

Juin 2018

PORTES OUVERTES AUX CONVERSATIONS

Brèves interventions auprès des filles et des femmes sur la consommation de substances



© Centre d'excellence pour la santé des femmes

ISBN 978-1-894356-81-7

Citation suggérée : Nathoo, T., Poole, N., Wolfson, L., Schmidt, R., Hemsing, N. et Gelb, K. (2018). *Portes ouvertes à la conversation : brèves interventions auprès des filles et des femmes sur la consommation de substances*. Vancouver (C.-B.) : Centre d'excellence pour la santé des femmes.

L'élaboration de cette ressource a été rendue possible grâce à du financement de l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles de l'Agence de la santé publique du Canada.

La présente ressource peut être téléchargée à partir de www.bcewh.bc.ca



CONTENTS

À PROPOS DE LA PRÉSENTE RESSOURCE	4
1. INTRODUCTION	
Problématique	6
Aperçu du projet	8
Objectifs de la présente ressource	8
2. PRÉPARER LE TERRAIN POUR LES BRÈVES INTERVENTIONS	
Possibilités et obstacles concernant les brèves interventions	10
Les brèves interventions : des « portes ouvertes à la conversation »	16
Approches en matière de pratique et modèles de soins	19
3. TRAVAILLER AVEC LES FILLES ET LES FEMMES	
Portée et sujets pour les brèves interventions et le soutien	22
Les brèves interventions dans le cadre des soins primaires	26
Les brèves interventions dans le domaine de la santé en matière de sexualité	34
Les brèves interventions dans le secteur de la lutte contre la violence	38
Les brèves interventions auprès des filles et des jeunes femmes	42
Les brèves interventions auprès des filles et des femmes autochtones	46
Les brèves interventions auprès des femmes et de leurs partenaires	48
4. AMÉLIORER LES SYSTÈMES DE SOINS	
Directives de consommation de substances à faible risque	52
Protection de l'enfance	54
Collecte des données périnatales	57
5. RÉSUMÉ : APPROCHES CONCERNANT LES BRÈVES INTERVENTIONS AUPRÈS DES FILLES ET DES FEMMES	58
ANNEXES	62
Fiches de renseignements sur les femmes et la consommation de substances	
RÉFÉRENCES	70
REMERCIEMENTS	76

Idées pour des brèves interventions

- ⇒ Soins primaires, p. 28
- ⇒ Soins prénataux, p. 31
- ⇒ Soins au stade de la préconception, p. 33
- ⇒ Santé matière de sexualité, p. 36
- ⇒ Services de lutte contre la violence, p. 39
- ⇒ Filles et jeunes femmes, p. 44
- ⇒ Femmes et leurs partenaires, p. 49

À PROPOS DE LA PRÉSENTE RESSOURCE

Les brèves interventions sont des conversations collaboratives entre une personne et un prestataire de soins de santé ou de services sociaux à propos d'une question de santé comme la consommation de substances, le bien-être mental, la contraception ou les expériences de violence et de traumatisme. Les brèves interventions peuvent être formelles ou informelles, structurées ou libres, courtes ou longues, et il peut s'agir d'un événement ponctuel ou d'une série de conversations s'étalant sur une certaine période de temps.

Comme la consommation de substances a de vastes répercussions sur de nombreux aspects différents de la vie, des prestataires de services d'horizons variés dans les domaines des soins de santé et des services sociaux peuvent jouer un rôle important dans le traitement des méfaits potentiels de la consommation de substances et dans l'amélioration de l'état de santé général des personnes touchées.

La présente ressource se concentre sur les brèves interventions auprès des filles et des femmes au stade de la préconception et lors de la période périnatale. Des prestataires de services issus de divers secteurs la trouveront adaptée à leur pratique, notamment ceux appartenant aux corps de métiers suivants :

- Sages-femmes
- Médecins
- Infirmières
- prestataires de soins de santé pour les autochtones
- Intervenants de la lutte contre la violence
- Intervenants des services d'approche sur la grossesse
- prestataires de services de santé en matière de sexualité
- Intervenants dans le domaine de la consommation de substances

Le **chapitre 1** comprend une présentation du projet *Dialogue + Action: Women and Substance Use* (Dialogue et action : les femmes et la consommation de substances) et décrit le contexte entourant les brèves interventions sur la consommation de substances au Canada.

Le **chapitre 2** discute des possibilités et des obstacles concernant les brèves interventions pour chaque profession, de la pertinence de différentes approches en matière de pratique et de différents modèles de soins, ainsi que des facteurs qui peuvent favoriser la réussite des brèves interventions.

Le **chapitre 3** décrit les approches du travail avec les filles et les femmes dans des contextes allant des soins primaires aux services de santé en matière de sexualité en passant par les services de lutte contre la violence. Il comprend 50 idées permettant d'entamer des conversations avec les filles et les femmes sur la consommation de substances, qui peuvent être adaptées aux rôles des divers prestataires de services, aux ressources et au temps disponibles, ainsi qu'aux préoccupations des filles et des femmes et aux questions qui les intéressent. *Les sections où figurent les idées pour de brèves interventions sont indiquées par une bande rouge.*

Le **chapitre 4** examine les politiques et les pratiques systémiques qui peuvent limiter ou améliorer l'efficacité des brèves interventions au niveau clinique, y compris les pratiques de signalement en matière de protection de l'enfance, la collecte des données périnatales et l'utilisation du dépistage biologique.

Le **chapitre 5** résume les approches actuelles et prometteuses concernant les brèves interventions auprès des filles et des femmes au stade de la préconception et lors de la période périnatale.

L'**annexe** comprend quatre fiches de renseignements sur les effets de l'alcool, du tabac, du cannabis et des opioïdes sur ordonnance sur la santé des femmes.

Idées pour la pratique

Cette ressource comprend 50 idées pour entamer la conversations avec les filles et les femmes sur la consommation de substances. Les sections qui contiennent des idées pour les brèves interventions sont marquées d'un onglet rouge.

1. INTRODUCTION

Problématique

Les brèves interventions sont des conversations collaboratives entre une personne et un prestataire de soins de santé ou de services sociaux à propos d'une question de santé. Les résultats de centaines d'études concrètes, de méta-analyses et d'examen systématiques ont montré qu'une brève intervention et du soutien dans divers contextes constituent une stratégie efficace pour réduire la consommation d'alcool préjudiciable ou risquée, la consommation d'autres substances et les problèmes connexes.¹⁻¹¹ Des organismes tels que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, l'Administration américaine des services concernant l'abus de substances et la santé mentale) et les Centers for Disease Control and Prevention (CDC, les Centres américains pour le contrôle et la prévention des maladies) soutiennent l'inclusion systématique de brèves interventions sur l'alcool dans tous les milieux offrant des soins de santé primaires.¹²⁻¹⁵

La brève intervention sur l'alcool et le soutien, avant et durant la grossesse, font partie d'une stratégie pour prévenir l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ECTAF).

Au Canada, la brève intervention sur l'alcool et le soutien font partie d'une stratégie intégrée globale pour prévenir l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ECTAF) et pour aider les femmes à arrêter ou à réduire leur consommation d'alcool durant la grossesse.¹⁶ Les prestataires de soins de santé et de services sociaux sont incités à discuter de la consommation d'alcool et de questions connexes telles que la consommation d'autres substances, le bien-être mental, la contraception et les rapports sexuels protégés avec toutes les filles et les femmes en âge de procréer.

Même si les résultats de recherche en faveur de la brève intervention et du soutien sont d'une manière générale probants, de nouvelles approches pour les femmes au stade de la préconception et lors de la période périnatale et pour des populations particulières de filles et de femmes sont de toute évidence nécessaires. Des études ont montré que les prestataires de services sont souvent peu enclins à interroger les femmes sur leur consommation d'alcool, par peur de compromettre leurs relations avec elles ou d'être perçus comme des personnes qui jugent ou condamnent leur comportement.^{8, 17-24} Et même si la plupart des femmes apprécient d'avoir la possibilité de discuter de leur consommation d'alcool et d'autres substances et d'en apprendre davantage sur les moyens d'améliorer leur état de santé, de nombreux obstacles empêchent la tenue de discussions ouvertes sur la consommation d'alcool au cours de la grossesse. Beaucoup de femmes donnent des réponses « socialement acceptables » ou nient leur consommation de substances, car elles ne se sentent pas à l'aise avec leur prestataire de services ou redoutent une intervention des services de protection de l'enfance ou de l'appareil judiciaire.^{17, 21, 25-28} Il existe aussi un certain nombre de politiques et de pratiques systémiques qui limitent ou améliorent grandement l'efficacité des brèves interventions au niveau clinique, y compris les pratiques de signalement en matière de protection de l'enfance (qui varient énormément à travers le pays), la collecte des données périnatales et l'utilisation du dépistage biologique.

Dans des pays comme le Canada, où la consommation abusive d'alcool chez les femmes continue d'augmenter, de nouvelles possibilités de renforcer la discussion sur l'alcool et d'autres substances apparaissent du fait des projets de légalisation de la consommation de cannabis, de la crise concernant l'utilisation des analgésiques sur ordonnance et du lancement de nouveaux produits assurant un apport de nicotine. La prévention de l'ETCAF et l'amélioration globale de l'état de santé des filles et des femmes passent par l'assurance que chacune d'entre elles aura la possibilité de s'engager dans des conversations habilitantes sur les manières de réduire les méfaits de l'alcool avant et pendant la grossesse et que celles ayant des problèmes graves de consommation de substances ou de dépendance pourront avoir accès à un soutien et à des traitements.

Des études ont montré que les prestataires de services sont souvent peu enclins à interroger les femmes sur leur consommation d'alcool, par peur de compromettre leurs relations avec elles ou d'être perçus comme des personnes qui jugent ou condamnent leur comportement.

Objectifs de la présente ressource

Le but de cette ressource est de :

1. faire la synthèse des principales conclusions des articles universitaires et des documents parallèles, des séances nationales de dialogue et des consultations avec les organisations professionnelles;
2. présenter et discuter les possibilités permettant aux prestataires de soins de santé et de services sociaux d'être mieux préparés pour discuter de la consommation d'alcool et d'autres substances avec les femmes et leurs réseaux de soutien au stade de la préconception et lors de la période périnatale.

Aperçu du projet

Le projet *Dialogue + Action: Women and Substance Use* avait comme objectif global de permettre aux prestataires de soins de santé et de services sociaux d'être mieux préparés pour discuter de la consommation d'alcool et d'autres substances avec les femmes et leurs réseaux de soutien au stade de la préconception et lors de la période périnatale.

Les activités principales du projet Dialogue + Action: Women and Substance Use étaient notamment les suivantes :

1. Une **analyse du contexte des pratiques actuelles** liées à la brève intervention et au soutien. Durant l'automne de 2017 et l'hiver de 2018, des experts de plusieurs disciplines issus d'associations de professionnels de la santé, de services sociaux, de services pour les femmes et d'organismes de santé pour les autochtones ont été invités à participer à une série de 13 séances de consultations régionales. L'analyse a mis en lumière ce qui était connu sur les pratiques existant dans les différentes régions du Canada et au sein des divers secteurs de pratique professionnelle et son contenu a servi à l'élaboration du présent rapport.
2. Une **analyse et une synthèse des données existantes** sur les brèves interventions auprès des filles et des femmes, dont les stratégies de mobilisation de leurs partenaires et de leurs réseaux de soutien. Cette analyse documentaire a notamment porté sur des articles universitaires publiés entre 2004 et 2017, identifiés grâce aux bases de données de recherche EBSCOHost, ainsi que sur des documents parallèles (p. ex., des rapports non publiés, des lignes directrices de pratique), provenant de recherches ciblées sur le Web.
3. La **promotion de pratiques prometteuses** auprès des partenaires clés et des organisations professionnelles par une série de webinaires, des présentations lors de conférences, des ateliers et une participation à des groupes de travail virtuels.
4. L'interaction et la **consultation avec des experts de premier plan** de partout au pays pour déterminer comment des modifications de la collecte des données périnatales et des politiques de protection de l'enfance sont susceptibles de réduire les obstacles empêchant la participation.

Dépistage ou brève intervention

Il existe de nombreux modèles et termes utilisés pour décrire le processus de brève intervention et de soutien, dont le dépistage et la brève intervention (DBI), le dépistage, la brève intervention et l'aiguillage (DBIA) et le dépistage, la brève intervention et l'aiguillage vers un traitement (DBIAT). Beaucoup de ces modèles utilisent des listes de vérification, des étapes ou des phases, ainsi que des organigrammes, pour guider la discussion entre les femmes et les prestataires de services. Le dépistage est généralement considéré comme une occasion de déterminer si les femmes boivent de l'alcool d'une manière qui leur fait courir un risque ou qui leur est préjudiciable. Chez les femmes « à risque », le dépistage est suivi d'une intervention qui peut inclure le partage d'information sur la consommation de substances, l'établissement d'un objectif, l'élaboration conjointe d'un plan ou l'acceptation de réexaminer le sujet lors d'une autre visite. Si les femmes sont aux prises avec des problèmes plus graves de consommation de substances ou de dépendance, les prestataires de services sont incités à leur donner des renseignements sur les ressources communautaires disponibles, à les aiguiller vers des services spécialisés ou à les aider à accéder à des soins plus complets.

Au cours des séances de consultations nationales dans le cadre de ce projet, certains prestataires de services se sont dits inquiets que les approches en matière de discussion sur la consommation de substances soient fondées sur le dépistage. Le dépistage vise à identifier les personnes qui ont besoin d'une évaluation plus poussée ou d'une intervention du fait du risque qu'elles encourent au vu de la consommation de substances déclarée et d'autres renseignements recueillis par le biais d'un outil de dépistage. En général, les lignes directrices cliniques recommandent d'effectuer un dépistage chez toutes les femmes et préconisent que les prestataires de services continuent à fournir des renseignements supplémentaires ou à mener de brèves interventions seulement pour la faible proportion de femmes qui « ont un résultat positif au dépistage ». Cette approche a été considérée comme mettant l'accent sur le comportement des femmes d'une manière qui pourrait être perçue comme critique ou stigmatisante (p. ex., « Oui, vous êtes à risque parce que ___ ») et comme limitant les possibilités de discuter avec toutes les femmes des questions liées à la consommation de substances chez la femme (p. ex., le bien-être mental, la violence sexiste). Les prestataires de services ont insisté sur le fait que les brèves interventions donnaient une chance d'établir un dialogue continu sur la possibilité de changement en ce qui concerne un certain nombre de problèmes de santé et que les outils de dépistage avaient tendance à utiliser des questions fermées (p. ex., où il faut répondre par « oui » ou par « non ») et à limiter la discussion.

De plus, alors que les outils de dépistage étaient considérés comme des « portes ouvertes à la conversation », de nombreux prestataires de services ne se sentaient pas à l'aise de les utiliser dans leur propre contexte, soit parce qu'ils n'étaient pas adaptés à leur approche en matière de pratique, soit parce qu'ils n'étaient pas validés ou appropriés pour les femmes enceintes ou la sous-population de filles et de femmes avec laquelle ils travaillaient. Durant les consultations, nous avons utilisé le terme « brève intervention et soutien » pour décrire l'éventail d'activités utilisées par les prestataires de services pour interagir avec les filles et les femmes et discuter avec elles de la consommation d'alcool et d'autres substances. Nous avons continué d'employer ce terme pour les besoins de ce rapport.

2. PRÉPARER LE TERRAIN POUR LES BRÈVES INTERVENTIONS

Possibilités et obstacles concernant les brèves interventions

Voici quelques-uns des obstacles les plus souvent cités : contraintes de temps, manque de capacités ou de compétences pour intervenir, ignorance des pratiques exemplaires ou des lignes directrices cliniques, absence de possibilités d'aiguillage ou de traitement, inefficacité des communications et inquiétudes concernant l'établissement de bons rapports, manque perçu d'efficacité.

Alors que les brèves interventions peuvent se produire dans divers contextes allant des écoles aux refuges pour femmes, la plupart des études qui concernent les brèves interventions sur la consommation de substances au stade de la préconception et lors de la période périnatale se concentrent sur le système de soins de santé. De nombreux prestataires de soins de santé ont la possibilité de mener de brèves interventions auprès des filles et des femmes au cours de toute leur vie, notamment les médecins de famille, les sages-femmes, les infirmières de la santé publique, les diététistes, les pharmaciens, les éducatrices prénatales et les conseillères en allaitement. En particulier, la majorité des études sur les brèves interventions durant la grossesse se concentrent sur le tabac et l'alcool. Ces dernières années, de plus en plus d'études ont porté sur les brèves interventions concernant la consommation d'autres substances, notamment le cannabis, sur des sujets à propos de la consommation d'alcool et de tabac comme la violence sexuelle, les rapports sexuels protégés et la contraception, ainsi que sur l'utilisation de méthodes électroniques (p. ex., conversations en ligne ou messages textes) pour les brèves interventions.

Des études ont analysé les obstacles à la mise en place de brèves interventions pour différents groupes de prestataires de soins de santé et dans différents contextes de travail. De nombreux obstacles sont communs aux divers groupes professionnels. Voici quelques-uns des obstacles les plus souvent cités : contraintes de temps,²⁹⁻³⁵ manque de capacités ou de compétences pour intervenir,^{30, 31, 34, 36} ignorance des pratiques exemplaires ou des lignes directrices cliniques,²⁹ absence de possibilités d'aiguillage ou de traitement,^{37, 38} inefficacité des communications et inquiétudes concernant l'établissement de bons rapports,^{18, 39, 40} manque perçu d'efficacité (c'est-à-dire qu'intervenir ne réduira pas la consommation de substances).^{33, 40-42}

De plus, des études font mention de difficultés supplémentaires pour mener de brèves interventions lors de la période périnatale. Par exemple, l'une d'elles aux États-Unis a examiné comment les prestataires de soins prénataux (obstétriciens-gynécologues, médecins, infirmières praticiennes et sages-femmes) évoquaient la consommation d'alcool, de tabac et de substances et la violence familiale avec les femmes enceintes et a révélé qu'il existait des différences dans la façon dont ils abordaient chacun de ces risques.³⁸ Les auteurs ont noté un manque de certitude et des différences entre prestataires en ce qui concerne les messages d'abstinence à l'égard de l'alcool. Certains prestataires ont fait des commentaires sur la consommation très répandue de l'alcool en société et sur les effets inconnus de petites quantités consommées pendant la grossesse, tandis que d'autres avaient le sentiment qu'il était justifié d'encourager l'abstinence. En particulier, ils ont décrit leurs difficultés à promouvoir l'abstinence chez les patientes qui avaient régulièrement consommé de petites quantités d'alcool durant leurs grossesses antérieures et chez les femmes qui consommaient de l'alcool avant de savoir qu'elles étaient enceintes. À l'inverse, les prestataires étaient d'avis que les risques liés au tabagisme étaient mieux connus et ils se sentaient plus en confiance pour évaluer l'usage du tabac et conseiller aux patientes de le réduire ou de cesser de fumer. Les prestataires étaient perplexes quant aux risques liés à la consommation de cannabis et reconnaissaient même certains avantages à cette consommation au cours de la grossesse; les méthodes d'approche de la consommation de cannabis variaient, certains évitant d'aborder le sujet alors que d'autres encourageaient l'abstinence. Les prestataires ont aussi manifesté des disparités dans leur perception du dépistage toxicologique de la consommation de substances. Certains le percevaient comme étant un outil utile pour évaluer la consommation de substances, alors que d'autres le considéraient comme punitif et stigmatisant. La plupart des prestataires n'étaient pas non plus à l'aise pour aborder le sujet de la violence familiale. Ils ont cité le manque de possibilités d'aiguillage et de ressources disponibles comme étant un obstacle à l'apport de soutien. En outre, les auteurs ont eu recours au modèle des 5A (« Assess, Advise, Agree, Assist, and Arrange », ce qui équivaut en français à évaluer, conseiller, se mettre d'accord, aider et prévoir) pour évaluer comment les comportements à risque ont été analysés. Ils ont conclu que le tabac obtenait la plus forte note (les 5A ont été suivis avec le plus de régularité) tandis que la violence familiale décrochait la note la plus basse.

