



Agence de santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Le point sur la recherche

Consommation d'alcool et grossesse :

Une importante question sociale et de santé publique
au Canada

Canada

Présenté par : Colleen Anne Dell et Gary Roberts

Soutien à la recherche : Debbie Ayotte et Karen Garabedian

Présenté à : Équipe de l'ETCAF, Agence de santé publique du Canada

Date : 2005

Les points de vue exprimés dans le présent document n'engagent que leurs auteurs et ne correspondent pas nécessairement à ceux des organismes dont ils font partie ou de l'Agence de santé publique du Canada.

Mission: Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.

Vision: Des Canadiens et des collectivités en santé dans un monde plus sain.

Agence de santé publique du Canada

Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives Canada

Le point sur la recherche Consommation d'alcool et grossesse :
Une importante question sociale et de santé publique canadienne

Publ. aussi en anglais sous le titre: Research update, alcohol use and pregnancy.

Comprend des réf. bibliogr.

ISBN 0-662-70833-4

No de cat.: HP10-5/2006F

1. Femmes enceintes--Consommation d'alcool. 2. Femmes enceintes--Consommation d'alcool--Prévention. 3. Syndrome d'alcoolisme foetal--Prévention. 4. Femmes enceintes--Consommation d'alcool--Canada. I. Roberts, Gary D. II. Agence de santé publique du Canada III. Titre. IV. Titre: Consommation d'alcool et grossesse : une importante question sociale et de santé publique au Canada.

RG629.F45R4714 2006 614.5'992326861 C2006-980033-2

Elle est également offerte sur demande sur disquette, en gros caractères, sur bande sonore ou en braille.

Available in English under the title:

Research Update: Alcohol Use and Pregnancy: An Important Canadian Public Health and Social Issue

Pour obtenir plus de renseignements ou des copies supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Publications

Santé Canada

Ottawa, Ontario K1A 0K9

Tél. : (613) 954-5995

Télec. : (613) 941-5366

Courriel : info@hc-sc.gc.ca

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2006

PHAC. No. Pub. : 4297

On peut consulter la version électronique du présent rapport à l'adresse suivant :

<http://www.phac-aspc.gc.ca/fasd-etcaf/index_f.html>

Table des matières

1.	Introduction	3
2.	Méthodologie	7
3.	Habitudes de consommation d'alcool des femmes	11
4.	Habitudes de consommation d'alcool des femmes pendant la grossesse	17
4.1	Consommation d'alcool pendant la grossesse et niveaux de consommation	18
4.2	Recommandations et répercussions	26
5.	Caractéristiques et situation des femmes qui consomment de l'alcool pendant la grossesse	29
5.1	Problèmes vécus par les femmes enceintes qui consomment de l'alcool	30
5.2	Recommandations et répercussions	35
6.	Prévention générale des problèmes liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse	39
6.1	Promotion de la santé de la population	41
6.2	Réglementation de l'alcool	41
6.3	Activités de sensibilisation du public	42
6.4	Mesures visant les adolescentes et les jeunes adultes	46
6.5	Stratégies à composantes multiples	47
6.6	Recommandations et répercussions	48
7.	Prévention sélective des problèmes liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse	49
7.1	Messages ciblés de prévention sélective	51
7.2	Identification des femmes enceintes alcooliques ou toxicomanes	51
7.3	Interventions de courte durée	54
7.4	Recommandations et répercussions	57

8.	Mesures de prévention indiquées des problèmes de consommation d'alcool pendant la grossesse	59
8.1	Identification des femmes qui profitent des mesures de prévention indiquées . . .	61
8.2	Obstacles à l'identification des femmes enceintes alcooliques et toxicomanes . . .	62
8.3	Mesures d'action directe	63
8.4	Messages ciblés de mesures de prévention indiquées	64
8.5	Attention prénatale médicale et sociale	65
8.6	Prestation de soins complets et pratiques	70
8.7	Modèles canadiens	74
8.8	La prévention par le biais du diagnostic	75
8.9	Traitement pour les femmes autochtones adapté aux différences culturelles . . .	76
8.10	Rentabilité des soins	77
8.11	Recommandations et répercussions	77
9.	Formation et perfectionnement professionnel	79
9.1	Recommandations et répercussions	82
10.	Politiques et interventions juridiques	83
10.1	Recommandations et répercussions	86
	Références	89
	Tableaux	
	Tableau 1 : Résumé des situations concomitantes vécues par les femmes enceintes qui consomment de l'alcool	32
	Figures	
	Figure 1 : Fréquence de consommation, femmes âgés de 12 ans et plus, 2000-2001	13
	Figure 2: Consommation d'alcool chez les jeunes femmes (consomment une boisson alcoolisée une fois par semaine ou plus), 2001-2002	14
	Figure 3: Consommation d'alcool chez les femmes enceintes et les femmes non enceintes	23
	Figure 4: Différence selon le revenu chez les femmes qui ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours de leur dernière grossesse, 2000-2001 . . .	33

Remerciements

Les auteurs tiennent à exprimer leur gratitude à Mary Berube, Virginia Carver, Margaret Leslie, Nancy Poole, Caroline Tait et Pam Woodsworth qui ont effectué l'examen externe du présent document.

The background features a horizontal split between a light blue upper half and a light pink lower half. On the left side, there are several overlapping circles and arcs in various shades of blue and purple. The number '1' is positioned to the left of the word 'Introduction'.

1 Introduction

La consommation d'alcool chez les femmes pendant la grossesse constitue au Canada une importante question sociale et de santé publique, en raison d'une prise de conscience sociétale plus grande relativement aux coûts personnels et sociaux reliés à l'Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF). Le présent document, qui fait le point sur la recherche, vise à éclairer les discussions actuelles à propos des meilleures approches à adopter face à la consommation d'alcool chez les femmes enceintes, ainsi qu'aux problèmes qui s'y rattachent, fait le sommaire de la documentation canadienne et internationale (principalement américaine). Trois sujets sont abordés : les habitudes de consommation d'alcool des femmes pendant la grossesse (sections III et IV); les caractéristiques et la situation des femmes qui consomment de l'alcool pendant la grossesse (section V); et les interventions sur le plan de la santé publique, des services sociaux, et du système juridique face à la consommation d'alcool chez les femmes enceintes (sections VI - X). Pour chaque sujet, les points forts et les limites de la documentation sont passés en revue, et à partir de là, des recommandations sont proposées pour poursuivre la recherche. S'il y a lieu, l'on discute des répercussions des programmes et des politiques. Le présent rapport s'adresse aux différents partenaires de l'Agence de santé publique du Canada.

Un grand nombre de facteurs complexes et interdépendants permettent d'expliquer la consommation d'alcool chez les femmes. Cela s'applique particulièrement à la consommation d'alcool pendant la grossesse. La consommation d'alcool des femmes enceintes ne peut être séparée des autres aspects de leur vie¹, tels que la violence et le statut socioéconomique, et il semble souvent difficile d'isoler leur consommation d'alcool d'autres comportements potentiellement dommageables, tels que la consommation de tabac et d'autres drogues. En général, la consommation excessive de substances chez les femmes est liée à un ensemble de facteurs biologiques, génétiques, psychologiques, sociaux, culturels, relationnels, environnementaux, économiques et spirituels². Néanmoins, il existe de bonnes raisons pour se concentrer sur l'alcool uniquement. La consommation d'alcool pendant la grossesse peut avoir diverses conséquences négatives pour la santé des femmes, y compris sur leur bien-être physique, mental, émotionnel et spirituel, et elle est l'une des premières causes des anomalies congénitales et des retards du développement chez les enfants canadiens³.

Les femmes qui consomment de l'alcool pendant la grossesse risquent de donner naissance à un enfant atteint de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF), y compris sa forme la plus visible, le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF)^{4,5} i.

i. « L'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) est un terme générique employé pour décrire la gamme des conséquences qui peuvent survenir chez un individu dont la mère a consommé de l'alcool pendant la grossesse. Ces conséquences peuvent inclure des déficiences physiques, intellectuelles, comportementales et d'apprentissage permanentes. L'expression ETCAF n'est pas proposée en vue de son emploi comme diagnostic clinique » (Chudley, A.E., J. Conry, J.L. Cook, C. Loock, T. Rosales, N. LeBlanc (2005). « Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale : lignes directrices canadiennes concernant le diagnostic ». *Journal de l'Association médicale canadienne*. 172 (5 suppl). pp. s1). « Le syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) est un diagnostic médical qui réfère à un ensemble précis d'anomalies liées à la consommation d'alcool durant la grossesse. L'expression effets de l'alcool sur le fœtus sert à décrire certaines anomalies imputables à l'alcoolisation du fœtus lorsque la consommation d'alcool durant la grossesse est confirmée ». (Santé Canada (2001). *The Facts: Fetal Alcohol Syndrome/Fetal; Alcohol Effects*. ON: Santé Canada. p. 1).

Il est difficile d'estimer le nombre d'enfants atteints de l'ETCAF et du SAFⁱⁱ. Les principales difficultés proviennent du fait que la capacité de diagnostic est inadéquate et qu'elle n'est pas uniformément distribuée dans l'ensemble du pays, et aussi du fait que les études se limitent souvent à des populations particulières pas nécessairement représentatives, que certains aspects de la recherche dénotent une faiblesse de méthodologie, et que les études sont en général difficilement comparables⁶. L'on estime que le SAF présente un taux de 1 à 2 pour 1 000 naissances vivantes, tandis que les taux de l'ETCAF sont moins nets mais de toute évidence plus élevés⁷. Dans le Cadre d'Action sur l'ETCAF de Santé Canada, son incidence est estimée à 9 pour 1 000 naissances vivantes⁸. Suite à la récente publication des lignes directrices concernant le diagnostic de l'ETCAF, le calcul de l'incidence deviendra progressivement plus exact. L'on estime également que l'incidence du SAF et de l'ETCAF est plus élevée chez quelques collectivités autochtones du Canada^{9,10}. Certaines études suggèrent des taux allant de 25 à 200 pour 1 000 naissances vivantes dans quelques collectivités nordiques isolées¹¹. Il n'existe pas d'études connues sur le SAF et l'ETCAF chez d'autres populations canadiennes particulières¹².

Il est à présent possible de préciser davantage, mais sans certitude, la quantité d'alcool, s'il y en a une, que les femmes peuvent consommer en toute sécurité pendant leur grossesse sans risque d'affecter le fœtus¹³⁻¹⁶. La quantitéⁱⁱⁱ, le moment^{iv} et la fréquence^v de la consommation d'alcool sont des facteurs essentiels permettant de déterminer le risque d'ETCAF; d'autres facteurs cependant aident à déterminer ce risque, tels que l'âge et la santé de la mère, la consommation d'autres substances, ainsi que la prédisposition génétique de la mère et du fœtus¹⁷. Les plus récentes recherches suggèrent qu'un taux de consommation d'alcool plus modéré pendant la grossesse, comparé à des habitudes de consommation entraînant une alcoolémie

-
- ii. Il est important de reconnaître dès le début du présent rapport que bien qu'il doit y avoir eu consommation d'alcool pendant la grossesse pour que le bébé soit atteint de l'ETCAF, les taux de prévalence et d'incidence de la consommation ne peuvent être comparés avec ceux de cette affection.
 - iii. Une consommation d'alcool « dangereuse » est habituellement définie comme cinq consommations ou plus en une occasion, ou une cuite d'un soir. Certains la définissent comme quatre consommations ou plus pour tenir compte du métabolisme plus lent des femmes par rapport à celui des hommes.
 - iv. Le moment s'entend du stade de la grossesse pendant lequel la femme consomme de l'alcool. Les dommages au fœtus causés par l'alcool aux premiers stades de la conception (trois premières semaines) peuvent entraîner une fausse couche; jusqu'à la douzième semaine, ils peuvent inclure des anomalies de la tête et du visage, des lésions cérébrales et un plus faible poids à la naissance; et aux derniers stades la consommation d'alcool peut également entraîner des retards de développement. Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission : http://corep.aadac.com/for_women/the_basics_about_women/women_brochures_pregnancy.asp.
 - v. Une fréquence « dangereuse » de consommation d'alcool est généralement définie comme sept verres ou plus par semaine.

importante, peuvent causer des troubles cognitifs à long terme¹⁸⁻²⁰ vi. En l'absence d'information conclusive, Santé Canada et les autres autorités, y compris le Department of Health and Human Services des États-Unis^{21,22}, recommandent que les femmes s'abstiennent de consommer de l'alcool pendant la grossesse^{vii}. Les messages publics sur la santé traitent de façon similaire les effets nocifs de l'alcool sur les enfants allaités (ex. : les habitudes de sommeil et de veille, la moindre consommation de lait, les retards du développement de la motricité), et soulignent l'importance de l'horaire de l'allaitement maternel, afin de s'assurer que les femmes et leurs bébés ne soient pas exposés à l'alcool²³⁻²⁵.

Si l'on veut soutenir la santé des femmes enceintes au Canada, et apporter les interventions les plus efficaces, il est essentiel de comprendre les habitudes de consommation des femmes qui consomment de l'alcool pendant la grossesse, les caractéristiques de ces femmes et les circonstances entourant leur consommation. Il est également important d'être informé sur les interventions actuelles au plan de la santé publique, des services sociaux, et du système juridique face à la consommation d'alcool chez les femmes enceintes.

-
- vi.** L'une des préoccupations à l'égard des études qui se concentrent sur des niveaux de consommation modérée d'alcool est qu'elles négligent souvent la complexité des habitudes de consommation et mesurent des niveaux moyens de consommation. Abel observe que « étant donné que c'est le taux d'alcoolémie, plutôt que la quantité d'alcool consommé qui est le facteur déterminant des dommages au fœtus, la différence dans les habitudes de consommation est un facteur essentiel pour déterminer les dangers potentiels de l'alcool » (Abel, E. (1996). Moderate drinking during pregnancy. *Clinica Chimica Acta*. 246. p. 149-154). Par exemple, le calcul de la consommation moyenne ne tient pas compte des différences entre ces deux scénarios : la femme A a consommé deux boissons alcoolisées le vendredi soir et cinq le samedi soir, et la femme B a consommé une boisson alcoolisée chaque soir avec son dîner.
- vii.** Les messages de santé publique qu'il convient de diffuser à propos de la consommation d'alcool pendant la grossesse fait l'objet de débats au niveau national tant qu'international. Voir les sections ultérieures sur la prévention pour de plus amples renseignements.



2 Méthodologie

Une analyse systématique des données actuelles publiées sur la consommation d'alcool chez les femmes pendant la grossesse a été effectuée. Ces données proviennent de la documentation disponible dans les disciplines médicales et sociales^{viii}. La priorité a été accordée à la documentation canadienne postérieure à 1995^{ix} révisée par les pairs, sur la consommation d'alcool des femmes pendant la grossesse. Lorsque la documentation canadienne était inexistante, comme c'était particulièrement le cas pour les évaluations des interventions, la documentation internationale (surtout américaine) a été consultée. De plus, l'on a davantage puisé dans la documentation pertinente concernant le SAF et l'ETCAF pour la section sur les interventions^x. Lorsqu'il était difficile de trouver des preuves dans la documentation, l'on a fait appel à des rapports de recherche, des revues, des documents de travail et des communications personnelles avec des experts dans le domaine pour toutes les sections^{xi}. Bien que l'on n'ait pas tenté de classer les études aux

-
- viii.** L'on a cherché de la documentation (en anglais seulement) dans les bases de données suivantes : Arts and Humanities Citation Index; base de données des ressources documentaires du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies ; base de données de la bibliothèque du Centre de toxicomanie et de santé mentale; Criminal Justice Abstracts; Digital Dissertations; DrugScope; ETOH Archival Database (science de l'alcool et des problèmes d'alcool); ERIC; MEDLINE; PsycINFO; Sociological Abstracts; et Social Science Citation Index. Les mots clés utilisés dans la recherche étaient alcool, consommation d'alcool, drogue, substance, grossesse, étiquette de mise en garde contre l'alcool, prénatal et toxicomanie. Des termes additionnels et leurs dérivés ont été utilisés pour accéder à la documentation relative aux interventions telles que le traitement et la prévention. Ces termes ont fait l'objet de divers types de recherche selon la base de données et n'ont pas été cherchés ensemble. Par exemples, les termes ont fait l'objet de recherches par « sujets » dans l'Arts and Humanities Citation Index, alors qu'ils ont été utilisés pour des recherches par « mots clés » dans les Sociological Abstracts. Plus de 100 articles ont été sélectionnés aux fins de l'examen. L'on a cherché de la documentation (en anglais seulement) dans les sites Web suivants : Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (AADAC); Best Start: Ontario's Maternal Newborn and Early Child Development Resource Centre; Institut canadien d'information sur la santé (ICIS); Instituts de recherches en santé du Canada (IRSC); Association canadienne pour la santé mentale (ACSM); Société canadienne de pédiatrie (SCP); Association canadienne de santé publique (ACSP); Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants (CEDJE); Centres d'excellence pour la santé des femmes (CESF); Cochrane Reviews; FAS/E Support Network of BC; FASlink; FASWorld; page sur le syndrome d'alcoolisation fœtale du National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities; Centers for Disease Control and Prevention, É.-U.; gouvernement du Canada; Santé Canada; Motherisk; Agence de santé publique du Canada (ASPC); SAMHSA Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) Center for Excellence; Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC); Condition féminine Canada (CFC); et la Women's Addiction Foundation. Pour la majorité des sites Web, les termes « enceinte » ET « alcool » ont été utilisés pour les recherches. Cette chaîne de recherche variait légèrement d'un site Web à l'autre selon le degré de sophistication de l'outil de recherche de chaque site. La plupart des sites Web permettaient d'effectuer des recherches par mots clés en utilisant uniquement un ou deux termes (enceinte et alcool). Un certain nombre de sites Web offraient des options de recherche avancée permettant d'effectuer une recherche dans tout le site Web ou dans le catalogue des publications/bibliothèque. Les options de recherche avancée permettaient souvent d'utiliser des thèmes particuliers (enceinte, grossesse, alcool) en conjonction avec des paramètres de date. Par conséquent, l'efficacité du moteur de recherche variait beaucoup d'un site Web à l'autre. Ainsi, les résultats les plus pertinents ont été obtenus en effectuant une vaste recherche pour « enceinte » ou « enceinte ET alcool » et en examinant la liste des résultats. De plus, l'on a cherché des documents pertinents dans des pages Web, des documents PDF et (ou) des sections de sites Web. Plus de 50 documents ont été sélectionnés aux fins de l'examen.
- ix.** Des articles d'avant 1995 ont été inclus lorsque des documents plus récents n'ont pu être trouvés et (ou) lorsque ces articles étaient importants.
- x.** Dans une certaine mesure, le présent document peut donc être considéré comme une mise à jour du rapport de 2000 de Santé Canada, *Meilleures pratiques : syndrome d'alcoolisme fœtal/effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse*, préparé par Gary Roberts et Jo Nanson.
- xi.** Cette méthode correspond à l'approche libérale de Rehm pour les critères d'inclusion aux fins des examens. Rehm, J. (1999). "Review papers in substance abuse research." *Addiction*. 94(2). pp. 173-176.

fins du présent examen de la recherche, l'on a cependant porté la plus grande attention aux études expérimentales et quasi-expérimentales. Le plus souvent, la vérification des habitudes de consommation des femmes pendant la grossesse, de leurs caractéristiques et de leur situation se limite à des données d'enquête publiées, des révisions de dossiers localisés et des études qualitatives. Tout a été fait pour rendre compte des plus récentes données canadiennes provenant du nombre croissant de sources de données canadiennes.

Le présent examen va d'une révision de l'épidémiologie de la consommation d'alcool chez les femmes, plus particulièrement en rapport avec la grossesse, jusqu'à l'examen de la documentation sur les interventions apportées. La documentation sur les interventions face à la consommation d'alcool des femmes pendant la grossesse est dominée par la prévention de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale. Le présent examen en est le reflet et accorde la priorité aux études révisées par les pairs qui utilisent un modèle expérimental ou quasi-expérimental. Les sections sur les interventions utilisent le cadre de travail proposé par l'Institute of Medicine²⁶ qui fait la distinction entre la prévention générale et sélective des problèmes de consommation d'alcool pendant la grossesse. L'on y discute aussi de la formation et du perfectionnement professionnel, de même que des interventions sur les plans juridique et des politiques. Encore une fois, si tout a été mis en œuvre pour rendre compte des études d'évaluation canadiennes révisées par les pairs, il a fallu, en raison de leur petit nombre, se fonder sur la documentation empirique américaine. Même si le présent rapport n'avait pas pour objectif d'examiner toute la documentation canadienne pertinente non révisée par les pairs, l'on a tenté de présenter les principaux rapports évaluatifs canadiens et d'autres documents correspondant aux pratiques recommandées.



3 Les habitudes de consommation d'alcool des femmes

Ce que révèlent les études

Bien qu'il faille reconnaître les limites des données, les enquêtes montrent que, dans l'ensemble, les trois-quarts des adolescentes et des femmes adultes au Canada disent avoir consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédant l'enquête. En moyenne, plus du dixième ont dit avoir trop bu au moins une fois par mois, avec un taux typiquement plus élevé chez les jeunes femmes. La prévalence et la fréquence de la consommation et de la forte consommation d'alcool est plus élevée chez les adolescentes et les jeunes femmes. La consommation d'alcool chez les filles d'âge scolaire semble avoir augmenté entre la fin des années 80 et la fin des années 90, puis s'est relativement stabilisée depuis. Ces constatations soulèvent des inquiétudes pour la santé et la sécurité des jeunes femmes et, si elles sont enceintes, pour le fœtus. Il semble que les taux soient encore plus élevés chez les femmes qui ne fréquentent pas d'établissement scolaire ou qui vivent dans la rue, et que leur consommation soit généralement plus risquée que celle de leurs homologues fréquentant l'école secondaire.

Lacunes dans les données des enquêtes

Il convient d'observer qu'il existe des lacunes dans les données des enquêtes, telles que la couverture superficielle des sujets complexes, des ensembles de données non comparables, une évaluation insuffisante de l'impact de la vie sociale, une faible validité, un rappel des répondants médiocre, la sous-estimation et l'incapacité de mesurer certains sujets²⁹. De plus, les femmes marginales, peut-être plus à risque de consommer de l'alcool pendant la grossesse, sont probablement peu touchées par ce type d'enquête et (ou) peu portées à y répondre.

La documentation établit clairement que les femmes, en général, présentent des taux de consommation d'alcool et de problèmes de consommation plus bas que ceux des hommes²⁷, mais qu'elles risquent davantage cependant de connaître des problèmes liés à l'alcool²⁸. Cela est dû en partie à des facteurs de nature biologique, tels que la structure corporelle et l'influence hormonale. Des facteurs sociaux spécifiques au sexe, comme l'exposition aux représailles et le manque de soutien social, contribuent également de façon significative aux problèmes causés par l'alcool chez les femmes. Afin d'apporter une information valable aux discussions actuelles sur les meilleures interventions en ce qui concerne la consommation d'alcool chez les femmes et les problèmes qui en découlent, il est important d'abord de se familiariser avec l'ensemble des habitudes de consommation d'alcool des femmes au Canada.

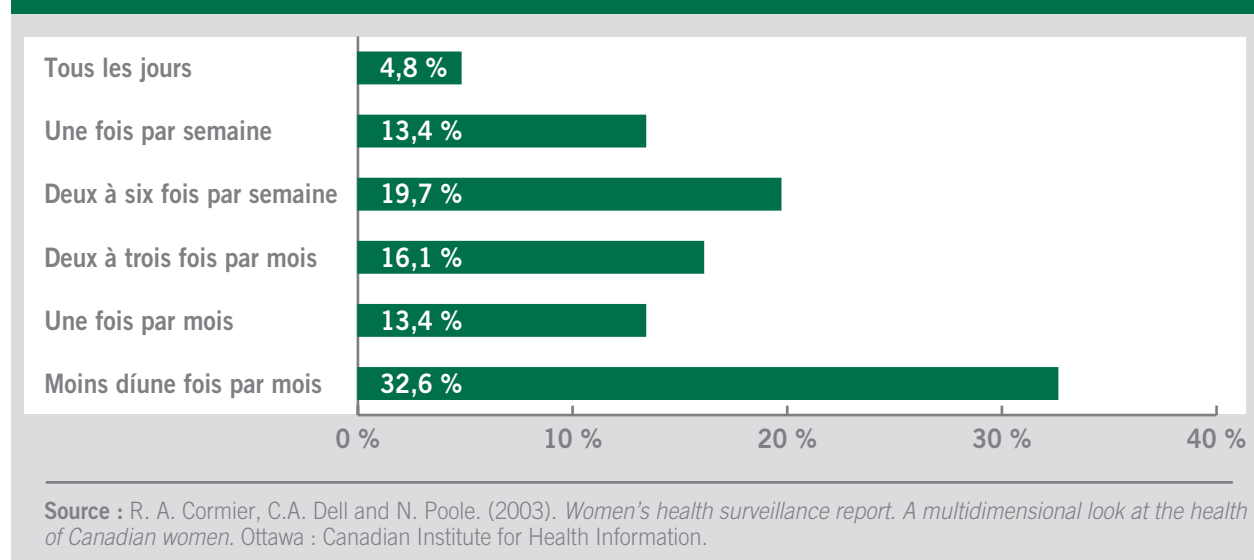
Les données présentées dans la présente section et les suivantes proviennent principalement d'articles publiés suite à des enquêtes nationales et provinciales^{xii}. Ces enquêtes rapportent

xii. Il se peut qu'il y ait d'autres données récentes recueillies au Canada sur la consommation d'alcool des femmes pendant la grossesse celles qui figurent dans le présent document (p. ex., l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003, l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes de 2002-2003), toutefois, elles n'étaient pas disponibles pour le présent rapport. Tel que l'indique la section sur la méthodologie, le présent point sur la recherche se concentre uniquement sur les données publiées.

habituellement la prévalence, la fréquence et le niveau de consommation (c.-à-d. combien de femmes consomment de l'alcool, à quelle fréquence et quelle quantité)^{xiii}. Ceci est important car, comme il a été déjà mentionné, l'on a fait le lien entre le développement foetal, la quantité d'alcool consommé (c.-à-d., taux élevés d'alcoolémie) et la fréquence de la consommation. Une consommation excessive d'alcool, à la longue a aussi été associée à de sérieux problèmes de santé chez les femmes, tels que les maladies affectant le foie, le cœur, l'estomac et le cerveau, de même que certains types de cancer³⁰.

D'après une enquête nationale³¹ de 2004 sur la **consommation d'alcool** et d'autres drogues chez les Canadiens (de 15 ans et plus), 76,8 % des femmes ont signalé avoir consommé de l'alcool au cours de l'année précédente. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001, Cycle 1,1 (ESCC), relativement à la consommation d'alcool de l'année précédente, révèle des faits similaires chez les répondants de 12 ans et plus, dont 73,1 % disent consommer de l'alcool. Parmi les femmes qui ont dit avoir consommé de l'alcool au cours de l'année précédente, la fréquence de la consommation varie grandement : 32,6 % ont bu moins d'une fois par mois, 13,4 % une fois par mois, 16,1 % de 2 à 3 fois par mois, 13,4 % une fois par semaine, 19,7 % de 2 à 6 fois par semaine et 4,8 % tous les jours³².

Figure 1 : Fréquence de consommation, femmes âgées de 12 ans et plus, 2000-2001

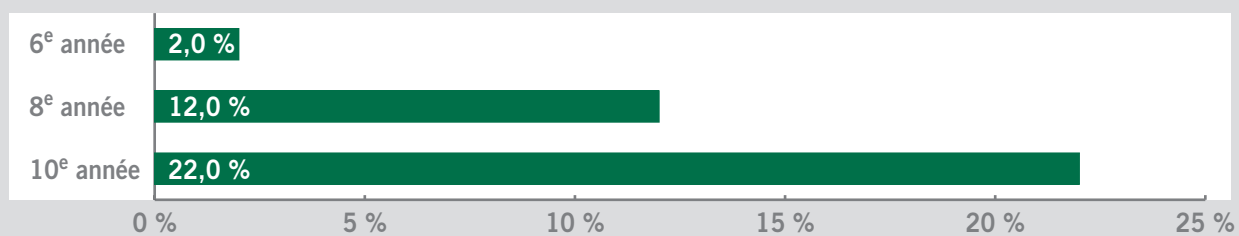


xiii. Les enquêtes examinent également les questions de consommation d'alcool et de la dépendance envers l'alcool chez les groupes à risque élevé en utilisant des outils tels que le Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), qui mesure la consommation d'alcool dangereuse et nocive, la dépendance envers l'alcool et certaines conséquences particulières de la consommation d'alcool.

Si l'on examine la **quantité** d'alcool consommé par les Canadiens, une **consommation importante**, telle que définie dans l'Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) de 2004, correspond pour les femmes à quatre consommations ou plus pour la même occasion. Parmi les femmes qui avaient consommé de l'alcool l'année précédente, (15 ans et plus), 3,3 % ont signalé une consommation importante au moins une fois par semaine et 17,0 % au moins une fois par mois³³. Dans l'ESCC de 2000-2001 (où la définition de consommation d'alcool importante pour les femmes correspond à cinq consommations ou plus par occasion), 8,3 % des femmes ont dit qu'elles avaient beaucoup consommé au moins une fois par mois. De plus, les données de l'ESCC montrent que deux fois plus de femmes autochtones que non-autochtones ont signalé ce niveau de consommation³⁴. En plus des limites des données provenant des enquêtes déjà soulignées, le fait que l'on ne s'entende pas sur la définition des variables ne facilite pas la comparaison des ensembles de données. Cela peut contribuer à expliquer la différence susmentionnée dans les niveaux de consommation importante signalés dans l'ETC de 2004 et l'ESCC de 2000-2001.

L'on accorde de plus en plus d'attention à la **consommation d'alcool chez les adolescentes et les jeunes femmes**. L'adolescence étant une période de maturation cérébrale et hormonale, les habitudes de consommation d'alcool pendant cette période peuvent influencer sur les habitudes futures, et il est donc probable que la consommation d'alcool dans cette catégorie de la population ait des conséquences à long terme. Selon l'Enquête sur les comportements liés à la santé chez les enfants d'âge scolaire de 2001-2002 (ECSES), 22 % des filles de dixième année, 12 % des filles de huitième année et 2 % des filles de sixième année ont dit qu'elles consommaient tout genre de boissons alcoolisées au moins une fois par semaine³⁵. Les études canadiennes ont aussi révélé que les jeunes ont davantage tendance à avoir des relations sexuelles sans moyens de contraception lorsqu'ils ont consommé de l'alcool³⁶. Une étude américaine indique que le tiers des femmes enceintes de 14 à 21 ans ont dit qu'elles consommaient de l'alcool lorsqu'elles sont devenues enceintes³⁷. Il semble également que les jeunes femmes aient

Figure 2 : Consommation d'alcool chez les jeunes femmes (consomment une boisson alcoolisée une fois par semaine ou plus), 2001-2002



Source : Enquête sur les compartements de santé des jeunes d'âge scolaire : Données de 2001-2002.
 Disponible à http://phaspc.gc.ca/dca-dea/publications/pdf/hbsc_01_2candat.pdf

tendance à reconnaître leur grossesse plus tardivement que les femmes plus âgées³⁸. Il est également intéressant de s'attarder aux études qui signalent le fait que plus une femme commence tôt à consommer de l'alcool, et plus elle est susceptible d'avoir un problème d'alcool plus tard dans la vie³⁹.

Aperçu : Consommation d'alcool ou d'autres drogues avant l'âge de 13 ans

Lors d'une évaluation informelle du programme d'Edmonton First Steps Fetal Alcohol Spectrum Disorder qui offre un encadrement aux femmes enceintes ou venant d'accoucher qui ont consommé de la drogue ou de l'alcool pendant leur grossesse, l'on a constaté que sur les 96 femmes inscrites au programme, toutes avaient commencé à consommer de l'alcool et (ou) des drogues avant l'âge de 13 ans⁴⁰.

