



Editor-in-Chief / Rédacteur en chef

Timothy Rowe

CPL Editor / Rédactrice PPP

Vyta Senikas

Translator / Traducteur

Martin Pothier

Assistant Editor / Rédactrice adjointe

Jane Fairbanks

Editorial Assistant /

Adjointe à la rédaction

Daphne Sams

Editorial Office /

Bureau de la rédaction

Journal of Obstetrics and
Gynaecology Canada
Room D 405A
Women's Health Centre Building
4500 Oak Street
Vancouver BC V6H 3N1
editor@sogc.com
Tel: (604) 875-2424 ext. 5668
Fax: (604) 875-2590

The Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada (JOGC) is owned by the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC), published by the Canadian Psychiatric Association (CPA), and printed by Dollco Printing, Ottawa, ON.

Le Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada (JOGC), qui relève de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), est publié par l'Association des psychiatres du Canada (APC), et imprimé par Dollco Printing, Ottawa (Ontario).

Publications Mail Agreement no. 40026233. Return undeliverable Canadian copies and change of address notices to SOGC, JOGC Subscription Service, 780 Echo Dr., Ottawa ON K1S 5R7. USPS #021-912. USPS periodical postage paid at Champlain, NY, and additional locations. Return other undeliverable copies to International Media Services, 100 Walnut St., #3, PO Box 1518, Champlain NY 12919-1518.

Numéro de convention poste-publications 40026233. Retourner toutes les copies canadiennes non livrées et les avis de changement d'adresse à la SOGC, Service de l'abonnement au JOGC, 780, promenade Echo, Ottawa (Ontario), K1S 5R7. Numéro USPS 021-912. Frais postaux USPS au tarif des périodiques payés à Champlain (NY) et autres bureaux de poste. Retourner les autres copies non livrées à International Media Services, 100 Walnut St., #3, PO Box 1518, Champlain (NY) 12919-1518.

ISSN 1701-2163

Directive clinique de consensus sur la consommation d'alcool et la grossesse

La présente directive clinique a été analysée et approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Auteurs principaux

George Carson, MD, FRCSC, Regina (Sask.)
 Lori Vitale Cox, PhD, Elsipogtog (N.-B.)
 Joan Crane, MD, FRCSC, St. John's (T.-N.-L.)
 Pascal Croteau, MD, CCFP, Shawville (Québec)
 Lisa Graves, MD, CCFP, Montréal (Québec)
 Sandra Kluka, inf. aut., PhD, Winnipeg (Man.)
 Gideon Koren, MD, FRCPC, FACMT, Toronto (Ont.)
 Marie-Jocelyne Martel, MD, FRCSC, Saskatoon (Sask.)
 Deana Midmer, inf. aut., EdD, Toronto (Ont.)
 Irena Nulman, MD, FRCPC, Toronto (Ont.)
 Nancy Poole, MA, Victoria (C.-B.)
 Vyta Senikas, MD, FRCSC, MBA, Ottawa (Ont.)
 Rebecca Wood, sage-femme aut., Winnipeg (Man.)

Les recherches documentaires et le soutien bibliographique nécessaires aux fins de la rédaction de la présente directive clinique ont été assurés par Mme Becky Skidmore, analyste de recherche médicale, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Résumé

Objectif : Établir, en fonction des données les plus à jour, des normes de diligence nationales pour ce qui est du dépistage et de la consignation de la consommation d'alcool, ainsi que du counseling à offrir aux femmes en âge de procréer et enceintes en ce qui concerne la consommation d'alcool.

Résultats : La littérature publiée a été récupérée, en mai 2009, par l'intermédiaire de recherches menées dans PubMed, CINAHL et la Cochrane Library au moyen d'un vocabulaire contrôlé (p. ex. *pregnancy complications, alcohol drinking, prenatal care*) et de mots clés (p. ex. *pregnancy, alcohol consumption, risk reduction*) appropriés. Les résultats ont été restreints aux analyses systématiques, aux essais comparatifs randomisés / essais

Mots clés : Fetal alcohol syndrome, Fetal alcohol spectrum disorder, pregnancy, alcohol, teratogen

cliniques comparatifs et aux études observationnelles. Aucune restriction n'a été imposée quant à la langue. Les recherches ont été mises à jour de façon régulière et leurs résultats ont été incorporés à la directive clinique jusqu'en mai 2010.

La littérature grise (non publiée) a été identifiée par l'intermédiaire de recherches menées dans les sites Web d'organismes s'intéressant à l'évaluation des technologies dans le domaine de la santé et d'organismes connexes, dans des collections de directives cliniques, dans des registres d'essais cliniques et auprès de sociétés de spécialité médicale nationales et internationales.

Chacun des articles a été analysé afin d'en déterminer la pertinence et son texte intégral a été acquis, le cas échéant. Les résultats obtenus ont été analysés et évalués par les membres du groupe de travail spécialisé établi par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. La qualité des résultats a été évaluée et les recommandations ont été formulées conformément aux lignes directrices élaborées par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

Valeurs : La qualité des résultats a été évaluée au moyen des critères décrits par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (Tableau 1).

Commanditaires : Agence de la santé publique du Canada et Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Approbation : La présente directive clinique de consensus a été approuvée par l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec, la Fédération des femmes médecins du Canada, l'Association canadienne des sages-femmes, l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en périnatalité et en santé des femmes (CAPWHN) (anciennement connue sous le nom de AWHONN-Canada), le Collège des médecins de famille du Canada, la Société de la médecine rurale du Canada et Motherisk.

Déclarations sommaires

1. Nous disposons de données indiquant que la consommation d'alcool pendant la grossesse peut causer des torts au fœtus. (II-2) Nous ne disposons pas de données suffisantes pour affirmer que la consommation de faibles niveaux d'alcool pendant la grossesse s'avère sûre ou nocive pour le fœtus. (III)
2. Nous ne disposons pas de données suffisantes pour définir quelque seuil que ce soit pour ce qui est de la consommation de faibles niveaux d'alcool pendant la grossesse. (III)
3. L'abstinence constitue le choix prudent pour une femme enceinte ou qui pourrait le devenir. (III)
4. Des interventions intensives et adaptées sur les plans de la culture, du sexe et de la famille doivent être mises à la disposition des femmes qui connaissent une consommation problématique et/ou une dépendance à l'alcool. (II-2)

Ce document fait état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

Tableau 1 Critères d'évaluation des résultats et de classification des recommandations, fondés sur ceux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs*

Niveaux de résultats†	Catégories de recommandations‡
I : Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-1 : Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-2 : Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. Les données existantes sont contradictoires et ne permettent pas de formuler une recommandation pour ou contre l'usage de la mesure clinique de prévention; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.
II-3 : Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour déconseiller la mesure clinique de prévention. E. On dispose de données suffisantes pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
III : Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	L. Les données sont insuffisantes (d'un point de vue quantitatif ou qualitatif) et ne permettent pas de formuler une recommandation; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.

*Woolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, Eel W. Canadian Task Force on Preventive Health Care. « New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care », *Can Med Assoc J*, vol. 169, n° 3, 2003, p. 207–8.

†La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs .

‡Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventif .

Recommandations

- Le dépistage universel de la consommation d'alcool devrait être mis en œuvre périodiquement auprès de toutes les femmes enceintes et de toutes les femmes en âge de procréer. Idéalement, la consommation entraînant des risques pourrait être identifiée avant la grossesse, ce qui en permettrait la modification. (II-2B)
- Les fournisseurs de soins de santé devrait créer, pour leurs patientes, un milieu sûr favorisant le signalement de la consommation d'alcool. (III-A)
- Le public devrait être avisé que le dépistage de la consommation d'alcool et l'offre d'un soutien aux femmes exposées à des risques font partie des soins de santé qui sont systématiquement offerts aux femmes. (III-A)
- Les fournisseurs de soins de santé devraient prendre connaissance des facteurs de risque associés à la consommation d'alcool chez les femmes en âge de procréer. (III-B)
- Les interventions de courte durée sont efficaces et devraient être mises en œuvre par les fournisseurs de soins de santé auprès des femmes qui présentent une consommation risquée d'alcool. (II-2B)
- Lorsqu'une femme continue à consommer de l'alcool pendant la grossesse, la mise en œuvre de stratégies de réduction des torts / de traitement devrait être favorisée. (II-2B)
- Les femmes enceintes devraient se voir accorder un accès prioritaire aux services de prise en charge du sevrage et de traitement. (III-A)
- Les fournisseurs de soins de santé devraient aviser les femmes du fait qu'une faible consommation d'alcool aux débuts de la grossesse ne constitue pas une indication d'interruption de grossesse. (II-2A)

Introduction

La consommation de boissons alcoolisées par les Canadiennes est courante; elle procure du plaisir à bon nombre d'entre elles et s'avère problématique pour certaines d'entre elles. La nature et la gravité potentielle des problèmes s'accroissent lorsque cette consommation d'alcool se déroule pendant la grossesse. La présente directive clinique a pour but de fournir des fondements rationnels qui permettront aux professionnels de la santé d'évaluer et, au besoin, de conseiller et d'intervenir dans le domaine de la consommation d'alcool par des femmes enceintes ou en âge de procréer.

Il existe de nombreuses autres problématiques liées à l'alcool et à ses effets (dont les issues en matière de santé de la population, la consommation d'alcool par des enfants prépubères et la prise en charge des enfants et des adultes affectés par la consommation maternelle d'alcool) qui dépassent la portée de la présente directive clinique. Dans le cadre de la rédaction de la présente directive clinique, nous avons cherché à fournir des données permettant d'étayer l'exercice d'une pratique éclairée, y compris des interventions (au besoin) et du réconfort (lorsque cela s'avère approprié).

Nous avons tenté de réconcilier le souhait de formuler des énoncés simples et directs et un ensemble de données qui ne s'avèrent pas simples. L'affirmation attribuée à Einstein nous est venue à l'esprit : « Tout devrait être simplifié autant que possible, sans tomber dans la sursimplification ». La simplicité d'une recommandation ne traitant que de l'abstinence est attrayante. Toutefois, le concept de réduction du risque est crucial pour les femmes qui sont des buveuses et pour lesquelles l'abstinence ne peut être atteinte ou maintenue. La littérature comporte tant des efforts de recherche qui démontrent l'existence d'un seuil en deçà duquel on ne constate aucun risque accru de quelque issue indésirable que ce soit pouvant être attribuée à l'alcool que des articles affirmant qu'un tel seuil n'existe pas. La présente directive clinique doit servir à faciliter la reconnaissance et la réduction de la consommation problématique d'alcool, doit guider les fournisseurs des soins de santé qui cherchent à éliminer les torts pouvant être causés par l'alcool et doit fournir des conseils pouvant être transmis par les

fournisseurs des soins de santé aux femmes dont le niveau de consommation d'alcool est faible et qui souhaitent poursuivre une grossesse planifiée ou non planifiée. Ces femmes pourraient entretenir des préoccupations causées par la diffusion d'un message ne préconisant qu'une stricte abstinence.

Les membres du groupe de rédaction se sont fondés sur leurs convictions et leur jugement éclairé, lesquels ont été formés en partie par les soins que chacun d'eux offrent dans leurs sphères respectives et par les effets de la consommation d'alcool sur leurs patientes et les membres de leur famille qu'ils ont constatés de première main. Nous avons rédigé une déclaration de consensus visant à aider tous nos lecteurs à offrir des soins à toutes les personnes et à toutes les populations concernées.

ABRÉVIATIONS

AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
BMAST	<i>Brief Michigan Alcoholism Screening Test</i>
CAGE	<i>Cut-down, Annoy, Guilty, Eye-Opener</i>
CRAFFT	<i>Car, Relax, Alcohol, Forget, Friends, Trouble</i> (test de dépistage)
EEAG	Ester éthylique d'acide gras
EM	Entrevue motivationnelle
ETCAF	Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale
ETS	Évaluation des technologies dans le domaine de la santé
ICD	Intervention de courte durée
MAST	<i>Michigan Alcoholism Screening Test</i>
RCIU	Retard de croissance intra-utérin
SAF	Syndrome d'alcoolisation fœtale
SMAST	<i>Short Michigan Alcoholism Screening Test</i>
SNC	Système nerveux central
T-ACE	<i>Tolerance, Annoyed, Cut down, Eye-opener</i> (test de dépistage)
TLFB	Outil <i>Timeline Followback</i>
TNDLA	Trouble neurologique du développement lié à l'alcool
TWEAK	<i>Tolerance, Worry, Eye-opener, Amnesia, Cut down</i> (test de dépistage)

Définitions

L'établissement de définitions claires pour ce qui est de la consommation d'alcool, des profils y étant associés et des troubles liés à la consommation d'alcool s'avère essentiel aux fins de la présente directive clinique et de la pratique. L'alcool exerce ses effets en fonction de la quantité d'alcool consommée et non en fonction du type de boisson alcoolisée consommée. La standardisation de la consommation devrait être effectuée en fonction des quantités d'alcool absolu, le tout s'accompagnant de règles de conversion s'appliquant aux diverses boissons pouvant être consommées.

Teneur en alcool

La concentration de l'alcool que contient une boisson est habituellement présentée sous forme de pourcentage d'alcool par volume, soit une mesure standard de la quantité d'alcool (ethanol) que renferme une boisson alcoolisée. Les niveaux typiques d'alcool par volume sont les suivants :

Cidre	De 2 % à 8,5 %
Bière	De 2 % à 12 % (la plupart du temps de 4 % à 6 %)
Bières non alcoolisée / à faible teneur en alcool	De 0 % à 0,05 %
Panachés (<i>coolers</i>)	~ 7 %
Alcopops	De 4 % à 17,5 %
Vin	De 8 % à 14,5 %
Vins fortifiés (p. ex. sherry, porto)	De 17 % à 22 %
Liqueurs	De 5 % à 55 %
Spiritueux	
(p. ex. vodka, rhum, gin, whisky)	De 40 % à 50 %
Alcool absolu	> 99%

Verre standard

Les définitions de ce qui constitue un verre standard diffèrent d'un pays à l'autre. Au Canada, une portion standardisée de boisson alcoolisée contient 0,6 onces (17,7 ml) d'éthanol pur. Cela équivaut approximativement à la quantité d'éthanol que contient une portion de 12 onces de bière ordinaire (5 %), de cinq onces de vin (12 %) ou de 1,5 once (44,4 ml) d'un spiritueux à 40 % d'alcool par volume. Les femmes peuvent ne pas être fiables (ou présenter une fiabilité variable) dans le signalement de leur

consommation; ainsi, des efforts doivent être déployés en vue d'obtenir des descriptions des quantités standardisées.

Consommation ne s'accompagnant que d'un faible risque

La consommation ne s'accompagnant que d'un faible risque est définie, aux fins de la présente directive clinique, comme étant la consommation de deux verres standard au plus par jour, de neuf verres standard au plus par semaine pour ce qui est des femmes et de 14 verres standard par semaine pour ce qui est des hommes².

Ces lignes directrices quant à la consommation ne s'accompagnant que d'un faible risque ne s'appliquent pas aux personnes :

- qui sont enceintes, qui tentent de devenir enceintes ou qui allaitent;
- qui connaissent des problèmes de santé (comme une maladie hépatique ou mentale);
- qui prennent des médicaments (comme des sédatifs, des analgésiques ou des somnifères);
- qui présentent des antécédents personnels ou familiaux de problèmes d'alcool;
- qui présentent des antécédents familiaux de cancer ou d'autres facteurs de risque de cancer;
- qui doivent conduire des véhicules tels que des voitures, des camions, des motocyclettes, des bateaux, des motoneiges, des véhicules tout-terrain ou des bicyclettes;
- qui doivent demeurer alertes; par exemple, celles qui utilisent de la machinerie, de l'outillage agricole ou du matériel dangereux;
- qui pratiqueront des sports ou d'autres activités physiques où elles doivent être en maîtrise de leurs moyens;
- qui sont responsables de la sécurité d'autres personnes au travail ou à la maison;
- qui se voient aviser de ne pas consommer d'alcool pour des raisons légales, médicales ou autres.

Excès occasionnels d'alcool

Les excès occasionnels d'alcool sont définis comme la consommation d'alcool qui fait passer la concentration sanguine en alcool à environ 0,08 % ou au-delà. Cela correspond, chez une femme de taille moyenne, à la

consommation de quatre verres ou plus dans un délai d'environ deux heures. Cette définition est utilisée dans le *Behavior Risk Factor Surveillance Survey* annuel mené conformément aux directives des *Centers for Disease Control and Prevention*.³

Bien que les excès occasionnels d'alcool constituent un profil courant de consommation d'alcool chez les femmes en âge de procréer, il s'agit néanmoins d'un profil qui peut être associé à des effets fœtaux indésirables. Alledeck et coll.⁴ ont signalé que, à certains stades cruciaux de la formation des organes, les excès occasionnels d'alcool peuvent constituer un risque particulièrement élevé d'issues indésirables pour ce qui est du développement. Cette situation nous préoccupe puisque de nombreuses grossesses ne sont pas planifiées et que la grossesse peut en venir à connaître des complications à la suite d'un ou de plusieurs épisodes dans le cadre desquels quatre verres ou plus sont consommés avant que la patiente ne sache qu'elle est enceinte. Bien qu'il soit possible que les excès occasionnels d'alcool ne soient pas pris aussi au sérieux que la consommation abusive et persistante d'alcool, des effets indésirables peuvent néanmoins en venir à se manifester chez le fœtus. Le métabolisme de l'alcool est beaucoup plus lent chez le fœtus que chez la mère; ainsi, il est possible que l'on constate des niveaux plus élevés d'alcool pendant plus longtemps dans le sang fœtal que dans le sang maternel. Le risque que courent les fœtus des femmes qui, avant de savoir qu'elles étaient enceintes, ont connu un excès occasionnel d'alcool au cours du premier trimestre pourrait être relativement faible. Nulman et coll.⁵ se sont intéressés à la progéniture de femmes ne présentant pas de dépendance à l'alcool qui avaient connu de 1 à 5 épisodes d'excès occasionnels d'alcool au cours du premier trimestre. Ils ont constaté des différences comportementales chez les enfants d'âge préscolaire pour ce qui est de 3 des 9 échelles; ils n'ont toutefois constaté aucune différence en matière d'issues physiques, langagières ou cognitives.

Consommation excessive d'alcool ou consommation problématique / nocive d'alcool

La consommation excessive d'alcool est définie comme un profil de consommation qui en vient à nuire à la santé, aux relations interpersonnelles ou à la capacité de travailler. Parmi les manifestations de la consommation excessive d'alcool, on trouve⁶ :

- l'incapacité de s'acquitter de ses principales responsabilités au travail, à l'école ou à la maison;
- la consommation d'alcool dans des situations dangereuses, comme pendant la conduite d'une automobile ou l'utilisation de machinerie;

- les problèmes juridiques liés à l'alcool, comme le fait d'être arrêté pour ivresse au volant ou pour avoir causé, en état d'ébriété, des blessures physiques à quelqu'un;
- la poursuite de la consommation d'alcool, malgré la présence continue de problèmes relationnels causés ou aggravés par la consommation d'alcool.

La consommation excessive d'alcool peut, à long terme, se transformer en alcoolisme.

Dépendance à l'alcool

La dépendance à l'alcool (également connue sous le nom d'alcoolisme) est définie comme étant une maladie chronique caractérisée par les symptômes suivants⁶ :

- un intense désir irrésistible de consommer de l'alcool;
- la poursuite de la consommation d'alcool, malgré la présence répétée de problèmes physiques, psychologiques ou interpersonnels;
- l'incapacité de limiter la consommation;
- l'apparition d'un malaise physique à l'abandon de la consommation;
- le besoin de consommer des quantités croissantes d'alcool pour en ressentir les effets.