Des études font mention de difficultés supplémentaires pour mener de brèves interventions lors de la période périnatale. Par exemple, certains prestataires ont fait des commentaires sur la consommation très répandue de l'alcool en société et sur les effets inconnus de petites quantités consommées pendant la grossesse, tandis que d'autres avaient le sentiment qu'il était justifié d'encourager l'abstinence.

Un examen systématique des brèves interventions sur l'alcool dans des milieux offrant des soins de santé primaires a révélé que les taux de mise en œuvre de ces interventions progressent lorsque la formation et le soutien sont accrus.

La diversité des compétences et des perceptions de l'utilité en ce qui concerne la discussion sur la consommation de substances et les questions connexes avec les femmes enceintes et celles au stade de la préconception peut être un obstacle à la cohérence du dépistage, mais des travaux de recherche ont montré que ces problèmes peuvent être surmontés grâce à la sensibilisation et à la formation.⁴³ Former les médecins aux entrevues motivationnelles et aux approches en matière de brèves interventions (que ce soit en ligne ou en personne) a permis d'améliorer les connaissances et d'augmenter l'utilisation du dépistage et de la brève intervention sur la consommation d'alcool.⁴⁴⁻⁴⁷ Un examen systématique des brèves interventions sur l'alcool dans des milieux offrant des soins de santé primaires a révélé que les taux de mise en œuvre de ces interventions progressent lorsque la formation et le soutien sont accrus.⁴⁸ Pour ce qui est d'aborder la question de la consommation d'alcool durant la grossesse, la formation conduit à des améliorations des connaissances, des attitudes et des pratiques des infirmières. Une étude américaine a examiné l'effet d'une heure de formation sur le dépistage de la consommation d'alcool, la brève intervention, le diagnostic et le traitement de l'ETCAF.⁴⁹ Les auteurs ont conclu que les sujets de l'étude avaient une meilleure connaissance de l'ETCAF à la suite de la formation, étaient plus à l'aise pour sensibiliser les patientes aux effets sur la santé de la consommation d'alcool durant la grossesse, parvenaient mieux à identifier l'ETCAF et connaissaient mieux les ressources vers lesquelles orienter les patientes. En ce qui a trait aux brèves interventions sur le tabac, une étude américaine a conclu qu'une formation intensive aux entrevues motivationnelles (un atelier d'une demi-journée et six séances de rappel comprenant des simulations de conversations) a conduit à un renforcement des connaissances, des compétences et de la confiance chez les prestataires de soins primaires.⁵⁰

Outre la formation sur les compétences de communication, il faut continuer de sensibiliser et de former les intervenants afin qu'ils diffusent des renseignements sur les pratiques exemplaires et sur les avantages et l'efficacité de la brève intervention.³⁶ Par exemple, une étude réalisée auprès de sages-femmes en Australie a conclu que leur intention d'interroger les femmes enceintes sur leur consommation d'alcool était fortement corrélée au fait qu'elles soient convaincues de l'efficacité de la demande.⁵¹ Plusieurs études ont souligné la nécessité d'améliorer et d'élargir la formation et le perfectionnement professionnel. Une évaluation de la formation prodiguée aux sages-femmes dans les programmes de l'American College of Nurse-Midwives (ACNM) a révélé que 29 % de ces programmes offraient moins de trois heures de formation sur le renoncement au tabac et qu'une minorité de programmes (38 %) enseignaient les techniques de counseling à l'intention des patients en milieu clinique.⁵² Cet enseignement comprend une sensibilisation et des conseils pour faciliter un soutien continu. Par exemple, dans une étude portant sur des écoles de sages-femmes au Royaume-Uni, la majorité d'entre elles (83 %) offraient une formation sur la brève intervention pour aborder la question du renoncement au tabac, mais peu proposaient une formation sur la prévention des rechutes (24 %).⁵³

Les méthodes en ligne peuvent aider à augmenter la mise en œuvre et la portée du dépistage et de la brève intervention pour la consommation de substances. L'utilisation d'outils virtuels de dépistage ou de brève intervention a été proposée dans un certain nombre d'études comme moyen possible de surmonter des obstacles tels que le temps limité dont disposent les prestataires de services⁵⁴⁻⁵⁷ ou le refus de certaines personnes de solliciter des soins au stade de la préconception ou en début de grossesse auprès de leur prestataire de soins de santé.⁵⁸⁻⁶⁰ Les interventions en ligne ou par messages textes au téléphone peuvent aussi aider à cibler des populations difficilement accessibles comme les femmes en milieu rural et dans les régions éloignées.⁵⁸ Le dépistage électronique peut offrir d'autres avantages, comme l'anonymat, et pourrait être susceptible de réduire la stigmatisation ou le jugement perçus,⁵⁷ ce qui peut aider à détecter une proportion plus importante des personnes à risque qui bénéficieraient d'une intervention plus poussée en matière de santé.

Les méthodes en ligne peuvent aider à augmenter la mise en œuvre et la portée du dépistage et de la brève intervention pour la consommation de substances.

Internet est une source couramment utilisée par le grand public pour obtenir des renseignements sur la santé et peut être un outil efficace pour effectuer des interventions sur la consommation de substances au stade de la préconception et lors de la grossesse. Les interventions sur mesure faites en ligne ont montré qu'elles avaient un effet sur la consommation d'alcool^{56, 61, 62} et ont permis de renforcer les connaissances sur les comportements liés à la santé à adopter au stade de la préconception et lors de la période périnatale pour éviter les issues défavorables de la grossesse.^{61, 63, 64} De même, les interventions en matière de santé sur les appareils mobiles se sont avérées avoir des répercussions sur le tabagisme⁶⁵ et la consommation d'alcool.⁵⁹ Les interventions en ligne ou par messages textes peuvent être un outil efficace pour diffuser des messages cohérents fondés sur des données probantes concernant la santé en période prénatale^{59, 60, 63} et peuvent augmenter l'uniformité du message qui est adressé.⁵⁶

DES RESSOURCES



Which Woman Drinks Alcohol at a Risky Level?

Cette brochure de deux pages à l'intention du personnel médical propose des stratégies pratiques d'entrevues motivationnelles pour parler aux femmes de leur consommation d'alcool.

Disponible à <http://skprevention.ca> (en anglais seulement)



Application de dépistage sur tablette

Cette application, développée par David Brown, Ph. D., interroge les patients et les clients sur la consommation de substances et le bien-être mental et peut être utilisée en salle d'attente avant les consultations courantes chez les professionnels de la santé.

Disponible à www.healthylivingworkbook.com (en anglais seulement)

Tableau 1 : Possibilités et obstacles concernant les brèves interventions pour chaque profession au Canada

Au cours des consultations pancanadiennes en 2017-2018, des membres de différents groupes professionnels ont fait part de leurs points de vue sur ce qui est fait, ce qui pourrait être fait et ce qui fonctionne bien dans les efforts qu'ils déploient pour parler aux femmes de la consommation de substances. Ce tableau résume les principaux thèmes pour chaque profession.

<p>SAGES-FEMMES</p>	<p>Le modèle de soins des sages-femmes se prête très bien aux dialogues ouverts sur la consommation de substances et les brèves interventions. La pratique des sages-femmes est axée sur une approche holistique des soins, qui repose sur la confiance et l'établissement de relations sans aucun jugement et dont l'essence est de prendre soin des femmes « au stade où elles en sont ». Cette approche permet d'envisager la situation sous l'angle des déterminants sociaux de la santé ainsi que des réponses axées sur les clientes à la problématique de la consommation de substances. Les soins et les possibilités d'intervention au stade de la préconception sont généralement limités, car les sages-femmes rencontrent en principe des femmes qui sont déjà enceintes, entre la huitième et la douzième semaine de grossesse.</p>
<p>MÉDECINS</p>	<p>L'assurance et la confiance dont fait preuve un médecin pour parler aux femmes de la consommation de substances varient considérablement en fonction de sa formation, de son expérience et de ses antécédents professionnels (p. ex., suivant qu'il a reçu une formation en santé mentale ou en soins intensifs). L'autodépistage en salle d'attente a été mentionné comme étant une stratégie fondée sur des données probantes pour mettre en place le dépistage et la brève intervention dans le cadre des soins primaires. Cependant, les médecins n'étaient pas tous d'accord sur le choix de l'intervenant qui devrait réaliser les brèves interventions et ils ont reconnu avoir un temps limité lors des consultations. Comme d'autres prestataires, ils ont évoqué une possible dynamique du pouvoir qui empêcherait les femmes de parler ouvertement de leur consommation de substances par crainte de conséquences judiciaires, par exemple le retrait de leurs enfants.</p>
<p>INFIRMIÈRES DE LA SANTÉ PUBLIQUE</p>	<p>Les infirmières de la santé publique constituent souvent un premier point de contact pour les filles et les femmes en âge de procréer, ce qui fait qu'elles sont bien placées pour avoir des dialogues ouverts sur la consommation de substances avec les femmes. Ces infirmières travaillent dans divers contextes allant des services de soins intensifs et d'urgence aux cliniques des services sociaux et différents contextes offrent différentes possibilités de mener de brèves interventions. Elles se sont déclarées en faveur d'une amélioration de leur pratique et ont indiqué que l'intégration dans les normes professionnelles d'un langage tenant compte des traumatismes, portant sur la réduction des méfaits et axé sur les femmes était un moyen d'aider à incorporer la responsabilisation et la cohérence de l'approche dans la pratique.</p>
<p>PRESTATAIRES DE SERVICES DE SANTÉ EN MATIÈRE DE SEXUALITÉ</p>	<p>Les prestataires de services de santé en matière de sexualité sont bien placés pour s'engager tôt avec les filles et les jeunes femmes dans des conversations sur la consommation de substances et la santé sexuelle, et pour le faire d'une manière positive, franche et exempte de jugement. Ils sont à l'aise pour prendre part à des discussions ouvertes sur la santé et peuvent cibler plusieurs objectifs en parlant à la fois de consommation de substances, de recours à des moyens de contraception et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).</p>

PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ POUR LES AUTOCHTONES

Étant donné la stigmatisation et l'attention disproportionnée dont font l'objet les femmes autochtones consommatrices de substances, les participants des séances régionales ont considéré que l'humilité culturelle des prestataires de services qui travaillent avec des femmes autochtones et au sein de communautés autochtones était d'une importance capitale pour mener des discussions sur la consommation de substances. La nécessité d'avoir des ressources permettant d'offrir des soins davantage fondés sur la culture et mieux adaptés aux différences culturelles en milieu urbain, en milieu rural et dans les collectivités éloignées partout au pays a été soulignée. Les prestataires de services ont insisté sur l'importance de relier les brèves interventions à l'utilisation des approches culturelles actuellement employées dans la prévention et le traitement de la consommation de substances. Ils pensent aussi que ramener la naissance et le maternage au sein des communautés autochtones est essentiel pour créer des liens avec la collectivité et la terre et que cela fait partie intégrante du processus de prise en compte des traumatismes et des éléments de la vie sous-jacents qui contribuent à la consommation de substances.

INTERVENANTS DE LA LUTTE CONTRE LA VIOLENCE

Les intervenants de la lutte contre la violence varient dans leur capacité à discuter de la consommation de substances avec les femmes. Dans les contextes où se pratique la réduction des méfaits, c'est sans appréhension qu'ils s'engagent dans des discussions ouvertes avec les femmes sur la consommation de substances et offrent un bref soutien, et ils ont tendance à le faire en tenant compte des traumatismes, en privilégiant la réduction des méfaits et en se plaçant sous l'angle des déterminants sociaux. En revanche, là où les services utilisent l'abstinence comme modèle en ce qui concerne la consommation de substances, les intervenants ont déclaré avoir envie d'offrir leur soutien sur le sujet mais ne pas y être bien préparés. Les participants ont souligné qu'ils font de leur mieux pour aider les femmes à garder le cap dans les méandres de systèmes de santé complexes qui font obstacle aux consommatrices de substances. Ils souhaitent s'engager dans des conversations sur la réduction ou l'abandon de la consommation de substances.

INTERVENANTS DES SERVICES D'APPROCHE SUR LA GROSSESSE

Au niveau national, les intervenants des services d'approche sur la grossesse ont été désignés comme étant dans une position idéale pour guider les femmes et les accompagner en ce qui concerne leur santé. Ils ont souligné que l'établissement de liens avec des familles entières et pas seulement des filles et des femmes en âge de procréer donnait l'occasion de faire de la prévention et d'interagir. L'interaction peut se faire dans des contextes d'activités d'approche, de manière bienveillante et sans aucun jugement, pour répondre aux besoins des femmes enceintes et des nouvelles mères. Davantage de ressources sur mesure et de programmes particuliers pour interagir avec les filles, les garçons, les jeunes femmes et les jeunes hommes sont nécessaires.

INTERVENANTS DANS LE DOMAINE DE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES

Les approches varient dans les différents services de traitement de la consommation de substances à travers le Canada en ce qui concerne les femmes enceintes et les mères consommatrices de substances qui ont besoin de traitements et de soutien. Bien que ces services continuent d'adopter un continuum d'options de traitement et de réduction des méfaits, rares sont les programmes spécialement conçus pour les femmes enceintes et les mères. Dans beaucoup de provinces et de territoires, les intervenants ont souligné la nécessité d'établir des ponts entre les services et des liens entre les prestataires pour mieux se concentrer sur la diminution de la stigmatisation, la sensibilisation et le maintien d'un cap en matière de santé afin d'aider au mieux les femmes pour ce qui est de leur consommation de substances.

Les brèves interventions : des « portes ouvertes à la conversation »

La qualité des conversations pendant les brèves interventions et le soutien est important. Cela inclut de souplesse dans leur exécution et attention à la de consentement, de confidentialité, de respect de la vie privée et de confort durant les interventions.

De nombreuses approches de la brève intervention utilisent des outils comme des listes de vérification, des questionnaires et des organigrammes conçus pour déterminer les niveaux de risque associés à divers comportements liés à la santé. L'utilisation de ces outils comme « porte ouverte à la conversation » et à l'examen du « comment » des brèves interventions suscite un intérêt croissant. Les prestataires de services prêtent de plus en plus attention à la manière dont les questions de consentement, de confidentialité, de respect de la vie privée et de confort durant les interventions, ainsi que de souplesse dans leur exécution, entre autres choses, peuvent influencer la réussite des brèves interventions.^{8, 66-69}

La brève intervention et le soutien donnent aux femmes et à leurs prestataires l'occasion de tisser des liens de confiance.

De nombreux prestataires de services craignent qu'interroger les filles et les femmes sur leur consommation de substances, en particulier durant la grossesse, soit perçu comme un jugement ou une condamnation à leur égard. Des études montrent que la qualité des conversations dans le cadre de la brève intervention et du soutien est importante. Les approches qui ne sont pas conflictuelles, qui reconnaissent les pressions et contraintes sociales que les femmes peuvent endurer et qui offrent un soutien pratique et approprié peuvent réduire sérieusement la stigmatisation et la honte.⁷⁰⁻⁷² Cependant, ce n'est pas toujours ainsi dans la pratique. Une étude réalisée au Royaume-Uni examinant les interactions des sages-femmes avec des femmes enceintes qui fument a conclu à une absence de dialogue dans ces interactions, où les sages-femmes tendent aussi à prendre un ton dominateur et monotone.⁷³ De la même manière, une étude portant sur des sages-femmes sud-africaines qui interviennent auprès de fumeuses qui sont enceintes a relevé trois styles de communication : autoritaire, paternaliste et axé sur les patientes. Les auteures ont indiqué que les approches axées sur les patientes étaient préférables, étaient considérées de façon plus positive par les femmes et favorisaient l'établissement d'une relation de confiance pour soutenir le renoncement au tabac.⁷⁴ Globalement, une approche bienveillante sans aucun jugement influe grandement sur la façon dont les personnes réagissent à une intervention et elle dissipe les inquiétudes concernant les étiquettes qu'on peut leur attribuer et la stigmatisation.^{68, 75}

La brève intervention et le soutien donnent aux femmes et à leurs prestataires l'occasion de tisser des liens de confiance^{74, 76, 77} et d'établir un dialogue continu qui favorise la possibilité de changement et permet de prévoir comment ce changement peut se produire dans le contexte de la vie de ces femmes, avec leurs compétences et leurs relations préexistantes.⁷⁸ Dans le cadre de la brève intervention et du soutien, il est reconnu que les femmes et les filles sont

soumises à des pressions et contraintes sociales uniques et personnelles qui peuvent avoir un effet sur leur consommation de substances.^{79, 80} Axer les connaissances sur ce que les filles et les femmes savent à propos de leur consommation de substances et du rôle que celle-ci joue dans leur vie peut renforcer leur autoefficacité et leur confiance et normaliser les discussions sur la consommation de substances.^{36, 81}

Beaucoup de brèves interventions s'appuient sur l'utilisation de compétences en matière d'entrevues motivationnelles et ces compétences peuvent être acquises et mises en pratique par un large éventail de professionnels qui offrent des services d'aide. Des études ont montré que les interventions « de style motivationnel » réussies comprenaient notamment les éléments suivants :

- demander la permission de discuter du sujet;
- résumer la consommation de substances des femmes d'une manière bienveillante sans aucun jugement;
- leur demander ce qu'elles aiment ou n'aiment pas dans la consommation de substances;
- parler de leurs objectifs de vie;
- discuter de la façon dont elles pourraient faire des changements en s'appuyant sur leur propre style, leur contexte de travail, leurs compétences et leurs relations et soutiens existants.⁸²⁻⁸⁶

L'efficacité des entrevues motivationnelles et d'autres approches axées sur les clients ou les patients pour réduire les méfaits associés à la consommation de substances a été démontrée dans diverses populations.^{5, 12, 13, 87, 88}

L'efficacité des entrevues motivationnelles et d'autres approches axées sur les clients ou les patients pour réduire les méfaits associés à la consommation de substances a été démontrée dans diverses populations.

Consentement, confidentialité et respect de la vie privée

De nombreux prestataires de services indiquent qu'ils sont peu enclins à se lancer dans une brève intervention et un soutien car ils craignent que les questions sur la consommation de substances nuisent à leur relation avec les filles et les femmes et que, de ce fait, celles-ci soient réticentes à poursuivre les processus de soins et de traitements. Voici quelques réflexions sur la confidentialité, le consentement et le respect de la vie privée qui peuvent aider à réduire ces inquiétudes.