Des enquêtes menées au cours des années 90 ont indiqué que la **prévalence** de la consommation d'alcool chez les élèves du niveau secondaire au Canada avait considérablement augmenté⁴¹. L'Ontario Student Drug Use Survey (OSDUS), à laquelle l'on se réfère couramment au sujet des habitudes de consommation d'alcool chez les enfants d'âge scolaire au Canada, a montré que la consommation d'alcool avait baissé à la fin des années 80, mais qu'elle avait augmenté vers la fin des années 90, et qu'elle était relativement stable depuis⁴². L'ESCC de 2000-2001 signale que 71,1 % des femmes de 15 à 19 ans avaient consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédents⁴³. Bien qu'il ne fasse pas de distinction entre les sexes, l'ETC de 2004 signale que 90 % environ des Canadiens âgés de 18 à 24 ans avaient consommé de l'alcool au cours de l'année précédente⁴⁴. Les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1996-1997 montrent également que les jeunes femmes ont plus tendance que les femmes plus âgées à signaler une consommation d'alcool régulière : 59 % des femmes de 20 à 24 ans et 56 % des femmes de 18 à 19 ans buvaient régulièrement, à comparer à 50 % environ des femmes de 25 à 54 ans, 41 % du groupe des 55 à 64 ans, 34 % des 64 à 74 ans et 23 % du groupe des plus de 75 ans⁴⁵. Il existe peu

Cuites d'un soir

Le niveau de consommation d'alcool chez les adolescentes et les jeunes femmes est particulièrement préoccupant^{46,47}. Les jeunes femmes sont habituellement davantage portées à prendre des cuites d'un soir (c.-à-d. plus de quatre ou cinq boissons par occasion) que les femmes plus âgées. Ainsi, l'Enquête sur les campus canadiens de 1998 fait état de 56,1 % de femmes qui consomment cinq boissons ou plus par occasion au moins une fois durant l'année scolaire et de 25,2 % en consommant huit boissons ou plus par occasion⁴⁸. Même si l'on ne peut faire de comparaison directe, l'OSDUS de 2003 révèle que 21,7 % des femmes ont dit avoir consommé cinq boissons ou plus par occasion au moins une fois au cours des quatre semaines précédant l'enquête. Ce pourcentage est plus élevé que les 18 % signalés en 2001, mais presque identique aux 21,5 % rapportés en 1999⁴⁹.

d'information disponible sur les jeunes marginales, mais d'après les indications, le pourcentage de ces femmes qui consomment de l'alcool est plus élevé, et leurs habitudes de consommation entraînent des risques plus élevés que chez leurs homologues fréquentant l'école secondaire⁵⁰. Les jeunes femmes sans-abri sont tout particulièrement exposées à un ensemble de risques reliés à leur consommation de drogues dures et également à d'autres comportements à risques⁵¹.



4 Les habitudes de consommation d'alcool chez les femmes pendant la grossesse

Consommation d'alcool pendant la grossesse et niveaux de consommation	18
Recommandations et répercussions	26

Ce que révèlent les études

Si l'on se fie aux données publiées sur la consommation d'alcool chez les femmes enceintes, il semble que le taux de consommation d'alcool ait généralement diminué tant au Canada qu'aux États-Unis du milieu des années 90 à la fin des années 90. Il est important cependant d'insister sur les limites des données auto-déclarées tout comme sur l'exclusion fréquente des femmes marginalisées dans ces données d'enquête. Néanmoins, le septième des femmes canadiennes environ (moins de 15 %) consomment de l'alcool pendant qu'elles sont enceintes, un pourcentage semblable à celui des États-Unis, bien qu'un peu plus bas. Bien que les données soient limitées, les femmes canadiennes qui disent consommer de l'alcool pendant leur grossesse semblent le faire rarement. Pour les femmes en âge de procréer (de 18 à 44 ans) le taux de consommation d'alcool déclaré est semblable, quoiqu'il soit un peu plus bas à comparer au pourcentage des femmes qui consomment de l'alcool dans la population générale. Une faible proportion de femmes signalent une forte consommation occasionnelle pendant la grossesse, mais là encore, les données sont limitées. Si l'on compare les définitions d'une consommation élevée d'alcool, qui toutes deux impliquent une augmentation du risque de dommages pour le fœtus, il semble que le pourcentage des femmes qui consomment 12 boissons ou plus par semaine est plus élevé que le pourcentage des femmes qui en consomment 5 ou plus lors de la même occasion. Des études canadiennes sur la consommation d'alcool chez les femmes autochtones enceintes ont révélé des taux et des fréquences élevés de consommation, bien qu'il n'existe que peu de comparaisons avec d'autres populations, et que ce fait ne soit pas clairement compris (p. ex. il y a peut-être un plus grand nombre de répondantes franches chez les femmes autochtones, l'impact d'autres circonstances atténuantes comme la pauvreté).

4.1 Consommation d'alcool pendant la grossesse et niveaux de consommation

Il est important d'établir dès le début qu'il ne faudrait pas porter de jugement sur la vie des femmes rapportée par les données, car cela pourrait contribuer à stigmatiser celles qui consomment de l'alcool pendant la grossesse. De plus, dans presque tous les cas, les femmes enceintes qui consomment des substances avaient déjà commencé avant de devenir enceintes⁵². Un rapport évaluatif de Poole (2000) du Projet Sheway pour les femmes à risque élevé, enceintes ou élevant un enfant nous rappelle, dans son examen de la documentation internationale, que « les femmes qui consomment de l'alcool ou d'autres drogues pendant la grossesse sont décrites comme devant faire face aux nombreuses pressions qui s'exercent sur elles et faisant preuve d'une force et d'un esprit d'initiative remarquables »⁵³. Il ne faudrait pas l'oublier.

...il ne faudrait pas porter de jugement sur la vie des femmes rapportée par les données, car cela pourrait contribuer à stigmatiser celles qui consomment de l'alcool pendant la grossesse.

Aperçu : Qui est à risque?...Parce que les risques évoluent et varient

Bien que les femmes qui consomment de l'alcool pendant la grossesse risquent de donner naissance à un enfant atteint de l'ETCAF, les taux de prévalence et d'incidence de cette consommation ne correspondent pas à ceux de cette affection. De plus, les femmes qui consomment de l'alcool pendant la grossesse ne forment pas un groupe homogène, et comprennent les femmes dépendantes de l'alcool, les femmes qui consomment trop de façon occasionnelle, et celles qui boivent rarement ou régulièrement mais peu. Il faut se rappeler que la quantité, le moment et la fréquence de la consommation d'alcool, ajoutés à d'autres facteurs parmi lesquels on retrouve la santé de la mère et la prédisposition génétique du fœtus demeurent des facteurs essentiels pour la détermination du risque de l'ETCAF.

La collecte de l'information relative à la consommation d'alcool chez les femmes pendant la grossesse peut se faire suivant trois méthodologies :

1. questionnaires remplis par l'intéressée et entrevues;
2. outils de dépistage;
3. marqueurs biologiques.

En premier lieu, la plus grande partie de l'information recueillie sur la consommation d'alcool pendant la grossesse provient de données personnelles issues des entrevues, des questionnaires auto-administrés et des antécédents donnés pour les besoins cliniques ou de recherche⁵⁴. En plus des limites susmentionnées touchant les questionnaires d'enquête, il faut préciser que l'utilisation de méthodologies d'auto-déclaration utilisées pour recueillir de l'information sur la consommation d'alcool pendant la grossesse est encore limitée par les stigmatismes sociaux, les sentiments de culpabilité et de honte et (ou) la peur des répercussions (incluant la crainte d'une intervention des services de l'aide à l'enfance et aussi, dans quelques juridictions américaines, la peur de l'emprisonnement)⁵⁵⁻⁵⁷. Il est possible d'améliorer la validité des données autodéclarées dans le contexte d'une relation respectueuse, fondée sur la confiance et exempte de jugement comme celle que les femmes peuvent trouver auprès d'un fournisseur de services sociaux ou de soins de santé⁵⁸.

Facteurs de risque multiples

L'étude sur la grossesse et la santé de Saskatoon a révélé que 36 % des répondantes ont dit avoir eu deux comportements à risque au cours du premier trimestre de leur grossesse, à savoir la combinaison la plus courante, consommation de caféine et d'alcool (24 %), et 16 % environ des répondantes ont reconnu avoir adopté trois comportements à risque, qui étaient dans la presque totalité des cas, consommation d'alcool, de tabac et de caféine⁶³.

Deuxièmement, l'utilisation d'outils de dépistage permettant de déterminer les niveaux de consommation d'alcool chez les femmes enceintes est une source de données potentiellement valable, mais qui n'a pas été jusqu'à maintenant appliquée de façon uniforme, et fait hésiter certains professionnels (les raisons invoquées incluent le manque de formation pour l'utilisation de ces outils et l'absence de couverture pour leur utilisation dans les programmes médicaux)⁵⁹. La méthodologie du dépistage dépend aussi de l'auto-déclaration, et elle est donc limitée par les facteurs susmentionnés. Insistons encore sur le fait que l'honnêteté des réponses des femmes par rapport aux outils de dépistage dépendra d'une relation suivie respectueuse et fondée sur la confiance avec le fournisseur de service.

Troisièmement, les marqueurs biologiques constituent un moyen de recueillir de l'information après l'accouchement. Les signes biologiques (cheveux et méconium^{xiv}) sont des données biologiques recueillies chez le nouveau-né permettant d'identifier une mère qui a consommé de l'alcool à un niveau de risque élevé pendant sa grossesse, ainsi qu'un nouveau-né qui a été exposé. L'utilisation des marqueurs biologiques en tant que données pour identifier les femmes et les enfants n'est pas courante au Canada, et elle demeure controversée. Il a été suggéré de poursuivre la recherche⁶⁰, en stipulant qu'elle devait être accompagnée d'un débat social, éthique et juridique sur les politiques concernant l'utilisation des marqueurs biologiques permettant d'identifier les femmes et les enfants. Si l'on tient compte de ces limites, les données disponibles n'en sont pas moins importantes pour contribuer à cerner les habitudes de consommation d'alcool chez les femmes enceintes, et elles peuvent également éclairer les discussions actuelles relativement aux meilleures façons de traiter la consommation d'alcool chez les femmes enceintes ainsi que les problèmes qui y sont reliés.

Si la consommation d'alcool chez les femmes enceintes est en soi une question importante, il est essentiel de reconnaître d'abord que la consommation d'alcool, et plus particulièrement l'abus d'alcool, s'accompagnent souvent de la consommation d'autres substances. Il est bien connu que les femmes qui ont une consommation élevée ne s'en tiennent que rarement à une seule substance^{61,62}. D'autre

^{xiv}. Le méconium constitue les premières selles du nouveau-né.

part, l'on sait que toutes les substances ne sont pas également nocives, et que l'association de facteurs tels que certaines combinaisons de substances, les niveaux de consommation et les comportements à risque qui s'y rattachent contribuent aux différents résultats. La Maternal Health Practices and Child Development Study (étude sur les pratiques relatives à la santé maternelle et au développement de l'enfant aux États-Unis (Pennsylvanie) a révélé que 76 % des femmes adultes ayant fumé au cours du premier trimestre de la grossesse ont également consommé de l'alcool⁶⁴. De plus, parmi les adolescentes américaines enceintes ayant répondu à l'enquête, 61 % de celles qui fumaient au cours du premier trimestre de leur grossesse ont dit consommer de l'alcool⁶⁵. Cela a d'importantes implications dans le type d'intervention à apporter aux femmes enceintes relativement à la consommation d'alcool et aux problèmes concomitants, car la consommation d'alcool ne peut être isolée ni des autres comportements potentiellement dangereux, ni de la réalité quotidienne de la vie des femmes (p. ex., pauvreté, faible réseau social) qui mènent à ces comportements.

Il est important de se rappeler que les données d'enquête comportent des faiblesses⁶⁶.

Il apparaît aussi évident dans la présentation des résultats d'enquête que de nombreux ensembles de données ne peuvent se comparer, et que les éléments qui en ressortent constituent ensemble un tableau qui donne une image aussi complète que possible. Quoiqu'il en soit, et comme nous le répéterons dans la section des recommandations, si l'on désire obtenir une représentation fidèle de la consommation d'alcool chez les femmes pendant la grossesse, il y a encore beaucoup de progrès à accomplir relativement à la collecte des données au Canada. Comme nous l'avons indiqué dans la section précédente, la vue d'ensemble vise à fournir un énoncé général s'appuyant sur des résultats d'enquête souvent très disparates et incomplets.

Le pourcentage de femmes qui déclarent consommer de l'alcool pendant la grossesse a récemment diminué au Canada⁶⁷. Les plus récentes données publiées sur la prévalence de la consommation d'alcool chez les femmes pendant la grossesse se trouvent dans la publication de 2005, Rapport sur la santé de la mère et de l'enfant au Canada, qui signalait que « 14 % environ [des mères] disaient consommer de l'alcool (n'importe quelle quantité) pendant la grossesse »⁶⁸. De la même façon, l'ESCC de 2000-2001 indique que 13,7 % de toutes les femmes qui disent consommer de l'alcool l'ont fait également au cours de leur dernière grossesse. L'on peut aussi retrouver des résultats semblables dans l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) de 1998-1999 : 14,4 % des femmes ont dit qu'elles avaient bu à un certain moment de leur grossesse et 4,9 % l'ont fait tout au long de leur grossesse⁶⁹. Si l'on compare ces taux^{xv} à ceux de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995 et de l'ELNEJ de 1994-1995, ces enquêtes ont révélé similairement que 17 à 25 % de femmes ont consommé de

xv. Les analyses de l'ESCC concernent les femmes de 12 ans et plus, mais la question se rapporte à la dernière grossesse de la répondante, ce qui permet la comparaison des données de l'ENSP et de l'ELNEJ.

l'alcool à un certain moment de leur grossesse, et 7 à 9 % d'entre elles ont consommé de l'alcool tout au long de leur grossesse^{70,71}. La plupart des femmes qui ont répondu à l'ESCC de 2000-2001 ont déclaré n'avoir consommé de l'alcool que rarement pendant leur grossesse : 75,4 % d'entre elles en ont consommé moins d'une fois par mois, 9,7 % une fois par mois, 6,5 % deux ou trois fois par mois, 5,3 % une fois par semaine et 1,3 % en ont bu tous les jours⁷².

Aperçu : les auto-déclarations – révèlent-elles toute la situation?

Les résultats ci-dessus sont comparables à ceux d'une enquête de l'an 2000 qui demandait aux femmes si elles consommeraient de l'alcool dans l'éventualité où elles deviendraient enceintes; 85 % des femmes ont répondu qu'elles ne le feraient pas⁷³. Pourtant, dans un sondage de 2002 portant sur les perceptions et les opinions des Canadiens sur la consommation d'alcool chez les femmes pendant la grossesse, 22 % d'entre eux étaient d'avis que plus du tiers des femmes enceintes consommaient de l'alcool^{xvi 74}. Même si la comparabilité des données de cette enquête canadienne avec les déclarations des femmes enceintes sur la consommation d'alcool est limitée, il est intéressant de remarquer que ces chiffres sont beaucoup plus élevés que ceux qui proviennent des auto-déclarations dont nous avons parlé.

En comparaison, l'enquête de 2002 du Behavioural Risk Factor Surveillance System des États-Unis a établi que 10 % environ des femmes ont déclaré consommer de l'alcool pendant la grossesse⁷⁵. En analysant les données de la même enquête, les Centres for Disease Control and Prevention des États-Unis ont constaté que tous les taux de consommation d'alcool pendant la grossesse avaient diminué de 14,6 % entre 1988 et 1995 à 12,8 % en 1999^{76 xvii}. Le taux de consommation et la diminution concordent avec les résultats canadiens.

Aperçu : le saviez-vous?

L'ENSP de 1996-1997 a révélé que 51 % des femmes sexuellement actives âgées de 15 à 19 ans au Canada ont eu des relations sexuelles sans utiliser un condom et sans avoir l'intention de devenir enceintes, au cours de l'année précédant l'enquête⁷⁷.

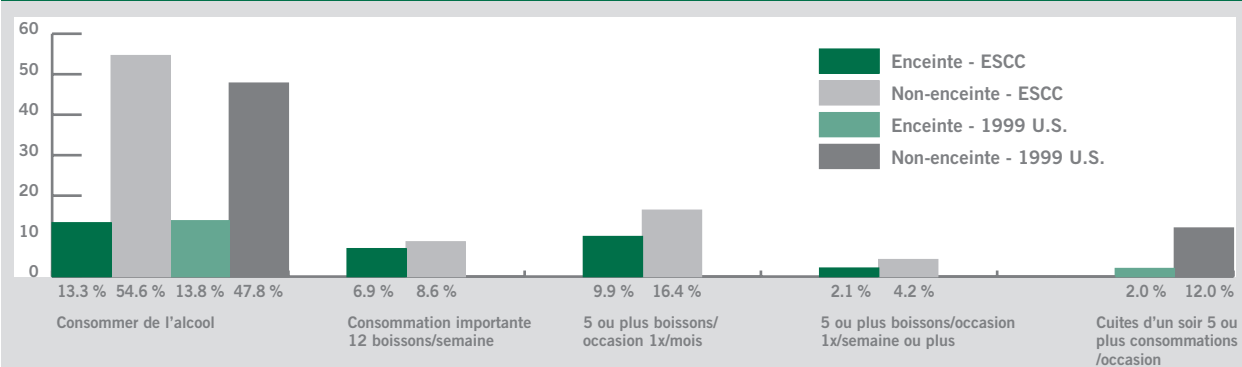
xvi. Ont consommé de l'alcool plus d'une fois par semaine

xvii. Pour la période allant de la fin des années 1980 jusqu'au milieu des années 1990, les Centres for Disease Control and Prevention des États-Unis signalent un accroissement de la consommation d'alcool chez les femmes pendant la grossesse.

En l'absence de données disponibles sur la prévalence de la consommation d'alcool chez les femmes pendant la grossesse, l'on examine souvent la consommation d'alcool des femmes en âge de procréer (habituellement définies comme les femmes de 11 à 44 ans, de 15 à 44 ans ou de 18 à 44 ans) pour en obtenir un aperçu. Ces données ont aussi un intérêt, car on signale 40 % de grossesses non planifiées, avec des taux plus élevés chez les adolescentes et les femmes plus âgées⁷⁸. Le rapport de 2004 de l'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (AADAC) a analysé l'ESCC de 2000-2001, en comparant les femmes du groupe des 18 à 44 ans qui étaient ou n'étaient pas enceintes au moment de l'enquête. Il est important de mentionner que la majorité des questions de l'ESCC portaient sur les 12 mois précédents, et que par conséquent, les réponses des femmes enceintes au moment de l'étude peuvent refléter la consommation d'alcool d'avant leur grossesse. En tout, 72,8 % des femmes en âge de procréer au Canada qui étaient enceintes au moment de l'enquête, et 82,3 % de celles qui ne l'étaient pas, ont répondu qu'elles avaient consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédents. Bien que l'échantillon de population ne soit pas équivalent, l'enquête de 2002 du Behavioural Risk Factor Surveillance System des États-Unis révèle que plus de la moitié des répondantes en âge de procréer (18 à 44 ans), et qui n'utilisaient pas de moyen de contraception, ont signalé qu'elles consommaient de l'alcool⁷⁹.

Dans l'analyse de l'AADAC des données de l'ESCC pour l'Alberta, les femmes enceintes au moment de l'enquête avaient beaucoup moins tendance à consommer de l'alcool régulièrement (ce qui correspond à une fois au moins par semaine) que celles qui ne l'étaient pas : 41,6 % des femmes enceintes et 32,1 % des femmes non enceintes ont dit qu'elles buvaient moins d'une fois par mois; 19,3 % contre 16,2 % buvaient une fois par mois; 22,3 % contre 20,2 % buvaient de deux à trois fois par mois; 11,1 % contre 17,6 % buvaient une fois par semaine, 5,8 % contre 9,7 % buvaient de deux à trois fois par semaine et 2,1 % des femmes non enceintes buvaient de quatre à six fois par semaine, alors que 2,0 % buvaient tous les jours⁸⁰. Ces chiffres sont encourageants, car ils sont plus bas que ceux des données de CCHS relatives à la fréquence de la consommation d'alcool chez toutes les femmes canadiennes, tout en se rappelant que l'âge et les populations de femmes diffèrent.

Figure 3 : Consommation d'alcool chez les femmes enceintes et les femmes non enceintes



Source: 2000-01 Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Niveaux de consommation importants

L'ESCC de 2000-2001 a également estimé qu'une consommation importante correspond à une consommation régulière de plus de 12 boissons par semaine, et 6,9 % des femmes enceintes au moment de l'enquête^{xx} et 8,6 % des femmes non enceintes ont signalé une consommation importante. Si l'on examine la consommation importante de la semaine précédant l'enquête, il apparaît que 0,5 % des femmes enceintes et 3,6 % des femmes non enceintes ont signalé avoir consommé plus de 12 boissons. Douze et demie pour cent (12,5 %) des femmes enceintes et 47,7 % des femmes non enceintes ont signalé une consommation de 1 à 9 boissons au cours de la semaine précédant l'enquête⁸⁴. Aux États-Unis, les Centres for Disease Control and Prevention ont constaté qu'en 1999 un plus grand nombre de femmes signalaient une consommation importante pendant leur grossesse que dans les estimations des sondages de ce type de consommation de 1998 à 1995. Plus particulièrement, 2,1 % des femmes en 1999 ont signalé qu'elles consommaient sept boissons alcoolisées ou plus par semaine et 3,3 % cinq boissons ou plus par occasion⁸⁵. La documentation indique qu'une consommation importante est associée à des pronostics de grossesse défavorables⁸⁶.

Pour ce qui est de la consommation d'alcool pendant la semaine précédant l'ESCC de 2000-2001, 13,3 % des femmes enceintes au Canada et 54,6 % des femmes non enceintes ont déclaré qu'elles avaient bu. Le taux pour les femmes enceintes se compare au taux ci-dessus. Les résultats de 1999 de la National Household Survey on Drug Abuse des États-Unis sont similaires puisqu'on y révèle que 13,8 % des femmes enceintes de 15 à 44 ans et 47,8 % des femmes non enceintes en âge de procréer ont consommé de l'alcool⁸¹.

Si l'on s'attarde à l'ENSP de 1994-1995 et à l'ELNEJ de 1994-1995 pour étudier les niveaux de consommation d'alcool chez les femmes ayant déclaré qu'elles avaient consommé à un certain stade de leur grossesse, 94 % d'entre elles ont pris moins de deux consommations les jours où elles ont bu, 3 % de trois à quatre consommations, et moins de 3 % cinq consommations ou plus⁸². L'ESCC de 2000-2001 a évalué la consommation importante^{xviii} chez les femmes qui ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours de l'année précédente, et constaté que 9,9 % des femmes enceintes au moment de l'enquête^{xix} et 16,4 % des femmes non enceintes ont dit qu'elles avaient pris cinq consommations ou plus pour la même occasion une fois par mois ou plus, et 2,1 % des femmes enceintes et 4,2 % des femmes non enceintes ont répondu qu'elles avaient pris cinq consommations ou plus en une occasion une fois par semaine ou plus. À titre de comparaison, l'enquête de 2002 du Behavioural Risk Factor Surveillance System des États-Unis a révélé que 2 % des femmes enceintes et 12 % des femmes en âge de procréer (18 à 44 ans) prenaient des cuites d'un soir (cinq consommations ou plus par occasion)⁸³.

xviii. Aussi appelée « consommation excessive d'alcool ».

xix. Ne pas oublier l'avertissement à propos de l'ensemble de données dont on discute ci-dessus.

xx. Encore une fois, ne pas oublier l'avertissement à propos de l'ensemble de données dont on discute ci-dessus.

Certaines études canadiennes provinciales et locales ont examiné le taux des femmes enceintes qui consomment de l'alcool de même que leurs niveaux de consommation. Les études diffèrent souvent en termes de méthodologies et de populations, et par conséquent se comparent difficilement. Elles apportent cependant des données intéressantes sur le sujet. La majorité d'entre elles se concentrent sur ce qu'elles définissent diversement comme les femmes à risque élevé. Par exemple, l'étude sur la santé et la grossesse à Saskatoon a permis d'interviewer des femmes enceintes par le biais d'un programme de soins prénataux (non à risque élevé) et d'un programme d'action directe (à risque élevé). Quarante-six pour cent environ des femmes interrogées ont répondu qu'elles avaient consommé de l'alcool pendant les trois premiers mois de leur grossesse, 75 % d'entre elles consommant moins de deux boissons par semaine en moyenne⁸⁷. Une étude sur les femmes enceintes de Toronto qui étaient à la recherche de conseils signale que 3,1 % des patientes en clinique et 0,8 % des clientes au téléphone ont dit consommer cinq consommations standard ou plus par occasion à un certain stade de leur grossesse⁸⁸.

Cette concentration sur les collectivités autochtones présentant des taux élevés de consommation d'alcool, de même que sur les régions où l'on retrouve de grandes concentrations de peuples autochtones a entraîné au Canada un manque de données épidémiologiques pour les autres populations, ce qui rend plus difficile de savoir si les femmes autochtones font réellement partie ou non d'un groupe à risque plus élevé que les autres. Il faudrait également accorder une plus grande attention à la méthodologie utilisée pour les études relatives aux populations autochtones (p. ex. un calcul plus précis de la consommation d'alcool chez les femmes autochtones sachant que la consommation d'alcool et l'alcoolisme constituent un problème social et de santé dans leur population⁹¹, et une plus grande attention aux répercussions des facteurs atténuants tels que la pauvreté).

Concentration disproportionnée sur les femmes autochtones

Les études canadiennes sur la consommation d'alcool chez les femmes pendant la grossesse, en particulier relativement au SAF et à l'ETCAF, se concentrent d'une façon disproportionnée sur les femmes autochtones et les régions dans lesquelles elles vivent⁸⁹. De plus, les études canadiennes sur les taux de prévalence du SAF/EAF se sont concentrées sur des collectivités autochtones reconnues pour l'importance de leur consommation et de leur dépendance à l'alcool. Il est inquiétant de penser que les taux élevés de prévalence du SAF/EAF trouvés dans ces collectivités serviront à décrire les taux de SAF/EAF de l'ensemble de la population autochtone⁹⁰.

4.2 Recommandations et répercussions

Les recommandations de recherche qui suivent ont pour objectif d'améliorer les efforts de collecte des données et de définir les questions de recherche qui permettront de mieux comprendre les habitudes de consommation d'alcool des femmes pendant la grossesse.

Collecte des données

Il faudrait mettre en œuvre des pratiques de surveillance systématique afin de pouvoir suivre la consommation d'alcool et d'autres drogues dans toutes les provinces et territoires^{xxi}. Cela devrait inclure l'élaboration de mesures plus valables et fiables des habitudes de consommation de substances pendant la grossesse, en tenant compte de l'expérience actuelle des enquêtes, des entrevues et des instruments de dépistage. Il faudrait, par exemple, normaliser les définitions de consommation importante dans les enquêtes (ex. : consommation importante correspond à quatre consommations ou plus par occasion pour les femmes, et à cinq ou plus pour les hommes) et comparer les questions se rapportant spécifiquement à l'alcool uniquement pour la période de grossesse de chaque répondante. Il faudrait également accorder une attention particulière aux problèmes de méthodologie non résolus, comme celui des petits échantillons de femmes enceintes et la sous-utilisation de méthodologies qualitatives.

1. Il faudrait, conjointement à la mise en œuvre de pratiques de surveillance systématiques permettant de suivre la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les femmes pendant la grossesse, concevoir des milieux de recherche et développer des relations fondées sur le respect, attentionnées, exemptes de jugement et portant attention aux raisons pour lesquelles les femmes consomment de l'alcool pendant la grossesse. Ces conditions pourraient rassurer les femmes et les encourager à donner des informations plus spontanées.
2. Il faudrait adopter une approche de collecte des données centrée sur les femmes. Une telle approche faciliterait la compréhension de la question de la consommation d'alcool chez les femmes pendant la grossesse. Bien qu'il n'y ait pas de consensus pour une définition complète d'une approche de recherche centrée sur les femmes, l'on s'entend sur le fait qu'elle devrait contribuer à l'amélioration des conditions individuelles et de groupe pour les femmes et les hommes, grâce aux progrès sociaux, politiques et économiques réalisés pour les femmes.

xxi. Le Système canadien de surveillance périnatale (SCSP) de l'Agence de santé publique du Canada lance une Enquête sur l'expérience de la maternité afin de contrôler d'importants indicateurs pendant la grossesse, tel que la consommation d'alcool et de drogues. Cette enquête sera la première en son genre au Canada. La population cible consiste entièrement de femmes ayant donné naissance à un enfant vivant dans les mois précédant l'enquête. La phase s'est achevée en janvier 2001 avec l'essai des stratégies d'échantillonnage et de l'instrument de collecte de données. Santé Canada et le SCSP élaborent actuellement l'Enquête nationale.

- 3 Il faudrait éviter les biais de sélection dans les études. Il faut s'efforcer de compiler un échantillon aléatoire de femmes enceintes et ne pas s'attarder uniquement aux femmes qui s'adressent aux services en raison de leur consommation.
- 4 Il faudrait utiliser des méthodes adaptées pour recueillir de l'information sur les populations particulières et sur les groupes marginaux (p. ex. : des filles et des jeunes femmes impliquées dans le milieu de la rue, des travailleuses du sexe). Il est essentiel d'aborder de telles études en tenant compte de tout l'ensemble des facteurs de risque auxquels les femmes sont exposées et de leurs répercussions sur leur consommation d'alcool.
- 5 Il faudrait analyser les ensembles de données nationales actuelles et publier régulièrement, au moment opportun des rapports sur la consommation d'alcool chez les femmes pendant la grossesse et sur la consommation d'alcool chez les femmes en âge de procréer. Il faudrait continuer de documenter les tendances de consommation de substances des femmes enceintes en utilisant l'ELNEJ et l'ESCC. L'analyse des données sur les femmes en âge de procréer est importante en raison de la fréquence et des niveaux de consommation d'alcool documentés chez cette population associés à la prévalence des grossesses non planifiées.
6. Il faudrait mener des études longitudinales sur la consommation d'alcool, en commençant par les jeunes filles et les jeunes femmes en âge de procréer. C'est une question importante si l'on considère les taux élevés de consommation d'alcool chez cette population.
- 7 Il faudrait que des services de diagnostic soient disponibles et accessibles dans les collectivités canadiennes afin d'établir les taux d'incidence et de prévalence de l'ETCAF.

Questions de recherche

8. Dans quelles conditions les femmes sont-elles capables de diminuer ou de cesser leur consommation d'alcool lorsqu'elles deviennent enceintes? Qu'est-ce qui fait qu'une femme enceinte continue de consommer pendant la grossesse et (ou) après l'accouchement?
9. Quels sont les facteurs responsables des taux plus élevés de consommation d'alcool chez les adolescentes et les jeunes femmes et de leurs niveaux plus élevés de consommation?
10. La diminution apparente du taux de consommation d'alcool pendant la grossesse à partir du milieu des années 90 est-elle exacte, et si tel est le cas, pourquoi? Quel rapport cela présente-t-il avec les taux pour 2000 au Canada?

11. Quels risques pour la santé les femmes imposent-elles à leur corps, physiquement, socialement, mentalement et spirituellement lorsqu'elles consomment de l'alcool alors qu'elles sont enceintes? Outre le SAF et l'ETCAF quelles répercussions négatives ces risques peuvent-ils avoir sur l'issue de la grossesse?
12. Bien que le nombre de femmes qui disent consommer de l'alcool pendant la grossesse soit généralement bas, tout comme le sont les niveaux de consommation signalés, il y a encore des femmes qui en consomment, dont certaines à des niveaux élevés. Peut-on trouver dans la vie de ces femmes des aspects concomitants qui n'ont pas encore été cernés ou étudiés complètement?
13. Quelles combinaisons d'alcool et d'autres substances (p. ex. benzodiazépines^{xxii}), d'alcool et de circonstances de la vie (p. ex. traumatisme) et d'alcool et d'autres comportements néfastes (p. ex. mauvaise nutrition) sont les plus courantes chez les femmes en âge de procréer?

xxii. Les benzodiazépines sont des antidépresseurs du système nerveux central.

5 **Caractéristiques et situation des femmes qui consomment de l'alcool pendant la grossesse**

Problèmes vécus par les femmes qui consomment de l'alcool	30
Recommandations et répercussions	35

Ce que révèlent les études

Les conditions concomitantes que connaissent les femmes enceintes qui consomment de l'alcool sont en général reliées à la consommation d'une autre substance (p. ex. drogues illicites, tabac), à la santé mentale (p. ex. problèmes d'ordre cognitif, dépression) et à leur situation (p. ex. violence, manque de soutien social). Les enquêtes et études canadiennes récentes aident à comprendre partiellement les caractéristiques et la situation des femmes qui consomment de l'alcool pendant leur grossesse. Bien que les données soient éparpillées et que certaines ne concernent qu'une province, elles sont tout de même significatives. Dans l'ensemble, les femmes ayant un meilleur revenu et qui sont plus âgées sont davantage portées à signaler leur consommation d'alcool pendant la grossesse, les femmes plus jeunes et les femmes plus âgées boivent plus fréquemment, et ce sont plutôt les femmes plus jeunes qui prennent cinq consommations ou plus par occasion et qui ont les revenus les plus bas. Il y a peu d'information sur les variations régionales, mais les données existantes montrent que les taux de consommation d'alcool pendant la grossesse les plus élevés se retrouvent au Québec et les plus bas dans les Provinces atlantiques du Canada. Il est évident qu'il faut poursuivre la recherche.

5.1 Problèmes vécus par les femmes enceintes qui consomment de l'alcool

La recherche actuelle indique que la grossesse constitue, pour un grand nombre de femmes, une raison de réduire ou de cesser leur consommation d'alcool⁹²⁻⁹⁵. Ce n'est pas le cas, cependant, pour toutes les femmes. De plus, il est important de savoir que ce ne sont pas toutes les femmes qui découvrent immédiatement qu'elles sont enceintes, et que, par conséquent, elles continuent de boire pendant le premier trimestre et même après dans certains cas. Ceci peut nous donner un aperçu du profil des femmes qui boivent pendant la grossesse. Il devient alors important de connaître non seulement les taux, la fréquence et les niveaux de consommation d'alcool des femmes pendant la grossesse, mais aussi leurs caractéristiques et leur situation, afin d'éclairer les discussions actuelles sur les stratégies et les approches les plus efficaces. Tout comme l'examen des données sur les habitudes de consommation d'alcool chez les femmes, les enquêtes et la recherche présentées dans la présente section ne permettent pas de tout expliquer. Elles donnent par contre un point de départ qui aide à décrire les femmes qui boivent bien qu'elles soient enceintes, et un aperçu de l'étendue des facteurs étroitement liés qui influencent leur vie. Cela est essentiel pour cerner correctement et complètement les facteurs de risque pour des populations spécifiques⁹⁶.

