

Cette présentation a été effectuée le 24 novembre 2010, au cours de la journée « Exposition prénatale à l'alcool. Des connaissances suffisantes pour agir » dans le cadre des 14es Journées annuelles de santé publique (JASP 2010). L'ensemble des présentations est disponible sur le site Web des JASP, à l'adresse <http://www.inspq.qc.ca/archives>.

## Prévention de la consommation d'alcool pendant la grossesse

Journée annuelle de santé publique  
24 novembre 2010

Marianne Saint-Jacques  
Service de toxicomanie

### Interventions efficaces pour prévenir l'ETCAF

---

- ▶ Mesures préventives qui touchent l'ensemble de la population dont les femmes enceintes
  - ▶ Taxation, limites à l'accessibilité physique, âge légal, etc.
- ▶ **Pratiques cliniques préventives ou intervention précoce (première ligne)**
  - ▶ Femmes en âge de procréer
  - ▶ Femmes enceintes
- ▶ Intervention intensive
  - ▶ Services intégrés aux femmes dépendantes et jeunes mères



## Pourquoi ?

---

- ▶ Identifier et réduire la consommation (à risque ou problématique) de la femme

BUT : éliminer l'exposition in utéro ou réduire le risque de dommages au fœtus



## Pratiques cliniques préventives

### Intervention précoce

---

BUT : que les intervenants auprès des femmes enceintes ou en âge de procréer soient en mesure de :

- ▶ Cibler les femmes non dépendantes qui ont une consommation **à risque**
  - ▶ HABITUDES DE VIE
- ▶ Identifier des femmes ayant des **problèmes** de consommation d'alcool et non identifiées à ce jour.
- ▶ **Cesser l'évolution** de comportements à risque
  - ▶ Ou assurer le retour vers l'abstinence

Plus efficace chez les personnes qui n'ont pas de longs antécédents de traitements

---



## Modèle d'intervention précoce efficace

---

- ▶ **Identification des cas**
  - ▶ Poser une question sur la consommation
    - ▶ Créer un dialogue
- ▶ **Dépistage de la consommation**
  - ▶ Avec des outils standardisés ayant bonne sensibilité
- ▶ **Intervention brève (counseling)**
  - ▶ Conseils brefs
  - ▶ Entretien motivationnel
  - ▶ Orienter vers traitement intensif

Plusieurs modèles hybrides variant en complexité

---



## Identification des cas

---

### Premier constat

- ▶ Il est possible de **poser les questions** sur la consommation d'alcool
  - ▶ chez les femmes enceintes ou
  - ▶ en âge de procréer
- ▶ Moment où la femme est **ouverte/motivée** à considérer changer ses habitudes de vie
- ▶ Peut être fait de façon simple et **rapide** !



## Identification des cas : Ce qui est efficace

---

- ▶ Poser une ou deux questions sur la consommation d'alcool
  - ▶ À quand remonte votre dernière consommation d'alcool ?
- ▶ Dans un climat d'acceptation, non-critique et sécuritaire
  - ▶ Esprit de l'entretien motivationnel – **efficace**
    - ▶ sont plus nombreuses à avoir révélé consommer
    - ▶ révèlent de plus grandes quantités (Miller & Manicke, 1999)



## Identification des cas : Ce qui est efficace

---

- ▶ Le seul fait de poser les questions
  - ▶ Une intervention **efficace** en soi (Handmaker et coll. 1999)
- ▶ Questions posées à toutes les femmes
  - ▶ UNIVERSEL plutôt que sélectif
- ▶ Sélectif:
  - ▶ Capte les femmes ayant des **problèmes graves** et apparents
    - ▶ Petit sous-groupe des femmes et bébés qui sont à risque
  - ▶ Perception que l'intervention précoce est de l'ordre du **curatif** (Saint-jacques et al, 2008)
  - ▶ Omet groupes de femmes à risque:
    - ▶ femmes 35 ans et plus, statut socio-économique élevé, scolarisées, etc.
    - ▶ Les grossesses non-planifiées



## Dépistage

---

- ▶ Toutes femmes qui consomment de l'alcool
  - ▶ DÉPISTAGE
- ▶ Plusieurs questionnaires brefs
- ▶ Faciles à mémoriser et interpréter
- ▶ Gratuits
- ▶ Conçus pour les professionnels de la santé en **première ligne**
  - ▶ (médecins, infirmiers, intervenants psychosociaux)



## Instruments de dépistage

---

### **TWEAK et T-ACE**

- ▶ Meilleures qualités métrologiques, notamment **sensibilité**  
(Parkes et al. 2008)
- ▶ Pour identifier :
  - ▶ la dépendance (à vie),
  - ▶ la consommation à risque et
  - ▶ la consommation durant la grossesse chez les femmes enceintes.
- ▶ Validation en cours pour le T-ACE en **France**

### **AUDIT**

- ▶ Traduit et validé en français
- ▶ Porte sur consommation des 12 derniers mois



## Instruments de dépistage

---

- ▶ ADOSPA, CAGE, TLFB, 4P Plus, MAST, ALPHA, etc.
- ▶ Surtout validés auprès femmes de faible SES et de minorités ethniques
  - ▶ Pourtant inquiétant étant donné forte prévalence de consommation chez les femmes blanches de la classe moyenne

### Pourquoi des instruments standardisés ?

**Informations aux dossiers** médicaux très **faibles sensibilité** quant à identification des femmes enceintes à risque (Chang et al. 1999)



## Intervention brève

---

- ▶ **Définition :**
  - ▶ Intervention **préventive**
  - ▶ de **courte** durée
  - ▶ utilisant des stratégies de changement **autonome**
  - ▶ qui vise la réduction des comportements de consommation
  - ▶ chez patientes ayant une *consommation à risque*
  - ▶ conçu pour les intervenants en soins primaires à l'origine ; PAS spécialistes en dépendance

Donc intervenir au niveau d'une **habitude de vie** qui risque d'engendrer des problèmes.