- Indiquez explicitement les raisons qui vous amènent à poser les questions. Demandez la permission avant de le faire. C'est une marque de respect qui donne aux filles et aux femmes la possibilité de dire « non » si elles préfèrent ne pas discuter de leur consommation de substances à ce moment précis. Voici des exemples de phrases que vous pouvez dire.
 - « Je pose à tous les nouveaux patients des questions sur la consommation de substances car c'est un facteur important pour notre état de santé général. »
 - « Je pose des questions sur la consommation d'alcool durant la grossesse (quelle quantité les femmes boivent et à quelle fréquence) car ce sont des données qui sont collectées sur chaque personne dans la province. Veuillez me dire si vous avez des questions à ce sujet. »
 - « Est-ce que je peux vous parler de la consommation de substances et des questions de santé? »
 - « J'interroge régulièrement mes clients sur la consommation d'alcool et d'autres substances. Est-ce que vous ne voyez pas d'inconvénient à ce que je le fasse maintenant? »

suite à la page suivante

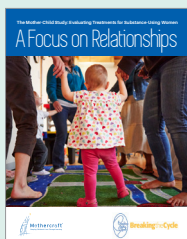
Suite de la page précédente

- N'enregistrez que les renseignements sur la consommation de substances qui sont requis à des fins de signalement ou nécessaires pour prendre des décisions sur les traitements et les soins. Les dossiers médicaux peuvent être conservés longtemps, lus par de nombreuses personnes ou utilisés à des fins juridiques. Comme la consommation de substances reste un sujet qui fait l'objet d'une forte stigmatisation dans la société, réduisez le plus possible les risques que les dossiers médicaux puissent nuire ultérieurement aux filles et aux femmes.
 - Faites savoir aux femmes quand vous enregistrez leurs réponses et quand vous ne le faites pas. Elles peuvent ainsi se sentir plus à l'aise et en confiance.
- Indiquez explicitement les limites de la confidentialité. Les filles et les femmes peuvent alors décider de ce qu'elles ont envie de partager avec tel ou tel prestataire de services. Par exemple :
 - Les filles pourraient craindre que les renseignements qu'elles partagent avec les prestataires de services soient communiqués à leurs parents sans qu'elles le sachent ou y consentent. Si vous pensez qu'il serait utile d'informer les parents, demandez d'abord la permission et respectez les souhaits des filles si elles refusent (c'est-à-dire, n'insistez pas et ne posez pas de nouveau la question si elles ne ramènent pas le sujet sur le tapis).
 - Les cliniques de soins de santé, les écoles, l'appareil judiciaire et d'autres organismes peuvent avoir différentes politiques concernant le signalement de la consommation de substances chez les mineurs ou de nature illégale. Les filles qui n'ont pas l'âge légal pour consommer de l'alcool, du tabac ou du cannabis peuvent avoir peur que leurs parents, leurs écoles ou les autorités judiciaires soient avisés. Les femmes qui ont dépassé l'âge légal peuvent être préoccupées par la consommation de drogues illicites. Assurez-vous que les filles et les femmes savent dans quelles circonstances les renseignements doivent être partagés avec d'autres personnes.
 - Les femmes enceintes qui sont aux prises avec la consommation de substances peuvent craindre une intervention des services de protection de l'enfance. Vous pouvez discuter avec elles des circonstances dans lesquelles vous seriez obligé d'effectuer un signalement et leur indiquer que vous feriez de votre mieux pour le faire sans rien leur cacher et avec leur entière participation.
 - Précisez aux filles et aux femmes quels sont les prestataires de services qui ont accès à leurs dossiers. Informez-les du processus de consentement pour le partage des renseignements lorsqu'elles sont dirigées vers un autre service. Dans la mesure du possible, laissez-les choisir ce qui figure dans leurs dossiers et qui peut les consulter.

Approches en matière de pratique et modèles de soins

Les prestataires de soins de santé et de services sociaux de partout au Canada ont cité des thèmes semblables concernant ce qui fonctionne bien pour discuter de la consommation de substances avec les femmes et ce qui limite la probabilité que ces conversations aient lieu ou qu'elles soient couronnées de succès. Les prestataires de services ont dit qu'une panoplie d'approches visant à promouvoir la santé des femmes et des enfants leur était familière, par exemple les soins axés sur les femmes, les déterminants sociaux de la santé, la réduction des méfaits, la pratique tenant compte des traumatismes et celle tenant compte de l'équité, et ils ont indiqué que les brèves interventions devaient être compatibles avec ces façons de travailler.

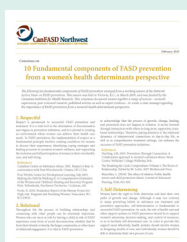
DES RESSOURCES



The Mother-Child Study: Evaluating Treatments for Substance-Using Women: A Focus on Relationships

Le programme Breaking the Cycle de Mothercraft à Toronto, au Canada, met l'accent sur la relation mère-enfant pour offrir des soins aux femmes enceintes et aux mères consommatrices de substances.

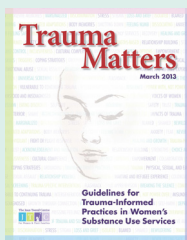
Disponible à www.mothercraft.ca (en anglais seulement)



10 Fundamental Components of FASD Prevention

Un résumé de deux pages des approches de la prévention de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foétale vue sous l'angle des déterminants de la santé des femmes

Disponible à www.canfasd.ca (en anglais seulement)



Trauma Matters: Guidelines for Trauma-Informed Practice in Women's Substance Use Services

Ce guide sert d'introduction à l'intégration d'approches fondées sur le traumatisme dans les services de consommation de substances

Disponible à <http://jeantweed.com> (en anglais seulement)

Tableau 2 : Approches en matière de pratique et leur pertinence pour la brève intervention et le soutien

Au cours d'une série de consultations à travers le Canada, des prestataires de services ont partagé des principes et des pratiques qu'ils considéraient comme importants pour soutenir les filles et les femmes aux prises avec des problèmes de consommation de substances. Le tableau ci-dessous comporte des expressions et principes clés issus de ces approches pour illustrer certains des points communs et des différences, ainsi que des exemples montrant comment ces approches sont pertinentes pour la brève intervention et le soutien.

APPROCHE	PRINCIPAUX THÈMES	PERTINENCE POUR LA BRÈVE INTERVENTION
AXÉE SUR LES CLIENTES*	Commencer « au stade où en est la cliente » Collaborer avec la cliente La cliente détermine ce qui est important Fondée sur les forces	Les filles et les femmes sont aptes à trouver leurs propres objectifs et solutions, avec le soutien des prestataires de services.
AXÉE SUR LES FEMMES (OU AXÉE SUR LES PERSONNES)	Holistique Femmes expertes concernant leur propre vie Tient compte des inégalités entre les sexes Fondée sur les forces	Les femmes sont au cœur de toutes les prises de décisions concernant leur santé. Les prestataires de services reconnaissent les besoins, rôles et responsabilités uniques que peuvent avoir les femmes et collaborent avec elles pour élaborer des approches holistiques vers un changement.
AXÉE SUR LES PATIENTES	Les soins sont collaboratifs, coordonnés et accessibles Les patientes et les familles participent activement aux prises de décisions Participation et commentaires des patientes en ce qui concerne la prestation des services	Les prestataires de services se concentrent sur les besoins des filles et des femmes plutôt que sur le diagnostic. La collaboration et les prises de décisions partagées aident à définir des objectifs réalistes et réalisables en matière de santé.
FONDÉE SUR LES FORCES	Se concentrer sur les forces individuelles au lieu des déficits Résilience et capacité à faire face à l'adversité Optimisme et espoir de guérison	Les prestataires de services déterminent « ce qui fonctionne » en posant des questions aux filles et aux femmes sur leurs compétences, leurs centres d'intérêt et ce qu'elles font déjà pour prendre soin d'elles. Se concentrer sur « la façon d'accroître la part de ce qui fonctionne » plutôt que sur la détection et l'élimination des problèmes de consommation de substances. Éviter un langage se rapportant au diagnostic ou à la pathologie, qui met l'accent sur les déficits et les problèmes.
RÉDUCTION DES MÉFAITS	Accorder la priorité aux objectifs immédiats et maximiser les options Participation de la consommatrice Collaboration entre les systèmes Droits de la personne/autodétermination Améliorer les déterminants de la santé Fondée sur les forces	Les prestataires de services aident les filles et les femmes à élaborer un plan pour améliorer leur état de santé général et s'attaquer aux problèmes de consommation de substances lorsqu'elles sont prêtes. Envisager d'offrir un soutien dans des domaines connexes à la consommation de substances comme la contraception, les rapports sexuels protégés, l'anxiété et l'estime de soi.

APPROCHE	PRINCIPAUX THÈMES	PERTINENCE POUR LA BRÈVE INTERVENTION
ENTREVUE MOTIVATIONNELLE	<p>Axée sur les clientes</p> <p>Changement de comportement sous la forme d'un processus</p> <p>Empathie et absence de jugement</p> <p>Se place au stade « où en est » la cliente</p> <p>État de préparation au changement</p>	<p>Demander la permission avant de discuter du sujet. Les prestataires de services résumant la consommation de substances des filles et des femmes d'une manière bienveillante sans aucun jugement.</p> <p>Poser des questions ouvertes sur ce qu'elles aiment ou n'aiment pas dans la consommation de substances et sur la façon dont elles pourraient faire des changements dans le contexte de leur propre vie et à leur propre manière.</p>
TENANT COMPTE DES TRAUMATISMES	<p>Sécurité physique, émotionnelle et culturelle</p> <p>Choix et collaboration avec la cliente et systèmes de service qui évitent la retraumatisation</p> <p>Fiabilité</p> <p>Fondée sur les forces</p>	<p>L'abus de substances peut être une tentative de faire face à des expériences passées ou présentes de violence et de traumatisme. Les prestataires de services offrent un soutien pour élaborer d'autres moyens d'adaptation et orientent la personne vers un service de traitement du traumatisme, s'il y a lieu.</p>
SÉCURITÉ CULTURELLE	<p>Réflexion critique</p> <p>Remettre en question les déséquilibres de pouvoir entre la cliente et l'intervenant</p> <p>Confiance, respect et sécurité</p> <p>Équité/accès aux soins de santé pour tous</p>	<p>Reconnaître la manière dont les relations entre les filles et les femmes et les prestataires de services ont été façonnées par la colonisation, les pensionnats et d'autres pratiques et politiques d'assimilation culturelle et sociale. Combattre la discrimination et le racisme et promouvoir les savoirs autochtones.</p>
BIEN-ÊTRE DES AUTOCHTONES**	<p>Fondée sur les forces</p> <p>Terre, lignage, langue</p> <p>But, sens, espoir, appartenance</p> <p>Droits de la personne/autodétermination</p>	<p>Adopter des approches holistiques qui soutiennent les filles et femmes autochtones et leurs communautés. Il faudrait mettre l'accent sur l'intégralité de la personne plutôt que seulement sur la santé physique, en créant un équilibre entre l'esprit, l'émotion, le mental et le corps. Les modèles de bien-être appuient l'autodétermination des filles et des femmes autochtones.</p>
DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ	<p>Les facteurs sociaux et économiques ont un effet sur les résultats individuels de santé, y compris la consommation de substances</p> <p>Conditions de vie et de travail</p> <p>Santé de la population</p> <p>Inégalités en matière de santé et gradient de santé</p>	<p>Les filles et les femmes peuvent avoir besoin d'aide pour satisfaire leurs besoins fondamentaux comme le gîte, l'alimentation et les revenus avant d'être en mesure de s'occuper de leur consommation de substances. Les prestataires de services reconnaissent que les risques de consommation de substances et les conséquences de celle-ci sont influencés par des facteurs inhérents à la communauté et à la population.</p>

* Il existe beaucoup d'approches et de modèles de soins « axés sur les personnes » qui ont évolué à partir de contextes particuliers. Nous utilisons ici l'expression « axée(s) sur les clientes » pour désigner des approches thérapeutiques s'appuyant sur les travaux de Carl Rogers et d'autres thérapies humanistes qui guident l'action de nombreux prestataires de services, notamment dans le domaine de la santé mentale et de la consommation de substances.

** Même si la vision du monde, les traditions et les pratiques culturelles des autochtones présentent une immense diversité à l'échelle mondiale, la plupart des peuples autochtones considèrent le bien-être d'un point de vue holistique qui préconise la recherche de l'équilibre entre les aspects mentaux, physiques, émotionnels et spirituels de la vie. Cette définition s'inspire du Cadre de bien-être autochtone élaboré par la Thunderbird Partnership Foundation, qui peut être téléchargé à partir de <http://thunderbirdpf.org>.

3. TRAVAILLER AVEC LES FILLES ET LES FEMMES

Portée et sujets pour les brèves interventions et le soutien

Globalement, une approche s'appuyant sur la brève intervention et le soutien met l'accent sur la prévention et la réduction des habitudes préjudiciables ou risquées de consommation de substances. Quand on travaille avec des filles et des femmes, la portée des brèves interventions et du soutien peut être élargie pour dépasser les questions classiques de quantité et de fréquence de consommation de substances et s'étendre à divers sujets comme les risques particuliers pour la santé (p. ex., le cancer du sein), le bien-être mental, la fertilité, la dynamique relationnelle et le rôle parental.

Idéalement, les objectifs de la brève intervention et du soutien auprès des filles et des femmes sur la consommation de substances sont les suivants :

1. améliorer leur état de santé général et leur bien-être;
2. prévenir une consommation préjudiciable de substances et réduire les effets d'une consommation risquée;
3. promouvoir des grossesses saines en reconnaissant la manière dont les habitudes de consommation de substances s'articulent avant la grossesse et sont liées à la santé sexuelle, au bien-être mental et à d'autres déterminants de la santé;
4. traiter les problèmes sous-jacents qui peuvent directement ou indirectement influencer sur la consommation de substances (p. ex., la dépression, la violence sexiste, le manque de ressources).

Des prestataires de services d'horizons variés dans les domaines des soins de santé et des services sociaux peuvent jouer un rôle important dans le traitement des méfaits potentiels de la consommation de substances.

Des prestataires de services d'horizons variés dans les domaines des soins de santé et des services sociaux peuvent jouer un rôle important dans le traitement des méfaits potentiels de la consommation de substances et dans l'amélioration de l'état de santé général des personnes touchées. La consommation de substances a de vastes répercussions sur de nombreux aspects différents de la vie. La brève intervention et le soutien n'ont pas la même forme suivant le contexte de pratique et le prestataire de services. Les interventions peuvent être formelles ou informelles, structurées ou libres, et il peut s'agir d'un événement ponctuel ou d'une série de conversations s'étalant sur une certaine période de temps.

La brève intervention et le soutien varieront aussi en fonction du **rôle du prestataire de services** et de la nature de sa relation avec les filles et les femmes. Dans un contexte, une intervention peut se concentrer sur le partage d'information alors que dans un autre, il peut être question d'acquisition de compétences. Certaines interventions pourraient consister à offrir du soutien en abordant un domaine particulier, comme le maternage, ou en se penchant sur un problème de santé précis qui peut être influencé par la consommation de substances, comme les maladies du cœur. La brève intervention et le soutien peuvent également être intégrés au processus d'admission et d'évaluation de manière systématique, aux soins concernant une question donnée (p. ex., la contraception et la planification de la grossesse) ou à des activités de promotion de la santé et de bien-être (p. ex., la nutrition et la capacité à faire face au stress).

La brève intervention et le soutien peuvent aussi permettre de parler **de plusieurs substances ou de plusieurs résultats pour la santé**.^{89, 90} La polytoxicomanie étant courante, discuter de plusieurs substances en même temps peut produire des interventions plus efficaces et plus mobilisatrices que de n'aborder qu'une seule substance à la fois. Par exemple, l'ajout d'une discussion sur le tabac à des conversations concernant l'alcool et la contraception s'est avéré efficace pour améliorer les résultats dans l'ensemble de ces trois domaines.⁹¹ Une autre étude portant sur le counseling au stade de la préconception a conclu que le fait de parler de plusieurs substances à la fois était particulièrement efficace pour réduire le nombre de grossesses exposées à la consommation de substances.⁹² Des travaux de recherche ont montré que les risques d'apparition de plusieurs résultats pour la santé se cumulent et une approche combinée indique comment la consommation de substances peut être liée à d'autres problèmes de santé (p. ex., la santé sexuelle) ou à d'autres aspects de la vie des femmes (p. ex., les relations avec les pairs et les partenaires).^{89, 93} De plus, certains risques, comme la dépression ou les expériences de violence, peuvent agir comme un obstacle à la modification de la consommation de substances et nécessiter des interventions qui prennent en compte simultanément plusieurs problèmes.⁸⁰

Des études ont aussi montré que, pour la plupart des groupes de filles et de femmes, la brève intervention et le soutien n'ont pas besoin de durer longtemps ou d'être intensifs pour être efficaces.^{11, 94-96} Beaucoup de filles et de femmes réduiront leur consommation ou feront des changements simplement parce qu'elles ont été interrogées sur leur consommation de substances.^{62, 97, 98} Avoir une courte conversation ou partager des renseignements sur la consommation de substances peut être efficace dans des contextes où des interventions structurées plus longues en plusieurs séances peuvent ne pas être réalisables ou adaptées.^{99, 100}

Des études ont aussi montré que, pour la plupart des groupes de filles et de femmes, la brève intervention et le soutien n'ont pas besoin de durer longtemps ou d'être intensifs pour être efficaces. Beaucoup de filles et de femmes réduiront leur consommation ou feront des changements simplement parce qu'elles ont été interrogées sur leur consommation de substances.

Tableau 3 : Sujets pour la brève intervention et le soutien - alcool, tabac, cannabis et opioïdes sur ordonnance

Il existe un large éventail de sujets que les prestataires de services peuvent intégrer à la brève intervention et au soutien liés à la consommation de substances. La liste suivante peut être utilisée par les prestataires de services pour déterminer quels sujets s'appliquent à leur domaine de pratique et pour réfléchir aux contextes dans lesquels ils pourraient utiliser la brève intervention et le soutien (p. ex., les admissions, le traitement de problèmes de santé précis, le soutien parental).

L'ALCOOL	LE TABAC
<p>✓ Cochez les sujets qui s'appliquent à votre pratique</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Consommation d'alcool et état de santé général et bien-être <input type="checkbox"/> Problèmes de santé particuliers (généraux), p. ex., accident vasculaire cérébral, maladie du cœur, maladie du foie, cancer <input type="checkbox"/> Problèmes de santé particuliers (pour les femmes), p. ex., cancer du sein, effets de l'alcool ressentis par les femmes à des niveaux de consommation moindres <input type="checkbox"/> Réduction des méfaits, p. ex., directives de consommation d'alcool à faible risque, connaissance des limites personnelles, apprentissage de l'« écoute » de son corps <input type="checkbox"/> Effets du mélange avec d'autres médicaments et drogues (en particulier d'autres déprimeurs comme les sédatifs ou les opioïdes) <input type="checkbox"/> Bien-être mental, p. ex., effets sur l'anxiété et la dépression, capacité à faire face au stress et aux situations difficiles <input type="checkbox"/> Nutrition, alimentation et troubles du comportement alimentaire <input type="checkbox"/> Contraception et prévention de l'ETCAF <input type="checkbox"/> Grossesse - « L'idéal est de ne pas consommer » - risques de fausse couche, naissance d'un enfant mort-né, faible poids à la naissance, bébé prématuré, ETCAF <input type="checkbox"/> Rôle parental - équilibre entre consommation d'alcool et responsabilités de soins aux enfants, modèle de comportement et discussion de la consommation d'alcool avec les enfants <input type="checkbox"/> Allaitement - échéancier, planification <input type="checkbox"/> Violence sexiste, p. ex., dynamique relationnelle et consommation d'alcool, sécurité personnelle, agression sexuelle <input type="checkbox"/> Autre : 	<p>✓ Cochez les sujets qui s'appliquent à votre pratique</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Problèmes de santé particuliers (généraux), p. ex., cancer, maladie pulmonaire, maladie du cœur et accident vasculaire cérébral, santé de la vessie <input type="checkbox"/> Problèmes de santé particuliers (pour les femmes), p. ex., règles irrégulières, baisse de la fertilité <input type="checkbox"/> Réduction des méfaits - réduction de la consommation de tabac, diminution de l'exposition à la fumée secondaire, ressources disponibles (y compris les médicaments) lorsque la personne se sent prête à renoncer au tabac <input type="checkbox"/> Bien-être mental, p. ex., capacité à faire face au stress et aux situations difficiles, violence sexiste <input type="checkbox"/> Activité physique et nutrition, avec notamment la crainte de prendre du poids invoquée comme motif de ne pas renoncer au tabac <input type="checkbox"/> Contraception - risque accru de crises cardiaques, d'accident vasculaire cérébral ou de caillots lors de l'utilisation de certaines formes de contraceptifs hormonaux <input type="checkbox"/> Grossesse - effets sur la santé du fœtus, stratégies de renoncement au tabac ou de réduction de la consommation, thérapie de remplacement de la nicotine, exposition à la fumée secondaire <input type="checkbox"/> Rôle parental - fumée secondaire, modèle de comportement et discussion de l'usage du tabac avec les enfants <input type="checkbox"/> Allaitement - stratégies de réduction des méfaits <input type="checkbox"/> Dynamique relationnelle - tabagisme du partenaire et effets sur la consommation personnelle <input type="checkbox"/> Bien-être des autochtones - tabac traditionnel ou sacré ou tabac commercial - tabac utilisé comme médicament dans de nombreuses cultures des Premières Nations <input type="checkbox"/> Autre :