Un rapport de 2004 sur le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie chez les femmes publié par l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime décrit les femmes aux prises avec des problèmes de consommation de substances comme de manière générale...

...ayant moins de ressources (éducation, emploi, revenu) que les hommes, étant plus susceptibles d'avoir un partenaire alcoolique ou toxicomane, ayant la garde des enfants et ayant des problèmes plus graves au début du traitement. ...[Elles] affichent également des taux plus élevés que les hommes de traumatismes liés à des abus physiques et sexuels et à des troubles psychiatriques concomitants, particulièrement le stress post-traumatique et d'autres troubles de l'humeur et troubles anxieux (1).

D'après la documentation canadienne sur la consommation d'alcool pendant la grossesse, les femmes enceintes font face à de nombreuses autres problématiques interreliées entourant leur consommation de substance. La consommation d'autres substances est l'un des éléments déjà mentionné. D'autres éléments sont reliés aux questions d'ordre social, juridique, ou du domaine de la santé⁹⁷⁻¹⁰¹ (voir Tableau 1 ci-dessous). Il est important de savoir que les diverses études ne s'accordent pas totalement sur ces éléments¹⁰², ils correspondent cependant à un modèle que l'on retrouve dans la documentation américaine¹⁰³⁻¹⁰⁹. Il est important également de savoir que, chez les femmes autochtones du Canada, ces éléments se rattachent au contexte de l'oppression coloniale et à ses conséquences, comme la marginalisation sociale et économique actuelle et le lien intergénérationnel entre l'instruction en pensionnat et le SAF/ETCAF chez les peuples autochtones¹¹⁰.

L'on peut avoir un aperçu des conditions concomitantes qui touchent les femmes enceintes consommant de l'alcool en étudiant les mères naturelles d'enfants atteints du SAF. Un important projet de recherche dans l'État de Washington aux États-Unis par Astley et autres (2000) a décrit le profil de femmes qui ont donné naissance à un enfant atteint du SAF, et défini les éléments qui ont aidé la mère à parvenir à l'abstinence ou au contraire qui l'en ont empêché^{111 xiii}. Sur 80 femmes participant à l'étude, 50 étaient parvenues à l'abstinence au moment de leur entrevue et 25 n'y étaient pas parvenues. Dans l'ensemble les participantes présentaient un risque élevé, bon nombre d'entre elles étant aux prises avec des problèmes de santé mentale ou ayant été victimes d'abus, ce qui correspond aux caractéristiques susmentionnées. En ce qui concerne la situation des femmes qui sont parvenues à l'abstinence, Ashley et autres ont indiqué qu'elles avaient en moyenne :

xxiii. L'abstinence était définie comme « n'a pas consommé d'alcool ou n'en consomme que de petites quantités seulement à des occasions spéciales » Astley, S., D. Bailey, C. Talbot, S. Clarren (2000). "Fetal Alcohol Syndrome (FAS) primary prevention through FAS diagnosis: II. A comprehensive profile of 80 birth mothers of children with FAS". *Alcohol & Alcoholism*. Vol. 25, No. 5. pp. 513.

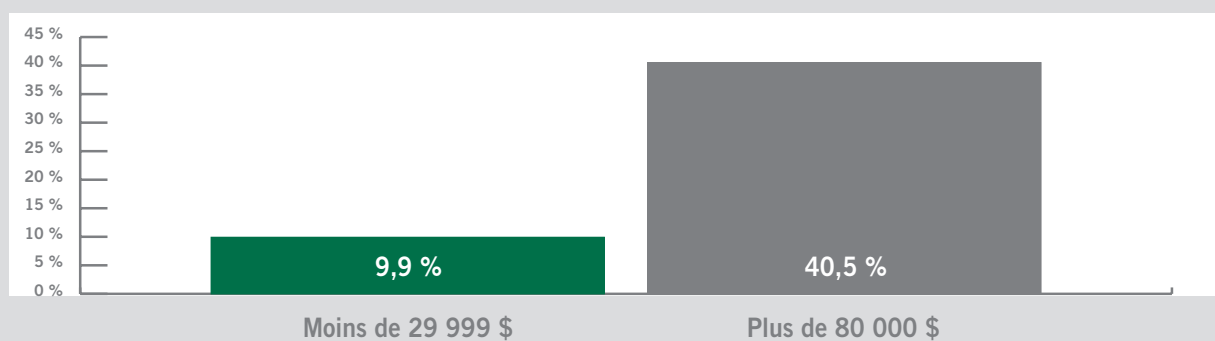
Tableau 1 : Résumé des conditions concomitantes vécues par les femmes enceintes qui consomment de l'alcool

parent unique	violence, mauvais traitements, abus sexuel, traumatisme
enfant(s) en foyer d'accueil/changements de foyer	démêlés avec le système judiciaire pénal
faible revenu/statut socio-économique/pauvreté	faible soutien social
accès limité aux soins et services prénatals/postnatals	naissance antérieure d'un enfant avec exposition prénatale à l'alcool et (ou) à d'autres drogues
sentiment/expérience de perte de contrôle	faibles niveaux de scolarité et d'alphabétisation
emploi de subalterne, peu rémunéré concomitants	problèmes de santé physique et mentale
troubles cognitifs, peut-être dus à l'ETCAF substances	consommation concomitante d'autres
grossesse imprévue /grossesses	Honte
faible estime de soi	dépression et autre(s) problème(s) de santé mentale
facteurs historiques et culturels	forte consommation d'alcool avant la grossesse
âge avancé	mauvaise nutrition
exposition prénatale de la mère elle-même à l'alcool, au tabac ou à d'autres drogues	exposition à l'alcool, au tabac ou à d'autres drogues à un jeune âge
environnement médiocre de la petite enfance des femmes (stress, mauvais traitements, négligence)	consommation d'alcool et de drogue du père/conjoint pendant la grossesse
déséquilibre physique, mental, social et spirituel	logement et conditions de vie instables

un QI beaucoup plus élevé, un revenu familial plus élevé, des réseaux d'appui social plus importants et satisfaisants et qu'elles étaient plus susceptibles d'avoir une appartenance religieuse. Les participantes étaient toutes aussi susceptibles les unes que les autres d'avoir des problèmes de santé mentale, mais celles qui sont parvenues à l'abstinence étaient plus susceptibles d'avoir suivi un traitement...Celles qui sont parvenues à l'abstinence ont signalé des niveaux de consommation d'alcool plus élevés juste avant la naissance de leur enfant et étaient plus susceptibles d'avoir des parents qui avaient des problèmes de consommation d'alcool (513).

Dans son analyse des données de l'ESCC de 2000-2001 pour la province de l'Alberta, l'AADAC révèle de nettes différences selon le revenu chez les femmes qui ont dit **avoir consommé de l'alcool au cours de leur dernière grossesse**. Les femmes bénéficiant d'un revenu plus élevé étaient davantage portées à révéler leur consommation. Quarante pour cent et demie (40,5 %) des femmes touchant un revenu de plus de 80 000 \$ l'ont fait, et ce taux a diminué régulièrement jusqu'à 9,9 % pour les femmes touchant un revenu de 29 999 \$ et moins¹¹². Ce résultat pour l'Alberta est corroboré par des analyses de données canadiennes de l'ENSP de 1994-1995 et de l'ELNEJ de 1994-1995. Les deux enquêtes ont révélé que la consommation d'alcool pendant la grossesse était très courante chez les femmes ayant un revenu plus élevé¹¹³.

Figure 4 : Différence selon le revenu chez les femmes qui ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours de leur dernière grossesse, 2000-2001



Source : Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (AADAC). (2004). *Windows of opportunity: A statistical profile of substance abuse among women in their childbearing years in Alberta*. Edmonton: AADAC.

Les données de l'ELNEJ de 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999 indiquent aussi que les femmes plus âgées ont plus tendance à déclarer leur consommation d'alcool pendant la grossesse. Les données les plus récentes de l'ELNEJ de 1998-1999 révèlent que 14,1 % des enfants de moins de deux ans dont la mère avait moins de 25 ans au moment de l'enquête ont été exposés à une certaine quantité d'alcool avant la naissance, à comparer à 21,6 % des enfants dont les mères avaient 35 ans et plus¹¹⁴.

Variations régionales dans la consommation d'alcool

Il y avait peu d'information au sujet des variations régionales dans la consommation d'alcool chez les femmes enceintes, mais, les analyses de l'ELNEF de 1998-1999 montrent que le Québec présente les taux les plus élevés (25,1 %) et les Provinces atlantiques, les plus faibles (7,7 %) ¹²¹. L'on peut trouver les mêmes résultats dans les analyses de l'ELNEJ de 1994-1995 et de 1996-1997 ^{122,123}. De plus, une enquête de l'an 2000 sur les femmes canadiennes a constaté que les femmes du Québec étaient beaucoup moins portées à déclarer qu'elles cesseraient de consommer de l'alcool si elles devenaient enceintes ¹²⁴.

L'AADAC a également examiné la **fréquence de la consommation d'alcool** chez les femmes de l'Alberta enceintes au moment de l'enquête. L'on a découvert que les femmes en âge de procréer appartenant au groupe d'âge des plus jeunes (18 à 20 ans) étaient celles qui étaient les moins susceptibles de boire moins d'une fois par mois. Les femmes des groupes des plus jeunes et des plus âgées (18 à 20 ans et 31 à 44 ans) étaient plus susceptibles de boire plus fréquemment (une à six fois par semaine) que celles âgées de 21 à 30 ans ¹¹⁵. L'on fait remarquer dans ce rapport que ces résultats correspondent à la recherche américaine, laquelle indique une fréquence de consommation plus importante chez les collégiennes et chez les femmes plus âgées ¹¹⁶.

Pour ce qui est de la **quantité d'alcool consommé par occasion** chez les femmes de l'Alberta en âge de procréer (18 à 44 ans), les jeunes femmes étaient plus susceptibles de déclarer une consommation de cinq boissons ou plus par occasion (14,1 % des femmes de 18 à 20 ans ont consommé cette quantité une fois ou plus par semaine contre 6,2 % du groupe des 21 à 25 ans). Dans les deux groupes des plus âgées (26 à 44 ans), 3 % seulement des femmes ont dit avoir consommé cinq boissons ou plus par occasion une fois ou plus par semaine. Encore une fois, le rapport souligne que ces résultats concordent avec d'autres recherches sur les habitudes de consommation, y compris les études américaines ¹¹⁷. Ainsi, l'enquête de 2002 du Behavioural Risk Factor System révèle que les cuites d'un soir chez les femmes enceintes et les femmes en âge de procréer sont plus fréquentes chez les 18 à 24 ans (19,4 %), suivies des 25 à 34 ans (13,1 %) et des 35 à 44 ans (8,6 %) ¹¹⁸. Donc, même si les femmes enceintes de l'Alberta ayant un revenu plus élevé avaient davantage tendance à boire, les femmes enceintes à faible revenu, lorsqu'elles le faisaient, étaient plus susceptibles de prendre une cuite d'un soir (c.-à-d. prendre cinq boissons ou plus par occasion) une fois par mois ou plus souvent (22,4 % des femmes dont le revenu se situe entre 10 000 \$ et 19 000 \$) et une fois par semaine ou plus (9,2 % des femmes dont le revenu est de moins de 10 000 \$, 5,7 % dans le groupe des 10 000 \$ à 19 999 \$ et de 4 % à 5 % dans le groupe des plus de 20 000) ¹¹⁹. L'étude de Saskatoon sur la grossesse et la santé est arrivée à un résultat similaire indiquant que les femmes enceintes à revenu plus élevé sont plus susceptibles de consommer de l'alcool ¹²⁰.

5.2 Recommandations et répercussions

Comme pour la section précédente, les recommandations de recherche ont pour objectif d'améliorer la collecte des données et de cerner des questions de recherche valables permettant de mieux comprendre les caractéristiques des femmes qui consomment de l'alcool pendant la grossesse et les circonstances entourant leur consommation. Les répercussions indiquées sur les politiques et les programmes visent le même objectif. Plusieurs des recommandations de recherche de la section précédente s'appliquent également ici.

Recommandations de recherche

Collecte des données

- Il faudrait que la recherche s'intéresse davantage aux caractéristiques et à la situation des femmes qui consomment de l'alcool lorsqu'elles sont enceintes et aussi au contexte dans lequel elles boivent (p. ex. influence du conjoint et des pairs). Cela peut se faire en recueillant des données d'enquête et en effectuant des études plus qualitatives et représentatives à petite échelle.
- Il faudrait éviter que les études se concentrent uniquement sur des sous-populations particulières qui sont sur-représentées (p. ex. les femmes pauvres, jeunes, les femmes autochtones). Par exemple, les études de l'ESCC et les études américaines indiquent que les femmes qui ont un revenu supérieur et font partie du groupe des plus âgées sont plus susceptibles de consommer de l'alcool pendant la grossesse.
- Il faudrait continuer à recueillir des données et poursuivre les analyses à propos des femmes qui prennent des cuites d'un soir pendant la grossesse (en particulier les jeunes femmes) et de celles qui ont une dépendance envers l'alcool, comme ces types de consommation présentent les risques potentiels les plus élevés pour le fœtus.
- Il faudrait mener des études qualitatives bien conçues, sur plusieurs sites et sur plusieurs années, recueillir de l'information approfondie sur les caractéristiques et la situation des femmes qui consomment à des niveaux et des fréquences variés pendant la grossesse.
- Il faudrait continuer à mener des études sur les femmes qui ont donné naissance à des enfants atteints du SAF, afin d'en apprendre davantage sur les risques associés à la consommation d'alcool pendant la grossesse et (ou) sur les raisons de cesser ou de diminuer la consommation.

- Plusieurs recommandations relatives aux données sur la consommation d'alcool chez les femmes pendant la grossesse ont également leur place ici, notamment l'élaboration d'environnements de recherche dans lesquels les femmes se sentent à l'aise pour discuter de leur vie, l'adoption d'une approche de collecte des données centrée sur la femme, l'analyse des données actuelles, la réalisation d'études longitudinales, la publication des résultats au moment opportun et la collecte et l'analyse des données par province et territoire.

Questions de recherche

- Quelles sont les liens entre la consommation d'alcool et la consommation d'autres substances (p. ex. les drogues illicites, le tabac, la caféine, les médicaments d'ordonnance et les médicaments en vente libre) pendant la grossesse et chez les femmes en âge de procréer?
- Les femmes considèrent-elles la consommation d'alcool pendant la grossesse comme un comportement à risque élevé (et comment cela se compare-t-il aux autres comportements, comme l'injection de drogue)?
- Pourquoi les femmes les plus jeunes et les femmes les plus âgées sont-elles celles qui consomment le plus fréquemment? Qu'ont-elles en commun, si tel est le cas, qu'est-ce qui permettrait de l'expliquer?
- Pourquoi les femmes plus jeunes ont-elles tendance à prendre des cuites d'un soir pendant la grossesse? Quel lien existe-t-il entre la consommation excessive d'alcool et le revenu?
- Pour quelles raisons certaines conditions de vie favorisent-elles la consommation d'alcool chez les femmes enceintes, et plus particulièrement quelle est l'influence de leur conjoint?
- Quel est le lien entre la consommation d'alcool chez les femmes pendant la grossesse et des troubles concomitants, comme la dépression?
- Quels sont les besoins et services particuliers nécessaires aux femmes enceintes dépendantes de l'alcool, à comparer à ceux que requièrent celles qui prennent des cuites d'un soir et, le cas échéant, les femmes qui consomment de l'alcool occasionnellement pendant la grossesse?
- Quelle est l'explication des taux élevés de consommation d'alcool pendant la grossesse chez les femmes du Québec et des taux plus bas dans les Provinces atlantiques? Ces différences sont-elles culturelles et (ou) peut-on les expliquer par le choix de la méthodologie?

Répercussions sur les politiques et les programmes

- Augmenter les ressources reliées aux soins périnatals pour les femmes à risque, comme celles qui consomment beaucoup d'alcool pendant la grossesse.
- Cerner les interventions fondées sur des preuves qui aident les femmes à diminuer ou à cesser leur consommation d'alcool pendant la grossesse, en particulier les interventions faisant appel à des stratégies variées pour mieux rejoindre les diverses sous-populations de femmes.
- Concevoir et évaluer des campagnes pour faire comprendre succinctement à la population canadienne les risques bien documentés associés à la consommation d'alcool pendant la grossesse, et adapter l'information aux divers types de public. Par exemple, un message insistant sur l'abstinence ne sera peut-être pas le meilleur moyen d'atteindre certains publics (en particulier les femmes enceintes qui ont l'habitude de consommer d'importantes quantités d'alcool). Envisager d'inclure de l'information sur les comportements généraux qui contribuent à une saine grossesse (p. ex. la nutrition) aussi bien que sur ceux qui sont nuisibles (p. ex. le tabac).
- Soutenir les centres périnatals et de désintoxication qui s'attaquent aux éléments de la vie des femmes reliés à leur consommation de substances.
- Encourager la prise de conscience et la sensibilisation dans tous les organismes et chez toutes les personnes qui oeuvrent dans le domaine des dépendances en ce qui concerne les risques particuliers que courent les femmes qu'elles desservent, puisque ces femmes qui reçoivent un traitement peuvent être enceintes ou le devenir.
- Offrir une formation aux organismes et aux travailleurs sociaux oeuvrant dans les services de suivi, s'ils interrogent les femmes sur leur consommation d'alcool pendant la grossesse. Il faudra porter une attention toute particulière au poste qu'occupent les personnes qui posent les questions, puisqu'elles pourraient être ou être perçues comme des personnes occupant des positions de pouvoir (p. ex. aide à l'enfance).
- Problèmes liés à une consommation d'alcool pendant la grossesse.

6 Prévention universelle des problèmes liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse

Promotion de la santé de la population	41
Réglementation de l'alcool	41
Activités de sensibilisation du public	42
Mesures visant les adolescentes et les jeunes adultes .	46
Stratégies à composantes multiples	47
Recommandations et répercussions	48

Relier la consommation d'alcool pendant la grossesse et l'ETCAF aux politiques sociales

Les personnes et les quartiers sont, bien sûr, des acteurs de leur propre santé, mais bon nombre de déterminants de la santé, comme le niveau de revenu, la répartition de la richesse et le niveau d'écart entre les niveaux de vie sont fonction des politiques gouvernementales. Il est donc clair que la prévention n'aura aucun effet si on ne tient pas compte des politiques qui influent sur ces déterminants. Aucune documentation scientifique n'a cherché à établir un lien entre, d'une part, les changements dans les problèmes de consommation d'alcool pendant la grossesse et l'ETCAF et d'autre part, les changements dans les politiques sociales.

Ce que révèlent les études

Les mesures universelles – qui s'adressent au grand public ou à un segment entier d'une population, avec des politiques, des programmes et des messages – visant à prévenir la consommation d'alcool et de drogues chez les femmes enceintes peuvent varier des activités courantes, comme les campagnes de sensibilisation du public, jusqu'à des mesures politiques controversées et plus inhabituelles telles l'augmentation de la taxe sur les boissons alcoolisées ou l'obligation d'apposer, sur les contenants de boissons alcoolisées, des étiquettes comportant une mise en garde. La plupart des mesures de prévention universelle qui visent à contrer ce problème n'ont pas fait l'objet d'une évaluation scientifique et de nombreuses mesures risquent de ne pas produire les effets escomptés en raison des lacunes au niveau de la conception des programmes : les étiquettes de mise en garde sur les contenants de boissons alcoolisées, la mesure qui a le plus souvent fait l'objet d'études, se sont révélées efficaces pour sensibiliser le grand public pendant une brève période et pour décourager la consommation d'alcool chez les femmes à faible risque seulement. Néanmoins, des mesures de prévention universelle bien conçues et bien évaluées pourraient créer un environnement favorable au soutien et au fonctionnement efficaces de mesures plus intensives et mieux ciblées.

Aux fins de la présente section, les mesures de prévention universelle englobent les politiques, les programmes et les messages de prévention qui visent à contrer les problèmes liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse et qui s'adressent au grand public ou à un segment entier de la population (une collectivité, une école ou un quartier). Les mesures suivantes sont examinées : la promotion de la santé de la population, la réglementation de l'alcool, les activités de sensibilisation du public, les mesures visant les adolescentes et les jeunes adultes, ainsi que les stratégies à composantes multiples.

6.1 Promotion de la santé de la population

Pour influencer sérieusement sur la prévalence de la consommation d'alcool pendant la grossesse, il faut tenir compte d'un vaste éventail de facteurs dont on a constaté l'incidence sur la santé des particuliers et des populations, à savoir le revenu, le niveau de scolarité, la qualité de l'emploi et le soutien social. Des recherches indiquent que les personnes qui ont un niveau de scolarité et de revenu élevé sont généralement en meilleure santé que celles dont le niveau est moins élevé; cet effet s'accroît lorsque l'écart est considérable entre les personnes à revenu élevé et celles dont le revenu est faible¹²⁵. Conformément à cette tendance, les femmes qui vivent dans la pauvreté mettent souvent au monde des bébés en moins bonne santé, pour des raisons complexes¹²⁶. Cette tendance vaut aussi pour les grossesses marquées par l'abus d'alcool ou d'autres drogues. Bien que notre compréhension du phénomène soit loin d'être complète, les données canadiennes et américaines présentées dans les sections précédentes laissent à penser que la prévalence de l'ETCAF est plus élevée chez les familles et les collectivités dont le niveau socio-économique est faible.

6.2 Réglementation de l'alcool

On pourrait supposer que des mesures efficaces visant à limiter la consommation d'alcool, et en particulier la consommation abusive, aideraient à réduire la consommation d'alcool pendant la grossesse et l'ETCAF. Pour réduire la consommation d'alcool, on a recommandé diverses mesures de nature réglementaire, que certaines instances ont déjà mises en œuvre, comme l'augmentation des taxes, l'imposition de restrictions sur la publicité, l'obligation de servir les clients de façon responsable, la limitation des heures d'ouverture des débits de boisson et les limites relatives au nombre de débits. La mesure réglementaire pour laquelle on a recueilli le plus grand nombre de faits favorables est la hausse des prix de l'alcool par l'imposition de taxes. Une étude a démontré que la hausse des prix incite davantage les femmes que les hommes à réduire leur consommation. Une telle mesure pourrait donc être efficace pour réduire la consommation d'alcool chez les femmes enceintes¹²⁷. Toutefois, les mesures qui visent spécifiquement l'alcool présentent une faiblesse : elles ne tiennent pas compte de la possibilité de recourir à des produits de remplacement lorsque l'accès à l'alcool est restreint pour une quelconque raison. Selon des preuves empiriques qui demeurent toutefois limitées¹²⁸, il se peut que des femmes enceintes cherchent d'autres substances, dont certaines pourraient être aussi nuisibles ou plus néfastes que les boissons alcoolisées (p. ex. l'alcool frelaté et les substances inhalées) si ces boissons ne sont pas accessibles.

On pourrait penser qu'il serait possible d'influer sur les problèmes liés à la consommation d'alcool par l'application, à l'échelle des collectivités, de politiques qui interdisent la consommation d'alcool ou qui régissent sa vente (p. ex. la délivrance de licence pour les activités spéciales, etc.). Toutefois, on n'a trouvé aucune étude pertinente pour vérifier l'efficacité de telles politiques. Lauzon et autres ont toutefois évalué les politiques qui

régissent l'alcool sur des réserves indiennes en Ontario et qui se sont traduites par le renforcement de la réglementation sur la vente et le débit d'alcool lors des activités communautaires¹²⁹. Selon les premières conclusions, son renforcement a contribué à réduire certains problèmes. Toutefois, aucune évaluation n'a été faite de la consommation durant la grossesse. D'après les conclusions préliminaires qui ont été tirées d'une étude réalisée en Alaska, l'imposition d'une interdiction de consommer de l'alcool dans une collectivité a contribué à réduire considérablement, à court terme, la consommation excessive d'alcool chez les femmes enceintes¹³⁰. Il reste à déterminer les effets à long terme de cette interdiction. Le Centre de toxicomanie et de la santé mentale, qui a collaboré avec de nombreuses collectivités ontariennes à l'élaboration de politiques municipales pour lutter contre les problèmes liés à la consommation d'alcool, cherche actuellement à adapter ces politiques aux spécificités culturelles des Premières nations. Jusqu'à ce jour, le Centre n'a publié aucun rapport sur le processus d'adaptation des politiques ou sur les résultats de ce travail¹³¹.

6.3 Activités de sensibilisation du public

La mesure de prévention universelle la plus courante est probablement la campagne de sensibilisation du public. Bon nombre de ces campagnes ont toutefois été mal conçues et n'ont fait l'objet d'aucune évaluation. Les étiquettes de mise en garde obligatoires sont la mesure de prévention universelle la plus étudiée relativement à cette question. La presque totalité des recherches provient des États-Unis, qui ont adopté une telle politique d'étiquetage en 1989.

Dans une étude qu'il a réalisée en 2002 sur l'efficacité des messages de mise en garde apposés sur les bouteilles de boissons alcoolisées aux États-Unis, Hankin a constaté que pendant les premières années qui ont suivi l'apparition de ces mises en garde, le niveau de conscience général du grand public à l'égard de l'existence des étiquettes de mise en garde et de la nature de la mise en garde a progressé, mais qu'il a diminué par la suite¹³². Stockwell a proposé de faire la rotation des messages et de les changer, afin de les garder « frais » et de réduire ainsi toute diminution dans le niveau de conscience à l'égard de la mise en garde. Hankin a également constaté que les femmes enceintes à

Mesures prises au Canada

On a mis en oeuvre ou proposé, au Canada, un certain nombre de projets importants de sensibilisation à l'ETCAF, notamment le bill 43 (*Loi Sandy*) en Ontario et les programmes pour un service raisonnable de boissons; la campagne de sensibilisation à l'ETCAF qui a été menée en Alberta; de même que le projet de loi fédérale C-206 d'initiative parlementaire, qui vise à rendre obligatoire l'apposition d'étiquettes de mise en garde sur les contenants de boissons alcoolisées.

« faible risque » ont réduit leur consommation d'alcool à la suite de la mise en œuvre de l'obligation d'apposer une mise en garde sur les bouteilles d'alcool, mais qu'on n'a observé aucune réduction chez les femmes qui ont consommé abusivement pendant leur grossesse¹³³. Dans une autre recherche parmi les quelques études réalisées sur les étiquettes de mise en garde et les femmes enceintes, Kaskutas et autres ont évalué, sur une période de cinq ans, à quel point un échantillon représentatif de femmes enceintes aux États-Unis avaient pris connaissance des étiquettes, des annonces et des affiches comportant une mise en garde. Ils ont conclu qu'il n'existait aucun lien entre le niveau de connaissance des divers messages et les niveaux de consommation d'alcool chez les femmes enceintes¹³⁴. Dans une étude effectuée en 1999, Greenfield et autres ont conclu qu'il existait un lien positif entre le niveau d'exposition d'une personne aux étiquettes de mise en garde et les conversations de cette personne qui portaient sur la consommation d'alcool et la grossesse¹³⁵.

Le 1^{er} février 2005, le Bill 43, connu sous l'appellation de Loi de Sandy est entré en vigueur en Ontario. Cette loi oblige les débits et les magasins d'alcool à afficher des pancartes comportant une mise en garde précise concernant les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse. Elle précise les genres de débits concernés, la taille des pancartes, le libellé et la langue du message, les images qui doivent y figurer, ainsi que l'emplacement de ces affiches. Le message qui apparaît sur ces pancartes se lit comme suit : « AVERTISSEMENT : *La consommation d'alcool pendant la grossesse peut occasionner des anomalies congénitales et des lésions cérébrales à votre bébé.* 1-877-327-4636 www.grossesse-sans-alcool.ca ».

Fenaughty et MacKinnon ont évalué l'efficacité de la pancarte d'avertissement que l'État de l'Arizona avait rendu obligatoire dans les débits et magasins d'alcool¹³⁶. Cette pancarte comporte le message suivant : « Warning: Drinking Distilled Spirits, Beer, Coolers, Wine and Other Alcoholic Beverages during Pregnancy Can Cause Birth Defects » (Avertissement : La consommation de spiritueux, de bière, de panaché, de vin et d'autres boissons alcoolisées pendant la grossesse peut causer des anomalies congénitales ». Il ont constaté que la plupart des participants à l'enquête avaient pris connaissance de la pancarte et de son message, mais que le message communiqué avait peu changé leurs croyances relatives aux effets de l'alcool sur le fœtus. Les femmes et les personnes plus âgées étaient davantage au courant de l'existence de cette affiche que les hommes et les personnes plus jeunes, respectivement.

Les programmes pour un service raisonnable de boissons travaillent avec les gérants et les serveurs de débits d'alcool pour veiller à ce que les boissons alcoolisées soient servies de façon responsable (c.-à-d. ne pas servir les personnes mineures, ni les clients intoxiqués ou perturbateurs). Il existe globalement des preuves solides à l'appui de ces programmes¹³⁷. Certains pensent qu'on pourrait, dans le cadre de ces programmes, confier aux serveurs le rôle de refuser de vendre de l'alcool aux femmes enceintes. Toutefois, un tel refus pourrait

être considéré comme une mesure discriminatoire et controversée. Ces programmes pourraient jouer un rôle en matière de sensibilisation des gérants et des serveurs à cette question. Il n'existe cependant aucune étude sur les effets d'une telle mesure.

En 1999-2000, l'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (AADAC) a mené une campagne de sensibilisation au nom de l'Alberta Partnership on FAS. Le partenariat visait notamment à rehausser la sensibilisation et les connaissances relatives au SAF dans la province, en diffusant à la télévision, à la radio et dans les journaux des annonces publicitaires portant sur cette question, ainsi qu'en menant des projets locaux de sensibilisation qui ont été réalisés en collaboration avec le secteur privé. Préalablement au lancement de la campagne, on a effectué une enquête auprès d'un échantillon formé de 800 Albertains pour déterminer leur niveau de connaissance sur le SAF. À la suite de la diffusion des messages télévisuels (qui a duré trois mois), on a poursuivi l'enquête auprès d'un échantillon de 800 autres Albertains. Selon différents paramètres obtenus dans le cadre de cette enquête, le niveau de sensibilisation et de soutien aux mesures visant à contrer le SAF n'a pas évolué à la suite de la télédiffusion des messages. Toutefois, le taux de mémorisation des renseignements concernant l'alcool et la grossesse avait sensiblement augmenté : alors que 61 % des Albertains avait déclaré avoir vu, entendu ou lu quelque chose sur le SAF avant le lancement du volet médiatique de la campagne, leur proportion a augmenté à 73 % immédiatement après la fin de ce volet¹³⁸.

Les fournisseurs de soins de santé sont bien placés pour communiquer des messages brefs et universels pour sensibiliser le grand public aux risques que fait courir la consommation d'alcool sur le fœtus et à la prévalence des grossesses imprévues. Le message général suivant a été recommandé : « les femmes actives sexuellement qui ne prennent pas de moyens de contraception efficaces, mais qui consomment fréquemment de l'alcool, risquent d'avoir une grossesse exposée à l'alcool »¹³⁹. Le directeur des services de santé publique des États-Unis, qui est le médecin en chef des États-Unis, a mis à jour, en février 2005, une déclaration faite en 1981 à l'effet que les femmes enceintes ou qui envisagent de le devenir devraient s'abstenir de consommer de l'alcool¹⁴⁰.

Aperçu : L'évaluation – médiocre au plus

En général, des campagnes de sensibilisation du public sont menées couramment, mais les résultats de ces campagnes sont rarement évalués. Malheureusement, il est en fait difficile d'en évaluer les résultats sur des fondements scientifiques, car les objectifs de ces programmes sont rarement définis de façon précise. Lorsqu'elles font effectivement l'objet d'une évaluation, comme ce fut le cas pour les étiquettes de mise en garde, on constate qu'elles contribuent très peu à améliorer les connaissances du grand public à l'égard du problème et qu'il n'y a que les femmes à faible risque qui modifient leurs comportements en conséquence.

Certains ont conclu que même si l'application d'étiquettes de mise en garde sur les contenants de boissons alcoolisées et les diverses activités de sensibilisation ne produisent que peu d'effets positifs, elles sont tout de même justifiées car elles n'entraînent pratiquement aucun frais pour le gouvernement et coûtent très peu au secteur des boissons alcoolisées¹⁴¹. D'autres déconseillent la communication de messages qui prônent l'abstinence comme seul comportement prudent chez les femmes enceintes. Ils soutiennent que ces messages sont indûment « alarmistes », en raison du fait qu'une proportion élevée de femmes en âge de procréer consomment de l'alcool, qu'un grand nombre de femmes qui ont une grossesse imprévue le constatent tardivement et que l'ETCAF est principalement détecté chez les enfants de femmes qui consomment abusivement de l'alcool. Ils soutiennent que ces messages pourraient inquiéter inutilement certaines femmes enceintes et inciter des femmes à faible risque à mettre fin à leur grossesse. De plus, ils soutiennent que ces messages n'atteignent pas les principales intéressées : les femmes à risque^{142,143}.

