'alcool ou de drogues à risque élevé, 34 (3,4 %) ont obtenu un résultat positif au test de dépistage de la consommation à risque élevé un an plus tard, la majorité (23/34) satisfaisant aux critères de dépistage de la consommation d'alcool à risque élevé<sup>142</sup>.

<sup>e</sup> Aussi appelés « établissements de traitement à demeure » ou « établissements de traitement en milieu hospitalier » dans la littérature.

## 7 Considérations spécifiques au post-partum

### 7.1 Hébergement et contact peau à peau

Le fait d'installer le parent et son nouveau-né dans une même chambre ainsi que d'encourager le contact peau à peau pendant la période postnatale immédiate sont associés à un lien sain entre le parent et le nourrisson, ce qui améliore son développement à long terme, augmente la probabilité d'allaitement, améliore l'accès aux soins intégrés et à l'éducation initiale en matière de garde d'enfants dans un environnement familial et réduit la détresse maternelle et néonatale ainsi que des symptômes de sevrage alcoolique<sup>4,145,146</sup>. Le contact peau à peau et le bercement du nourrisson dans un environnement calme constituent également des interventions largement recommandées pour la gestion des symptômes de sevrage néonatal<sup>4,136</sup>. Par conséquent, conformément aux normes de soins applicables à la population générale, les établissements de soins de santé qui fournissent des soins obstétricaux devraient avoir un protocole de placement en chambre qui permet de surveiller et de traiter les patientes souffrant de TUA et leurs nourrissons sans interrompre les soins ou le contact parent-nourrisson.

### 7.2 Allaitement

L'allaitement<sup>f</sup> est systématiquement recommandé dans les directives relatives aux soins néonataux, notamment les soins pour les nourrissons nés de parents subissant un traitement des troubles d'utilisation de substances<sup>4</sup>. Cela tient compte d'une solide base de données probantes démontrant que l'allaitement représente le moyen idéal de soutenir la croissance et le développement sains d'un enfant tout en favorisant la création d'un lien parent-enfant et la réduction du stress maternel<sup>4</sup>. Dans le cas des parents qui allaitent tout en consommant de l'alcool ou soumis à une pharmacothérapie contre les TUA, les risques et les avantages de l'allaitement devraient être pris en compte sur une base personnelle. La présente section donne un bref aperçu de la pharmacocinétique de l'alcool et des pharmacothérapies pour les TUA (c.-à-d. naltrexone, acamprosate et gabapentine) pendant la lactation et traite des problèmes de sécurité néonatale et développementale associés à l'utilisation maternelle de ces agents pendant l'allaitement.

#### 7.2.1 Alcool et lactation

Les recherches existantes sur les effets de la consommation d'alcool maternelle pendant la lactation sur le nouveau-né sont limitées et contradictoires. Bien que certaines données indiquent que la consommation occasionnelle d'alcool pendant l'allaitement n'a pas d'effets indésirables importants sur les nourrissons allaités, il n'existe pas suffisamment d'études et de consensus sur les conséquences à long terme de la consommation excessive d'alcool maternelle pendant l'allaitement. L'alcool est transféré dans le lait maternel; la concentration d'alcool dans le lait maternel est semblable à celle du sang maternel, et la quantité d'alcool transférée aux nourrissons allaités pendant l'allaitement est d'environ 5 à 6 % de la dose ajustée en fonction du poids consommée par le parent<sup>147,148</sup>. Par conséquent, certaines études laissent entendre que, même dans le cas d'une consommation excessive d'alcool, les nourrissons peuvent ne pas être soumis à des quantités cliniquement pertinentes d'alcool<sup>148,149</sup>, tandis que d'autres associent une forte consommation d'alcool par le parent pendant la lactation à une diminution du taux de croissance du nourrisson et du développement psychomoteur<sup>149,150</sup>. Une revue systématique de 11 études (n=36) portant sur l'effet de l'alcool sur les nouveau-nés allaités a révélé que les nourrissons allaités par des parents qui avaient consommé de l'alcool avant l'allaitement ont consommé 20 % moins de lait, potentiellement en réponse à une diminution du réflexe d'éjection<sup>148</sup>. La sédation temporaire et les changements des habitudes de sommeil chez le nouveau-né ont également été consignés<sup>4,148</sup>.

<sup>f</sup> Contrairement à son équivalent anglais, le terme allaitement n'est pas genré en français, il peut donc être utilisé pour les patients qui s'identifient au genre masculin.

Compte tenu de ces effets et de l'absence de données probantes concluantes sur la possibilité d'un risque à long terme pour le développement de l'enfant, la plupart des lignes directrices recommandent fortement aux parents allaitants de s'abstenir de consommer de l'alcool pendant la lactation 4,147. Toutefois, de nombreuses lignes directrices insistent également sur le fait que la consommation d'alcool n'est pas nécessairement une contre-indication à l'allaitement. Par exemple, l'Organisation mondiale de la Santé répertorie la consommation d'alcool parmi les problèmes de santé maternels ne nuisant pas à une poursuite de l'allaitement, à condition qu'une analyse au cas par cas des avantages et des risques soit effectuée<sup>151</sup>.

Les patientes qui allaitent et qui continuent de consommer de l'alcool devraient être fortement avisées de réduire leur consommation d'alcool et recevoir de l'information concernant la planification de l'allaitement et de la consommation d'alcool afin que l'alcool soit éliminé du lait maternel au moment de l'allaitement ou du tirage du lait. Dans le cas d'une consommation modérée (c.-à-d. 1 à 2 consommations standard par jour), les lignes directrices recommandent généralement d'attendre de 2 à 2,5 heures après avoir bu pour tirer son lait ou allaiter<sup>4</sup>. Toutefois, le temps requis pour l'élimination de l'alcool dépend de la quantité consommée; l'alcool semble être éliminé du lait maternel plus lentement dans le cas d'une forte consommation quotidienne d'alcool (c.-à-d. plus de deux consommations standard par jour), ce qui diminue la durée pendant laquelle il est possible d'allaiter le nourrisson de manière sécuritaire, entraînant un risque significatif<sup>152</sup>. Ainsi, le risque lié à l'allaitement peut l'emporter sur ses bienfaits dans le cas d'une forte consommation chronique d'alcool maternelle.

Consulter l'[Annexe 6](#) pour un exemple de document d'information à l'intention des patientes sur la consommation d'alcool et les pratiques d'allaitement sécuritaires.

### 7.2.2 Pharmacothérapie de sevrage alcoolique et lactation

**Benzodiazépines :** Il a été démontré que toutes les catégories principales de benzodiazépines sont excrétées dans le lait humain à des concentrations variables, mais généralement faibles<sup>95</sup>. Des preuves limitées caractérisent les effets indésirables possibles de l'exposition néonatale aux benzodiazépines par le lait maternel comme une léthargie, une sédation et une réduction de la capacité de succion, ce qui peut entraîner une prise de poids trop faible<sup>95,153-155</sup>. Toutefois, la documentation disponible indique que ces effets indésirables sont rares et de faible intensité<sup>150-152</sup>. Par exemple, dans une étude de cohorte rétrospective de 2012 (n=124), l'examen des répercussions néonatales de l'utilisation maternelle de benzodiazépines pendant la lactation, des résultats indésirables, notamment la sédation, ont été observés chez deux nourrissons (1,6 %), qui ont tous deux été allaités par des participantes ayant consommé des benzodiazépines en combinaison avec d'autres dépresseurs du SNC<sup>154</sup>.

De même, une revue de 16 études menées en 2014 sur les répercussions de l'exposition néonatale aux benzodiazépines a révélé de rares rapports de sédation, principalement associés aux benzodiazépines à action prolongée (p. ex. diazépam, clonazépam)<sup>155</sup>. Les auteurs insistent sur l'absence d'effets négatifs graves chez les nourrissons exposés à des médicaments à action relativement brève et suggèrent que le lorazépam et l'oxazépam peuvent faire partie des agents de choix pour les patientes qui allaitent.

Ces résultats sont conformes aux lignes directrices de l'OMS et de l'American College of Obstetricians and Gynecologists, qui jugent que les benzodiazépines sont compatibles avec l'allaitement, à moins que la capacité du nourrisson à métaboliser le médicament soit altérée<sup>4,101</sup>.

**Gabapentine :** L'innocuité de la gabapentine pour l'allaitement maternel a été étudiée par quelques rapports de cas portant sur une gamme de doses et de durées de traitement, et aucun effet indésirable important n'a été signalé<sup>102,156</sup>. Des renseignements limités indiquent que les doses maternelles de gabapentine jusqu'à 2,1 g par



jour produisent des concentrations relativement faibles dans le sérum des nourrissons<sup>102</sup>. Par conséquent, la ligne directrice consensuelle des experts indique que la gabapentine est un médicament acceptable pendant la période de lactation<sup>102</sup>. Toutefois, les auteurs recommandent de surveiller le nourrisson pour détecter toute somnolence, le gain de poids adéquat et l'atteinte des jalons de développement, en particulier chez les nourrissons allaités exclusivement au sein ou plus jeunes<sup>102</sup>.

### 7.2.3 Pharmacothérapie pour les TUA et lactation

Il n'existe pas d'études contrôlées et peu de données humaines sur l'innocuité de la naltrexone, de l'acamprosate et de la gabapentine pendant l'allaitement. En raison de ce manque de données probantes, il est conseillé d'évaluer soigneusement les avantages et les risques, d'obtenir le consentement de la patiente en toute connaissance de cause et de surveiller de près le nourrisson lorsqu'il est envisagé d'administrer ces médicaments aux parents allaitants.

**Naltrexone :** Des données limitées indiquent que la naltrexone est légèrement excrétée dans le lait humain. Une étude de cas citée dans la base de données sur les médicaments et la lactation (Drugs and Lactation Database des États-Unis) porte sur deux nourrissons de 1,5 mois allaités par des personnes qui recevaient 50 mg de naltrexone par voie orale par jour pendant la grossesse et la lactation<sup>135,136</sup>. Les auteurs n'ont signalé aucun effet indésirable lié à la naltrexone chez les nourrissons. Par conséquent, bien que la monographie de Santé Canada sur la naltrexone recommande la prudence en ce qui concerne l'utilisation de ce médicament par les parents allaitants<sup>133</sup>, les bienfaits de l'allaitement peuvent l'emporter sur les risques potentiels d'une exposition néonatale à la naltrexone.

**Acamprosate :** L'effet de l'acamprosate sur le lait maternel n'a pas été étudié. Dans des études sur des animaux, ce médicament a été excrété dans le lait de rats en période de lactation. En ce qui concerne ce manque de données probantes, la monographie de produit de l'acamprosate cite la grossesse et l'allaitement parmi les contre-indications à l'utilisation de ce médicament<sup>134</sup>. Toutefois, les lignes directrices disponibles sur les risques néonataux de la pharmacothérapie pendant la lactation suggèrent que l'utilisation de ce médicament pendant l'allaitement est « probablement sans danger » pour les nouveau-nés<sup>45,137</sup>.

**Gabapentine :** Veuillez consulter la section 7.2.2, Pharmacothérapie de sevrage alcoolique et lactation pour obtenir un résumé des données probantes à l'appui de la compatibilité de la gabapentine avec l'allaitement.

## 8 Protection de l'enfance

### *La période prénatale :*

Les cliniciens du Canada n'ont pas l'obligation juridique de déclarer la consommation prénatale de substances ou la consommation de substances pendant la grossesse. Tout aiguillage ou rapport prénatal doit être effectué avec le consentement éclairé de la patiente.

Les programmes de soins intégrés et la planification collaborative à long terme du soutien pendant la grossesse peuvent favoriser la stabilité familiale et permettre aux nouveaux parents de jouer un rôle actif dans les soins de leur enfant grâce aux ressources disponibles dans leur famille et la collectivité<sup>157,158</sup>. La participation des futurs parents, des membres de la famille qui les soutiennent, les ressources de santé publique et communautaires et les services fournis par le ministère des Enfants et du Développement de la famille de la Colombie-Britannique avant l'accouchement peuvent contribuer à améliorer l'issue de la grossesse. Toutefois, l'utilisation de ces services devrait être envisagée au cas par cas, avec la collaboration et le consentement de la patiente enceinte.

### *Le nouveau-né (et les autres enfants sous la garde de la patiente) :*

La consommation maternelle de substances ne constitue pas à elle seule un motif de prise en charge d'un nourrisson ou de renvoi au ministère des Enfants et du Développement de la famille. Toutefois, l'équipe de soins de santé est légalement tenue, en vertu de l'article 14 de la [Loi sur les services à l'enfance et à la famille et les services communautaires \(Child and Family and Community Service Act, CFCSA\)](#), de signaler les préoccupations en matière de protection de l'enfance au ministère des Enfants et du Développement de la famille. Avant de produire un rapport, les cliniciens devraient consulter [l'article 13 de la CFCSA](#) pour obtenir un aperçu complet des circonstances dans lesquelles il est justifié d'aviser le ministère des Enfants et du Développement de la famille. La décision d'effectuer un signalement doit être prise au cas par cas, en consultation avec toute l'équipe de soins de santé. Il convient de noter que la prise en charge des nourrissons est associée à un éventail de résultats sociaux et de santé négatifs à long terme pour la mère et l'enfant<sup>159-161</sup>. Si un enfant est temporairement retiré à son parent pendant la période qui suit immédiatement la naissance, il faudrait offrir aux mères un soutien approprié pour veiller à ce que les répercussions de la perte de leur enfant ne deviennent pas des obstacles à la réunification de la famille<sup>159</sup>.

## Annexes

### Préface

Les annexes suivantes sont fournies à l'appui de la pratique clinique et ont été élaborées à la suite d'une discussion et d'un consensus du comité des lignes directrices. Le présent guide de pratique a été éclairé par un examen des lignes directrices de pratique clinique fondées sur les données probantes nationales et internationales publiées par des organismes et des autorités reconnus en médecine de la toxicomanie. Le cas échéant, les monographies de médicaments approuvées par Santé Canada ont été consultées pour assurer la conformité aux règlements et aux normes de pratique provinciaux et nationaux en matière de sécurité. Les recommandations sont conformes aux Normes professionnelles et lignes directrices pour la prescription sécuritaire de médicaments pouvant faire l'objet d'une mauvaise utilisation ou d'un détournement (CPSBC Professional Standards and Guidelines for Safe Prescribing of Drugs with the Potential for Misuse/Diversion) : [www.cpsbc.ca/files/pdf/PSG-Safe-Prescribing.pdf](http://www.cpsbc.ca/files/pdf/PSG-Safe-Prescribing.pdf).

## Annexe 1 Dépistage de la consommation d'alcool

Conformément aux lignes directrices existantes, le présent document met l'accent sur le rôle clé du dépistage universel et régulier de la consommation de substances dans la promotion de la santé, et recommande particulièrement le dépistage de la consommation d'alcool chez les patientes enceintes lors de la première évaluation prénatale (ou à la première occasion) ainsi que le dépistage systématique tout au long de la grossesse et de la période qui suit l'accouchement et dans la mesure où cela est pertinent sur le plan clinique. La présente annexe donne un aperçu instructif du processus de dépistage en trois étapes : Étape 1 — Amorcer la conversation à l'aide des Directives de consommation d'alcool à faible risque, Étape 2 — Dépister la consommation d'alcool à risque élevé et Étape 3 — Évaluer et diagnostiquer des TUA

### Étape 1 Amorcer la conversation

Le fait de présenter le sujet de la consommation d'alcool aux patientes d'une manière claire, sans porter de jugement peut favoriser une conversation franche et améliorer l'exactitude de l'autodéclaration de la consommation d'alcool. Les stratégies suivantes sont recommandées pour établir un sentiment de confiance et d'aisance avant de commencer à poser des questions de dépistage.

#### Utilisez les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada comme outil de communication

Passer brièvement en revue le document des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada peut contribuer à orienter les conversations vers le dépistage de la consommation d'alcool. Les cliniciens peuvent utiliser les [Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada](#) pour fournir aux patientes des renseignements généraux sur les risques associés à la consommation d'alcool pour la patiente et le fœtus, tout en clarifiant les concepts qui amélioreraient l'exactitude du dépistage de la consommation d'alcool, comme ce qu'on entend par « boissons alcoolisées » et le format standard des boissons.

#### Exemple de scénario :

*« Avez-vous entendu parler des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada? Je discute de ces directives avec toutes mes patientes. Elles contiennent des renseignements importants sur la consommation sécuritaire d'alcool que tout le monde a besoin de connaître. »*

#### Obtenez le consentement de la patiente et assurez-la de la confidentialité de la conversation

La réticence des patientes à communiquer au sujet de leur consommation d'alcool peut constituer un obstacle à l'obtention de résultats de dépistage exacts et à l'établissement d'une relation thérapeutique efficace pour les prochaines étapes. Il est important :

- De demander la permission à la patiente avant le dépistage;
- D'assurer la patiente de la confidentialité des informations qu'elle transmet;
- D'insister sur le fait que vous interrogez toutes vos patientes au sujet de leur consommation d'alcool.