LE CANNABIS

✓ Cochez les sujets qui s'appliquent à votre pratique

- Consommation de cannabis et état de santé général et bien-être
- Consommation thérapeutique ou récréative de cannabis, différentes façons de consommer
- Évaluation des allégations de santé, cannabis considéré comme « naturel », THC (tétrahydrocannabinol) ou CBD (cannabidiol)
- Effets particuliers sur la santé, p. ex., mémoire à court terme, attention, habiletés motrices, temps de réaction
- Réduction des méfaits, p. ex., directives visant à réduire les risques, fumée secondaire, cannabis synthétique à éviter, cannabis et conduite automobile
- Contraception - prévention des préjudices potentiels pour le fœtus
- Grossesse - effets sur le fœtus, décisions concernant le cannabis thérapeutique durant la grossesse, risques pour la santé associés à la consommation contre les nausées, exposition à la fumée secondaire
- Rôle parental - équilibre entre consommation et responsabilités de soins aux enfants, modèle de comportement et discussion de la consommation de cannabis avec les enfants, fumée secondaire, rangement sécuritaire hors de portée des enfants
- Autre :

LES OPIOÏDES SOUS ORDONNANCE

✓ Cochez les sujets qui s'appliquent à votre pratique

- Opioides sur ordonnance considérés comme l'une des solutions dans la gestion de la douleur
- Effets à court et à long terme, p. ex., somnolence, nausées, constipation, tolérance, sevrage, dépendance et risque de surdose
- Effets particuliers sur la santé (pour les femmes), p. ex., changements hormonaux (qui peuvent affecter les règles et l'appétit sexuel), infertilité, « maux de tête par surconsommation de médicaments »
- Effets du mélange avec d'autres médicaments et drogues (en particulier d'autres déprimeurs comme l'alcool ou les sédatifs tels que les benzodiazépines)
- Bien-être mental - effets à long terme sur la dépression, l'anxiété et les facultés cognitives
- Mauvaise utilisation et capacité à faire face au stress, aux situations difficiles de la vie et à la violence sexiste
- Grossesse - effets sur le fœtus, traitement par agoniste opioïde, sevrage néonatal aux opiacés
- Allaitement - sécurité, surveillance, sommeil partagé
- Rôle parental - modèle de comportement et discussion de la consommation et de la mauvaise utilisation d'opioïdes avec les enfants, rangement sécuritaire hors de portée des enfants
- Autre :

QUESTIONS D'AUTOÉVALUATION POUR LES PRESTATAIRES DE SERVICES

1. Quels sujets relatifs à la consommation de substances puis-je régulièrement aborder dans ma pratique quotidienne?
2. Comment le fait d'aborder la question de la consommation de substances s'inscrit-il dans mon modèle de soins ou la philosophie de mes programmes?
3. Dans quelle mesure mon rôle et ma relation particuliers avec les filles et les femmes influencent-ils les sujets où je suis le mieux placé pour discuter?
4. Est-ce qu'il m'est possible de parler de plusieurs substances ou problèmes de santé dans mes conversations avec les filles et les femmes?
5. Y a-t-il des sujets que je pourrais mieux aborder si j'avais un soutien organisationnel supplémentaire? P. ex., plus de temps, du personnel, une liste à jour des ressources communautaires.

Les brèves interventions dans le cadre des soins primaires

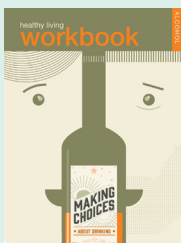
Des conversations régulières et continues sur la consommation de substances dans le cadre des soins primaires réduisent la stigmatisation et normalisent la notion de consommation de substances comme faisant partie de la vie.

La brève intervention et le soutien de divers prestataires de soins de santé dans des milieux offrant des soins primaires se sont avérés efficaces pour réduire les méfaits de la consommation d'alcool, de tabac et d'autres substances.^{3, 4, 11} Comme la consommation de substances peut faire partie intégrante de l'équation dans l'état de santé général et le bien-être, les brèves interventions dans le cadre des soins primaires peuvent traiter de certains de ses méfaits potentiels et promouvoir de la santé générale. La brève intervention et le soutien dans le cadre des soins primaires peuvent comporter les éléments suivants :

1. des renseignements concernant les effets de la consommation de substances sur la santé;
2. des renseignements sur la consommation de substances par rapport à la prévention, aux soins et au traitement de problèmes de santé particuliers (p. ex., maladie du cœur, cancer du sein);
3. des renseignements sur le soutien individuel et communautaire (avec des documents sous forme de texte et en ligne) au sujet de la consommation de substances, indiquant notamment comment accéder à une thérapie de remplacement de la nicotine, à des outils fiables d'évaluation et de réflexion en ligne et à des références qui renvoient à des ressources pour des questions connexes comme le bien-être mental et le traitement des traumatismes.

Des conversations régulières et continues sur la consommation de substances dans le cadre des soins primaires réduisent la stigmatisation et normalisent la notion de consommation de substances comme faisant partie de la vie. Les prestataires de services sont incités à avoir des discussions avec toutes les femmes, pas seulement avec celles qui, selon eux, ont plus de chances de consommer des substances et d'en abuser.^{101, 102} De plus, faire preuve de souplesse dans les approches peut être utile pour adapter l'information en fonction de chaque groupe de femmes ou de problèmes et pour répondre à des tendances de consommation de substances (p. ex., le vapotage, la mauvaise utilisation d'opioïdes sur ordonnance).

DES RESSOURCES



Guides pratiques *Making Choices About Drinking Workbook* et *Making Choices About Cannabis*
Élaborées par David Brown, Ph. D., ces ressources fondées sur les forces aident les personnes à analyser leur consommation de substances et à améliorer leur état de santé.

Disponibles à www.healthylivingworkbook.com (en anglais seulement)



Libération! Aider les femmes à cesser de fumer : Guide d'interventions brèves contre le tabagisme

Un résumé des connaissances actuelles au sujet des effets du cannabis sur la santé, l'apprentissage, les relations, la fertilité, la grossesse et les enfants.

Disponible à www.bcccewh.bc.ca



Les risques du cannabis sur la fertilité, la grossesse, l'allaitement et le rôle parental

Un résumé des connaissances actuelles au sujet des effets du cannabis sur la santé, l'apprentissage, les relations, la fertilité, la grossesse et les enfants.

Disponible à www.meilleurdepart.org



Directive clinique de consensus sur la consommation d'alcool et la grossesse
Normes nationales de soins concernant les brèves interventions et le counseling sur l'alcool pour les femmes enceintes et celles en âge de procréer.

Disponible à <http://sogc.org>

Idées de brèves interventions à l'intention des prestataires de soins primaires

1

ALCOOL, TABAC ET CANCER DU SEIN. De nombreuses femmes souhaitent apprendre comment réduire leurs risques de contracter un cancer du sein. Le tabagisme actif et l'exposition à la fumée secondaire peuvent tous deux augmenter le risque de cancer du sein. L'alcool est un cancérigène (substance causant le cancer) connu et on a régulièrement montré qu'en consommer augmentait le risque de cancer du sein. Les femmes peuvent réduire ce risque en renonçant au tabac, en diminuant le nombre de cigarettes qu'elles fument ou en ne s'exposant plus à la fumée secondaire. Toutes les femmes peuvent boire moins d'alcool pour réduire leur risque de cancer du sein; celles qui courent le plus de risques de contracter un cancer du sein peuvent choisir d'éviter complètement l'alcool ou de n'en consommer qu'occasionnellement.

2

ALCOOL, DÉPRESSION ET ANTIDÉPRESSEURS. Comme l'alcool est un déprimeur, il peut aggraver les symptômes de la dépression chez certaines filles et femmes. Donnez des renseignements sur le lien entre l'alcool et l'humeur : p. ex., l'alcool semble améliorer l'humeur à court terme mais, globalement, il peut augmenter les symptômes de la dépression et de l'anxiété. Mélanger des antidépresseurs et de l'alcool peut aggraver les symptômes de la dépression ou les effets secondaires des antidépresseurs. Vous pourriez suggérer aux filles et aux femmes d'éviter de boire de l'alcool jusqu'à ce qu'elles sachent quel effet leur antidépresseur a sur elles. Aidez-les à évaluer leur propre situation et donnez-leur des renseignements sur la manière de réduire les effets de l'alcool (p. ex., boire lentement, manger quelque chose en même temps qu'elles boivent) si elles choisissent de boire à l'occasion.

3

ALCOOL ET SOMMEIL. Beaucoup de gens consomment de l'alcool pour les aider à s'endormir. Comme l'alcool a des effets sédatifs, il aide les gens à s'endormir plus vite, mais il provoque une détérioration de la qualité du sommeil plus tard dans la nuit : p. ex., diminution du sommeil paradoxal, aggravation des problèmes de respiration comme les ronflements et l'apnée du sommeil, visites plus nombreuses aux toilettes, réveils nocturnes plus fréquents. Aidez les filles et les femmes à trouver d'autres stratégies pour surmonter leurs difficultés à s'endormir.

4

ALCOOL ET SANTÉ CARDIOVASCULAIRE. Les maladies du cœur sont l'une des causes principales de décès chez les femmes. Une consommation abusive et excessive d'alcool (c'est-à-dire au-delà des limites indiquées dans les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada) peut augmenter la tension artérielle et contribuer à l'apparition de maladies du cœur et d'accidents vasculaires cérébraux. Certaines femmes peuvent demander si la consommation d'un verre de vin par jour prévient ou pas les problèmes cardiovasculaires. Dites-leur qu'il est déconseillé de boire de l'alcool pour réduire le risque de contracter une maladie du cœur, en leur expliquant que les risques de cette pratique sont supérieurs à ses avantages. Discutez d'autres stratégies utilisables pour améliorer la santé cardiovasculaire.

5

TABAC ET ANXIÉTÉ. Beaucoup de filles et de femmes fument des cigarettes comme « automédication » ou pour aider à apaiser le stress et l'anxiété. Des études concernant le tabagisme et le stress ont montré qu'au lieu d'aider les gens à se détendre, fumer augmente en fait l'anxiété et la tension. La nicotine crée une sensation

immédiate de détente, mais celle-ci est temporaire et laisse rapidement la place à des symptômes de sevrage et à des envies de fumer accrues. Aidez les filles et les femmes à trouver d'autres moyens de réduire leur anxiété ou d'en traiter les causes sous-jacentes (p. ex., problèmes familiaux, deuil et perte).

6

TABAC ET SANTÉ OSSEUSE. Des études ont montré une corrélation directe entre l'usage du tabac et la diminution de la densité osseuse. Les femmes ménopausées qui fument ont une densité osseuse plus faible, ce qui signifie qu'elles présentent un risque plus élevé de se fracturer une hanche que les non-fumeuses. Si les femmes ne sont pas prêtes à cesser de fumer mais qu'elles souhaitent améliorer leur santé osseuse, vous pouvez leur donner des renseignements sur l'alimentation et l'activité physique qui peuvent les aider à réduire le risque.

7

CANNABIS THÉRAPEUTIQUE ET SANTÉ DES FEMMES. Beaucoup de filles et de femmes s'intéressent aux nouvelles données probantes concernant les utilisations médicinales du cannabis. Les données actuelles laissent penser que le cannabis peut être utile pour des problèmes comme la douleur chronique, les nausées et les vomissements (mais pas pendant la grossesse), ainsi que les spasmes musculaires liés à des troubles comme la sclérose en plaques ou les lésions de la moelle épinière. Aidez les filles et les femmes à évaluer les allégations de santé et tenez-vous au courant des derniers résultats de recherche, notamment sur l'utilisation du cannabis pour les problèmes de santé féminins tels que les crampes menstruelles, l'endométriose et les troubles qui touchent les femmes de manière disproportionnée comme les migraines et la fibromyalgie.

8

ALCOOL, OPIOÏDES SUR ORDONNANCE ET SÉDATIFS SUR ORDONNANCE. Les femmes se voient souvent prescrire des sédatifs, dont les benzodiazépines comme le Valium et l'Ativan, pour des problèmes tels

que l'anxiété et l'insomnie. Les opioïdes comme l'oxycodone, la morphine et la codéine sont habituellement prescrits pour traiter la douleur aiguë et chronique. Mélanger les benzodiazépines et les opioïdes ou les prendre en même temps que de l'alcool peut augmenter le risque d'une surdose de médicaments. Indiquez aux femmes que ces médicaments et l'alcool sont des déprimeurs qui peuvent ralentir la respiration; lorsqu'une femme prend plus que ce que son corps peut supporter, cela peut conduire à une perte de connaissance et à la mort.

9

CONSOMMATION DE SUBSTANCES ET ASTHME. Quand on travaille avec des filles et des femmes qui souffrent d'asthme, il peut être utile de discuter de la consommation de substances, notamment d'alcool, de tabac, de cannabis et d'opioïdes. Certaines personnes constatent que n'importe quel type de boisson alcoolisée déclenche chez elles les symptômes de l'asthme tandis que d'autres remarquent que ce sont des boissons bien particulières qui leur font mal (p. ex., le champagne, le vin rouge, la bière) - souvent, c'est une substance précise, comme les histamines ou les sulfites, qui est présente dans la boisson alcoolisée et cause les problèmes. De plus, fumer du tabac ou du cannabis peut déclencher des symptômes et avoir une incidence sur la santé pulmonaire à long terme. Aidez les filles et les femmes à définir ce qui déclenche l'asthme chez elles et rappelez-leur de prendre avec elles leur inhalateur quand elles comptent consommer de l'alcool ou d'autres substances.

10

CONSOMMATION DE SUBSTANCES ET NUTRITION. Beaucoup de filles et de femmes souhaitent en apprendre davantage sur la nutrition et sur la façon d'« être à l'écoute de leur corps ». Elles peuvent tenter l'expérience végétalienne ou végétarienne, réduire leur consommation de caféine ou de sucre ou avoir des questions sur les tendances en matière de nourriture et d'alimentation. Dans ce cadre, elles peuvent avoir envie de réduire ou de suspendre leur consommation d'alcool, de tabac et de cannabis pour apprendre à mieux connaître leurs propres besoins et préférences. Encouragez les petits changements, la curiosité et les soins personnels.

Tableau 4: Alcool et grossesse – discuter des résultats de recherche avec les femmes

La consommation d'alcool durant la grossesse reste un sujet de controverse dans les médias, dans le discours universitaire et parmi les femmes. Le conseil donné en matière de santé publique est le suivant : « Il est plus sûr de ne pas boire durant la grossesse. Il n'y a pas de quantité d'alcool connue qui pourrait être consommée sans danger durant la grossesse. » Cependant, l'ambiguïté concernant les faibles doses d'alcool (une demi-consommation ou une consommation) dans les résultats de recherche continue de créer des résistances et d'alimenter le débat.

De nombreux prestataires de services ne savent pas très bien comment répondre à ces incertitudes. Certes, il pourrait être tentant de recourir à des approches s'appuyant sur la peur ou de rester ferme sur le caractère établi des données probantes (« Les études indiquent clairement que toute consommation d'alcool est mauvaise pour le bébé »), mais il peut être plus utile d'apporter une réponse équilibrée au débat, d'inciter à la prudence en l'absence de preuves irréfutables et de permettre aux femmes de prendre leurs propres décisions. Dire aux femmes ce qu'elles doivent faire les empêche d'explorer les possibilités de changement. « Qu'est-ce que vous savez déjà sur l'alcool et la grossesse? » peut être une excellente question pour démarrer une discussion sur ce sujet.

RECHERCHE	POINTS À DISCUTER AVEC LES FEMMES
<p>Aucun moment n'est sûr. L'exposition à l'alcool à n'importe quel moment de la grossesse peut avoir des répercussions sur le développement du cerveau du fœtus. Même dès le début de la grossesse, l'alcool peut entraîner des conséquences graves et permanentes.</p>	<p>Aucun moment n'est sûr pour consommer de l'alcool durant la grossesse. Le cerveau de votre bébé se développe tout au long de la grossesse. En fait, il vaut mieux arrêter de boire avant de tomber enceinte. Si une femme a des questions sur une consommation de substances qui est survenue avant de savoir qu'elle était enceinte, parlez-lui franchement des effets possibles, ainsi que de certains des facteurs de protection (p. ex., la nutrition). Rassurez-la en lui disant qu'il n'est jamais trop tard pour réduire ou arrêter sa consommation d'alcool ou de substances pour aider son bébé.</p>
<p>Aucune sorte d'alcool n'est sûre. N'importe quel type d'alcool peut faire du mal au fœtus (bière, panaché, vin ou spiritueux). Certaines de ces boissons ont une teneur en alcool par volume plus élevée que d'autres. Ce qui importe, c'est la quantité d'alcool qui est consommée et la fréquence de la consommation, pas le type de boisson. La consommation abusive et excessive d'alcool est très dangereuse pour le fœtus.</p>	<p>Tous les types d'alcool peuvent nuire à votre bébé (bière, panaché, vin ou spiritueux). La consommation abusive (plus de trois consommations en une même occasion) et excessive d'alcool est très dangereuse.</p>
<p>Aucune quantité n'est sûre. Même si certaines études ont montré qu'une faible consommation d'alcool (p. ex., une ou deux consommations par semaine) présentait un risque minime, les malentendus possibles sur la taille standard d'une consommation et l'impossibilité de tenir compte d'autres risques individuels (p. ex., la génétique, les effets de la nutrition, du stress et de la consommation d'autres substances) signifient que la meilleure conduite consiste à éviter complètement l'alcool. Chez les animaux, des études ont montré clairement qu'il existait une relation dose-réponse entre la consommation d'alcool et les effets néfastes.</p>	<p>Il vaut mieux ne pas boire du tout d'alcool pendant votre grossesse. Il n'y a pas de quantité d'alcool connue qui pourrait être consommée sans danger durant la grossesse.</p>

Idées de brèves interventions à l'intention des prestataires de soins prénataux

Poser des questions sur le type, la fréquence et la quantité en ce qui concerne la consommation de substances fait souvent partie de manière systématique du processus de soins prénataux pour les médecins, les sages-femmes, les infirmières, les intervenants des services d'approche sur la grossesse et les autres prestataires de soins prénataux, en particulier au cours du premier rendez-vous. Les lignes directrices cliniques incitent souvent les prestataires de services à poser des questions sur la consommation de substances lors des visites de contrôle et de façon régulière car la consommation et la situation des femmes changent fréquemment. Des conversations de suivi avec les femmes peuvent aussi être guidées par leurs préoccupations et par les questions qui les intéressent, et elles peuvent renforcer leur autoefficacité. Voici quelques autres idées pour poursuivre la brève intervention et le soutien tout au long de la grossesse et lors du passage à la période postnatale.

1

TABAC ET RÉDUCTION DES MÉFAITS DURANT LA GROSSESSE. Faites connaître une ressource comme « Se préparer à arrêter » (www.expectingtoquit.ca/french) aux femmes enceintes qui fument et qui pourraient ne pas être prêtes à renoncer au tabac. Elle offre des conseils sur la manière de réduire les méfaits du tabagisme et sur les réponses qu'elles peuvent donner aux gens qui leur disent qu'elles ne devraient pas fumer parce qu'elles sont enceintes. Insistez sur le fait qu'il existe de nombreuses voies pour renoncer au tabac et pour vous annoncer quand elles sont prêtes. Montrez-leur comment avoir des conversations avec la famille et les amis sur le tabagisme et la réduction ou l'abandon de l'usage du tabac.

2

CANNABIS ET NAUSÉES Comme le cannabis a déjà été utilisé contre les nausées durant la grossesse et est souvent prescrit pour traiter les nausées et les vomissements dans les cas de cancer et d'autres problèmes de santé, certaines femmes risquent de poser des questions sur son usage pour lutter contre les nausées au cours de la grossesse. Vous pouvez donner des renseignements sur les effets potentiels à court et à long terme de la consommation de cannabis pendant la grossesse et indiquer que les données actuelles

laissent penser qu'il n'y a pas de quantité de cannabis connue qui pourrait être consommée sans danger durant la grossesse. Les femmes souhaiteront peut-être en savoir plus sur le THC, la principale substance psychoactive du cannabis, et sur la manière dont il passe dans le placenta (quelle que soit la façon dont le cannabis est consommé). Discutez d'autres moyens de lutter contre les nausées au cours de la grossesse.