La promotion de l'abstinence pendant la grossesse est le message universel le plus prudent¹⁴⁴, puisque les données indiquent que la consommation d'une faible quantité d'alcool pendant la grossesse augmente le risque d'accouchement d'un bébé mort-né et qu'elle nuit à la croissance du bébé et au développement de ses habiletés cognitives^{xxiv}. Néanmoins, les médecins ou les autres praticiens que consultent les femmes enceintes devraient compléter ce message général par des éclaircissements sur les risques qui sont liés aux différentes habitudes de consommation (p. ex. une consommation faible ou occasionnelle d'alcool par opposition à une consommation fréquente ou à des cuites d'un soir) et à des sous-groupes particuliers de la population (tels les femmes considérées à risque élevé qui consomment de l'alcool pendant leur grossesse). Ces messages devraient être étayés par des définitions claires et acceptées de ce qu'on entend par une consommation faible, modérée, occasionnelle et fréquente d'alcool. Il importe d'informer les femmes enceintes qui ont consommé de l'alcool pour une quelconque raison pendant leur grossesse qu'elles amélioreront leur état de santé général et leurs chances de mettre au monde un bébé sain si elles cessent ou réduisent leur consommation d'alcool à n'importe quel étape de leur grossesse¹⁴⁵. (Pour de plus amples renseignements, reportez vous à la section 7 sur les stratégies de prévention sélective).

Il apparaît que les campagnes de sensibilisation du public ne peuvent à elles seules modifier le comportement des femmes à risque élevé. Toutefois, il n'est pas certain qu'elles devraient impérativement atteindre un tel but. Les campagnes de sensibilisation peuvent aider à établir des normes sociales, grâce auxquelles le conjoint, la famille et les proches des femmes enceintes apportent à ces dernières le soutien nécessaire pour éviter de consommer de l'alcool¹⁴⁶.

xxiv. Toutefois, ces études sont sujettes à caution en raison du manque de consensus sur ce qu'on entend par consommation faible et modérée d'alcool. Dans plusieurs cas, ces études se fondent sur des moyennes hebdomadaires qui pourraient cacher des pratiques de consommation élevée à une ou deux occasions au cours de la semaine.

Aperçu : « Préparer le terrain »

Des études soutiennent que le rôle des campagnes de sensibilisation du public est de contribuer à la mise en œuvre de stratégies globales à composantes multiples¹⁴⁷. Par ailleurs, on a laissé à penser que ces mesures de prévention universelle pourraient jouer un rôle important en préparant le terrain pour que le public accueille favorablement des dépenses publiques en faveur de stratégies plus ambitieuses pour combattre ce problème¹⁴⁸.

Il faut impérativement concevoir et évaluer convenablement ces mesures et profiter des conseils disponibles, comme ceux qui figurent dans le manuel *Keys to a successful Alcohol and Pregnancy Communication Campaign*, publié en 2003 par le gouvernement de l'Ontario dans le cadre de son programme *Meilleur départ*¹⁴⁹.

6.4 Mesures visant les adolescentes et les jeunes adultes

On estime qu'il est de plus en plus important d'axer la prévention universelle sur les adolescentes et les jeunes adultes, car beaucoup d'entre elles ont tendance à prendre des cuites d'un soir et à être actives sexuellement¹⁵⁰⁻¹⁵². Selon certaines études, les jeunes femmes semblent courir moins de risques de mettre au monde un enfant atteint que ne courent les femmes plus âgées. Ces jeunes femmes semblent donc disposer d'une marge de protection que l'on pourrait mettre à profit pour les sensibiliser au problème et pour repérer celles qui auraient besoin d'une intervention plus poussée. Dans le milieu scolaire, on pourrait aborder, dans certains programmes scolaires, les sujets qui nécessitent davantage de sensibilisation. D'un point de vue logique, les programmes les plus pertinents sont ceux qui visent à contrer la consommation de drogue, ainsi que les programmes d'éducation à la santé, de développement personnel et de dynamique de la vie. Dans le cas de l'éducation antidrogue au niveau des études secondaires, l'approche interactive fondée sur le modèle d'influence sociale s'est révélée la plus prometteuse¹⁵³. À ce niveau scolaire, les sujets à aborder relativement à l'ETCAF comprennent la planification de la grossesse, la résistance aux pressions qui sont exercées pour consommer de l'alcool et pour avoir des relations sexuelles, les effets tératogéniques^{xv} de l'alcool, les premiers symptômes de grossesse, l'importance des examens physiques de routine pour les adolescentes sexuellement actives, la compréhension des besoins des femmes qui portent un fœtus exposé à l'alcool et les problèmes auxquels font face les parents d'enfants atteints de l'ETCAF¹⁵⁴. Bien qu'on ait trouvé des exemples de programmes scolaires canadiens traitant spécifiquement de l'ETCAF¹⁵⁵, on n'a trouvé aucune étude sur l'efficacité des programmes de niveau secondaire qui abordent l'ETCAF.

xv. Tératogénique fait référence à la capacité d'une substance de provoquer des malformations congénitales.

6.5 Stratégies à composantes multiples

L'utilisation la plus prometteuse des campagnes de sensibilisation est peut-être le soutien de vastes campagnes à composantes multiples. Les programmes à composantes multiples visent généralement à modifier, par divers moyens, les attitudes et les comportements des hommes et des femmes à l'égard de la consommation d'alcool pendant la grossesse. Parmi ces moyens, il y a fourniture systématique, aux hommes et aux femmes (avant le mariage et au stade prénatal) de renseignements sur les moyens de contraception et sur les conséquences de la consommation d'alcool et de drogues. Ces renseignements peuvent provenir d'un certain nombre de sources (p. ex., une annexe aux demandes de licence de mariage). Ces moyens sont complétés par des services prénataux, par des mesures d'action directe, par une formation professionnelle pour repérer et soutenir les femmes à risque, ainsi que pour intervenir auprès de ces femmes, et par l'accès à des cliniques de diagnostic lié à l'ETCAF afin d'évaluer les enfants exposés à l'alcool au stade prénatal.

Les stratégies à composantes multiples sont difficiles à mettre en œuvre et leur évaluation pose de nombreux défis. L'un des rares programmes concernant l'ETCAF qui a fait l'objet d'une évaluation est le programme Tuba City à l'intention d'une population autochtone des États-Unis. Ce programme comportait une démarche exhaustive en matière de prévention et d'interventions, notamment la sensibilisation, la formation et le dépistage. Bien que les divers éléments du programme n'aient pas été évalués séparément et qu'aucun groupe de référence n'ait été utilisé, le programme global semble avoir été efficace pour favoriser l'aiguillage des femmes enceintes vers des services spécialisés et pour les inciter à cesser de boire¹⁵⁷. De plus, selon une étude faite par Astley (2004), les diverses composantes des stratégies mises en œuvre dans l'État de Washington au fil des ans ont contribué conjointement à réduire la consommation d'alcool pendant la grossesse et à diminuer la prévalence de l'ETCAF entre 1993 et 1998¹⁵⁸.

Faire participer les acteurs clés

L'approche motivationnelle de courte durée (une approche de prévention sélective) a donné de bons résultats dans les collèges américains auprès de consommatrices d'alcool à risque élevé, mais les programmes de prévention universelle les plus prometteurs semblent être ceux qui sont fondés sur une approche environnementale qui incite à la participation des acteurs clés (c.-à-d. les étudiants, les fournisseurs de soins de santé, les établissements titulaires d'une licence de débit de boissons et le secteur des boissons alcoolisées) pour trouver et mettre en œuvre des stratégies politiques susceptibles de réduire la consommation à risque (p. ex. la restriction de l'accès aux boissons alcoolisées et la mise en œuvre de services raisonnables de boissons)¹⁵⁶.

6.6 Recommandations et répercussions

Les priorités en matière de recherches, d'établissement de programmes et d'élaboration de politiques qui découlent de cet examen des faits qui sont fournis à l'appui des mesures de prévention universelle sont les suivantes :

Études d'évaluation

- Mener des recherches canadiennes sur les aspects suivants :
 - l'efficacité des politiques municipales relatives à l'alcool en vue de prévenir la consommation d'alcool pendant la grossesse;
 - l'efficacité des mesures de sensibilisation du public, comme les campagnes médiatiques, l'obligation légale d'afficher des pancartes d'avertissement et, si elle est mise en oeuvre, l'obligation légale d'apposer des étiquettes de mise en garde sur les contenants de boissons alcoolisées;
 - l'efficacité de la sensibilisation à l'ETCAF dans le cadre de programmes scolaires;
 - l'efficacité des stratégies de prévention communautaires à composantes multiples pour contrer l'ETCAF.
- Préciser les définitions de consommation faible, modérée, occasionnelle et fréquente d'alcool pendant une grossesse.

Répercussions sur les politiques et les programmes

- Examiner soigneusement les politiques sociales permettant de réduire les iniquités dont sont victimes les femmes enceintes à faible revenu ou celles qui élèvent des enfants.
- Améliorer la conception des programmes de sensibilisation du public de façon à ce qu'ils puissent être évalués rigoureusement.
- Évaluer les possibilités en matière de promotion de la santé, de même que les risques, que présente la communication de messages de sensibilisation qui prônent uniquement l'abstinence.
- Intégrer les projets de sensibilisation du public aux stratégies exhaustives de prévention.
- Accorder davantage d'attention au problème que constitue l'abus d'alcool chez les adolescentes et les jeunes femmes adultes.

7 Prévention sélective des problèmes liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse

Messages ciblés de sélection préventive	51
Identification des femmes enceintes qui ont des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie	51
Interventions de courte durée	54
Recommandations et répercussions	57

Les cuites d'un soir – sont-elles liées aux grossesses non voulues, non planifiées ou inattendues?

Puisque la consommation d'alcool et les grossesses imprévues sont deux phénomènes fréquents, il est possible qu'une femme consomme de l'alcool avant de se rendre compte qu'elle est enceinte. Aux États-Unis, Naimi et autres ont constaté que 45 % des quelque 72 900 femmes qui ont accouché entre 1996 à 1999 ont dit que leur grossesse était imprévue (non planifiée ou non voulue) et que celles qui prenaient des cuites d'un soir (cinq verres ou plus lors de la même occasion) avant la conception (dans les trois mois précédents) couraient le plus grand risque de tomber enceinte de façon inattendue. Tout en reconnaissant qu'il s'agit d'une question complexe, les auteurs ont constaté que plus une femme prend de cuites d'un soir avant la conception, plus elle risque de devenir enceinte de façon inattendue¹⁵⁹.

Ce que révèlent les études

Les mesures de prévention sélective visent des sous-ensembles de la population qui sont plus à risque, afin d'axer les interventions sur ces groupes. Dans le cas qui nous concerne, il s'agit des femmes qui sont en âge de procréer et qui consomment de l'alcool. Les mesures de prévention sélective à l'intention de ces femmes comprennent les mesures d'action directe, de dépistage et d'orientation, ainsi que les interventions de courte durée. Bien que certains chercheurs prônent le recours à des mesures systématiques de dépistage de la consommation d'alcool chez toutes les femmes en âge de procréer, le consensus tend davantage à se créer en faveur d'un dépistage systématique chez les femmes enceintes. De nombreuses femmes ont réussi à arrêter de boire dès qu'elles se sont rendu compte qu'elles étaient enceintes ou dès qu'elles planifiaient une grossesse. Le simple fait de répondre à des questions à des fins de dépistage incitera d'autres femmes à arrêter de boire. Les interventions de courte durée qui comprennent une à trois séances menées par des professionnels de la santé ou des services sociaux semblent efficaces auprès de femmes enceintes qui ne sont pas dépendantes à l'alcool.

Les interventions de *prévention sélective* sont orientées vers des personnes qui courent un risque élevé d'éprouver un problème donné, parce qu'elles appartiennent à un sous-groupe reconnu pour être plus à risque par rapport à la population en général. La *prévention sélective* contre l'ETCAF s'adresse aux femmes qui sont en âge de procréer et qui consomment de l'alcool. Habituellement, ces interventions sont davantage ciblées et plus dynamiques que les interventions de *prévention universelle*. Elles peuvent comprendre des mesures d'action directe, de dépistage et d'aiguillage, ainsi que des interventions de courte durée dans le but de promouvoir la santé des mères et de prévenir ou de réduire les dommages chez le fœtus. La présente section aborde les mesures de prévention sélective suivantes : la communication de messages de prévention sélectifs et ciblés, le dépistage des femmes alcooliques ou toxicomanes et les interventions de courte durée.

Selon les résultats d'une autre enquête importante menée auprès de la population américaine, 60 % des femmes qui ont déclaré une consommation fréquente d'alcool (plus de six verres par semaine) au cours des trois mois qui ont précédé le test de grossesse ne s'étaient rendu compte qu'elles étaient enceintes qu'après la quatrième semaine de gestation. La grande majorité des femmes avaient cessé de boire ou réduit considérablement leur consommation dès qu'elles s'étaient rendu compte qu'elles étaient enceintes¹⁶⁰. Comme on l'a mentionné au début du présent rapport au sujet de la consommation générale d'alcool chez les femmes, les études canadiennes indiquent que les jeunes ont davantage tendance à avoir des relations sexuelles sans moyens de contraception lorsqu'ils ont consommé de l'alcool¹⁶¹.

7.1 Messages ciblés de prévention sélective

Compte tenu des enjeux, certains préconisent le dépistage systématique des problèmes d'alcool chez toutes les femmes qui sont en âge de procréer. Toutefois, les mesures de dépistage sont actuellement très inégales, car le personnel du système de soins de santé est débordé et n'a pas la formation nécessaire¹⁶². Il faut néanmoins informer clairement ces femmes qu'en ayant des relations sexuelles sans moyen de contraception efficace et qu'en buvant même modérément (p. ex. moins de sept verres ordinaires par semaine), elles courent le risque d'exposer leur fœtus à l'alcool, ce qui, dans les cas extrêmes, peut causer des lésions cérébrales et d'autres anomalies congénitales au fœtus¹⁶³. Il serait logique d'axer les messages sur les adolescentes et les jeunes femmes, car non seulement prennent-elles fréquemment des cuites d'un soir et ont-elles souvent des relations sexuelles, mais elles ont aussi tendance à se rendre compte tardivement qu'elles sont enceintes¹⁶⁴. Toutefois, on n'a trouvé aucune étude sur les messages relatifs à la consommation d'alcool et à la grossesse qui sont diffusés à l'intention de ce segment de la population. Il est nécessaire de renseigner les femmes en âge de procréer sur les dangers que fait courir au fœtus la consommation d'alcool. Après avoir pris connaissance de ces renseignements, la vaste majorité de celles qui consomment de l'alcool sans en être dépendantes cesse de boire. Toutefois, ces renseignements se révéleront insuffisants pour inciter à l'abstinence celles qui sont dépendantes à l'alcool et qui vivent dans une situation difficile.

7.2 Identification des femmes enceintes alcooliques ou toxicomanes

Il existe, chez les spécialistes, un large consensus en faveur du dépistage de la consommation d'alcool chez les femmes enceintes lors de la prestation de soins ordinaires de santé prénatale dans un milieu de soins de première ligne, car ce milieu s'y prête bien^{165,166}. Il existe beaucoup d'obstacles à la mise en œuvre du dépistage

Outils de dépistage validés

Les questionnaires TWEAK et T-ACE sont tous deux conçus spécifiquement pour les femmes enceintes. On a validé le questionnaire TWEAK auprès de différentes populations, y compris des patientes dans les services d'urgence qui sont issues de différents milieux¹⁶⁹⁻¹⁷¹.

Russell et autres ont évalué l'efficacité des questionnaires TWEAK et T-ACE. Ils ont conclu qu'ils sont très efficaces pour repérer les habitudes de consommation à risque pendant la grossesse. Selon une étude réalisée par Flynn et autres, il est possible d'administrer le questionnaire TWEAK dans des cliniques d'obstétriciens occupées, et ce d'une façon acceptable pour les femmes¹⁷². Dans son examen des questionnaires de dépistage, Chang (2001) a conclu que le questionnaire T-ACE ne prend qu'une minute à faire remplir et que le questionnaire TWEAK, bien qu'il soit également utile, ne présente pas d'avantages particuliers par rapport au questionnaire T-ACE¹⁷³.

systématique de toutes les femmes enceintes, mais il est primordial de ne pas laisser à la discrétion des femmes concernées la décision de faire le dépistage¹⁶⁷. Certaines femmes pourraient refuser de reconnaître qu'elles ont un problème d'alcool en raison d'un manque de motivation ou d'une crainte d'être victime de discrimination par des fournisseurs de soins de santé. Certains fournisseurs de soins de santé pourraient aussi hésiter à interroger leur patiente sur leur consommation d'alcool. Le meilleur moyen d'atténuer le malaise éprouvé par les deux parties est, d'une part, de créer un environnement impartial et respectueux où les questions nécessaires au dépistage de la consommation d'alcool sont posées dans le cadre d'un examen de l'état de santé général et, d'autre part, de fournir aux médecins davantage d'information sur les programmes d'action directe qui fournissent de l'aide et des soins aux femmes enceintes. Chez les femmes démunies qui se trouvent à la rue, il est peut-être plus efficace de faire le dépistage dans le cadre d'interventions communautaires qui sont menées par des professionnels de la santé et des travailleurs sociaux qui ont gagné au préalable la confiance de ces dernières¹⁶⁸.

Pour se renseigner sur les habitudes de consommation d'une femme, il suffit simplement d'avoir un entretien avec elle, où l'on pourrait discuter de son état de santé général et de son bien-être. Les questionnaires de dépistage rapide constituent aussi une solution de remplacement efficace. Il s'agit d'outils d'une grande simplicité d'emploi qui sont principalement utilisés dans des milieux de soins de santé – une clinique d'obstétricien est un endroit idéal – mais qui peuvent aussi être administrés par un professionnel dans d'autres services de santé ou services sociaux. Ces professionnels peuvent en outre aider la personne à répondre aux questions.

Les questionnaires de dépistage présentent habituellement un inconvénient : les répondantes ont tendance à ne pas déclarer la totalité de leur consommation d'alcool. Pour contourner cette tendance, les questionnaires T-ACE et TWEAK ne comprennent pas de questions sur les quantités d'alcool réellement consommées ou sur les habitudes actuelles de consommation. Comme il est tout de même important d'obtenir ces

renseignements, Hankin et Sokol ont suggéré que si les réponses à ces questionnaires laissent entendre qu'une femme a un problème d'alcool, on devrait faire un suivi en l'interrogeant, de façon délicate, sur les quantités d'alcool consommées au moment de la conception et sur sa consommation actuelle¹⁷⁴.

Quelle que soit la méthode utilisée, il est crucial de l'appliquer dans un contexte positif et sensible à la situation des femmes enceintes, en particulier pour celles qui consomment de l'alcool ou d'autres drogues. En adoptant une approche respectueuse exempte de tout jugement, on peut poser ouvertement des questions auxquelles la femme enceinte sera davantage portée à donner des réponses franches¹⁷⁵. Dans une étude menée auprès de femmes enceintes en Colombie-Britannique, Ling a constaté que ces femmes font des déclarations passablement exactes concernant leur consommation d'alcool et d'autres drogues (comme le confirme le test du méconium du nouveau-né) lorsqu'on les aborde sans les juger et qu'on leur fournit des renseignements pour les aider à prendre soin d'elles-mêmes et de leur enfant¹⁷⁶. De plus, on a indiqué que la répétition des mesures de dépistage (c.-à-d. lors de chaque visite prénatale) pourrait permettre de resserrer graduellement les liens avec la femme enceinte, ouvrant ainsi la voie à des rapports francs et sincères, ainsi qu'à une possibilité d'intervention. Il faut prendre davantage de temps pour soulever avec elle la question de la consommation d'alcool dans un tel contexte, mais on a soutenu que c'était un moyen efficace d'aborder des questions ou de s'attaquer à des complications qui pourraient autrement survenir ultérieurement au cours de la grossesse¹⁷⁷.

Plutôt que de poser des questions sur la consommation d'alcool ou de recourir à des questionnaires de dépistage de problèmes d'alcool, on peut utiliser des biomarqueurs (p. ex. le méconium, la désialotransferrine et le gamma glutamyl-transpeptidase (GGT)). Ils ont l'avantage de pouvoir être administrés de manière non-intrusive (physiquement) et de mesurer les habitudes actuelles et récentes de consommation plutôt que les antécédents en matière de consommation. Toutefois, des questions d'éthique surgissent lorsqu'on administre un test à une femme à son insu ou sans son consentement. C'est ce qui se produit lorsqu'on utilise des biomarqueurs. Pour cette raison, il faut mener d'autres recherches et lancer un débat avec toutes les parties concernées relativement aux questions sociales, juridiques et éthiques avant de pouvoir recommander l'utilisation systématique de tests de laboratoire pour détecter les femmes enceintes qui ont des habitudes de consommation à risque¹⁷⁸⁻¹⁸⁰.

Bien sûr, le dépistage de la consommation d'alcool chez les femmes enceintes suppose qu'il existe des ressources d'intervention pour aider les femmes dont la consommation d'alcool pose problème. Il n'existe aucune donnée empirique à l'appui, mais les spécialistes s'entendent généralement sur le fait que les ressources disponibles pour prendre soin des femmes enceintes qui ont des problèmes de consommation d'alcool ou d'autres drogues, de même que pour les traiter, sont largement insuffisantes au Canada.

7.3 Interventions de courte durée

Si, à la lumière d'un entretien ou des réponses fournies à un questionnaire de dépistage, une femme enceinte semble avoir des problèmes d'alcool, il convient de la soumettre à une évaluation plus poussée. Si la femme n'est pas dépendante à l'alcool et dispose d'un soutien social raisonnable, une solution viable serait d'effectuer une intervention de courte durée (entre une et trois séances) menée par un professionnel de soins de santé ou de services sociaux¹⁸¹. À la suite d'un examen des interventions de courte durée, Yahne et Miller ont résumé de la façon suivante les éléments d'une intervention fructueuse, qu'ils ont désignée par l'acronyme FRAMES¹⁸²:

- Commentaires : Fournir aux clientes des commentaires personnels sur leur état.
- Responsabilité : Mettre l'accent sur la responsabilité individuelle à l'égard du changement et sur le libre choix de l'individu.
- Conseils : Faire des recommandations ou donner des avis clairs en ce qui a trait à la nécessité de changer, habituellement sur un ton encourageant plutôt qu'impératif.
- Palette de choix : Proposer différentes stratégies de changement et offrir la possibilité de choisir la stratégie qui leur semble la plus convenable.
- Empathie : Adopter de façon manifeste un comportement empathique, réfléchi, chaleureux et soutenant, ce qui influe sur la possibilité de rendre le traitement fructueux.
- Efficacité personnelle : Renforcer l'image que la personne se fait de son efficacité personnelle, c'est-à-dire sa confiance en sa capacité de modifier son comportement.

Aperçu : chaque minute compte

Les interventions de courte durée (10 à 15 minutes) fondées sur ce modèle général se sont révélées efficaces auprès de différents segments de la population lorsqu'elles sont axées sur les problèmes d'alcool et qu'elles sont menées par des médecins¹⁸³. Il existe maintenant des preuves solides qu'une intervention de courte durée peut être efficace chez les femmes en âge de procréer qui ne sont pas dépendantes à l'alcool. Les interventions de courte durée se sont également révélées efficaces pour réduire la consommation d'alcool chez les femmes enceintes qui consommaient de l'alcool sans en être dépendantes.

Dans le cadre d'une étude expérimentale bien conçue, Manwell et autres ont mis à l'essai une intervention auprès de femmes en âge de procréer qui ne cherchaient pas à se faire soigner. L'intervention comprenait deux séances de 15 minutes avec un médecin à un intervalle d'un mois (comportant des conseils, de l'éducation, un aiguillage vers des ressources spécialisées et l'utilisation d'un cahier d'exercices). Une infirmière de clinique faisait un appel de suivi aux patientes dans les deux semaines suivant chaque séance avec un médecin. Les interventions étaient menées par 64 médecins de soins communautaires qui avaient été formés à l'aide de jeux de rôles et de techniques générales d'acquisition de compétences. L'échantillon se composait de femmes âgées de 18 à 40 ans qui consommaient au moins 11 verres par semaine et quatre verres à chaque occasion ou qui avaient obtenu une note de deux ou plus au questionnaire CAGE^{xxvi}. Selon les résultats du suivi effectué après 48 mois (ce qui représente une durée exceptionnellement longue dans la documentation scientifique), les femmes qui avaient fait l'objet d'une intervention avaient réduit leur consommation d'alcool de 48 % en moyenne (de 14 à 7,5 verres par semaine). Le nombre de sujets qui avait déclaré prendre des cuites d'un soir était passé de 93 % à 68 %, alors que le nombre de cuites d'un soir au cours du mois précédent était passé de cinq à trois¹⁸⁴.

Chang et autres ont fait l'essai d'une intervention en deux séances visant à aider les femmes enceintes à se fixer des objectifs de réduction de consommation d'alcool pendant leur grossesse. Ils ont constaté que ce genre d'intervention aidait ces femmes à réduire leur consommation d'alcool¹⁸⁵. Hankin et autres ont mené des essais cliniques comparatifs et aléatoires pour évaluer l'efficacité d'une stratégie d'intervention de courte durée visant à modifier les habitudes de consommation d'alcool pendant les grossesses subséquentes. Ils ont effectué un suivi et ils ont constaté que la consommation des femmes du groupe expérimental était légèrement supérieure à la moitié de la consommation des femmes du groupe témoin. Les femmes qui avaient déclaré consommer beaucoup d'alcool avant leur grossesse étaient celles qui avaient réduit le plus fortement leur consommation après avoir fait l'objet d'une intervention intensive de courte durée. De plus, les nouveau-nés des femmes qui avaient tiré parti d'interventions intensives de courte durée présentaient une meilleure croissance que ceux des femmes qui n'en avaient pas fait l'objet¹⁸⁶.

Les entretiens motivationnels (EM) conçus par Miller et Rollnick¹⁸⁷ se sont révélés efficaces dans une certaine mesure comme mode d'intervention de courte durée auprès de femmes enceintes¹⁸⁸. Handmaker et autres ont mis à l'essai, dans un contexte de soins prénataux, une brève intervention fondée sur l'EM auprès d'un petit échantillon de femmes enceintes consommatrices d'alcool¹⁸⁹. Après avoir fait l'objet d'une évaluation, les

xxvi. Le CAGE est un questionnaire comprenant quatre questions pour dépister les problèmes d'alcool. Les questions visent à savoir si la personne a déjà essayé de réduire sa consommation (CUT BACK), s'est déjà fâchée (ANNOYED) face à des reproches concernant sa consommation, s'est déjà senti coupable (GUILTY) de boire ou buvait tôt le matin pour se réveiller (EYEOPENER).

femmes de l'échantillon expérimental ont participé à une intervention d'une heure comportant une discussion sur l'état de leurs connaissances actuelles sur les effets de la consommation d'alcool, des observations sur la gravité de leur problème d'alcool et des commentaires pour les encourager à changer leurs habitudes de consommation. Les femmes du groupe témoin ont fait l'objet d'une évaluation et ont reçu par la poste des renseignements sur les risques éventuels de la consommation d'alcool pendant la grossesse. On a constaté que les femmes qui avaient des taux d'alcoolémie élevés avant l'intervention avaient des taux beaucoup moins élevés après l'intervention que les femmes du groupe témoin.

Les Centers for Disease Control (CDC) des États-Unis ont mené une vaste étude de faisabilité qui a montré qu'une intervention relativement brève (cinq séances) fondée sur l'EM pouvait aider les femmes à risque élevé à changer leurs habitudes. L'étude a permis de conclure que les entretiens de motivation axés sur la réduction de la consommation d'alcool à risque et sur l'utilisation de moyens de contraception sont faisables et prometteurs dans le cas des femmes qui courent un risque élevé de consommer de l'alcool pendant leur grossesse¹⁹⁰. L'intervention comprenait quatre entretiens de modification menés par un professionnel de la santé mentale et une consultation de planification familiale avec un médecin spécialisé en planification familiale. Les discussions tenues lors de chaque séance étaient adaptées à l'auto-évaluation que la femme avait faite relativement à sa volonté de changer ses habitudes de consommation et de discuter de sa consommation d'alcool ou de l'utilisation de moyens de contraception. En somme, le but était de fournir de brefs conseils et du counselling à des moyennes et grandes consommatrices, afin de les inciter à réduire leur consommation ou de les aiguiller vers des services communautaire de traitement de l'alcoolisme.

On a constaté que le fait d'avoir deux choix pour atteindre un résultat positif semblait plaire, ce qui vient appuyer l'affirmation selon laquelle les gens s'engageaient davantage à atteindre des objectifs s'ils les fixaient eux-mêmes. Environ une femme sur quatre avait choisi de recourir à un moyen de contraception efficace comme mesure principale pour réduire le risque d'une grossesse alcoolisée, 12 % avait choisi uniquement de réduire leur consommation d'alcool et près du tiers a déclaré qu'elles avaient adopté les deux mesures. Les femmes à faible risque (d'après la note qu'elles ont obtenu au questionnaire sur la consommation d'alcool) étaient celles qui étaient le plus susceptibles de réduire les risques d'une grossesse alcoolisée, mais les moins portées à réduire leur consommation d'alcool (c.-à-d. elles avaient tendance à réduire les risques en adoptant des moyens de contraception efficaces). Ces résultats encourageants ont été observés dans six collectivités réparties dans différentes régions des États-Unis. Il sera toutefois important d'étudier le modèle à l'aide d'un plan expérimental pour accroître le degré de confiance en son efficacité, ce qui constitue l'objectif poursuivi par les CDC. Une version modifiée

de cette méthode est en train d'être mise à l'épreuve auprès d'adolescentes. Elle fait l'objet d'un essai dans le cadre du projet Balance (Birth Control and Alcohol Awareness: Negotiating Choices Effectively) qui est en cours d'exécution auprès d'étudiantes de niveau universitaire dans le sud-est des États-Unis¹⁹¹.

Il semble que toute attention constructive qui sera apportée à cette question aidera les femmes non dépendantes à l'alcool à modifier leurs comportements. La grande majorité des femmes qui apprennent qu'elles sont enceintes ou qui prévoient de l'être arrêtent de boire de leur propre chef¹⁹². Chez d'autres femmes, leur demander de répondre à un questionnaire de dépistage administré de façon respectueuse et exempte de tout jugement suffit pour les sensibiliser et les amener à modifier leurs comportements¹⁹³. Outre le constat élémentaire indiquant que les consommatrices non dépendantes ont tendance à mieux réagir aux interventions de courte durée que les buveuses dépendantes, il faudrait mener d'autres recherches pour comprendre comment différentes femmes réagissent à divers niveaux d'intervention. À la lumière de ce constat, Handmaker et autres ont proposé aux fournisseurs de soins d'utiliser les interventions de courte durée auprès de femmes enceintes dépendantes à l'alcool dans le cadre d'une approche de soins par étapes^{194,195}. Selon le modèle de soins par étapes, les clientes sont évaluées selon leur niveau de motivation, l'efficacité personnelle perçue, le niveau de dépendance, la comorbidité et les facteurs socio-culturels, puis orientées vers un des trois niveaux de traitement. Le principe directeur de ce modèle consiste à recourir d'abord au niveau d'intervention le moins intensif (et le moins coûteux), puis de passer progressivement à un niveau supérieur si le niveau inférieur se révèle inefficace.

Il importe aussi de signaler dans la présente section que, bien qu'on ait évoqué l'hypothèse que la consommation d'alcool par le père puisse avoir un effet biologique sur le développement du fœtus, l'existence de cet effet et son rôle éventuel n'ont pas été démontrés^{196,197}. Par conséquent, le rôle de l'homme dans l'apparition d'anomalies congénitales semble principalement d'ordre social et psychologique. Toutefois, l'homme semble exercer une influence assez forte sur la femme enceinte, diverses études ayant démontré le lien entre la consommation d'alcool par le conjoint et la consommation par la femme enceinte¹⁹⁸. Par conséquent, bien qu'il n'existe aucune preuve empirique allant dans un sens ou dans l'autre, il est raisonnable de s'intéresser aux pères consommateurs et de les inviter à encourager leur conjointe à faire des choix sains.