#### Exemple de scénario :

*« Je pose régulièrement des questions à mes patientes au sujet de la consommation d'alcool et d'autres substances. Est-ce qu'il serait acceptable que nous en parlions maintenant? »*

*« Maintenant que nous avons parlé de certains des effets de l'alcool, puis-je vous poser des questions sur votre consommation d'alcool? »*

## Étape 2 Dépister la consommation d'alcool à risque élevé

Compte tenu des contraintes de temps signalées par les cliniciens qui prodiguent des soins prénataux, les présentes lignes directrices recommandent une méthode de dépistage simplifiée et par étapes comportant une seule question de dépistage de la consommation d'alcool (single alcohol screening question, SASQ) pour déterminer la consommation d'alcool chez les personnes enceintes. En plus d'un bref exemple de scénario pour ce processus de dépistage abrégé, la présente annexe présente d'autres méthodes de dépistage validées pour les patientes enceintes. Les cliniciens sont encouragés à choisir une approche de dépistage fondée sur leur expérience clinique et leur jugement.

### Exemple de scénario pour la méthode SASQ

« Buvez-vous parfois de la bière, du vin ou d'autres boissons alcoolisées? »

#### Non :

Le dépistage est terminé.

- Prodiguez des encouragements.
- Passez en revue les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada en insistant sur le fait que l'abstinence est recommandée pendant la grossesse.
- Si la patiente signale ne pas boire, posez des questions sur ses antécédents de consommation d'alcool :
  - Prodiguez des encouragements aux patientes qui ont des antécédents personnels ou familiaux de TUA et qui ont cessé de boire depuis qu'elles sont enceintes; demandez-leur si elles ont éprouvé des difficultés durant le processus et offrez-leur de l'encouragement et du soutien au besoin.
- Revérifiez chaque année ou plus fréquemment en fonction des antécédents personnels et familiaux.

#### Oui :

Résultat positif en ce qui concerne la consommation à risque élevé.

- Renseignez-vous sur la consommation hebdomadaire moyenne d'alcool de la patiente en volumes standard au cours des trois derniers mois pour évaluer le risque et déterminez si un test de diagnostic est nécessaire (consignez les quantités pour les séances de suivi) :
  - Demandez à la patiente : « En moyenne, combien de jours par semaine buvez-vous de l'alcool? »
  - Demandez à la patiente : « Au cours d'une journée typique où vous buvez, combien de boissons consommez-vous? »
  - (Jours de consommation x nombre de consommations par jour de consommation = moyenne hebdomadaire).
- Si cela est jugé utile, les cliniciens peuvent utiliser un outil de dépistage supplémentaire validé pour la grossesse (p. ex., AUDIT, AUDIT-C, T-ACE, TWEAK) pour évaluer le risque avant d'effectuer le test de diagnostic (voir ci-après pour une revue des outils de dépistage supplémentaires).
- Si la consommation d'alcool autodéclarée par la patiente dépasse les limites du faible risque pour les femmes adultes non enceintes, ou si les réponses sont vagues ou incompatibles avec les observations du clinicien, passez au diagnostic et à l'évaluation de l'existence de TUA (étape 3).
- Toutes les patientes qui obtiennent un résultat positif au dépistage de la consommation d'alcool doivent se voir offrir une intervention de courte durée (Annexe 2).

## Outils de dépistage supplémentaires

### AUDIT et AUDIT-C

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a mis au point le test d'identification des troubles liés à la consommation d'alcool (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT) pour aider à identifier rapidement la consommation d'alcool « dangereuse »<sup>g</sup> ou « nocive »<sup>h</sup>. La méthode AUDIT est un outil de dépistage de la consommation d'alcool bien étudié et couramment utilisé qui a été validé pour une large gamme de milieux et de populations, notamment les personnes enceintes. Cet outil comprend 10 questions qui peuvent permettre au clinicien d'obtenir des renseignements relativement complets sur les habitudes de consommation d'alcool d'une patiente à l'heure actuelle et au cours de la dernière année<sup>5</sup>. Chaque question se voit attribuer une note entre 0 et 4 qui correspond à la fréquence d'occurrence, ce qui donne une note totale de 0 à 40 points. Pour les patientes adultes, un score de 8 ou plus est associé à une « consommation problématique d'alcool », tandis que 13 ou plus indique une dépendance à l'alcool. Ce questionnaire AUDIT nécessite environ 3 à 4 minutes pour l'administration et la notation.

L'outil AUDIT-Consommation condensé (AUDIT-C), qui comprend trois questions axées sur la fréquence de consommation d'alcool et la quantité absorbée, utilise des seuils propres au genre : chez les patientes adultes dont le genre assigné à la naissance est féminin, un score de 3 ou plus indique une consommation d'alcool dangereuse ou nocive. Ce questionnaire condensé nécessite environ une minute pour l'administration et la notation.

L'OMS et le Preventive Health Services Task Force des États-Unis recommandent l'utilisation du test AUDIT ou AUDIT-C pour la détection de la consommation dangereuse ou nocive d'alcool dans toutes les populations de patientes adultes en soins primaires<sup>61,162,163</sup>. De même, un article récent portant sur la possibilité d'un dépistage adéquat de l'alcool et sur la collecte de données harmonisées pour la prévention de l'ETCAF a révélé que l'AUDIT-C contient les éléments requis pour que les cliniciens puissent déterminer les habitudes de consommation d'alcool des patientes enceintes dans un format relativement compact<sup>164</sup>. Toutefois, les obstacles liés au fournisseur, notamment le manque d'expérience et les contraintes de temps (qui sont particulièrement préoccupants dans le contexte de la grossesse), ont été cités comme des obstacles à l'adoption et à l'utilisation plus généralisées de ces outils en soins primaires<sup>11,48,165-167</sup>. Comme solution de rechange, des versions électroniques et imprimées auto-administrées de ces questionnaires sont disponibles et peuvent être fournies aux patientes pour qu'elles les remplissent avant les rendez-vous cliniques prévus ou pendant l'attente avant le rendez-vous. Les versions auto-administrées de l'outil AUDIT et AUDIT-C semblent aussi efficaces que le dépistage administré par un clinicien pour l'identification de la consommation d'alcool dangereuse ou nocive<sup>168</sup>.

Une autre limite possible de la méthode AUDIT et AUDIT-C est que les limites à faible risque et le format standard des boissons utilisés dans ces instruments sont légèrement différents de ceux indiqués dans les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada. Les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis ont adapté le format standard des boissons et les seuils d'utilisation aux valeurs habituelles des États-Unis d'Amérique; un ajustement similaire conforme aux Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada améliorerait considérablement l'utilité de l'AUDIT-C comme outil compact validé pour le dépistage de la consommation d'alcool pendant la grossesse<sup>164</sup>.

Les questionnaires AUDIT et AUDIT-C sont fournis dans les [Encadrés 1](#) et [2](#) ci-dessous.

<sup>g</sup> Utilisation dangereuse : Habitudes de consommation d'alcool qui augmentent le risque de conséquences néfastes sur la santé physique ou mentale, ainsi que de conséquences sociales pour la personne. La consommation dangereuse se produit en l'absence de dépendance ou de troubles de l'utilisation d'alcool.

<sup>h</sup> Utilisation nocive : Tendance à la consommation d'alcool associée à des conséquences sur la santé ou causant des dommages à la santé. Les dommages peuvent être physiques ou mentaux. La consommation nocive a couramment, mais pas invariablement, des conséquences sociales négatives, mais les conséquences sociales seules ne suffisent pas à justifier un diagnostic de consommation nocive. La consommation nocive se produit en l'absence de dépendance ou de troubles de l'utilisation d'alcool. (code de la CIM-10, auparavant appelé « utilisation sans dépendance » dans la CIM-9).

**Encadré 1 Le test d'identification des troubles liés à la consommation d'alcool  
(Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT)<sup>169</sup>**

<p>Veillez lire les questions telles qu'elles sont écrites. Consignez soigneusement les réponses. Commencez le test AUDIT par : « À présent, je vais vous poser quelques questions sur votre consommation de boissons alcoolisées pendant l'année écoulée ». Expliquez ce que signifie « boissons alcoolisées » en utilisant des exemples locaux de bière, vin, vodka, etc. Codez les réponses sous forme de « verres standard ». Placez le numéro correspondant à la réponse dans l'encadré à droite.</p>	
<p><b>1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool?</b></p> <p>(0) Jamais [Passez aux questions 9 et 10]          (1) Une fois par mois ou moins          (2) 2 à 4 fois par mois          (3) 2 à 3 fois par semaine          (4) 4 fois ou plus par semaine</p>	<p><b>6. Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme?</b></p> <p>(0) Jamais          (1) Moins d'une fois par mois          (2) Une fois par mois          (3) Une fois par semaine          (4) Chaque jour ou presque</p>
<p><b>2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool?</b></p> <p>(0) 1 ou 2          (1) 3 ou 4          (2) 5 ou 6          (3) 7, 8 ou 9          (4) 10 ou plus</p>	<p><b>7. Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu?</b></p> <p>(0) Jamais          (1) Moins d'une fois par mois          (2) Une fois par mois          (3) Une fois par semaine          (4) Chaque jour ou presque</p>
<p><b>3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus?</b></p> <p>(0) Jamais          (1) Moins d'une fois par mois          (2) Une fois par mois          (3) Une fois par semaine          (4) Chaque jour ou presque</p> <p>Passez aux questions 9 et 10 si la note totale pour les questions 2 et 3 = 0.</p>	<p><b>8. Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu?</b></p> <p>(0) Jamais          (1) Moins d'une fois par mois          (2) Une fois par mois          (3) Une fois par semaine          (4) Chaque jour ou presque</p>
<p><b>4. Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé?</b></p> <p>(0) Jamais          (1) Moins d'une fois par mois          (2) Une fois par mois          (3) Une fois par semaine          (4) Chaque jour ou presque</p>	<p><b>9. Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu?</b></p> <p>(0) Non          (2) Oui, mais pas dans les douze derniers mois          (4) Oui, au cours des douze derniers mois</p>
<p><b>5. Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous?</b></p> <p>(0) Jamais          (1) Moins d'une fois par mois          (2) Une fois par mois          (3) Une fois par semaine          (4) Chaque jour ou presque</p>	<p><b>10. Est-ce qu'un proche, un ami, un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer?</b></p> <p>(0) Non          (2) Oui, mais pas dans les douze derniers mois          (4) Oui, au cours des douze derniers mois</p>
<p><b>Interprétation :</b> 8 points ou plus indiquent une consommation dangereuse ou nocive          Réalisez le diagnostic et une évaluation de l'existence de TUA.</p>	<p><b>Total des points :</b></p>

## Encadré 2 L'outil AUDIT-Consommation (AUDIT-C)<sup>170</sup>

<b>À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool?</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>(0) Jamais</li> <li>(1) Une fois par mois ou moins</li> <li>(2) 2 à 4 fois par mois</li> <li>(3) 2 à 3 fois par semaine</li> <li>(4) 4 fois ou plus par semaine</li> </ul>	
<b>Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool?</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>(0) 1 ou 2</li> <li>(1) 3 ou 4</li> <li>(2) 5 ou 6</li> <li>(3) 7, 8 ou 9</li> <li>(4) 10 ou plus</li> </ul>	
<b>Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus?</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>(0) Jamais</li> <li>(1) Moins d'une fois par mois</li> <li>(2) Une fois par mois</li> <li>(3) Une fois par semaine</li> <li>(4) Chaque jour ou presque</li> </ul>	
<p><b>Interprétation :</b> Chez les hommes, un total de 4 points ou plus correspond à une consommation dangereuse. Chez les femmes, un total de 3 points ou plus correspond à une consommation dangereuse.</p> <p>Si vous obtenez ce résultat, réalisez le diagnostic et une évaluation des TUA.</p>	<b>Total des points :</b>

## T-ACE

L'outil Tolérance, Agacement, Cessation, Éveil (T-ACE) est le premier outil de dépistage validé pour les patientes enceintes et est actuellement recommandé par l'American College of Obstetrics and Gynecology et le National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism<sup>60</sup>. Cet outil est régulièrement utilisé dans le cadre des soins primaires pour cette population en raison de sa rapidité et de sa simplicité d'administration ainsi que de sa clarté<sup>60</sup>. Le test T-ACE a été élaboré en simplifiant considérablement le Michigan Alcohol Screening Test (MAST) comportant 25 questions pour en faire un questionnaire à 4 questions avec une structure semblable à celle de l'outil CAGE<sup>171</sup>. Le T-ACE prend environ une minute à effectuer et à noter. Le questionnaire T-ACE est fourni dans l'[Encadré 3](#).

## Encadré 3 L'outil T-ACE

T-ACE	Questions	Points
<b>Tolérance</b>	Combien de verres d'alcool consommez-vous avant d'en ressentir l'effet (avant la grossesse)?	3 ou plus = 2 points
<b>Agacement</b>	Vous est-il arrivé d'être agacée quand quelqu'un vous a dit que vous devriez diminuer votre consommation d'alcool?	Oui = 1 point
<b>Cessation</b>	Avez-vous déjà pensé que vous devriez diminuer votre consommation?	Oui = 1 point
<b>Éveil</b>	Vous arrive-t-il de boire au réveil pour vous aider à démarrer ou pour vous remettre des conséquences d'une soirée trop arrosée?	Oui = 1 point

Les patientes qui obtiennent un score de 2 ou plus au test T-ACE doivent être aiguillées vers une évaluation plus poussée d'un trouble d'usage de l'alcool.



## TWEAK

Le test Tolérance, Inquiétude, Éveil, Amnésie, Cessation (Tolerance, Worry, Eye-opener, Amnesia, Cut down, TWEAK) est un outil de dépistage à cinq questions conçu spécialement pour les patientes enceintes. En guise de légère variante du T-ACE, le test TWEAK combine les caractéristiques du CAGE et du MAST. Cette méthode convient aux contextes de soins primaires et prend moins de deux minutes à administrer et à évaluer. Le résultat est calculé sur une échelle de 7 points, et une note de 2 ou plus indique une consommation à haut risque<sup>5,54</sup>. Le questionnaire TWEAK est fourni à l'[Encadré 4](#).

### Encadré 4 L'outil TWEAK<sup>54</sup>

TWEAK	Questions	Points
<b>Tolérance</b>	Combien de verres pouvez-vous consommer à la suite?	5 consommations ou plus avant de s'endormir = 2 points 3 consommations ou plus pour ressentir les effets de l'alcool = 2 points
<b>Inquiétude</b>	Des amis proches ou des membres de votre famille se sont-ils inquiétés ou se sont-ils plaints de votre consommation d'alcool au cours de la dernière année?	Oui = 2 points
<b>Éveil</b>	Vous arrive-t-il de boire au réveil pour vous aider à démarrer ou pour vous remettre des conséquences d'une soirée trop arrosée?	Oui = 1 point
<b>Amnésie (c'est-à-dire trous noirs)</b>	Un ami ou un membre de votre famille vous a-t-il déjà parlé de choses que vous avez dites ou faites pendant que vous buviez et dont vous ne vous souveniez pas?	Oui = 1 point
<b>Éveil</b>	Pensez-vous parfois que vous devriez diminuer votre consommation?	Oui = 1 point

### Étape 3 Évaluation et diagnostic des troubles d'usage de l'alcool

Toute consommation continue d'alcool au cours de la grossesse constitue une consommation à risque élevé, indique la nécessité d'une évaluation plus poussée et, s'il y a lieu, d'une entrevue structurée à l'aide des critères du DSM-5 pour confirmer le diagnostic et la gravité des TUA (consulter l'[Encadré 5](#) ci-dessous).

Les patientes qui boivent au-delà des limites de faible risque, mais qui ne souffrent pas de TUA, devraient bénéficier d'une intervention de courte durée de counseling et être encouragées à cesser de consommer de l'alcool pendant la grossesse (consulter l'[Annexe 2](#)).

Une intervention de courte durée ne constitue pas à elle seule une intervention efficace pour les personnes qui souffrent de TUA<sup>172</sup>. Les patientes chez qui on a diagnostiqué des TUA devraient se voir offrir des traitements et des choix de soins liés à la prise en charge du sevrage et aux soins continus. L'évaluation de base et d'autres facteurs de prise en charge du sevrage, notamment des exemples de prévisions de dosage, sont décrits à l'[Annexe 3](#). L'[Annexe 4](#) offre un aperçu instructif des pharmacothérapies continues pour les TUA, tandis que l'[Annexe 5](#) décrit les principes et les considérations clés de l'entrevue motivationnelle, une intervention psychosociale fondée sur les données probantes recommandée pour les TUA.