3

POLYTOXICOMANIE ET RÉDUCTION DES MÉFAITS DURANT LA GROSSESSE. Beaucoup de femmes enceintes parviennent à réduire ou à cesser leur consommation de substances pendant la totalité ou une partie de leur grossesse. Pour les femmes qui modifient leur consommation de substances, il peut être utile de connaître les méfaits relatifs de diverses substances et l'incidence potentielle sur le fœtus. Faites-leur savoir que l'alcool et le tabac sont les deux substances qui peuvent être les plus néfastes pour la santé du fœtus et, à long terme, pour les nourrissons qui y sont exposés dans l'utérus. Cela peut aider les femmes à établir un ordre de priorité dans les changements qu'elles apportent à leur vie. Si les femmes consomment des substances illicites, certains méfaits potentiels peuvent être combattus par des pratiques moins risquées (p. ex., aiguilles et autre matériel propres), des rapports sexuels protégés et des mesures de soutien comme le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

4

RENONCEMENT AU TABAC ET PRÉVENTION DES RECHUTES DURANT LA PÉRIODE POSTNATALE

De nombreuses femmes cessent de fumer durant leur grossesse, mais les taux de rechute après l'accouchement sont très élevés. Rappelez aux femmes qu'elles ont réussi à réduire leur consommation de tabac pendant leur grossesse et demandez-leur si elles souhaitent continuer à recevoir du soutien après la grossesse. Parmi les sujets abordés pourraient figurer la santé des femmes et les avantages continus du renoncement au tabac, les facteurs de stress dans leur vie après l'accouchement et les autres stratégies d'adaptation, les effets de la fumée secondaire sur la famille, la découverte de nouvelles motivations pour maintenir l'abstinence tabagique après la naissance du bébé ou les ressources qui pourraient être utiles (y compris le soutien par messages textes et en ligne).

5

ALCOOL ET ALLAITEMENT. Lors du partage d'information sur l'allaitement, les femmes souhaiteront peut-être savoir si la consommation d'alcool est sans danger ou pas quand elles allaitent. Alors que l'alcool passe dans le sang de la femme et dans son lait maternel à des taux semblables, la quantité d'alcool dans le lait maternel culmine 30 à 60 minutes après la consommation et l'alcool disparaît du lait avec le temps. Aidez les femmes à décider si elles veulent ou pas éviter complètement l'alcool, comment « tirer leur lait et le jeter » en fonction de leur calendrier d'allaitement ou comment s'arranger autrement au besoin.

6

OPIOÏDES SUR ORDONNANCE ET ALLAITEMENT. Il n'est pas dangereux d'allaiter tout en prenant la plupart des opioïdes sur ordonnance, notamment la méthadone et la buprénorphine. Décider d'allaiter ou pas tout en prenant des opioïdes sur ordonnance dépend de la nature des médicaments que les femmes utilisent, de la dose ou de la quantité qu'elles prennent et du fait qu'elles les prenaient ou pas durant la grossesse.

7

CANNABIS ET FUMÉE SECONDAIRE.

Aidez les femmes à se préparer pour après la naissance du bébé. La fumée secondaire du cannabis contient un grand nombre de produits chimiques qu'on retrouve dans la fumée du tabac. Encouragez les femmes à réfléchir à des moyens de réduire la quantité de fumée à laquelle leurs bébés sont exposés : p. ex., en fumant loin de leurs enfants ou en dehors de la maison ou en consommant sous d'autres formes sans fumer (p. ex., teintures, vaporisateurs, vapotage).

8

CANNABIS ET RANGEMENT SÉCURITAIRE HORS DE PORTÉE DES ENFANTS.

Incitez les consommatrices de cannabis à s'assurer qu'elles rangent leurs produits en lieu sûr hors de la portée des enfants. (Le cannabis présent dans des produits alimentaires, comme des biscuits et des brownies, peut être particulièrement tentant pour des enfants curieux.) Faites savoir aux femmes qu'elles doivent immédiatement faire appel à un médecin si leur enfant ingère du cannabis sous forme solide ou liquide. Voici quelques-uns des symptômes : problèmes pour marcher ou s'asseoir, difficulté à respirer et tendance à s'endormir.

Idées de brèves interventions à l'intention des prestataires de soins au stade de la préconception

1

CONSOMMATION DE SUBSTANCES ET FERTILITÉ. Demandez aux femmes ce qu'elles savent déjà sur la consommation de substances et la fertilité. « Vous m'avez dit que vous fumiez. Que savez-vous concernant les effets du tabagisme sur votre santé en matière de reproduction? » « Connaissez-vous les derniers résultats de recherche et les dernières lignes directrices en ce qui a trait à l'alcool et à la grossesse? Souhaitez-vous en apprendre davantage? » Beaucoup de femmes ignorent les effets de la consommation de substances sur la fertilité, notamment que le tabac peut nuire à la fertilité des hommes et des femmes et qu'une forte consommation d'alcool peut avoir des conséquences sur l'ovulation et perturber les cycles menstruels chez les femmes. Les études sur la santé des femmes et le cannabis se multiplient à grande vitesse et c'est un domaine sur lequel de nombreuses femmes peuvent désirer en savoir plus.

2

ALCOOL ET PLANIFICATION DE LA GROSSESSE. Si une femme envisage ou planifie de tomber enceinte, discutez des options concernant la consommation d'alcool. (1) Elle peut cesser de boire avant de tomber enceinte (le plus sûr); (2) elle peut ne pas boire alors qu'elle essaie de concevoir un enfant ou qu'elle n'utilise plus de méthode de contraception efficace (le plus sûr); (3) elle peut ne pas boire entre l'ovulation et les règles à chaque cycle menstruel ou (4) elle peut cesser de boire si elle pense qu'elle pourrait être enceinte.

3

RENONCEMENT AU TABAC AVEC UN PARTENAIRE. L'usage du tabac peut réduire la fertilité à la fois chez les femmes et chez les hommes. Idéalement, les femmes devraient essayer d'arrêter de fumer avant de tomber enceintes. Si les femmes sont prêtes à renoncer au tabac, demandez-leur si elles pensent qu'il serait utile que leurs partenaires s'investissent pour les soutenir ou si leurs partenaires pourraient souhaiter aussi cesser de fumer.

4

ALIMENTATION SAINE. Beaucoup de femmes qui prévoient tomber enceintes modifient leur alimentation. Envisagez de donner des renseignements sur la consommation d'alcool et la grossesse lorsque vous discutez de la caféine, des compléments alimentaires à base de plantes, des vitamines et des aliments à éviter lorsqu'on compte tomber enceinte ou qu'on l'est déjà.

Les brèves interventions dans le domaine de la santé en matière de sexualité

Pour les prestataires de services qui œuvrent dans des contextes portant sur la santé sexuelle, nombreuses sont les possibilités de mener de brèves interventions et d'apporter du soutien sur la consommation de substances.

La brève intervention et le soutien peuvent comporter les éléments suivants :

1. un partage d'information sur les relations entre la consommation de substances, la fertilité et la santé des femmes en matière de reproduction;
2. une incitation à la réflexion, aux prises de décisions saines et à l'acquisition de compétences en ce qui concerne la consommation de substances, la contraception et les pratiques sexuelles (p. ex., connaissance des limites personnelles en matière de consommation d'alcool, négociation de l'utilisation de condoms, accès à des outils de réduction des méfaits comme les condoms et les aiguilles propres pour prévenir la transmission des ITSS);
3. un apport de renseignements sur les ressources en ligne et pratiques concernant la consommation de substances et un aiguillage vers les services communautaires spécialisés dans ce domaine pour celles qui souhaiteraient bénéficier d'un soutien supplémentaire.

Améliorer la contraception et réduire le nombre de grossesses non planifiées est une stratégie fondée sur des données probantes qui s'avère efficace pour diminuer le nombre de grossesses durant lesquelles de l'alcool ou d'autres substances sont consommés. Les résultats de recherche laissent penser que les brèves interventions qui offrent aux femmes le choix entre diminuer leur consommation d'alcool et augmenter l'utilisation de moyens de contraception sont particulièrement efficaces pour réduire le risque de grossesses avec consommation d'alcool. Les études

concernant les interventions « sur deux points », qui portent à la fois sur la réduction de la consommation d'alcool et l'augmentation d'une utilisation efficace des moyens contraceptifs, montrent des baisses importantes de la consommation d'alcool, du risque de grossesses où le fœtus est exposé à l'alcool ou des deux par rapport à un groupe témoin qui n'a pas bénéficié d'une telle intervention ou à un groupe soumis aux mesures qui étaient en vigueur avant l'intervention. Dans de nombreuses études, une proportion plus élevée de femmes diminuent le risque d'une grossesse où elles consommeront de l'alcool en utilisant la contraception plutôt qu'en réduisant leur consommation d'alcool.^{62, 100, 105-114}

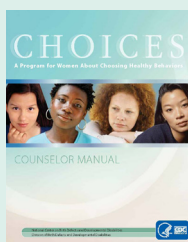
Pour les personnes vivant avec le VIH, la consommation de substances peut jouer un rôle important dans l'état de santé général. Ces dernières années, l'apport d'un soutien à ces personnes pour qu'elles renoncent au tabac a fait l'objet de davantage d'attention. Des études ont montré que les personnes vivant avec le VIH fument du tabac beaucoup plus couramment que la population générale^{115, 116} et qu'elles sont plus vulnérables face aux effets néfastes du tabagisme.¹¹⁷ Les prestataires de soins contre le VIH – y compris ceux qui œuvrent dans des milieux offrant des soins de santé primaires, dans des cliniques spécialisées dans ce domaine et dans des organismes de services de lutte contre le sida – peuvent interroger leurs clients sur l'usage du tabac et leur offrir de l'aide pour qu'ils cessent de fumer. Chez les femmes vivant avec le VIH, le tabagisme durant la grossesse peut augmenter les risques de transmission du VIH au bébé, de fausse couche et de naissance d'un enfant mort-né.^{118, 119} Les prestataires de soins contre le VIH peuvent jouer un rôle important pour inciter les femmes à cesser de fumer avant de tomber enceintes, au stade de la préconception, et offrir un soutien aux femmes enceintes pour qu'elles ne fument pas de tabac durant leur grossesse.

DES RESSOURCES



Comment discuter de santé sexuelle, de consommation de substances et d'ITSS
Cette ressource propose des exemples de dialogues et explique plusieurs stratégies qui faciliteront des discussions plus sûres et plus respectueuses avec les clients à propos de la santé sexuelle, de la consommation de substances et des ITSS.

Disponible à www.cpha.ca/fr



Manuel du conseiller du programme CHOICES

Axé sur les entrevues motivationnelles, ce programme fondé sur des données probantes réduit le nombre de grossesses durant lesquelles de l'alcool est consommé en aidant les femmes à baisser leur consommation ou à arrêter de boire, à utiliser efficacement des moyens de contraception ou les deux.

Disponible à www.cdc.gov (en anglais seulement)



« C'est positif : j'écrase! » : tabagisme et VIH

Un site Web pour aider les personnes vivant avec le VIH à cesser de fumer, qui comprend des renseignements à l'intention des prestataires de services.

www.positivequitting.ca/f



HIV/AIDS, Pregnancy, and Tobacco

Cette fiche de renseignements explique comment l'usage du tabac durant la grossesse peut augmenter le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant et encourage les femmes à agir pour parvenir à ne pas fumer de tabac durant leur grossesse.

Disponible à <http://skprevention.ca> (en anglais seulement)

Idées de brèves interventions dans des contextes portant sur la santé sexuelle

1

CONSOMMATION D'ALCOOL, VOMISSEMENTS ET CONTRACEPTION ORALE. Discutez de la façon dont les méthodes contraceptives, en particulier la contraception orale, peuvent être moins efficaces si les femmes vomissent. Si vous craignez d'être perçu comme jugeant les femmes dont la consommation d'alcool se solde par des vomissements, vous pouvez donner tout un éventail de raisons qui font que les femmes peuvent vomir, p. ex. : « Si vous vomissez – à cause d'une intoxication alimentaire, de la grippe intestinale ou d'une forte consommation d'alcool – votre contraceptif oral pourrait ne pas être efficace. Le mieux est d'utiliser une autre méthode de contraception ou d'envisager le recours à un contraceptif d'urgence ou à la "pilule du lendemain". » Il peut s'ensuivre une conversation sur la connaissance des limites personnelles en matière de consommation d'alcool et une offre de partage de renseignements supplémentaires sur la santé concernant la consommation d'alcool et d'autres substances.

2

CONSOMMATION DE SUBSTANCES ET FERTILITÉ. Donnez des renseignements sur le fait que l'alcool, le tabac et les opioïdes font partie des substances qui peuvent compliquer la conception. Voici quelques questions que vous pourriez poser pour démarrer la conversation : « Prévoyez-vous avoir des enfants prochainement? » « Connaissez-vous les derniers résultats de recherche et les dernières lignes directrices en ce qui a trait à l'alcool et à la grossesse? Souhaitez-vous en apprendre davantage? » « Vous m'avez dit au cours d'un rendez-vous antérieur que vous fumiez. Que savez-vous déjà concernant les effets du tabagisme sur votre santé en matière de reproduction? »

3

CONSOMMATION DE SUBSTANCES ET COUNSELING SUR LA CONTRACEPTION. Lorsqu'ils posent des questions pour savoir si les femmes et leurs partenaires souhaitent attendre un enfant ou éviter une grossesse, les prestataires de services pourraient leur donner des renseignements sur l'efficacité de diverses méthodes. Si les femmes ont des doutes sur la grossesse ou désirent utiliser une méthode de contraception moins efficace, elles pourraient trouver utile de réfléchir à leur consommation de substances au cours de leur processus de prise de décision.

4

VIH ET TABAC. Les fumeuses vivant avec le VIH pourraient souhaiter en apprendre davantage sur les stratégies de réduction ou d'abandon de l'usage du tabac et sur les effets du tabagisme sur la santé des personnes atteintes par le VIH. Même si les femmes ne sont pas prêtes à renoncer au tabac, demandez-leur s'il pourrait être utile que vous les interrogiez de nouveau sur leur envie de cesser de fumer lors d'un rendez-vous ultérieur.

5

CONTRACEPTIFS HORMONAUX ET TABAC. Les femmes qui utilisent des contraceptifs hormonaux présentent un risque accru de souffrir de problèmes de santé comme les accidents vasculaires cérébraux, les caillots et les crises cardiaques. Aidez les femmes à prendre des décisions qui leur conviennent par exemple réduire ou abandonner l'usage du tabac, employer des contraceptifs hormonaux qui contiennent moins ou pas du tout d'œstrogènes ou choisir une autre méthode de contraception.

6

BIEN-ÊTRE MENTAL. La consommation de substances et le sexe peuvent être des activités divertissantes, relaxantes et agréables. Pour certaines personnes, ils peuvent aussi devenir un moyen de faire face au stress et aux situations difficiles de la vie; à long terme, ce sera souvent une source de stress et de problèmes supplémentaires. Offrez aux filles et aux femmes du soutien pour élaborer d'autres stratégies d'adaptation et trouver des ressources complémentaires pour traiter les problèmes auxquels elles pourraient être confrontées.

7

CONSENTEMENT, ACTIVITÉ SEXUELLE ET CONSOMMATION DE SUBSTANCES. Discutez de ce qu'est le consentement, de qui peut le donner et de quand il peut ou ne peut pas être donné. Parlez de la façon dont l'alcool et d'autres substances peuvent influencer sur la prise de décisions en matière sexuelle à la fois pour les femmes et pour leurs partenaires. Aidez les femmes à acquérir des compétences pour parler et discuter de consentement pendant l'acte, p. ex. : « Êtes-vous à l'aise? » « Est-ce que ça vous va? » « Voulez-vous ralentir? » « Veulez-vous aller plus loin? » Rappelez aux femmes que le consentement doit être sans équivoque et empreint d'enthousiasme des deux côtés et qu'elles et leurs partenaires devraient conserver leur capacité à consentir du début à la fin. Si les gens sont sous l'influence de l'alcool ou d'autres substances (p. ex., s'ils ont perdu connaissance, s'ils ne sont pas conscients de leur environnement, s'ils sont incapables de parler clairement ou s'ils sont silencieux), alors ils ne sont pas en mesure de donner leur consentement.

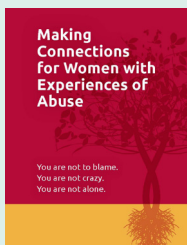
Les brèves interventions dans le secteur de la lutte contre la violence

La consommation de substances et les expériences passées ou présentes de violence sont souvent reliées¹²⁰ et il n'est pas rare que les femmes qui subissent de la violence consomment des substances pour faire face à leur situation.¹²¹ Par le passé, les organismes de lutte contre la violence interrogeaient les femmes sur leur consommation de substances afin d'évaluer leur état général de santé mentale et celles qui avouaient consommer des substances n'avaient pas le droit d'accéder aux services.¹²² De nos jours, de nombreux organismes de lutte contre la violence ont abandonné les services fondés sur l'abstinence et ont adopté une approche de réduction des méfaits s'appuyant sur les principes de sécurité, d'inclusion et d'autoefficacité.⁸¹

Les discussions sur la consommation de substances offrent parfois la possibilité de promouvoir la sécurité des femmes.¹²³ Reconnaisant que différents organismes

ont différentes politiques en ce qui concerne la consommation de substances, la British Columbia Society of Transition Houses recommande au personnel, avant qu'il pose des questions à ce sujet, d'expliquer clairement la politique de l'organisme et ce qui motive les questions, et de confirmer les mesures que les prestataires de services ont prises pour assurer le respect de la vie privée et la confidentialité.⁸¹ Comme les femmes peuvent tout d'abord ne pas se sentir à l'aise ou en sécurité pour discuter de leur consommation de substances, les prestataires de services sont invités à s'engager dans un processus continu axé sur la brève intervention et l'établissement de liens. Ces discussions peuvent aider les femmes à définir d'autres stratégies d'adaptation, à créer des plans de sécurité et à déterminer quels services et soutiens elles pourraient trouver utiles.

DES RESSOURCES



Making Connections for Women with Experiences of Abuse

Un guide pratique que les prestataires de services peuvent utiliser avec les femmes pour explorer et comprendre les liens entre violence contre les femmes, troubles de santé mentale et consommation de substances.

Disponible à www.bcwomens.ca (en anglais seulement)



Manuel de WINGS (Women Initiating New Goals of Safety) Manual

Une intervention en une seule séance à l'intention des consommatrices de substances pour les aider à faire reculer la violence sexiste et leur permettre d'accéder au soutien des services pour la consommation de substances.

Disponible à <http://blogs.cuit.columbia.edu/wings/> (en anglais seulement)

Idées de brèves interventions à l'intention des programmes et services de lutte contre la violence

1

TRANSITION ET GUÉRISON. Quitter un partenaire violent représente une transition et beaucoup de femmes commenceront à prendre des mesures pour améliorer leur état de santé et prendre soin d'elles. Demandez aux femmes si elles souhaiteraient avoir du soutien ou de l'aide pour établir ou atteindre leurs propres objectifs. Vous pouvez discuter avec elles de diverses options, comme aller se promener, prendre des vitamines, faire des étirements et réduire leur consommation de substances.

2

PROMOTION DE LA COMPASSION ET DES SOINS PERSONNELS. Certaines femmes peuvent se sentir découragées à l'idée de modifier leur consommation de substances car elles pourraient avoir le sentiment « qu'il est trop tard » ou « que le mal est fait ». Écoutez leurs préoccupations et rappelez-leur qu'il n'est jamais trop tard pour faire des changements positifs. Parlez-leur d'une ressource comme « Votre corps vous pardonnera » (www.expectingtoquit.ca/french) qui discute des effets positifs du renoncement au tabac après 30 minutes, 12 heures, 48 heures et ainsi de suite.