7.4 Recommandations et répercussions

Les priorités en matière de recherches, d'établissement de programmes et d'élaboration de politiques qui découlent de cet examen des faits qui sont fournis à l'appui des mesures de prévention sélectives sont les suivantes :

Études d'évaluation

- Mener des recherches canadiennes dans les domaines suivants :
 - l'efficacité de l'utilisation des questionnaires T-ACE et TWEAK, ainsi que des méthodes informelles, dans un milieu de soins de santé ou de services sociaux, pour interroger les femmes sur leur consommation d'alcool afin de détecter la consommation d'alcool en cours de grossesse;
 - la faisabilité de faire un dépistage systématique de la consommation d'alcool chez les femmes enceintes au Canada et les obstacles à la consignation, dans les dossiers prénataux, de renseignements concernant leur consommation;
 - l'efficacité du recours à des interventions de courte durée dans un milieu de soins de santé ou de services sociaux pour réduire la consommation d'alcool chez les femmes enceintes;
 - les liens entre la consommation par le (la) conjoint (e) et la consommation par la femme, ainsi que les répercussions d'une intervention auprès d'un couple au cours d'une grossesse.

Répercussions sur les politiques et les programmes

En attendant les résultats des études canadiennes, la priorité devrait être accordée à ces pratiques prometteuses :

- Promouvoir le dépistage systématique, par les fournisseurs compétents de soins de santé et de services sociaux, de la consommation d'alcool chez les femmes enceintes, en mettant l'accent sur le besoin de créer un environnement confortable, sécuritaire et respectueux aux fins du dépistage et de la sensibilisation à la consommation de l'alcool.
- Promouvoir le recours à des interventions de courte durée effectuées à l'aide de l'approche motivationnelle dans un milieu de soins de santé et de services sociaux, en tant que moyen prometteur de réduire la consommation d'alcool chez les femmes enceintes qui n'y sont pas dépendantes.

8 Mesures de prévention indiquées des problèmes de consommation d'alcool pendant la grossesse

Identification des femmes qui profitent des mesures d'intervention indiquées	61
Obstacles à l'identification des femmes enceintes qui ont des problèmes importants d'alcoolisme et de toxicomanie .	62
Mesures d'intervention directe	63
Messages ciblés de mesures de prévention indiquées .	64
Attention prénatale médicale et sociale	65
Prestation de soins complets et pratiques	70
Modèles canadiens	74
La prévention par le biais du diagnostic	75
Traitement pour les femmes autochtones adapté aux différences culturelles	76
Efficacité du traitement par rapport au coût	77
Recommandations et répercussions	77

Ce que révèlent les études

Les mesures de prévention indiquées visent à prévenir ou à réduire les méfaits chez les femmes enceintes souffrant d'alcoolisme ou de toxicomanie. Ces femmes ont souvent été victimes d'une série de mauvais traitements physiques ou sexuels et ont des problèmes concomitants de santé mentale. Par conséquent, les programmes qui fonctionnent le mieux sont ceux qui offrent des soins respectueux et souples avec un soutien à l'égard de certains aspects, y compris l'accès aux garderies. Le counselling motivationnel et la coordination intensive des cas se sont toutes deux révélées prometteuses pour aider les femmes à risque à prendre des décisions saines en matière de contraception et (ou) de consommation d'alcool.

Les mesures de prévention indiquées s'adressent aux femmes qui risquent fortement d'avoir un enfant atteint de l'ETCAF. Cette population inclut les femmes en âge de procréer qui ont une dépendance à l'alcool, les femmes qui ont consommé de l'alcool lors de grossesses précédentes et les femmes enceintes qui ont accouché d'un bébé atteint de l'ETCAF et continuent de consommer de l'alcool¹⁹⁹. Les femmes elles-mêmes atteintes de l'ETCAF risqueraient aussi d'avoir un enfant atteint de l'ETCAF²⁰⁰. À ce niveau, les mesures de prévention incluent le traitement de la dépendance à l'alcool pour les femmes qui sont enceintes ou sont susceptibles de le devenir, un soutien pour les nombreux autres problèmes auxquels elles sont typiquement confrontées, et des mesures encourageant la prévention de la grossesse^{201,202}. Réduire les méfaits découlant d'une consommation continue d'alcool en réduisant la consommation des types les plus risqués, promouvoir un bon état de santé général de la mère, et accroître sa capacité de bien s'occuper de ses enfants constituent aussi des buts légitimes²⁰³. La présente section examine la recherche effectuée dans les domaines connexes suivants :

- identification des femmes qui profitent des mesures de prévention indiquées;
- obstacles à l'identification des femmes enceintes qui ont des problèmes importants d'alcoolisme et de toxicomanie;
- mesures d'intervention directe;
- messages ciblés de mesures de prévention indiquées;
- attention prénatale médicale et sociale;
- gestion du sevrage;
- traitement pour les femmes qui ont des problèmes importants d'alcoolisme et de toxicomanie

- traitement pour les femmes enceintes qui ont des problèmes importants d'alcoolisme et de toxicomanie
- philosophie du service respectueux
- prestation de soins complets et pratiques
- collaboration entre organismes et services de coordination
- continuum élargi et souple de services en alcoolisme et en toxicomanie
- coordination ou gestion des cas
- attention à porter aux problèmes familiaux
- soins continus ou suivi
- utilisation des approches de counselling motivationnel
- modèles canadiens
- la prévention par le biais du diagnostic
- traitement pour les femmes autochtones adapté aux différences culturelles
- efficacité du traitement par rapport au coût

8.1 Identification des femmes qui profitent des mesures d'intervention indiquées

Les femmes qui n'ont pas pu cesser, de leur propre chef ou par le biais d'une intervention de courte durée, de consommer de l'alcool pendant la grossesse, peuvent profiter d'un accès à une intervention intensive de soutien. Bien que certains faits laissent croire que les femmes autochtones canadiennes puissent différer à cet égard²⁰⁴, lorsque les femmes demandent de l'aide, celles qui ont des problèmes d'alcool tendent à rechercher des services de santé et des services en santé mentale plutôt que des services en alcoolisme et en toxicomanie²⁰⁵. Cela est probablement attribuable, en partie, au stigmatisme additionnel ressenti par les femmes qui ont des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie. Toutefois, lorsqu'on les a interrogées sur l'utilisation des services en alcoolisme et en toxicomanie, les femmes qui participaient à une recherche qualitative, en Colombie-Britannique, ont également indiqué « ne pas savoir quel traitement était disponible » et « ne pas savoir à quoi ressemblerait le traitement » comme obstacles²⁰⁶.

Les femmes de cette population cible connaissent une gamme de facteurs de risque concomitants. Typiquement, ces femmes n'ont pas bien réussi au niveau des facteurs réputés avoir une influence fondamentale sur la santé des individus et des populations,

notamment l'éducation, l'emploi et un revenu adéquat²⁰⁷. De plus, une grande proportion de ces femmes ont été victimes de violence physique et sexuelle au cours de leur vie. Pour certaines, la violence a débuté pendant la grossesse, pour d'autres sa fréquence et sa gravité ont augmenté pendant la grossesse²⁰⁸. Dans le cas de nombreuses mères autochtones, ces circonstances sont exacerbées par les séquelles intergénérationnelles des pensionnats indiens et d'autres éléments de l'oppression coloniale²⁰⁹. La dépression et l'anxiété peuvent être le résultat de la violence et d'autres difficultés en apparence insolubles, mais les femmes qui n'ont que peu ou pas d'appui social les ressentent davantage encore. Par conséquent, l'évaluation devrait inclure une exploration de l'état de santé mentale, des problèmes de violence familiale et d'autres facteurs de risque fréquents concomitants²¹⁰.

Étant donné que l'âge de la mère et le nombre d'enfants qu'elle a déjà eus semblent être des facteurs importants en ce qui concerne la probabilité qu'elle donne le jour à un bébé atteint de l'ETCAF à cause de sa consommation d'alcool, certains croient que la période suivant la première grossesse constitue le meilleur moment d'identifier les femmes et d'intervenir²¹¹. Tous les autres facteurs étant égaux, les mères plus âgées, qui ont déjà eu un enfant et continuent de boire pendant la grossesse semblent être plus susceptibles d'avoir un enfant atteint de l'ETCAF qu'une femme plus jeune sans enfant. Ces femmes peuvent montrer leur enfant, en apparence en bonne santé, pour démontrer que leur consommation d'alcool ne représente pas un problème et elles perçoivent les messages de prévention comme n'étant pas plausibles²¹². Néanmoins, une grossesse stimule souvent un intérêt pour les comportements de promotion de la santé qu'un fournisseur de services positif, qui ne pose pas de jugement pourra utiliser efficacement comme un point d'engagement²¹³.

8.2 Obstacles à l'identification des femmes enceintes alcooliques ou toxicomanes ou les deux

Aperçu : non planifiée et pas la bienvenue...

Bien des femmes qui ont des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie déclarent que leur grossesse n'avait pas été planifiée et n'était pas la bienvenue, résultant parfois d'une agression sexuelle²¹⁴. Les femmes enceintes qui se trouvent dans ces circonstances tendent à ne pas demander de soins prénatals ou de services en alcoolisme et en toxicomanie (aux États-Unis, on a estimé que seulement environ 5 à 10 p. 100 des femmes enceintes souffrant d'alcoolisme ou de toxicomanie recevait un traitement professionnel)²¹⁵. Les principales raisons données par les femmes pour ne pas demander une aide médicale ou un traitement sont les sentiments de honte et la crainte de perdre la garde de leur enfant^{216,217}. Bien des femmes qui sont dans cette situation sont tellement envahies par le sentiment que des problèmes de mauvais

traitement et de garde d'enfant surviendront inévitablement qu'elles ont de la difficulté à prendre des mesures concertées. Ironiquement, les interventions punitives qui visent à protéger le fœtus ont l'effet contraire et éloignent encore les femmes des services de soutien dont elles ont pourtant besoin. La recherche indique clairement que le meilleur moyen de protéger le fœtus est de protéger la mère en offrant des interventions thérapeutiques non punitives^{218,219}.

Souvent, lorsque les femmes cherchent à obtenir de l'aide d'autres services, leurs problèmes de consommation d'alcool et d'autres drogues ne sont pas reconnus par les professionnels, dont bon nombre manquent de connaissances et ont des attitudes négatives envers les femmes qui ont des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues, particulièrement les femmes enceintes. Le manque de formation professionnelle sur le dépistage de l'alcoolisme et de la toxicomanie et sur les conseils à donner pour éviter que les femmes consomment de l'alcool pendant la grossesse continue de poser un obstacle. Les divers autres obstacles mentionnés sont les longues listes d'attente, l'accès limité aux services à seuil bas, le manque d'accès à un traitement axé sur les femmes pour les femmes enceintes ayant des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie, le manque de personnel spécialisé, l'insuffisance du personnel, les protocoles d'aiguillage insuffisants, la faiblesse des liens au moment de l'aiguillage (personnel hésitant à identifier un cas, à moins de pouvoir fournir promptement de l'aide), la mauvaise coordination des services et le manque de transport et de garderies²²⁰⁻²²³.

Les obstacles sont multipliés dans les collectivités « en détresse ». Une étude qualitative menée par Kowalsky et Verhoef a démontré les difficultés inhérentes à la vie dans une collectivité autochtones isolée. Ils décrivent une collectivité Déné du Nord du Canada, mentionnant divers obstacles auxquels font face les personnes qui ont des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie, notamment la crainte d'être stigmatisé, le manque de conscience face aux problèmes en jeu, et d'autres problèmes sociaux dans leur collectivité. Ils observent que les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie sont imbriqués dans le tissu de ces autres problèmes sociaux et doivent être pris en charge dans leur contexte²²⁴.

8.3 Mesures d'action directe

Étant donné les nombreux obstacles auxquels font face les femmes enceintes pour obtenir de l'aide en ce qui concerne leur problème d'alcool, il faut prévoir des mesures d'action directe pour identifier celles qui ne peuvent cesser de boire d'elles-mêmes, ainsi que celles qui cherchent à obtenir de l'aide de services autres que les services en alcoolisme et en toxicomanies. Il est clair qu'il faut aborder des problèmes de consommation d'alcool et de toxicomanie des femmes enceintes aussitôt que possible. Mais lorsqu'elles ne sont pas en

mesure ou ne sont pas intéressées à aborder de leurs problèmes de santé, les mesures d'action directe peuvent être efficaces pour amorcer le processus. Les mesures d'intervention directe peuvent amoindrir les obstacles connus auxquels elles font face tels que la peur et la faible estime de soi, tout en les préparant à prendre en charge leurs problèmes de consommation d'alcool, en démystifiant ce qu'offrent les divers niveaux de soins et ce qu'ils représentent^{225,226}.

Le personnel des haltes-garderies, des centres communautaires et des maisons de transition ou des refuges pour femmes battues et pour mères est bien placé pour aborder les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie avec les femmes avec délicatesse et respect. Dans une étude sur les femmes qui se trouvaient en maison de transition en Colombie-Britannique, l'on a observé une réduction générale de la consommation d'alcool et de drogues lorsque ces femmes faisaient l'objet d'un suivi jusqu'à trois mois après qu'elles soient sorties de la maison de transition²²⁷. En fait, au Canada, une bonne partie du « traitement » de l'alcoolisme et des toxicomanies qui est offert aux femmes enceintes, l'est par le biais de ces types de services (c.-à-d., à l'extérieur du secteur du traitement officiel)²²⁸. Par exemple, les intervenantes des services d'intervention directe sur appel ayant reçu une formation en counselling sur l'alcoolisme et les toxicomanies (particulièrement le modèle transthéorique ou des stades de changements) peuvent étendre leurs activités aux ménages, aux écoles et à la rue. En offrant des interventions d'urgence, un counselling et dans certains cas un aiguillage, ces intervenantes peuvent améliorer l'accès aux soins des femmes enceintes qui consomment de l'alcool ou d'autres drogues et qui sont plus difficiles à joindre²²⁹. Certains suggèrent que ces mesures d'action directe incluent une collaboration avec les sites d'aiguillage, une éducation des organismes communautaires et de la publicité sur les programmes^{230,231}.

Dans le cadre d'une petite étude non expérimentale sur les femmes souffrant de sérieux problèmes d'alcoolisme, de toxicomanie et de santé mentale, Corrarino et autres (2000) ont trouvé efficaces les visites à domicile par des infirmières. Quatre-vingt-dix pour cent (90 p. 100) des femmes visées par l'étude ont suivi un traitement et accouché d'un bébé né à terme. Selon les auteurs, en entretenant des relations fondées sur la confiance et en ne portant pas de jugement, les infirmières ont pu aider les femmes à profiter de l'occasion que leur offrait la grossesse de progresser jusqu'au stade où elles étaient prêtes à changer²³².

8.4 Messages ciblés de mesures de prévention indiquées

Cette population de femmes pour lesquelles les risques sont les plus élevés a besoin de messages adaptés à leurs situations particulières. Des affiches et des brochures encourageant la conversation et les questions sur la consommation d'alcool pendant la grossesse et de brèves observations, prudemment formulées, doivent être présentées d'une façon positive et non pas critique. Le but de ces messages est d'encourager les femmes

qui risquent de consommer de l'alcool pendant la grossesse à ne pas devenir enceintes ou, si elles le sont déjà, à cesser de boire de leur propre chef ou à demander de l'aide et de l'information.

Il est également important que les fournisseurs de services corrigent les connaissances erronées au sein de cette population. Branco et Kaskutas ont constaté que généralement l'on ne savait pas très clairement à quoi correspond une consommation standard (par exemple, certaines femmes pensaient que le vin posait moins de risque). De plus, les femmes qui boivent plus fréquemment et celles qui consomment des boissons fortement alcoolisées tendent à sous-estimer la consommation standard.

8.5 Attention prénatale médicale et sociale

Aperçu : confiance, respect et sensibilité aux réalités culturelles

Selon la documentation, pour être efficace, toute intervention visant la consommation d'alcool pendant la grossesse doit reposer sur l'établissement d'une relation ne portant pas de jugement, fondée sur la confiance, le respect et sensible aux réalités culturelles. Cette relation doit ensuite servir de base à une évaluation continue de la santé et des facteurs psychosociaux aussitôt que possible dans la grossesse²³⁶.

Lorsque les femmes consultent un professionnel des soins prénataux, elles sont peu susceptibles de considérer l'alcoolisme et la toxicomanie comme un problème avec lequel elles sont prêtes à travailler. En conséquence, le processus participatif, l'évaluation du besoin de traitement et un aiguillage fructueux exigent du doigté et de la patience²³⁷.

Forte consommation

Les femmes qui boivent le plus sont les moins susceptibles de savoir que de réduire leur consommation à n'importe quel stade de leur grossesse peut aider le fœtus²³³. Testa et Reifman indiquent que les femmes qui ont des enfants et qui boivent beaucoup d'alcool profiteraient d'un message adapté faisant remarquer « Ce n'est pas parce que vous avez eu un enfant en santé la première fois que ce sera encore le cas. En fait, selon la recherche, plus vous avez d'enfants plus il y a de risques que le prochain soit atteint si vous continuez de boire »²³⁴. Les efforts de sensibilisation de cette population doivent tenir compte du défi que représentent ces changements et soutenir toute réduction de la consommation; ils pourraient également tenir compte de l'isolement résultant du choix de s'abstenir de boire²³⁵.

Il est important d'observer que l'on pense généralement que les messages à eux seuls ne parviennent pas à faire changer la consommation des personnes qui boivent le plus fréquemment et en plus grande quantité. Toutefois, il est possible que les messages puissent à tout le moins contribuer à un environnement favorable à la santé facilitant la discussion sur le sujet, mais jusqu'à présent cette question n'a pas été étudiée. Autant que possible, les messages de base sur les méfaits potentiels de la consommation d'alcool pendant la grossesse doivent mener à la discussion et à une évaluation des problèmes de consommation d'alcool et de drogues.

Pour la grande majorité des femmes qui sont préoccupées par la santé de leur enfant à naître et qui consomment des quantités nocives d'alcool, la grossesse est l'occasion d'aborder leur problème de consommation d'alcool ou de drogue et d'examiner d'autres aspects connexes de leur vie. Toutefois, certaines femmes peuvent ne pas être prêtes à réduire ou cesser leur consommation ou à s'inscrire à un programme de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies. Dans de tels cas, le fait d'amener les femmes à examiner d'autres aspects importants de leur vie et de leur fournir un soutien peut améliorer l'issue pour la santé de la mère et du fœtus, et peut éventuellement amener les femmes à réduire ou à cesser leur consommation d'alcool.

Les questions pratiques telles que le logement, l'éducation, la formation professionnelle, l'aide au transport, l'aide alimentaire et le soutien au revenu, l'aide pour les soins de santé et le placement en emploi sont souvent perçues comme des besoins plus prioritaires^{238,239}. Il est important d'observer que certaines femmes réussiront à réduire leur consommation d'alcool sans aide, alors que d'autres essaieront divers moyens de réduire les méfaits pour leur fœtus, par exemple opter pour la marijuana, ne pas consommer d'alcool certains jours ou certaines semaines, manger davantage, prendre des vitamines prénatales et dormir davantage²⁴⁰. Il est important d'amener les femmes à participer au processus et de les appuyer afin qu'elles puissent faire les choix les plus éclairés et les plus sains pour elles et pour leur enfant à naître.

Gestion du sevrage

Selon le protocole d'amélioration du traitement pour femmes enceintes souffrant d'alcoolisme élaboré par le Center For Substance Abuse Treatment des Etats-Unis, la désintoxication d'une femme enceinte dépendante de l'alcool doit être entreprise en établissement sous supervision médicale avec la collaboration d'un professionnel des soins prénataux²⁴¹. Cela dit, les médecins associés à Sheway à Vancouver, C.-B., offrent des services de gestion du sevrage sous forme de traitement ambulatoire lorsqu'un traitement en établissement serait difficile à envisager. Au BC Women's Hospital, la Fir Square Combined Maternity Care Unit (unité des soins de maternité combinés Fir Square) offre des services de gestion du sevrage aux patientes dans le cadre de soins de plus longue durée. Les mères sont stabilisées afin que leurs bébés aient une chance de naître sans symptômes de sevrage. Ces nouvelles mères restent en établissement et reçoivent une formation en préparation à la vie quotidienne et en rôle parental. Ce programme est unique; la disponibilité des programmes de désintoxication axés sur les femmes (particulièrement les services sous supervision médicale pour femmes enceintes) est très limitée au Canada, particulièrement dans les régions rurales et éloignées^{242,243}.

Les benzodiazépines et les barbituriques à action brève sont souvent utilisés pour réduire les symptômes du sevrage de l'alcool dans la population générale; toutefois, étant donné

qu'ils sont tératogènes, certains cliniciens évitent de les utiliser pour les femmes enceintes dans la mesure du possible. Dans certains cas, le BC Women's Hospital utilise les benzodiazépines afin d'éviter les convulsions²⁴⁴. Le disulfirame (antabuse), qui est souvent utilisé pour aider un patient qui vient d'achever un traitement de l'alcoolisme à continuer de s'abstenir de boire, ne convient pas aux femmes enceintes étant donné qu'il est associé à un certain nombre d'anomalies physiques du fœtus²⁴⁵.

Traitement pour les femmes qui ont des problèmes importants d'alcoolisme et de toxicomanie

De plus en plus, la documentation scientifique sur le traitement des femmes offre une orientation aux responsables de l'élaboration des programmes et des politiques. En 2003, Ashley a examiné 38 études sur le traitement des femmes, dont sept étaient aléatoires, et cerné plusieurs composantes du traitement qui étaient associées à des résultats positifs : garderies, services prénataux, programmes pour femmes seulement, services additionnels et ateliers axés sur les femmes, soins de santé mentale et soins de santé intégrés. Les études ont trouvé des associations positives entre ces six composantes et l'achèvement du traitement, la durée du séjour, la diminution de la consommation d'alcool et de drogues, la réduction des symptômes touchant la santé mentale, une meilleure issue de la grossesse, l'emploi, l'état de santé auto-déclaré et la réduction des risques de contracter le VIH²⁴⁶.

On s'entend généralement pour dire que les études sur l'efficacité du traitement pour cette population doivent mesurer des résultats autres que l'abstinence de la consommation d'alcool. Des mesures intermédiaires qui tiennent compte d'une consommation réduite et évaluent les changements dans l'auto-efficacité, la gestion du stress et la prise de décisions sont considérées comme essentielles parce que les programmes qui ont un effet sur ces facteurs de mesure semblent avoir une incidence plus longue et plus importante sur la qualité de vie des femmes que les programmes qui n'ont abouti qu'à une abstinence sur une courte période²⁴⁷.

Dans l'examen le plus récent (1999) de la documentation soumise à un examen par les pairs sur le traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies chez les femmes enceintes, Howell et autres conclut que les recherches sur l'efficacité du traitement chez les femmes enceintes sont rares et que leur conception comporte les mêmes lacunes que celles généralement retrouvées dans ce type de recherche (échantillons de petite taille, manque de groupes témoins adéquats). Toutefois, la documentation des années 90 permet de tirer une conclusion avec laquelle les responsables de l'élaboration des programmes sont d'accord : les femmes qui continuent de suivre le traitement ont de meilleurs résultats que celles qui l'abandonnent tôt²⁴⁸. Cette conclusion est appuyée par une vaste étude du gouvernement des États-Unis menée en 2000 (US Pregnant and Postpartum Women and Infants, PPWI) qui conclut, après le contrôle des autres possibilités, que l'intensité de la participation au

Options de traitement par les organismes communautaires

La plupart de la documentation soumise à un examen par les pairs provient des États-Unis et de rapports sur des conclusions du secteur « officiel » du traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies. Étant donné que les femmes enceintes, pour diverses raisons, n'accèdent pas à un traitement officiel, il est important d'observer que dans ce pays bien des « traitements » s'effectuent en dehors du secteur traditionnel de traitement spécialisé. Au Canada, les organismes communautaires (dont un bon nombre sont des programmes pour les femmes et les enfants à risques élevés financés par Santé Canada) intègrent le traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies pour femmes enceintes dans une gamme de services complets, intégrés et coordonnés et au sein d'un continuum de services élaborés par le biais de partenariats trans-sectoriels. Il faudrait donc comprendre le terme « traitement » dans un sens plus large que le reflète la documentation soumise à un examen par les pairs et reconnaître le rôle que jouent les divers fournisseurs de services communautaires (p. ex., santé publique, santé mentale, services sociaux) dans l'atténuation des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie.

programme (nombre d'heures de contact avec le programme) avant l'accouchement est le principal facteur de la réduction de la consommation chez les participantes.

Selon une étude menée en 2004 par Kissin et autres, il est important d'amener les femmes enceintes à participer à un traitement dès les premiers jours de contact étant donné que c'est pendant cette période que de nombreuses clientes abandonnent le programme²⁴⁹. De nombreux incitatifs tels que les coupons, qui se sont révélés efficaces pour d'autres populations, ne semblent pas accroître la rétention et la participation dans cette population^{250,251}. Bien sûr, le simple fait d'accéder à un traitement approprié au moment opportun constitue un point important pour les femmes enceintes, et étant donné que leur réceptivité peut être amoindrie par une attente, cela pourrait également avoir une incidence sur leur intention de continuer à se prévaloir du programme²⁵².

Nous ne devrions pas être surpris, par conséquent, que la majeure partie de la recherche sur le traitement des femmes enceintes effectuée depuis 1999 se concentre sur des variables qui influent sur le temps passé par les clientes au sein d'un programme. (Dans le cadre d'une discussion sur la rétention des clientes il est, encore une fois, important de définir ce qui constitue un traitement dans une large perspective. Par exemple, les femmes enceintes peuvent être trop occupées et fatiguées pour suivre un traitement intensif pendant la grossesse, mais être prêtes à s'inscrire à un service de counselling externe ou à seuil bas)²⁵³.

Les facteurs liés à un programme qui accroissent le maintien des clientes au sein du programme incluent : la disponibilité d'une garderie, des programmes pour femmes seulement, le transport, la gestion des cas²⁵⁴, les logements supervisés, et les programmes qui sont bien reliés à des fournisseurs de services en santé mentale et des services aux familles²⁵⁵. Les facteurs liés aux clientes qui sont associés à l'achèvement du programme incluent l'expérience préalable d'un traitement (personnellement ou par le biais du conjoint)²⁵⁶. Les problèmes psychosociaux et d'alcoolisme et de toxicomanie plus importants sont associées à une chance réduite d'achever le programme²⁵⁷. Chez les

femmes desservies par l'organisme communautaire de Toronto, Breaking the Cycle, les facteurs liés aux clientes les plus souvent associés à un abandon précoce du traitement étaient le faible niveau scolaire et une dépendance principale envers le crack ou la cocaïne²⁵⁸.

Le fait que l'expérience préalable du système de traitement soit lié à de plus longs séjours semble indiquer que les femmes qui n'ont jamais suivi de traitement peuvent être effrayées par des questions de garde d'enfant, d'étiquetage, et de craindre l'inconnu, et que les fournisseurs doivent promouvoir une meilleure compréhension du traitement. Par ailleurs, Knight et autres ont constaté que les femmes qui avaient eu des démêlés avec la justice et avaient des proches au comportement déviant étaient plus susceptibles d'abandonner le programme tôt, malgré les pressions légales pour qu'elles poursuivent le traitement²⁵⁹.

Le rapport de 2001 de Santé Canada *Meilleures pratiques : syndrome d'alcoolisme fœtal/effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse* cite les conclusions de projets du PPWI et d'autres programmes du subvention du gouvernement des États-Unis qui offrent des conseils sur la façon de rejoindre les femmes enceintes qui consomment de l'alcool et des drogues et de les maintenir dans le système de soins. Ces thèmes continuent d'être appuyés par les études et l'expérience américaines et canadiennes.

Aperçu : Service respectueux requis

Reconnaissant que les sentiments de honte, de culpabilité et de méfiance engendrés par les systèmes qui examinent les femmes qui consomment de l'alcool pendant la grossesse constituent des obstacles à l'accès aux soins²⁶⁰, les programmes ont adopté une approche habilitante axée sur la femme et fondée sur ses forces. Une ouverture d'esprit permettant aux femmes de se fixer des buts d'amélioration de leur santé qui n'accordent pas nécessairement la priorité immédiate à leurs problèmes de consommation d'alcool ou de drogues, et lorsqu'elles décident de s'en occuper, leur permettant de se fixer des buts de consommation réduite plutôt que d'abstinence immédiate est essentielle à cette approche²⁶¹. Breaking the Cycle^{xxvii} à Toronto, Food for Thought^{xxviii} à Saskatoon, les divers programmes First Steps^{xxix} en Alberta, tels que le Catholic Social Services program à Edmonton, et Sheway^{xxx} à Vancouver sont des programmes canadiens qui reflètent cette approche. Ces programmes emploient une approche qui ne porte pas de jugement dans le travail auprès des femmes enceintes qui font face à d'énormes défis.

xxvii. www.breakingthecycle.ca/

xxviii. www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/publications/pdf/woodsworth_e.pdf

xxix. www.child.gov.ab.ca/whatwedo/fas/page.cfm?pg=FASD%20Demonstration%20Projects#first_steps

xxx. www.vnhs.net/programs/sheway.htm

8.6 Fourniture de soins complets et pratiques

Des divers services requis par les femmes qui consomment de l'alcool pendant la grossesse, le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie est souvent perçu comme celui auquel s'opposent les plus grands obstacles, et les programmes officiels de traitement de la toxicomanie doivent donc tenter de susciter la participation des femmes par le biais d'autres voies. Cela a pour effet de réduire les méfaits connexes pour la mère et pour l'enfant à naître, tout en accroissant la possibilité qu'un traitement officiel de la toxicomanie soit envisagé. Conscients de ce fait, les programmes s'efforcent de combiner le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie avec d'autres services tels que les soins prénataux, les autres soins médicaux, l'éducation sur le rôle parental, le transport pour les rendez-vous, les services de planification familiale, l'aide à l'accès à une garderie, l'aide alimentaire, la défense des intérêts en matière de logement, et le counselling sur les questions de violence et de relations²⁶²⁻²⁶⁹. Les femmes indiquent souvent que la garderie constitue l'élément le plus important d'un programme complet et il existe de fortes indications que les femmes qui vivent avec leurs enfants pendant le traitement le poursuivent plus longtemps que celles qui ne vivent pas avec eux²⁷⁰.

Il a été constaté que les femmes qui participent à ces programmes réduisent leur stress et stabilisent leur situation familiale²⁷¹, alors que leurs enfants sont sujets à un plus faible taux de mortalité infantile, ont un poids à la naissance plus élevé et sont plus susceptibles d'être nés à terme²⁷². Dans certains cas, un programme complet a été organisé dans un cadre clinique multidisciplinaire « à guichet unique », tel que celui qui est offert par les programmes Breaking the Cycle (Toronto) et Sheway (Vancouver). Inversement, certains programmes pour femmes enceintes offrent bien moins de services et semblent se concentrer exclusivement sur la grossesse d'une manière bien semblable à celle dont les programmes traditionnels en alcoolisme et en toxicomanie traitent la dépendance. Ces programmes n'offrent pas la grande gamme de services requis pour assurer un rétablissement. Il n'est pas surprenant que bien que ces programmes améliorent l'issue de la grossesse, les taux de réussite globale semblent plus bas et le cas échéant la réussite moins complète²⁷³.

Collaboration entre organismes et services de coordination

Étant donné toute la gamme de services de santé, de services sociaux et de services pratiques qui sont requis pour avoir un service complet, la coordination et la collaboration entre services est essentielle. Les liens de collaboration établis avec une variété de services communautaires médicaux, en santé mentale, d'alphabétisation, de formation professionnelle et de placement, d'évaluation des enfants, de tribunal de la famille et de système d'aide à l'enfance sont au nombre des principales forces des 35 programmes appuyés par les programmes Pregnant and Postpartum Women's (PPW) du gouvernement des États-Unis. Le secteur de collaboration le plus critique se situe peut-être entre les domaines de l'aide à l'enfance et du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie²⁷⁴.

Aperçu : coordination des services dans les petites collectivités

Le Maxine Wright Centre à Surrey, C.-B., est un exemple de programme canadien établi avec l'objectif clair de coordonner les services à l'intention des femmes enceintes souffrant d'alcoolisme et de toxicomanies. Le but de ce programme, qui se concentre sur les grossesses à risque élevé et le milieu parental dès la naissance, est de coordonner et d'offrir des soins prénatals et postnatals pour les femmes les moins susceptibles d'accéder aux ressources médicales traditionnelles, et de coordonner et d'offrir des services à leurs jeunes enfants. Le programme a été élaboré en se fondant sur un examen de la documentation et sur des consultations communautaires, et il fait actuellement l'objet d'une évaluation²⁷⁵. C'est de cette façon que les collectivités dont la taille de la population ne justifie pas nécessairement un centre à guichet unique peuvent offrir des soins complets.

Continuum élargi et souple de services en alcoolisme et en toxicomanie

Pour relever les défis considérables auxquels on fait face lorsqu'on aide les femmes enceintes à entreprendre un traitement complet de l'alcoolisme et des toxicomanies, à se réinscrire au traitement et à le terminer, une grande gamme de services – y compris les mesures d'action directe, la gestion des cas, les programmes de prétraitement, de réduction des méfaits, de désintoxication médicale, les programmes intensifs de courte durée (de jour et en établissement), ainsi que de logement supervisé et de postcure – est préconisée^{276,277}. De plus, on a constaté qu'il est essentiel de faire preuve de souplesse en ce qui concerne l'accès au traitement et les absences afin de favoriser le maintien au sein du programme des femmes enceintes ou élevant des enfants qui reçoivent les soins. Le processus suivi pour le traitement des femmes enceintes et des femmes qui élèvent des enfants n'est pas nécessairement bien ordonné et, dans la plupart des cas, adopte un cycle compliqué où elles entreprennent un traitement, font l'essai de différents types de traitements, font une rechute, se réunifient avec leurs enfants, achèvent le traitement et maintiennent la sobriété. Il peut être utile d'offrir un soutien aux nouvelles mères et à leur bébé pendant la période postnatale afin d'atteindre celles qui ont des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie et de les appuyer dans les efforts qu'elles déploient pour changer et devenir autonomes.