## Encadré 5 Critères diagnostiques des troubles d'utilisation de l'alcool selon le DSM-5<sup>173</sup>

	Un mode d'usage problématique d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois, indique la présence d'un TUA.	Exemples de questions d'entrevue clinique <sup>174</sup> Au cours de la dernière année (12 mois), avez-vous...
1	Quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu	Y a-t-il eu des moments où vous avez fini par boire plus ou plus longtemps que prévu?
2	Désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou pour contrôler la consommation	Plus d'une fois, vous avez souhaité réduire ou supprimer votre consommation d'alcool, ou essayé de le faire, mais vous ne l'avez pas fait?
3	Beaucoup de temps consacré à des activités nécessaires pour obtenir l'alcool, consommer l'alcool, ou récupérer de ses effets	Avez-vous passé beaucoup de temps à boire? Ou à être malade, à surmonter d'autres effets secondaires de la consommation d'alcool?
4	Envie impérieuse « craving », fort désir ou besoin de consommer	Avez-vous tellement souhaité boire un verre que vous avez eu de la difficulté à penser à autre chose?
5	Consommation répétée conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison	Avez-vous constaté que la consommation d'alcool, ou le fait d'être malade à cause de la consommation d'alcool, vous empêchait souvent de prendre soin de votre maison ou de votre famille? Avez-vous manqué le travail ou l'école en raison de votre consommation d'alcool?
6	Consommation d'alcool continue, malgré la persistance ou la récurrence de problèmes sociaux ou interpersonnels	Avez-vous continué à boire même si cela causait des problèmes avec votre famille ou vos amis?
7	Réduction ou abandon d'activités importantes, d'activités sociales dues à la consommation d'alcool	Avez-vous abandonné ou réduit des activités qui étaient importantes ou intéressantes pour vous, ou qui vous donnaient du plaisir, pour boire?
8	Consommation répétée dans des situations où cela peut être physiquement dangereux	Plus d'une fois, vous êtes-vous mis dans des situations pendant ou après avoir consommé de l'alcool qui ont augmenté vos risques de subir des préjudices, comme la conduite en état d'ébriété, ou d'avoir des relations sexuelles non planifiées ou non sécuritaires?
9	L'utilisation d'alcool est poursuivie malgré la réalisation d'avoir un problème physique ou psychologique qui est susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par l'alcool	Avez-vous continué à boire même si cela vous faisait ressentir de la dépression ou de l'anxiété, ou si cela ajoutait à un autre problème de santé? Ou avez-vous continué à boire après une période de trou de mémoire?
10	La tolérance, telle que définie par l'une des conditions suivantes : a) Un besoin d'une plus grande quantité de substance pour obtenir le niveau d'intoxication désiré. b) Un effet diminué en utilisant la même quantité de substance.	Avez-vous dû boire beaucoup plus qu'auparavant pour obtenir l'effet désiré? Ou avez-vous constaté que votre consommation habituelle avait beaucoup moins d'effet qu'auparavant?
11	Retrait, qui se manifeste par l'une des conditions suivantes : a) Le syndrome de sevrage, caractéristique de l'alcool. b) La substance (ou un analogue, comme une benzodiazépine) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage	Avez-vous constaté que lorsque les effets de l'alcool s'étaient dissipés, vous souffriez de symptômes de sevrage, comme de la difficulté à dormir, des tremblements, de l'agitation, des nausées, de la transpiration, une augmentation du rythme cardiaque ou une crise? Ou avez-vous senti des choses qui n'étaient pas là?
<p><b>Gravité :</b> LÉGER : présence de deux à trois symptômes; MODÉRÉ : présence de quatre à cinq symptômes; GRAVE : présence de six symptômes ou plus.</p> <p><b>Les modificateurs du diagnostic comprennent :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rémission précoce : Après avoir satisfait à tous les critères des TUA, aucun des critères des TUA n'a été satisfait (à l'exception du besoin) depuis au moins trois mois, mais moins de 12 mois.</li> <li>• Rémission soutenue : Après avoir satisfait à tous les critères des TUA, aucun des critères des TUA n'a été satisfait (à l'exception du besoin) pendant une période de 12 mois ou plus.</li> <li>• Environnement contrôlé : Si la personne se trouve dans un environnement où l'accès à l'alcool est restreint.</li> </ul>		

## Annexe 2 Intervention de courte durée liée à l'alcool au cours de la grossesse

Le modèle en 5 étapes est largement utilisé en soins primaires et dans d'autres contextes cliniques pour appuyer les modifications de comportement, notamment alimentaires, les plans d'exercice, l'abandon du tabac et de consommation de substances<sup>61,175</sup>. Vous trouverez ci-dessous des conseils pour adapter l'approche en 5 étapes à l'intervention de courte durée en matière d'alcool<sup>176-180</sup>.

### Encadré 6 Scénario et instructions pour la prestation d'une intervention de courte durée tenant compte des traumatismes

Élément de l'intervention de courte durée	Considérations relatives aux soins tenant compte des traumatismes		
<p>1. Demander</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dépistez la consommation d'alcool chez la patiente. Consultez l'Annexe 1 pour des directives détaillées sur le dépistage</li> <li>Remerciez-la d'avoir répondu à des questions de dépistage délicates.</li> </ul>	<p>Soyez conscient de l'incidence que nos comportements peuvent avoir sur les personnes ayant des antécédents de traumatisme :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prenez des précautions universelles pour créer un environnement calme et accueillant. Cela comprend la réduction du bruit, du désordre et le maintien d'une température agréable.</li> </ul>		
<p>2. Conseiller</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Décrivez clairement le résultat du dépistage et ses répercussions sur la santé de la patiente et du fœtus</li> <li>Fournissez des recommandations personnalisées directes</li> <li>Dans la mesure du possible, indiquez les risques pertinents pour la santé en fonction des préoccupations de la patiente, y compris les risques pour le fœtus : « Vous buvez plus que ce qui est médicalement sécuritaire, et cela met votre santé (et celle du fœtus) en danger... » « Je vous recommande de réduire votre consommation ou d'arrêter de boire. »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soyez conscient des émotions et des pensées internes et concentrez-vous sur celles qui soutiennent la patiente.</li> <li>Soyez conscient du ton de votre voix et de votre espace physique lorsque vous vous présentez. Expliquez votre rôle et le processus de collaboration prévu (remarque pratique : assurez-vous de ne pas bloquer physiquement le passage de la patiente vers la porte)</li> </ul>		
<p>3. Évaluer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Menez une brève conversation avec la patiente pour évaluer et encourager sa motivation, sa capacité de réduire ou de cesser sa consommation d'alcool actuelle.</li> <li>Renseignez-vous sur les mesures initiales que la patiente a déjà prises pour réduire ou cesser sa consommation d'alcool et validez-les.</li> <li>Exemples de questions : « Êtes-vous prête à envisager de modifier votre consommation d'alcool? » « Que pensez-vous de ma recommandation? Avez-vous des questions? » « Qu'en pensez-vous? Cela vous conviendrait-il? Cela vous semble-t-il pertinent? » « Que faites-vous déjà ou que prévoyez-vous de faire pour réduire ou arrêter la consommation d'alcool pendant votre grossesse? Comment puis-je vous soutenir? »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Répondez et communiquez de façon respectueuse (p. ex. demandez-lui le nom par lequel elle souhaiterait être appelée, son genre, celui de son partenaire et les pronoms qu'elle préfère. Validez l'identité de genre, l'orientation sexuelle et les préférences de la patiente quant à la façon préférable de s'adresser à elle)</li> <li>Écoutez attentivement pour comprendre les réponses et leur contexte</li> <li>Astreignez-vous à mettre de côté vos jugements et réflexions personnelles sur les résultats du dépistage</li> </ul>		
<p>4. Aider</p> <p>Si la patiente exprime sa volonté de changer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Exprimez votre soutien et offrez des encouragements</li> <li>Établissez en collaboration des objectifs significatifs pour la patiente. Les objectifs ne doivent pas se limiter à la réduction ou à l'arrêt de la consommation d'alcool.</li> <li>Conformément aux objectifs de la patiente, proposez diverses possibilités, notamment la pharmacothérapie, les interventions psychosociales, le soutien axé sur le rétablissement et le soutien communautaire</li> </ul>	<table border="1" data-bbox="1003 1608 1398 1745"> <tr> <td data-bbox="1003 1608 1214 1745">Dites ceci : Intoxication à l'alcool Overdose Personne souffrant de TUA accro</td> <td data-bbox="1214 1608 1398 1745">Et non ceci : Consommation malsaine d'alcool Abus d'alcool</td> </tr> </table> <p>N'oubliez pas d'utiliser une terminologie et des pronoms de genre qui reflètent les préférences de la patiente.</p>	Dites ceci : Intoxication à l'alcool Overdose Personne souffrant de TUA accro	Et non ceci : Consommation malsaine d'alcool Abus d'alcool
Dites ceci : Intoxication à l'alcool Overdose Personne souffrant de TUA accro	Et non ceci : Consommation malsaine d'alcool Abus d'alcool		

<p>Si la patiente n'exprime pas sa volonté de changer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réitérez votre préoccupation au sujet de la santé de la patiente</li> <li>• Posez des questions sur les obstacles au changement que la patiente peut rencontrer, et invitez-la à réfléchir à la façon de les gérer.</li> <li>• Encouragez la patiente à prendre le temps de réfléchir à la conversation.</li> <li>• Réaffirmez votre volonté de la soutenir lorsqu'elle sera prête</li> <li>• Offrez du matériel éducatif et l'aiguillage vers des ressources pertinentes en soins de santé et dans la collectivité</li> <li>• Suivi. Dépistage répété et interventions de courte durée régulières</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soyez sensible aux intentions de la patiente concernant la grossesse. Il est important de ne pas supposer que la patiente a l'intention de porter le fœtus à terme ou de devenir un parent. Tenez compte de l'intention de la patiente en ce qui concerne la grossesse (p. ex. interruption de la grossesse, placement du nourrisson en vue de son adoption) dans votre processus de conseil</li> <li>• L'évaluation de l'état de préparation de la patiente centrée sur celle-ci et la négociation du changement sont les plus efficaces</li> </ul>
<p>5. Prévoir</p>	
<p>Si la patiente a atteint l'objectif d'intervention prévu ou progressé vers celui-ci :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconnaissez, renforcez et appuyez le changement continu</li> <li>• Coordonnez les soins avec les partenaires de référence si la patiente a eu accès à du soutien supplémentaire. Communiquez avec des organismes externes ou communautaires au sujet des progrès de la patiente</li> <li>• Évaluez et traitez les problèmes de santé concomitants et les symptômes de santé mentale (p. ex. insomnie, dépression, anxiété) en notant qu'ils peuvent s'améliorer avec la réduction de la consommation d'alcool.</li> <li>• Avec le consentement de la patiente, aidez-la à déterminer de nouveaux objectifs en fonction de ses intentions et fixez des rendez-vous de suivi</li> </ul> <p>Si la patiente n'a pas été en mesure d'atteindre l'objectif d'intervention prévu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconnaissez que le changement est difficile</li> <li>• Encouragez la patiente à envisager des liens possibles entre sa consommation d'alcool et d'autres problèmes de santé ou problèmes sociaux qu'elle pourrait éprouver. Cet exercice peut révéler des possibilités de changement</li> <li>• Si les mesures suivantes ne sont pas déjà prises, envisagez ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aiguiller la patiente vers des ressources externes ou communautaires (p. ex. groupes de soutien par les pairs)</li> <li>- Recommander la participation de la famille (le cas échéant)</li> <li>- Offrir une pharmacothérapie aux patientes atteintes de TUA</li> <li>- Réévaluer ou rajuster le plan de traitement actuel</li> </ul> </li> <li>• Continuez à évaluer et à traiter les problèmes de santé concomitants et les symptômes de santé mentale (p. ex. insomnie, dépression, anxiété) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Remarque : La prise en charge pharmacologique de la dépression et de l'anxiété est moins efficace si la patiente continue de consommer de l'alcool.</li> </ul> </li> </ul> <p>Fixez des rendez-vous de suivi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déterminez les atouts et les forces en matière de santé qui peuvent contribuer à de meilleures issues en matière de santé et de grossesse</li> <li>• Utilisez des questions ouvertes axées sur les points forts : « Comment avez-vous réussi par le passé? » « Quelles aptitudes d'adaptation avez-vous apprises de vos expériences de vie? »</li> <li>• Encouragez la résilience par des choix de langage (j'ai, je suis, je peux); donnez l'exemple et mettez ces techniques en pratique avec votre patiente</li> <li>• La détermination des forces plutôt que des faiblesses améliorera le dialogue sur le changement; utilisez cette approche lorsque vous discutez de la façon d'atteindre une meilleure valeur si c'est l'objectif de votre patiente.</li> <li>• Reconnaitre que tout ce que la patiente est prête à faire pour régler le problème constitue un pas dans la bonne direction</li> <li>• Mettez la patiente en contact avec d'autres personnes qui pourraient être en mesure de répondre à des besoins qui ne relèvent pas de votre champ d'exercice.</li> <li>• Insistez sur le fait que vous êtes là pour aider et qu'il s'agit d'une discussion continue. Il serait idéal que les patientes se sentent toujours à l'aise de discuter de ces questions avec vous pendant les visites.</li> <li>• Consignez le plan convenu afin de pouvoir effectuer un suivi éclairé lors du prochain rendez-vous.</li> </ul>

Adapté de : Lafave et coll. NH S.BI.RT Implementation Playbook for Perinatal Providers. Disponible à l'adresse : [https:// sbirtnh.org/wp-content/uploads/2019/02/perinatal-playbookFINALdig-2.pdf](https://sbirtnh.org/wp-content/uploads/2019/02/perinatal-playbookFINALdig-2.pdf).

## Ressources supplémentaires

Centers for Disease Control and Prevention. Planning and Implementing Screening and Brief Intervention for Risky Alcohol Use: A Step-by-Step Guide for Primary Care Practices. 2014. Disponible à l'adresse : <https://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/documents/alcoholsbiimplementationguide.pdf>.

Le Collège des médecins de famille du Canada. Alcohol Screening, Brief Intervention, and Referral: A Clinical Guide. Disponible à l'adresse : <http://www.sbir-diba.ca/docs/default-document-library/2012-screening-brief-intervention-and-referral-clinical-guide-en>.

Gonzalez S, Grubb J, Kowalchuck A, et coll. Addressing Alcohol Use Practice Manual: An Alcohol Screening and Brief Intervention Program. Disponible à l'adresse : <https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient-care/alcohol/alcohol-manual.pdf>.

Nathoo, T., Poole, N., Wolfson, L., Schmidt, R., Hemsing, N. et Gelb, K. Doorways to Conversation: Brief Intervention on Substance Use with Girls and Women. 2018. Disponible à l'adresse : [http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2018/06/Doorways\\_ENGLISH\\_July-18-2018\\_online-version.pdf](http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2018/06/Doorways_ENGLISH_July-18-2018_online-version.pdf).

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Helping Patients Who Drink Too Much: A Clinician's Guide. No publication NIH : 05-3769. 2005. Disponible à l'adresse : [http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/clinicians\\_guide.htm](http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/clinicians_guide.htm). (Remarque : n'est pas accessible à l'aide du navigateur Web Chrome, mais peut être consulté avec Safari, Explorer, etc.)

L'Agence de la santé publique du Canada organise une série de vidéos sur de brèves interventions à l'appui du changement de comportement, y compris la consommation sécuritaire d'alcool, en utilisant la stratégie des « 5 A » (Assess, Advise, Agree, Assist, Arrange, ou en français évaluer, conseiller, s'entendre, aider, organiser) et des « 5 R » (Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks, Repetition, ou en français pertinence, risques, récompenses, obstacles, répétition). Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/videos-aide-changement-comportement.html>.

## Annexe 3 Critères et considérations pour la prise en charge du sevrage alcoolique en service externe pendant la grossesse

### A. Critères de prise en charge du sevrage en service externe pendant la grossesse

Afin de réduire au minimum le risque d'effets obstétricaux indésirables associés aux symptômes de sevrage alcoolique et aux interventions de gestion du sevrage, il est recommandé que les patientes enceintes souffrant de TUA fassent l'objet d'une prise en charge du sevrage en milieu hospitalier, dans la mesure du possible, afin de pouvoir recevoir un traitement fondé sur les symptômes avec surveillance étroite des symptômes de sevrage et de la santé fœtale<sup>3,4,9</sup>. Il convient également de noter que des études disponibles sur la prise en charge du sevrage pour cette population particulière ont été menées en milieu hospitalier. Toutefois, si la prise en charge du sevrage en milieu hospitalier n'est pas une possibilité en raison de la préférence de la patiente ou du manque d'accès à des lits, un traitement externe avec surveillance étroite peut être offert aux patientes enceintes qui répondent autrement aux critères de la prise en charge en milieu hospitalier.

### Encadré 7 Critères de prise en charge du sevrage alcoolique en service externe<sup>181 182</sup>

- Cote PAWSS <4
- Absence de contre-indications, notamment :
  - Troubles médicaux comorbidités graves ou incontrôlés (p. ex. diabète, MPOC, maladie cardiaque, cirrhose décompensée)
  - Confusion aiguë ou déficience cognitive
  - Maladie aiguë ou infection nécessitant une intervention médicale
  - Symptômes ou troubles psychiatriques graves concomitants (p. ex. idées suicidaires, psychose)
  - Troubles de la douleur chroniques ou complexes
  - Troubles concomitants graves liés à la consommation de substances (sauf le tabac)
  - Complications de grossesse
- Possibilité d'assister à des visites médicales quotidiennes pendant les trois à cinq premiers jours, puis à des visites un jour sur deux par la suite
  - Pour les patientes et les cabinets dans les régions rurales ou éloignées où les visites en personne quotidiennes ne sont pas possibles, les possibilités de suivi à distance comme la télémédecine ou les appels téléphoniques ou vidéo sécurisés sont des solutions de rechange acceptables (consulter les notes ci-dessous).
- Capacité de prendre des médicaments oraux
- A un membre de la famille ou un contact communautaire fiable qui peut surveiller les symptômes pendant la période de sevrage aigu (c.-à-d. de trois à cinq jours) et appuyer le respect du traitement
- Tout autre problème médical ou social qui, selon le clinicien traitant, présenterait des risques graves pour la sécurité de la patiente si le sevrage alcoolique était géré en service externe

### Autres considérations :

- Les patientes qui ne disposent pas de soutien de la famille ou de la collectivité ne devraient pas se voir refuser un traitement; le traitement en milieu hospitalier devrait être considéré comme une solution de rechange. Si les soins en milieu hospitalier ne sont pas envisageables en raison de la préférence de la patiente, du manque de lits ou de l'emplacement rural et éloigné, les patientes qui ne disposent pas de suffisamment de soutien social devraient être prises en charge et traitées au moyen d'autres stratégies, comme des visites de suivi supplémentaires et la liaison avec le pharmacien local.
- Dans les collectivités où des programmes de prise en charge du sevrage à domicile sous surveillance médicale sont disponibles, les suivis de soins primaires peuvent être complétés par des visites à domicile, le cas échéant.
- Les programmes intensifs de prise en charge du sevrage en consultation externe (p. ex. « Daytox ») peuvent également être envisageables dans certaines collectivités.
- Les antécédents de la patiente en matière de respect des recommandations cliniques doivent être considérés comme un facteur dans cette décision.