3

PROMOTION DE DIFFÉRENTES VOIES VERS LA GUÉRISON ET LE RÉTABLISSEMENT. Beaucoup de femmes peuvent trouver utiles les programmes en douze étapes comme les AA tandis que d'autres peuvent penser que des groupes uniquement composés de femmes ou axés sur les femmes leur seraient bénéfiques. Certaines femmes pourraient être intéressées par des programmes comme 16 Steps for Discovery and Empowerment (16 étapes vers la découverte et pour renforcer le pouvoir d'agir) élaborés par Charlotte Kasl qui discute du fait que, souvent, la consommation de substances est pour les femmes une stratégie d'adaptation et de survie. Permettre aux femmes de trouver le programme ou le groupe qui leur convient le mieux offre de nouveaux horizons en matière d'autoefficacité et de prise de décisions.

4

CONSOMMATION DE SUBSTANCES ET MATERNAGE. Dans les programmes à long terme, partagez de l'information sur la manière de réduire l'effet de la fumée secondaire de tabac ou de cannabis sur les enfants. Aidez les femmes à réfléchir à l'incidence de la consommation actuelle ou passée de substances sur le rôle parental et à la façon de consommer de manière responsable. Montrez-leur comment avoir des conversations sur la consommation de substances avec les enfants qui soient adaptées à chaque âge et donnez-leur des conseils à ce sujet.

suite à la page suivante

5

DÉFENSE DES INTÉRÊTS ET ORIENTATION DANS LE SYSTÈME. Offrez aux femmes de les aider à accéder au soutien et aux services d'aide pour la consommation de substances. Toutes les femmes n'ont pas besoin ou envie d'un traitement pour la consommation de substances, mais elles pourraient être intéressées par des ressources en ligne ou vouloir savoir comment accéder à une thérapie de remplacement de la nicotine (p. ex., timbre, gomme) ou encore trouver utile d'avoir quelqu'un qui défend leurs intérêts lorsqu'elles discutent de leurs préoccupations concernant les médicaments sur ordonnance avec leur prestataire de soins de santé.

6

PROMOTION DE LA COMPRÉHENSION DES LIENS QUI EXISTENT ENTRE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES ET LES EXPÉRIENCES DE VIOLENCE. Chez certaines femmes, la consommation de substances fait partie d'une dynamique de la violence : p. ex., leur partenaire les a menacées de leur faire du mal si elles consommaient ou, au contraire, si elles ne consommaient pas de drogue ou les a empêchées d'accéder à un traitement pour des problèmes de consommation de substances. Vous pouvez utiliser une ressource comme le modèle de pouvoir et de contrôle pour l'abus de substances des femmes (disponible en anglais à www.ncdsv.org et traduit ci-dessous en français) pour les aider à comprendre cette dynamique et à y donner un sens.



MODÈLE DE POUVOIR ET DE CONTRÔLE POUR L'ABUS DE SUBSTANCES DES FEMMES. Traduit et adapté de «Power and Control Wheel» développé par les programmes d'intervention contre les abus domestiques (Domestic Abuse Intervention Programs), Duluth, MN. © 1996 Marie T. O'Neil. Disponible à www.ncdsv.org (en anglais, arabe, et espagnol seulement).

Les brèves interventions auprès des filles et des jeunes femmes

Parmi tous les groupes d'âge, ce sont les jeunes femmes qui ont les taux les plus élevés de consommation abusive et excessive d'alcool.

L'âge moyen où les filles boivent pour la première fois de l'alcool au Canada est de 13 ans. Plus de 70 % des jeunes âgés de 15 à 24 ans (et 50 % des jeunes qui n'ont pas l'âge légal pour consommer de l'alcool) ont consommé de l'alcool au cours de la dernière année et l'alcool est la substance la plus consommée par les jeunes Canadiens, suivi du cannabis (25 %).^{124, 125} Parmi tous les groupes d'âge, ce sont les jeunes femmes qui ont les taux les plus élevés de consommation abusive et excessive d'alcool.

Les prestataires de services peuvent apporter un soutien axé sur la réduction des méfaits, l'acquisition de compétences et les forces individuelles.

Ces taux nous poussent à trouver des possibilités d'interventions auprès des filles et des jeunes femmes concernant l'alcool. Les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada exhortent les jeunes à ne pas boire avant au moins les dernières années de l'adolescence et à ne pas dépasser une à deux consommations en une même occasion et pas plus d'une à deux fois par semaine.¹²⁶ Même si ces directives peuvent être utiles comme fondement pour une intervention, en réalité, beaucoup de filles consomment de l'alcool et elles le font régulièrement et sans modération – elles alternent plutôt les périodes d'abstinence et celles de consommation abusive (plus de trois consommations en une même occasion).

La brève intervention et le soutien peuvent notamment porter sur la levée des craintes au sujet de la sécurité (p. ex., rentrer chez soi en toute sécurité) et la compréhension des risques à court et à long terme liés à la consommation excessive d'alcool.

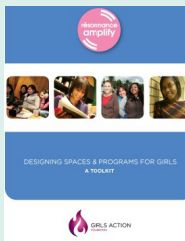
Au lieu de viser l'abstinence complète, les prestataires de services peuvent apporter un soutien axé sur la réduction des méfaits, l'acquisition de compétences et les forces individuelles. La brève intervention et le soutien peuvent notamment porter sur la levée des craintes au sujet de la sécurité (p. ex., rentrer chez soi en toute sécurité), la compréhension des risques à court et à long terme liés à la consommation excessive d'alcool, la façon d'aider les filles à parler à leurs parents de leur consommation d'alcool, la sensibilisation aux signaux d'alarme associés à une intoxication par l'alcool ou à une possible dépendance à l'alcool et la promotion de la modération ou de pratiques de consommation d'alcool plus sûres (p. ex., ne pas boire avec l'estomac vide).

Conduire en état d'ébriété ou monter dans une automobile où le chauffeur est ivre ou drogué continue de manière disproportionnée à être un problème chez les adolescents. Comme c'est le cas dans la population générale, la plupart des filles et des jeunes femmes sont conscientes des dangers de la conduite en état d'ivresse. En revanche, beaucoup de gens ne pensent pas qu'il est risqué de conduire sous l'influence du cannabis et un nombre important de personnes croient que le cannabis leur permet de mieux conduire bien qu'il soit prouvé de manière irréfutable qu'il diminue les facultés de conduite.¹²⁷

La brève intervention et le soutien auprès des filles et des jeunes femmes sur la consommation de substances peuvent jouer un rôle non seulement pour réduire les méfaits de la consommation actuelle mais aussi pour aider à prévenir les méfaits plus tard dans la vie de la consommation de substances, y compris les opioïdes sur ordonnance et les drogues illicites comme l'héroïne.¹²⁸ La consommation de substances est liée à de nombreuses autres questions touchant les filles et les jeunes femmes comme la sexualité, le bien-être mental, les troubles de l'alimentation et les problèmes de poids, ainsi que les agressions sexuelles.^{24, 129-134} De plus, les filles ont des taux élevés de grossesses non planifiées¹³⁵ et les taux les plus hauts de consommation d'alcool et de tabac durant la grossesse.¹³⁶ Les prestataires de services peuvent donner aux filles et aux jeunes femmes la possibilité de discuter en toute sécurité de ces questions étroitement liées entre elles et leur fournir les connaissances, les ressources et le soutien nécessaires pour faire des choix sains concernant la consommation de substances et leur santé.

La consommation de substances est liée à de nombreuses autres questions touchant les filles et les jeunes femmes comme la sexualité, le bien-être mental, les troubles de l'alimentation et les problèmes de poids, ainsi que les agressions sexuelles.

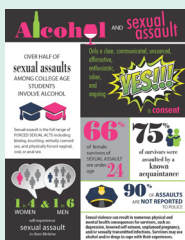
DES RESSOURCES



Boîte à outils Résonance

Un manuel pratique et un guide d'ateliers indiquant comment organiser et animer des programmes pour les filles, notamment des programmes de promotion de la santé à l'intention des filles et des jeunes femmes.

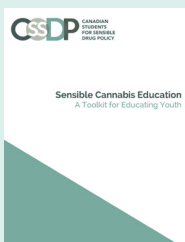
Disponible à <http://girlsactionfoundation.ca/fr>



Document infographique Alcohol and Sexual Assault

Élaboré par Youth Action for Prevention en partenariat avec le Sexual and Reproductive Health Program (Programme de santé en matière de sexualité et de reproduction en Saskatchewan) et des groupes d'étudiants de l'Université de la Saskatchewan (Centre des femmes de l'USSU, What's Your Cap?, association étudiante USSU), ce document infographique sensibilise aux liens entre l'alcool et les agressions sexuelles et à l'importance d'obtenir un consentement pour tous les actes sexuels.

Disponible à <http://skprevention.ca> (en anglais seulement)



Sensible Cannabis Education: A Toolkit for Educating Youth

Élaborée par les Étudiant(e)s canadien(ne)s pour des politiques éclairées sur les substances psychoactives, cette ressource vise à aider les adultes à avoir des conversations en toute connaissance de cause et sans aucun jugement avec les jeunes sur le cannabis.

Disponible à <https://cssdp.org> (en anglais seulement)

Idées de brèves interventions auprès des filles et des jeunes femmes

1

DIRECTIVES DE CONSOMMATION D'ALCOOL À FAIBLE RISQUE. Aidez les filles à modérer leur consommation d'alcool en discutant des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada (www.ccsa.ca). Parmi les sujets possibles de discussion peuvent figurer des conseils pour une consommation d'alcool plus sûre (p. ex., ne pas boire avec l'estomac vide), des explications sur ce qu'est une consommation standard, la consommation d'alcool avec modération (c'est-à-dire une à deux consommations) et la connaissance de leurs limites personnelles (p. ex., selon la taille du corps, le patrimoine génétique). Beaucoup de filles seront surprises d'apprendre que la « consommation abusive » est définie comme étant trois consommations ou plus.

2

CONDUITE AUTOMOBILE ET SÉCURITÉ. De nombreuses filles se sont déjà trouvées dans des situations où un chauffeur ivre ou drogué était au volant de l'automobile où elles étaient montées ou leur proposait de les ramener en voiture. Alors que la plupart des gens connaissent les dangers de la conduite en état d'ébriété, ils peuvent avoir des doutes en ce qui concerne le cannabis. Même si certaines personnes croient que le cannabis n'a aucun effet sur la conduite (ou qu'elles conduisent mieux quand elles en ont consommé), il diminue en fait les facultés cognitives et augmente les temps de réaction. Aidez les filles à trouver d'autres solutions pour rentrer chez elles en toute sécurité, le cas échéant.

3

EFFETS SUR LA SANTÉ POUR LES JEUNES FEMMES. Donnez des renseignements sur la façon dont la consommation d'alcool et d'autres substances peut avoir des conséquences particulièrement préoccupantes pour les femmes : p. ex., lien entre l'alcool et le risque de cancer du sein, consommation d'alcool durant la grossesse pouvant être à l'origine de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale.

4

CONSOMMATION DE SUBSTANCES ET AGRESSION SEXUELLE. La consommation excessive d'alcool dans certaines situations (p. ex., dans les bars, dans les fêtes, lors de rendez-vous) peut rendre certaines filles plus vulnérables à l'égard de rapports sexuels non désirés. Veillez à ce que les filles sachent que le comportement d'un auteur d'agression n'est JAMAIS de leur faute. Discutez de moyens que les filles peuvent employer pour qu'elles et leurs amies restent en sécurité : p. ex., décider par avance avec leurs amies quelle quantité elles souhaitent boire puis se soutenir mutuellement pour respecter ces décisions. Vous pouvez également encourager les filles à aider d'autres filles qui pourraient être dans une situation dangereuse en leur proposant de l'aide ou en demandant à un ami de les aider.

5

DIALOGUE AVEC LA FAMILLE. Montrez comment avoir des conversations sur la consommation de substances avec les parents, les frères et sœurs et les autres membres de la famille.

6

VALEURS PERSONNELLES SUR LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES.

Aidez les filles à développer leurs propres valeurs sur la consommation de substances. Voici quelques questions possibles propices à la réflexion : (1) Quelle est ma relation avec l'alcool et d'autres substances? (2) Qu'est-ce que je pense des autres personnes qui consomment des substances? (3) Quand est-ce que je consomme de l'alcool et d'autres substances? Lorsque je suis stressée? Fatiguée? Triste? (4) Comment puis-je connaître ma limite? (5) Suis-je à l'aise de dire à des amis qu'il se peut que je n'aie pas envie de boire ou de consommer?

7

CONSOMMATION DE SUBSTANCES, TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ET PROBLÈMES DE POIDS.

Des études ont montré qu'il existait une forte corrélation entre la consommation de substances, le bien-être mental et les troubles de l'alimentation. Par exemple, des filles pourraient ne pas renoncer au tabac ou diminuer leur alimentation et faire de l'activité physique en excès quand elles comptent consommer de l'alcool, pour ne pas risquer de prendre de poids. Contribuez à soutenir les filles pour qu'elles développent une saine idée d'elles-mêmes et une image corporelle positive ainsi que des habiletés d'adaptation et des aptitudes à résoudre les problèmes. Encouragez l'esprit critique à propos des messages médiatiques et sociétaux et de ce qu'ils véhiculent sur l'aspect physique et la consommation de substances.

8

MÉLANGE DE L'ALCOOL ET DE LA CAFÉINE. Les jeunes sont les plus susceptibles de consommer des boissons alcoolisées contenant de la caféine ou de mélanger l'alcool et les boissons énergisantes. Informez les filles des méfaits possibles du mélange de l'alcool avec la caféine afin qu'elles puissent prendre des décisions éclairées. La caféine peut masquer les effets dépressifs de l'alcool ce qui peut donner l'impression aux filles qu'elles sont plus conscientes ou moins ivres qu'elles ne le sont en réalité. De plus, la caféine maintient les gens éveillés, les poussant à continuer à boire plus longtemps qu'ils ne le feraient habituellement.

9

RECONNAISSANCE DES SIGNES DE L'INTOXICATION PAR L'ALCOOL. Aidez les filles à apprendre les signes de l'intoxication par l'alcool, notamment une respiration lente ou irrégulière, une absence de réaction, des convulsions, des vomissements répétés, une basse température corporelle et une peau pâle, moite ou bleutée. Si elles sont avec des amis et que quelqu'un perd connaissance, encouragez-les à appeler un adulte responsable, à envisager d'appeler le 911, à rester avec la personne, à la coucher sur le côté (position latérale de sécurité) et à la maintenir au chaud.

Les brèves interventions auprès des filles et des femmes autochtones

Le fait que la consommation de substances dans les communautés autochtones soit conditionnée par des facteurs historiques, sociaux, politiques et économiques influence le contexte de la brève intervention et du soutien auprès des filles et des femmes autochtones.

Dans le domaine de la consommation de substances, des interventions culturelles ont été combinées à d'autres approches médicales occidentales.

Utiliser des outils de dépistage et mettre l'accent sur les comportements à risque peut ne pas être approprié ou pertinent pour de nombreuses filles et femmes autochtones.

La Commission de vérité et réconciliation du Canada a reconnu les effets intergénérationnels des pensionnats sur l'abus d'alcool et d'autres substances chez de nombreux peuples autochtones. Deux de ses appels à l'action se concentrent sur l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale et soulignent notamment la nécessité d'avoir des programmes de prévention de l'ETCAF à la fois collaboratifs et adaptés à la culture.¹³⁷ La Commission a aussi fait des recommandations sur la façon dont le système de soins de santé peut offrir de meilleures réponses en matière de santé et de bien-être des Autochtones. Le fait que la consommation de substances dans les communautés autochtones soit conditionnée par des facteurs historiques, sociaux, politiques et économiques influence le contexte de la brève intervention et du soutien auprès des filles et des femmes autochtones.

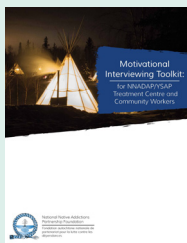
Beaucoup de communautés autochtones reconnaissent la relation qui existe entre la consommation de substances durant la grossesse et l'effort de réparation et de reconstruction des liens familiaux sains perturbés par les pensionnats, la rafle des années soixante et d'autres pratiques et politiques coloniales. Il est largement admis que le rôle des partenaires et des membres de la famille joue sur la capacité de nombreuses femmes à baisser leur consommation d'alcool ou à arrêter de boire pendant la grossesse. Les approches communautaires sont considérées comme des approches qui cessent de rejeter la responsabilité des problèmes tels que l'ETCAF sur chaque femme individuellement pour créer des cercles de soutien incluant la vaste gamme de facteurs qui influencent la santé et le bien-être des femmes. Dans le domaine de la consommation de substances, des interventions culturelles ont été combinées à d'autres approches médicales occidentales pour lutter contre les problèmes de consommation de substances. Les autochtones ont des liens plus ou moins étroits avec leur identité autochtone ce qui fait que, même si cette approche de la prévention et du traitement de la consommation de substances n'est pas la seule, elle reste importante.

Utiliser des outils de dépistage et mettre l'accent sur les comportements à risque (tels que définis par un modèle médical occidental) peut ne pas être approprié ou pertinent pour de nombreuses filles et femmes autochtones et peut contribuer à entretenir des déséquilibres de pouvoir avec les prestataires de services non autochtones et des mauvaises relations entre les autochtones et les non-autochtones d'une manière générale. Par le passé, les femmes autochtones ont injustement été ciblées par les programmes et les initiatives de dépistage même si des femmes de toutes origines consomment des substances. Au lieu de fournir des soins et des traitements pour les problèmes de consommation de substances, ces initiatives ont plus souvent conduit à des résultats négatifs comme des signalements injustifiés aux services de protection de l'enfance et de la défiance de la part des prestataires de services et ont contribué à l'établissement de stéréotypes sur les autochtones.

Au niveau clinique, la brève intervention et le soutien peuvent être mieux adaptés à la culture en incluant des ressources élaborées par des membres de la communauté locale ou dans la langue locale ou les deux, en utilisant des exercices traditionnels comme un exercice des couvertures ou des programmes axés sur la terre et en orientant les femmes vers des programmes conçus pour les autochtones, si elles le souhaitent.¹³⁸⁻¹⁴⁰ En outre, il y a de nombreuses similitudes entre les entrevues motivationnelles et la vision du monde des autochtones et c'est une approche qui peut être adaptée aux contextes et problématiques locaux.¹⁴¹⁻¹⁴³ D'une manière générale, il peut être moins stigmatisant et plus respectueux de discuter de la consommation de substances en suivant une approche fondée sur les forces et dans un contexte de bien-être qui englobe des sujets comme la contraception, les rapports sexuels protégés, la planification de la grossesse et le bien-être mental.

Au niveau clinique, la brève intervention et le soutien peuvent être mieux adaptés à la culture en incluant des ressources élaborées par des membres de la communauté locale ou dans la langue locale ou les deux et en utilisant des exercices traditionnels comme un exercice des couvertures.

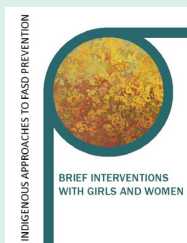
DES RESSOURCES



Trousse d'outils Motivational Interviewing Toolkit

Une présentation des entrevues motivationnelles à l'intention des prestataires de services communautaires et des intervenants spécialisés dans le traitement des dépendances qui travaillent dans des contextes autochtones.

Disponible à <http://thunderbirdpf.org> (en anglais seulement)



Indigenous Approaches to FASD Prevention: Brief Interventions with Girls and Women

Un livret faisant partie d'une série de cinq sur les approches adaptées à la culture en matière de consommation d'alcool durant la grossesse.

Disponible à www.canfasd.ca | thunderbirdpf.org | www.bccewh.bc.ca (en anglais seulement)

Les brèves interventions auprès des femmes et de leurs partenaires

Durant la grossesse, les femmes indiquent qu'il leur est plus difficile de réduire ou de cesser leur consommation d'alcool et d'autres substances lorsque leur partenaire désapprouve la situation.