Coordination ou gestion des cas

À maintes reprises, la documentation décrit la coordination des cas, selon une approche souple, axée sur la cliente, comme étant une composante clé d'un système de soins en alcoolisme et en toxicomanie réceptif aux besoins des femmes enceintes. Les services de gestion des cas qui incluent des visites à domicile, un counselling au téléphone, le transport et la défense des intérêts auprès d'autres professionnels par une équipe multidisciplinaire contribuent beaucoup au maintien des femmes dans le programme de traitement²⁷⁸.

Une évaluation bien conçue du programme Birth to Three de Seattle illustre la valeur d'une approche de coordination intensive des cas²⁷⁹. En suivant un concept d'étude sur échantillon aléatoire et contrôlé, le programme a examiné l'efficacité de la coordination intensive à long terme assurée par des « défenseurs » para-professionnels. Les para-professionnels n'offraient pas de services directs, tels que les traitements de l'alcoolisme et des toxicomanies ou les garderies, mais ils aidaient plutôt les femmes à trouver ces services dans la collectivité par des contacts réguliers et, au besoin, des visites à domicile et un contact actif avec la famille élargie. Le programme s'intéressait également à la planification familiale comme option de prévention de l'ETCAF. Cette puissante intervention a soutenu les femmes dans leurs efforts pour apporter des changements positifs dans leur mode de vie et les maintenir. À la fin du programme de trois ans, la moitié d'entre elles avaient entrepris un traitement et les trois-quarts utilisaient une méthode de planification familiale fiable²⁸⁰.

Dans un suivi des participantes, deux ans après la fin de l'intervention, les chercheurs ont constaté que malgré les énormes défis auxquels étaient confrontées ces femmes sérieusement marginalisées, elles ont généralement réussi à maintenir les changements positifs²⁸¹. Étant donné que cet examen de la période postérieure au programme n'utilisait pas de groupe témoin, l'on ne peut pas affirmer avec certitude que les changements observés sont attribuables à l'intervention; toutefois, compte tenu de l'énorme défi que doivent relever les femmes pour se sortir du cycle intergénérationnel de privation dans lequel elles sont emprisonnées, ces constatations sont néanmoins très importantes. Les programmes de Stop FAS^{xxxii} au Manitoba et de First Steps en Alberta^{xxxii} reproduisent ce modèle.

Attention à porter aux problèmes familiaux

L'on a souvent constaté que les programmes qui intègrent les femmes, les enfants et les conjoints dans les soins améliorent l'issue du traitement pour les femmes en période périnatale. Pratiquement tous les auteurs s'accordent pour dire que souvent les femmes ne veulent pas ou ne peuvent pas se séparer de leur rôle de mère pour répondre à leurs besoins de traitement. Plusieurs programmes ont constaté que même lorsque les relations avec le conjoint sont difficiles, la première tâche consiste à soutenir le processus décisionnel sur la rupture ou la réunification, et il est important de fournir un appui pendant cette période²⁸². Il faut continuellement porter attention aux questions de garderie et de soins maternels dans le secteur officiel du traitement de la toxicomanie.

xxxi. www.gov.mb.ca/healthychild/fas/stopfas.html

xxxii. www.child.gov.ab.ca/whatwedo/fas/page.cfm?pg=FASD%20Demonstration%20Projects#first_steps

Soins continus ou suivi

La documentation sur les soins continus ou le suivi des femmes, particulièrement les femmes enceintes, est limitée. Toutefois, intuitivement, le suivi semble s'imposer compte tenu du grand nombre de questions et de changements dans leur mode de vie auxquels les femmes doivent généralement travailler après le traitement. Ceux-ci peuvent inclure : le développement de nouveaux réseaux de soutien social, les nouveaux rôles dans la famille, les problèmes relationnels, apprendre à prévoir les événements qui entraînent la consommation d'alcool, les nouvelles émotions et apprendre à faire confiance aux autres. Les programmes de soins continus peuvent prendre diverses formes, notamment les séances en groupe, le counselling individuel et le soutien téléphonique. Un projet pilote de suivi du BC Women's Hospital qui employait ces méthodes et se concentrait sur le renoncement au tabagisme, le counselling traumatique, la formation professionnelle et les compétences parentales a conclu que les participantes ont apprécié ces services et amélioré leur santé de diverses façons²⁸³.

Utilisation des approches de counselling motivationnel

Les approches motivationnelles qui, comme on l'a vu dans la section précédente, se sont révélées efficaces à titre de brèves interventions auprès des femmes qui n'ont pas de dépendance, peuvent être efficaces chez les femmes qui ont une dépendance à l'alcool ou à d'autres drogues dans le contexte d'interventions plus importantes. Les organismes communautaires d'aide aux parents, aux enfants et à la famille travaillent souvent auprès de femmes qui n'envisagent pas de changements dans leur consommation d'alcool ou d'autres drogues, et trouvent utiles les approches fondées sur les principes motivationnels.

L'utilisation des principes motivationnels pour aider les femmes qui souffrent d'alcoolisme ou de toxicomanies a été décrite dans un manuel de formation canadien destiné aux fournisseurs qui travaillent auprès des femmes enceintes consommant de l'alcool, qui a été préparé par AWARE (Action on Women's Addictions – Research and Education)^{xxxiii}, un programme de recherche sur la santé des femmes et par Breaking the Cycle^{xxxiv}, un service à guichet unique pour les mères à risque élevé et leurs jeunes enfants²⁸⁴. En utilisant le counselling motivationnel dans le contexte de la théorie des stades de changement (modèle transthéorique ou des stades de changements), les organismes peuvent travailler avec une femme pour l'amener au point où elle sera prête à s'occuper de son problème de consommation. Cela signifie travailler avec une femme pour l'aider à passer du stade où elle n'envisageait pas de changements dans cet aspect de sa vie (précontemplation) jusqu'au stade où elle envisage des possibilités (Contemplation), se prépare à agir (préparation), prend des mesures (action) et, idéalement, maintient les changements (maintien)^{285,286}. Le processus repose sur la prémisse que toute personne a des

xxxiii. www.aware.on.ca

xxxiv. www.breakingthecycle.ca

forces auxquelles elle peut puiser pour s'occuper de ses problèmes, et que la motivation peut varier à cet égard – elle peut changer avec les événements (p. ex. avec la grossesse ou un accident) ou par le biais d'un contact avec une autre personne. Habituellement, pour les femmes qui ont d'importants problèmes de consommation d'alcool associés à d'autres problèmes graves, ce processus prend un certain temps.

Bien qu'une intervention motivationnelle d'un organisme communautaire vise généralement à amener une personne jusqu'au stade où elle acceptera un aiguillage vers un service de traitement officiel, dans bien des cas, le « traitement » a lieu dans ces organismes communautaires – c'est-à-dire, les conseillers appuient les femmes tout au long des stades de changement et les aident lors des rechutes qui font partie du processus de changement. Les approches motivationnelles sont conformes aux approches axées sur la femme qui favorisent l'autonomie et l'auto-efficacité chez les femmes enceintes²⁸⁷.

8.7 Modèles canadiens

Même s'ils ont été cités pour illustrer l'un ou l'autre des éléments des pratiques exemplaires, les programmes canadiens mentionnés dans la discussion ci-dessus incluent tous ces éléments; en fait, c'est l'intégration de ces éléments polyvalents dans la structure du programme qui résulte dans l'engagement des femmes et un soutien réussi²⁸⁸. Les deux programmes canadiens les mieux documentés sur le travail auprès des femmes enceintes à risque élevé sont Sheway et Breaking the Cycle. Le programme de Sheway, qui est situé dans le centre-est de Vancouver, suit une approche de réduction des méfaits axée sur la femme et adaptée à la culture pour travailler auprès des femmes enceintes alcooliques ou toxicomanes, et appuyer les mères et leurs enfants jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge de 18 mois. Une évaluation de programme publiée en 2000 a révélé que les composantes clés suivantes ont contribué à la réussite de Sheway²⁸⁹ :

- une philosophie de service qui respecte et appui les femmes dans leur auto-détermination d'apporter les changements requis dans leur vie;
- un appui pratique, tels que des repas chauds et des vitamines, la défense des intérêts en matière de logement et d'autres besoins fondamentaux, les billets d'autobus, les vêtements et les fournitures pour bébé;
- des mesures d'action directe pour engager les femmes dans les soins prénataux et les aider à accéder à d'autres services requis;
- toute la gamme d'aide retrouvée dans une équipe multidisciplinaires de professionnels dans un contexte de centre d'accueil et de dépannage accessible;
- des programmes créatifs et de loisirs pour les femmes et leurs familles;
- une approche active pour aider les femmes à respecter les normes de soins des services aux enfants.

Breaking the Cycle (BTC), à Toronto, utilise un modèle de prestation de service à guichet unique pour servir « les femmes enceintes toxicomanes à risque élevé et leurs familles qui ont été victimes de mauvais traitements dans leur famille/relation, qui ont peu d'appui et qui se trouvent dans des environnements chaotiques, instables et souvent violents »²⁹⁰. Un rapport d'évaluation de 2002 conclut que les services de BTC :

« contribuent à une réduction du nombre de complications survenues à l'accouchement, une diminution des diagnostics postnataux et de plus courts séjours à l'hôpital. De plus, l'état de santé de la mère avant la naissance des enfants inscrits au BTC était meilleur, les enfants avaient moins de problèmes de santé, étaient moins souvent séparés de leur mère et selon leurs mères avaient moins de problèmes de développement... Les mères ont signalé d'importants changements au niveau de leurs connaissances, leur attitude et leur comportement en matière de rôle parental, qui influent sur l'attachement entre la mère et l'enfant... Les mères ont signalé avoir eu moins souvent recours à une discipline excessive et avoir eu davantage d'activités mère-enfant et de sentiments positifs à l'égard de leur rôle de parent... Les enfants inscrits au BTC ont fait d'importants progrès pendant la période visée par l'évaluation et l'on pouvait s'attendre à des progrès appropriés sur le plan développemental. »²⁹¹

8.8 La prévention par le biais du diagnostic

Les mères et les enfants atteints de l'ETCAF ont de nombreux besoins auxquels il faut répondre pour prévenir l'exposition prénatale à l'alcool lors des grossesses subséquentes²⁹². Le diagnostic de l'ETCAF chez les enfants, les jeunes et les adultes doit être perçu comme une forme cruciale de prévention du fait que les mères qui ont eu un enfant atteint risquent fortement d'en avoir un autre. De plus, si les besoins multiples de l'enfant atteint ne sont pas pris en charge adéquatement, la mère risque d'avoir un enfant atteint de l'ETCAF. Astley et autres ont signalé le potentiel préventif des cliniques de diagnostic de l'ETCAF de l'État de Washington. Les mères des enfants diagnostiqués avaient des « profils très difficiles », 95 % d'entre elles ayant été victimes de violence physique ou sexuelle et la plupart ayant des problèmes de santé mentale. Dans un certain nombre de cas, ces femmes avaient apporté des changements constructifs dans leur vie et le diagnostic de l'ETCAF semble avoir été un facteur instigateur. Les femmes les plus susceptibles de cesser de consommer de l'alcool étaient celles qui recevaient des soins en santé mentale, celles qui recevaient un soutien social, celles dont le revenu était plus élevé et celles dont le QI était plus élevé^{293,294}. D'importants efforts ont été déployés au Canada pour éduquer les médecins et les guider dans le diagnostic de l'ETCAF^{295,296}.

Mettant en évidence l'aspect intergénérationnel de l'ETCAF, certains chercheurs ont avancé qu'il se pourrait que les femmes enceintes qui boivent trop soient elles-mêmes atteintes de l'ETCAF²⁹⁷ dans certains cas. L'on s'entend de plus en plus pour dire qu'un traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie adapté aux personnes atteintes de l'ETCAF est nécessaire et l'on acquiert de l'expérience clinique dans ce domaine; toutefois, à l'heure actuelle, on ne dispose pas de connaissances empiriques pour orienter les programmes²⁹⁸.

8.9 Traitement pour les femmes autochtones adapté aux différences culturelles^{xxxv}

Bien que plusieurs études semblent indiquer que la prévalence de l'ETCAF soit plus élevée chez les Autochtones que chez les non Autochtones, le tableau n'est pas complet puisqu'il y a peu d'information sur la prévalence de l'ETCAF dans la population canadienne générale²⁹⁹. Comme l'observe Tait (2003), les problèmes de consommation d'alcool sont une question qu'il faut comprendre comme un problème touchant certaines personnes et sous-populations, plutôt qu'un problème propre à tous les peuples autochtones³⁰⁰.

En 2001, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada a élaboré un énoncé de principes afin de guider les professionnels qui s'occupent des préoccupations de santé des Autochtones, y compris l'ETCAF³⁰¹. La Fondation pour la guérison des Autochtones (2003) suggère également des pratiques exemplaires dans une perspective autochtone, proposant des pratiques de rechange alignées sur la culture et correspondant à la réalité dans laquelle vivent les peuples autochtones au Canada. Le rapport se penche sur le rôle des pensionnats et conclut que la consommation généralisée d'alcool et d'autres drogues chez un bon nombre des survivants des pensionnats peut être attribuée à leur expérience en pensionnat³⁰². Les femmes autochtones qui ont participé aux consultations qui ont mené au rapport, Intoxicants et grossesse : la place des femmes enceintes ou en âge de concevoir dans les politiques et le processus d'élaboration de celles-ci, ont parlé de l'énorme importance de la (re)connexion culturelle comme moyen de faciliter la guérison, d'appuyer le rétablissement et de prévenir les futurs problèmes³⁰³.

Les collectivités autochtones favorisent les interventions holistiques, à l'échelle de toute la communauté, qui perçoivent les autres membres de la collectivité ainsi que les organisations telles que les centres d'amitié autochtones comme faisant partie d'une famille étendue³⁰⁴. Les programmes qui incorporent les mesures d'action directe, l'identification, l'aiguillage et un soutien approprié dans une stratégie d'ensemble d'intervention préventive précoce semblent être les plus pertinents. Masis et May ont mis cette approche à l'essai et

xxxv. Les considérations culturelles incluent une grande gamme de questions, y compris l'orientation sexuelle, et il est essentiel que tous les programmes pour les femmes enceintes souffrant d'alcoolisme ou de toxicomanies, pas seulement les programmes pour les Autochtones, soient adaptés à la culture.

conclu que le taux élevé d'acceptation de l'aiguillage était dû au fait que l'initiative était présentée comme un programme de prévention plutôt qu'un programme de travail social ou de lutte contre l'alcoolisme, et qu'elle se déroulait dans un hôpital avec des professionnels de confiance. Étant donné que la conception de l'étude n'incluait pas de groupe témoin, les conclusions doivent être considérées comme étant préliminaires³⁰⁵.

8.10 Efficacité du traitement par rapport au coût

En 2002 les coûts des soins pour toute la vie d'une personne atteinte du SAF étaient estimés à 2 millions de dollars US³⁰⁶. Dans les années qui viennent, il faudra que les chercheurs dans ce domaine déterminent dans quelle mesure on peut s'attendre que diverses interventions aident à éviter ces énormes coûts. Bien que plusieurs auteurs aient examiné l'efficacité du traitement de la toxicomanie par rapport au coût et constaté ses avantages, l'on n'a trouvé aucune étude de rentabilité portant spécifiquement sur le traitement des femmes enceintes souffrant d'alcoolisme^{307,308}. Dans une discussion sur l'efficacité du traitement par rapport au coût pour les femmes qui s'applique au traitement pour les femmes enceintes, Ashley note le besoin d'effectuer des études mieux contrôlées qui permettraient de faire des comparaisons fiables³⁰⁹. Selon la recherche sur le programme de Sheway les coûts pour chaque famille s'élèveraient à 8 000 \$ par année pour les soins complets du programme et à 49 000 \$ par année pour les besoins spéciaux de placement en famille d'accueil³¹⁰. En bout de ligne, toutefois, la disponibilité d'un traitement pour femmes enceintes appuyé empiriquement est plus qu'une question de rentabilité. L'on a avancé que le manque de traitement pour femmes enceintes appuyé empiriquement constitue l'une des questions de justice sociale les plus importantes sur le plan médical aux Etats-Unis, et qu'il ne faut donc pas la juger uniquement sur la base des économies réalisées ou non³¹¹.

8.11 Recommandations et répercussions

Les priorités en matière de recherche, de programmes et de politiques découlant de cet examen des preuves à l'appui des mesures de prévention indiquées sont :

Études d'évaluation

- Mener des recherches canadiennes sur l'efficacité d'un traitement pour femmes seulement à comparer avec les traitements s'adressant à la fois aux hommes et aux femmes.
- Évaluer l'efficacité des entretiens motivationnels dans un contexte canadien pour soutenir les femmes à risque dans leur choix d'utiliser la contraception et (ou) de réduire ou de cesser leur consommation d'alcool pour éviter que leur enfant soit exposé à l'alcool.

- Effectuer une évaluation scientifique (c.-à-d., avec groupe témoin) de services canadiens « à guichet unique » pour les femmes à risque et leurs enfants ainsi que des soins complets fournis par des réseaux de service périnatal dans les collectivités de plus petite taille (où les services à guichet unique sont irréalisables).
- Effectuer une évaluation scientifique et une étude de rentabilité d'un programme canadien intensif de gestion des cas tel que celui qui a été mis en œuvre dans les modèles de programmes à guichet unique ou du programme Birth to three.
- Mener des recherches sur l'efficacité d'une adaptation du traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies aux personnes atteintes de l'ETCAF.

Répercussions sur les politiques et les programmes

En attendant les résultats des études canadiennes, la priorité devrait être accordée à ces pratiques prometteuses :

- Promouvoir l'élaboration de programmes respectueux, souples, complets et orientés sur la réduction des méfaits pour les femmes enceintes aux prises avec des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie.
- Promouvoir le modèle de prestation de service à « guichet unique » pour les femmes enceintes à risque et leurs jeunes familles et des soins complets fournis par des réseaux de service périnatal dans les collectivités de plus petite taille (où il n'est pas possible d'offrir des services à guichet unique).
- Promouvoir des mesures d'action directe et une coordination intensive des cas pour les femmes enceintes et les mères à risques modéré et élevé.
- Accroître grandement la capacité du système de soins de santé canadien d'identifier et de diagnostiquer les individus qui peuvent être atteints du SAF, d'autres anomalies congénitales liées à l'alcool et des troubles du développement.
- Promouvoir une contraception d'urgence facilement accessible et gratuite pour toutes les femmes.
- Obtenir un financement pour incorporer les garderies et les programmes pour enfants dans les services de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies pour femmes.
- Promouvoir des politiques qui accordent la priorité aux femmes enceintes pour l'admission au traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie.



9 Formation et perfectionnement professionnel

Recommandations et répercussions82

Ce que révèlent les études

À mesure que de nouvelles preuves cliniques et des pratiques efficaces émergent, les nouvelles connaissances doivent être transférées des chercheurs aux praticiens (par ailleurs les chercheurs profitent du réseautage avec les praticiens et les parents dans ce domaine). Tout comme la formation, les meilleures pratiques et les lignes directrices cliniques peuvent appuyer la mise en œuvre de nouvelles pratiques. Il y a très peu d'évaluations scientifiques de l'efficacité des lignes directrices en matière d'ETCAF ou des initiatives de formation. Il arrive parfois que l'adoption de nouvelles pratiques se heurte à d'autres obstacles et il vaudrait mieux prévoir une approche de « perfectionnement de la main-d'œuvre » qui évalue la situation d'une perspective plus large.

La mise en œuvre de pratiques fondées sur l'expérience clinique a d'importantes conséquences pour le perfectionnement professionnel. Il est clair que les médecins et les autres professionnels de la santé telles que les infirmières et les sages-femmes jouent un rôle important dans l'identification des femmes enceintes aux prises avec des problèmes de consommation d'alcool et d'autres drogues³¹². Le dépistage systématique des problèmes de consommation d'alcool chez les femmes enceintes est une pratique recommandée, mais elle n'a pas encore été mise en œuvre au Canada. Dans le cadre d'une étude récente, avec un taux de réponse de 41 %, on a constaté que 94 % d'un échantillon national de fournisseurs canadiens de soins de santé (pédiatres, psychiatres, obstétriciens et gynécologues, sages-femmes et médecins de famille) a interrogé les femmes enceintes sur leur consommation d'alcool, mais seulement 62 % indique avoir utilisé un outil normalisé de dépistage³¹³. Cela renforce les conclusions d'autres enquêtes auprès de médecins qui indiquent que le dépistage n'est pas systématique et que les outils de dépistage validés sont très insuffisamment utilisés^{314,315}. Les auteurs de l'étude nationale font valoir que les femmes les moins susceptibles d'être identifiées incluent : celles qui sont âgées de plus de 35 ans, les buveuses mondaines, les femmes qui ont un niveau d'éducation élevé, les femmes qui ont été victimes de violence sexuelle ou psychologique, et les femmes qui ont un statut socio-économique élevé³¹⁶.

Selon les conclusions des enquêtes auprès des médecins canadiens, les efforts devraient être axés sur l'amélioration de la capacité d'intervention des professionnels auprès des femmes enceintes alcooliques ou toxicomanes et des personnes atteintes de l'ETCAF, étant donné le faible pourcentage (60 %) des répondants se disant prêts à intervenir. Le manque de préparation spécifique est perçu comme le principal obstacle, les revues, les programmes de cours des écoles de médecine, l'enseignement médical continu (EMC) et les parents des enfants atteints ayant été cernés (par ordre décroissant) comme les voies préférées d'apprentissage³¹⁷.

Les énoncés de principes et les lignes directrices sur les pratiques des professionnels constituent d'importants véhicules pour le perfectionnement professionnel. Un guide sur cette question destiné aux professionnels canadiens de la santé qui revêt une grande importance est la Déclaration conjointe : Prévention du syndrome de l'alcoolisme fœtal (SAF) et des effets de l'alcoolisme fœtal (EAF) au Canada, qui a été adoptée par la Société canadienne de pédiatrie et signée par 19 organisations³¹⁸. En 2002, la Société canadienne de pédiatrie a publié une déclaration qui donne aux pédiatres des conseils en matière d'identification, de prévention et de gestion de l'ETCAF. Bien que ces deux publications aient fait l'objet d'une large diffusion, leur incidence n'a pas été évaluée.

En général, les lignes directrices sur les pratiques sont considérées comme étant nécessaires mais ne suffisant pas pour faire changer les pratiques. Il faut souvent prévoir une formation. Le programme ontarien Meilleur départ s'est penché sur la formation des médecins en élaborant un programme de formation et un guide de planification pour la formation des médecins locaux³¹⁹. Handmaker et autres (1999) ont utilisé le concept de l'étude contrôlée sur un petit échantillon d'obstétriciens pour mettre à l'essai l'efficacité d'une formation de 20 minutes sur bande vidéo se concentrant sur l'entretien motivationnel. Les obstétriciens qui faisaient partie du groupe expérimental faisaient preuve d'une plus grande empathie et étaient plus efficaces pour réduire l'attitude défensive des patientes et les soutenir dans leur croyance qu'elles peuvent changer.

Les systèmes de la santé, d'aide à l'enfance, des services aux femmes et du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie tendent à avoir des objectifs et une compréhension des diverses questions qui diffèrent (p. ex., exigences en matière de signalement des cas soupçonnés de violence à l'égard des enfants et de garde des enfants, confidentialité, attentes en ce qui concerne le rétablissement suite à un problème de consommation d'alcool ou d'autres drogues et les méthodes les plus efficaces pour assurer une issue saine de la grossesse pour la mère et l'enfant). La formation réciproque ou conjointe de ces professionnels permettrait une perspective plus large et mènerait à une collaboration d'une importance critique entre les divers secteurs. Le programme financé par Santé Canada et mis en œuvre par Breaking the Cycle et par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, qui forme ensemble les praticiens des services prénataux et des services aux enfants en utilisant un modèle motivationnel de stades de changement pour travailler auprès des femmes enceintes et des enfants et des familles atteints constitue un exemple d'une telle approche de formation³²⁰.

D'autres praticiens, y compris les travailleurs sociaux et les travailleurs des services humanitaires ont d'importantes occasions de cerner les femmes à risque. Dans leur recherche qualitative sur les obstacles au traitement auxquels font face les femmes en Colombie-Britannique, Poole et Isaac ont constaté que des professionnels attentionnés d'une grande gamme de services, y compris dans les domaines de la justice, de la violence, de la santé et du logement, se sont révélés utiles pour aider les femmes à obtenir un traitement³²¹.

Comme on en a discuté dans le présent document, le diagnostic de l'ETCAF est une façon importante de prévenir les futurs cas d'ETCAF. Les efforts conjoints importants déployés par les États-Unis et le Canada ont mené à l'élaboration des premières lignes directrices canadiennes concernant le diagnostic de l'ETCAF et les handicaps connexes³²². Ces lignes directrices reflètent l'harmonisation des critères de diagnostic de l'Institute of Medicine et le code de diagnostic à quatre chiffres. Les responsables de leur élaboration donnent à penser qu'elles forment la base de la formation des médecins.

9.1 Recommandations et répercussions

Les priorités en matière de recherche, de programmes et de politiques découlant du présent examen des preuves à l'appui de la formation et du perfectionnement professionnel sont les suivantes :

Études d'évaluation

- Mener des recherches canadiennes sur la mesure dans laquelle la diffusion des lignes directrices aux praticiens des soins de santé et des services sociaux accroît l'adoption des pratiques recommandées.
- Mener des recherches canadiennes sur la mesure dans laquelle la prestation d'une formation aux praticiens des soins de santé et des services sociaux mène à l'adoption des pratiques recommandées.
- Cerner les obstacles (autre que la sensibilisation et la formation) à l'adoption des pratiques recommandées en ce qui concerne la consommation d'alcool pendant la grossesse dans le contexte des soins de santé et des services sociaux.

Répercussions sur les politiques et les programmes

En attendant les résultats des études canadiennes, il convient d'accorder la priorité aux pratiques prometteuses suivantes :

- Élaborer une stratégie nationale de perfectionnement de la main-d'œuvre qui reconnaît la gamme des obstacles qui peuvent empêcher ou retarder l'adoption des pratiques recommandées en ce qui concerne la consommation d'alcool par les femmes enceintes dans les domaines des soins de santé et des services sociaux, y compris le secteur du traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies.
- Dans le cadre d'une stratégie nationale de perfectionnement de la main-d'œuvre sur cette question, élaborer une stratégie permettant de profiter de l'expertise régionale et de réduire les doublons.



10 Politiques et interventions juridiques

Recommandations et répercussions86

Ce que révèlent les études

Bien que cela n'ait pas été démontré de manière empirique, et il serait difficile de le faire, il y a de bonnes raisons de croire que des politiques sociales visant à réduire l'iniquité et la pauvreté au Canada contribueraient à réduire les problèmes d'alcool chez les femmes enceintes. Plus particulièrement, les politiques sociales et organisationnelles qui servent à accroître l'accès, réduire le stigmatisation et promouvoir la protection du fœtus par le biais de la protection de la mère sous forme d'interventions thérapeutiques non punitives, sont fortement appuyées dans la documentation.

En tant que population, les femmes en âge de procréer, particulièrement les plus jeunes femmes, figurent parmi les plus pauvres au pays. En 2000, le Conseil national du bien-être social a estimé que le taux de pauvreté chez les jeunes femmes âgées de 18 à 24 ans était de 24,9 % (18,5 % pour les femmes âgées de 25 à 34 ans). Dans l'ensemble, les mères célibataires et leurs enfants sont dans la pire situation. Le taux de pauvreté pour les familles dirigées par une mère célibataire de moins âgée de 25 ans était extrêmement élevé à 85,4%³²³. Des femmes de tous les groupes socio-économiques consomment de l'alcool ou d'autres drogues pendant la grossesse; toutefois la pauvreté est un facteur aggravant qui réduit beaucoup les possibilités qu'une femme accède à des soins adéquats. Les politiques sociales du gouvernement qui réduisent le taux de pauvreté chez les jeunes mères célibataires seraient sans aucun doute utiles pour aider à prendre en charge les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie chez les femmes enceintes³²⁴.

Les femmes enceintes qui consomment de l'alcool ou d'autres drogues ont ressenti les répercussions des politiques et des sanctions liées à l'alcool et aux drogues plus que tout autre groupe de population qui a besoin d'un traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie. Ces politiques et sanctions comprennent l'accent historique mis sur les modèles de traitement des hommes et un traitement coéducatif comme norme; le manque de financement et d'autres mécanismes de garde des enfants pour les femmes suivant un traitement spécialisé de l'alcoolisme et de la toxicomanie, et les sanctions civiles et pénales pour les femmes enceintes souffrant d'alcoolisme et de toxicomanie.

La question du traitement obligatoire mise en relief dans le cas de Mlle G. constitue un exemple frappant des répercussions des politiques sur les femmes souffrant d'alcoolisme ou de toxicomanie au Canada^{xxxvi}. Il y a une foule d'arguments contre le traitement obligatoire et (ou) l'application du système de justice pénale comme mécanismes pour

xxxvi. Dans une décision judiciaire canadienne de 1996, un juge de Winnipeg a ordonné à une jeune femme enceinte autochtone, avec six années d'antécédents d'abus de solvant, de suivre un programme de traitement obligatoire; en bout de ligne, les cours supérieures canadiennes se sont prononcées contre le traitement obligatoire des femmes enceintes.

prévenir la consommation d'alcool ou d'autres drogues pendant la grossesse, et autant en faveur de la prestation de soins complets visant l'ensemble des questions sociales et de santé comme solution plus susceptible de mener à une meilleure issue pour la mère et le bébé à naître. La conséquence la plus évidente et la plus sérieuse d'une approche punitive est qu'elle dissuade les femmes de recourir aux services nécessaires ou les décourage de discuter de leur problème de consommation avec les professionnels de la santé, ce qui mène à de moins bons résultats pour la mère et l'enfant^{325,326}.

Dans le présent examen on a constaté que de pouvoir offrir à une mère qui suit un traitement la possibilité de se faire accompagner de ses enfants est l'un des moyens les plus efficaces pour l'aider à suivre le processus jusqu'au bout. La peur de perdre leurs enfants crée un obstacle important pour les femmes qui ont besoin d'un traitement. Au Canada, l'appréhension des enfants en raison de la consommation d'alcool ou de drogues par les parents se produit dans les situations où, selon les évaluations, cette consommation a des répercussions sur le rôle parental et sur le bien-être de l'enfant. Il ne fait aucun doute que pour les enfants, la meilleure issue est d'être élevés par leur mère, mais il est également clair que l'abus d'alcool ou d'autres drogues par les parents peut avoir des répercussions sur le comportement de ces derniers en tant que parents et en bout de ligne sur le développement des enfants (voir les histoires des familles des femmes enceintes alcooliques ou toxicomanes décrites dans le présent rapport, y compris la consommation d'alcool ou d'autres drogues, les traumatismes et l'instabilité dans leurs familles d'origine). Il ne fait aucun doute que le soutien systémique pour appuyer la mère et le bébé/enfant en toute sécurité dans toutes les circonstances et à tous les niveaux de « risque » pour l'enfant est inadéquat. Cela ne signifie pas que ces femmes sont de « mauvaises mères », cela signifie plutôt que parce qu'elles n'ont pas elles-mêmes connu des relations et des environnements qui incluaient la sécurité, la régularité, la structure et la réceptivité, elles se sont adaptées (ou mésadaptées) de diverses façons (y compris la consommation d'alcool ou d'autres drogues). Elles ont des difficultés dans leur rôle parental (non seulement en raison de leur consommation d'alcool ou d'autres drogues, mais aussi de tous les facteurs concomitants liés à leur consommation).

Il est clair que les besoins des femmes souffrant d'alcoolisme ou de toxicomanie sont multiples et complexes. De plus en plus, au Canada, les fournisseurs de services d'aide à l'enfance et de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie cherchent une perspective commune sur ces questions; toutefois, la capacité des systèmes d'appuyer ces familles reste nettement inadéquate. Il existe peu de programmes où les femmes peuvent amener leurs enfants au traitement, et les femmes qui désirent se faire traiter sans leurs enfants ont peu d'appui pour trouver des soins sûrs et temporaires pour leurs enfants³²⁷. De plus, les organismes d'aide à l'enfance et les systèmes connexes ne disposent pas des ressources voulues pour appuyer le maintien des enfants dans leurs familles avec un accès

immédiat aux divers services dont ils peuvent avoir besoin (c.-à-d., secteur officiel du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, avec garderie, pour celles qui consomment de l'alcool ou d'autres drogues; services axés sur les femmes pour s'occuper des traumatismes et des problèmes de santé mentale connexes; logement sûr et stable; soutien intense pour le rôle parental et le développement de l'enfant)³²⁸.