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

L'ETCAF est un terme général qui fait référence à la gamme des torts pouvant être causés par l'exposition prénatale. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un terme diagnostique, il fait néanmoins référence aux états diagnostiques apparaissant ci-dessous, tels qu'énoncés dans les lignes directrices canadiennes pour le diagnostic de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale⁷ :

SAF	Syndrome d'alcoolisation fœtale
SAFp	Syndrome d'alcoolisation fœtale partiel
TNDLA	Trouble neurologique du développement lié à l'alcool

Le diagnostic d'ETCAF est toujours lié à ce qui suit :

- Retard de croissance
- Dysmorphologie faciale
- Dysfonctionnement du SNC / lésion cérébrale
- Exposition prénatale à l'alcool

Les critères diagnostiques précis apparaissent à l'annexe.

RÉFÉRENCES

1. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits : points saillants*, Ottawa, ON : CCSA, 2004.
2. Centre de toxicomanie et de santé mentale. Directives de consommation à faible risque. Disponible à : http://camh.net/fr/About_Addiction_Mental_Health/Drug_and_Addiction_Information/low_risk_drinking_guidelines_fr.html. Consulté en décembre 2009.

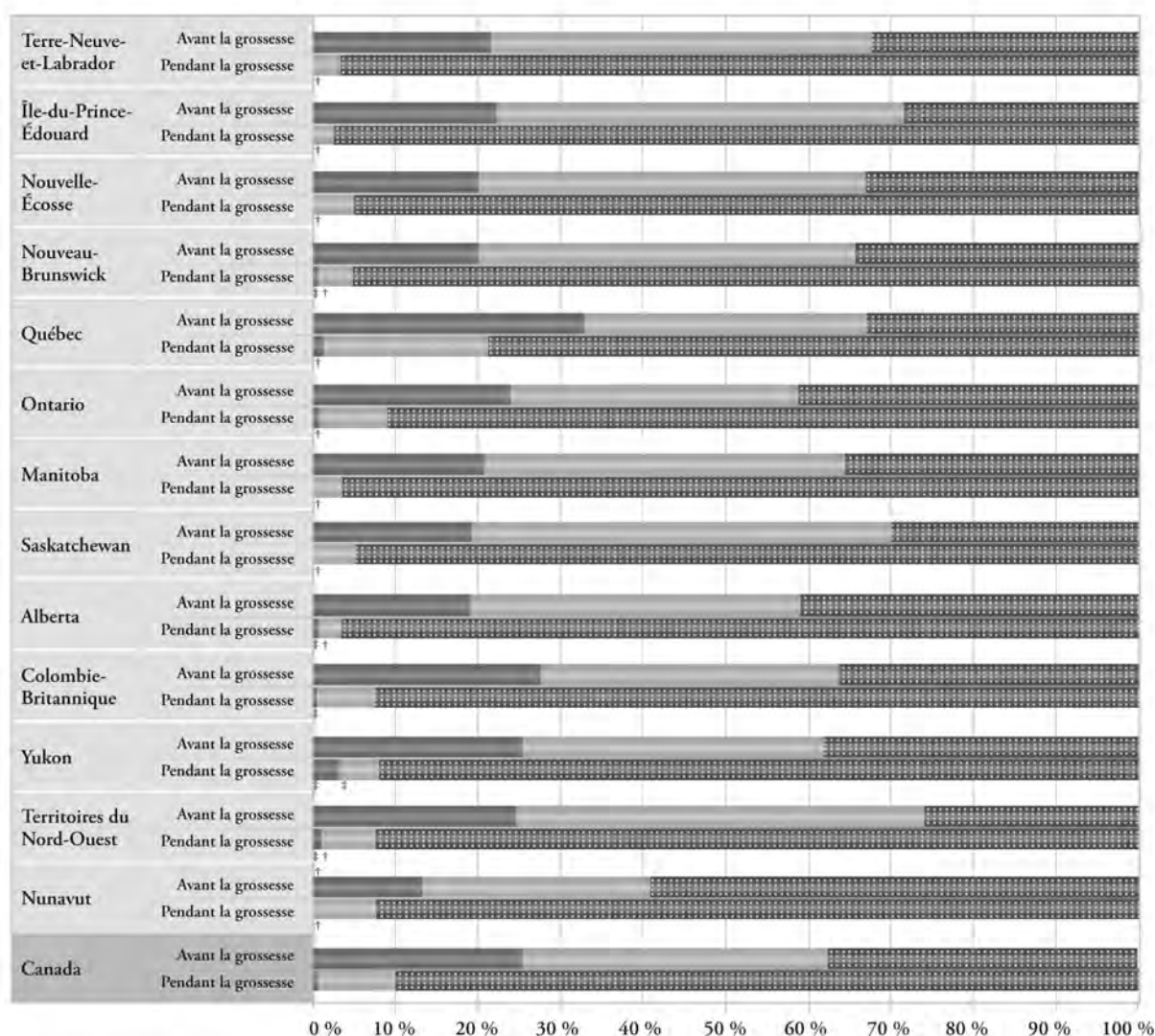
3. The National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism. « NIAAA Council approves definition of binge drinking », *NIAAA Newsletter*, vol. 3, 2004, p. 3. Disponible à : <http://www.cdc.gov/alcohol/faqs.htm>. Consulté en décembre 2009.
4. Alledeck P, Olsen J. « Alcohol and fetal damage », *Alcohol Clin Exp Res*, vol. 22, n° 7 (suppl.), 1998, p. 329S–332S.
5. Nulman I, Rovet J, Kennedy D, Wasson C, Gladstone J, Fried S, et coll. « Binge alcohol consumption by non-alcohol dependent women during pregnancy affects child behaviour, but not general intellectual functioning: a prospective controlled study », *Arch Women's Ment Health*, vol. 7, 2004, p. 173–81.
6. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. (DSM-IV)*, Washington, DC : APA; 1994.
7. Chudley AE, Conry J, Cook JL, Looock C, Rosales T, LeBlanc N. « Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale : lignes directrices canadiennes concernant le diagnostic », *CMAJ*, vol. 172, n° 5 (suppl.), 2005, p. S2–S21.

Incidence et prévalence de la consommation d'alcool

La présente section offre des renseignements sur l'incidence de la consommation d'alcool chez les femmes enceintes et chez celles qui ne le sont pas, ainsi que sur les niveaux de consommation pouvant être associés à des effets

indésirables sur le fœtus. Elle offre également des renseignements sur la prévalence de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF), soit les pathologies auxquelles peut donner lieu l'exposition prénatale à l'alcool.

Figure 1 Distribution de la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse, par province / territoire, Canada, 2006-2007



■ Consommation fréquente (Une fois par semaine ou plus, y compris tous les jours)
 ■ Consommation peu fréquente (De deux à trois fois par mois ou moins)
 ■ Absence de consommation

* « Avant la grossesse » fait référence aux trois mois précédant la grossesse.

† Coefficient de variation se situant entre 16,6 % et 33,3 %.

‡ Estimation fondée sur un numérateur non pondéré se situant entre 1 et 4, le tout s'accompagnant d'un coefficient de variation ≥ 16,6 %.

Figure 2 Pourcentage de ceux qui ont consommé 5 verres ou plus par occasion au moins 12 fois par année, par groupe d'âge et par sexe, population à domicile âgée de 12 ans ou plus, Canada, 2008⁷

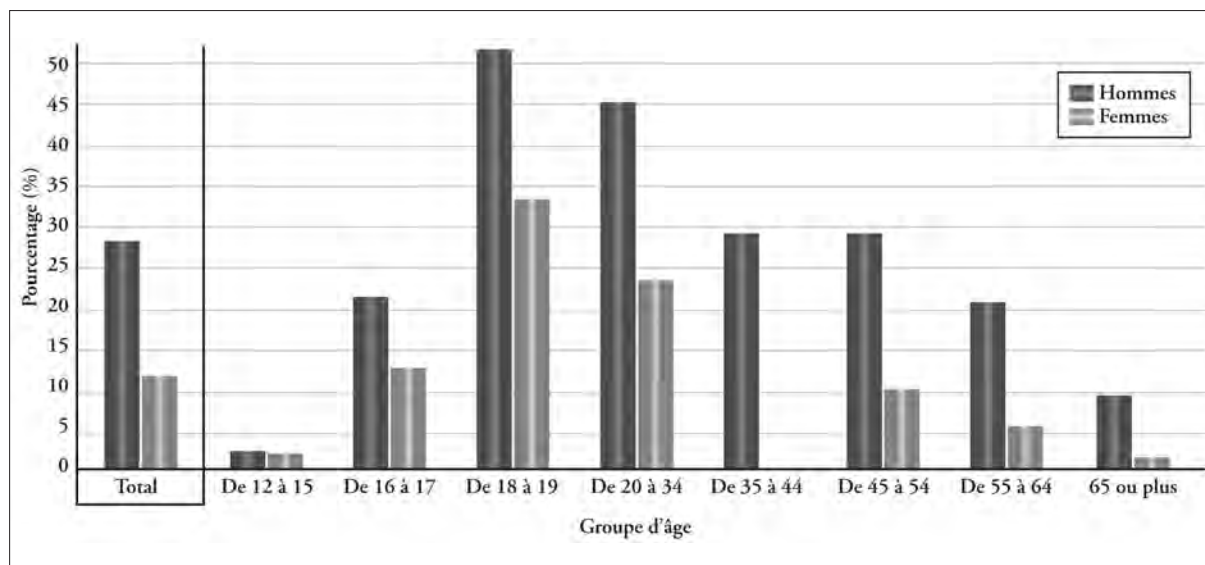
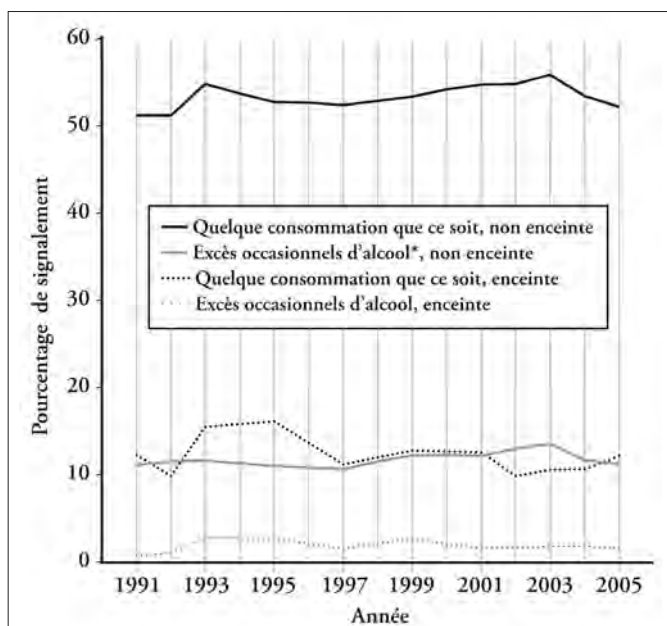


Figure 3 Consommation d'alcool chez les femmes de 18-44 ans, 1991-2005



*Les excès occasionnels d'alcool sont définis comme le fait de consommer cinq verres ou plus à au moins une occasion au cours des 30 derniers jours.

Consommation d'alcool

La majorité des Canadiennes consomment de l'alcool. L'Enquête sur les toxicomanies au Canada de 2004 a indiqué que 76,8 % des Canadiennes de plus de 15 ans ont signalé avoir consommé de l'alcool au cours de la période de 12 mois précédente¹. Parmi les femmes sondées, 32,8 % ont signalé avoir consommé de l'alcool au moins une fois par semaine (dans la plupart des cas à des niveaux ne

s'accompagnant que de faibles risques) et 17,0 % ont signalé avoir consommé de l'alcool de façon excessive au moins une fois par mois². Une enquête menée dans l'Ouest canadien a indiqué des niveaux d'excès occasionnels d'alcool atteignant pas moins de 32 % chez les femmes n'étant pas enceintes³.

Consommation d'alcool au cours de la préconception et de la grossesse

Le Rapport sur la santé de la mère et de l'enfant au Canada de 2005 a constaté que près de 14 % des femmes enceintes signalaient consommer de l'alcool pendant la grossesse⁴. Les données issues de l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité de 2009 ont indiqué que 62,4 % des femmes signalaient consommer de l'alcool au cours des trois mois précédant la grossesse; toutefois, seulement 10,5 % des femmes sondées ont signalé avoir consommé de l'alcool pendant la grossesse; 0,7 % de ces femmes consommaient fréquemment et 9,7 %, peu fréquemment (Figure 1)⁵. Onze pour cent des femmes ont signalé avoir connu des excès occasionnels d'alcool avant de savoir qu'elles étaient enceintes.

Parmi les femmes les plus susceptibles de passer inaperçues et de ne pas être identifiées comme consommatrices d'alcool pendant la grossesse, on trouve les femmes de plus de 35 ans, les buveuses mondaines, les femmes qui ont une scolarité élevée, les femmes qui présentent des antécédents de sévices sexuels et psychologiques, et les femmes dont le statut socioéconomique est élevé⁴.

Ethen et coll. ont signalé que, dans le cadre d'un important sondage téléphonique américain visant les nouvelles mères,

30,3 % des femmes sondées avaient consommé de l'alcool à un certain moment pendant la grossesse, 8,3 % desquelles ayant signalé des excès occasionnels d'alcool. Les taux de consommation d'alcool ont connu une baisse considérable à la suite du premier mois de la grossesse (au cours duquel 22,5 % des femmes ont signalé avoir consommé de l'alcool); 2,7 % des femmes ont signalé avoir consommé de l'alcool au cours de tous les trimestres de la grossesse et 7,9 % ont signalé avoir consommé de l'alcool au cours du troisième trimestre. La présence d'excès occasionnels d'alcool prégrossesses constituait un fort facteur prédictif de la consommation d'alcool et du fait de connaître des excès occasionnels d'alcool pendant la grossesse. Parmi les autres caractéristiques associées à toute consommation d'alcool et au fait de connaître des excès occasionnels d'alcool pendant la grossesse, on trouvait le fait d'être de race blanche / d'ethnicité non hispanique, le tabagisme pendant la grossesse et le fait de connaître une grossesse non planifiée⁶.

Des données issues de Statistique Canada sur la fréquence de la consommation d'alcool par les hommes et les femmes apparaissent à la Figure 27.

Des données américaines issues de *Behavioral Risk Factor Surveillance* (1991–2005) décrivent la fréquence de la consommation (quelle qu'elle soit) et des excès occasionnels d'alcool chez les femmes en âge de procréer et chez les femmes enceintes. Ces données apparaissent à la Figure 3⁸.

Effets de l'alcool

L'incidence du SAF est estimée à de 1 à 3 par 1 000 naissances⁹. On estime que l'ETCAF affecte près de 1 % de la population

ou 10 par 1 000. Des études menées dans certaines communautés au Canada indiquent des taux de prévalence atteignant pas moins de 190 par 1 000 naissances vivantes⁹.

RÉFÉRENCES

1. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits : points saillants*, Ottawa : Santé Canada, 2004.
2. Adlaf EM, Begin P, Sawka E, éd. *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) 2005 : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits : rapport détaillé*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2005.
3. Tough S, Tofflemire K, Clarke M, Newburn-Cook C. « Do women change their drinking behaviors while trying to conceive? An opportunity for preconception counseling », *Clin Med Res*, vol. 4, 2006, p. 97–105.
4. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). *Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Rapport sur la santé de la mère et de l'enfant au Canada*, Ottawa : ASPC; 2005. Disponible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/whd05-eng.php>. Consulté en décembre 2009.
5. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). *Paroles de mères : L'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*, Ottawa : ASPC; 2009. Disponible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/survey-eng.php>. Consulté en décembre 2009.
6. Ethen MK, Ramadhani TA, Scheuerle AE, Canfield MA, Wyszynski DF, Drushel CM, et coll. National Birth Defects Prevention Study. « Alcohol consumption by women before and during pregnancy », *Matern Child Health J*, vol. 13, 2009, p. 274–85.
7. Statistique Canada. « Chart 1—Percentage who consumed 5 or more drinks per occasion at least 12 times a year, by age group and sex, household population aged 12 or older, Canada, 2008 ». Disponible à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-265-x/2010001/article/des/11103-01-desc-eng.htm>. Consulté en décembre 2009.
8. *MMWR Weekly*, « Alcohol use among pregnant and nonpregnant women of childbearing age—United States, 1991–2005 », vol. 58, n° 9, 22 mai 2009, p. 529–32. Disponible à : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5819a4.htm>. Consulté en décembre 2009.
9. Robinson GC, Conry JL, Conry RF. « Clinical profile and prevalence of fetal alcohol syndrome in an isolated community in British Columbia », *CMAJ*, vol. 137, 1987, 203–7.

Pourquoi la consommation d'alcool constitue-t-elle un problème et pourquoi une directive clinique s'avère-t-elle requise?

La consommation problématique d'alcool par les femmes en âge de procréer peut exercer des effets négatifs sur la santé tant maternelle qu'infantile. Le potentiel tératogène de l'alcool est reconnu. Nous disposons de bonnes données indiquant que les enfants et les jeunes aux prises avec l'ETCAF présentent des issues de santé et de qualité de vie considérablement plus faibles que celles que présentent les enfants et les jeunes issus de la population générale canadienne¹. Les enfants aux prises avec l'ETCAF sont en proie à la dépression et à l'anxiété, et connaissent des difficultés pour ce qui est des relations et des interactions sociales². Les coûts directs tangibles à vie par personne liés à la santé, à l'éducation et aux services sociaux au Canada ont été estimés à 1,4 million de dollars².

Consommation d'alcool entraînant des risques élevés pendant la grossesse

Des données indiquent clairement que l'exposition à l'alcool à des niveaux liés à des risques élevés peut donner lieu à des anomalies caractéristiques du développement, dont des effets sur le développement neurologique. Jacobsen et coll.^{3,4} ont démontré que la quantité d'alcool consommée était directement liée à des anomalies cognitives chez un groupe de nouveau-nés exposés à l'alcool dont les mères avaient consommé plus de 0,04 onces d'alcool absolu par jour. De récentes recherches indiquent un effet sur l'axe HHS (hypothalamo-hypophysio-surrénalien) en matière de production de cortisol^{5,6}. Les effets peuvent varier pour des raisons telles que la quantité et/ou le profil de la consommation d'alcool et la capacité génétique maternelle de métaboliser l'alcool. Aucun test ne permet de prédire le degré de risque d'issue fœtale indésirable auquel une femme peut être exposée.