## B. Outils d'évaluation

### Encadré 8 Échelle de prévision de la gravité du sevrage alcoolique (Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale, PAWSS, outil validé en anglais seulement)<sup>75</sup>

<b>PARTIE A: CRITÈRES SEUILS — Oui ou Non, pas de point</b>	
Avez-vous consommé de l'alcool (c'est-à-dire, avez-vous bu) <b>au cours des 30 derniers jours</b> ?	
<b>OU</b> la patiente avait-elle un taux d'alcoolémie positif (+) (TA) lors de son admission?	
<b>Si la réponse à l'une de ces questions est OUI, passez aux questions suivantes.</b>	
<b>PARTIE B: EN SE BASANT SUR L'ENTRETIEN AVEC LA PATIENTE — 1 point chacune</b>	
<b>1</b>	Avez-vous été récemment ivre durant les 30 derniers jours?
<b>2</b>	Avez-vous déjà reçu des soins de réadaptation pour trouble de l'usage de l'alcool ou un traitement pour l'alcoolisme? (c'est-à-dire, programmes de traitement en milieu hospitalier ou en externe, ou encore participation aux AA)
<b>3</b>	Avez-vous déjà vécu des épisodes précédents de sevrage alcoolique, quelle que soit leur gravité?
<b>4</b>	Avez-vous déjà eu des trous de mémoire?
<b>5</b>	Avez-vous déjà eu des crises de sevrage alcoolique?
<b>6</b>	Avez-vous déjà vécu un delirium tremens?
<b>7</b>	Avez-vous associé l'alcool à d'autres tranquillisants, comme des benzodiazépines ou des barbituriques, lors des 90 derniers jours?
<b>8</b>	Avez-vous associé l'alcool à d'autres substances sujettes à une utilisation excessive lors des 90 derniers jours?*
<b>PARTIE C: EN SE BASANT SUR LES PREUVES CLINIQUES — 1 point chacune</b>	
<b>9</b>	Le taux d'alcoolémie (TA) de la patiente était-il supérieur à 200 mg/dL? (43,5 mmol/L en unités du SI)* OU *Avez-vous consommé de l'alcool au cours des dernières 24 heures?
<b>10</b>	Existe-t-il des signes d'une activité autonome accrue? p. ex. fréquence cardiaque > 120 bpm, tremblements, agitation, transpiration, nausée
* En raison de l'absence courante de TA, le comité a ajouté cette modification. Veuillez consulter la page suivante.	
<b>Interprétation</b>	
Score maximal = 10. Ce document est conçu comme un OUTIL DE DÉPISTAGE. Plus le nombre de résultats positifs est élevé, plus le risque de développer un syndrome de sevrage alcoolique est important.	
Un score $\geq 4$ suggère un RISQUE ÉLEVÉ de syndrome de sevrage alcoolique modéré à grave (complicé); une prophylaxie et l'indication d'une hospitalisation.	

Une version en ligne de la PAWSS d'origine (non modifiée et en anglais) est disponible à l'adresse : <https://www.mdcalc.com/prediction-alcohol-withdrawal-severity-scale>.

#### Remarques et avertissements

La méthode PAWSS n'a pas été validée pour les patientes enceintes ou les établissements de soins externes, la traduction présentée ici n'a pas non plus été validée. Même si ces lignes directrices reconnaissent l'utilité de la méthode PAWSS pour l'évaluation des risques dans l'ensemble des structures et pour l'ensemble des populations, elles mettent l'accent sur le fait que cet outil doit être associé au jugement clinique du professionnel en se basant sur une évaluation complète des antécédents médicaux, des circonstances actuelles, des besoins et des préférences de la patiente.

## Modifications

### Question 9 — Alcoolémie :

La grande majorité des structures de soins en externe ne sont pas équipées pour évaluer l'alcoolémie sur le point d'intervention. À titre de solution de rechange, le comité recommande que l'administrateur de la méthode PAWSS demande aux patientes :

- Avez-vous consommé de l'alcool au cours des dernières 24 heures?

En se basant sur les taux de métabolisation et d'élimination de l'alcool chez les êtres humains<sup>183</sup>, il est très improbable qu'une patiente qui n'a pas consommé d'alcool au cours des dernières 24 heures puisse avoir une alcoolémie supérieure à 200 mg/dL. Tandis qu'une consommation d'alcool au cours des dernières 24 heures représente une mesure prudente d'une alcoolémie > 200 mg/dL (c'est-à-dire que ce seuil bas peut identifier plus de personnes à risque qu'il n'y en a réellement), il y a un consensus au sein du comité pour déclarer que les avantages d'identifier les personnes risquant de développer des complications graves l'emportent sur le risque de faux négatifs pour cet élément du questionnaire.

Sinon, si un appareil portable de mesure de la concentration d'alcool dans l'air expiré (c'est-à-dire, un « éthylomètre ») est disponible, la concentration d'alcool dans l'air expiré peut être utilisée à la place de l'alcoolémie. La recherche indique que la concentration d'alcool dans l'air expiré est fortement corrélée au taux d'alcool et représente une mesure substitutive précise de ce taux<sup>184,185</sup>.

## Terminologie

Les éléments suivants du questionnaire doivent être bien compris par la personne qui réalise la PAWSS et définis pour la patiente afin de maximiser l'exactitude des résultats.

### Question 4 — Trous de mémoire :

Les trous de mémoire sont des épisodes transitoires d'amnésie rétrograde, généralement sans perte de conscience, qui accompagnent divers degrés d'intoxication alcoolique<sup>75</sup>. Les trous de mémoire peuvent être un indicateur d'une intoxication grave ou d'une consommation d'alcool sur le long terme, car un degré considérable de tolérance à l'alcool est nécessaire pour ingérer la quantité d'alcool pouvant déclencher un épisode ultérieur d'amnésie sans perte de connaissance<sup>75</sup>. L'administrateur de PAWSS devrait faire une distinction claire entre les trous de mémoire liés à l'alcool et les pertes de conscience lorsqu'ils posent la question à la patiente.

### Question 5 — Crises de sevrage :

Les crises de sevrage sont de brèves crises tonico-cloniques habituellement généralisées qui surviennent de 6 à 48 heures après la réduction ou l'arrêt de la consommation d'alcool<sup>186</sup>. Pour éviter que les patientes confondent d'autres expériences, comme les tremblements, avec une crise, les cliniciens devraient définir précisément la crise de sevrage et distinguer cette expérience des autres symptômes de sevrage. De plus, les patientes atteintes de TUA ont un risque accru d'épilepsie idiopathique ou de crise pour d'autres raisons<sup>187,188</sup>, donc la personne qui utilise la méthode PAWSS doit clairement définir ces épisodes comme des crises qui surviennent dans les 1 à 2 jours suivant l'arrêt ou une diminution importante de la consommation d'alcool.

### Question 6 — Delirium tremens :

Le delirium tremens est une conséquence grave du sevrage de l'alcool qui nécessite une hospitalisation et une prise en charge immédiates; s'il n'est pas traité, le risque de décès est d'environ 3 à 5 %<sup>189</sup>. Les symptômes du delirium tremens comprennent une désorientation profonde, de la confusion et de l'agitation accompagnées d'une hyperactivité autonome<sup>189</sup>. Dans un langage familier, le delirium tremens en est venu à symboliser l'ensemble des symptômes généraux du sevrage alcoolique. La personne qui applique la méthode PAWSS doit faire clairement la distinction entre le delirium tremens et les autres symptômes de sevrage pour éviter de faux résultats positifs.



**Encadré 9 Évaluation des syndromes de sevrage dans un établissement clinique selon l'échelle de l'alcoolisme, révisée (Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, revised, CIWA-Ar)<sup>77</sup>**

Patient _____ Date _____ Heure _____ (format 24 heures, minuit = 00:00)	
Pouls ou fréquence cardiaque, pris pendant une minute _____ pression sanguine _____	
<p><b>Nausée et vomissements</b></p> <p>Demandez « Avez-vous mal au cœur ou des nausées? » Avez-vous vomi? » Observation.</p> <p>0 absence de nausées ou de vomissement 1 nausées ou vomissements légers 2 3 4 nausées intermittentes avec haut-le-cœur 5 6 7 nausées permanentes, haut-le-cœur et vomissements fréquents</p>	<p><b>Troubles tactiles</b></p> <p>Demandez « Souffrez-vous de démangeaisons, de picotements et de sensations de piqûres d'aiguilles, de brûlures, d'engourdissements, ou avez-vous l'impression que des insectes rampent sur ou sous votre peau? » Observation.</p> <p>0 aucune 1 sensations très légères de démangeaison, de picotement, de piqûres d'aiguilles, de brûlure ou d'engourdissement 2 sensations légères de démangeaison, de picotement, de piqûres d'aiguilles, de brûlure ou d'engourdissement 3 sensations modérées de démangeaison, de picotement, de piqûres d'aiguilles, de brûlure ou d'engourdissement 4 hallucinations modérément graves 5 hallucinations graves 6 hallucinations extrêmement graves 7 hallucinations permanentes</p>
<p><b>Tremblements</b></p> <p>Bras tendus et doigts écartés. Observation.</p> <p>0 absence de tremblements 1 non visibles, mais peuvent être ressentis du bout des doigts 2 3 4 modérés lorsque la patiente a les bras tendus 5 6 7 graves, même lorsque la patiente n'a pas les bras tendus</p>	<p><b>Troubles auditifs</b></p> <p>Demandez « Êtes-vous plus sensible aux sons qui vous entourent? Sont-ils stridents? En avez-vous peur? Entendez-vous des bruits qui vous perturbent? Entendez-vous des choses que vous savez ne pas exister? » Observation.</p> <p>0 non présents 1 très peu stridents ou effrayants 2 légèrement stridents ou effrayants 3 modérément stridents ou effrayants 4 hallucinations modérément graves 5 hallucinations graves 6 hallucinations extrêmement graves 7 hallucinations permanentes</p>
<p><b>Sueurs paroxystiques</b></p> <p>Observation.</p> <p>0 pas de sueur visible 1 sueurs à peine perceptibles, paumes moites 2 3 4 perles de sueur évidentes sur le front 5 6 7 sudation importante</p>	<p><b>Troubles visuels</b></p> <p>Demandez « La lumière vous semble-t-elle trop vive? Sa couleur est-elle différente? Vous fait-elle mal aux yeux? Voyez-vous des choses qui vous perturbent? Voyez-vous des choses que vous savez ne pas exister? » Observation.</p> <p>0 non présents 1 sensibilité très légère 2 sensibilité légère 3 sensibilité modérée 4 hallucinations modérément graves 5 hallucinations graves 6 hallucinations extrêmement graves 7 hallucinations permanentes</p>

## Encadré 9 (suite)

<p><b>Anxiété</b></p> <p>Demandez « Vous sentez-vous nerveuse? »</p> <p>Observation.</p> <p>0 absence d'anxiété, se sent à l'aise</p> <p>1 légèrement anxieuse</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4 modérément anxieuse ou réservée l'anxiété est donc déduite</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7 présente un état équivalent à une attaque de panique observée en cas de délire aigu ou d'un épisode schizophrénique aigu</p>	<p><b>Céphalées étendues à toute la tête</b></p> <p>Demandez « Ressentez-vous une sensation étrange au niveau de la tête? Avez-vous l'impression d'avoir un bandeau qui vous enserre la tête? »</p> <p>N'évaluez pas les sensations de vertige ou d'étourdissement Évaluez la gravité des autres sensations</p> <p>0 non présentes</p> <p>1 très légères</p> <p>2 légères</p> <p>3 modérées</p> <p>4 modérément graves</p> <p>5 graves</p> <p>6 très graves</p> <p>7 extrêmement graves</p>	
<p><b>Agitation</b></p> <p>Observation.</p> <p>0 activité normale</p> <p>1 légèrement supérieure à une activité normale</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4 moyennement nerveuse et agitée</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7 marche de long en large durant presque toute l'entrevue, ou s'agite dans tous les sens</p>	<p><b>Orientation et obnubilation</b></p> <p>Demandez « Quel jour sommes-nous? Où êtes-vous? Qui suis-je? »</p> <p>0 orientée et peut effectuer une succession d'additions</p> <p>1 ne peut pas effectuer une succession d'additions ou n'est pas sûre de la date</p> <p>2 désorientée au sujet des dates à moins de deux jours civils</p> <p>3 désorientée au sujet des dates au-delà de deux jours civils</p> <p>4 désorientée au sujet du lieu ou de la personne avec qui elle se trouve</p>	
<p>La CIWA-Ar ne fait pas l'objet de droits d'auteur et peut être reproduite librement.</p> <p>L'évaluation de surveillance des symptômes de sevrage nécessite environ 5 minutes. Le score maximum est de 67 (consultez l'instrument). Les patientes dont le score est inférieur à 10 n'ont généralement pas besoin de médicaments supplémentaires pour le sevrage.</p>		<p>Score CIWA-Ar total _____</p> <p>Initiales de la personne qui a réalisé l'évaluation _____</p> <p>Score maximum possible de 67</p>

## Interprétation

Score	Gravité
0-9	Symptômes de sevrage très légers
10-15	Symptômes de sevrage légers
16-20	Symptômes de sevrage modérés
>20	Symptômes de sevrage graves

## Remarques

- Une formation est nécessaire pour utiliser correctement cet outil; un processus régulier de vérification et de rétroaction est recommandé pour s'assurer que la variabilité intra-et inter-évaluateurs reste dans une plage acceptable<sup>190,191</sup>.
- Cet outil doit être associé à un jugement clinique professionnel lors de la prise de décisions concernant les protocoles, les horaires de prise et les dosages de médicaments appropriés.
- En raison de la nécessité d'un entretien clinique, la méthode CIWA-Ar n'est pas adaptée en cas d'existence d'une barrière de la langue ou si la patiente souffre d'un trouble cognitif, d'un délire ou affiche un niveau de conscience diminué<sup>192</sup>.

## C. Directives concernant la pharmacothérapie de prise en charge du sevrage

### Évaluation et préparation de base

- Confirmez le diagnostic des TUA selon le DSM-5
- Effectuez une évaluation de la santé physique et mentale afin de déterminer le milieu et le cheminement appropriés pour la prise en charge du sevrage. Consultez l'Encadré 7 pour connaître les critères de prise en charge du sevrage en service externe
- Obtenez un historique complet de la consommation de substances, y compris une évaluation du tabagisme et d'autres troubles liés à la consommation de substances. Identifiez toute utilisation simultanée de dépresseurs du SNC (p. ex. opioïdes, benzodiazépines, médicaments apparentés aux benzodiazépines, autres sédatifs)
- Effectuez une évaluation nutritionnelle et donnez des conseils sur les suppléments. Évaluez les dérèglements de l'équilibre des fluides et des électrolytes et offrez des conseils pour les corriger. Il est recommandé que toutes les patientes souffrant de TUA reçoivent une supplémentation multivitaminée comprenant de la thiamine (100 mg), de l'acide folique (1 mg) et de la vitamine B6 (2 mg)<sup>193</sup>
  - Remarque : Le régime d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique n'offre pas de couverture pour les vitamines ou les suppléments en vente libre
- Examinez le dossier de la patiente sur PharmaNet pour évaluer les interactions médicamenteuses possibles et les contre-indications avec les ordonnances concomitantes
  - Remarque : Un examen PharmaNet est requis en cas de prescription de benzodiazépines pour la prise en charge du sevrage. Veuillez consulter le document du Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie britannique intitulé Professional Standards and Guidelines for Safe Prescribing of Drugs with the Potential for Misuse/Diversion: <https://www.cpsbc.ca/files/pdf/PSG-Safe-Prescribing.pdf>
- Identifiez et gérer le risque de conduite avec facultés affaiblies
  - Remarque : L'article 230 de la [Motor Vehicle Act \(MVA\)](#) exige que les médecins et les infirmières praticiennes déposent un rapport auprès de RoadSafetyBC si une patiente qui a un problème de santé rendant la conduite dangereuse continue de le faire malgré les conseils d'un médecin. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter : <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/driving-and-transportation/driving/publications/reporting-a-condition- fact-sheet-for-doctors.pdf>
- Il est nécessaire de conseiller aux patientes qui suivent un traitement de sevrage de ne pas conduire ni d'utiliser de machinerie tant que le traitement n'est pas terminé et que les symptômes ne sont pas résolus

### Examens de laboratoire

Les éléments suivants peuvent être prescrits pour évaluer l'état de santé général, les comorbidités liées à l'alcool et d'autres conditions qui pourraient avoir une incidence sur le choix de la pharmacothérapie :

- FSC, électrolytes sériques, glucose, fonction hépatique et fonction rénale
- Test HCG pour les patientes en état de procréer
- ECG pour les patientes souffrant d'une maladie cardiaque ou ayant des antécédents d'arythmie ou de syncope
- Radiographie pulmonaire pour les patientes qui ont des problèmes respiratoires chroniques ou des symptômes respiratoires

Remarque : Le traitement devrait être amorcé immédiatement dans la mesure du possible et ne devrait pas être retardé dans l'attente des résultats des examens de laboratoire, à moins que la sécurité de la patiente ne soit compromise.