Il est important de se rappeler que les partenaires peuvent être des hommes, des femmes ou des personnes de genre divers.

En général, les partenaires et les réseaux sociaux des femmes (p. ex., leurs amis, leurs collègues, leur famille) exercent une forte influence sur leur consommation de substances. Durant la grossesse, les femmes indiquent qu'il leur est plus difficile de réduire ou de cesser leur consommation d'alcool et d'autres substances lorsque leur partenaire désapprouve la situation.¹⁴⁴⁻¹⁵⁰ D'autres études montrent que les partenaires se sentent ignorés pendant les discussions prénatales et postnatales sur la consommation de substances et tenus à l'écart de l'information et des ressources qui existent concernant la santé.^{71, 144, 151-158}

Même si la recherche sur la participation des partenaires dans les brèves interventions auprès des femmes en est encore à ses balbutiements, il est clair que les partenaires peuvent avoir une influence importante sur la capacité des femmes à modifier leur consommation de substances et que beaucoup d'entre eux aimeraient aider les femmes à y arriver, souhaitent eux-mêmes changer dans ce domaine ou les deux. Les stratégies pour faire participer les partenaires à la brève intervention et au soutien peuvent varier. Il vaut parfois mieux travailler avec les partenaires séparément, car ils peuvent avoir leurs propres besoins et préoccupations. Dans d'autres cas, les femmes ne souhaiteront peut-être parler de consommation de substances que quand elles peuvent accéder aux services avec leur partenaire. La plupart du temps, les décisions sur la pertinence ou les modalités de la participation des partenaires dépendent des femmes elles-mêmes et du fait de savoir si elles trouvent que la participation de leurs partenaires les aide ou si elles préféreraient que ceux-ci accèdent aux services ou changent de leur côté.

Il est important de se rappeler que les partenaires peuvent être des hommes, des femmes ou des personnes de genre divers. Certaines femmes peuvent avoir plusieurs partenaires et certaines peuvent être célibataires. Les prestataires de services devraient prendre en compte la diversité des familles avec lesquelles ils peuvent être amenés à travailler et réfléchir à la façon de discuter de la consommation de substances avec divers membres des « cercles de soins » des femmes. Avec les hommes et les pères, les discussions sur la consommation de substances peuvent être une occasion de remettre en question les normes sexospécifiques et d'encourager les hommes à jouer leur rôle de père et de prestataire de soins.¹⁵⁹ Globalement, la brève intervention et le soutien peuvent permettre de promouvoir des relations plus équitables et saines et de contribuer à améliorer la santé au-delà des femmes elles-mêmes.

Idées de brèves interventions auprès des femmes et de leurs partenaires

1

PARTAGE D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. Si vous donnez des renseignements sur la santé (p. ex., une brochure, un site Web, une application) aux femmes en ce qui a trait à la consommation de substances, encouragez-les à partager ces renseignements et à en discuter avec leurs partenaires après le rendez-vous. Dites-leur que vous répondrez volontiers à toutes les questions que pourraient avoir leurs partenaires : p. ex., sur la quantité d'alcool que vous devriez consommer en une même occasion, sur la meilleure façon de cesser de fumer ou sur la consommation d'alcool durant la grossesse. Acceptez de faire participer les partenaires à une partie du rendez-vous à titre de soutien face aux préoccupations des femmes sur la santé ou, si le partenaire a lui-même des préoccupations importantes, donnez des renseignements sur les ressources communautaires et le soutien qui pourraient l'intéresser.

2

DÉFINITION D'OBJECTIFS COMMUNS EN MATIÈRE DE SANTÉ. Dans le cadre de la brève intervention et du soutien auprès de femmes qui désirent modifier ou réduire leur consommation de substances, aidez-les à définir des objectifs et un plan pour les atteindre. Demandez aux femmes si elles voudraient que leurs partenaires participent ou si ceux-ci pourraient eux aussi souhaiter modifier leur consommation de substances. S'il y a lieu, faites intervenir les partenaires des femmes dans la discussion.

3

IDÉES D'AMÉNAGEMENT DES DIVERTISSEMENTS. Comme la consommation d'alcool et d'autres substances fait partie intégrante de tant de facettes de la vie – depuis la bière consommée après le travail jusqu'aux pauses-cigarette en passant par les soirées entre filles et les soirées tranquilles avec des amis autour d'un verre de vin –, beaucoup de gens peuvent souffrir des conséquences sociales de la modification de leur consommation de substances. Aidez les femmes et leurs partenaires à trouver des moyens socialement acceptables de refuser un verre ou un joint, à trouver d'autres façons de passer du temps avec les amis (p. ex., aller prendre un café) ou à s'arranger pour apporter leurs propres boissons non alcoolisées à une fête. Changer ensemble peut permettre d'alléger une partie de la pression sociale et favoriser des changements positifs et durables.

4

AUTOÉVALUATION AU STADE DE LA PRÉCONCEPTION (POUR LES HOMMES).

Encouragez les hommes à évaluer leur propre consommation de substances, y compris de médicaments sur ordonnance, d'alcool, de tabac, de cannabis, de stéroïdes, de compléments alimentaires à base de plantes et d'autres drogues et médicaments. La consommation de substances a non seulement un effet sur la fertilité, mais elle peut aussi avoir des conséquences sur l'état de santé général, le bien-être et la capacité à assumer le rôle de parent. Les hommes pourraient souhaiter apporter d'autres changements à leur mode de vie pour se préparer à la paternité.

suite à la page suivante

5

PAUSE DURANT LA GROSSESSE. Certaines personnes pourraient vouloir envisager de faire une « pause » dans leur consommation d'alcool et d'autres substances pour montrer leur soutien à leur partenaire enceinte. Que ce soit durant un mois, trois mois ou l'ensemble de la grossesse, voir que leurs partenaires ont cessé leur consommation de substances peut être utile et encourageant pour de nombreuses femmes.

6

PRÉPARATION AU RÔLE DE PARENT. Incitez les femmes enceintes et leurs partenaires à prendre du temps pour réfléchir au rôle de la consommation de substances dans leur vie une fois que le bébé sera né. Certaines personnes pourraient ne pas souhaiter modifier leur consommation de substances et elles peuvent prévoir consommer de manière responsable. D'autres pourraient voir le rôle de parent comme une transition et envisageront d'apporter des changements à long terme à leur consommation de substances.

DES RESSOURCES



Alcohol, Pregnancy, and FASD Prevention: What Men Can Do to Help
Des idées pour les hommes qui veulent soutenir leurs partenaires enceintes.
Disponible à www.bcccewh.bc.ca (en anglais seulement)



Le bon moment. Les bonnes raisons : Les pères discutent la réduction et la cessation du tabac
Un livret basé sur les expériences de pères qui ont réduit leur consommation de tabac et qui ont arrêté de fumer.
Disponible à <http://facet.ubc.ca>

4. AMÉLIORER LES SYSTÈMES DE SOINS

La réussite des brèves interventions au niveau clinique est largement influencée par des facteurs organisationnels et systémiques.^{160,161} Parmi les facteurs qui peuvent avoir un effet sur la mise en œuvre et l'efficacité des brèves interventions en général figurent les frais correspondant aux codes de service pour les médecins qui effectuent les brèves interventions, l'inclusion de la brève intervention dans les stratégies ou les plans d'action provinciaux et les exposés de position ou les lignes directrices de pratique des associations professionnelles.¹ Le présent chapitre porte sur les facteurs systémiques qui concernent tout particulièrement la mise en œuvre des brèves interventions pour les filles et les femmes au stade de la préconception et lors de la période périnatale.

Directives de consommation de substances à faible risque

Les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada sont un élément clé de la Stratégie nationale sur l'alcool et elles ont obtenu l'appui de nombreux organismes, notamment l'Association canadienne des chefs de police, le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, l'Association médicale canadienne, la Société canadienne de pédiatrie, l'Association canadienne de santé publique, l'Institut canadien de recherche sur l'usage de substances, le Centre de toxicomanie et de santé mentale, le Collège des médecins de famille du Canada, Educ'alcool, MADD Canada et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Depuis leur publication en 2011, de nombreux gouvernements provinciaux et territoriaux et organismes de santé ont conçu des campagnes de sensibilisation et de formation à l'intention des professionnels de la santé afin d'appuyer leur mise en œuvre.

Les directives de consommation à faible risque ont pour but d'aider les gens à réduire le plus possible les risques liés à l'alcool et elles reconnaissent que ce sont eux les décideurs en ce qui concerne leur propre santé

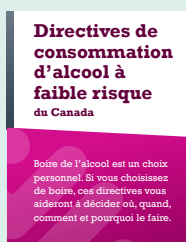
Les directives de consommation à faible risque ont pour but d'aider les gens à réduire le plus possible les risques liés à l'alcool et elles reconnaissent que ce sont eux les décideurs en ce qui concerne leur propre santé [162]. Même si certains affirment que ces types de directives présentent des difficultés en termes de culture de la santé (p. ex., qu'est-ce qu'une consommation standard?, comment utiliser ces renseignements dans ma propre vie?), elles peuvent être utiles pour la mise en œuvre de la brève intervention et du soutien. Les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada ont été parmi les premières dans le monde à être sexospécifiques (c'est-à-dire à préconiser des limites et à faire des recommandations différentes pour les hommes et pour les femmes) et elles comprennent de l'information

concernant la grossesse et l'allaitement. Non seulement les directives mettent en lumière les résultats de recherche indiquant que les femmes sont généralement plus vulnérables face aux effets de l'alcool, mais elles donnent aussi des renseignements spécifiques pour les femmes enceintes et d'autres groupes à risque particuliers. De ce fait, elles offrent une base solide pour élaborer des approches en matière de brève intervention et de soutien qui traitent de la consommation d'alcool chez les femmes au stade de la préconception et lors de la période périnatale ainsi que pour véhiculer un message cohérent entre toutes les professions et tous les domaines de pratique. Les directives normalisent aussi la consommation de substances (l'abstinence n'est pas le but même si elle est parfaitement acceptable) et mettent l'accent sur la réduction des méfaits de cette consommation, ce qui aide à faire reculer la stigmatisation associée à la consommation d'alcool.

Les Directives canadiennes d'usage de cannabis à faible risque ont été publiées en 2017 et approuvées par un certain nombre d'associations médicales professionnelles.¹⁶³ Elles recommandent aux femmes enceintes d'éviter absolument de consommer du cannabis. Des organismes comme le Centre de ressources Meilleur départ et le Centre d'excellence pour la santé des femmes ont également publié des ressources sur le cannabis à l'intention des femmes et de leurs réseaux de soutien.^{164, 165} Avec la légalisation du cannabis, il est probable que les femmes s'ouvriront davantage à propos de leur consommation et discuteront avec les prestataires de services des risques liés au cannabis et des prises de décisions concernant leur propre santé. Dans le cas du cannabis, le défi sera non seulement d'élaborer et de diffuser un message cohérent comme pour l'alcool et le tabac, mais aussi de parvenir à suivre le rythme rapide de publication des résultats de recherche et de tirer parti de ces résultats d'une façon qui soit utile aux filles et aux femmes ainsi qu'aux prestataires de services.

Avec la légalisation du cannabis, il est probable que les femmes s'ouvriront davantage à propos de leur consommation et discuteront avec les prestataires de services des risques liés au cannabis et des prises de décisions concernant leur propre santé.

DES RESSOURCES



Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada
Des directives visant à aider les gens à modérer leur consommation d'alcool et à réduire les méfaits immédiats et à long terme de cette consommation. Ces directives contiennent de l'information sur la grossesse et l'allaitement.
Disponibles à www.ccsa.ca



Directives canadiennes d'usage de cannabis à faible risque
Des directives visant à réduire les méfaits liés à la consommation de cannabis. Ces directives contiennent de l'information sur la grossesse.
Disponible à www.camh.ca

Protection de l'enfance

Au cours des consultations nationales, les prestataires de services ont indiqué que le manque de clarté pour eux concernant le devoir de signalement auprès des services de protection de l'enfance et la peur des femmes de perdre la garde de leurs enfants sont des obstacles importants à une mise en œuvre réussie de brèves interventions sur la consommation de substances. Dans toutes les provinces et tous les territoires, les pratiques et les politiques en matière de protection de l'enfance continuent d'évoluer pour mieux répondre aux familles où des parents consomment des substances et qui reçoivent des services d'aide à l'enfance. Globalement, la tendance consiste de plus en plus à intégrer l'idée que ce n'est pas la consommation de substances des parents qui en soi peut poser problème, mais plutôt son effet sur la capacité à assumer le rôle de parent qui doit être pris en considération. De plus, il y a une prise de conscience de plus en plus marquée de la façon dont des problèmes comme l'isolement social, la pauvreté, la précarité du logement et la violence sexiste pourraient contribuer à la fois à la nécessité d'intervention des services de protection de l'enfance et à la consommation de substances des parents elle-même.

Au lieu d'employer des outils de dépistage, il peut être plus efficace d'acquérir des compétences concernant la consommation de substances des parents – notamment ses signes, ses effets sur l'exercice du rôle parental et la sécurité des enfants, et ce à quoi il faut s'attendre pendant le traitement et le rétablissement du parent – pour interagir avec les femmes et soutenir leur rétablissement au fil du temps.

Les intervenants du secteur de la protection de l'enfance sont souvent incités à utiliser des outils de dépistage (p. ex., le test d'identification des troubles liés à la consommation d'alcool AUDIT, le test de dépistage de l'abus de drogues DAST) pour évaluer la consommation de substances chez les femmes. Même si ces outils peuvent contribuer à déterminer si les femmes consomment des substances, ils ne sont pas suffisamment précis pour aider à l'évaluation et à l'élaboration de plans de soins et ils ont une utilité limitée dans les situations d'urgence. Au lieu d'employer des outils de dépistage, il peut être plus efficace d'acquérir des compétences concernant la consommation de substances des parents – notamment ses signes, ses effets sur l'exercice du rôle parental et la sécurité des enfants, et ce à quoi il faut s'attendre pendant le traitement et le rétablissement du parent – pour interagir avec les femmes et soutenir leur rétablissement au fil du temps.

En plus de l'amélioration de la cohérence avec laquelle les intervenants du secteur de la protection de l'enfance répondent aux préoccupations relatives à la consommation de substances des parents, il existe un certain nombre d'approches prometteuses et innovantes de la prévention et du traitement qui peuvent offrir un meilleur appui aux femmes et à leurs familles qui ont affaire aux services de protection de l'enfance et sont touchées par la problématique de la consommation de substances des parents.

- **Détection précoce et planification durant la grossesse** pour encourager les femmes aux prises avec des problèmes de consommation de substances à recourir volontairement à des services d'aide à l'enfance afin de pouvoir s'occuper de leurs bébés une fois qu'ils sont nés ou au moins participer à la planification des soins prodigués à leurs enfants.
- **Traitements sensibles à la spécificité du genre** et services de soutien qui répondent aux besoins, aux caractéristiques et aux difficultés concomitantes propres aux femmes aux prises avec des problèmes de consommation de substances.
- **Services de traitement axés sur la famille**, avec notamment des traitements en établissement pour les mères dans des lieux où elles peuvent avoir leurs enfants avec elles ainsi que des programmes qui offrent des services à chaque membre de la famille.
- **Soins familiaux partagés** pour lesquels une famille concernée par la problématique de la consommation de substances des parents et des enjeux de protection des enfants est placée dans une famille d'accueil à des fins de soutien et de mentorat.
- **Programmes de mentorat et de soutien aux familles**, comme le Parent-Child Assistance Program (un programme d'aide aux parents et aux enfants), offrant des soins et des traitements holistiques souples axés sur la réduction des méfaits avec des visites à domicile et des services de gestion des cas.

Il existe un certain nombre d'approches prometteuses et innovantes de la prévention et du traitement qui peuvent offrir un meilleur appui aux femmes et à leurs familles qui ont affaire aux services de protection de l'enfance et sont touchées par la problématique de la consommation de substances des parents.

En outre, voici d'autres initiatives sur la modification du système et la collaboration qui se sont avérées être utiles :

- **Formation réciproque** de professionnels de la protection de l'enfance et du traitement de l'abus de substances pour permettre une compréhension mutuelle des systèmes, des obligations légales, des objectifs, des approches et des intérêts communs des uns et des autres;
- **Regroupement d'intervenants dans le domaine de la consommation de substances et du secteur de la protection de l'enfance** pour favoriser la consultation continue et une meilleure interaction avec les femmes et leurs familles.

Dépistage biologique

Des études ont montré que les femmes sont peu enclines à subir des tests biologiques comme des analyses d'urine, de méconium et de cheveux à des fins de dépistage et que les prestataires de soins de santé sont préoccupés par l'aspect éthique de l'utilisation de ces tests dans le cadre des brèves interventions et du soutien.^{25, 38, 166-168} Il a été démontré que le recours à des tests de dépistage de la consommation d'alcool et de drogues chez les femmes durant la grossesse n'était d'aucune aide ni pour elles ni pour leurs bébés.^{166, 169} Les femmes aux prises avec des problèmes d'abus de substances sont moins susceptibles de chercher de l'aide auprès des prestataires de soins de santé et elles évitent les soins prénataux. Et même si des femmes de toutes les catégories socioéconomiques consomment des substances, certains groupes ont plus de chances d'être injustement ciblés et soumis à davantage d'intrusions dans leur vie privée, et les tests risquent par conséquent d'avoir pour eux des répercussions négatives (p. ex., des signalements aux services de protection de l'enfance, des audiences concernant la garde des enfants). De plus, les tests systématiques posent des problèmes éthiques concernant le consentement lorsqu'une mère dit qu'elle ne veut pas les subir.

Récemment, le Rapport de la Commission Motherisk en Ontario a mis en lumière bon nombre de ces préoccupations.¹⁷⁰ Entre 2005 et 2015, le laboratoire Motherisk au sein de l'Hôpital pour enfants malades de Toronto a analysé plus de 24 000 échantillons de cheveux provenant de quelque 16 000 personnes, en vue de dépister la consommation de drogues et d'alcool à des fins de protection de l'enfance. Les analyses de cheveux ont été utilisées dans le but de déterminer la crédibilité des parents en ce qui a trait à la consommation de substances et de vérifier leur abstinence en termes de consommation d'alcool et d'autres substances. Le programme d'analyses, qui a depuis été discrédité, a eu une influence sur au moins huit affaires criminelles ainsi que des milliers d'affaires de protection de l'enfance partout au pays. Voici ce qu'indique le rapport : « Les tests ont été imposés à des personnes qui comptent parmi les membres les plus pauvres et les plus vulnérables de notre société, au mépris de la procédure établie ou de leurs droits à la vie privée et à l'intégrité physique. Beaucoup de personnes ont ressenti les analyses, en particulier lorsqu'elles étaient répétées, comme intrusives et stigmatisantes. » (p. v)

Collecte des données périnatales

Dans chaque province et territoire, des organismes recueillent des données sur la santé des mères et des enfants, y compris en ce qui concerne la consommation d'alcool et de tabac des femmes enceintes. Il est prévu que ces données soient recueillies et enregistrées par les cliniciens au cours de leurs activités quotidiennes avec les patientes et les clientes et que les données cumulatives soient utilisées pour guider les prestataires de soins de santé, les chercheurs et les responsables de l'élaboration des politiques dans leur travail d'amélioration de la santé maternelle, foétale et néonatale.

À travers le pays, la collecte de ces données, pour ce qui est de son existence réelle et de ses modalités (p. ex., saisie dans des bases de données, enregistrement sur papier), et les questions précises qui sont posées sur la consommation de substances varient énormément. En général, les données qualitatives ne sont pas enregistrées en raison des difficultés que rencontrent les prestataires en posant les questions qui figurent sur les formulaires prénataux et les femmes en y répondant.