Consommation de faible niveau

Les effets de la consommation d'alcool à faible dose sur la grossesse et les issues fœtales sont toujours à l'étude. Une analyse systématique de la littérature menée par Henderson et coll. sur les effets de la consommation d'alcool n'entraînant que de faibles risques (telle que définie dans le

Tableau 2 Issues à la suite de la consommation de faibles niveaux d'alcool⁷

Issue	Nombre d'études	Nombre de femmes	Résultats (rapports de cotes, dans la mesure du possible)
Avortement spontané	8	115 958	Varié RC = 0,8 – 3,79 2 études sur 8 ont constaté des hausses significatives
Mortinaissance	5	56 110	3 études sur 5 ont constaté des taux accrus chez les abstinentes
Retard de croissance	7	129 439	1 étude sur 7 a constaté une association positive avec le RCIU
Poids de naissance	19	175 882	1 étude sur 19 a constaté une hausse significative du taux de faible poids de naissance
Travail préterme	16	178 639	15 études sur 16 ont constaté une absence d'effet ou une baisse du taux de prématurité
Malformations	6	57 798	1 étude sur 6 a constaté une association significative avec les malformations

Tableau 3 Scores *Mental Development Index*, par comparaison avec les abstinentes⁸

Âge	< 1 verre/jour	1 – 1,99 verre/jour	≥ 2 verres/jour
De 6 à 8 mois	NS	NS	NS
De 12 à 13 mois	Inférieur	Inférieur	Inférieur
De 12 à 13 mois, corrigé en fonction de covariables*	NS	NS	Inférieur
De 18 à 26 mois	Supérieur (favorable)	NS	NS

NS : Aucune différence significative. Les autres sont significatifs dans la direction indiquée.

*Il existe des facteurs confusionnels (dont le tabagisme, la consommation de drogues et l'éducation) et les données disponibles en tiennent compte dans les études portant sur les enfants de 12 à 13 mois.

Tableau 4 Résultats de l'analyse systématique mené par le *Swedish Public Health Institute*⁹

Pays de l'étude	Nombre d'enfants	Âge des enfants	Critère(s) d'évaluation	Effet de l'alcool?
Enfants d'âge préscolaire (de 3 à 5 ans)				
États-Unis	128	4 ans	Attention ciblée; réactions positives aux parents	OUI Moins attentifs; « épisodes d'attention les plus prolongés » plus courts
Danemark	251	42 mois	Développement, test Griffiths	NON Scores n'indiquant aucune différence statistique
Angleterre	9 086	47 mois	SDQ	OUI, mais* plus de problèmes chez les filles
Enfants de 6 à 12 ans				
Danemark	4 968	De 10 à 12 ans	Inattention et hyperactivité	NON dans toutes les cohortes
Finlande	8 525	De 7 à 8 ans		
Angleterre	8 046	81 mois (SDQ par les parents) De 93 à 102 mois (SDQ par les enseignants)	SDQ visant les problèmes comportementaux et affectifs	OUI, mais* problèmes de santé mentale chez les filles à < 1 verre/semaine
Enfants d'âge scolaire (de 13 à 16 ans)				
Australie	5 139	14 ans	Attention, apprentissage, capacité intellectuelle	NON
Danemark	11 148	15 ans	Inattention et hyperactivité	NON
Finlande	7 844			Toutes les cohortes
États-Unis	410	14 ans	Attention, mémoire à court terme	OUI

*Score élevé (issue aggravée) à 1 verre/semaine et non à des niveaux de consommation supérieurs; effet seulement chez les filles

SDQ: *Strengths and Difficulties Questionnaire*

présent document) n'a constaté que peu ou pas d'effets sur des issues de naissance telles que le RCIU, l'avortement spontané, le travail préterme, les malformations macroscopiques, etc.⁷ (Tableau 2). Une méta-analyse du développement infantile jusqu'à l'âge de 26 mois indique des résultats variables s'accompagnant de multiples facteurs confusionnels tels que le tabagisme, l'utilisation d'autres drogues et l'éducation⁸ (Tableau 3). Une récente analyse systématique suédoise de la littérature portant sur le développement cognitif, de santé mentale et socio-affectif d'enfants de 3 à 16 ans a constaté certains résultats indiquant l'existence possible de subtils effets cognitifs et comportementaux à long terme; ses auteurs en sont venus à la conclusion que l'abstinence constituait le choix le plus prudent pendant la grossesse, et ce, en raison de l'absence de données indiquant clairement l'existence d'un seuil de consommation pour ce qui est des torts pouvant être attribués à l'alcool⁹ (Tableau 4).

Le dépistage des femmes en âge de procréer et des femmes enceintes et le fait de consigner leur consommation d'alcool

constituent un processus pratique permettant d'identifier et d'évaluer les femmes exposées à des risques et d'identifier les nouveau-nés ayant potentiellement été exposés. Dans le cadre d'une étude ayant recueilli des renseignements auprès de professionnels de la santé canadiens, la majorité d'entre eux (93,6 %) ont signalé qu'ils discutaient systématiquement avec leurs patientes enceintes de leurs profils actuels de consommation d'alcool. Cependant, seulement 62 % d'entre eux ont signalé utiliser un outil de dépistage standardisé¹⁰⁻¹². Pour que l'on puisse offrir du counseling, du soutien et un traitement de façon efficace aux femmes qui consomment de l'alcool à des niveaux pouvant compromettre leur santé ou celle de leurs enfants, la consommation maternelle d'alcool doit être identifiée. Il s'avère nécessaire de poser des questions sur la consommation pendant la grossesse afin de recueillir des renseignements précis et fiables qui mèneront à la mise en œuvre d'un programme d'intervention approprié, ainsi qu'au diagnostic précoce des nouveau-nés affectés par une exposition prénatale à l'alcool.

Déclarations sommaires

1. Nous disposons de données indiquant que la consommation d'alcool pendant la grossesse peut causer des torts au fœtus. (II-2) Nous ne disposons pas de données suffisantes pour affirmer que la consommation de faibles niveaux d'alcool pendant la grossesse s'avère sûre ou nocive pour le fœtus. (III)
2. Nous ne disposons pas de données suffisantes pour définir quelque seuil que ce soit pour ce qui est de la consommation de faibles niveaux d'alcool pendant la grossesse. (III)
3. L'abstinence constitue le choix prudent pour une femme enceinte ou qui pourrait le devenir. (III)

RÉFÉRENCES

1. Stade BC, Stevens B, Ungar WI, Beyene J, Koren G. « Health-related quality of life of Canadian children and youth prenatally exposed to alcohol », *Health Qual Life Outcomes*, vol. 4, n° 81, 2006, doc10.1186 1477-7525-4-81.
2. Square D. « Fetal alcohol syndrome epidemic on Manitoba reserve », *CMAJ*, vol. 157, n° 1, 1997, p. 59–60.
3. Jacobson JL, Jacobson SW. « Prenatal alcohol exposure and neurobehavioral development: where is the threshold? », *Alcohol Health Res World*, vol. 18, 1994, p. 30–6.
4. Jacobson JL, Jacobson SW. « Drinking moderately and pregnancy. Effects on child development », *Alcohol Res Health*, vol. 23, 1999, p. 25–3.
5. Glava MM, Ellis L, Yu WK, Weinberg J. « Effects of prenatal ethanol exposure on basal limbic-hypothalamic-pituitary-adrenal regulation: role of corticosterone », *Alcohol Clin Exp Res*, vol. 31, 2007, p. 1598–610.
6. Hellemans KG, Verma P, Yoon E, Yu W, Weinberg J. « Prenatal alcohol exposure increases vulnerability to stress and anxiety-like disorders in adulthood », *Ann N Y Acad Sci*, vol. 1144, 2008, p. 154–75.
7. Henderson J, Gray R, Brocklehurst P. « Systematic review of effects of low-moderate prenatal alcohol exposure on pregnancy outcome », *BJOG*, vol. 114, n° 3, 2007, p. 243–52.
8. Testa M, Quigley BM, Eiden RD. « The effects of prenatal alcohol exposure on infant mental development: a meta-analytical review », *Alcohol*, vol. 38, n° 4, 2003, p. 295–304.
9. The Swedish National Institute of Public Health. *Low dose alcohol exposure during pregnancy—does it harm? A systematic literature review*, Stockholm : Stromberg; 2009. Disponible à : <http://www.fhi.se/en/Publications/All-publications-in-english/Low-dose-alcohol-exposure-during—pregnancy-does-it-harm>. Consulté en novembre 2009 et en janvier 2010.
10. Nevin AC, Christopher P, Nulman I, Koren G, Einarson A. « A survey of physician's knowledge regarding awareness of maternal alcohol use and the diagnosis of FAS », *BMC Fam Pract*, vol. 3, 2002, p. 2.
11. Tough SC, Ediger K, Hicks M, Clarke M. « Rural-urban differences in provider practice related to preconception counselling and fetal alcohol spectrum disorders », *Can J Rural Med*, vol. 13, n° 4, 2008, p. 180–8.
12. Tough SC, Clarke M, Hicks M, Cook J. « Pre-conception practices among family physicians and obstetrician-gynaecologists: results from a national survey », *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 28, 2006, p. 780–8.

Grossesse planifiée ou non planifiée

La grossesse non planifiée est un phénomène courant. Près de la moitié de toutes les grossesses ne sont pas planifiées et près de la moitié de celles-ci surviennent chez des femmes utilisant un mode de contraception réversible¹⁻³. Le taux de grossesse non planifiée varie selon l'âge maternel, les taux les plus élevés étant constatés chez les femmes de 15 à 19 ans (82 % de toutes les grossesses au sein de ce groupe d'âge) et les taux les moins élevés, chez les femmes de 35 à 39 ans (29 % de toutes les grossesses au sein de ce groupe d'âge)². En raison du taux élevé de grossesse non planifiée et de la fréquence de la consommation d'alcool chez les femmes en âge de procréer, la prise en considération des effets de la consommation d'alcool pendant la grossesse devrait faire partie des soins offerts à toutes les femmes en âge de procréer. Le taux le plus élevé de grossesse non planifiée est constaté chez les femmes du groupe d'âge étant exposé au risque le plus élevé d'excès occasionnels d'alcool (de 15 à 19 ans)⁴. Ces taux élevés de grossesse non planifiée illustre la nécessité de la mise en œuvre d'une contraception fiable afin d'éviter la grossesse non planifiée et ses conséquences.

L'efficacité globale de la contraception est liée tant à l'efficacité inhérente du mode de contraception qu'à son utilisation correcte et systématique⁴. Les modes de contraception permanents tels que la stérilisation sont très efficaces et pratiquement non affectés par les caractéristiques de l'utilisatrice. Les modes de contraception non permanents (comme les condoms) sont efficaces lorsqu'on les utilise de façon correcte et systématique; cependant, leur efficacité globale dépend de l'utilisatrice⁵. L'étude canadienne sur la contraception a constaté que de nombreuses femmes

connaissent mal la gamme des options contraceptives efficaces disponibles et que bon nombre de ces femmes utilisent des modes de contraception peu fiables, comme le retrait. L'étude en sont venus à la conclusion que le counseling sur la contraception pourrait être amélioré par la sensibilisation des patientes et que les fournisseurs de soins de santé et le personnel de santé publique participant à l'offre de renseignements sur la contraception pourraient élargir leur efforts de counseling⁶. La recherche a indiqué qu'une brève intervention motivationnelle auprès des femmes en âge de procréer n'étant pas enceintes peut non seulement atténuer les comportements risqués de consommation d'alcool, mais également accroître l'utilisation d'une contraception efficace⁷.

RÉFÉRENCES

1. Ziemann M. *Overview of contraception*, version 17.2. UpToDate, 1^{er} juin 2009. Disponible à : <http://www.uptodate.com>. Consulté le 17 novembre 2009.
2. Finer LB, Henshaw SK. « Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001 », *Perspect Sex Reprod Health*, vol. 38, 2006, p. 90-6.
3. Kost K, Singh S, Vaughan B, Trussell J, Bankole A. « Estimates of contraceptive failure from the 2002 National Survey of Family Growth », *Contraception*, vol. 77, 2008, p. 10-21.
4. Ahmad N, Flight F, Singh VAS, Poole N, Dell CA. « Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Tendances selon le sexe », Ottawa : Santé Canada, 2008, Tableau 3.5, p. 29.
5. Black A, Francoeur D, Rowe T, Collins J, Miller D, Brown T et coll. « Consensus canadien sur la contraception », *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 26, 2004, p. 143-56, 158-74.
6. Fisher W, Boroditsky R, Morris B. « The 2002 Canadian Contraception Study: Part 1 », *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 26, 2004, p. 580-90.
7. Floyd RL, Sobell M, Velasquez MM, Ingersoll K, Nettleman M, Sobell L et coll. for the Project CHOCES Efficacy Study Group. « Preventing alcohol-exposed pregnancies: a randomized controlled trial », *Am J Prevent Med*, vol. 32, 2007, p. 1-10.

Identification, dépistage et documentation

Le dépistage des femmes en âge de procréer et des femmes enceintes et la consignation de leur consommation d'alcool constituent un processus pratique permettant d'identifier et d'évaluer les femmes exposées à des risques, et d'identifier les nouveau-nés potentiellement exposés. Il est important d'établir une distinction entre la consommation d'alcool pendant la grossesse et la dépendance à l'alcool pendant la grossesse. Les trois niveaux de dépistage suivants (Figure 4) sont des étapes successives au sein d'une approche structurée envers le dépistage :

- Le dépistage de niveau I met en jeu des approches fondées sur la pratique (comme l'entrevue motivationnelle et le dialogue de soutien) pouvant être utilisées par les fournisseurs de soins de santé dans le cadre de leurs conversations avec leurs patientes au sujet de la consommation d'alcool.
- Le dépistage de niveau II met en jeu un certain nombre de questionnaires structurés pouvant être utilisés dans le cadre du questionnement dirigé (TLFB) ou du dépistage indirect ou masqué (AUDIT, BMAST/SMASST, CAGE, CRAFFT, T-ACE [Figure 5], TWEAK [Figure 6]).
- Le dépistage de niveau III met en jeu des outils de laboratoire pouvant être utilisés pour confirmer la présence d'une drogue et son niveau d'exposition, ainsi que pour déterminer la présence de multiples drogues.

La fréquence de la consommation et la quantité d'alcool consommée devraient être consignées dans le dossier de la patiente de façon systématique et non seulement en relation avec la grossesse. Ces renseignements devraient être transmis aux fournisseurs de soins de santé appropriés et aux dossiers médicaux afin d'assurer le continuum de soins.

Dépistage maternel visant l'alcool

Les lignes directrices canadiennes sur le diagnostic de l'ETCAF recommandent le dépistage de la consommation d'alcool chez toutes les femmes enceintes et en postpartum¹. Un tel dépistage peut entraîner l'amélioration des issues de santé maternelles–infantiles par

- l'identification précoce et l'atténuation de la consommation problématique d'alcool par la mère,
- l'identification précoce des nouveau-nés exposés,
- le diagnostic précoce de l'ETCAF.

Le dépistage périodique de toutes les femmes en âge de procréer est recommandé. Le dépistage de la consommation d'alcool par la mère et sa consignation par les fournisseurs de soins de santé pourraient mener à une baisse du nombre des invalidités primaires liées à l'ETCAF, ainsi qu'à une baisse du nombre des invalidités secondaires souvent liées à l'ETCAF en l'absence de diagnostic et d'interventions appropriées. Plus une femme peut cesser de consommer de l'alcool tôt pendant la grossesse, plus les issues s'en trouvent améliorées; plus l'enfant affecté est identifié jeune, plus la fréquence des invalidités secondaires est faible².

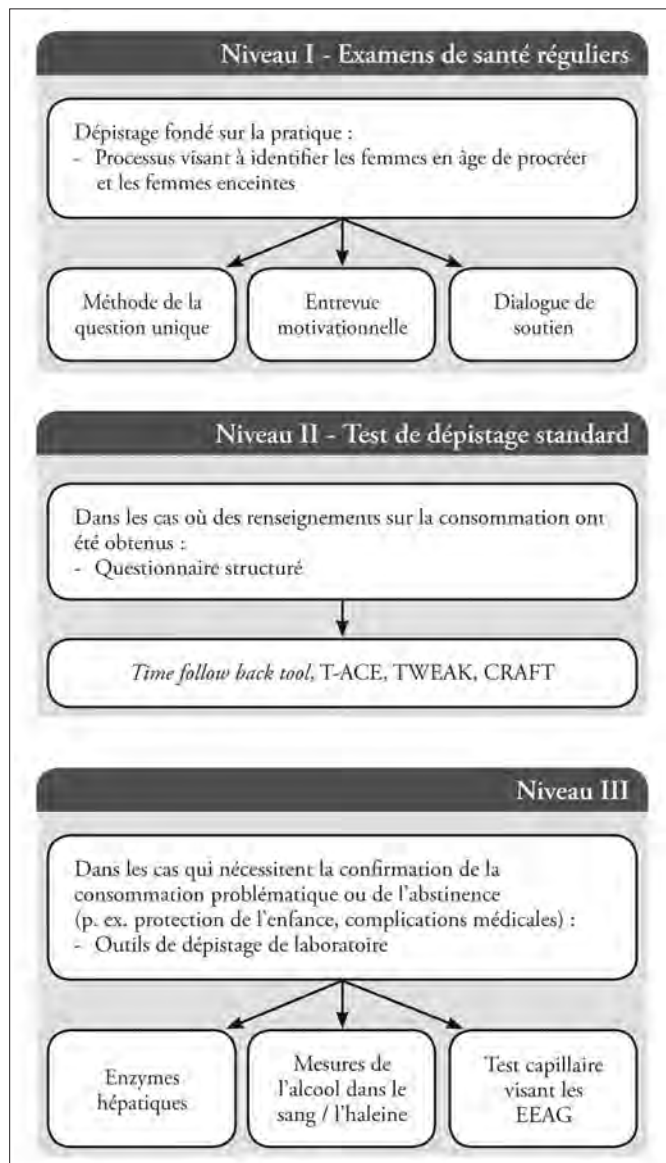
Dépistage de niveau I—dépistage fondé sur la pratique

De récents sondages menés auprès des professionnels de la santé indiquent que, pour certains cliniciens, la pose de questions au sujet de la consommation d'alcool engendre un certain malaise^{3,4}. Il est possible qu'ils évitent tout bonnement le sujet de la consommation d'alcool parce qu'ils ne savent pas comment identifier les femmes qui consomment de l'alcool à des niveaux entraînant des risques sans embarrasser ou offenser les femmes qui n'en consomment pas. Il est également possible que d'autres cliniciens ne disposent pas de connaissances suffisantes au sujet des services de counseling et de traitement de l'alcoolisme qui sont disponibles ou qu'ils pratiquent dans des régions ne disposant tout simplement pas de services adéquats. Certains autres cliniciens peuvent également hésiter à procéder au dépistage en raison d'un manque de temps ou du fait que le dépistage de la consommation d'alcool peut leur sembler hors de leur sphère de compétence.

Il a été démontré que la pose d'une ou deux questions sur la consommation d'alcool au cours de la consultation constituait une façon efficace de dépister les femmes en identifiant celles qui consomment de l'alcool et qui nécessitent de la sensibilisation ou une intervention^{5,6}.

Pour le praticien qui choisit d'utiliser la méthode de la question unique, les questions suivantes sont celles dont l'efficacité a été reconnue pour ce qui est de l'établissement de bonnes relations et du lancement d'une discussion au sujet de la consommation d'alcool :

Figure 4 Arbre de décision



- À quand remonte votre dernière consommation d'alcool?
- Vous arrive-t-il de prendre un verre ou deux?
- Prenez-vous parfois de la bière, du vin ou d'autres boissons alcoolisées?
- Vous arrive-t-il de prendre de l'alcool?
- Au cours du mois dernier ou des deux derniers mois, vous est-il arrivé de prendre un verre ou deux?

Lorsqu'une femme indique qu'elle ne consomme pas d'alcool, l'octroi d'un renforcement positif s'avère bénéfique. La recherche indique qu'il s'avère utile de fournir des dépliants et d'autres renseignements au sujet de l'adoption d'un mode de vie sain pendant la grossesse qui offrent des détails sur l'abstinence face à l'alcool et les effets

de l'alcool sur le fœtus^{7,8}. Les documents écrits offerts doivent avoir été rédigés de façon respectueuse sur les plans linguistique et culturel.