## Choix de pharmacothérapie

Ces lignes directrices approuvent l'utilisation des benzodiazépines, dont l'effet est bien étudié et qui est approuvée pour la prise en charge du sevrage chez cette population, ou de la gabapentine, qui peut constituer une solution de rechange appropriée pour les patientes enceintes à faible risque de développer des complications graves du sevrage (PAWSS <4). Afin de faciliter le choix des médicaments pour les patientes qui satisfont aux critères de prise en charge du sevrage en service externe, la présente annexe fournit des renseignements sur les contre-indications et les mises en garde relatives à chaque médicament contre le sevrage de l'alcool, ainsi que des exemples de protocoles de dosage. Les deux médicaments sont admissibles à une couverture complète par l'entremise du régime d'assurance-médicaments PharmaCare Plan C, Plan W et de Fair PharmaCare. Ni l'un ni l'autre n'est couvert par le Plan G pour le traitement du sevrage alcoolique.

Les prescripteurs et les fournisseurs de soins de santé connexes sont encouragés à communiquer avec un spécialiste en médecine des toxicomanies pour obtenir des conseils et des directives sur les cas complexes. La [ligne d'accès rapide à l'expertise consultative \(Rapid Access to Consultative Expertise, RACE\)](#) met les médecins et les infirmières praticiennes en contact avec un spécialiste de la dépendance périnatale. La [ligne de soutien des cliniciens en médecine des toxicomanies, accessible en tout temps](#), offre des services de consultation téléphonique aux médecins, aux infirmières praticiennes, aux infirmières et aux pharmaciens qui prodiguent des soins et des traitements en dépendance et en toxicomanie en Colombie-Britannique, et est disponible 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, 52 semaines par année, pour fournir une réponse rapide aux demandes de renseignements cliniques urgents. Les coordonnées de ces ressources de consultation provinciales sont les suivantes :



### RACE - Shared Care Telephone Advice Line

Vancouver, Colombie-Britannique Secteur de Vancouver : 604-696-2131

Sans frais : 1-877-696-2131.

Heures d'ouverture : Du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h



### 24/7 Addiction Medicine Clinician Support Line

778-945-7619

## Benzodiazépines<sup>194</sup>

### *Contre-indications courantes :*

- Insuffisance respiratoire sévère
- Maladie hépatique
- Apnée du sommeil
- Myasthénie
- Glaucome par fermeture de l'angle

### *Mises en garde :*

- Intolérance au lactose : Le lactose est un ingrédient non médicinal des benzodiazépines
- Insuffisance rénale : Si un traitement est nécessaire chez les patientes dont la fonction rénale est déficiente, il est recommandé d'administrer des benzodiazépines à très faible dose et de surveiller de près la fonction rénale.
- Allaitement : Les benzodiazépines passent dans le lait maternel. Il convient de noter que les risques associés à la consommation continue d'alcool pendant la lactation dépassent ceux associés aux benzodiazépines. (Consultez la section 7.2.2 pour plus de détails.)
- Maladies respiratoires chroniques : Un dosage prudent est recommandé en raison du risque de dépression respiratoire

### *Considérations de sécurité :*

- Les benzodiazépines amplifient les effets de l'alcool; la consommation simultanée d'alcool peut entraîner de graves risques pour la sécurité, notamment une sédation excessive, des chutes, un délire, une dépression respiratoire (p. ex. surdose non mortelle ou mortelle) et la nécessité d'une hospitalisation prolongée.
- Si le choix se porte sur les benzodiazépines pour la prise en charge du sevrage en service externe, envisagez de prévoir un dosage constant pour limiter les risques. La prise de benzodiazépines doit cesser lorsque les symptômes de sevrage se sont résorbés (habituellement de 5 à 7 jours).
- Toutes les patientes et tous les membres de leur famille doivent être conscients du risque de dépendance et de tolérance et recevoir de l'information sur l'utilisation sécuritaire, les signes d'une surdose et les coordonnées des personnes à prévenir en cas d'urgence.
- S'il y a lieu, envisagez les stratégies suivantes pour réduire le risque : distribution quotidienne à partir d'une pharmacie, participation de membres de la famille ou de fournisseurs de soins pour administrer des médicaments et surveiller la réaction de la patiente, visites de suivi fréquentes ou appels téléphoniques quotidiens.
- Les prescripteurs devraient examiner les interactions médicamenteuses des benzodiazépines lorsqu'ils envisagent cette catégorie de médicaments pour la prise en charge du sevrage de l'alcool.

*Effets secondaires :*

- Les effets secondaires les plus courants des benzodiazépines sont la somnolence et les étourdissements.
- Les effets secondaires moins courants comprennent des changements de la couleur de la peau, des nausées, des maux de tête, une vision floue, des tremblements, une hypotension, des troubles gastro-intestinaux et des pertes de mémoire.

*Exemple de protocole de dosage :*

Traitement de 5 jours avec Diazepam (Valium®)<sup>195</sup>

Programme	Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4
Ferme	10 mg QID.	10 mg TID.	10 mg BID.	10 mg au coucher
Souple <sup>a</sup>	10 mg toutes les 4 à 6 heures selon les symptômes <sup>b</sup>	10 mg toutes les 6 à 8 heures, au besoin	10 mg toutes les 6 à 8 heures, au besoin	10 mg au coucher, au besoin

<sup>a</sup> Les traitements de dosage souples ne doivent être prescrits qu'aux patientes dont la fiabilité et le respect des recommandations cliniques ont été démontrés. Il est recommandé de faire appel à des membres de la famille ou à des soignants pour évaluer la gravité des symptômes et administrer des médicaments.

<sup>b</sup> Symptômes : Fréquence du pouls > 100 battements par minute, TA diastolique > 90 mmHg, ou signes de sevrage.

## Gabapentine<sup>196</sup>

### *Contre-indications courantes :*

- Hypersensibilité à la gabapentine

### *Mises en garde :*

- Insuffisance rénale : La gabapentine est éliminée uniquement par excrétion rénale. Des ajustements posologiques sont recommandés pour les patientes souffrant d'une insuffisance rénale (y compris les patientes âgées dont la fonction rénale est en déclin) et les patientes qui subissent des hémodialyses.

### *Considérations de sécurité :*

- Les patientes dont la fonction respiratoire est compromise, qui souffrent d'une maladie respiratoire ou neurologique, d'une déficience rénale et les personnes âgées sont plus à risque de subir des effets indésirables graves sur le SNC, notamment une sédation, de la somnolence, des pertes de conscience et une dépression respiratoire grave.
- La gabapentine est éliminée principalement par excrétion rénale; un ajustement posologique peut être nécessaire chez les patientes âgées et les patientes souffrant d'une insuffisance rénale.
- Une dose supérieure à la dose thérapeutique et une consommation concomitante d'alcool ou d'opioïdes augmentent le risque de dépression respiratoire, de sédation profonde, de syncope et de décès. Les patientes qui continuent de consommer de l'alcool ou d'autres déprimeurs du SNC doivent être étroitement surveillées pour déceler les signes et les symptômes de dépression du SNC, et la dose de gabapentine peut devoir être ajustée en conséquence.
- Les prescripteurs devraient examiner les interactions médicamenteuses de la gabapentine lorsqu'ils envisagent d'utiliser ce médicament pour la prise en charge du sevrage de l'alcool.

### *Effets secondaires :*

- Les effets secondaires les plus courants sont l'ataxie, les troubles de l'élocution et la somnolence.

### *Exemple de protocole de dosage<sup>197</sup> :*

- Commencez par 300 mg TID + 300 mg supplémentaires selon le cas + 600 mg à 1200 mg au coucher
- Titrez rapidement à 600 mg TID + 600 mg à 1200 mg au coucher selon la tolérance (même après la première dose) + 300 mg TID supplémentaires selon le cas si les symptômes persistent + 600 mg à 1200 mg au coucher selon le cas
- À la résolution des symptômes de sevrage aigus, réduisez à 600 mg TID + 600 mg à 900 mg selon le cas
- Réduisez la dose à zéro au cours des 3 à 5 jours suivants, 600 mg par jour
- **Ne dépassez pas une dose quotidienne de 3 600 mg**

### *Remarques :*

- Ce protocole s'applique aux tablettes à libération immédiate.

## Annexe 4 Pharmacothérapie pour les TUA

La présente annexe donne un aperçu des considérations pratiques et des directives sur la posologie afin d'appuyer le choix et l'administration de médicaments pour le traitement des TUA pendant la grossesse et l'allaitement. En ce qui concerne les données probantes disponibles examinées dans le présent document et les lignes directrices publiées concernant les populations non enceintes, les médicaments énumérés ci-dessous comprennent la naltrexone et l'acamprosate, qui sont considérés comme des choix de première intention, et la gabapentine, qui est considérée comme un traitement de rechange.

Comme l'innocuité et l'efficacité comparatives des pharmacothérapies pour les TUA n'ont pas été établies de façon exhaustive pour les patientes enceintes, la décision de prescrire ces médicaments à cette population de patientes devrait être éclairée par une évaluation minutieuse des risques, des avantages et des interactions entre les médicaments, ainsi que des contre-indications.

Les prescripteurs et les fournisseurs de soins de santé connexes sont encouragés à communiquer avec un spécialiste en médecine des toxicomanies pour obtenir des conseils et des directives sur les cas complexes. La [ligne d'accès rapide à l'expertise consultative \(Rapid Access to Consultative Expertise, RACE\)](#) met les médecins et les infirmières praticiennes en contact avec un spécialiste de la dépendance périnatale. La [ligne de soutien des cliniciens en médecine des toxicomanies, accessible en tout temps](#), offre des services de consultation téléphonique aux médecins, aux infirmières praticiennes, aux infirmières et aux pharmaciens qui prodiguent des soins et des traitements en dépendance et en toxicomanie en Colombie-Britannique, et est disponible 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, 52 semaines par année, pour fournir une réponse rapide aux demandes de renseignements cliniques urgents. Les coordonnées de ces ressources de consultation provinciales sont les suivantes :



### RACE - Shared Care Telephone Advice Line

Vancouver, Colombie-Britannique Secteur de Vancouver : 604-696-2131

Sans frais : 1-877-696-2131.

Heures d'ouverture : Du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h



### 24/7 Addiction Medicine Clinician Support Line

778-945-7619

Les contre-indications, les mises en garde et les effets secondaires énumérés ci-dessous ont été résumés à partir d'essais cliniques principalement et complétés par des données provenant de monographies de produits approuvées par Santé Canada pour des indications cliniques particulières. La durée et les doses utilisées pour les affections indiquées (p. ex. troubles convulsifs, hypertension) peuvent différer de celles utilisées pour les indications non indiquées des soins des TUA. Les données doivent être interprétées avec prudence.



## Encadré 10 Comparaison des pharmacothérapies pour les TUA pendant la grossesse

	Naltrexone <sup>133</sup>	Acamprosate <sup>134</sup>	Gabapentine <sup>100</sup>
<b>Contre-indications</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Antécédents de sensibilité à la naltrexone</li> <li>2. Utilisation actuelle d'opioïdes ou trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (analgésie, traitement par agonistes opioïdes, ou utilisation à des fins non médicales)</li> <li>3. Sevrage aigu aux opioïdes</li> <li>4. Hépatite aiguë ou insuffisance hépatique</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Antécédents d'hypersensibilité à l'acamprosate</li> <li>2. Insuffisance rénale grave (clairance de la créatinine <math>\leq</math> 30 ml/min)</li> <li>3. Allaitement*</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hypersensibilité à la gabapentine</li> </ol>
<b>Mises en garde</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Insuffisance rénale</li> <li>2. Insuffisance hépatique</li> <li>3. Utilisation concomitante d'autres médicaments potentiellement hépatotoxiques</li> <li>4. Grossesse et allaitement*</li> <li>5. Patientes pédiatriques (&lt;18 ans)*</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Insuffisance rénale modérée (clairance de la créatinine de 30 à 50 ml/min)</li> <li>2. Grossesse*</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Insuffisance rénale</li> </ol>
<b>Effets secondaires</b>	Nausées, céphalées et étourdissements. Ils sont généralement légers et temporaires. Ils peuvent être évités si l'administration de naltrexone est commencée à une dose plus faible ou si la patiente s'abstient de consommer de l'alcool.	La diarrhée est l'effet secondaire le plus souvent signalé, les vomissements et les douleurs abdominales sont moins fréquents. Les effets secondaires sont habituellement transitoires et se résorbent rapidement.	Des doses plus élevées peuvent causer de l'ataxie, des troubles de l'élocution ou de la somnolence. Profil d'effet secondaire favorable par rapport aux autres anticonvulsivants.
<b>Couverture en Colombie-Britannique</b>	Une entente de collaboration avec le ministère provincial de la santé ( <a href="#">Collaborative Prescribing Agreement</a> ) est requise; admissible à une couverture complète en vertu de Fair PharmaCare et des Plans C, G et W des régimes d'assurance-médicaments.	Une entente de collaboration avec le ministère provincial de la santé ( <a href="#">Collaborative Prescribing Agreement</a> ) est requise; admissible à une couverture complète en vertu de Fair PharmaCare et des Plans C, G et W des régimes d'assurance-médicaments.	Admissible à une couverture complète par l'entremise du régime d'assurance-médicaments PharmaCare, Plan C, Plan W, et de Fair PharmaCare.
<b>Consommation simultanée d'alcool</b>	Il est sécuritaire de commencer pendant que les patientes consomment de l'alcool, mais cela peut être plus efficace et les effets secondaires peuvent être réduits au minimum si le début du traitement est effectué après la fin du sevrage.	Il est sécuritaire de commencer pendant que les patientes consomment de l'alcool, mais il peut être plus efficace de commencer après la prise en charge du sevrage.	Une dose supérieure à la dose thérapeutique et une consommation concomitante à l'alcool augmentent le risque de dépression respiratoire, de sédation profonde, de syncope et de décès.
<b>Allaitement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Très peu excrété dans le lait maternel. Des études de cas limitées ne montrent aucun effet néonatal indésirable.<sup>135,136</sup></li> <li>• Ne constitue pas un obstacle à l'allaitement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucune étude sur l'être humain adéquate.</li> <li>• Jugé « probablement sécuritaire » dans les enquêtes pharmacocinétiques.<sup>45,137</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un petit nombre de rapports de cas n'ont signalé aucun effet néonatal indésirable.</li> <li>• Les nourrissons doivent être surveillés pour détecter l'apparition de somnolence, une prise de poids adéquate et suivre les jalons de développement, en particulier chez les nourrissons plus jeunes, allaités exclusivement.<sup>102</sup></li> </ul>
<b>Exemple de dosage**</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Commencez à 12,5 mg une fois par jour.</li> <li>• Titrez jusqu'à 50 mg une fois par jour pendant 2 semaines.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deux comprimés de 333 mg trois fois par jour.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Commencez entre 100 mg et 300 mg TID. Si les symptômes persistent, les doses de TID peuvent être augmentées jusqu'à la dose quotidienne maximale suggérée de 1 800 mg.</li> </ul>

\* Cette information est directement adaptée des monographies de ces médicaments, où l'absence de données suffisantes sur ces populations a été citée comme motif de prudence. Consulter la section 6 ci-dessus pour un examen des données probantes sur la sécurité pour cette population.

\*\* À titre de référence générale. L'évaluation de chaque patiente et la consultation d'un spécialiste sont impératives.

## Annexe 5 Entrevue motivationnelle

Il est fortement recommandé que les fournisseurs suivent la formation sur les entrevues motivationnelles (EM) afin de maximiser l'efficacité de cette intervention. La présente annexe donne un bref aperçu des principes de l'EM et des conseils sur l'utilisation de cette intervention chez les patientes souffrant de TUA. Les programmes de formation en EM et les cours de formation continue sont énumérés dans la section Ressources.

### Principes<sup>198,199</sup>

L'EM est une méthode de consultation axée sur la personne qui vise à habiliter les patientes à examiner et à aborder les sentiments ambivalents qui peuvent avoir une incidence sur leur motivation à apporter un changement. Cette intervention est fondée sur la reconnaissance du fait que lorsque les cliniciens formulent des directives ou exercent une pression (réelle ou perçue) sur les patientes pour qu'elles modifient leur comportement, cela entraîne souvent une opposition ou une résistance. En suivant les principes généraux de l'EM énumérés ci-après, les cliniciens peuvent habiliter les patientes à définir et à rechercher le bien-être à leur façon.