Rutman et autres, dans un document de discussion clé canadien sur les politiques, *Intoxicants et grossesse : la place des femmes enceintes ou en âge de concevoir dans les politiques et le processus d'élaboration de celles-ci* (2000), laissent entendre que cette question complexe demande l'intégration des politiques entre ceux qui défendent les enfants touchés et ceux qui défendent les intérêts des femmes souffrant d'alcoolisme ou de toxicomanie. Les auteurs préconisent des approches politiques qui reconnaissent et prennent en charge les complexités de la vie du grand nombre de femmes qui sont enceintes et consomment de l'alcool ou d'autres drogues. En se fondant sur de vastes consultations, ils préconisent des changements politiques dans les directions suivantes :

- passer d'un modèle médical moralisateur à une philosophie de réduction des méfaits/promotion de la santé;
- passer d'un mandat d'aide à l'enfance axé sur la protection à un mandat qui insiste sur l'appui aux familles;
- passer de la perception que l'appréhension de l'enfant est un échec de la part de la mère à celle qu'elle est due à l'échec du système/communauté à fournir ce qui est nécessaire³²⁹.

Un changement des politiques dans cette direction peut se défendre dans la perspective des droits de la personne, et il est également logique sur le plan économique.

10.1 Recommandations et répercussions

Les priorités en matière de recherche et de politiques découlant du présent examen des preuves à l'appui des questions juridiques et politiques sont :

Études d'évaluation

- Explorer les liens entre le statut socio-économique et la consommation d'alcool pendant la grossesse dans un contexte canadien.
- Mener des recherches canadiennes sur la valeur des politiques et d'une campagne afin de réduire la stigmatisation des femmes qui boivent pendant la grossesse chez les praticiens des domaines de la santé ou des services sociaux.

- Mener des recherches canadiennes sur la mesure dans laquelle les services de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies et de réadaptation au Canada desservant les femmes ont en place des politiques et des éléments de programme appropriés et des liens avec d'autres secteurs clés tels que les services de soins prénataux et d'aide à l'enfance pour fournir des soins appropriés aux femmes enceintes qui consomment de l'alcool.

Répercussions sur les politiques et les programmes

En attendant les résultats des études canadiennes, il convient d'accorder la priorité aux pratiques prometteuses suivantes :

- Mettre en œuvre des modèles d'aide à l'enfance, par le biais d'amendements à la législation provinciale/territoriale sur l'aide à l'enfance, qui accordent la préférence au soutien des mères comme meilleur moyen de protéger les enfants.
- Accroître le financement des organismes d'aide à l'enfance et des systèmes connexes afin d'appuyer le maintien des enfants dans leurs familles avec un accès adéquat et immédiat au secteur officiel de traitement de la toxicomanie (avec garderie) pour les femmes qui consomment de l'alcool ou d'autres drogues; pour des services axés sur les femmes afin de s'occuper des traumatismes et des problèmes de santé mentale connexes; pour l'accès à un logement sûr et stable; et pour un soutien intense dans le rôle parental et le développement de l'enfant.
- Accroître les ressources dont disposent les fournisseurs de services aux femmes enceintes à risque élevé (au-delà de ce qui est typiquement un financement à court terme) afin d'améliorer l'accès aux soins, le niveau des soins et les études d'évaluation dans toutes les régions du Canada.
- Élaborer un modèle de politiques et de protocoles fondé sur des résultats, le diffuser et fournir une orientation aux organisations qui servent les femmes enceintes à risque élevé.



11 Références

Références

1. Legge, C., G. Roberts, M. Butler (2001). *Analyse de la situation : Syndrome d'alcoolisme fœtal / effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse*. Ottawa : Santé Canada.
2. Cormier, R.A., C.A. Dell, N. Poole (2003). *Rapport sur la situation de la santé des femmes : Une vue multidirectionnelle sur la santé des femmes canadiennes*. Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé.
3. Santé Canada (1996). *Déclaration conjointe : Prévention du syndrome de l'alcoolisme fœtal (SAF) et des effets de l'alcoolisme fœtal (EAF) au Canada*. Ottawa: Santé Canada.
4. US Department of Health and Human Services, US Department of Agriculture (2000). *Nutrition and Your Health: Dietary Guidelines for Americans*. 5th edition. Washington: US Department of Health and Human Services, US Department of Agriculture
5. Chudley, A.E., J. Conry, J.L. Cook, C. Loock, T. Rosales, N. LeBlanc (2005). *Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale : Lignes directrices canadiennes concernant le diagnostic*. *Revue de l'Association médicale canadienne*. 172 (5 suppl). pp. s1.
6. Chudley, A.E., J. Conry, J.L. Cook, C. Loock, T. Rosales, N. LeBlanc (2005). *Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale : Lignes directrices canadiennes concernant le diagnostic*. *Revue de l'Association médicale canadienne*. 172 (5 suppl). pp. s1- s-21.
7. Roberts, G. and J. Nanson (2000). *Meilleures pratiques : syndrome d'alcoolisme fœtal/effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse*. Ottawa : Santé Canada. p. 4.
8. Agence de santé publique du Canada (2003). *Ensemble des troubles causes par l'alcoolisation foetale (ETCAF) : Un Cadre d'action*. Ottawa : Agence de santé publique du Canada.
9. Société canadienne de pédiatrie (2002). "Fetal alcohol syndrome". *Paediatric Child Health*. 7(3). pp. 161-174
10. Kowlessar, D.L. (1997). *An Examination of the Effect of Prenatal Alcohol Exposure on School-Age Children in a Manitoba First Nations Community. A Study of Fetal Alcohol Syndrome Prevalence and Dysmorphology*. Université du Manitoba : thèse de maîtrise non publiée.
11. Masotti, P., K. Szala-Meneok, P. Selby, J. Ranford, A. Van Koughnett (2003). "Urban FASD interventions: Bridging the cultural gap between Aboriginal women and primary care physicians". *JFAS Int*. e 7. p.1

12. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) (2005). *Exposé général sur la prévention de l'ETCAF*. ON : CCLAT. <http://www.ccsa.ca/CCSA/FR/topics/populations/FASDOverview.htm>
13. Chudley, A.E., J. Conry, J.L. Cook, C. Loock, T. Rosales, N. LeBlanc (2005) *Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale : Lignes directrices canadiennes concernant le diagnostic*. *Revue de l'Association médicale canadienne*. 172 (5 suppl). pp. s1- s-21.
14. Ebrahim, S.H., A.L. Anderson, R.L. Floyd (1999). "Alcohol consumption by reproductive-aged women in the USA: An update on assessment, burden and prevention in the 1990s". 4. pp.419-430.
15. Eustace, L.W., D. Kang, D. Coombs (2003). "Fetal alcohol syndrome: A growing concern for health care professionals". *JOGNN*. 32(2). p. 215-221. 219.
16. Mukherjee, R.A.S., S. Hollins, M.T. Abou-Saleh, J. Turk (2005). "Low level alcohol consumption and the fetus". *BMJ*. 330. pp. 375-376.
17. Pepler, D.J., T.E. Moore, M. Motz, M. Leslie (2002). *Breaking the Cycle. A Chance for New Beginnings. 1995-2000 Evaluation Report*. ON: Breaking the Cycle. p. 18
18. Chang, G. (2001). "Alcohol-screening instruments for pregnant women". *Alcohol Research and Health*. 25(3). pp. 204-227.
19. Savage, D.D., M. Becher, A.J. de la Torre, R.J. Sutherland (2002). "Dose-dependent effects of prenatal ethanol exposure on synaptic plasticity and learning in mature offspring". *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 26(11). pp 1752-1758.
20. Sood, B., V. Delaney-Black, C. Covington, B. Nordenstrom-Klee, J. Ager, T. Templin, J. Janisse, S. Martier, R.J. Sokol (2001). "Prenatal alcohol exposure and childhood behavior at age 6 to 7 years: I. Dose-response effect" *Pediatrics*. 108(2). pp. 1-9. 2.
21. Santé Canada (1996). *Déclaration conjointe : Prévention du syndrome de l'alcoolisme fœtal (SAF) et des effets de l'alcoolisme fœtal (EAF) au Canada*. Ottawa: Santé Canada.
22. US Department of Health and Human Services, US Department of Agriculture (2000). *Nutrition and Your Health: Dietary Guidelines for Americans*. 5th edition. Washington: US Department of Health and Human Services, US Department of Agriculture.
23. Meilleur départ, Motherisk (2005). *La consommation d'alcool pendant l'allaitement*. http://www.meilleurdépart.org/resources/allaitement/pdf/desk_reference_fre.pdf.
24. Ho, E., A. Collantes, B. Kapur, M. Moretti, G. Koren (2001). "Alcohol and breast feeding: Calculation of time to zero level in milk". *Biology of the Neonate*. 80. pp. 219-222.

25. Mennella, J. and C. Gerrish (1998). "Effects of exposure to alcohol in mother's milk on infant sleep". *Pediatrics*. Vol. 101, No. 5. p.e2.
26. Stratton et al. (1996). *Fetal Alcohol Syndrome: Diagnosis, Epidemiology, Prevention and Treatment*. Washington, DC: National Academy Press.
27. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (2004). *L'enquête sur les toxicomanies au Canada : prévalence de l'usage et méfaits liés à l'alcool. Points saillants*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
28. Cormier, R.A., C.A. Dell, N. Poole (2003). *Rapport sur la situation de la santé des femmes : Une vue multidirectionnelle sur la santé des femmes canadiennes*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.
29. Dell, C.A., and K. Garabedian (2003). *Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies, Rapport national de 2002 : Les tendances en toxicomanie et le réseau du RRCET*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
30. Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (2005). *Women and Substance Use*. AB: AADAC. http://corp.aadac.com/for_women/the_basics_about_women/women_info_substance_use.asp
31. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (2004). *L'enquête sur les toxicomanies au Canada : prévalence de l'usage et méfaits liés à l'alcool. Points saillants*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
32. Cormier, RA, CA Dell, N Poole (2003). *Rapport sur la situation de la santé des femmes : Une vue multidirectionnelle sur la santé des femmes canadiennes*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé. pp. 4, 14, 15.
33. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (2004). *L'enquête sur les toxicomanies au Canada : prévalence de l'usage et méfaits liés à l'alcool. Points saillants*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. 31
34. Cormier, R.A., C.A. Dell, N. Poole (2003). *Rapport sur la situation de la santé des femmes : Une vue multidirectionnelle sur la santé des femmes canadiennes*. Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé. 5.
35. Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire – Données d'enquête 2001-2002.
http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/publications/pdf/hbsc_01_2candat.pdf

36. Boyce, W., M. Doherty, D. MacKinnon, C. Fortin (2003). *Étude sur la jeunesse, la santé sexuelle, le VIH/sida au Canada : Facteurs influant sur les connaissances sur le VIH et le sida, les attitudes envers la sexualité et le comportement sexuel*. ON : Conseil des ministres de l'éducation, Canada.
37. Flanigan, B. et al (1990). "Alcohol use as a situational influence on young women's pregnancy risk-taking behaviours". *Adolescence*. 25. pp. 205-214.
38. Cornelius, M., Lebow, H. and Day, N (1997). Attitudes and knowledge about drinking: relationships with drinking behaviour among pregnant teenagers. *Journal of Drug Education*. 27(3): 231-243.
39. Grant, B.F., Dawson, D.A., (1997). Age of Onset of Alcohol Use and its Association with DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence: Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiological Survey. *Journal of Substance Abuse*, Vol. 9.
40. Communication personnelle, Mary Berube, Edmonton First Steps Fetal Alcohol Spectrum Disorder program, 12 avril 2005.
41. Roberts, G. and J. Nanson (2000). *Meilleures pratiques : syndrome d'alcoolisme fœtal/effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse*. Ottawa : Santé Canada. 5.
42. Adlaf, E. and A. Paglia (2003). *Drug Use Among Ontario Students. Detailed OSDUS Findings. 1977-2003*. ON: Centre de toxicomanie et de santé mentale.
43. Cormier, R.A., C.A. Dell, N. Poole (2003). *Rapport sur la situation de la santé des femmes : Une vue multidirectionnelle sur la santé des femmes canadiennes*. Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé. 5.
44. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (2004). *L'enquête sur les toxicomanies au Canada : prévalence de l'usage et méfaits liés à l'alcool. Points saillants*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. 4.
45. Ministre de l'Industrie (2000). *Femmes au Canada 2000 : rapport statistique fondé sur le sexe*. Ottawa : Statistique Canada. Catalogue no. 89-503-XPE. 62.
46. Kowlessar, D.L. (1997). *An Examination of the Effect of Prenatal Alcohol Exposure on School-Age Children in a Manitoba First Nations Community. A Study of Fetal Alcohol Syndrome Prevalence and Dysmorphology*. Université du Manitoba : thèse de maîtrise non publiée.
47. Roberts, G. and J. Nanson (2000). *Meilleures pratiques : syndrome d'alcoolisme fœtal/effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse*. Ottawa : Santé Canada. 5

48. Dell, C.A. and K. Garabedian (2003). *Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies, Rapport national de 2002 : Les tendances en toxicomanie et le réseau du RRCET*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
49. Adlaf, E. and A. Paglia (2003). *Drug Use Among Ontario Students. Detailed OSDUS Findings. 1977-2003*. ON: Centre de toxicomanie et de santé mentale. 59.
50. Roberts, G. and J. Nanson (2000). *Meilleures pratiques : syndrome d'alcoolisme fœtal/effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse*. Ottawa : Santé Canada. 5.
51. Roberts, G., D. McCall, A. Stevens-Lavigne, J. Anderson, A. Paglia, S. Bollenbach, J. Wiebe, L. Gliksman (2001). *Prévention des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes – Un compendium des meilleures pratiques*. Ottawa : Santé Canada.
52. Rutman, D., M. Callahan, A. Lundquist, S. Jackson, B. Field (2000). *Intoxicants et grossesse : la place des femmes enceintes ou en âge de concevoir dans les politiques et le processus d'élaboration de celles-ci*. ON: Condition féminine Canada.
53. Poole, N. (2000). *Evaluation Report of the Sheway Project for High-Risk Pregnant and Parenting Women*. BC: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health. 11.
54. Chudley, A.E., J. Conry, J.L. Cook, C. Loock, T. Rosales, N. LeBlanc (2005). *Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale : Lignes directrices canadiennes concernant le diagnostic*. *Revue de l'Association médicale canadienne*. 172 (5 suppl). pp. s1- s-21.
55. Cormier, R.A., C.A. Dell, N. Poole (2003). *Rapport sur la situation de la santé des femmes : Une vue multidirectionnelle sur la santé des femmes canadiennes*. Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé.
56. Hicks, M., R.S. Suave, A.W. Lyon, M. Clarke, S. Tough (2003). "Alcohol use and abuse in pregnancy: An evaluation of the merits of screening". *Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*. 77-80.
57. King, J.C. (1997). "Substance abuse in pregnancy: A bigger problem than you think". *Postgraduate Medicine*. 102(3). pp. 135-150.
58. Poole, N. and B. Isaac (2001). *Apprehensions: Barriers to treatment for substance-using mothers*. British Columbia Centre for Women's Health.
59. Morse, B. and E. Hutchins (2000). "Reducing complications from alcohol use during pregnancy through screening". *JAMWA*. 55(4). pp 225-228.

60. Santé Canada (2003). *Rapport sur la santé périnatale au Canada*. Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
61. Eustace, L.W., D. Kang, D. Coombs (2003). "Fetal alcohol syndrome: A growing concern for health care professionals". *JOGNN*. 32(2). p. 215-221. 219.
62. King, J.C. (1997). "Substance abuse in pregnancy: A bigger problem than you think". *Postgraduate Medicine*. 102(3). 135-150.
63. Muhajarine, N., C. D'Acy, L. Edouard (1997). "Prevalence and predictors of health risk behaviours during early pregnancy: Saskatoon pregnancy and health study". *Revue canadienne de santé publique*. 88(6). pp. 375-379.
64. Day, N., M. Cornelius, L. Goldschmidt (1992). "The effects of prenatal tobacco and marijuana use on offspring growth from birth through age 3 years". *Neurotoxicology and Teratology*. 14. pp. 407-414.
65. Cornelius, M., P. Taylor, D. Geva (1995). "Prenatal tobacco and marijuana use among adolescents: Effects on offspring gestational age, growth and morphology". *Pediatrics*. 95. pp. 438-443.
66. Dell, C.A., and K. Garabedian (2003). *Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies, Rapport national de 2002 : Les tendances en toxicomanie et le réseau du RRCET*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
67. McCourt, C., D. Paquette, L. Pelletier, F. Reyes (2005). *Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant - Rapport sur la santé de la mère et de l'enfant au Canada*. Ottawa : Agence de santé publique du Canada.
68. McCourt, C., D. Paquette, L. Pelletier, F. Reyes (2005). *Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant - Rapport sur la santé de la mère et de l'enfant au Canada*. Ottawa : Agence de santé publique du Canada. p. 5.
69. Dell, C.A. and K. Garabedian (2003). *Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies, Rapport national de 2002 : Les tendances en toxicomanie et le réseau du RRCET*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. 18
70. Dell, C.A. and K. Garabedian (2003). *Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies, Rapport national de 2002 : Les tendances en toxicomanie et le réseau du RRCET*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

71. Roberts, G. and J. Nanson (2000). *Meilleures pratiques : syndrome d'alcoolisme fœtal/effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse*. Ottawa : Santé Canada.
72. Cormier, RA, CA Dell, N Poole (2003). *Rapport sur la situation de la santé des femmes : Une vue multidirectionnelle sur la santé des femmes canadiennes*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.
73. Environics Research Group Limited (2000). *La connaissance des effets de la consommation d'alcool pendant la grossesse et du syndrome d'alcoolisme foetal. Résultats d'un sondage national*. Préparé pour Santé Canada. 21
74. Leger Marketing (2002). *Canadians' Perceptions and Opinions Regarding Tobacco and Alcohol Consumption of Women During Pregnancy*. Winnipeg: Leger Marketing. 6.
75. Centers for Disease Control and Prevention (2004). "Alcohol consumption among women who are pregnant or might become pregnant - United States, 2002. *Morbidity and Mortality Weekly Reports*. 53(50) pp. 1178-1181.
76. Centers for Disease Control and Prevention (2000). "Alcohol use among women of childbearing age – United States, 1991-1999. *Morbidity and Mortality Weekly Reports*. 51. pp. 273-276.
77. Coleman, R. (2000). *Women's Health in Atlantic Canada: A Statistical Portrait*. GPI Atlantic. 47.
78. *Contraceptive use in Canada*. <http://www.cbctrust.com/contraceptive.html>
79. US Department of Health and Human Services, US Department of Agriculture (2000). *Nutrition and Your Health: Dietary Guidelines for Americans*. 5th edition. Washington: US Department of Health and Human Services, US Department of Agriculture. 1.
80. Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (AADAC) (2004). *Windows of Opportunity: A Statistical Profile of Substance Use Among Women in Their Childbearing Years in Alberta*. Alberta: AADAC. 25.
81. Lester, B.M., L. Andreozzi, L. Appiah (2004). "Substance use during pregnancy: Time for policy to catch up with research". *Harm Reduction Journal*. 1(5). pp 1-44. 4.
82. Roberts, G. and J. Nanson (2000). *Meilleures pratiques : syndrome d'alcoolisme fœtal/effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse*. Ottawa : Santé Canada. 6
83. US Department of Health and Human Services, US Department of Agriculture (2000). *Nutrition and Your Health: Dietary Guidelines for Americans*. 5th edition. Washington: US Department of Health and Human Services, US Department of Agriculture. 1.

84. Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (AADAC) (2004). *Windows of Opportunity: A Statistical Profile of Substance Use Among Women in Their Childbearing Years in Alberta*. Alberta: AADAC. 35.
85. Centers for Disease Control and Prevention (2000). "Alcohol use among women of childbearing age – United States, 1991-1999. *Morbidity and Mortality Weekly Reports*. 51. pp. 273-276.
86. Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (AADAC) (2004). *Windows of Opportunity: A Statistical Profile of Substance Use Among Women in Their Childbearing Years in Alberta*. Alberta: AADAC. 27.
87. Muhajarine, N., C. D'Acly, L. Edouard (1997). "Prevalence and predictors of health risk behaviours during early pregnancy: Saskatoon pregnancy and health study". *Canadian Journal of Public Health*. 88(6). pp. 375-379.
88. Gladstone, J, M. Levy, I. Nulman, G. Koren (1997). "Characteristics of pregnant women who engage in binge alcohol consumption". *CMAJ*. 156(6). pp. 789-94.
89. Masotti, P., K. Szala-Meneok, P. Selby, J. Ranford, A. Van Koughnett (2003). "Urban FASD interventions: Bridging the cultural gap between Aboriginal women and primary care physicians". *JFAS Int.* e 7. p.3
90. Tait, C. (2004). *Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effects: the 'Making' of a Canadian Aboriginal Health and Social Problem*. Université McGill: mémoire non publié.
91. Tait, C. (2003). *Fetal Alcohol Syndrome Among Aboriginal People in Canada: Review and Analysis of the Intergenerational Links to Residential Schools*. Ottawa: The Aboriginal Healing Foundation. 107.
92. Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (AADAC) (2004). *Windows of Opportunity: A Statistical Profile of Substance Use Among Women in Their Childbearing Years in Alberta*. Alberta: AADAC. 37.
93. Bearer, C. (2001) "Markers to detect drinking during pregnancy". *Alcohol Research and Health*. 25(3). pp. 210-218.
94. Kesby, G., G. Parker, E. Barrett (1991). "Personality and coping style as influences on alcohol intake and cigarette smoking during pregnancy". *The Medical Journal of Australia*. 155. pp.229-233.
95. Serdula, M., D.F. Williamson, J.S. Kendrick, R.F. Anda, T. Byers (1988). "Trends in alcohol consumption by pregnant women, 1985 through 1988". *Journal of the American Medical Association*. 265. pp. 876-9.

96. Chudley, A.E., J. Conry, J.L. Cook, C. Loock, T. Rosales, N. LeBlanc (2005). *Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale : Lignes directrices canadiennes concernant le diagnostic*. *Revue de l'Association médicale canadienne*. 172 (5 suppl). pp. s1- s-21.
97. Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (AADAC) (2004). *Windows of Opportunity: A Statistical Profile of Substance Use Among Women in Their Childbearing Years in Alberta*. Alberta: AADAC. 9, 109.
98. Muhajarine, N., C. D'Acy, L. Edouard (1997). "Prevalence and predictors of health risk behaviours during early pregnancy: Saskatoon pregnancy and health study". *Canadian Journal of Public Health*. 88(6). pp. 375-379.
99. Pepler, D.J., T.E. Moore, M. Motz, M. Leslie (2002). *Breaking the Cycle. A Chance for New Beginnings. 1995-2000 Evaluation Report*. ON: Breaking the Cycle. p. 5.
100. Poole, N. (2000). *Evaluation Report of the Sheway Project for High-Risk Pregnant and Parenting Women*. BC: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health.
101. Tait, C.L. (2000). *A Study of the Service Needs of Pregnant Addicted Women in Manitoba*. MB: Manitoba Health.
102. Hicks, M., R.S. Suave, A.W. Lyon, M. Clarke, S. Tough (2003). "Alcohol use and abuse in pregnancy: An evaluation of the merits of screening". *Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*. 77-80.
103. Barbour, B.G. (1990) "Alcohol and pregnancy". *Journal of Nurse Midwifery*. 35. pp. 78-85.
104. Morse, B. and E. Hutchins (2000). "Reducing complications from alcohol use during pregnancy through screening". *JAMWA*. 55(4). pp 225-228. 225.
105. Hayes, M.J., E. Brown, P.A. Hofmaster, A.A. Davare, K.G. Parker, J.A. Raczek (2002). "Prenatal alcohol intake in a rural, Caucasian clinic". *Family Medicine*. 34(2). pp.120-125.
106. Kaskutas, L.A. (2000). "Understanding drinking during pregnancy among urban American Indians and African Americans: Health messages, risk beliefs, and how we measure consumption". *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 24(8). pp. 1241-1250.
107. Sood, B., V. Delaney-Black, C. Covington, B. Nordstrom-Klee, J. Ager, T. Templin, J. Janisse, S. Martier, R.J. Sokol (2001). "Prenatal alcohol exposure and childhood behavior at age 6 to 7 years: I. Dose-response effect" *Pediatrics*. 108(2). pp. 1-9. 2.

108. Stutts, M.A., L.T. Patterson, G.G. Hunnicutt (1997). "Females perceptions of risks associated with alcohol consumption during pregnancy". *American Journal of Health Behaviour*. 21(2). pp. 137-146.
109. Wiemann, C.M., A.B. Berenson, B.M. Landwehr (1995). "Racial and ethnic correlates of tobacco, alcohol and illicit drug use in a pregnant population". *Journal of Reproductive Medicine*. 40(8). pp. 571-578.
110. Tait, C. (2003). *Fetal Alcohol Syndrome Among Aboriginal People in Canada: Review and Analysis of the Intergenerational Links to Residential Schools*. Ottawa: Aboriginal Healing Foundation.
111. Astley, S., D. Bailey, C. Talbot, S. Clarren (2000). "Fetal Alcohol Syndrome (FAS) primary prevention through FAS diagnosis: II. A comprehensive profile of 80 birth mothers of children with FAS". *Alcohol & Alcoholism*. Vol. 25, No. 5. pp. 509-519.
112. Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (AADAC) (2004). *Windows of Opportunity: A Statistical Profile of Substance Use Among Women in Their Childbearing Years in Alberta*. Alberta: AADAC. 36.
113. Roberts, G. and J. Nanson (2000). *Meilleures pratiques : syndrome d'alcoolisme fœtal/effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse*. Ottawa : Santé Canada. 6
114. Santé Canada (2003). *Rapport sur la santé périnatale au Canada*. Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. 6
115. Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (AADAC) (2004). *Windows of Opportunity: A Statistical Profile of Substance Use Among Women in Their Childbearing Years in Alberta*. Alberta: AADAC. 26.
116. Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (AADAC) (2004). *Windows of Opportunity: A Statistical Profile of Substance Use Among Women in Their Childbearing Years in Alberta*. Alberta: AADAC. 26.
117. Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (AADAC) (2004). *Windows of Opportunity: A Statistical Profile of Substance Use Among Women in Their Childbearing Years in Alberta*. Alberta: AADAC.
118. Ebrahim, S.H., A.L. Anderson, R.L. Floyd (1999). "Alcohol consumption by reproductive-aged women in the USA: An update on assessment, burden and prevention in the 1990s". 4. pp. 419-430.
119. Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (AADAC) (2004). *Windows of Opportunity: A Statistical Profile of Substance Use Among Women in Their Childbearing Years in Alberta*. Alberta: AADAC.

120. Muhajarine, N., C. D'Acly, L. Edouard (1997). "Prevalence and predictors of health risk behaviours during early pregnancy: Saskatoon pregnancy and health study". *Canadian Journal of Public Health*. 88(6). pp. 375-379.
121. Santé Canada (2003). *Rapport sur la santé périnatale au Canada*. Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. 6.
122. Roberts, G. and J. Nanson (2000). *Meilleures pratiques : syndrome d'alcoolisme fœtal/effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse*. Ottawa : Santé Canada. 6
123. Hicks, M., R.S. Suave, A.W. Lyon, M. Clarke, S. Tough (2003). "Alcohol use and abuse in pregnancy: An evaluation of the merits of screening". *Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*. 77-80
124. Environics Research Group Limited (2000). *La connaissance des effets de la consommation d'alcool pendant la grossesse et du syndrome d'alcoolisme foetal. Résultats d'un sondage national*. Préparé pour Santé Canada. 21.
125. Evans, R. et coll. (eds.) (1994). *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*. New York, NY: Aldine De Gruyter.
126. Swazey, M and W. Reynolds (undated). *Reducing the Impact: Working with Pregnant Women Who Live in Difficult Situations*. Toronto: Ontario Best Start.
127. Abel, E.L. (1998). "Prevention of Alcohol Abuse-related Birth Effects – II. Targeting and pricing". *Alcohol and Alcoholism*, 33(4). pp. 417-420.
128. Holder, H. (2003). Strategies for reducing substance abuse problems: what the research tells us. Paper presented at the NDRI International research symposium, Fremantle, Australia, February 24-27, 2003.
129. Lauzon, R. et coll. (1998). "Mattagami First Nation's policy to reduce alcohol-related harm". *The Canadian Journal of Native Studies*, 18(1). pp. 37-48.
130. Bowerman, R. (1997). "The effect of a community-supported alcohol ban on prenatal alcohol and other substance abuse [letter to the editor]". *American Journal of Public Health*, 87(8). pp. 1378-1379.
131. Centre de toxicomanie et de santé mentale. *Politiques municipales en matière d'alcool et de collectivités autochtones*. http://www.camh.net/research/publichealth_regpol_rar2002.html. Accessed 04-05.
132. Stockwell, T. (April 7, 2005). Présentation au Comité permanent de la santé, 38e législature, 1re session.

133. Hankins, J. et coll. (2001). "The impact of the alcohol warning label on drinking during pregnancy". *Journal of Public Policy and Marketing*. 12(1). pp. 10-18.
134. Kaskutas, L. (2000). "Understanding drinking during pregnancy among urban American Indians and African Americans: Health messages, risk beliefs, and how we measure consumption". *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 24(8). pp. 1241-1250.
135. Greenfield, T., K. Graves and L. Kaskutas (1999). "Long-term effects of alcohol warning labels: Findings from a comparison of the United States and Canada." *Psychology and Marketing*. 16(3). pp. 261-282.
136. Fenaughty, A.M. and D.P. MacKinnon (1993). "Immediate effects of the Arizona alcohol warning poster." *Journal of Public Policy and Marketing*, 12(1). pp. 69-77.
137. Holder, H. (2003). Strategies for reducing substance abuse problems: what the research tells us. Paper presented at the NDRI International research symposium, Fremantle, Australia, February 24-27, 2003.
138. Angus Reid Group. (2000). *FAS Awareness Campaign Assessment Study—Final Report*. Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission.
139. Floyd, L., P Decoufle, D., Hungerford (1999). "Alcohol use prior to pregnancy recognition". *American Journal of Preventive Medicine*. 17(2): 101-107.
140. US Department of Health and Human Services. (2005). News release: U.S. Surgeon General Releases Advisory on Alcohol Use in Pregnancy.
<http://www.hhs.gov/surgeongeneral/pressreleases/sg02222005.html>
141. Greenfield, T., K. Graves, L. Kaskutas (1999). "Long-term effects of alcohol warning labels: Findings from a comparison of the United States and Canada." *Psychology and Marketing*. 16(3). pp. 261-282.
142. Caprara, D., O. Soldin, G. Koren (March, 2004). "To label or not to label: The pros and cons of alcohol warning labels in pregnancy." *Journal of FAS International*. 2 e:9.
143. Abel, E. (1998). "Prevention of alcohol abuse-related birth effects – I. Public education efforts". *Alcohol and Alcoholism*, 33(4). pp. 411-416.
144. Jacobson, J. and S. Jacobson (1999). "Drinking Moderately and Pregnancy Effects on Child Development." *Alcohol Research and Health*. (23)1. pp. 25-30.
145. Reynolds, W., S. Raftis, D. Michel (1994). *Pregnancy and Substance Abuse: A Needs Assessment to Investigate the Development of Health Promotion Materials for High-Risk Women*. Kingston, ON: AWARE Press.

146. Finkelstein, N. (1993). "Treatment Programming for Alcohol and Drug-Dependent Women." *International Journal of the Addictions*, 28(13). pp. 1275-1309.
147. May, P. (1995). "A multiple-level, comprehensive approach to the prevention of Fetal Alcohol Syndrome (FAS) and other alcohol-related birth defects (ARBD)." *International Journal of the Addictions*, 30(12). pp. 1549-1602.
148. Offord, D. (2000). "Selection of levels of prevention". *Addictive Behaviours*. (25)6.
149. Programme de meilleur départ de l'Ontario (2003). *Les clés du succès d'une campagne de communication sur la consommation d'alcool durant la grossesse*. Gouvernement de l'Ontario.
150. Alcohol Concern (2002). *Alcohol and Teenage Pregnancy*. United Kingdom Department of Health.
151. Poulin, C. (2002). *Nova Scotia Student Drug Use 2002*. Dalhousie University; Nova Scotia Office of Health Promotion.
152. Adlaf, E., and A. Paglia (2003). *Drug Use Among Ontario Students: Detailed OSDUS Findings*. Centre de toxicomanie et de santé mentale.
153. McBride, N. (2003). "A systematic review of school drug education." *Health Education Research Theory and Practice*. 18(6). pp. 729-742.
154. Murphy-Brennan, M. and T. Oei (1999). "Is there evidence to show that Fetal Alcohol Syndrome can be prevented?" *Journal of Drug Education*, 29(1). pp. 5-24.
155. Alberta Learning. (2002). *Teaching for the Prevention of Fetal Alcohol Spectrum Disorder. Grades 1-12: A Resource for Teachers of Health and Life Skills and Career and Life Management*. Government of Alberta.
156. Weitzman, E., T. Nelson, H. Wechsler (2003). Assessing success in a coalition-based environmental prevention programme targeting alcohol abuse and harms: Process measures from the Harvard School of Public Health "A Matter of Degree" programme evaluation *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift* 20. (ENGLISH SUPPLEMENT).
157. LeMaster, P. and C. Connell (1994). "Health education interventions among Native Americans: A review and analysis." *Health Education Quarterly*, 21(4): 521-538.
158. Astley, S. (2004). "Fetal alcohol syndrome prevention in Washington State: Evidence of success". *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 18. pp. 344-351.
159. T. Naimi, L. Lipscomb, R. Brewer, B. Gilbert (2003). "Binge Drinking in the Preconception Period and the Risk of Unintended Pregnancy: Implications for Women and Their Children". *Pediatrics*. 111, 5. pp. 1136-1141.