La recherche a démontré que de brèves interventions peuvent être très utiles pour ce qui est d'aider une femme enceinte qui boit des quantités d'alcool allant de légères à modérées à réduire son apport en alcool pendant la grossesse. Les interventions de courte durée sont rentables et peuvent être mises en œuvre dans une variété de milieux cliniques. Elles comptent 4 composantes : (1) évaluation et commentaires émis directement à la suite de l'évaluation; (2) détermination des objectifs par la mise en œuvre de contrats; (3) renforcement positif; et (4) sensibilisation par l'intermédiaire de dépliants et de prospectus d'auto-assistance⁹.

Entrevue motivationnelle

L'entrevue motivationnelle est un modèle relationnel qui est fondé sur la collaboration entre le professionnel de la santé et la patiente qui le consulte¹⁰. Les femmes qui présentent une dépendance à l'alcool peuvent être plus réticentes au changement et devraient être orientées vers les services de conseillers pouvant vouer le temps requis à l'établissement d'une relation de collaboration.

Dialogue de soutien

Il a été démontré que l'adoption d'une approche axée sur la patiente s'avère efficace pour ce qui est d'éveiller l'intérêt de la patiente en ce qui concerne la décision de modifier ses comportements. L'adoption d'une approche non critique s'avère particulièrement utile face à une patiente dont la consommation se situe au-delà du niveau associé à de faibles risques et qui pourrait vivre d'autres problèmes de consommation de substances psychoactives. Les questions ouvertes permettent à la patiente de révéler des détails sur sa situation personnelle. Les praticiens peuvent profiter de cette occasion pour offrir des renseignements et rectifier toute idée erronée. Des questions telles que les suivantes peuvent ensuite être posées :

- Que pouvez-vous me dire au sujet de vos habitudes de consommation d'alcool avant de savoir que vous étiez enceinte?
- Avez-vous été en mesure de stopper ou de réduire votre consommation depuis ce temps?
- Votre consommation d'alcool vous préoccupe-t-elle?

La patiente pourrait entretenir des préoccupations au sujet de sa consommation d'alcool au cours de la période où elle ne savait pas encore qu'elle était enceinte; c'est à ce moment que le praticien peut la rassurer en lui disant qu'elle peut contribuer au bien-être de son enfant à venir en réduisant ou en stoppant sa consommation d'alcool. Le praticien peut alors également profiter de l'occasion pour offrir son aide à cette fin.

Figure 5 Outil T-ACE¹⁹

T-ACE	Questions	Points
<i>Tolerance</i>	Combien de verres devez-vous prendre pour ressentir les premiers effets de l'alcool (avant la grossesse)? _____ (3 ou plus = 2 points)	
<i>Annoyed</i>	Avez-vous déjà été importuné par des gens qui vous critiquaient au sujet de votre consommation? (oui = 1 point)	
<i>Cut down</i>	Ressentez-vous parfois le besoin de réduire votre consommation? (oui = 1 point)	
<i>Eye-opener</i>	Prenez-vous parfois un verre le matin dès votre levée du lit? (oui = 1 point)	

Source : Sokol RJ, Martier SS, Ager JW. « The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk-drinking », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 160, n° 4, 1989, p. 863-870.

Figure 6 Outil TWEAK²⁵

TWEAK	Questions	Points
<i>Tolerance</i>	Combien de verres devez-vous prendre pour ressentir les premiers effets de l'alcool (avant la grossesse)? (3 ou plus = 2 points)	
<i>Worry</i>	Des proches se sont-ils inquiétés ou plaints de votre consommation au cours de la dernière année? (oui = 2 points)	
<i>Eye-opener</i>	Prenez-vous parfois un verre le matin dès votre levée du lit? (oui = 1 point)	
<i>Amnesia</i>	Un ami ou un membre de votre famille vous a-t-il déjà fait part de choses que vous avez dites ou faites en état d'intoxication dont vous n'avez aucun souvenir? (oui = 1 point)	
<i>Cut down</i>	Ressentez-vous parfois le besoin de réduire votre consommation? (oui = 1 point)	

Source : Russell M. « New assessment tools for risk drinking during pregnancy: T-ACE, TWEAK and Others », *Alcohol Health and Research World*, vol. 18, n° 1, 1994, p. 55-61.

Techniques d'entrevue visant à éveiller efficacement l'intérêt de la patiente—« choses à faire et à ne pas faire »

Les exemples suivants proposent des techniques d'entrevue visant à éveiller efficacement l'intérêt de la patiente¹¹.

Voici un exemple de déclaration liminaire pouvant être utilisée auprès d'une femme en âge de procréer :

- Aujourd'hui, j'aimerais vous poser une série de questions au sujet de votre mode de vie. Je pose ces questions à toutes mes patientes parce qu'elles m'aident à mieux comprendre plusieurs aspects de votre vie quotidienne (pour ce qui est du régime alimentaire, de l'exercice et d'autres aspects liés au mode de vie). Ces questions m'aideront à mieux vous connaître, ce qui m'aidera à vous fournir de meilleurs soins.

Voici un exemple de déclaration liminaire pouvant être utilisée auprès d'une femme enceinte :

- Je pose ces questions à toutes mes patientes puisqu'elles sont importantes en ce qui concerne leur santé et celle de leurs enfants. »

Sauf preuve du contraire, présumez que toutes les femmes consomment de l'alcool. Essayez de poser vos questions au passé afin d'éviter les déclencheurs associés au stigmate de la consommation d'alcool pendant la grossesse.

- « Dans le cadre d'une semaine typique, à combien de reprises avez-vous habituellement pris un verre? »

Évitez les questions telles que les suivantes :

- « Buvez-vous souvent? »
- « À combien de reprises buvez-vous? »

Pour favoriser un signalement plus précis, vous pouvez suggérer des niveaux élevés de consommation d'alcool :

- « À ces occasions, avez-vous bu de 3 à 4 verres ou de 8 à 10 verres? »

Il est important d'éviter les questions auxquelles la patiente peut répondre « oui » ou « non ». Il est préférable de poser des questions ouvertes pour favoriser le dialogue, telles que :

- « Que savez-vous des effets de la consommation d'alcool pendant la grossesse? »

Dans les cas d'antécédents confirmés ou soupçonnés de dépendance à l'alcool ou de consommation abusive, nous vous proposons de poser les questions suivantes⁵ :

- « Avez-vous déjà connu des problèmes d'alcool? », suivie de
- « À quand remonte votre dernière consommation? »

Évitez les déclarations qui exacerbent le sentiment de culpabilité face aux patientes qui admettent continuer à consommer de l'alcool; ayez plutôt recours à des déclarations informationnelles telles que :

- « Vous pourriez améliorer la santé de votre enfant en cessant de consommer pendant le reste de votre grossesse. »

Évitez les déclarations telles que :

- « Il est possible que vous ayez déjà causé du tort à votre enfant. »

Dépistage de niveau II—questionnaires structurés

Lorsqu'une patiente indique qu'elle consomme de l'alcool, le dépistage doit passer à une deuxième étape. Cela peut s'effectuer au moyen de questionnaires de dépistage standardisés. Les praticiens peuvent également profiter de l'occasion pour venir en aide à une patiente enceinte consommant de l'alcool au moyen d'une « intervention de courte durée » (ICD) en cabinet. Il existe de nombreuses méthodes de dépistage structuré. Nous avons sélectionné celles dont l'utilisation auprès de femmes en âge de procréer a été validée et qui sont vastement utilisées par les praticiens canadiens.

Méthodes recommandées

Outil *Timeline Followback* (TLFB) : L'outil TLFB consiste en une entrevue d'évaluation conçue pour aider les gens à se rappeler leur consommation d'alcool¹². Puisqu'une consommation risquée (grandes quantités / excès occasionnels) peut survenir en l'absence de tout problème lié à l'alcool, la pose de questions directes au sujet de la quantité et de la fréquence de la consommation d'alcool dans le cadre de la méthode TLFB vise à identifier les buveuses exposées à des risques. Cette entrevue peut contribuer à l'identification des patientes qui passeraient autrement inaperçues si l'on s'en tenait à la pose de questions indirectes axées sur les conséquences de la forte consommation d'alcool¹³. L'outil TLFB est considéré comme une méthode utile et précise d'évaluation rétrospective de la consommation, et il a été démontré qu'il était hautement fiable et valable lorsqu'il était administré individuellement dans le cadre d'une entrevue téléphonique^{14,15}. Grâce à l'outil TLFB, Sacks et coll. sont également parvenus à évaluer de façon fiable la consommation de substances psychoactives au sein de populations psychiatriques¹⁶.

Test CRAFFT : Les chercheurs du *Children's Hospital* de Boston ont perfectionné un bref questionnaire intitulé CRAFFT (*Car, Relax, Alcohol, Forget, Friends, Trouble*) que les médecins de premier recours peuvent utiliser pour dépister les problèmes de consommation d'alcool ou de substances psychoactives chez les adolescentes. Évoquant des situations convenant mieux à ce groupe d'âge cet outil a pour but d'identifier les adolescentes qui nécessitent une évaluation plus approfondie, telle qu'une entrevue diagnostique. Ce test peut être administré par tout professionnel de la santé pouvant assurer le maintien de la confidentialité et orienter les adolescentes vers des ressources appropriées. Un score de deux articles positifs ou plus indique habituellement la

nécessité de procéder à une évaluation plus approfondie. L'outil de dépistage CRAFFT est mentionné dans une déclaration de principe de la *American Academy of Pediatrics* et fait partie du curriculum national de formation fondé sur des cas au sein de certains programmes de résidence en pédiatrie^{17,18}.

Test T-ACE : En tant que premier questionnaire de dépistage validé pour la consommation risquée d'alcool à être développé pour les femmes enceintes, le test T-ACE (*Tolerance, Annoyed, Cut down, Eye-opener*) est dorénavant reconnu comme un outil de dépistage hautement efficace et est régulièrement utilisé par les praticiens dans le cadre des soins qu'ils offrent de façon systématique¹⁹. Toute femme qui répond « plus de deux verres » à la question de tolérance « Combien de verres devez-vous prendre pour ressentir les effets de l'alcool? » se mérite 2 points. Chaque « oui » aux 3 questions supplémentaires se mérite 1 point. Un score de 2 ou plus sur 5 indique un risque de problème de consommation; la patiente doit alors être orientée vers une évaluation plus approfondie¹⁹⁻²⁴ (Figure 5).

Test TWEAK : Le test TWEAK (*Tolerance, Worry, Eye-opener, Amnesia, Cut down*) est un outil de dépistage en cinq rubriques qui combinent les questions issues d'autres tests (dont MAST, CAGE et T-ACE) dont l'efficacité a été constatée pour ce qui est de l'identification des buveuses exposées à des risques²⁵. Ces questions traitent de la tolérance, de la sensation de devoir réduire sa consommation et du fait de voir des proches ou des membres de la parenté s'inquiéter ou se plaindre de sa consommation²⁶. À la question sur la tolérance, 2 points sont accordés lorsque la patiente signale qu'elle peut consommer plus de 5 verres sans s'endormir ou s'évanouir (version « *bold* ») ou qu'elle doit consommer 3 verres ou plus pour ressentir l'effet de l'alcool (version « *high* »). Une réponse positive à la question sur l'inquiétude se mérite 2 points et chaque réponse positive aux 3 dernières questions se mérite 1 point. Évaluée sur une échelle de 7 points, la patiente qui obtient un score total de 2 points ou plus est susceptible d'être une buveuse exposée à des risques^{24,27-31} (Figure 6).

Autres méthodes recommandées

Test AUDIT : Le test *Alcohol Use Disorders Identification Test* compte 10 questions pouvant être utilisées pour obtenir plus de renseignements qualitatifs au sujet de la consommation d'alcool d'une patiente. L'absence d'un seuil indiquant une consommation nocive en constitue une des limites importantes. Un score de 8 est associé à une consommation problématique, tandis qu'un score de 13 ou plus indique une dépendance à l'alcool^{28-30,32}.

Test BMAST/SMASST : Le test *Michigan Alcoholism Screening Test* est un long questionnaire de 25 questions portant sur le comportement de consommation et les problèmes liés à l'alcool qui, à l'origine, avait été conçu pour des sujets

Tableau 5 Questionnaires structurés recommandés

Outil	Avantages	Limites	Validation
CRAFFT	Validé comme étant l'outil le plus sensible pour ce qui est de la détection d'une gamme de problèmes d'alcool chez les adolescentes	Des recherches limitées ont été menées particulièrement pendant la grossesse	Utilisation validée chez les adolescentes
T-ACE	Instrument particulièrement conçu pour être utilisé auprès de femmes enceintes Score et questions faciles à mémoriser et pouvant être mis en œuvre par un obstétricien ou une infirmière (1 min)	De nouvelles recherches laissent entendre que TWEAK supplante T-ACE en efficacité La validité de l'outil varie d'une population / ethnicité à l'autre	Utilisation validée chez les femmes enceintes
TWEAK	Instrument particulièrement conçu pour être utilisé auprès de femmes enceintes Court et très facile à administrer (ne nécessite que ≤ 1 min) Outil optimal pour ce qui est des groupes multiethniques; sensibilité supérieure par comparaison avec d'autres outils, puisqu'il a fait l'objet d'une validation exhaustive auprès de différentes populations obstétricales. De nouvelles recherches laissent entendre que TWEAK supplante T-ACE en efficacité	La validité de l'outil varie d'une population / ethnicité à l'autre	Utilisation validée chez les femmes enceintes

masculins. Il existe plusieurs variations du MAST, y compris des versions modifiées telles que le MAST bref (BMAST) et le MAST court (SMAST). Le principal désavantage de ces tests se résume au fait qu'ils se centrent sur la consommation d'alcool à vie plutôt que sur la consommation récente, ce qui par conséquent en limite la capacité de détecter la consommation problématique à un stade précoce. Un score de 3 points ou moins indique l'absence d'alcoolisme, un score de 4 points laisse entendre la présence d'une consommation problématique et un score de 5 points ou plus indique une dépendance à l'alcool³³⁻³⁶.

Outil CAGE : Le questionnaire CAGE (*Cut-down, Annoy, Guilty, Eye-opener*), soit l'un des plus vieux instruments de dépistage de courte durée, a été vastement utilisé dans une gamme de cultures de par le monde et est populaire à des fins de dépistage dans le milieu des soins de premier recours³⁷. Cet instrument de dépistage en quatre rubriques est conçu pour identifier et évaluer le potentiel de consommation abusive et de dépendance à l'alcool. Cependant, il est principalement centré sur les conséquences de la consommation plutôt que sur la quantité ou la fréquence de la consommation d'alcool, les niveaux de consommation ou les épisodes d'excès occasionnels d'alcool (tous des facteurs qui contribuent à l'identification des patientes en étant à des stades précoces de la consommation problématique). Une réponse affirmative à deux questions ou plus indique que la tenue d'une évaluation plus approfondie est justifiée^{31,38,39}.

Dépistage de niveau III—outils de dépistage de laboratoire

Marqueurs biologiques

Les marqueurs biochimiques fournissent des données objectives sur l'apport en alcool. Pendant la grossesse, la consommation actuelle d'alcool peut être détectée par analyse toxicologique de l'urine, du sang, de la salive ou de l'haleine. La gamma-glutamyl-transférase (GGT) et la désialotransferrine (CDT) ont été utilisées à titre de mesures biochimiques visant à détecter la forte consommation d'alcool à long terme⁴⁰⁻⁴². Toutefois, elles ne sont pas spécifiques et peuvent refléter des lésions hépatiques attribuables à d'autres causes.

La confirmation de la présence d'alcool et d'autres drogues constitue l'un des avantages des tests toxicologiques. Cependant, parmi leurs désavantages, on trouve les coûts élevés qui sont associés à l'analyse en laboratoire et la possible mise en péril de la relation de confiance entre le fournisseur de soins et la patiente.

L'analyse en laboratoire compte des limites. L'alcool, substance vastement utilisée et tératogène fœtal, est difficile à détecter en raison de sa courte présence dans la circulation sanguine. L'obtention de résultats négatifs ne permet pas d'écarter la possibilité d'une consommation d'alcool, tandis que l'obtention de résultats positifs ne révèle pas les profils de la consommation d'alcool, p. ex. excès occasionnels d'alcool.

Les esters éthyliques d'acide gras (EEAG) sont les produits métaboliques qui résultent de l'interaction entre l'alcool et

Tableau 6 Seuils d'esters éthyliques d'acide gras⁴⁴

Taux D'EEAG ⁴⁴	Interprétation, spécificité et sensibilité
Taux D'EEAG \geq 1 ng/mg	Spécificité de 100 % pour ce qui est de la consommation excessive, régulière d'alcool. À ce taux, 25 % des buveuses excessives chroniques se situent en deçà du seuil (c.-à-d. sensibilité de 75 %).
Taux D'EEAG se situant entre 0,5 et 0,99 ng/ml	Spécificité de 90 % pour ce qui est de la consommation excessive, régulière d'alcool. À ce taux, 10 % des buveuses excessives chroniques passeront inaperçues; 10 % des buveuses modérées obtiendront des résultats se situant dans cette gamme.
Taux D'EEAG \leq 0,49 ng/mg	Indique l'absence de signes de consommation excessive d'alcool (jusqu'à 2 verres par jour).
Taux D'EEAG se situant entre 0,2 et 0,4 ng/mg	Indique l'absence de signes de consommation d'alcool.

Source : Koren G, Hutson J, Gareri J. « Novel methods for the detection of drug and alcohol exposure during pregnancy: Implications for maternal and child health », *Clin Pharmacol Ther*, vol. 83, 2008, p. 631–4.

Tableau 7 Résumé des dossiers prénatals provinciaux au Canada

Questions de dépistage de la consommation d'alcool par la mère	T.-N.-O.	C.-B.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Québec	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.
Profil de consommation											
Quantité				X	X	X	X	X			X
Fréquence					X						
N ^{bre} de verres/jour			X	X	X		X	X	X	X	
N ^{bre} de verres/sem.		X	X								
N ^{bre} de jours de consommation/sem.					X			X		X	
N ^{bre} max. de verres par occasion			X								
Date d'abandon		X	X		X			X			
Score T-ACE	X		X	X	X					X	X
Score TWEAK		X									
Consignation dans le dossier du nouveau-né	Non clair	Non clair	Non clair	O	Non clair	O	N	Non clair	N	Non clair	Non clair

les acides gras qui circulent dans le corps. La présence d'EEAG peut être détectée dans le sang, les cheveux, le placenta, le sang de cordon ombilical et le méconium (c.-à-d. les premières selles du nouveau-né) bien après la disparition de l'alcool dans la circulation sanguine (Tableau 6).

Récemment, un nouveau test utilisant des cheveux adultes a été mis au point et validé pour mesurer les EEAG. Ce test peut établir avec précision une distinction entre la consommation abusive chronique d'alcool et la consommation n'entraînant que de faibles risques ou la non-consommation. Six centimètres de cheveux sont requis, ce qui représente six mois de pousse des cheveux (c.-à-d. les six derniers mois de la vie d'une personne)^{41,42}.