## Intervention brève

---

- ▶ **Plusieurs formats** (Mengel et al. 2006)
  - ▶ Intervention très brève ou conseils brefs : 1-5 minutes
  - ▶ Intervention brève : Une séance d'environ 15 minutes
  - ▶ Interventions à contacts multiples :
    - ▶ Une séance 15 minutes et contacts ultérieurs par téléphone, brochures, internet, etc.
    - ▶ Plus efficace au long cours
    - ▶ Viable avec le modèle de soins femmes enceintes
- ▶ **Plusieurs modèles**
  - ▶ 5 A : Ask, Assess, Advise, Assit, Arrange
  - ▶ 6 R : *Relationship*; Recognition; *Respect*; Responsibility; *Routine*; *Repetition*



## Efficacité des interventions brèves

---

### Femme enceintes

- ▶ **Abstinence comme objectif**
  - ▶ Réduction de la consommation comme objectif initial fonctionne moins bien (Handmaker et al., 1999)
    - ▶ 75% groupe abstinence; 50% abstinent et 25% réduction; 16% de réduction (Chang 2006)
- ▶ **Intervention intégrant la réduction des méfaits**
  - ▶ « La simplicité d'une recommandation ne traitant que de l'abstinence est attrayante. Toutefois, le concept de réduction du risque est crucial pour les femmes qui sont des buveuses et pour lesquelles l'abstinence ne peut être atteinte » (JOGC 2010, p.35)



## Efficacité des interventions brèves

---

- ▶ **Soutien social** (Chang et al. 2000)
  - ▶ Quand partenaire est là, augmente l'efficacité
- ▶ **Dans un climat respectueux**
  - ▶ Non critique
  - ▶ Approches motivationnelles ont démontré leur efficacité en ce sens
  - ▶ Évite les obstacles à l'identification, à la référence et au suivi
    - ▶ Stigma
    - ▶ Crainte de perdre la garde des enfants
    - ▶ Etc.



## Efficacité des interventions brèves

---

### Auprès femmes en âge de procréer

- ▶ Près de 50% des grossesses sont non planifiées

### Visent :

- ▶ Réduction de la consommation et disparition du risque d'exposition à l'alcool in utero
- ▶ **Contraception**
  - ▶ Offre de choix est **cohérente** avec EM et approche de réduction des méfaits.
- ▶ **Semblent efficaces pour réduire le risque d'exposition à l'alcool in utero**
  - ▶ Abstinence ou
  - ▶ Moyen de contraception





## Conditions qui améliorent efficacité et favorisent l'implantation

---

- ▶ Usage systématique d'instruments de dépistage
- ▶ Formation
  - ▶ Formation en première ligne en dépendance pour l'ensemble des CSSS
  - ▶ Besoin de formation dans les programmes universitaires
- ▶ Supervision
- ▶ Soutien de l'établissement



## Conditions qui améliorent efficacité et favorisent l'implantation

---

- ▶ Modèles *très brefs*
  - ▶ moins coûteux,
  - ▶ exigent moins de formation et
  - ▶ tiennent compte de la réalité du terrain
    - ▶ Peu de temps et tâches entrent en compétition
- ▶ S'apparentent et s'intègrent aux autres pratiques cliniques de prévention
  - ▶ Tabac, nutrition, etc.
  - ▶ Ce sont les mêmes activités et les modèles utilisés sont **transférables**



## En bref

---

- ▶ Il est possible de poser les questions sur la consommation
- ▶ Modèles implantables en première ligne
  - ▶ Consommation : une habitude de vie
  - ▶ et non une intervention intensive en **toxicomanie**
- ▶ Pour que ce soit efficace
  - ▶ Poser la question de façon systematique : un bon début
  - ▶ Mais les modèles illustrés ici sont plus efficaces

Recommandation : Suivre les directives cliniques du SOGC

---

## Références

---

- ▶ Chang et al. (1999). McNamara TK, Orav EJ, Koby D, Lavigne A, Ludman B et coll. Brief intervention for alcohol use in pregnancy—a randomized trial , *Addiction*, 94, 1499–1508
  - ▶ Fleming et al., (2002). Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcohol Clin Exp Res*, 26, 36–43.
  - ▶ Handmaker et al., (1999). Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers, *J Stud Alcohol*, 60, 285–7.
  - ▶ Mengel et al. (2006). Preventing alcohol-exposed pregnancies. *J Am Board Fam Med*, 19, 494–505.
  - ▶ Parkes, T., Poole, N., Salmon, A., Greaves, L., & Urquhart, C. (2008). Double Exposure: A Better Practices Review on Alcohol Interventions during Pregnancy. Vancouver, BC: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health.
  - ▶ Saint-Jacques et al., (2008). Le profil de compétences des intervenants de première ligne pour la détection, l'intervention précoce et la référence auprès des clientèles prises avec des problèmes de dépendances. Rapport au FQRSC. Programme des actions concertées.
  - ▶ SOGC (2010). Directives cliniques sur la consommation d'alcool et la grossesse. *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 32(8), supp 3
-