- **Partenariat** : Le conseiller en EM se joint à la patiente en tant que collaborateur, et non en tant qu'autorité, pour comprendre les obstacles au changement personnels de la patiente et travailler ensemble pour les surmonter.
- **Acceptation** : Dans les conversations, le conseiller en EM reconnaît et affirme constamment la valeur inhérente de la patiente, son potentiel et son autonomie. Cela permet au conseiller en EM d'aborder la patiente avec une « empathie appropriée » — un intérêt actif et sans jugement à l'égard du point de vue de la patiente, qui est la clé du progrès collaboratif vers le bien-être.
- **Compassion** : La principale préoccupation du conseiller en EM est la sécurité et le bien-être de la patiente et la compréhension de ce que cela signifie du point de vue de la patiente.
- **Suggestion** : Plutôt que d'imposer un ensemble d'objectifs et de valeurs à la patiente, le conseiller en EM lui demande quels sont ses objectifs et comment elle préfère recevoir de l'aide et du soutien.

### Tâche 1 Écoute active<sup>199</sup>

Les actions suivantes font partie de l'écoute active dans le cadre de l'EM. Ces stratégies contribuent à établir un partenariat productif avec la patiente. Les stratégies d'écoute active sont souvent mentionnées par le mot mnémotechnique « OARS », qui signifie « questions ouvertes », « affirmations », « écoute réflexive » et « résumé » (en anglais **O**pen questions, **A**ffirmations, **R**eflective listening, **S**ummary).

**Questions ouvertes** : Le but des questions ouvertes est d'aider la patiente à en dire davantage. L'objectif du conseiller en EM est que la patiente parle pendant au moins la moitié de la durée totale de la séance. Les questions ouvertes invitent la patiente à explorer ses sentiments, ses motivations et les obstacles au changement.

<sup>1</sup> Le terme « conseiller en EM » est utilisé dans cette section pour désigner le clinicien ou le membre du personnel qui offre des services de counseling en EM. Les conseillers en EM peuvent être des médecins, des infirmières praticiennes, des infirmières, des psychologues, des pharmaciens, des travailleurs sociaux, du personnel ou des bénévoles qui ont suivi la formation appropriée.

### Exemples de questions :

- « Aidez-moi à comprendre... »
- « En quoi aimeriez-vous que les choses soient différentes? »
- « Que diriez-vous de...? »
- « Comment vous y prendriez-vous? »
- « Pourquoi est-ce important? »
- « Qu'est-ce qui est bon dans... et qu'est-ce qui est moins bon dans tout ça? »
- « Que pensez-vous que vous perdrez si vous abandonnez... »
- « Que voulez-vous faire ensuite? »

**Affirmations :** Le conseiller en EM doit manifester un intérêt actif pour les interactions avec la patiente en reconnaissant et en louant les actions, les pensées et les valeurs qui méritent d'être soulignées ou d'être reconnues. De telles affirmations peuvent être aussi simples que de reconnaître que la patiente a fait l'effort de se présenter au rendez-vous ou de reconnaître la volonté de la patiente de persévérer dans la recherche de changements sains.

### Exemples d'affirmations :

- « Je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer aujourd'hui. »
- « Vous êtes manifestement une personne pleine de ressources. »
- « Vous vous êtes très bien comportée dans cette situation. »
- « C'est une bonne suggestion. »
- « Si j'étais à votre place, je ne sais pas si j'aurais pu me débrouiller aussi bien. »
- « J'ai aimé discuter avec vous aujourd'hui. »

**Écoute réflexive :** Exprimez périodiquement des reformulations qui répètent, paraphrasent et interprètent ce que la patiente dit. En plus d'assurer la participation et la clarté, les affirmations soigneusement sélectionnées, synchronisées et formulées sont essentielles à l'efficacité de l'EM, car elles peuvent permettre à la patiente de reconsidérer une certaine position ou croyance et de reconnaître les contradictions, les aspects négligés ou les possibilités de changement.

### Exemples de reformulations :

- « Vous vous sentez donc... »
- « On dirait que vous... »
- « Vous vous demandez si... »
- « D'une part, vous désirez avoir une meilleure vie, d'autre part vous n'êtes pas sûre d'être prête à abandonner vos anciens comportements. »

**Résumés :** Les résumés constituent une forme particulière d'écoute réflexive qui ponctuent la séance et reconnaissent les principales préoccupations évoquées durant la conversation. Ils sont particulièrement utiles aux points de transition : après que la patiente ait évoqué un sujet particulier, raconté une expérience personnelle ou lorsque la séance tire à sa fin. **Les résumés peuvent servir de tremplin vers le changement en distillant les aspects productifs de la conversation.** Comme les reformulations, les résumés sont concis et stratégiquement élaborés pour reconnaître les problèmes, les préoccupations et le désir de changement. Terminez les résumés par une invitation à corriger ou à compléter une réflexion :

- « Ai-je oublié quelque chose? »
- « Est-ce exact? Avez-vous quelque chose à ajouter ou à corriger? »

## Tâche 2 Susciter les discussions sur le changement<sup>199,200</sup>

L'écoute active peut permettre à la patiente de reconnaître et d'exprimer son désir et son potentiel de changement. Au moyen de questions reformulées et évocatrices, le conseiller en EM peut susciter et appuyer une réflexion productive qui reflète les déclarations de la patiente au sujet du besoin, de la volonté ou de la capacité d'apporter des changements de comportement sains.

### Méthodes pour évoquer les discussions sur le changement<sup>200</sup>:

- Utilisation de la « règle d'importance » : « Quelle importance accordez-vous à...? »
- « Sur une échelle de zéro à dix, où zéro n'est pas du tout important et 10 est extrêmement important, où diriez-vous que vous vous situez? » Cette échelle peut également être utilisée pour évaluer la confiance à l'égard du changement.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Pas du tout Important

Extrêmement important

- Explorer l'équilibre décisionnel : « Qu'aimez-vous dans votre comportement actuel? Qu'est-ce qui vous inquiète à ce sujet? »
- Approfondissement : « Quoi d'autre? »
- Exploration des extrêmes : « Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus? »
- Détermination des buts et des valeurs : « Quelles sont les choses les plus importantes pour vous? »

### Types de discussions sur le changement<sup>199</sup>

La discussion avec une patiente sur le changement se divise généralement en deux catégories : discussion en prévision du changement et discussion au sujet du changement qui se produit déjà.

#### Préparation

- Désir de changement : « Je **veux** m'améliorer »; « J'**aimerais** être plus à l'aise avec les gens. »
- Capacité à changer : « J'**ai été capable** de m'arrêter à certains moments dans le passé »; « Je **peux** le faire. »
- Raisons du changement : « Je **dormirais** mieux »; « Je me **sentirai** en meilleure santé. »
- Besoin de changement : « Je ne **peux plus** supporter de vivre ainsi »; « C'est pire que je ne le pensais. »

#### Changement actif

- Engagement : « Je **vais** demander de l'aide pour ce problème. »
- Mesures à prendre : « J'**ai** parlé à mon patron de la nécessité de prendre congé pour obtenir de l'aide. »
- Prise de mesures : « J'**ai** commencé à réduire ma consommation d'alcool pour qu'il soit plus facile d'arrêter plus tard. »

### Tâche 3 Planification en collaboration<sup>199</sup>

Une fois que le conseiller en EM a établi au moyen de l'OARS qu'il a compris les préoccupations de la patiente et « l'état actuel du changement » (c.-à-d. en notant les signes de préparation au changement ou les changements en cours), il peut offrir de la rétroaction et communiquer de l'information en fonction de son expérience et de son expertise à la demande de la patiente<sup>592</sup>. Avant de donner des conseils, il faut toujours demander la permission de la patiente et l'inviter à transmettre d'abord ses idées et ses réflexions.

Au cours de l'EM, l'intensification de discussions sur le changement et de signes de motivation accrue indiquent une occasion de faire le lien vers la planification du changement. Des questions stratégiquement choisies peuvent inciter la patiente à demander des conseils; les conseils non sollicités ne devraient jamais être imposés à la patiente.

Les principes fondamentaux de l'écoute active (OARS) s'appliquent à toutes les étapes de l'EM, y compris la planification. Le conseiller en EM doit agir au rythme de la patiente et « suivre le courant ». En réponse à un accroissement de la motivation de la patiente à l'égard du changement, le conseiller en EM peut poser des questions ouvertes plus précises et axées sur les objectifs, en formulant des réflexions et des affirmations pour reconnaître la motivation et la mobiliser en une action planifiée.

### Ressources

Change Talk Associates

<https://changetalk.ca>

Association de Vancouver qui offre de la formation et du soutien virtuels et en personne en matière d'EM en collaboration avec l'University of British Columbia Continuing Studies (UBC CS). Son site Web offre une liste de ressources en ligne ainsi que le calendrier des activités à venir.

Réseau d'entrevue de motivation des formateurs (MINT)

<https://fr.motivationalinterviewing.org/>

Groupe international de formateurs en EM qui organise des activités de formation et fournit du matériel éducatif pour appuyer l'utilisation efficace de l'EM. Le site Web du MINT présente une liste complète de ressources sur l'EM, notamment des livres, du matériel éducatif et des articles pertinents, ainsi que des cours en ligne.

Skinner W, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS). Entrevue motivationnelle (Série Les principes de base de...) Ottawa, Ontario: CCDUS. 2017. Disponible à l'adresse :

[https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Motivational-Interviewing-Summary-2017-fr\\_0.pdf](https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Motivational-Interviewing-Summary-2017-fr_0.pdf)

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Center for Substance Abuse Treatment. Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 35. No publication HHS : (SMA) 13-4212. Rockville, MD: SAMHSA. 2013. Disponible à l'adresse :

<https://store.samhsa.gov/system/files/sma13-4212.pdf>

<sup>199</sup> Statistique Canada : La consommation abusive d'alcool s'entend des hommes qui ont déclaré avoir consommé cinq consommations ou plus, ou des femmes qui ont déclaré avoir consommé quatre consommations ou plus, à une occasion, au moins une fois par mois au cours de la dernière année.

## Annexe 6 Document d'information à l'intention des nouveaux parents sur l'alcool et l'allaitement en toute sécurité<sup>i</sup>

L'allaitement constitue le moyen idéal pour favoriser la croissance et le développement sains d'un enfant, tout en favorisant l'établissement de liens affectifs entre les parents et les nourrissons et en réduisant le stress maternel<sup>4</sup>. Cette fiche d'information fournit aux patientes des renseignements importants sur l'élimination ou la réduction des effets négatifs de l'alcool tout en continuant d'appuyer l'allaitement.

### Faits saillants

- L'allaitement est bénéfique pour vous et votre bébé.
- À moins que votre médecin ne vous déconseille d'allaiter, le lait maternel est le seul aliment dont votre bébé a besoin pendant les six premiers mois de sa vie.
- Si vous consommez des boissons alcoolisées, l'alcool passe librement de votre sang au lait maternel.
- Il est plus sécuritaire d'éviter l'alcool pendant les trois premiers mois de la vie de votre bébé. Cela donne à votre bébé le temps de développer son foie [148,201].
- Lorsque votre bébé a plus de trois mois, suivez les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada si vous choisissez de boire de l'alcool.
- Allaiter juste avant de boire de l'alcool.
- N'allaiter pas pendant au moins 2 heures par consommation après votre consommation.
- Une personne subissant les effets de l'alcool ne devrait pas dormir avec le bébé.

### 1. Pourquoi est-il plus sécuritaire d'éviter l'alcool pendant les trois premiers mois de la vie de votre bébé?

- L'alcool passe de votre sang au lait maternel.
- L'alcool a un plus grand effet sur les bébés de moins de trois mois parce que leur foie est moins développé.
- Des quantités importantes d'alcool (plus d'une boisson) peuvent avoir des effets négatifs sur votre bébé, car elles peuvent réduire votre production de lait, nuire à ses habitudes de sommeil et à son développement précoce.
- Les jeunes bébés tètent souvent et sans horaire prévisible. Il est donc difficile de prévoir précisément des horaires de consommation d'alcool pour vous assurer qu'il n'y a pas d'alcool dans votre lait maternel lorsque votre bébé veut se nourrir.

### 2. Combien de temps l'alcool reste-t-il dans le lait maternel?

- L'alcool est présent dans le lait maternel.
- Il faut en moyenne deux heures à un organisme moyen pour se débarrasser d'un seul verre d'alcool. Cela prend quatre heures pour deux verres, six heures pour trois verres, et ainsi de suite.

<sup>i</sup> Adapté de : The Government of Nova Scotia. The Fact Sheet About Alcohol and Breastfeeding. Disponible à l'adresse : [https://novascotia.ca/dhw/addictions/documents/Alcohol\\_Breastfeeding.pdf](https://novascotia.ca/dhw/addictions/documents/Alcohol_Breastfeeding.pdf).

### **3. Que devez-vous faire si vous prévoyez de boire?**

- Maintenez le nombre de consommations en deçà de ce qui est indiqué dans les Directives de consommation d'alcool à faible risque (pas plus de deux consommations par jour, pas plus de 10 consommations par semaine)
- Allaitez votre bébé immédiatement avant de boire. Cela donne le temps à l'alcool que vous buvez de quitter votre lait maternel avant l'allaitement suivant (ou vous pouvez tirer et entreposer votre lait avant de consommer de l'alcool).
- Mangez et hydratez-vous avant et pendant la consommation d'alcool.
- Après une séance de consommation d'alcool, attendez au moins 2 heures par consommation avant d'allaiter. Pendant que vous attendez, vous pouvez « *tirer et jeter* » votre lait maternel pour assurer votre confort (n'oubliez pas que le fait de tirer et de jeter votre lait ne réduisent pas la quantité d'alcool présente dans votre lait maternel).

### **4. Que devez-vous faire si vous buvez plus que prévu?**

- Faites en sorte que quelqu'un ne soit pas affecté par l'alcool pour prendre soin du bébé
- Une personne subissant les effets de l'alcool ne devrait pas dormir avec le bébé.

Adressez-vous à votre fournisseur de soins de santé si vous avez besoin de plus d'information ou de soutien.

## References

1. Khoury JE, Jamieson B, Milligan K. Risk for Childhood Internalizing and Externalizing Behavior Problems in the Context of Prenatal Alcohol Exposure: A Meta-Analysis and Comprehensive Examination of Moderators. *Alcoholism (NY)*. 2018;42(8):1358-1377.
2. Flannigan K, Unsworth K, Harding, K. The Prevalence of Fetal Alcohol Spectrum Disorder. Canada FASD Research Network. July 2018. Available at:<https://canfasd.ca/wp-content/uploads/sites/35/2018/08/Prevalence-1-Issue-Paper-FINAL.pdf>.
3. DeVido J, Bogunovic O, Weiss RD. Alcohol use disorders in pregnancy. *Harvard review of psychiatry*. 2015;23(2):112-121.
4. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. In: *Guidelines for the Identification and Management of Substance Use and Substance Use Disorders in Pregnancy*. Geneva: World Health Organization Copyright (c) World Health Organization 2014.; 2014.
5. Carson G, Cox LV, Crane J, et al. No. 245-Alcohol Use and Pregnancy Consensus Clinical Guidelines. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC*. 2017;39(9):e220-e254.
6. Denny CH, Acero CS, Naimi TS, Kim SY. Consumption of Alcohol Beverages and Binge Drinking Among Pregnant Women Aged 18–44 Years — United States, 2015–2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2019;68:365–368. Available at: [https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/68/wr/mm6816a1.htm?s\\_cid=mm6816a1\\_e#suggestedcitation](https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/68/wr/mm6816a1.htm?s_cid=mm6816a1_e#suggestedcitation).
7. Public Health Agency of Canada. *What Mothers Say: The Canadian Maternity Experiences Survey*. Ottawa, 2009. Available at: <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/rhs-ssg/pdf/survey-eng.pdf>.
8. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA/CSAT) *Treatment Improvement Protocols (TIP): Detoxification and Substance Abuse Treatment*. Rockville, MD, USA. 2006.
9. McDonald PLL, Jia L, Vipler S. Alcohol Withdrawal Management and Relapse Prevention in Pregnancy. *Canadian Journal of Addiction*. 2018;9(4):32-41.
10. Thanh NX, Jonsson E. Drinking alcohol during pregnancy: evidence from Canadian Community Health Survey 2007/2008. *J Popul Ther Clin Pharmacol*. 2010;17(2):e302-307.
11. Wright TE, Terplan M, Ondersma SJ, et al. The role of screening, brief intervention, and referral to treatment in the perinatal period. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2016;215(5):539-547.
12. McCarthy JJ, Leamon MH, Finnegan LP, Fassbender C. Opioid Dependence and Pregnancy: Minimizing Stress on the Fetal Brain. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2016.
13. Donoghue K, Elzerbi C, Saunders R, Whittington C, Pilling S, Drummond C. The efficacy of acamprosate and naltrexone in the treatment of alcohol dependence, Europe versus the rest of the world: a meta-analysis. *Addiction*. 2015;110(6):920-930.
14. Statistics Canada CANSIM – 82-624-X – Table 1 – Rates of selected mental or substance use disorders, lifetime and 12 month, Canada, household 15 and older, 2012. (Modified 2015-11-27). <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2013001/article/tbl/tbl1-eng.htm>.
15. Statistics Canada. Table 13-10-0096-11 – Heavy drinking, by age group. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1310009611>.
16. Sowers W. Transforming systems of care: the American Association of Community Psychiatrists Guidelines for Recovery Oriented Services. *Community mental health journal*. 2005;41(6):757-774.