Bien que l'analyse des cheveux permette une compréhension précise de la consommation d'alcool d'une femme, elle n'est pas disponible dans tous les centres et son utilisation clinique n'est pas répandue. À l'heure actuelle, on a habituellement recours à l'analyse des cheveux pour des raisons juridiques. De plus, certains fournisseurs de soins pourraient ne pas être enclins à utiliser de tels tests en raison de leur philosophie de soins axés sur les femmes pour ce qui est de leurs patientes enceintes, laquelle préconise le fait de croire aux propos des patientes et d'accepter leurs signalements quant à la consommation d'alcool comme étant exacts. Ce test novateur peut être efficace pour corroborer les affirmations d'une patiente quant à son abstinence ou à la réduction de sa consommation d'alcool.

Consignation de la consommation d'alcool

La documentation de la consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives pendant la grossesse dans les dossiers médicaux de la mère, du nouveau-né et de l'enfant s'avère cruciale. Il existe, d'un territoire de compétence à l'autre, des différences considérables quant à ce qui doit être consigné (Tableau 7).

Nous incitons les fournisseurs de soins de premier recours (médecins de famille, infirmières praticiennes, sages-femmes, infirmière de pratique familiale, infirmières de santé publique, auxiliaires médicaux, etc.) à inclure systématiquement des questions au sujet de la consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives dans le cadre de leurs consultations gynécologiques de dépistage (frottis de Pap, renouvellement de contraceptifs, bilan annuel de santé, etc.). Idéalement, de tels renseignements seraient recueillis au sujet de toutes les femmes en âge de procréer.

La consignation de la consommation d'alcool pendant la grossesse s'avère importante lorsque la présence de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale est soupçonnée chez le nouveau-né ou l'enfant en développement. Il est utile de poser ces questions dans le cadre de multiples consultations, de façon à ce qu'elles deviennent partie intégrante de la norme de diligence. Ainsi, une femme enceinte ne se sentira pas stigmatisée par des questions qui ne sont posées qu'en raison de sa grossesse. La documentation devrait s'effectuer dans le dossier prénatal standardisé, de façon à ce que les fournisseurs de soins obstétricaux et les employés hospitaliers de la salle de travail et d'accouchement puissent obtenir accès aux renseignements. Cela est d'une grande importance lorsque la patiente présente une dépendance à l'alcool et en vient à connaître des symptômes de sevrage pendant ou après l'accouchement.

La consignation, dans le dossier du nouveau-né, des importants facteurs de risque présents pendant la grossesse est tout aussi importante. Le contenu du dossier rédigé par l'hôpital ou la sage-femme au sujet du nouveau-né devrait être facilement et systématiquement mis à la disposition du médecin de famille ou du pédiatre offrant ses soins au nouveau-né en question. Par la suite, les renseignements pertinents au sujet de la consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives par la mère sont disponibles aux fins d'un transfert dans le dossier médical de l'enfant.

Bien que la consignation de la consommation maternelle d'alcool puisse exercer des effets bénéfiques à long terme sur le diagnostic et le soutien offert aux enfants, ses conséquences pour les mères sont souvent moins positives. Les femmes enceintes et les nouvelles mères signalent qu'elles connaissent de la discrimination et un manque de soutien de la part des fournisseurs de soins de santé et

d'autres intervenants pouvant leur venir en aide en ce qui concerne leurs problèmes d'alcool. De plus, les femmes craignent de perdre la garde de leurs enfants si leur consommation d'alcool en venait à être révélée aux autorités de la protection de l'enfance (la consommation de substances psychoactives pendant la grossesse revêt un caractère unique à titre de problème de santé en raison duquel une personne peut perdre la garde de ses enfants). Pour les femmes, ces craintes quant à l'obtention d'un traitement préjudiciable et à la perte de la garde de leurs enfants constituent de graves obstacles à l'établissement d'une franche discussion au sujet de leur consommation d'alcool, à l'offre de leur consentement à la tenue d'essais de laboratoire et à la recherche d'un soutien ou d'un traitement. Ainsi, il est crucial que les médecins et les autres fournisseurs de soins de santé déploient des efforts extraordinaires pour discuter avec tact de la consommation d'alcool avec leurs patientes, pour chercher à comprendre leurs craintes et pour activement les aider à obtenir un traitement et du soutien, au besoin⁴³.

Recommandations

1. Le dépistage universel de la consommation d'alcool devrait être mis en œuvre périodiquement auprès de toutes les femmes enceintes et de toutes les femmes en âge de procréer. Idéalement, la consommation entraînant des risques pourrait être identifiée avant la grossesse, ce qui en permettrait la modification. (II-2B)
2. Les fournisseurs de soins de santé devrait créer, pour leurs patientes, un milieu sûr favorisant le signalement de la consommation d'alcool. (III-A)
3. Le public devrait être avisé que le dépistage de la consommation d'alcool et l'offre d'un soutien aux femmes exposées à des risques font partie des soins de santé qui sont systématiquement offerts aux femmes. (III-A)

RÉFÉRENCES

1. Chudley AE, Conry J, Cook JL, Looock C, Rosales T, LeBlanc N. « Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale : Lignes directrices canadiennes concernant le diagnostic », *CMAJ*, vol. 172, n° 5 (suppl.), 2005, p. S1–S21.
2. Barr H, Streissguth AP. « Identifying maternal self-reported alcohol use associated with fetal alcohol spectrum disorders », *Alcohol Clin Exp Res*, vol. 25, 2001, p. 283–7.
3. Tough S, Clarke M, Hicks M, Clarren S. « Attitudes and approaches of Canadian providers to preconception counselling and the prevention of fetal alcohol spectrum disorders », *J FAS Int*, vol. 3, 2005, p. e3.
4. Nevin AC, Parshuram C, Nulman I, Koren G, Einarson A. « A survey of physicians' knowledge regarding awareness of maternal alcohol use and the diagnosis of FAS », *BMC Fam Pract*, vol. 3, 2002, p. 2.
5. Cyr MG, Wartman SA. « The effectiveness of routine screening questions in the detection of alcoholism », *JAMA*, vol. 259, 1988, p. 51–4.
6. Burd L, Klug MG, Martsolf JT, Martsolf C, Deal E, Kerbeshian J. « A staged screening strategy for prenatal alcohol exposure and maternal risk stratification », *J R Soc Promot Health*, vol. 126, 2006, p. 86–94.

7. Chang G, McNamara TK, Orav EJ, Koby D, Lavigne A, Ludman B et coll. « Brief intervention for alcohol use in pregnancy—a randomized trial », *Addiction*, vol. 94, 1999, p. 1499–1508.
8. Hanking JR. « Fetal alcohol syndrome prevention research », *Alcohol Res Health*, vol. 26, n° 1, 2002, p. 58–65.
9. Chang G. « Screening and brief intervention in prenatal care settings », *Alcohol Res Health*, vol. 28, 2004-2005, p. 80–84.
10. Miller WR, Rolnick S. *Motivational interviewing: preparing people for change*, 2^e éd., New York : The Guilford Press, 2002.
11. Cox N. *Perinatal substance abuse: an intervention kit for providers*, adapté du Women's Lifestyle Questionnaire. Rural South Central Wisconsin Perinatal Substance Abuse Project, juillet 1991.
12. Sobell L, Sobell M. « Timeline follow-back: a technique for assessing self-reported alcohol consumption », dans : Litten R, Allen J, éd. *Maternal alcohol consumption*, Totowa, NJ : Humana Press; 1992, p. 41–72.
13. Searles JS, Helzer JE, Rose GL, Badger GJ. « Comparisons of drinking patterns measured by daily reports and timeline follow back », *Psychol Addict Behav*, vol. 14, 2002, p. 277–86.
14. Hartford TC. « Effects of order of questions on reported alcohol consumption », *Addiction*, vol. 89, 1994, p. 421–4.
15. Sobell LC, Sobell MB, Leo GI, Cancilla A. « Reliability of a timeline method: assessing normal drinkers' reports of recent drinking and a comparative evaluation across several populations », *Br J Addict*, vol. 84, 1988, p. 393–402.
16. Sacks JA. « Utility of the time line follow back to assess substance abuse among homeless adults », *J Nerv Ment Dis*, vol. 191, 2003, p. 145–53.
17. Knight JR, Sherritt L, Harris SK, Shrier LA, Chang G. « Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among general adolescent clinical patients », *ArchPediatr Adolesc Med*, vol. 156, 2002, p. 607–14.
18. Knight JR, Sherritt L, Harris SK, Gates EA, Chang G. « Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: a comparison of the AUDIT, CAGE, POSIT and CRAFFT », *Alcohol Clin Exp Res*, vol. 27, 2003, p. 67–73.
19. Sokol RJ, Martier SS, Ager JW. « The T-ACE questionnaire: practical prenatal detection of risk-drinking », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 160, 1989, p. 863–8.
20. Chang G, Wilkins-Haug L, Berman S, Goetz M, Behr S. « Alcohol use and pregnancy: improving identification », *Obstet Gynecol*, vol. 91, 1998, p. 892–8.
21. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. « Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) », *Addiction*, vol. 88, n° 6, 1993, p. 791–804.
22. Selzer ML, Vinokur A, van Rooijen L. « A self-administered Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST) », *J Stud Alcohol*, vol. 36, n° 1, 1975, p. 117–26.
23. McNamara T, Orav E, Wilkins-Haug L, Chang G. « Risk during pregnancy—self-report versus medical record », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 193, 2005, p. 1981–5.
24. Russell M, Martier SS, Sokol RJ, Mudar P, Bottoms S, Jacobson S et coll. « Screening for pregnancy risk-drinking », *Alcohol Clin Exp Res*, vol. 18, 1994, p. 1156–61.
25. Russell M. « New assessment tools for risk drinking during pregnancy », *Alcohol Health ResWorld*, vol. 18, 1994, p. 55–61.
26. Russell M, Skinner JB. « Early measures of maternal alcohol misuses as predictors of adverse pregnancy outcomes », *Alcohol Clin Exp Res*, vol. 12, 1988, p. 824–30.
27. Chan AK, Pristach EA, Welte JW, Russell M. « The TWEAK test in screening for alcoholism/heavy drinking in three populations », *Alcohol Clin Exp Res*, vol. 6, 1993, p. 1188–92.
28. Russell M, Martier SS, Sokol RJ, Mudar P, Jacobson S, Jacobson J. « Detecting risk drinking during pregnancy: a comparison of four screening questionnaires », *Am J Public Health*, vol. 86, 1996, p. 1435–9.
29. Bradley KA, Boyd-Wickizer J, Powel SH, Burman ML. « Alcohol screening questionnaires in women: a critical review », *JAMA*, vol. 280, 1998, p. 166–171.
30. Chang G, Wilkins-Jaug L, Berman S, Goetz MA. « The TWEAK: application in a prenatal setting », *J Stud Alcohol*, vol. 60, 1999, p. 306–9.
31. Cherpitel CJ. « Performance of screening instruments for identifying alcohol dependence in the general population compared with clinical populations », *Alcohol Clin Exp Res*, vol. 22, 1998, p. 1399–404.
32. Torres LAPD, Fernandez-Garcia JA, Arias-Vega R, Muriel-Palomino M, Marquez-Rebollo E, Ruiz-Moral R. [« Validity of AUDIT test for detection of disorders related with alcohol consumption in women »] [article en espagnol], *Med Clin (Barc)*, vol. 125, 2005, p. 727–30.
33. Crowe RR, Kramer JR, Hesselbrock V, Manos G, Bucholz KK. « The utility of the 'Brief MAST' and the 'CAGE' in identifying alcohol problems: results from national high-risk and community samples », *Arch Fam Med*, vol. 6, 1997, p. 477–83.
34. Breakey WR, Calabrese L, Rosenblatt A, Crum RM. « Detecting alcohol use disorders in the severely mentally ill », *Community Ment Health J*, vol. 34, 1998, p. 165–74.
35. Chang G, Goetz MA, Wilkins-Haug L, Berman S. « Identifying prenatal alcohol use: screening instruments versus clinical predictors », *Am J Addict*, vol. 8, 1999, p. 87–93.
36. Robin RW, Saremi A, Albaugh B, Hanson RL, Williams D, Goldman D. « Validity of the SMAST in two American Indian tribal populations », *Subst Use Misuse*, vol. 39, 2004, p. 601–24.
37. Smart RG, Adlaf EM, Knoke D. « Use of the CAGE scale in a population survey of drinking », *J Stud Alcohol*, vol. 52, 1991, p. 593–6.
38. Aertgeerts B, Buntinx F, Bande-Knops J, Vandermeulen C, Roelants M, Ansoms S et coll. « The value of CAGE, CUGE, and AUDIT in screening for alcohol abuse and dependence among college freshmen », *Alcohol Clin Exp Res*, vol. 24, 2000, p. 53–7.
39. Soderstrom CA, Smith GS, Kufera JA, Dischinger PC, Hebel JR, McDuff DR et coll. « The accuracy of the CAGE, the Brief Michigan Alcoholism Screening Test, and the Alcohol Use Disorders Identification Test in screening trauma center patients for alcoholism », *J Trauma*, vol. 43, 1997, p. 962–9.
40. Ernhart CB. « Underreporting of alcohol use in pregnancy », *Alcohol Clin Exp Res*, vol. 12, 1988, p. 506–11.
41. Auwarter V, Sporkert F, Hartwig S, Pragst F, Vater H, Diefenbacher A. « Fatty acid ethyl esters in hair as markers of alcohol consumption. Segmental hair analysis of alcoholics, social drinkers, and teetotalers », *Clin Chem*, vol. 47, 2001, p. 2114–23.
42. Pragst F, Auwarter V, Sporkert F, Spiegel K. « Analysis of fatty acid ethyl esters in hair as possible markers of chronically elevated alcohol consumption by headspace solid-phase microextraction (HS-SPME) and gas chromatography-mass spectrometry (GC-MS) », *Forensic Sci Int*, vol. 121, 2001, p. 76–88.
43. Poole N, Isaac B. *Apprehensions: barriers to treatment for substance-using mothers*, Vancouver, C.-B. : British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 2001. Disponible à : <http://www.bccewh.bc.ca/publications-resources/documents/apprehensions.pdf>. Consulté en décembre 2009.
44. Koren G, Hutson J, Gareri J. « ovel methods for the detection of drug and alcohol exposure during pregnancy: implications for maternal and child health », *Clin Pharmacol Ther*, vol. 83, n° 4, 2008, p. 631–4.

Certains facteurs associés à la consommation d'alcool chez les femmes enceintes et les femmes en âge de procréer

Ce qui suit s'adresse aux professionnels de la santé et vise à les aider, dans le cadre de leur travail auprès de leurs patientes enceintes ou qui pourraient le devenir, en se penchant sur les comportements connexes qui pourraient interagir avec la consommation problématique d'alcool ou y prédisposer. Il semble que dans les situations où parmi les

antécédents complexes et révélant des risques élevés de la patiente on trouve, par exemple, des épisodes de consommation de drogue ou d'alcool, le fournisseur de soins devrait rigoureusement évaluer l'état actuel de la consommation d'alcool, ainsi que d'autres facteurs de risque. La consommation concomitante d'autres substances psychoactives et/ou

Tableau 8 Facteurs démographiques associés à la consommation nocive d'alcool chez les Canadiennes

Profil de consommation et facteurs connexes	Source
<p><u>Consommation au cours de la dernière année.</u> Plus des trois quarts (76,8 %) de toutes les Canadiennes ont signalé avoir consommé de l'alcool au cours de la dernière année. Ce pourcentage atteint son apogée chez les 18-19 ans (90,7 %).</p> <p>Les femmes autochtones présentent, à 60,6 %, un taux plus faible de consommation d'alcool au cours de la dernière année que les femmes non autochtones.</p>	<p>Enquête sur les toxicomanies au Canada 2004 N = 13 909 (8 188 femmes)⁴</p> <p>Enquête auprès des peuples autochtones 2001⁵</p>
<p><u>Consommation au cours de la dernière année.</u> Chez les femmes, la consommation d'alcool au cours de la dernière année est directement proportionnelle au niveau de scolarité et au revenu.</p> <p>À la suite de la neutralisation des effets parasites pour ce qui est de toutes les autres catégories démographiques, les femmes détenant un diplôme universitaire étaient plus susceptibles d'avoir consommé de l'alcool au cours de la dernière année (81,9 %) que les femmes n'ayant pas terminé leurs études secondaires (66,6 %).</p> <p>De façon semblable, les femmes signalant un revenu adéquat supérieur étaient plus susceptibles d'avoir consommé de l'alcool au cours de la dernière année, par comparaison avec les femmes de la catégorie « revenu adéquat le plus faible ».</p>	<p>Enquête sur les toxicomanies au Canada, 2004⁴</p>
<p><u>Forte consommation hebdomadaire.</u> À la suite de la neutralisation des effets parasites pour ce qui est de toutes les autres catégories démographiques, la forte consommation hebdomadaire d'alcool variait selon l'âge et le niveau de scolarité chez les femmes.</p> <p>Près de 10 % des femmes âgées de 15 à 24 ans connaissent une forte consommation hebdomadaire d'alcool (7,8 % des femmes de 15 à 19 ans et 11,8 % des femmes de 20 à 24 ans). Ce taux chute à environ 2 % pour ce qui est des femmes de plus de 25 ans. Les taux les plus élevés de forte consommation hebdomadaire d'alcool ont été constaté chez les femmes de la catégorie « revenu adéquat le plus faible » (8,5 %).</p> <p>L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002-2003 a constaté que 10,2 % des femmes autochtones consomment 5 verres d'alcool ou plus à au moins une occasion par semaine, soit un taux plus élevé que celui qui a été constaté chez les femmes non autochtones.</p>	<p>Enquête sur les toxicomanies au Canada, 2004⁴</p> <p>Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002-2003⁶ N = 22 602 issues de 238 communautés des Premières Nations dans 10 régions</p>
<p><u>Non-respect des directives sur la consommation n'entraînant que de faibles risques.</u> À la suite de la neutralisation des effets parasites pour ce qui est de toutes les catégories démographiques tabulées, la probabilité de ne pas respecter les directives <i>sur la consommation n'entraînant que de faibles risques</i> varie selon l'âge et l'état matrimonial chez les Canadiennes.</p> <p>La proportion de femmes qui ne respectent pas les directives <i>sur la consommation n'entraînant que de faibles risques</i> atteint son apogée chez les femmes âgées de 18-19 ans et de 20 à 24 ans (31,2 % et 30,4 %, respectivement) et chute chez les femmes âgées de 25 à 34 ans (15,6 %).</p> <p>Les célibataires ou les femmes ne s'étant jamais mariées étaient plus de deux fois plus susceptibles que les femmes mariées ou en union libre de ne pas respecter ces directives. De façon semblable, les femmes anciennement mariées (divorcées, séparées ou veuves) étaient au moins 1,6 fois plus susceptibles que les femmes mariées ou en union libre de ne pas respecter ces directives.</p>	<p>Enquête sur les toxicomanies au Canada, 2004⁴</p> <p>Pour obtenir des définitions de ce qui constitue une consommation n'entraînant que de faibles risques et connaître les mises en garde s'appliquant à une telle consommation, reportez-vous aux directives émises par Centre de toxicomanie et de santé mentale⁷</p>

Tableau 9 Certains facteurs de risque associés à la consommation maternelle d'alcool