160. Floyd, L., P Decoufle, D. Hungerford (1999). "Alcohol use prior to pregnancy recognition." *American Journal of Preventive Medicine*. 17(2): 101-107.
161. Boyce, W., M. Doherty, D. MacKinnon, C. Fortin (2003). *Étude sur la jeunesse, la santé sexuelle, le VIH/sida au Canada : Facteurs influant sur les connaissances sur le VIH et le sida, les attitudes envers la sexualité et le comportement sexuel*. ON : Conseil des ministres de l'éducation, Canada.
162. Daley, M., M. Argeriou, D. McCarty, J. Callahan, D. Shepard, C. Williams (2001). "The Costs of Crime and the Benefits of Substance Abuse Treatment for Pregnant Women." *Journal of Substance Abuse Treatment*. 19. pp. 445-458.
163. Floyd, L., P Decoufle, D., Hungerford (1999). "Alcohol use prior to pregnancy recognition." *American Journal of Preventive Medicine*. 17(2): 101-107.
164. Cornelius, M., H. Lebow, N. Day (1997). "Attitudes and knowledge about drinking: Relationships with drinking behavior among pregnant teenagers." *Journal of Drug Education*, 27(3): 231-243.
165. Ebrahim, S., A. Anderson, R. Floyd (1999). "Alcohol consumption by reproductive age women in the USA: an update on assessment, burden and prevention in the 1990s". *Prenatal and Neonatal Medicine*. (4). pp. 419-430.
166. Floyd, L., P Decoufle, D., Hungerford (1999). "Alcohol use prior to pregnancy recognition." *American Journal of Preventive Medicine*. 17(2): 101-107.
167. US Preventive Services Task Force. (1996). *Guide to clinical preventive services: Report of the US Preventive Services Task Force*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services.
168. Pepler, D., T. Moore, M. Motz, M. Leslie (2002). *Breaking the Cycle: A chance for new beginnings. 1995-2000 Evaluation Report*.
169. Gale, T. J. White, T. Welty (1998). "Differences in detection of alcohol use in a prenatal population (on a Northern Plains Indian Reservation) using various methods of ascertainment." *South Dakota Journal of Medicine*. 51(7). pp. 235-240.
170. Cherpitel, C. (1997). "Brief screening instruments for alcoholism." *Alcohol Health and Research World*, 21(4). pp. 348-351.
171. Russell, M., et coll. (1996). Detecting risk drinking during pregnancy: A comparison of four screening questionnaires. *American Journal of Public Health*, 86(10). pp. 1435-1439.

172. Flynn, H., S. Marcus, K. Barry, F. Blow (2003). Rates and Correlates of Alcohol Use Among Pregnant Women in Obstetrics Clinics. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*. 27(1):81-87. Abstract:
<http://www.alcoholism-cer.com/pt/re/alcoholism/abstract.00000374-200301000-00014.htm;jsessionid=CAf0BBiGUqnBU7DsC92im6hD4ityU791lekrtGgue3sVWgHh9XCE!297597431!-949856032!9001!-1>
173. Chang, G. (2001). Alcohol-screening instruments for pregnant women. *Alcohol Research and Health*. 25(3). pp. 204-209.
174. Hankin, J. and R. Sokol (1995). Identification and care of problems associated with alcohol ingestion in pregnancy. *Seminars in Perinatology*, 19(4). pp. 286-292.
175. Lieberman, L. (1998). Evaluating the success of substance abuse prevention and treatment programs for pregnant and postpartum women and their infants. *Women's Health Issues*, 8(4). pp. 218-229.
176. Ling, E., S. Albersheim, A. Halstead (1997). Prevalence of in-utero drug exposure by meconium screening and infant outcome. Paper presented at the Société canadienne de pédiatrie, Halifax, NS.
177. Morse, B. and E. Hutchins (2000). Reducing complications from alcohol use during pregnancy through screening. *JAMWA*. 55(4). pp 225-228.
178. Bearer, C. (2001). "Markers to detect drinking during pregnancy". *Alcohol Research and Health*. (25)3.
179. Stoler, J. et coll. (1998). "The prenatal detection of significant alcohol exposure with maternal blood markers." *The Journal of Pediatrics*, 133(3): 346-352.
180. Stratton, K., C. Howe, F. Battaglia (eds.) (1996). *Fetal Alcohol Syndrome: Diagnosis, Epidemiology, Prevention and Treatment*. Washington, DC: National Academy Press.
181. Chang, G. M. Goetz, L. Wilkins-Haug, S. Berman. (2000). "A brief intervention for prenatal alcohol use: an in-depth look." *Journal of Substance Abuse Treatment*. 18. pp. 365-369.
182. Yahne, C and W. Miller (1999). Enhancing motivation for treatment and change. In *Addictions: A comprehensive guidebook*, edited by B.S. McCrady and E.E. Epstein, 235-249. New York: Oxford.
183. Handmaker, N. and P. Wilbourne. (2001). "Motivational Interviewing in Prenatal Clinics." *Alcohol Research and Health*. (25)3. 219-229.

184. Manwell, L., M., Fleming, M. Mumdt, E., Stauffacher, K. Barry (2000). "Treatment of problem alcohol use in women of childbearing age: results of a brief intervention trial." *Clinical and Experimental Research*. (24)10. pp. 1517-1524.
185. Chang, G. M. Goetz, L. Wilkins-Haug, S. Berman. (2000). "A brief intervention for prenatal alcohol use: an in-depth look." *Journal of Substance Abuse Treatment*. 18. pp. 365-369.
186. Hankin, J. M., McCaul, J., Heussner (2000). "Pregnant, alcohol-abusing women." *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 24(8). pp. 1276-1286.
187. Miller W. and S. Rollnick (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press.
188. Handmaker, N. and Wilbourne. (2001). "Motivational Interviewing in Prenatal Clinics." *Alcohol Research and Health*. (25)3. 219-229.
189. Handmaker, N., and P. Wilbourne. (2001). "Motivational Interviewing in Prenatal Clinics." *Alcohol Research and Health*. (25)3. 219-229.
190. Valequez, M. et coll. (2003). "Reducing the risk of alcohol-exposed pregnancies: A study of a motivational intervention in community settings." *Pediatrics* (111)5. pp. 1131-1135.
191. US Centres for Disease Control, National Centre for Birth Defects and Developmental Disabilities. *Preventing alcohol exposed pregnancies: Project BALANCE*. Accessed: 04-45. <http://www.cdc.gov/ncbddd/fas/balance.htm>
192. Floyd, L., P Decoufle, D. Hungerford (1999). "Alcohol use prior to pregnancy recognition." *American Journal of Preventive Medicine*. 17(2). pp. 101-107.
193. Handmaker, N., and P. Wilbourne. (2001). "Motivational Interviewing in Prenatal Clinics." *Alcohol Research and Health*. (25)3. 219-229.
194. Abrams, D., C. Orleans, R. Niaura, M. Goldstein, J. Prochaska, W. Velicer (1993). "Integrating individual and public health perspectives for treatment of tobacco dependence under managed health care: A combined stepped care and matching model." *Tobacco Control* 2 (suppl), S17-S37.
195. Handmaker, N. and P. Wilbourne. (2001). "Motivational Interviewing in Prenatal Clinics." *Alcohol Research and Health*. (25)3. 219-229.
196. Abel, E. (2004). "Paternal Contribution to Fetal Alcohol Syndrome." *Addiction Biology*. (9). pp. 127-133.

197. Riley, E. (2004). Commentary on “Paternal Contribution to Fetal Alcohol Syndrome”. *Addiction Biology*. (9). pp. 135-136.
198. May, P. (1998). Concepts and programs for the prevention of FAS: Research issues in the prevention of Fetal Alcohol Syndrome and alcohol-related birth defects. In *Finding common ground: Working together for the future, Conference syllabus, November 19-21, 1998, Vancouver, BC*, 65-93. Vancouver, BC: University of British Columbia.
199. Valborg L. Kvigne, V., G. Leonardson, J.E. Brock, M. Neff-Smith, T. Welty (2003). “Characteristics of Mothers Who Have Children with Fetal Alcohol Syndrome or Some Characteristics of Fetal Alcohol Syndrome”. *JABFP* (16)4. 296-303.
200. Rouleau, M., Z. Levichek, G. Koren, (2003). “Are mothers who drink heavily in pregnancy victims of FAS?” *Journal of FAS International*, 1:e4.
201. Hankins, J. (2000). “Fetal Alcohol Syndrome Prevention Research.” *Alcohol Research and Health*. (26)1. pp. 58-65.
202. Astley, S. et al. (2000). “FAS primary prevention through FAS diagnosis: Part II. A comprehensive profile of 80 birth mothers of children with FAS.” *Alcohol and Alcoholism*. 35(5). pp. 509-519.
203. Astley, S. et al. (2000). “FAS primary prevention through FAS diagnosis: Part II. A comprehensive profile of 80 birth mothers of children with FAS.” *Alcohol and Alcoholism*. 35(5). pp. 509-519.
204. Tait, C. *A Study of the Service Needs of Pregnant Addicted Women in Manitoba* (2000). Prairie Women’s Health Centre of Excellence. Manitoba Health.
205. Roberts, G. and A. Ogborne (1999). *Meilleures pratiques – Alcoolisme et toxicomanie traitement et réadaptation*. Ottawa, ON: Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
206. Poole, N. and B. Isaac (2001). *Apprehensions: Barriers to treatment for substance-using mothers*. British Columbia Centre for Women’s Health.
207. Finkelstein, N. (1994). “Treatment Issues for Alcohol- and Drug-Dependent Pregnant and Parenting Women.” *Health and Social Work*. (19)1. pp. 71-14.
208. Swazey, M and W. Reynolds (undated). *Reducing the Impact: Working with Pregnant Women Who Live in Difficult Situations*. Toronto: Ontario Best Start.
209. Tait, C. (2003). *Fetal Alcohol Syndrome among Aboriginal People in Canada: Review and analysis of the Intergenerational Links to Residential Schools*. Ottawa: Aboriginal Healing Foundation.

210. Horrigan, T., A. Schroeder, R. Schaffer (2000). "Triad of substance abuse, violence, and depression are interrelated in pregnancy." *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(1). pp. 55-58.
211. Hankin, J., J. McCaul, J. Heussner (2000). "Pregnant, alcohol-abusing women." *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 24(8). pp. 1276-1286.
212. Branco, E and L. Kaskutas (2001). "If it burns going down ..." How focus groups can shape fetal alcohol syndrome (FAS) prevention. *Substance Use and Misuse*. 36(3). pp. 333-345.
213. Tait, C. *A Study of the Service Needs of Pregnant Addicted Women in Manitoba* (2000). Prairie Women's Health Centre of Excellence. Manitoba Health.
214. Nanson, J. (1997). "Binge drinking during pregnancy: Who are the women at risk?" *Canadian Medical Association Journal*, 156(6). pp. 807-808.
215. Messer, K., K. Clark, S. Martin (1996). "Characteristics associated with pregnant women's utilization of substance abuse treatment services." *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 22(3). pp. 403-421.
216. Poole, N. and B. Isaac (2001). *Apprehensions: Barriers to treatment for substance-using mothers*. British Columbia Centre for Women's Health.
217. Swazey, M and W. Reynolds (undated). *Reducing the Impact: Working with Pregnant Women Who Live in Difficult Situations*. Toronto: Ontario Best Start.
218. Rutman, D. M. Callahan, A. Lundquist, S. Jackson, B. Field (2000). *Intoxicants et grossesse : la place des femmes enceintes ou en âge de concevoir dans les politiques et le processus d'élaboration de celles-ci*. ON : Condition féminine Canada.
219. Jessup, M., J. Humphreys, C. Vindis, K. Lee (2003). "Extrinsic factors to substance abuse treatment among pregnant drug dependent women." *Journal of Drug Issues*. Spring, pp. 285-304.
220. Rutman, D. M. Callahan, A. Lundquist, S. Jackson, B. Field (2000). *Intoxicants et grossesse : la place des femmes enceintes ou en âge de concevoir dans les politiques et le processus d'élaboration de celles-ci*. ON: Condition féminine Canada.
221. Tait, C. *A Study of the Service Needs of Pregnant Addicted Women in Manitoba* (2000). Prairie Women's Health Centre of Excellence. Manitoba Health.
222. Howell, E., N. Heiser, M. Harrington (1999). "A review of recent findings on substance abuse treatment for pregnant women." *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16(3). pp. 195-219.

223. Becker, J. and C. Duffy (2002). *Women Drug Users and Drugs Service Provision: service-level responses to engagement and retention*. Report for the Home Office Drugs Strategy Directorate, DPAS Paper No. 17. (London, Home Office, 2002). <http://www.drugs.gov.uk/ReportsandPublications/Communities/1034596415/WomenDrugUsersandServiceProvision.pdf>
224. Kowalsky, L. and M. Verhoef (1999). "Northern community members' perceptions of FAS/FAE: A qualitative study." *The Canadian Journal of Native Studies*, 19(1). pp. 149-168.
225. Poole, N. (2000). *Evaluation Report of the Sheway Project for High-Risk Pregnant and Parenting Women*. BC: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health. 11.
226. Becker, J. and C. Duffy (2002). *Women Drug Users and Drugs Service Provision: service-level responses to engagement and retention*. Report for the Home Office Drugs Strategy Directorate, DPAS Paper No. 17. (London, Home Office, 2002). <http://www.drugs.gov.uk/ReportsandPublications/Communities/1034596415/WomenDrugUsersandServiceProvision.pdf>
227. Communication personnelle, Nancy Poole, 5 avril 2005.
228. Communication personnelle, Margaret Leslie, 12 avril 2005.
229. Howell, E., N. Heiser, M. Harrington (1999). "A review of recent findings on substance abuse treatment for pregnant women." *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16(3). pp. 195-219.
230. Namyniuk, L. et al. (1997). "Southcentral Foundation-Dena A Coy: A model program for the treatment of pregnant substance-abusing women." *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(3). pp. 285-295.
231. Tait, C. *A Study of the Service Needs of Pregnant Addicted Women in Manitoba* (2000). Prairie Women's Health Centre of Excellence. Manitoba Health.
232. Corriano, E., Williams, C., Campbell, W.S. 3rd., Amrhein, E., LoPiano, L., & Kalachik, D. (2000). Linking substance-abusing pregnant women to drug treatment services: A treatment program. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 29(4), 369-376.
233. Branco, E and L. Kaskutas (2001). "If it burns going down ...". How focus groups can shape fetal alcohol syndrome (FAS) prevention. *Substance Use and Misuse*. 36(3). pp. 333-345.
234. Testa, M. and A. Reifman (1996). "Individual differences in perceived riskiness of drinking In pregnancy: Antecedents and consequences." *Journal of Studies on Alcohol*, 57(4). pp. 360-367.

235. Branco, E and L. Kaskutas (2001). "If it burns going down ..."
How focus groups can shape fetal alcohol syndrome (FAS) prevention. Substance Use and Misuse. 36(3). pp. 333-345.
236. Mitchell, J. et al. (1995). *Pregnant, Substance-using Women.* Rockville, MD: US Department of Health and Human Services.
237. Corse, S., M. McHugh, S. Gordon (1995). "Enhancing provider effectiveness in treating pregnant women with addictions." *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12(1): 3-12.
238. Zahnd, E. and D. Klein (1997). "The needs of pregnant and parenting American Indian women at risk for problem alcohol or drug use." *American Indian Culture and Research Journal*, 21(3). pp.119-43.
239. Klein, D. and E. Zahnd (1997). "Perspectives of pregnant substance-using women: Findings from the California perinatal needs assessment." *Journal of Psychoactive Drugs*, 29(1). pp. 55-66.
240. Murphy, S. and M. Rosenbaum (1999). *"Pregnant women on drugs: Combating stereotypes and stigma.* New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
241. Mitchell, J. et al. (1995). *Pregnant, Substance-using Women.* Rockville, MD: US Department of Health and Human Services.
242. Rutman, D. M. Callahan, A. Lundquist, S. Jackson, B. Field (2000). *Intoxicants et grossesse : la place des femmes enceintes ou en âge de concevoir dans les politiques et le processus d'élaboration de celles-ci.* ON : Condition féminine Canada.
243. Tait, C. *A Study of the Service Needs of Pregnant Addicted Women in Manitoba* (2000). Prairie Women's Health Centre of Excellence. Manitoba Health.
244. Communication personnelle, Nancy Poole, 5 avril 2005.
245. Mitchell, J. et al. (1995). *Pregnant, Substance-using Women.* Rockville, MD: US Department of Health and Human Services.
246. Ashley, O. M. Marsden, T. Brady (2003). Effectiveness of Substance Abuse Treatment Programming for Women: A Review. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* (29)1. pp. 19-53.
247. Lieberman, L. (1998). "Evaluating the success of substance abuse prevention and treatment programs for pregnant and postpartum women and their infants." *Women's Health Issues*, 8(4): 218-229.

248. Howell, E., N. Heiser, M. Harrington (1999). "A review of recent findings on substance abuse treatment for pregnant women." *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16(3). pp. 195-219.
249. Kissin, W., D. Svikis, P. Moylan, N. Haug, M. Stitzer (2004). "Identifying Pregnant Women at Risk for Early Attrition from Substance Abuse Treatment." *Journal of Substance Abuse Treatment*. 27. pp. 31-38.
250. Jones, H. et al. (2000). "Improving treatment outcomes for pregnant drug-dependent women using low-magnitude voucher incentives." *Addictive Behaviours*, 25(2): 263-267.
251. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Working Group on Prevention of Risk Drinking in Pregnancy*. Bethesda, Maryland, NIAAA (1998). www.niaaa.nih.gov/FAS/report/introduction.htm
252. Hankin, J. M., McCaul, J., J. Heussner (2000). "Pregnant, alcohol-abusing women." *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 24(8). pp. 1276-1286.
253. Communication personnelle, Nancy Poole, 5 avril 2005.
254. Kissin, W., D. Svikis, P. Moylan, N. Haug, M. Stitzer (2004). "Identifying pregnant women at risk for early attrition from substance abuse treatment." *Journal of Substance Abuse Treatment*. 27. pp. 31-38.
255. Grella, C., V. Joshi, Y. Hser (2000). "Program variation in treatment outcomes among women in residential drug treatment." *Evaluation Review*, (24)4. pp. 364-383.
256. Andersen, K., M. Clark, D. Dee, P. Bale, S. Martin (2001). "Treatment compliance among prenatal care patients with substance abuse problems." *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27(1). pp. 121-136.
257. Haller, D., D. Miles, K. Dawson (2003). "Factors influencing treatment enrollment by pregnant substance abusers." *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 29(1). pp. 117-131.
258. Hicks, L. (1997). *Drug Addiction and Pregnant/Parenting Women: Factors Affecting Client Engagement*. Toronto: Breaking the Cycle and University of Toronto (manuscript non publié).
259. Knight, D. S. Logan, D. Simpson. (2001). "Predictors of program completion for women in residential substance abuse treatment." *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27(1). pp. 1-18.
260. Creamer, S. and C. McMurtrie (1998). "Special needs of pregnant and parenting women in recovery: A move toward a more woman-centered approach." *Women's Health Issues*, 8(4). pp. 239-245.

261. Rosenbaum, M. and K. Irwin (1998). Pregnancy, drugs and harm reduction. In *Drug Addiction Research and the Health of Women*, edited by C.L. Wetherington et al., 309-317. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services.
262. Lieberman, L. (1998). "Evaluating the success of substance abuse prevention and treatment programs for pregnant and postpartum women and their infants." *Women's Health Issues*, 8(4): 218-229.
263. Creamer, S. and C. McMurtrie (1998). "Special needs of pregnant and parenting women in recovery: A move toward a more woman-centered approach." *Women's Health Issues*, 8(4): 239-245.
264. Garm, A. (1999). "The Sheway Project." *The Canadian Nurse*. November, 22-25.
265. Egelko, S. et al. (1998). "Evaluation of a multisystems model for treating perinatal cocaine addiction." *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(3). pp. 251-259.
266. Grayson, H, J. Hutchins, G. Silver (eds.) (1999). *Charting a Course for the Future of Women's and Perinatal Health*. Baltimore, MD: Women's And Children's Health Policy Center, Johns Hopkins School of Public Health.
267. Namyniuk, L. et al. (1997). "Southcentral Foundation-Dena A Coy: A model program for the treatment of pregnant substance-abusing women." *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(3): 285-295.
268. Whiteford, L. and J. Vitucci (1997). "Pregnancy and addiction: Translating research into practice." *Social Science and Medicine*, 44(9). pp. 1371-1380.
269. Whiteside-Mansell, L. et al. (1999). "The development and evaluation of an alcohol and drug prevention and treatment program for women and children. The AR-CARES Program." *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16(3). pp. 265-275.
270. Clarke, W. (2001). "Residential substance abuse treatment for pregnant and postpartum women and their children: Treatment and policy implications." *Child Welfare*. (80). pp. 179-198.
271. Cawthon, L. and K. Westra (2003). *Comprehensive Treatment, Intensive Case Management Helps Alcohol/Drug-Abusing Mothers Cut Stress, Stabilize Families, Have Healthier Children*. <http://www1.dshs.wa.gov/mediareleases/2003/pr03051.shtml>
272. Clarke, W. (2001). "Residential substance abuse treatment for pregnant and postpartum women and their children: Treatment and policy implications." *Child Welfare*. (80). pp. 179-198.
273. Uziel - Miller, N. and J. Lyons (2000). *Journal of Substance Abuse Treatment* 19. pp. 355-367

274. Young, N. and S. Gardner (1998). "Children at the Crossroads." *Public Welfare*. Winter: 2-11.
275. Robinson, E. (2003). Maxxine Wright place project for high risk pregnant and early parenting women. Proposal.
276. Brindis, C., Z. Clayson, G. Berkowitz (1997). "Options for recovery: California's perinatal projects." *Journal of Psychoactive Drugs*, 29(1). pp. 89-98.
277. Howell, E., N. Heiser, M. Harrington (1999). "A review of recent findings on substance abuse treatment for pregnant women." *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16(3). pp. 195-219.
278. Eisen, M. et al. (2000). "Evaluation of substance use outcomes in demonstration projects for pregnant and postpartum women and their infants: Findings from a quasi-experiment." *Addictive Behaviours*, 25(1). pp. 123-129.
279. Ernst, C. et al. (1999). "Intervention with high-risk alcohol and drug-abusing mothers: II. Three year findings from the Seattle model of paraprofessional advocacy." *Journal of Community Psychology*, 27(1). pp. 19-38.
280. Ernst, C. et al. (1999). "Intervention with high-risk alcohol and drug-abusing mothers: II. Three year findings from the Seattle model of paraprofessional advocacy." *Journal of Community Psychology*, 27(1). pp. 19-38.
281. Grant, T., C. Ernst, G. Pagalilauan, A. Streissguth (2003). "Follow-up effects of paraprofessional intervention with high-risk women who abused alcohol and drugs during pregnancy." *Journal of Community Psychology*, (31)3. pp. 211-222.
282. Egelko, S. et al. (1998). "Evaluation of a multisystems model for treating perinatal cocaine addiction." *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(3). pp. 251-259.
283. Ritch, A. (2002). *Aftercare Programming at the Aurora Centre: An Evaluation*. BC Women's Hospital.
284. Reynolds, W. and M. Leslie. (2002). *The SMART Guide: Motivational Approaches Within the Stages of Change for Pregnant Women Who Use Alcohol*. AWARE: Breaking the Cycle.
285. Miller W., and S. Rollnick (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press.
286. Prochaska, J. and C. DiClemente (1984). *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy*. Homewood, Ill., Dow Jones-Irwin.

287. Roberts L. and L. Dunn (2003). "Ethical Considerations in Caring for Women with Substance Use Disorders." *Obstetric and Gynecology Clinics of North America*. 30. pp. 559-582.
288. Communication personnelle, Margaret Leslie, 12 avril 2005
289. Poole, N. (2000). *Evaluation Report of the Sheway Project for High-Risk Pregnant and Parenting Women*. BC: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health. 11.
290. Pepler, D., Moore, T., Motz, M., Leslie, M. (2002). *Breaking the Cycle: A Chance for New Beginnings. 1995-2000 Evaluation Report*.
291. Pepler, D., Moore, T., Motz, M., Leslie, M. (2002). *Breaking the Cycle: A Chance for New Beginnings. 1995-2000 Evaluation Report*.
292. Valborg L. Kvigne, V., G. Leonardson, J.E. Brock, M. Neff-Smith, T. Welty (2003). "Characteristics of Mothers Who Have Children with Fetal Alcohol Syndrome or Some Characteristics of Fetal Alcohol Syndrome". *JABFP* (16)4. 296-303.
293. Astley, S.J. et al. (2000). "FAS primary prevention through FAS diagnosis: Part II. A comprehensive profile of 80 birth mothers of children with FAS." *Alcohol and Alcoholism*. 35(5). pp. 509-519.
294. Astley, S. (2004). "Fetal alcohol syndrome prevention in Washington State: Evidence of success." *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 18. pp. 344-351.
295. Chudley, A., J. Conry, J. Cook, C. Looock, T. Rosales, N. LeBlanc (2005) *Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale : Lignes directrices canadiennes concernant le diagnostic*. *Revue de l'Association médicale canadienne*. Mar. 1. pp. S1-S21.
296. Clarke, M. (October. 2001). "A practical approach to prevention, diagnosis and management." *The Canadian Journal of CME*.
297. Rouleau, M., Z. Levichek, G. Koren, (2003). "Are mothers who drink heavily in pregnancy victims of FAS?" *Journal of FAS International*, 1:e4.
298. Natalie, J., N. Novick, A. Streissguth (1996). *Identifying Clients With Possible Fetal Alcohol Syndrome Fetal Alcohol Effects in the Treatment Setting*. University of Washington. http://depts.washington.edu/fadu/Fetal_Alcohol_1.html
299. Roberts, G. and J. Nanson (2001). *Meilleures pratiques : syndrome d'alcoolisme fœtal/effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse*. Ottawa : Santé Canada.

300. Tait, C. (2003). *Fetal Alcohol Syndrome among Aboriginal People in Canada: Review and analysis of the Intergenerational Links to Residential Schools*. Ottawa: Aboriginal Healing Foundation.
301. Smylie, J. (January 2001). A Guide for Health Professionals Working with Aboriginal Peoples. SOGC policy statement. Health Issues Affecting Aboriginal Peoples. Journal SOGC No. 100.
302. Tait, C. (2003). *Fetal Alcohol Syndrome among Aboriginal People in Canada: Review and analysis of the Intergenerational Links to Residential Schools*. Ottawa: Aboriginal Healing Foundation.
303. Rutman, D. M. Callahan, A. Lundquist, S. Jackson, B. Field (2000). *Intoxicants et grossesse : la place des femmes enceintes ou en âge de concevoir dans les politiques et le processus d'élaboration de celles-ci*. ON : Condition féminine Canada.
304. Van Bibber, M. (1997). *It takes a community: A resource manual for community-based prevention of Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effects*. ON: Aboriginal Nurses Association of Canada.
305. Masis, K. and P. May (1991). "Comprehensive local program for the prevention of Fetal Alcohol Syndrome." *Public Health Reports*. 106(5). pp. 484-489.
306. Lupton, C., L. Burd, and R. Harwood. (2004). "Cost of Fetal Alcohol Spectrum Disorders." *American Journal of Medical Genetics*. Wiley-Liss, Inc.
307. Daley, M., M. Argeriou, D. McCarty, J. Callahan, D. Shepard, and C. Williams. (2001). "The Costs of Crime and the Benefits of Substance Abuse Treatment for Pregnant Women." *Journal of Substance Abuse Treatment*. 19. pp. 445-458.
308. Svikis, D.S. et al. (1997). "Cost-effectiveness of treatment for drug-abusing pregnant women." *Drug and Alcohol Dependence*, 45(1-2). pp. 105-113.
309. Ashley, O. M. Marsden, and T. Brady (2003). "Effectiveness of Substance Abuse Treatment Programming for Women: A Review." *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. (29)1. pp. 19-53.
310. Communication personnelle, Nancy Poole, 5 avril 2005.
311. Roberts L. and L. Dunn (2003). "Ethical Considerations in Caring for Women with Substance Use Disorders." *Obstetric and Gynecology Clinics of North America*. 30. pp. 559-582.
312. Gardner, J. (1997). "Fetal Alcohol Syndrome: Recognition and intervention." *American Journal of Maternal and Child Nursing*, 22(6). pp. 318-322.

313. Clarke, M., S. Tough, M. Hicks, S. Clarren. (Jan. 2005). "Approaches of Canadian providers to the diagnosis of Fetal Alcohol Spectrum Disorders." *Journal of FAS International*. 3:e2.
314. Nevin, A., P. Christopher, I. Nulman, G. Koren, A. Einarson (2002). "A survey of physicians' knowledge regarding awareness of maternal alcohol use and the diagnosis of FAS." *BMC Family Practice*. 3.
315. Diekman, S., R. Floyd, P. Decoufle, J. Schulkin, H. Ebrahim, and R. Sokol (2000). "A survey of obstetrician-gynecologists on their patients' alcohol use during pregnancy." *Obstetrics and Gynecology*. 95(5). pp. 756-763.
316. Clarke, M., S. Tough, M. Hicks, S. Clarren. (Jan. 2005). "Approaches of Canadian providers to the diagnosis of Fetal Alcohol Spectrum Disorders." *Journal of FAS International*. 3:e2.
317. Clarke, M., S. Tough, M. Hicks, S. Clarren. (Jan. 2005). "Approaches of Canadian providers to the diagnosis of Fetal Alcohol Spectrum Disorders." *Journal of FAS International*. 3:e2.
318. Santé Canada (1996). *Déclaration conjointe : Prévention du syndrome de l'alcoolisme fœtal (SAF) et des effets de l'alcoolisme fœtal (EAF) au Canada*. Ottawa : Santé Canada.
319. Meilleur départ- Centre de ressources sur la maternité, les nouveau-nés et le développement des jeunes enfants de l'Ontario (2002). *Formation sur la consommation d'alcool et la grossesse à l'intention des médecins : Guide de planification* ON : Meilleur départ www.meilleurdepart.org
320. Leslie, M. and G. Roberts (2005). *Nurturing Change: Working Effectively with High Risk Women and Affected Children to Prevent and Reduce Harms Associated with FASD*. Mothercraft; Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies; Santé Canada.
321. Poole, N. and B. Isaac (2001). *Apprehensions: Barriers to treatment for substance-using mothers*. British Columbia Centre for Women's Health.
322. Chudley, A.E., J. Conry, J.L. Cook, C. Loock, T. Rosales, N. LeBlanc (2005). *Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale : Lignes directrices canadiennes concernant le diagnostic*. Revue de l'Association médicale canadienne. 172 (5 suppl). pp. s1- s-21.

323. Swazey, M and W. Reynolds (2002). *Réduire l'impact : Travailler auprès de femmes enceintes qui connaissent une situation de vie difficile-rapport*. Toronto Meilleur départ : Centre de ressources sur la maternité, les nouveau-nés et le développement des jeunes de l'Ontario.
324. Swazey, M and W. Reynolds (2002). *Réduire l'impact : Travailler auprès de femmes enceintes qui connaissent une situation de vie difficile-rapport*. Toronto Meilleur départ : Centre de ressources sur la maternité, les nouveau-nés et le développement des jeunes de l'Ontario.
325. Jessup, M., J. Humphreys, C. Vindis, K. Lee (2003). "Extrinsic Factors to Substance Abuse Treatment among Pregnant Drug Dependent Women." *Journal of Drug Issues*. Spring, pp. 285-304.
326. Rutman, D. M. Callahan, A. Lundquist, S. Jackson, B. Field (2000). *Intoxicants et grossesse : la place des femmes enceintes ou en âge de concevoir dans les politiques et le processus d'élaboration de celles-ci*. ON : Condition féminine Canada.
327. Greaves, L., C. Varcoe, N. Poole, M. Marina, J. Johnson, A. Pederson, et al. (2002). *Une question capitale pour les mères : le discours sur les soins maternels en situation de crise*. ON : Condition féminine Canada.
328. Communication personnelle, Margaret Leslie, 12 avril 2005.
329. Rutman, D. M. Callahan, A. Lundquist, S. Jackson, B. Field (2000). *Intoxicants et grossesse : la place des femmes enceintes ou en âge de concevoir dans les politiques et le processus d'élaboration de celles-ci*. ON : Condition féminine Canada.