17. Lowik AJ, Knight R. Toward Gender-inclusive, Nonjudgmental Alcohol Interventions for Pregnant People: Challenging Assumptions in Research and Treatment. *J Addict Med.* 2018.
18. Matsuzaka S. Transgressing gender norms in addiction treatment: Transgender rights to access within gender-segregated facilities. *J Ethn Subst Abuse.* 2018;17(4):420-433.
19. Dinour LM. Speaking Out on «Breastfeeding» Terminology: Recommendations for Gender-Inclusive Language in Research and Reporting. *Breastfeed Med.* 2019;14(8):523-532.
20. Raphael D. Chapter 1: Social Determinants of Health: Key Issues and Themes. In: Raphael D, ed. *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives.* 3rd ed. Toronto, Ontario: Canadian Scholars' Press Inc.; 2016:3-31.
21. World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health.* Geneva, Switzerland 2008.
22. Mikkonen J, Raphael D. *Social Determinants of Health: The Canadian Facts.* Toronto, Ontario 2010.
23. Hankivsky O, Christoffersen A. Intersectionality and the determinants of health: a Canadian perspective. *Critical Public Health.* 2008;18(3):271-283.
24. Galea S, Nandi A, Vlahov D. The social epidemiology of substance use. *Epidemiol Rev.* 2004;26:36-52.
25. Jones L, Bates G, McCoy E, Bellis MA. Relationship between alcohol-attributable disease and socioeconomic status, and the role of alcohol consumption in this relationship: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 2015;15.
26. Renalds A, Smith TH, Hale PJ. A Systematic Review of Built Environment and Health. *Fam Community Health.* 2010;33(1):68-78.
27. Gilbert PA, Zemore SE. Discrimination and drinking: A systematic review of the evidence. *Soc Sci Med.* 2016;161:178-194.
28. Haynes G, Dunnagan T, Christopher S. Determinants of alcohol use in pregnant women at risk for alcohol consumption. *Neurotoxicol Teratol.* 2003;25(6):659-666.
29. Leeners B, Richter-Appelt H, Imthurn B, Rath W. Influence of childhood sexual abuse on pregnancy, delivery, and the early postpartum period in adult women. *Journal of Psychosomatic Research.* 61(2):139-151.
30. Najavits LM, Weiss RD, Shaw SR. The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women. A research review. *The American journal on addictions.* 1997;6(4):273-283.
31. Rehm J, Baliunas D, Brochu S, et al. *The Costs of Substance Abuse in Canada 2002.* Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa ON. Available at: <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/ccsa-011332-2006.pdf>. (Accessed Nov 13 2015). 2006.
32. Guadalupe-Diaz, X. L., & Anthony, A. K. Discrediting identity work: Understandings of intimate partner violence by transgender survivors. *Deviant Behavior,* 38(1), 2017.
33. Public Health Ontario. *Awareness and Knowledge of Canada's Low-Risk Drinking Guidelines.* Available at: [https://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/Alcohol\\_Infographics\\_LRDG.pdf](https://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/Alcohol_Infographics_LRDG.pdf).
34. Harm Reduction International. *What is Harm Reduction?*
35. Nathoo T, Marcellus L, Bryans M, Clifford D, Louie S, Penaloza D, Seymour A, Taylor M, and Poole N. *Harm Reduction and Pregnancy: Community-based Approaches to Prenatal Substance Use in Western Canada.* Victoria and Vancouver, BC: University of Victoria School of Nursing and British Columbia Centre of Excellence for Women's

- Health. 2015. Available at:[http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2015/02/HReduction-and-Preg-Booklet.2015\\_web.pdf](http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2015/02/HReduction-and-Preg-Booklet.2015_web.pdf).
36. Health Canada. Best Practices: Early Intervention, Outreach and Community Linkages for Women with Substance Use Problems. Ottawa, ON: Health Canada; 2006. Available at: [https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hc-ps/alt\\_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/early-intervention-precoce/early-intervention-precoce-eng.pdf](https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hc-ps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/early-intervention-precoce/early-intervention-precoce-eng.pdf).
  37. Perinatal Services BC. Provincial Perinatal Guidelines: Population and Public Health Perinatal Care Pathway. March 2014. Available from: <http://www.perinatalervicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/HealthPromotion/PrenatalCarePathway.pdf>.
  38. Poole N, Isaac B. Apprehensions: Barriers to treatment for substance-using mothers. Vancouver, BC: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health. 2001. In.
  39. Jacobson SW, Chiodo LM, Sokol RJ, Jacobson JL. Validity of maternal report of prenatal alcohol, cocaine, and smoking in relation to neurobehavioral outcome. *Pediatrics*. 2002;109(5):815-825.
  40. Nathoo, T., Poole, N., Wolfson, L., Schmidt, R., Hemsing, N., and Gelb, K. Doorways to Conversation: Brief Intervention on Substance Use with Girls and Women. Vancouver, BC: Centre of Excellence for Women's Health, 2018.
  41. O'Connor MJ, Whaley SE. Alcohol use in pregnant low-income women. *J Stud Alcohol*. 2003;64(6):773-783.
  42. Parkes T, Poole N, Salmon A, Greaves L, Urquhart C. Double exposure: a better practices review on alcohol interventions during pregnancy. Vancouver, BC: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health; 2008.
  43. Vogel L. Canadian women opting for less effective birth control. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 2017;189(27):E921-E922.
  44. American Society of Addiction Medicine. Substance Use, Misuse, and Use Disorders During and Following Pregnancy, with an Emphasis on Opioids. January 18, 2017. Available from: <http://www.asam.org/advocacy/find-a-policy-statement/view-policy-statement/public-policy-statements/2017/01/19/substance-use-misuse-and-use-disorders-during-and-following-pregnancy-with-an-emphasis-on-opioids>.
  45. Reus VI, Fochtmann LJ, Bukstein O, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Pharmacological Treatment of Patients With Alcohol Use Disorder. *The American journal of psychiatry*. 2018;175(1):86-90.
  46. Burd L, Klug MG, Martsof JT, Martsof C, Deal E, Kerbeshian J. A staged screening strategy for prenatal alcohol exposure and maternal risk stratification. *The journal of the Royal Society for the Promotion of Health*. 2006;126(2):86-94.
  47. Canagasaby A, Vinson DC. Screening for hazardous or harmful drinking using one or two quantity-frequency questions. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*. 2005;40(3):208-213.
  48. Smith PC, Schmidt SM, Allensworth-Davies D, Saitz R. Primary care validation of a single-question alcohol screening test. *J Gen Intern Med*. 2009;24(7):783-788.
  49. Taj N, Devera-Sales A, Vinson DC. Screening for problem drinking: does a single question work? *J Fam Practice*. 1998;46(4):328-335.
  50. Williams R, Vinson DC. Validation of a single screening question for problem drinking. *J Fam Practice*. 2001;50(4):307-312.
  51. Mitchell AJ, Bird V, Rizzo M, Hussain S, Meader N. Accuracy of one or two simple questions to identify alcohol-use disorder in primary care: a meta-analysis. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2014;64(624):e408-418.

52. O'Connor EA, Perdue LA, Senger CA, et al. Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *Jama*. 2018;320(18):1910-1928.
53. Carson G, Cox LV, Crane J, et al. Alcohol use and pregnancy consensus clinical guidelines. *Journal of Obstetrics & Gynaecology Canada: JOGC*. 2010;32(8 Suppl 3):S1-31.
54. Russell M, Martier SS, Sokol RJ, et al. Screening for pregnancy risk-drinking. *Alcoholism, clinical and experimental research*. 1994;18(5):1156-1161.
55. Kaner EFS, Beyer FR, Muirhead C, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018(2).
56. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford press; 2012 Sep 1.
57. Stade BC, Bailey C, Dzenoletas D, Sgro M, Dowswell T, Bennett D. Psychological and/or educational interventions for reducing alcohol consumption in pregnant women and women planning pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009(2):CD004228.
58. O'Connor MJ, Whaley SE. Brief intervention for alcohol use by pregnant women. *American Journal of Public Health*. 2007;97(2):252-258.
59. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions - An evidence-based approach. *American Journal of Preventive Medicine*. 2002;22(4):267-284.
60. Nilsen P. Brief alcohol intervention to prevent drinking during pregnancy: an overview of research findings. *Current opinion in obstetrics & gynecology*. 2009;21(6):496-500.
61. Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*. 2004;140(7):557-568.
62. Five Major Steps to Intervention (The «5 A's»). Content last reviewed December 2012. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Available at: <http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/5steps.html>.
63. Littleton J. Neurochemical mechanisms underlying alcohol withdrawal. *Alcohol Health & Research World*. 1998;22(1):13-24.
64. Schuckit MA. Alcohol-use disorders. *Lancet*. 2009;373(9662):492-501.
65. Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. Diagnosis and management of acute alcohol withdrawal. *CMAJ*. 1999;160(5):675-680.
66. Hillbom M, Pieninkeroinen I, Leone M. Seizures in alcohol-dependent patients: epidemiology, pathophysiology and management. *CNS Drugs*. 2003;17(14):1013-1030.
67. Wartenberg AA. Chapter 43: Management of Alcohol Intoxication and Withdrawal. In: Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R. *The ASAM Principles of Addiction Medicine*, 5th Edition, pp. 635-651. 2014. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
68. Mirijello A, D'Angelo C, Ferrulli A, et al. Identification and management of alcohol withdrawal syndrome. *Drugs*. 2015;75(4):353-365.
69. McGregor JA, Jackson GM, Lachelin GC, et al. Salivary estriol as risk assessment for preterm labor: a prospective trial. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1995;173(4):1337-1342.

70. Hobel CJ, Arora CP, Korst LM. Corticotrophin-releasing hormone and CRH-binding protein. Differences between patients at risk for preterm birth and hypertension. *Ann N Y Acad Sci.* 1999;897:54-65.
71. Adinoff B, Iranmanesh A, Veldhuis J, Fisher L. Disturbances of the stress response: the role of the HPA axis during alcohol withdrawal and abstinence. *Alcohol Health Res World.* 1998;22(1):67-72.
72. Heinz A, Rommelspacher H, Graf KJ, Kurten I, Otto M, Baumgartner A. Hypothalamic-pituitary-gonadal axis, prolactin, and cortisol in alcoholics during withdrawal and after three weeks of abstinence: comparison with healthy control subjects. *Psychiatry Res.* 1995;56(1):81-95.
73. Blondell RD. Ambulatory detoxification of patients with alcohol dependence. *Am Fam Physician.* 2005;71(3):495-502.
74. Mendoza RL. Is medical treatment of Alcohol Withdrawal Syndrome a Stag Hunt? Challenges and opportunities in managing risk and uncertainty in addiction cessation. *Risk Manag Healthc Policy.* 2018;11:1-14.
75. Maldonado JR, Sher Y, Ashouri JF, et al. The «Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale» (PAWSS): systematic literature review and pilot study of a new scale for the prediction of complicated alcohol withdrawal syndrome. *Alcohol.* 2014;48(4):375-390.
76. Wood E, Albarqouni L, Tkachuk S, et al. Will this hospitalized patient develop severe alcohol withdrawal syndrome? The rational clinical examination systematic review. *Jama.* 2018;320(8):825-833.
77. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Assessment of alcohol withdrawal - the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *Br J Addict.* 1989;84(11):1353-1357.
78. Maldonado JR, Nguyen LH, Schader EM, Brooks JO. Benzodiazepine loading versus symptom-triggered treatment of alcohol withdrawal: a prospective, randomized clinical trial. *Gen Hosp Psychiatr.* 2012;34(6):611-617.
79. McKay A, Koranda A, Axen D. Using a Symptom-Triggered Approach to Manage Patients in Acute Alcohol Withdrawal. *MEDSURG Nursing.* 2004;13(1):15-31.
80. Bhat A, Hadley A. The management of alcohol withdrawal in pregnancy--case report, literature review and preliminary recommendations. *General Hospital Psychiatry.* 2015;37(3):273.e271-273.
81. American Psychiatric Association practice guidelines - Treatment of patients with substance use disorders, second edition. *American Journal of Psychiatry.* 2007;164(4):1-+.
82. Whitfield CL, Thompson G, Lamb A, Spencer V, Pfeifer M, Browningferrando M. DETOXIFICATION OF 1,024 ALCOHOLIC PATIENTS WITHOUT PSYCHOACTIVE-DRUGS. *JAMA-J Am Med Assoc.* 1978;239(14):1409-1410.
83. Shaw JM, Kolesar GS, Sellers EM, Kaplan HL, Sandor P. DEVELOPMENT OF OPTIMAL TREATMENT TACTICS FOR ALCOHOL WITHDRAWAL .1. ASSESSMENT AND EFFECTIVENESS OF SUPPORTIVE CARE. *Journal of Clinical Psychopharmacology.* 1981;1(6):382-389.
84. Alvik A, Heyerdahl S, Haldorsen T, Lindemann R. Alcohol use before and during pregnancy: a population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85(11):1292-1298.
85. Reus VI, Fochtmann LJ, Bukstein O, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Pharmacological Treatment of Patients With Alcohol Use Disorder. *American Journal of Psychiatry.* 2018;175(1):86-90.
86. Smith EJ, Lui S, Terplan M. Pharmacologic interventions for pregnant women enrolled in alcohol treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2009(3):CD007361.
87. Carlson RW, Kumar NN, Wong-Mckinstry E, et al. Alcohol Withdrawal Syndrome. *Critical Care Clinics.* 2012;28(4):549-+.

88. Mayo-Smith MF. Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence-based practice guideline. American Society of Addiction Medicine Working Group on Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal. *Jama*. 1997;278(2):144-151.
89. Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of acute alcohol withdrawal. *CMAJ*. 1999;160(5):649-655.
90. Amato L, Minozzi S, Vecchi S, Davoli M. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010(3).
91. Reis M, Kallen B. Combined use of selective serotonin reuptake inhibitors and sedatives/hypnotics during pregnancy: risk of relatively severe congenital malformations or cardiac defects. A register study. *BMJ Open*. 2013;3(2).
92. McElhatton PR. The effects of benzodiazepine use during pregnancy and lactation. *Reprod Toxicol*. 1994;8(6):461-475.
93. Enato E, Moretti M, Koren G. The fetal safety of benzodiazepines: an updated meta-analysis. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC*. 2011;33(1):46-48.
94. Czeizel AE, Eros E, Rockenbauer M, Sorensen HT, Olsen J. Short-Term Oral Diazepam Treatment during Pregnancy : A Population-Based Teratological Case-Control Study. *Clin Drug Investig*. 2003;23(7):451-462.
95. Iqbal MM, Sobhan T, Ryals T. Effects of commonly used benzodiazepines on the fetus, the neonate, and the nursing infant. *Psychiatr Serv*. 2002;53(1):39-49.
96. Myrick H, Malcolm R, Randall PK, et al. A double-blind trial of gabapentin versus lorazepam in the treatment of alcohol withdrawal. *Alcoholism, clinical and experimental research*. 2009;33(9):1582-1588.
97. Stock CJ, Carpenter L, Ying J, Greene T. Gabapentin versus chlordiazepoxide for outpatient alcohol detoxification treatment. *The Annals of pharmacotherapy*. 2013;47(7-8):961-969.
98. Mazer-Amirshahi M, Samiee-Zafarghandy S, Gray G, van den Anker JN. Trends in pregnancy labeling and data quality for US-approved pharmaceuticals. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2014;211(6):690.e691-611.
99. VALIUM (diazepam) Product Monograph; 5 mg tablets. Submission Control No: 212691. Revised April 17, 2018. Hoffman LaRoche Ltd., Mississauga, Canada. Available at: [https://pdf.hres.ca/dpd\\_pm/00044869.PDF](https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00044869.PDF). In.
100. PrNEURONTIN® Product Monograph - Gabapentin Capsules 100 mg, 300 mg, and 400 mg; Tablets 600 mg and 800 mg. Submission Control No: 211678. Pfizer Canada Ltd. Revised February 22, 2018. [https://pdf.hres.ca/dpd\\_pm/00044022.PDF](https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00044022.PDF). In.
101. ACOG Practice Bulletin: Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists number 92, April 2008 (replaces practice bulletin number 87, November 2007). Use of psychiatric medications during pregnancy and lactation. *Obstetrics and gynecology*. 2008;111(4):1001-1020.
102. Gabapentin. In: *Drugs and Lactation Database (LactMed)*. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2006.
103. Center for Substance Abuse T. SAMHSA/CSAT Treatment Improvement Protocols. In: *Incorporating Alcohol Pharmacotherapies Into Medical Practice: A Review of the Literature*. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2009.
104. Roesner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Vecchi S, Srisurapanont M, Soyka M. Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(12).
105. Jonas DE, Amick HR, Feltner C, et al. Pharmacotherapy for Adults With Alcohol Use Disorders in Outpatient Settings A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA-J Am Med Assoc*. 2014;311(18):1889-1900.
106. Hulse G, O'Neil G. Using naltrexone implants in the management of the pregnant heroin user. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2002;42(5):569-573.