Facteurs de risque associés à la consommation d'alcool pendant la grossesse	Source
Tabagisme	<i>National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, 2001-2002</i> ⁸ N = 453
Consommation de drogues illicites, faible revenu, âge se situant entre 15 et 24 ans : association significative avec le tabagisme et la consommation d'alcool	Enquête nationale sur la maternité au Canada ⁹
La consommation excessive d'alcool est plus courante chez les femmes n'étant pas de race blanche, étant plus âgées et présentant un niveau de scolarité moindre; chez celles qui ne vivent pas avec un partenaire; chez celles qui signalent une consommation de tabac et de drogues illicites par un des partenaires du couple ou les deux; ainsi que chez celles que ne peuvent compter que sur un faible soutien social	<i>Pennsylvania Women's Health Study to improve preconception health</i> ¹⁰ N = 537, sélectionnées au hasard au sein d'une étude transversale
Âge avancé, non-mariées, gravidité moindre, dépression plus profonde, tabagisme actuel, exposition à de la violence intrapersonnelle, antécédents d'amnésie attribuable à la consommation d'alcool et sentiment de devoir réduire sa consommation	Échantillon en population générale à l'échelle de l'état de femmes en étant à leur première consultation prénatale au sein de 67 cliniques prénatales au Minnesota ¹¹ . Des tests du chi carré et des analyses de régression logistique multivariée ont été menés afin d'identifier les marqueurs de risque associés à quelque consommation prénatale d'alcool que ce soit. N = 4 272
La poursuite de la consommation d'alcool pendant la grossesse a été prédite par l'âge avancé, le tabagisme actuel, l'absence de moyens de transport, la fréquence prégrossesse de la consommation d'alcool, la dépression et les sévices physiques ou sexuels aux mains de quelqu'un n'étant pas le partenaire intime	Utilisation de l'outil de dépistage <i>Prenatal Risk Overview (PRO)</i> auprès de patientes consécutives du service des soins prénatals issues de quatre cliniques urbaines américaines du Minnesota entre novembre 2005 et juin 2007 ¹² . N = 1 492
Des risques élevés de consommation maternelle d'alcool ont été associés aux antécédents de sévices sexuels, au fait de connaître ou d'avoir connu des sévices physiques, au tabagisme, à la consommation d'autres drogues, au fait de cohabiter avec des consommateurs de substances psychoactives, et au fait d'avoir des amis qui consommaient des substances psychoactives. Parmi les autres facteurs contributifs pour ce qui est de la classification « risque élevé », on trouvait le fait de se sentir triste, le fait de croire que la consommation de quelque quantité d'alcool que ce soit pendant la grossesse était acceptable et le fait d'être en mesure de consommer 4 verres ou plus. Les femmes exposées à des risques élevés de consommer de l'alcool pendant la grossesse avaient tendance à être plus jeunes, à présenter un plus faible niveau de scolarité, à être célibataires et à être sans emploi. Le fait d'être mariée et d'être ménagère à temps plein constituaient les facteurs démographiques qui conféraient une certaine protection contre la consommation d'alcool	Des participantes issues de quatre états américains ont fait l'objet d'un échantillonnage visant la consommation d'alcool entraînant des risques élevés et faibles, au moyen d'un outil de dépistage de 36 rubriques comptant des questions issues de l'outil TWEAK ¹³ . N = 4 676
Le fait de détenir un niveau supérieur de scolarité a été associé tant à la consommation d'alcool pendant la grossesse qu'à l'abstinence à la suite de la confirmation. La consommation a été associée à la parité, au tabagisme, à un sommeil de plus courte durée; l'abstinence a été associée à une consommation moins fréquente [auparavant] et à une connaissance des risques	Questionnaire mené à l'échelle du pays auprès d'un échantillon de Japonaises sélectionnées au hasard ¹⁴ ; 260 établissements y ont participé (le nombre de femmes n'était pas mentionné dans le résumé)
Risque de grossesse non planifiée	Source
Les femmes qui ont signalé une grossesse non planifiée étaient plus jeunes, plus susceptibles de ne pas être de race blanche et détenaient un niveau de scolarité moindre; de plus, elles avaient tendance à présenter une gravidité accrue. À la suite de la neutralisation des effets de l'âge maternel, du niveau de scolarité, de la race et de l'obtention préalable d'une issue de grossesse indésirable, les femmes qui ont signalé une grossesse non planifiée étaient également plus susceptibles de signaler qu'elles s'adonnaient au tabagisme	Comportement maternel corrélational signalé au cours du troisième de la grossesse ¹⁵ N = 3 029

l'adoption de comportements risqués peuvent accentuer le côté problématique de la consommation d'alcool, modifier la probabilité que la mise en œuvre d'interventions permette l'atteinte de l'abstinence ou une diminution des torts et modifier (habituellement à la hausse) le risque que la consommation d'alcool pendant la grossesse exerce des effets indésirables sur le fœtus. Il est également possible que les comportements connexes constituent des facteurs parasites significatifs pour ce qui est de la tentative de lier la consommation maternelle d'alcool à l'état de santé d'un enfant ou d'un adulte. La présence de facteurs de risque concomitants laisse présager une moindre probabilité d'atténuation ou d'abandon de la consommation d'alcool pendant la grossesse¹.

L'outil de dépistage *Antenatal Psychological Health Assessment* (ALPHA)¹⁶ est un type d'outil de dépistage multidimensionnel mis à la disposition des praticiens pour leurs évaluations. L'outil ALPHA comporte des questions liées aux facteurs familiaux (soutien social, événements stressants récents, relation de couple, etc.), aux facteurs maternels (estime de soi, troubles de l'humeur, relation avec les parents, etc.), aux problèmes de consommation de substances psychoactives (consommation de substances psychoactives du partenaire, consommation de multiples substances psychoactives, etc.) et à la violence familiale (expérience de violence pendant l'enfance, sévices sexuels subis pendant l'enfance, violence exercée par le partenaire intime, etc.)². Pour plus de renseignements au sujet de l'utilisation de cet outil de dépistage ou d'autres outils, les PS devraient se reporter au rapport de consensus de l'ASPC (2009)³.

L'évaluation de la consommation d'alcool chez les femmes enceintes et chez celles qui pourraient le devenir pourrait être négligée lorsque la patiente ne semble pas vraiment être exposée à des risques à ce chapitre.

Le Tableau 8 indique les sous-populations de femmes qui courent particulièrement le risque de connaître une consommation nocive d'alcool et le Tableau 9 indique les facteurs psychosociaux qui sont associés à la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Recommandation

4. Les fournisseurs de soins de santé devraient prendre connaissance des facteurs de risque associés à la consommation d'alcool chez les femmes en âge de procréer. (III-B).

RÉFÉRENCES

1. Stratton K, Howe C, Battaglia F. *Institute of Medicine summary: fetal alcohol syndrome*, Washington DC : National Academy Press; 1996.
2. University of Toronto. Family and Community Medicine. *Antenatal Psychological Health Assessment (ALPHA)*. Disponible à : <http://dfcm19.med.uto.ca/research/alpha>. Consulté en décembre 2009.
3. Sarkar M, Burnett M, Cox LV, Dell CA, Gammon H, Geller B et coll. « Screening and recording of alcohol use among women of child-bearing age and pregnant women », *Can J Clin Pharmacol*, vol. 16, 2009, p. e242–63.
4. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Enquête sur les toxicomanies au Canada 2004. Disponible à : <http://www.ccsa.ca/fra/priorities/research/CanadianAddiction/Pages/default.aspx>. Consulté en décembre 2009.
5. Statistique Canada. Enquête auprès des peuples autochtones de 2001 — Premiers résultats : Tableaux supplémentaires. Disponible à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-592-x/index-fra.htm>. Consulté en décembre 2009.
6. Assemblée des Premières Nations. Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations. Disponible à : <http://www.rhs-ers.ca/english/pdf/rhs2002-03reports/rhs2002-03-technicalreport-afn.pdf>. Consulté en décembre 2009.
7. Centre de toxicomanie et de santé mentale. *Low-risk drinking guidelines*. Disponible à : http://www.camh.net/About_Addiction_Mental_Health/Drug_and_Addiction_Information/low_risk_drinking_guidelines.html. Consulté le 22 juillet 2010.
8. Gilman S, Breslau J, Subramanian S, Hitsman B, Koenen K. « Social factors, psychopathology and maternal smoking during pregnancy », *Am J Public Health*, vol. 98, 2008, p. 448–53.
9. Santé Canada. *Connaissances et attitudes des professionnels des soins de la santé en matière de syndrome d'alcoolisation fœtale : Résultats d'une enquête nationale, 2004*, pages 79-90. Disponible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/fasd-surv-etcaf-enquete/index-fra.php>. Consulté en décembre 2009.
10. Downs DS, Feinberg M, Hillemeier M, Weisman CS, Chase GA, Chuang CH et coll. « Design of the Central Pennsylvania Women's Health Study (CePAWHS) strong healthy women intervention: improving preconceptional health », *Matern Child Health J*, vol. 3, 2009, p. 18–28.
11. Meschke LL, Hellerstedt W, Holl JA, Messelt S. « Correlates of prenatal alcohol use », *Matern Child Health J*, vol. 12, 2008, p. 442–51.
12. Harrison PA, Sidebottom AC. « Alcohol and drug use before and during pregnancy: an examination of use patterns and predictors of cessation », *Matern Child Health J*, vol. 13, 2009, p. 386–94.
13. Leonardson GR, Loudenburg R. « Risk factors for alcohol use during pregnancy in a multistate area », *Neurotoxicol Teratol*, vol. 25, 2003, p. 651–8.
14. Yamamoto Y, Kaneita Y, Yokoyama E, Sone T, Takemura S, Suzuki K. « Alcohol consumption and abstinence among pregnant Japanese women », *J Epidemiol*, vol. 18, 2008, p. 173–82.
15. Than LC, Honein MA, Watkins ML, Yoon PW, Daniel K, Correa A. « Intent to become pregnant as a predictor of exposures during pregnancy: is there a relation? », *J Reprod Med*, vol. 50, 2005, p. 389–96.
16. Family & Community Medicine, University of Toronto. *ALPHA: Antenatal Psychosocial Health Assessment*. Disponible à : <http://www.dfcm.utoronto.ca/research/researchprojects/ALPHA.htm>. Consulté le 22 juillet 2010.

Counseling et communication auprès des femmes au sujet de la consommation d'alcool

Interventions de courte durée

Le terme « interventions de courte durée » fait référence à un ensemble de stratégies de counseling motivationnelles limitées dans le temps visant à aider les patientes à réduire ou à abandonner leur consommation d'alcool entraînant des risques (Tableaux 10 à 12). La plupart des interventions de courte durée réussies comptent trois composantes :

1. Évaluation et commentaires à la suite de l'évaluation visant à accroître la sensibilisation
2. Conseil, y compris l'offre de dépliants, et discussion sur les stratégies visant la réduction ou l'abandon de la consommation problématique d'alcool
3. Aide sous plusieurs formes, dont la sollicitation d'idées quant aux stratégies de changement, la détermination d'objectifs visant la réduction ou l'abandon de la consommation d'alcool, le renforcement positif et l'orientation vers des services de soutien¹

Les approches interventionnelles de courte durée concertées mises en œuvre par des praticiens de la santé s'attirent de plus en plus d'attention².

Résultats au sein de la population adulte

Nous disposons de solides données indiquant que les interventions de counseling de courte durée sont efficaces pour ce qui est de la réduction de la consommation problématique d'alcool au sein de la population générale².

- Une analyse systématique de 2004 se penchant sur 12 essais cliniques comparatifs randomisés a constaté une réduction globale significative (environ de 13 % à 34 %) du nombre de verres par jour et par semaine se maintenant pendant de 6 à 12 mois ou plus. De 10 % à 19 % plus de participantes à l'intervention ont signalé avoir réduit leur consommation d'alcool à des niveaux sûrs, par comparaison avec les témoins³.
- Une analyse systématique et une méta-analyse de 2005 fondées sur huit essais cliniques comparatifs randomisés ont également constaté une baisse de la consommation risquée à 6 et à 12 mois⁴.
- Une méta-analyse de 2004 a indiqué que la baisse de la mortalité constituait un des effets à long terme de la

mise en œuvre des ICD auprès des personnes connaissant une consommation problématique d'alcool⁵.

- Un essai clinique randomisé à long terme a constaté que, après 48 mois, le groupe ICD avait connu 50 % moins d'accidents de véhicules motorisés, 46 % moins d'arrestations, 37 % moins d'hospitalisations, 20 % moins de consultations au service d'urgence et 33 % moins de blessures non mortelles que le groupe témoin⁶.

Les interventions de courte durée sont rentables et peuvent être mises en œuvre dans une variété de milieux cliniques par le praticien ou un assistant. Elles peuvent varier en durée, en intensité et en fréquence, soit d'une session très brève de 5 minutes ou moins à quatre sessions ou plus de 5 à 25 minutes chacune⁶. Cependant, les interventions à entretiens multiples ont été liées à une meilleure baisse du risque que les interventions à entretien unique⁷. L'approche globale mise en œuvre affecte également l'efficacité de l'intervention.

Les interventions de courte durée sont souvent mises en œuvre au moyen d'une approche d'entrevue motivationnelle. L'EM est définie comme étant « une forme d'orientation concertée, axée sur la personne et guidée par les objectifs visant à susciter et à renforcer la motivation en vue du changement »⁸. Les professionnels de la santé travaillent en concertation avec leurs patientes et parviennent habilement à faire ressortir des raisons menant au changement qui sont pertinentes et significatives sur le plan personnel. L'EM a réussi à s'attirer de plus en plus d'attention à titre d'approche efficace pour ce qui est de la mise en œuvre d'interventions de courte durée dans une foule de domaines du milieu de la santé⁸. Dans le cadre d'une analyse systématique de 2005 qui se penchait sur des essais comparatifs randomisés ayant évalué l'efficacité des interventions EM dans la modification du comportement de santé, il a été démontré que l'EM obtenait de meilleurs résultats que l'offre traditionnelle de conseils⁹. De surcroît, les médecins ont signalé que la mise en œuvre d'une approche EM n'exigeait pas plus de temps que celle de l'offre traditionnelle de conseils⁹.

Tableau 10 ECA : Évaluation, conseil, aide

Évaluation : Discuter des risques de la consommation d'alcool et chercher à déterminer le stade génésique et le niveau de risque ou de dépendance. Consigner le niveau de risque de façon à ce qu'un suivi approprié et adapté puisse être mis en œuvre à la grandeur du système de santé.

Conseil : Offrir des renseignements et discuter d'une variété de choix santé adaptés au stade génésique de la patiente : directives sur la consommation n'entraînant que de faibles risques avant la grossesse et pendant l'allaitement, directives sur la consommation n'entraînant que de faibles risques, renseignements sur l'ETCAF et la contraception pendant la période préconceptionnelle, l'abstinence d'alcool pendant la grossesse, dans la mesure du possible, sinon, stratégies visant la réduction des risques d'autres façons. Adapter les conseils / les renseignements offerts en fonction de ce que la patiente connaît déjà.

Aide : Aider la patiente à établir des objectifs en fonction de sa situation. Aider la patiente à planifier le ou les changements, maintenir la discussion et soutenir l'autosuffisance. Aider la patiente à obtenir l'aide dont elle a besoin en l'orientant vers d'autres organismes ou en lui offrant un suivi, en fonction de sa situation.

Tableau 11 Principes relationnels des interventions efficaces : les 6 R

Relation : Le professionnel de la santé cherche à connaître les profils et le contexte de la consommation d'alcool de sa patiente, dans le but de créer une relation bienveillante et non critique (accepter le comportement de santé sans l'avaliser).

Reconnaissance : Le professionnel de la santé offre des recommandations claires et des renseignements de façon bienveillante (aider la patiente à reconnaître la consommation entraînant des risques avant, pendant et après la grossesse, conformément à sa situation)

Respect : Le professionnel de la santé respecte les différences en ce qui concerne la capacité et la volonté de changement de chacune de ses patientes, en offrant des commentaires appropriés à la situation de la patiente. En quoi est-il important pour la patiente de modifier son profil de consommation? Quel est le degré de confiance de la patiente quant à ses chances de réussite?

Responsabilité : Le professionnel de la santé offre un choix d'approches, tout en renforçant la capacité de la patiente à changer et en l'aidant à établir des objectifs et à faire un plan, et prend note de ces objectifs dans le dossier.

Routine : Le professionnel de la santé discute systématiquement de la consommation d'alcool avec toutes ses patientes en âge de procréer.

Répétition : Le professionnel de la santé assure le suivi de façon à maintenir un contact régulier avec la patiente (il profite de chaque consultation gynécologique de dépistage ou prénatale pour lui poser des questions au sujet de sa consommation d'alcool et lui donner des commentaires positifs et l'encourager).

Résultats pour ce qui est des femmes, de la préconception à la grossesse

Dans une étude, les ICD constituent un moyen efficace d'aider les femmes qui obtiennent, au cours de la période préconception, des résultats positifs dans le cadre du dépistage de la consommation entraînant des risques à réduire leur consommation problématique d'alcool sur une période de 48 mois¹⁰. Les femmes du groupe « traitement » qui sont devenues enceintes au cours de cette période ont connu les baisses les plus spectaculaires. Nous disposons également de solides données indiquant que les ICD sont efficaces pour ce qui est d'aider les femmes, dont la consommation au cours de la période préconception donnait lieu à des risques faibles, modérés ou même élevés, à réduire la probabilité de connaître une grossesse exposée à l'alcool^{10,11}. Un nombre considérablement supérieur de femmes sont parvenues à réduire leurs risques de connaître une grossesse exposée à l'alcool au sein d'un groupe « traitement ICD », par comparaison avec un groupe témoin. Le groupe « ICD » consistait en quatre sessions de counseling EM et en une consultation de planification de la contraception. Les sessions de counseling EM consistaient

en l'offre de commentaires personnalisés au sujet du risque de connaître une grossesse exposée à l'alcool; il était possible de choisir de mettre l'accent sur la consommation d'alcool, sur la contraception ou les deux, de discuter des façons de réduire le risque et d'accroître la confiance, et d'élaborer un plan personnalisé de changement. Les membres du groupe témoin ont bénéficié d'une brève session d'offre de conseils et se sont vus remettre des dépliants sur la santé des femmes et l'alcool, ainsi qu'un guide de référence communautaire¹².

Nous disposons également de solides données indiquant que les ICD sont efficaces pour ce qui est de la réduction du nombre de grossesses exposées à l'alcool subséquentes et de l'amélioration des issues infantiles, lorsque des femmes chez lesquelles la présence d'une consommation d'alcool est établie pendant une grossesse d'indice se voient administrer quatre semaines intensives d'ICD à la suite de l'accouchement d'indice¹³.

Dans le cadre d'une étude, 300 femmes identifiées comme consommant plus de quatre verres par semaine aux débuts d'une grossesse d'indice ont été affectées au hasard à un groupe témoin ou à un groupe « traitement », quatre

Tableau 12 Interventions au sujet de l'alcool auprès des femmes en âge de procréer

Évaluation	Conseil	Aide	Approche recommandée
Toutes les femmes	Directives sur la consommation n'entraînant que de faibles risques Renseignements au sujet de l'ETCAF		Intervention de très courte durée
Risque faible	Renseignements au sujet de l'ETCAF Discuter des directives sur la consommation n'entraînant que de faibles risques : Préconception—éviter la consommation entraînant des risques Grossesse—l'abstinence constitue l'option la plus sûre (aucune « quantité sûre » connue) Allaitement et consommation à la suite de l'accouchement	Renseignements quant aux portions d'alcool par verre et directives sur la consommation n'entraînant que de faibles risques Renseignements sur la contraception, au besoin Documents pédagogiques sur les risques de la forte consommation d'alcool et l'ETCAF destinés aux femmes et à leur partenaire/conjoint Soutien pour ce qui est de l'établissement d'objectifs Tableaux sur la détermination du moment propice pour ce qui est de l'allaitement et de l'utilisation d'un tire-lait	Intervention de courte durée Vérification systématique dans le cadre de chaque consultation gynécologique de dépistage ou prénatale
Risque allant de modéré à élevé	Renseignements sur les risques de la forte consommation d'alcool (y compris la dépendance) pour la santé Renseignements au sujet de l'ETCAF Préconception— éviter la consommation entraînant des risques et/ou utiliser un moyen de contraception Grossesse—l'abstinence constitue l'option la plus sûre (aucune « quantité sûre » connue); sinon, réduire la consommation au niveau le plus faible possible pour atténuer les torts associés à la consommation Allaitement et consommation à la suite de l'accouchement	Renseignements quant aux portions d'alcool par verre et directives sur la consommation n'entraînant que de faibles risques Contraception, au besoin Message et commentaires clairs Favoriser et soutenir la motivation au changement Aide pour ce qui est de l'établissement d'objectifs et de l'atténuation des torts Consultation de suivi auprès du partenaire ou du conjoint, dans la mesure du possible Orientation vers d'autres services, au besoin Tableaux sur la détermination du moment propice pour ce qui est de l'allaitement et de l'utilisation d'un tire-lait	Interventions de courte durée à de multiples reprises Entrevue motivationnelle Appels téléphoniques de suivi dans les cas de grossesse, de non-utilisation d'un moyen de contraception ou d'allaitement
Dépendance à l'alcool	Renseignements au sujet de l'ETCAF Renseignements sur les risques de la forte consommation d'alcool et de la dépendance pour la santé Renseignements sur le processus de sevrage et les stades de la récupération Renseignements au sujet des options de traitement et de soutien Grossesse—l'abstinence constitue l'option la plus sûre (aucune « quantité sûre » connue), compte tenu de la dépendance Choix contraceptifs adaptés au mode de vie Allaitement et consommation à la suite de l'accouchement	Contraception, au besoin Message et commentaires clairs Favoriser et soutenir la motivation au changement Aide pour ce qui est de l'établissement d'objectifs Orientation et soutien pour ce qui est de l'accès au traitement Options de prise en charge/traitement pour ce qui est du sevrage Exploration de la nécessité d'une médication Consultation de suivi auprès du partenaire ou du conjoint Continuer de favoriser et de soutenir le changement Options quant à l'allaitement au biberon à la suite de l'accouchement	Interventions de courte durée à de multiples reprises Entrevue motivationnelle Orientation en vue du traitement Médication Appels téléphoniques de suivi

semaines à la suite de l'accouchement, et ont par la suite fait l'objet d'un suivi de cinq ans. Le groupe traitement a bénéficié d'une intense intervention de courte durée (1 heure). Dans le cadre des grossesses subséquentes, les femmes du groupe « ICD » ont connu une consommation considérablement moindre et ont accouché d'un moins grand nombre d'enfants prématurés ou de faible poids de naissance. À 13 mois, les enfants nés de mères issues du groupe « ICD » présentaient un meilleur fonctionnement neurologique que les enfants nés de mères issues du groupe témoin¹³.

Résultats pour ce qui est des femmes enceintes

Nous disposons également de données indiquant que les ICD sont efficaces pour ce qui est des femmes enceintes; toutefois, le nombre d'études se penchant sur cette population est plus limité que pour ce qui est d'autres populations^{1,14-19}. O'Conner et Whaley¹⁹ ont signalé que, au sein du groupe « traitement ICD », les femmes enceintes étaient cinq fois plus susceptibles d'avoir signalé s'être abstenues de consommer de l'alcool qu'au sein du groupe témoin. Au sein du groupe « traitement ICD », le taux de mortalité infantile était trois fois plus faible qu'au sein du groupe témoin; de plus, les nouveau-nés issus du groupe ICD présentaient une longueur et un poids de naissance plus élevés que ceux des nouveau-nés issus du groupe témoin.

Chang et coll¹⁸ et O'Conner et Whaley¹⁹ a constaté que les ICD présentent une efficacité accrue en matière de réduction de la consommation d'alcool des femmes enceintes lorsqu'une personne de confiance choisie par la patiente l'accompagne dans le cadre des ICD. Cette personne peut être la mère de la patiente, une amie ou un partenaire. Le fait d'inclure la personne de confiance au counseling s'est avéré particulièrement efficace auprès des femmes qui présentaient de forts niveaux de consommation d'alcool. L'échantillon de population utilisé dans le cadre de l'étude de Chang était principalement composé de femmes enceintes mariées, éduquées et de classe moyenne qui ont choisi leur partenaire à titre de personne de confiance. Une étude portant sur les mères naturelles d'enfants atteints du syndrome d'alcoolisation fœtale de l'état de Washington a constaté que la plupart de ces femmes avaient des partenaires qui ne les soutenaient pas dans leur tentative de cesser de boire²⁰. Puisque les problèmes d'alcool sont en corrélation avec le fait de subir de la violence relationnelle²¹, les préférences des femmes pour ce qui est de l'inclusion de leur partenaire à titre de personne de confiance devraient être explorées et non présumées.

De façon générale, l'entrevue motivationnelle constituait le type le plus courant d'intervention de courte durée à être signalé dans les études portant sur les femmes enceintes / femmes en âge de procréer et l'alcool²². L'EM motive les personnes à modifier leurs comportements par

l'exploration et la résolution des contradictions et de l'ambivalence²³. Il a été démontré que l'EM était particulièrement efficace pour ce qui est d'aider les femmes connaissant une consommation problématique d'alcool à éviter une grossesse exposée à l'alcool; elle s'est également avérée utile pour ce qui est d'aider les femmes alcooliques à réduire leur consommation et à participer à une thérapie.

Réduction des torts

Certaines données indiquent que le recours à une approche visant la réduction des torts peut s'avérer utile dans notre travail auprès des femmes en âge de procréer²⁴. La réduction des torts met en jeu le fait d'aider les femmes à réduire les torts associés à la consommation de substances psychoactives, ainsi que celui d'établir des objectifs réalistes et atteignables visant la réduction de leur consommation d'alcool, dans le cadre de leurs efforts vers l'atteinte de l'abstinence ou lorsque celle-ci n'est pas possible²⁵. Voici comment Motz et coll. ont formulé l'un des fondements de l'approche visant la réduction des torts :

« Le fait de s'éloigner de la stigmatisation, de la culpabilité, de la confrontation et de la honte pour adopter une approche habilitante fondée sur les forces de la patiente. L'adoption d'une approche respectueuse et non critique par le fournisseur de soins de santé permet l'établissement d'objectifs visant la réduction de la consommation plutôt que l'abstinence immédiate »²⁶.

Cela s'avère important puisque bon nombre des femmes qui présentent une dépendance à l'alcool ne seraient pas en mesure de se soumettre à un traitement ou de poursuivre leur engagement si une approche de traitement fondée sur l'abstinence était présentée par le fournisseur de soins comme étant la seule voie ou le seul objectif valable.

Femmes enceintes ayant consommé une certaine quantité d'alcool

Une faible exposition à l'alcool aux débuts de la grossesse est plutôt fréquente, particulièrement en raison du fait que de nombreuses grossesses ne sont pas planifiées. Il est possible que les femmes qui ont connu une telle situation entretiennent des préoccupations au sujet des torts possibles ayant ainsi été infligés à leur fœtus et que certaines d'entre elles cherchent à obtenir une interruption de grossesse pour cette seule raison. Les données disponibles sur les effets d'une faible consommation d'alcool ne justifient pas le fait de consentir à une telle demande.

Femmes enceintes qui présentent une dépendance à l'alcool

Les femmes enceintes sont généralement motivées à modifier leurs comportements de consommation et les problèmes de

dépendance à l'alcool sont relativement rares²⁷. Les femmes qui vivent une dépendance à l'alcool ont habituellement plus de difficulté à cesser de boire pendant la grossesse que les femmes qui ne présentent pas de problèmes de dépendance; elles nécessitent du counseling et du soutien plus intenses et spécialisés. Elles ont également besoin d'un soutien médical au cours du processus de sevrage, ainsi que d'un soutien pour leur participation à un traitement visant la dépendance à l'alcool. Des soins médicaux spécialisés devraient être offerts aux femmes enceintes qui vivent une dépendance à l'alcool. Les femmes qui connaissent des problèmes d'alcool et de dépendance courent le risque d'être exposées à un grand nombre d'autres problèmes de santé, lesquels peuvent également nécessiter une attention²⁸. Les fournisseurs de soins de santé orientant ces patientes devraient indiquer la présence d'une grossesse pour s'assurer d'un accès prioritaire au traitement.

Interventions intenses

Dans la plupart des cas, les problèmes d'alcool et de dépendance sont les symptômes de problèmes socio-affectifs sous-jacents. La stigmatisation infligée aux femmes enceintes et aux nouvelles mères qui consomment de l'alcool (ainsi que des problèmes de plus grande envergure au sein du milieu social de la patiente) peut nuire à l'accès à des services de soutien appropriés²⁹. Nous disposons de données satisfaisantes indiquant que les programmes intenses de sensibilisation faisant appel à des visites à domicile sont efficaces pour ce qui est d'aider les femmes en âge de procréer vivant une dépendance à l'alcool à obtenir les services dont elles ont besoin pour apporter des changements à leur vie^{26,30}.

Communication au sujet de la consommation d'alcool des femmes

La consommation de substances psychoactives par les femmes demeure grandement stigmatisée, ce qui fait en sorte que les femmes sont moins susceptibles de divulguer leurs problèmes de consommation lorsqu'elles tentent d'obtenir accès à des services³¹. De surcroît, il est possible que ces femmes aient à faire face à une résistance considérable de la part de leurs partenaires, de leurs amis et de leur famille lorsqu'elles démontrent un certain intérêt envers le traitement²⁰. Les rôles des femmes à titre de mères et d'aidantes peuvent souvent créer d'autres obstacles quant à l'accès aux soins et au traitement. Les femmes signalent qu'elles hésitent à discuter de leur consommation de substances psychoactives avec des fournisseurs de soins parce qu'elles ont peur de susciter des craintes au sujet du bien-être de leurs enfants et de se faire juger²⁹.

La communication des antécédents de consommation des femmes et de leur état actuel à ce chapitre constitue une

question délicate. Lorsque des détails sur la consommation maternelle sont révélés dans le cadre de consultations médicales, il s'avère important de les documenter dans les dossiers médicaux tant de la mère que de l'enfant, puisqu'il pourrait s'agir de la seule source de renseignements disponible au sujet de la consommation maternelle d'alcool lorsqu'un diagnostic d'ETCAF en vient à être envisagé. Il est important de reconnaître que les renseignements au sujet de la consommation maternelle d'alcool peuvent également être utilisés de façon injuste, non pas pour soutenir la santé de la femme et de l'enfant mais bien pour justifier le retrait de l'enfant de son milieu; pour cette raison, il est possible que les femmes ne soient pas disposées à discuter de leur consommation d'alcool avec des professionnels de la santé ou autres. La communication des renseignements au sujet de la consommation d'alcool devrait s'effectuer dans le plus grand respect de la confidentialité et des autres droits de la patiente en question, conformément aux normes de la pratique médicale.

Déclaration sommaire

4. Des interventions intenses et adaptées sur les plans de la culture, du sexe et de la famille doivent être mises à la disposition des femmes qui connaissent une consommation problématique et/ou une dépendance à l'alcool. (II-2)

Recommandations

5. Les interventions de courte durée sont efficaces et devraient être mises en œuvre par les fournisseurs de soins de santé auprès des femmes qui présentent une consommation risquée d'alcool. (II-2B)
6. Lorsqu'une femme continue à consommer de l'alcool pendant la grossesse, la mise en œuvre de stratégies de réduction des torts / de traitement devrait être favorisée. (II-2B)
7. Les femmes enceintes devraient se voir accorder un accès prioritaire aux services de prise en charge du sevrage et de traitement. (III-A)
8. Les fournisseurs de soins de santé devraient aviser les femmes du fait qu'une faible consommation d'alcool aux débuts de la grossesse ne constitue pas une indication d'interruption de grossesse. (II-2A)

RÉFÉRENCES

1. Chang G. « Screening and brief interventions in prenatal care settings », *Alcohol Res Health*, vol. 28, 2004, p. 80–4.
2. Wilk A, Jensen, NM, Havighurst TC. « Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers », *J Gen Intern Med*, vol. 12, 1997, p. 274–83.
3. 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 US Preventive Services Task Force », *Ann Intern Med*, vol. 140, 2004, p. 557–68.

4. Bertholet N, Daeppen J, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. « Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care », *Arch Intern Med*, vol. 165, 2005, p. 986–95.
5. Cuijpers P, Riper H, Lemmers, L. « The effects on mortality of brief intervention in primary care: a systematic review and meta-analysis », *Addiction*, vol. 99, 2004, p. 839–45.
6. Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. « Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis », *Alcohol Clin Exp Res*, vol. 26, janvier 2002, p. 36–43.
7. Mengel MB, Searight HR, Cook K. « Preventing alcohol-exposed pregnancies », *J Am Board Fam Med*, vol. 19, 2006, p. 494–505.
8. Rollnick S, Miller WR, Butler C. *Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior*, New York : The Guildford Press; 2008, p. 210.
9. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. « Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis », *Br J Gen Pract*, vol. 55, 2005, p. 305–12.
10. Floyd RL, Sobell M, Velasquez M, Ingersoll K, Nettleman M, Sobell L et coll. « Preventing alcohol-exposed pregnancies: a randomized controlled trial », *Am J Prev Med*, vol. 32, 2007, p. 1–10.
11. Ingersoll KS, Ceperich S, Nettleman M, Karanda K, Brocksen S, Johnson B. « Reducing alcohol-exposed pregnancy risk in college women: initial outcomes of a clinical trial of a motivational intervention », *J Subst Abuse Treat*, vol. 29, 2005, p. 173–80.
12. Velasquez MM, Ingersoll KS, Sobell M, Floyd RL, Carter-Sobell L, von Sternberg K. « A dual-focus motivational intervention to reduce the risk of alcohol-exposed pregnancy », *Cogn Behav Pract*, vol. 1, n° 17, 2010, p. 203–12.
13. Hankin J, Sokol R, Canestrelli J, Shernorr N. « Protecting the next pregnancy: I. Impact on drinking during the subsequent pregnancy », *Alcohol Clin Exp Res*, vol. 24 (suppl.), 2000, p. 103A.
14. 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, DOI : 10.1002/14651858.CD004228.pub2.
15. Reynolds KD, Coombs D, Lowe J. « Evaluation of a self-help program to reduce alcohol consumption among pregnant women », *Int J Addict*, vol. 30, 1995, p. 427–43.
16. Handmaker NS, Miller WR, Manicke M. « Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers », *J Stud Alcohol*, vol. 60, 1999, p. 285–7.
17. Jones-Webb R, McKiver M, Pirie P, Miner K. « Relationships between physician advice and tobacco and alcohol use during pregnancy », *Am J Prev Med*, vol. 16, 1999, p. 244–7.
18. Chang G, McNamara TK, Orav EJ, Koby D, Lavigne A, Ludman B et coll. « Brief interventions for prenatal alcohol use: a randomized trial », *Obstet Gynecol*, vol. 105, 2005, p. 991–8.
19. O'Connor MJ, Whaley SE. « Brief intervention for alcohol use by pregnant women », *Am J Public Health*, vol. 97, 2007, p. 252–8.
20. Astley SJ, Bailey D, Talbot C, Clarren SK. « Fetal alcohol syndrome (FAS) primary prevention through FAS diagnosis: II. A comprehensive profile of 80 birth mothers of children with FAS », *Alcohol Alcohol*, vol. 35, 2000, p. 509–19.
21. Logan T, Walker R, Cole J, Leukefeld C. « Victimization and substance abuse among women: contributing factors, interventions, and implications », *Rev Gen Psychol*, vol. 6, 2002, p. 325–97.
22. Parkes T, Poole N, Salmon A, Greaves L, Urquhart C. *Double exposure: a better practices review on alcohol interventions during pregnancy*, Vancouver, C.-B. : British Columbia Centre of Excellence for Women's Health; 2008.
23. Miller WR, Rollnick S. « Ten things that motivational interviewing is not », *Behav Cogn Psychother*, vol. 37, 2009, p. 129–40.
24. Boyd SC, Marcellus L. *With child: substance use during pregnancy: a woman-centred approach*, Halifax, N.-É. : Fernwood Publishing; 2007, p. 91–104.
25. British Columbia Ministry of Health. *Harm reduction: a British Columbia community action guide*, Victoria, C.-B. : Gouvernement de Colombie-Britannique; 2005.
26. Motz M, Leslie M, Pepler DJ, Moore TE, Freeman PA. « Breaking the cycle: measures of progress 1995-2005 », *J FAS Int*, vol. 4 (suppl.), 2006, p. e22.
27. Hankin J, NeCaul ME, Heussner J. « Pregnant, alcohol-abusing women », *Alcohol Clin Exp Res*, vol. 24, 2000, p. 1276–86.
28. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). *Alcohol: a women's health issue. US Department of Health and Social Services*. Disponible à : <http://www.niaaa.nih.gov/NR/rdonlyres/57DD6ADD-6209-42BA-8831-754AD7580FBF/0/WomensBrochure.pdf>. Consulté en décembre 2009.
29. Poole N, Isaac B. *Apprehensions: barriers to treatment for substance-using mothers*. Vancouver, C.-B. : British Columbia Centre of Excellence for Women's Health; 2001. Disponible à : <http://www.bcewh.bc.ca/publications-resources/documents/apprehensions.pdf>. Consulté en décembre 2009.
30. Grant TM, Ernst CC, Streissguth A, Stark K. « Preventing alcohol and drug exposed births in Washington state: intervention findings from three parent-child assistance program sites », *Am J Drug Alcohol Abuse*, vol. 31, 2005, p. 471–90.
31. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessons learned. Drug abuse treatment toolkit series*, Vienne : UNODC; 2004.

Scénarios de grossesse

Penchez-vous sur les scénarios suivants. Quels sont les aspects qui doivent faire l'objet d'une discussion dans chacun de ces cas?

Ces scénarios de grossesse constituent des exemples de cas auxquels sont confrontés les praticiens de la santé. Le modèle de discussion utilise les rubriques « Évaluation », « Conseil » et « Aide ». L'ordre de ce modèle de discussion n'est pas linéaire et la réévaluation de la consommation d'alcool dans le cadre des consultations subséquentes devrait systématiquement faire partie des soins offerts. À chaque praticien de choisir la méthode de dépistage avec laquelle il se sent le plus à l'aise : questions uniques, entrevue motivationnelle, discussions informelles, récapitulation chronologique (outil *Timeline Followback*) ou outils standardisés.

1. Janine a 26 ans et vous consulte pour discuter de ses préoccupations. Il y a deux semaines, elle a découvert qu'elle était enceinte. Il s'agit de sa première grossesse et elle n'était pas planifiée. Une échographie menée aujourd'hui confirme un âge gestationnel de huit semaines. Il y a quelques semaines, elle célébrait un anniversaire avec des amis et a bu trois coupes de vin. Le jour précédant la découverte de sa grossesse, elle s'est rendue dans un bar avec quelques collègues après le travail et a bu deux verres. Elle a consulté plusieurs sources sur Internet et vous présente maintenant une demande d'interruption de grossesse.