107. Hulse GK, O'Neil G, Arnold-Reed DE. Methadone maintenance vs. implantable naltrexone treatment in the pregnant heroin user. *Int J Gynaecol Obstet.* 2004;85(2):170-171.
108. Tran TH, Griffin BL, Stone RH, Vest KM, Todd TJ. Methadone, Buprenorphine, and Naltrexone for the Treatment of Opioid Use Disorder in Pregnant Women. *Pharmacotherapy.* 2017;37(7):824-839.
109. Mann K, Lehert P, Morgan MY. The efficacy of acamprosate in the maintenance of abstinence in alcohol-dependent individuals: results of a meta-analysis. *Alcoholism, clinical and experimental research.* 2004;28(1):51-63.
110. Mason BJ, Lehert P. Acamprosate for alcohol dependence: A sex-specific meta-analysis based on individual patient data. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research.* 2012;36(3):497-508.
111. Roesner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Lehert P, Vecchi S, Soyka M. Acamprosate for alcohol dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2010(9).
112. Scott LJ, Figgitt DP, Keam SJ, Waugh J. Acamprosate - A review of its use in the maintenance of abstinence in patients with alcohol dependence. *Cns Drugs.* 2005;19(5):445-464.
113. Witkiewitz K, Saville K, Hamreus K. Acamprosate for treatment of alcohol dependence: Mechanisms, efficacy, and clinical utility. *Therapeutics and Clinical Risk Management.* 2012;8:45-53.
114. Briggs, GG, Freeman, RK, Yaffe, SJ. *Drugs in Pregnancy and Lactation: A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk.* Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA, 2012. In.
115. Kelty E, Tran D, Lavin T, Preen DB, Hulse G, Havard A. Prevalence and safety of acamprosate use in pregnant alcohol-dependent women in New South Wales, Australia. *Addiction.* 2019;114(2):206-215.
116. Furieri FA, Nakamura-Palacios EM. Gabapentin reduces alcohol consumption and craving: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *The Journal of clinical psychiatry.* 2007;68(11):1691-1700.
117. Mason BJ, Light JM, Williams LD, Drobos DJ. Proof-of-concept human laboratory study for protracted abstinence in alcohol dependence: effects of gabapentin. *Addict Biol.* 2009;14(1):73-83.
118. Mason BJ, Quello S, Goodell V, Shadan F, Kyle M, Begovic A. Gabapentin Treatment for Alcohol Dependence A Randomized Clinical Trial. *Jama Internal Medicine.* 2014;174(1):70-77.
119. Mason BJ, Quello S, Shadan F. Gabapentin for the treatment of alcohol use disorder. *Expert Opinion on Investigational Drugs.* 2018;27(1):113-124.
120. Allen JL, Mowbray O. Sexual orientation, treatment utilization, and barriers for alcohol related problems: Findings from a nationally representative sample. *Drug and Alcohol Dependence.* 2016;161:323-330.
121. Fujii H, Goel A, Bernard N, et al. Pregnancy outcomes following gabapentin use: results of a prospective comparative cohort study. *Neurology.* 2013;80(17):1565-1570.
122. Howland RH. Gabapentin for Substance Use Disorders: Is it Safe and Appropriate? *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2014;1-4.
123. Howland RH. Gabapentin: can it be misused? *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2014;52(1):12-15.
124. Schifano F. Misuse and abuse of pregabalin and gabapentin: cause for concern? *CNS Drugs.* 2014;28(6):491-496.
125. Smith RV, Havens JR, Walsh SL. Gabapentin misuse, abuse and diversion: a systematic review. *Addiction.* 2016;111(7):1160-1174.
126. Wilens T, Zulauf C, Ryland D, Carrellas N, Catalina-Wellington I. Prescription medication misuse among opioid dependent patients seeking inpatient detoxification. *The American journal on addictions.* 2015;24(2):173-177.

127. Grosshans M, Lemenager T, Vollmert C, et al. Pregabalin abuse among opiate addicted patients. *Eur J Clin Pharmacol.* 2013;69(12):2021-2025.
128. Reccoppa L, Malcolm R, Ware M. Gabapentin abuse in inmates with prior history of cocaine dependence. In: *Am J Addict.* Vol 13. United States 2004:321-323.
129. Kapil V, Green JL, Le Lait MC, Wood DM, Dargan PI. Misuse of the  $\gamma$ -aminobutyric acid analogues baclofen, gabapentin and pregabalin in the UK. *Br J Clin Pharmacol.* 2014;78(1):190-191.
130. Carrasco M, Rao SC, Bearer CF, Sundararajan S. Neonatal Gabapentin Withdrawal Syndrome. *Pediatr Neurol.* 2015;53(5):445-447.
131. Hunt S, Russell A, Smithson WH, et al. Topiramate in pregnancy: preliminary experience from the UK Epilepsy and Pregnancy Register. *Neurology* 2008; 71:272. In.
132. Reitnauer PJ, Callanan NP, Farber RA, Aylsworth AS. Prenatal exposure to disulfiram implicated in the cause of malformations in discordant monozygotic twins. *Teratology* 1997;56:358-62. . In.
133. PrRevia™ (naltrexone hydrochloride) tablets, 50mg - Product Monograph. Teva Canada Limited. Prepared April 14, 2015. Available at: [https://pdf.hres.ca/dpd\\_pm/00030323.PDF](https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00030323.PDF). In.
134. Pr Campral (R) (acamprosate calcium) delayed release tablets, 333mg - Product Monograph. Mylan Pharmaceuticals ULC. Prepared September 8, 2011. Available at: [https://pdf.hres.ca/dpd\\_pm/00014184.PDF](https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00014184.PDF). In.
135. Naltrexone. In: *Drugs and Lactation Database (LactMed)*. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2006.
136. Chan CF, Page-Sharp M, Kristensen JH, O'Neil G, Ilett KF. Transfer of naltrexone and its metabolite 6,beta-naltrexol into human milk. *J Hum Lact.* 2004;20(3):322-326.
137. Briggs, GG, Freeman, RK, Yaffe, SJ. *Drugs in Pregnancy and Lactation: A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA, 2012. In.
138. Drake RE, O'Neal EL, Wallach MA. A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *J Subst Abuse Treat.* 2008;34(1):123-138.
139. Smedslund G, Berg RC, Hammerstrom KT, et al. Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011(5).
140. Magill M, Ray LA. Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs.* 2009;70(4):516-527.
141. Cochran BN, Cauce AM. Characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals entering substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment.* 2006;30(2):135-146.
142. O'Leary CM, Bower C. Guidelines for pregnancy: What's an acceptable risk, and how is the evidence (finally) shaping up? *Drug and alcohol review.* 2012;31(2):170-183.
143. Deas D. Evidence-based treatments for alcohol use disorders in adolescents. *Pediatrics.* 2008;121(Suppl4):S348-S354.
144. Carter RE, Haynes LF, Back SE, et al. Improving the transition from residential to outpatient addiction treatment: gender differences in response to supportive telephone calls. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2008;34(1):47-59.
145. Abrahams RR, MacKay-Dunn MH, Nevmerjitskaia V, MacRae GS, Payne SP, Hodgson ZG. An evaluation of rooming-in among substance-exposed newborns in British Columbia. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC.* 2010;32(9):866-871.
146. Dumas L, Lepage M, Bystrova K, Matthiesen AS, Welles-Nystrom B, Widstrom AM. Influence of skin-to-skin contact and rooming-in on early mother-infant interaction: a randomized controlled trial. *Clin Nurs Res.* 2013;22(3):310-336.

147. Reece-Stremtan S, Marinelli KA. ABM Clinical Protocol #21: Guidelines for Breastfeeding and Substance Use or Substance Use Disorder, Revised 2015. *Breastfeeding Medicine*. 2015;10(3):135-141.
148. Haastrup MB, Pottegård A, Damkier P. Alcohol and Breastfeeding. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*. 2014;114(2):168-173.
149. Flores-Huerta S, Hernandez-Montes H, Argote RM, Villalpando S. Effects of ethanol consumption during pregnancy and lactation on the outcome and postnatal growth of the offspring. *Ann Nutr Metab*. 1992;36(3):121-128.
150. Backstrand JR, Goodman AH, Allen LH, Pelto GH. Pulque intake during pregnancy and lactation in rural Mexico: alcohol and child growth from 1 to 57 months. *Eur J Clin Nutr*. 2004;58(12):1626-1634.
151. World Health Organization. Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes. Geneva: WHO; 2009. Available at: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69938/WHO\\_FCH\\_CAH\\_09.01\\_eng.pdf?ua=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69938/WHO_FCH_CAH_09.01_eng.pdf?ua=1). In.
152. Koren G. Drinking alcohol while breastfeeding. Will it harm my baby? *Canadian Family Physician*. 2002;48(1):39.
153. Beauchamp GA, Hendrickson RG, Horowitz BZ, Spyker DA. Exposures Through Breast Milk: An Analysis of Exposure and Information Calls to U.S. Poison Centers, 2001-2017. *Breastfeed Med*. 2019;14(7):508-512.
154. Kelly LE, Poon S, Madadi P, Koren G. Neonatal benzodiazepines exposure during breastfeeding. *J Pediatr*. 2012;161(3):448-451.
155. Kronenfeld N, Berlin M, Shaniv D, Berkovitch M. Use of Psychotropic Medications in Breastfeeding Women. *Birth Defects Res Part A Clin Mol Teratol*. 2017;109(12):957-997.
156. Kristensen JH, Ilett KF, Hackett LP, Kohan R. Gabapentin and breastfeeding: a case report. *J Hum Lact*. 2006;22(4):426-428.
157. Ordean A, Kahan M, Graves L, Abrahams R, Kim T. Obstetrical and neonatal outcomes of methadone-maintained pregnant women: a canadian multisite cohort study. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC*. 2015;37(3):252-257.
158. Hodgson ZG, Abrahams RR. A Rooming-in Program to Mitigate the Need to Treat for Opiate Withdrawal in the Newborn. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*.34(5):475-481.
159. Wall-Wieler E, Roos LL, Bolton J, Brownell M, Nickel NC, Chateau D. Maternal health and social outcomes after having a child taken into care: population-based longitudinal cohort study using linkable administrative data. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2017;71(12):1145.
160. Turney K, Wildeman C. Mental and Physical Health of Children in Foster Care. *Pediatrics*. 2016;138(5).
161. Vinnerljung B, Hjern A, Lindblad F. Suicide attempts and severe psychiatric morbidity among former child welfare clients – a national cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006;47(7):723-733.
162. Jonas DE, Garbutt JC, Amick HR, et al. Behavioral counseling after screening for alcohol misuse in primary care: a systematic review and meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*. 2012;157(9):645-654.
163. Moyer VA. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Annals of internal medicine*. 2013;159(3):210-218.
164. Poole N, Schmidt RA, Bocking A, Bergeron J, Fortier I. The Potential for Fetal Alcohol Spectrum Disorder Prevention of a Harmonized Approach to Data Collection about Alcohol Use in Pregnancy Cohort Studies. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(11).
165. Taj N, Devera-Sales A, Vinson DC. Screening for problem drinking: does a single question work? *The Journal of family practice*. 1998;46(4):328-335.



166. Williams R, Vinson DC. Validation of a single screening question for problem drinking. *The Journal of family practice*. 2001;50(4):307-312.
167. Seale JP, Boltri JM, Shellenberger S, et al. Primary care validation of a single screening question for drinkers. *J Stud Alcohol*. 2006;67(5):778-784.
168. Higgins-Biddle JC, Babor TF. A review of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), AUDIT-C, and USAUDIT for screening in the United States: Past issues and future directions. *The American journal of drug and alcohol abuse*. 2018;44(6):578-586.
169. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders J, Monteiro M. *The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care*. Second Edition. Geneva, Switzerland 2001.
170. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Archives of internal medicine*. 1998;158(16):1789-1795.
171. Sokol RJ, Martier SS, Ager JW. The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk-drinking. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1989;160(4):863-868; discussion 868-870.
172. Kaner EFS, Beyer FR, Muirhead C, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018(2).
173. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
174. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). *Alcohol Use Disorder: A Comparison Between DSM-IV and DSM-5*. NIH Publication No. 13-7999. 2016. Available at: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/dsmfactsheet/dsmfact.pdf> In.
175. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *Five Major Steps to Intervention (The «5 A's»)*. Rockville, MD December 2012.
176. Centers for Disease Control and Prevention. *Planning and Implementing Screening and Brief Intervention for Risky Alcohol Use: A Step-by-Step Guide for Primary Care Practices*. Atlanta, Georgia 2014.
177. Gonzalez S, Grubb J, Kowalchuck A, et al. *Addressing Alcohol Use Practice Manual: An Alcohol Screening and Brief Intervention Program*.
178. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). *Helping Patients Who Drink Too Much: A Clinician's Guide*. NIH Publication No. 05-3769. . Rockville, MD 2005.
179. Rosenthal RN, Ries RK, Zweben, JE. Chapter 67: Medical Management Techniques and Collaborative Care: Integrating Behavioral with Pharmacological Interventions in Addiction Treatment. In: Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R. *The ASAM Principles of Addiction Medicine*, 5th Edition, pp. 1008-1023 . 2014. Philadelphia: Wolters Kluwer Health. In.
180. LaFave LA, Bradley M, Lessels H et al. NH S.B.I.R.T Implementation Playbook for Perinatal Providers. New Hampshire Center for Excellence: January 2019. Available at: <https://sbirtnh.org/wp-content/uploads/2019/02/perinatal-playbookFINALdig-2.pdf>.
181. Myrick H, Anton RF. Treatment of alcohol withdrawal. *Alcohol Health Res World*. 1998;22(1):38-43.
182. Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG. Outpatient management of patients with alcohol problems. *Annals of internal medicine*. 2000;133(10):815-827.
183. Jones AW. Evidence-based survey of the elimination rates of ethanol from blood with applications in forensic casework. *Forensic Science International*. 2010;200(1-3):1-20.

184. Cowan JM, Burris JM, Hughes JR, Cunningham MP. The Relationship of Normal Body Temperature, End-Expired Breath Temperature, and BAC/BrAC Ratio in 98 Physically Fit Human Test Subjects. *Journal of Analytical Toxicology*. 2010;34(5):238-242.
185. Jones AW, Andersson L. Comparison of ethanol concentrations in venous blood and end-expired breath during a controlled drinking study. *Forensic Science International*. 2003;132(1):18-25.
186. Muncie HL, Yasinian Y, Oge' L. Outpatient management of alcohol withdrawal syndrome. *Am Fam Physician*. 2013;88(9):589-595.
187. McMicken D, Liss JL. Alcohol-Related Seizures. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 2011;29(1):117-124.
188. Vaaramo K, Puljula J, Tetri S, Juvela S, Hillbom M. Predictors of new-onset seizures: a 10-year follow-up of head trauma subjects with and without traumatic brain injury. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2014;85(6):598-602.
189. Awissi DK, Lebrun G, Coursin DB, Riker RR, Skrobik Y. Alcohol withdrawal and delirium tremens in the critically ill: a systematic review and commentary. *Intensive care medicine*. 2013;39(1):16-30.
190. Eloma AS, Tucciarone JM, Hayes EM, Bronson BD. Evaluation of the appropriate use of a CIWA-Ar alcohol withdrawal protocol in the general hospital setting. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2018;44(4):418-425.
191. Waye C, Wong M, Lee S. Implementation of a CIWA-Ar alcohol withdrawal protocol in a veterans hospital. *Southern Medical Journal*. 2015;108(1):23-28.
192. Knight E, Lappalainen L. Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised might be an unreliable tool in the management of alcohol withdrawal. *Can Fam Physician*. 2017;63(9):691-695.
193. Markowitz JS, McRae AL, Sonne SC. Oral nutritional supplementation for the alcoholic patient: a brief overview. *Ann Clin Psychiatry*. 2000;12(3):153-158.
194. Ballenger JC, Post RM. Kindling as a model for alcohol withdrawal syndromes. *Brit J Psychiat*. 1978;133(JUL):1-14.
195. Bayard M, McIntyre J, Hill KR, Woodside J. Alcohol withdrawal syndrome. *Am Fam Physician*. 2004;69(6):1443-1450.
196. Samokhvalov Andriy V, Irving H, Mohapatra S, Rehm J. Alcohol consumption, unprovoked seizures, and epilepsy: A systematic review and meta-analysis. *Epilepsia*. 2010;51(7):1177-1184.
197. Mason BJ, Quello S, Shadan F. Gabapentin for the treatment of alcohol use disorder. *Expert Opin Inv Drugs*. 2018;27(1):113-124.
198. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Helping people change*. New York City, NY: Guilford Press; 2012.
199. Skinner W, Canadian Centre on Substance Use and Addiction (CCSA). *The Essentials of Motivational Interviewing*. Ottawa, Ontario 2017.
200. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Center for Substance Abuse Treatment. *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No.35. HHS Publication No. (SMA) 13-4212. Rockville, MD 2013.
201. Pikkarainen PH, Raiha NC. Development of alcohol dehydrogenase activity in the human liver. *Pediatr Res* 1967;1:165-8.