Conseil : Ce niveau de consommation d'alcool ne s'accompagne que de faibles risques. Ce niveau de consommation d'alcool n'affectera probablement pas le fœtus. Les options dans le cas d'une grossesse non planifiée peuvent être examinées.

Aide : Soutenez les choix de Janine. Offrez-lui des renseignements sur la consommation d'alcool pendant la grossesse, ainsi que des renseignements factuels à partager avec ses amies.

Réévaluez sa consommation d'alcool dans le cadre de la prochaine consultation. La tenue d'une évaluation approfondie ne s'avère pas indiquée en ce moment puisque Janine a révélé sa consommation actuelle d'alcool. Passez en revue les renseignements sur les effets de la consommation d'alcool et les recommandations, particulièrement lorsqu'une personne de confiance choisie est présente pendant la consultation.

2. Josée est une étudiante d'université de 20 ans. Elle fait régulièrement la fête pendant la fin de semaine, occasions au cours desquelles elle consomme souvent de six à huit bières à la fois. Hier, elle a découvert qu'elle était enceinte (neuf semaines de gestation). Elle souhaite poursuivre sa grossesse et planifie cesser de boire. Elle entretient des préoccupations au sujet du bien-être du fœtus.

Évaluation : Ce profil correspond au concept de l'excès occasionnel d'alcool. Une gamme de méthodes peuvent être utilisées pour évaluer sa consommation : un outil standardisé, une récapitulation chronologique (outil *Timeline Followback*) ou une discussion au sujet de ses profils de consommation. Passez en revue les objectifs. Reconnaissez que Josée pourrait trouver difficile de modifier ses profils de consommation d'alcool en raison des liens qui les unissent à sa vie sociale.

Conseil : Il est prudent de s'abstenir de boire de l'alcool pendant la grossesse. Le profil de la consommation de Josée suscite des préoccupations. La consommation répétée de plus de quatre ou cinq verres d'alcool à la fois peut donner lieu à des lésions fœtales. La poursuite des excès occasionnels d'alcool entraîne des risques pour le fœtus.

Nous ne pouvons prédire si des lésions fœtales ont été infligées. Il existe un risque que des effets indésirables aient déjà été exercés sur le fœtus; toutefois, la nature et la portée de ces effets ne peuvent être quantifiées. Nous ne pouvons d'aucune façon établir un diagnostic prénatal de façon à inclure ou à exclure un effet fœtal. Soutenez le choix de Josée de poursuivre sa grossesse.

Aide : Demandez à Josée si elle nécessite ou souhaite obtenir de l'aide pour mettre fin à sa consommation d'alcool. Offrez de l'orienter vers des conseillers spécialisés ou des programmes de soutien.

Réévaluez sa consommation d'alcool dans le cadre d'une future consultation. Passez en revue les renseignements sur les effets de la consommation d'alcool et les recommandations, particulièrement lorsqu'une personne de confiance choisie est présente pendant la consultation.

3. Zara est une avocate de 35 ans qui est heureuse d'être enceinte pour la première fois à cinq semaines de gestation. Elle se présente à une clinique sans

rendez-vous pour un test de grossesse. La grossesse est alors confirmée et on lui remet le dépliant de la SOGC sur la grossesse en santé. Elle l'a lu et se pose des questions. Dans le cadre de sa première consultation prénatale, son médecin lui a demandé « À quand remonte votre dernier verre? » et Zara lui a répondu « Une simple coupe de vin au souper ».

Évaluation : Diverse méthodes d'évaluation, faisant appel à des questions ouvertes ou à un outil standardisé, peuvent être utilisées. Tentez de quantifier la consommation d'alcool.

Conseil : Il est prudent de s'abstenir de consommer de l'alcool pendant la grossesse. Reportez-vous au dépliant pour passer en revue les recommandations quant à une grossesse en santé.

Aide : Aidez Zara à définir ses objectifs, y compris la nature du soutien dont elle aura besoin pour modifier ses habitudes, au moyen de questions et d'affirmations telles que « Que signifient pour vous ces renseignements sur la consommation d'alcool et la grossesse en santé? Influencent-ils votre façon d'envisager votre situation? » et « Nous continuerons de vous offrir notre soutien pendant la grossesse de façon à ce que vous accouchiez d'un enfant en santé ».

Réévaluez sa consommation d'alcool dans le cadre d'une future consultation. Passez en revue les renseignements sur les effets de la consommation d'alcool et les recommandations, particulièrement lorsqu'une personne de confiance choisie est présente pendant la consultation.

4. **Sheila** a 35 ans, (gravida 7, para 5, abortus 1), et se trouve actuellement à 12 semaines de gestation. Quelques fois par semaine, elle aime bien boire quelques bières au cours de la soirée pour gérer le stress attribuable à un ménage bruyant. Elle affirme qu'elle buvait de quatre à six bières, trois ou quatre fois par semaine, mais que, depuis qu'elle sait qu'elle est enceinte, elle a réduit sa consommation à une ou deux bières, deux ou trois fois par semaine.

Évaluation : Quantifiez la consommation d'alcool et cherchez à établir clairement le moment à partir duquel la consommation d'alcool a été réduite. Le modèle de récapitulation chronologique (*Timeline Followback*) pourrait contribuer à l'identification des profils de consommation et des quantités consommées.

Conseil clinique :

La consommation d'autres substances psychoactives est courante et doit être prise en considération chez les femmes qui consomment de l'alcool.

Il est important que le fournisseur de soins de santé détermine la chronologie de la consommation problématique d'alcool. Posez des questions telles que « Serez-vous en mesure d'atteindre vos objectifs en matière de réduction de la consommation d'alcool? » ou « De quel type de soutien aurez-vous besoin pour réduire votre consommation d'alcool ou pour vous abstenir d'en consommer? »

Conseil : Soutenez les efforts que Sheila a déployés jusqu'à présent. Avisez Sheila qu'il est plus prudent de s'abstenir de consommer de l'alcool pendant la grossesse. Si Sheila ne peut mettre fin à sa consommation, elle devrait être incitée à continuer à la réduire. Des méthodes de réduction des torts devraient être mises en œuvre.

Nous ne pouvons prédire si des lésions fœtales ont été infligées. Il existe un risque que des effets indésirables aient déjà été exercés sur le fœtus; toutefois, la nature et la portée de ces effets ne peuvent être quantifiées. Nous ne pouvons d'aucune façon établir un diagnostic prénatal de façon à inclure ou à exclure un effet fœtal.

Aide : Demandez à Sheila ce qui l'a aidé à réduire sa consommation d'alcool jusqu'à présent. Souhaite-t-elle consulter un conseiller spécialisé dans les domaines de l'alcool, des drogues ou de l'accoutumance? Quelles sont certaines des options qui pourraient permettre de remonter aux origines de sa consommation? Renflouez les réseaux de soutien et envisagez l'élaboration de plans visant la gestion du stress. Encouragez Sheila à prendre les devants et à trouver des moyens de soutenir son abstinence. Envisagez la mise en œuvre d'appels téléphoniques de suivi et, dans la mesure du possible, d'une orientation vers des programmes de visite à domicile.

Réévaluez sa consommation d'alcool dans le cadre d'une future consultation. Passez en revue les renseignements sur les effets de la consommation d'alcool et les recommandations, particulièrement lorsqu'une personne de confiance choisie est présente pendant la consultation.

5. **Alana** a 30 ans et présente une première grossesse non planifiée (10 semaines de gestation). À la suite du décès de son partenaire il y a deux ans, Alana a commencé à boire un ou deux verres de vodka (mélangée à du jus) tous les matins et une bouteille de vin tous les soirs pour atténuer la douleur qu'elle ressent face à son deuil. Elle est devenue enceinte il y a quelques mois après être sortie dans un bar et ne se rappelle pas de ce qui s'est passé ni de l'identité de son amant d'un soir. Elle souhaite poursuivre sa grossesse. Elle admet qu'elle n'a que peu d'amis à l'extérieur de son milieu de travail; de plus, ses parents et sa sœur vivent à l'étranger. Elle ne peut dormir sans consommer d'alcool, mais souhaite prévenir les torts qui pourraient être infligés à son enfant.

Conseil clinique :

Il est possible qu'une patiente éprouve de la réticence à divulguer à son praticien la pleine ampleur de sa consommation d'alcool. Elle pourrait tenter de mettre le fournisseur de soins à l'épreuve afin de savoir si elle sera jugée par ce dernier.

Évaluation : Une discussion ou une gamme d'outils pourraient être utilisés pour évaluer la consommation d'alcool. Le profil de consommation d'Alana correspond au concept de la dépendance à l'alcool.

Conseil : Nous faisons face ici à un niveau élevé de risque d'effets d'alcoolisation fœtale. La santé même d'Alana nous préoccupe également. Discutez de la gravité de l'exposition et de la nécessité de mettre fin à la consommation d'alcool.

Aide : Si Alana y consent, orientez-la vers un programme de soutien et/ou de traitement et vers des groupes de soutien communautaires afin d'accroître ses soutiens sociaux. Assurez un suivi auprès d'Alana au sujet de sa consommation d'alcool. Abordez la question du counseling des personnes en deuil.

Réévaluez sa consommation d'alcool dans le cadre d'une future consultation. Passez en revue les renseignements sur les effets de la consommation d'alcool et les recommandations, particulièrement lorsqu'une personne de confiance choisie est présente pendant la consultation.

6. Sarah a deux enfants et est maintenant enceinte d'un troisième. Il y a trois ans, Sarah s'est avérée incapable de quitter un partenaire violent et a vu ses enfants être confiés aux services de la protection de la jeunesse. Sarah a perdu espoir quant à ses capacités en tant que parent. Elle s'adonne à une forte consommation d'alcool. Dès qu'elle dispose d'un peu d'argent, elle boit au moins huit bières et consomme d'autres substances psychoactives. Elle se présente à une clinique prénatale sans rendez-vous à la 27^e semaine de gestation.

Évaluation : La mise en œuvre d'une méthode de récapitulation chronologique (*Timeline Followback*) pourrait s'avérer utile pour aider Sarah à identifier ses profils de consommation. Quantifiez la consommation d'alcool. Clarifiez la situation en ce qui concerne la consommation de toute autre substance psychoactive et cherchez à connaître sa situation sociale et le soutien dont elle peut bénéficier.

Conseil : Discutez des effets globaux de la consommation d'alcool sur la santé de Sarah et sur la grossesse en

cours. Encouragez Sarah à réduire sa consommation d'alcool pour sa propre santé et pour assurer le bon développement du fœtus. Il n'est jamais trop tard pour commencer à vivre sainement. Encouragez Sarah à revenir vous consulter pour obtenir des soins prénatals. Facilitez la mise en œuvre continue d'occasions d'obtenir des soins prénatals.

Aide : La mise en œuvre d'une approche de réduction des torts peut convenir à la situation de Sarah. Encouragez Sarah à percevoir les risques auxquels s'exposent. Évaluez sa capacité de changement. Soutenez Sarah si elle envisage de participer à un programme de détoxification ou de réadaptation. Lorsqu'elle démontre un certain intérêt envers de tels programmes, faites en sorte d'accélérer le processus d'orientation et d'acceptation.

Réévaluez sa consommation d'alcool dans le cadre d'une future consultation. Passez en revue les renseignements sur les effets de la consommation d'alcool et les recommandations, particulièrement lorsqu'une personne de confiance choisie est présente pendant la consultation.

7. Giselle est une femme de 27 ans (gravida 3, para 2) qui en est à la 14^e semaine de gestation et qui vous consulte après avoir raté son rendez-vous de la semaine précédente. Elle présente des contusions au bras et lorsque vous lui posez des questions à ce sujet, elle répond qu'elle a glissé et est tombée à sa sortie d'une fête menée avec un groupe d'amis.

Évaluation : Une discussion ou une gamme d'outils pourraient être utilisés pour évaluer la consommation d'alcool. Posez-lui également des questions au sujet d'une possible relation de violence et de possibles violences exercées par le partenaire intime. Envisagez l'utilisation de l'outil ALPHA.

Aide : Discuter des programmes communautaires offerts aux femmes qui ont connu des relations de violence. Reconnaissez qu'il est courant de voir les femmes qui ont subi de la violence de la part d'un partenaire intime se tourner vers l'alcool.

Conseil : Offrez-lui des renseignements sur la consommation d'alcool pendant la grossesse, ainsi que des renseignements factuels à partager avec ses amies.

Réévaluez sa consommation d'alcool dans le cadre d'une future consultation. Passez en revue les renseignements sur les effets de la consommation d'alcool et les recommandations, particulièrement lorsqu'une personne de confiance choisie est présente pendant la consultation.

Annexe

ENSEMBLE DES TROUBLES CAUSÉS PAR L'ALCOOLISATION FŒTALE (ETCAF) : RÉSUMÉ DU PROCESSUS DIAGNOSTIQUE

1. Critères du SAF, du SAF partiel et du trouble neurologique du développement lié à l'alcool (TNDLA), après avoir écarté les autres diagnostics possibles :

- a. Signes d'altération de la croissance prénatale ou postnatale pour ce qui est d'au moins un des éléments suivants (**SAF seulement**):
 - i. Poids de naissance ou taille de naissance équivalant au 10^e percentile en fonction de l'âge gestationnel ou en deçà.
 - ii. Taille ou poids équivalant au 10^e percentile en fonction de l'âge ou en deçà.
 - iii. Rapport taille-poids disproportionné faible équivalant au 10^e percentile ou en deçà.
- b. Présentation simultanée des anomalies faciales suivantes, quel que soit l'âge (**SAF : tous les trois, SAF partiel : deux des trois**) :
 - i. Fissure palpébrale de faible longueur (2 écarts-types ou plus en deçà de la moyenne).
 - ii. Sillon sous-nasal lisse ou aplati (rang 4 ou 5 selon le guide lèvre-sillon sous-nasal).
 - iii. Mince lèvre supérieure (rang 4 ou 5 selon le guide lèvre-sillon sous-nasal).
- c. Signes d'altération pour ce qui est de 3 des domaines du système nerveux central (SNC) suivants ou plus (**SAF, SAF partiel et TNDLA**) :
 - i. Signes concrets et discrets d'atteinte neurologique
 - ii. Structure cérébrale
 - iii. Cognition (QI)
 - iv. Communication
 - v. Rendement scolaire
 - vi. Mémoire
 - vii. Fonctionnement exécutif et raisonnement abstrait
 - viii. Déficit de l'attention / hyperactivité
 - ix. Comportement adaptatif
 - x. Aptitudes sociales
 - xi. Communication sociale
- d. Exposition maternelle à l'alcool confirmée (**SAF partiel et TNDLA**). Le SAF peut être diagnostiqué sans cet élément lorsque les éléments a), b) et c) sont tous présents.

2. Examen physique et diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel des anomalies du SNC met en jeu le fait d'écarter la présence possible d'autres troubles (ainsi que celui de définir les comorbidités) et s'avère essentiel compte tenu de la variété des syndromes qui partagent des caractéristiques avec le SAF.

Croissance / traits faciaux

La croissance devrait faire l'objet d'un suivi afin de détecter les carences prénatales et postnatales définies comme une taille, un poids ou un rapport taille-poids équivalant au 10^e percentile ou en deçà (1,5 écart-type [σ] en deçà de la moyenne).

Les trois traits faciaux uniques à la toxicité alcoolique *in utero* sont :

- a. Fissure palpébrale de faible longueur, équivalant au 3^e percentile ou en deçà (2 σ en deçà de la moyenne)
- b. Sillon sous-nasal lisse ou aplati, 4 ou 5 sur l'échelle Likert en 5 points
- c. Mince vermillon de la lèvre supérieure, 4 ou 5 sur l'échelle Likert en 5 points

La présence d'autres dysmorphologies devrait être évaluée dans le contexte des comorbidités.

3. Évaluation du comportement neurologique

Des évaluations devraient être menées pour ce qui est des domaines suivants :

- a. Signes concrets et discrets d'atteinte neurologique
- b. Structure cérébrale
- c. Cognition (QI)
- d. Communication : réceptive et expressive
- e. Rendement scolaire
- f. Mémoire
- g. Fonctionnement exécutif et raisonnement abstrait
- h. TDA / TDAH

Les éléments susmentionnés doivent être soutenus par une batterie de tests psychologiques afin de déterminer l'altération, laquelle est définie lorsque :

- les scores se situent 2 σ en deçà de la moyenne ou plus;
- un écart d'au moins 1 σ existe entre les sous-domaines;
- un écart d'au moins 1,5 à 2 σ existe au sein des sous-tests pour ce qui est d'une mesure, en prenant en considération la fiabilité de la mesure en question et la variabilité normale au sein de la population.

La présence de signes d'altération dans 3 domaines s'avère nécessaire pour l'établissement d'un diagnostic.

4. Code diagnostique à 4 chiffres

Les quatre chiffres du code reflète l'ampleur de l'expression des quatre caractéristiques clés du SAF dans l'ordre suivant :

- a. Insuffisance de la croissance
- b. Traits faciaux du SAF

c. Lésion ou dysfonctionnement du SNC

d. Exposition prénatale à l'alcool

L'ampleur de l'expression de chacune des caractéristiques est évaluée de façon indépendante sur une échelle de Likert en 4 points, dans le cadre de laquelle 1 reflète une absence totale de la caractéristique en question du SAF et 4, une forte présence « classique » de cette caractéristique.

National Office / Bureau national

**Executive Vice-President /
Vice-président administratif**

André B. Lalonde, MD, FRCSC – Ottawa

**Associate Executive Vice-President /
Vice-présidente administrative
associée**

Vyta Senikas, MD, FRCSC – Ottawa

The Society of Obstetricians and
Gynaecologists of Canada /
La Société des obstétriciens et
gynécologues du Canada
780 Echo Drive
Ottawa, Ontario K1S 5R7
tel: (613) 730-4192 or 1-800-561-2416
fax: (613) 730-4314
www.sogc.org

Published for the Society of Obstetricians
and Gynaecologists of Canada by the
Canadian Psychiatric Association /
Publié pour la Société des obstétriciens et
gynécologues du Canada par l'Association
des psychiatres du Canada
141 Laurier Avenue West, Suite 701,
Ottawa ON K1P 5J3

**Director, Scientific Publications/
Directrice, Publications scientifiques**

Virginia St-Denis

**Editorial Coordinator /
Coordonnatrice à la rédaction**

Helen Cory

Desktop Publisher / Micro-éditrice

Helen Cory

Proofreader / Correctrice d'épreuves

Candace Taylor

**Periodicals Production Manager /
Gestionnaire, production des
périodiques**

Smita Hamzeh

**Online publishing /
Publication en ligne**

Linda Kollesh

**Marketing and advertising sales /
Marketing et publicité**

**Classified advertising /
Annonces classées**

Reprints / Tirés à part

Keith Health Care
Marg Churchill
tel: (905) 278-6700 or 800 661-5004
fax: (905) 278-4850
mchurchill@keithhealthcare.com

JOGC is indexed by the National Library of
Medicine in Index Medicus and its online
counterpart MEDLINE and included in
NLM's PubMed system.

Le JOGC est répertorié par la *National
Library of Medicine* dans *Index Medicus* et
son équivalent en ligne, MEDLINE.
Il est également inclus dans le système
PubMed de la NLM.

All prescription drug advertisements have
been cleared by the Pharmaceutical
Advertising Advisory Board.



Toutes les annonces de médicaments
prescrits ont été approuvées par le Conseil
consultatif de publicité pharmaceutique