En plus des examens et des mises à jour effectués continuellement dans chaque province et territoire, la légalisation du cannabis crée une nouvelle occasion d'analyser les pratiques de collecte des données liées à la consommation de substances lors de la période périnatale. L'intégration de la collecte des données avec les lignes directrices cliniques professionnelles et les données sur l'efficacité de la brève intervention et du soutien pourrait améliorer la mise en œuvre de la détection et de l'enregistrement de la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis chez les femmes lors de la période périnatale. En ajoutant à cela les données concernant les médicaments sur ordonnance, notamment les opioïdes, le cannabis thérapeutique et les inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine, il serait sans doute possible de dresser un portrait plus exact de la consommation de substances lors de la période périnatale à l'échelle régionale et nationale.

L'intégration de la collecte des données avec les lignes directrices cliniques professionnelles et les données sur l'efficacité de la brève intervention et du soutien pourrait améliorer la mise en œuvre de la détection et de l'enregistrement de la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis chez les femmes lors de la période périnatale.

5. RÉSUMÉ : APPROCHES CONCERNANT LES BRÈVES INTERVENTIONS AUPRÈS DES FILLES ET DES FEMMES

Malgré les résultats probants en ce qui a trait à la brève intervention et au soutien, des études ont montré que les prestataires de services sont souvent peu enclins à interroger les femmes sur leur consommation d'alcool, par peur de compromettre leurs relations avec elles ou d'être perçus comme des personnes qui jugent leur comportement. La synthèse des principales idées et approches concernant les brèves interventions auprès des filles et des femmes sur la consommation de substances au stade de la préconception et lors de la période périnatale qui est présentée ci-dessous vise à réduire la stigmatisation, à favoriser un engagement plus poussé dans les traitements et les soins et à améliorer l'état de santé général et le bien-être des femmes.

⇒ **Des conversations régulières et continues sur la consommation de substances réduisent la stigmatisation**

Des conversations régulières et continues sur la consommation de substances avec des prestataires de services dans divers contextes de pratique réduisent la stigmatisation et normalisent la notion de consommation de substances comme faisant partie de la vie. Les prestataires de services devraient avoir des discussions sur la consommation de substances avec toutes les femmes, pas seulement avec celles qui, selon eux, ont plus de chances d'avoir des problèmes de consommation de substances. Les prestataires de soins prénataux sont incités à discuter de la consommation de substances au cours de la première visite ou du premier rendez-vous ainsi que lors des séances de contrôle, car la consommation et la situation des femmes peuvent changer fréquemment. Des conversations de suivi avec les filles et les femmes peuvent aussi être guidées par leurs préoccupations et par les questions qui les intéressent, de même que par des préoccupations cliniques.

⇒ **La brève intervention et le soutien peuvent permettre de parler de plusieurs substances ou de plusieurs problèmes de santé**

Quand on travaille avec des filles et des femmes, la portée des brèves interventions et du soutien peut être élargie pour dépasser les questions classiques de quantité, de fréquence et de type de consommation de substances et s'étendre à divers sujets comme les risques particuliers pour la santé (p. ex., le cancer du sein), le bien-être mental, la fertilité, la dynamique relationnelle et le rôle parental. Des travaux de recherche ont montré que les risques associés à plusieurs résultats en matière de santé se cumulent et cette approche combinée reconnaît que la consommation de substances est souvent liée à d'autres problèmes de santé (p. ex., la santé sexuelle) ou à

d'autres aspects de la vie des femmes (p. ex., les relations avec les pairs et les partenaires). De plus, certains risques, comme la dépression ou les expériences de violence et de traumatisme, peuvent agir comme un obstacle à la modification de la consommation de substances et nécessiter des interventions qui prennent en compte simultanément plusieurs problèmes. Dans le domaine de la prévention de l'ETCAF, les interventions portant à la fois sur la consommation d'alcool et la contraception ont largement prouvé leur efficacité en tant que stratégie pour réduire le nombre de grossesses durant lesquelles de l'alcool est consommé.

⇒ **La qualité des conversations dans le cadre de la brève intervention et du soutien peut avoir une influence sur la réussite de ces derniers**

Des études montrent que la *qualité* des conversations dans le cadre de la brève intervention et du soutien est importante. Les approches qui ne sont pas conflictuelles, qui reconnaissent les pressions et contraintes sociales que les femmes peuvent endurer et qui offrent un soutien pratique et approprié peuvent réduire sérieusement la stigmatisation et la honte associées au fait de déclarer qu'on consomme des substances. Axer les connaissances sur ce que les filles et les femmes savent à propos de leur consommation de substances et du rôle que celle-ci joue dans leur vie peut renforcer leur autoefficacité et leur confiance et normaliser les discussions sur la consommation de substances. L'attention portée aux questions de consentement, de confidentialité, de respect de la vie privée et de confort durant les interventions ainsi que la souplesse dans leur exécution sont d'autres facteurs clés qui peuvent influencer la réussite des brèves interventions.

⇒ **La brève intervention et le soutien peuvent inclure la participation synchrone des partenaires et des réseaux sociaux des femmes**

Les partenaires et les réseaux sociaux des femmes (p. ex., leurs amis, leurs collègues, leur famille) ont une forte influence sur leur consommation de substances. En particulier, les partenaires peuvent avoir une influence importante sur la capacité des femmes à modifier leur consommation de substances et des études montrent que beaucoup d'entre eux aimeraient aider les femmes à y arriver, souhaitent eux-mêmes changer dans ce domaine ou les deux. Les décisions sur la pertinence ou les modalités de la participation des partenaires devraient être guidées par les femmes et par le fait qu'elles trouvent que la participation de leurs partenaires les aide ou qu'elles préféreraient que ceux-ci accèdent aux services ou changent de leur côté. Les prestataires de services devraient se rappeler que les partenaires peuvent être des hommes, des femmes ou des personnes de genre divers et que certaines femmes peuvent avoir plusieurs partenaires tandis que d'autres peuvent être célibataires. Les prestataires de services devraient prendre en compte la diversité des familles avec lesquelles ils travaillent et réfléchir à la façon de discuter de la consommation de substances avec divers membres des « cercles de soins » des femmes.

⇒ **La brève intervention et le soutien auprès des filles et des femmes autochtones et dans des contextes autochtones devraient être fondés sur la culture**

Le fait que la consommation de substances dans les communautés autochtones soit conditionnée par des facteurs historiques, sociaux, politiques et économiques influence le contexte de la brève intervention et du soutien auprès des filles et des femmes autochtones. Utiliser des outils de dépistage et mettre l'accent sur les comportements à risque (tels que définis par un modèle médical occidental) peut ne pas être approprié ou pertinent pour de nombreuses filles et femmes autochtones et peut contribuer à entretenir des déséquilibres de pouvoir avec les prestataires de services non autochtones et des mauvaises relations entre les autochtones et les non-autochtones d'une manière générale. La brève intervention et le soutien peuvent être mieux adaptés à la culture en se concentrant sur le bien-être, la résilience et les forces, en incluant des ressources élaborées par des membres de la communauté locale ou dans les langues locales, en utilisant des exercices traditionnels comme un exercice des couvertures ou des programmes axés sur la terre et en orientant les femmes vers des programmes conçus pour les autochtones, si elles le souhaitent.

⇒ **Il existe plusieurs approches en matière de pratique qui peuvent être utilisées pour la brève intervention et le soutien**

Il existe de nombreuses façons de mener de brèves interventions. Des études ont montré que beaucoup de brèves interventions efficaces s'appuient notamment sur un retour d'information concernant la consommation de substances des filles et des femmes, des renseignements et des conseils pour modifier leur consommation et une aide pour élaborer des stratégies et établir des objectifs en ce sens. En plus de donner des renseignements sur la consommation de substances, les prestataires de services peuvent apporter un soutien axé sur la réduction des méfaits et l'acquisition de compétences et mettant à profit les forces et les centres d'intérêt individuels. Ils peuvent adapter les approches en matière de brève intervention et de soutien à leurs propres contextes et modèles de soins (p. ex., approche axée sur les clientes, pratique tenant compte des traumatismes).

⇒ **Les brèves interventions réussies sont collaboratives, sans aucun jugement et reconnaissent que les filles et les femmes sont les expertes concernant leur propre vie**

Des approches collaboratives, sans aucun jugement et s'appuyant sur ce que savent les filles et les femmes influent grandement sur la façon dont elles réagissent aux interventions et réduisent les inquiétudes concernant les étiquettes qu'on peut leur attribuer et la stigmatisation. L'efficacité des stratégies de communication axées sur les clientes ou les patientes ou utilisant

des compétences en matière d'entrevues motivationnelles pour réduire les méfaits associés à la consommation de substances a été démontrée. Ces compétences sous-entendent notamment de demander la permission de discuter du sujet, de poser des questions ouvertes, de demander ce que les filles et les femmes aiment ou n'aiment pas dans la consommation de substances et d'orienter la conversation sur la façon dont elles pourraient faire des changements dans le contexte de leur propre vie et à leur propre manière.

⇒ **Les pratiques et les politiques en matière de protection de l'enfance peuvent réduire les obstacles empêchant la réussite de la brève intervention et du soutien**

Des études montrent que les inquiétudes des prestataires de services concernant leur devoir de signalement et la peur des femmes de perdre la garde de leurs enfants sont des obstacles à la réussite de la brève intervention et du soutien. Il existe un certain nombre d'approches prometteuses et innovantes de la prévention et du traitement qui peuvent offrir un meilleur appui aux femmes et à leurs familles qui ont affaire aux services de protection de l'enfance et sont touchées par la problématique de la consommation de substances des parents. Parmi elles figurent des traitements de la consommation de substances axés sur la famille, des outils d'évaluation et de planification orientés vers la réduction des méfaits, des programmes de mentorat et de soutien aux familles ainsi que la formation réciproque de professionnels de la protection de l'enfance et du traitement de la consommation de substances.

⇒ **La brève intervention et le soutien ne nécessitent pas beaucoup de temps et de ressources**

Des études ont aussi montré que, pour la plupart des groupes de filles et de femmes, la brève intervention et le soutien n'ont pas besoin de durer longtemps ou d'être intensifs pour être efficaces. Beaucoup de filles et de femmes réduiront ou modifieront leur consommation de substances simplement parce qu'elles ont été interrogées à ce sujet. Cette importance accordée aux conversations avec les filles et les femmes concernant leur consommation de substances reflète le délaissement du dépistage des problèmes au profit de la promotion de conversations habilitantes sur la consommation de substances qui encouragent les filles et les femmes à faire preuve d'esprit critique à l'égard de leur santé et de leur bien-être.

Les femmes et l'alcool



L'alcool

- L'alcool constitue la drogue la plus communément consommée au Canada.
- L'alcool est créé lorsque des céréales, des fruits ou des légumes sont fermentés.
- La consommation d'alcool remonte à 8 000 ans av. J.-C. L'alcool est la drogue la plus consommée au Canada.
- Bien que l'alcool soit offert sous différentes formes (p. ex., bière, vin, rhum, panachés), il a le même effet.
- L'alcool est un déprimeur. Cela signifie qu'il ralentit les parties de votre cerveau liées à votre raisonnement et à votre comportement, ainsi qu'à votre respiration et à votre rythme cardiaque.
- Pour de nombreuses personnes, boire de l'alcool libère la tension et réduit l'inhibition, les rendant plus à l'aise et extraverties.
- Boire peut également vous faire sentir « ivre » ou intoxiquée. Les signes d'ivresse comprennent une peau rougie, un jugement affaibli, une inhibition réduite, un contrôle musculaire restreint, des réflexes ralentis, de la difficulté à marcher, un trouble de l'élocution et une vision double ou trouble.
- Les signes d'une grave intoxication comprennent avoir de la difficulté à se tenir debout, des vomissements, une perte de connaissance et aucun souvenir de ce que vous avez dit ou fait pendant que vous buviez. Boire de manière excessive peut entraîner un coma et le décès.
- Boire peut parfois causer une « gueule de bois » environ huit à dix heures après votre dernière consommation. Les symptômes peuvent comprendre un mal de tête, des nausées, la diarrhée, la déshydratation, des tremblements et des vomissements.
- Il est possible de développer une dépendance physique à l'alcool.

Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada pour les femmes

Décider de boire est un choix personnel. Les Directives de consommation d'alcool à faible risque aident les gens à modérer leur consommation et à réduire les méfaits liés à l'alcool immédiats et à long terme sur eux. Elles suggèrent les mesures décrites ci-dessous.

- Vous ne devriez pas prendre plus de deux consommations par jour et pas plus de dix par semaine.
- Vous devriez prévoir des jours sans alcool chaque semaine.
- Lors d'une occasion spéciale, vous ne devriez pas prendre plus de trois consommations standards.
- Il est plus sûr de ne pas boire durant la grossesse ou lorsque vous prévoyez de le devenir.

L'alcool et votre santé

- Comme chaque personne réagit différemment à l'alcool, il est important « d'écouter » votre corps et de modifier votre consommation en conséquence. La façon dont vous réagissez à l'alcool dépend de nombreux facteurs, y compris des suivants :
 - votre âge et votre poids;
 - votre sensibilité à l'alcool;
 - le type et la quantité de nourriture dans votre estomac;
 - la quantité d'alcool que vous consommez et la fréquence à laquelle vous le faites;
 - depuis combien de temps vous buvez;
 - les personnes avec lesquelles vous êtes, l'endroit où vous vous trouvez et ce que vous faites;
 - la façon dont vous prévoyez vous sentir en consommant de l'alcool;
 - si vous avez pris d'autres drogues (drogues illégales, médicaments sous ordonnance, médicaments en vente libre, herbes médicinales);
 - vos antécédents familiaux.
- La consommation d'alcool a plus de répercussions physiques sur les femmes que sur les hommes. Cela signifie que même après avoir bu de plus petites quantités d'alcool, les femmes ressentent habituellement des effets plus importants plus longtemps.
- Les femmes ont également tendance à être plus vulnérables que les hommes aux problèmes de santé causés par la consommation d'alcool.
- De nombreuses maladies graves et chroniques sont liées à la consommation d'alcool, même en petites quantités.
- Boire de l'alcool peut augmenter votre risque d'accident vasculaire cérébral et de maladie du cœur.
- Une consommation d'alcool à long terme peut accroître votre risque par rapport à au moins huit types de cancer (bouche, pharynx, larynx, œsophage, foie, sein, côlon, rectum). La consommation d'alcool augmente votre risque de cancer du sein.
- La consommation d'alcool est liée à de nombreuses autres maladies graves (p. ex., diabète, hypertension artérielle, épilepsie, accident vasculaire cérébral, pancréatite et dysrythmie) et à la cirrhose.
- Comme l'alcool peut avoir des effets à long terme sur la santé d'un fœtus ou d'un bébé, assurez-vous d'utiliser une méthode de contraception efficace si vous avez des relations sexuelles et ne prévoyez pas tomber enceinte.



Bière

341 ml (12 oz)

Teneur en alcool : 5 %



Vin

142 ml (5 oz)

Teneur en alcool : 12 %



Spiritueux

(rhum, gin, etc.)

43 ml (1,5 oz)

Teneur en alcool : 40 %

L'alcool et la grossesse

- Il est plus sûr de ne pas boire durant la grossesse, car il n'y a pas de quantité d'alcool connue qui pourrait être consommée sans danger durant la grossesse.
 - Comme le cerveau de votre bébé se développe tout au long de la grossesse, aucun moment n'est sûr pour boire de l'alcool durant la grossesse.
 - Tous les types d'alcool peuvent faire du mal à votre bébé (p. ex., bière, panachés, vin ou spiritueux).
 - Une consommation abusive et excessive est extrêmement néfaste pour un bébé.
- Voici les conséquences possibles de la consommation d'alcool durant la grossesse :
 - Accoucher d'un bébé souffrant de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF).
 - Faire une fausse couche ou donner naissance à un mort-né.
 - Accoucher prématurément ou d'un bébé de faible poids.
- L'ETCAF décrit les possibles effets de la consommation d'alcool durant la grossesse sur un bébé. Les possibles méfaits comprennent des lésions cérébrales, des problèmes visuels et auditifs, une croissance lente et des déficiences congénitales, comme des os qui ne sont pas formés de manière appropriée ou des problèmes cardiaques. Les lésions cérébrales peuvent faire en sorte que l'enfant ait des troubles d'apprentissage tout au long de sa vie ainsi que des problèmes avec la mémoire, le raisonnement et le jugement.
- Souvent, les femmes boivent avant de savoir qu'elles sont enceintes. Arrêter de consommer de l'alcool dès que possible et faire attention à votre santé sont les meilleures façons de réduire le risque de méfaits pour vous et votre bébé.
- Il vaut mieux éviter la bière non alcoolisée ou des versions sans alcool de boissons alcoolisées, car certaines de ces boissons contiennent plus d'alcool que ce que leurs étiquettes indiquent.
- Si vous avez de la difficulté à cesser ou à réduire votre consommation d'alcool pendant que vous êtes enceinte, demandez à votre fournisseur de soins de santé de vous parler du soutien et des services de votre collectivité qui peuvent vous aider.

Si vous êtes enceinte ou prévoyez le devenir, ou si vous êtes sur le point d'allaiter, le choix le plus sûr est de ne pas boire d'alcool.

L'alcool, le rôle parental et les enfants

- Évitez de boire lorsque vous consommez d'autres drogues (y compris des médicaments) lorsque vous êtes responsable de la sécurité d'autres personnes.
- Gardez l'alcool dans un endroit sûr auquel vos enfants n'ont pas accès.
- Si votre enfant boit accidentellement de l'alcool, consultez un médecin. Les symptômes d'un empoisonnement alcoolique chez les enfants comprennent : de la difficulté à respirer, un étouffement ou des vomissements, de la confusion ou des convulsions, des étourdissements, un trouble d'élocution ou l'incapacité de marcher normalement ou de penser clairement.
- Si vous prévoyez de boire beaucoup, assurez-vous de demander à quelqu'un de s'occuper de vos enfants.

L'alcool et l'allaitement

- Lorsque vous buvez de l'alcool, il passe dans votre sang et votre lait maternel.
- Bien que les bébés soient exposés à une très petite quantité de l'alcool que vous buvez, on en sait encore très peu sur les effets de l'alcool sur l'allaitement.
- Ceci étant dit, rien ne démontre que prendre une boisson alcoolisée à l'occasion soit néfaste pour les bébés. Idéalement, il vaut mieux éviter d'allaiter dans les deux heures environ qui suivent la consommation d'une boisson alcoolisée. (La quantité d'alcool dans votre lait maternel culmine 30 à 60 minutes après avoir pris votre consommation. L'alcool disparaît de votre lait avec le temps.)
- Vous pouvez également tirer et conserver du lait maternel au préalable si vous prévoyez de boire une quantité d'alcool qui resterait dans votre lait au prochain boire de votre enfant.

Boire et rester en sécurité

Boire de manière excessive dans certaines situations sociales, comme dans des bars, des fêtes et des rendez-vous, peut vous rendre plus vulnérable à la violence ou à subir une expérience sexuelle non désirée. Ces situations ne sont JAMAIS de votre faute. Vous pouvez faire certaines choses pour assurer votre sécurité et celle de vos amis. Par exemple, si vous sortez boire, vous pouvez décider à l'avance avec vos amis de la quantité d'alcool que vous désirez boire, puis vous soutenir les uns les autres dans ces décisions. Vous pouvez également aider d'autres femmes qui peuvent être dans une situation dangereuse en leur demandant si elles ont besoin d'aide ou en demandant à un ami de les aider.

Références

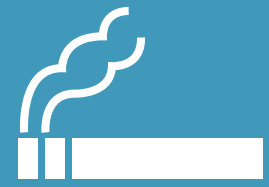
- Adiong, J. P., Kim, E., Koren, G., et Bozzo, P. (2014). « Motherisk Update: « Consuming non-alcoholic beer and other beverages during pregnancy and breastfeeding ». *Canadian Family Physician*, 60, 724-725.
- Best Start Resource Centre. (2013). *Mixing Alcohol and Breastfeeding: Resource for mothers and partners about drinking alcohol while breastfeeding*. Toronto, Ontario: Best Start Resource Centre.
- Bhat, A., et Hadley, A. (2015). « The management of alcohol withdrawal in pregnancy — case report, literature review and preliminary recommendations ». *General Hospital Psychiatry*, 37, 273.e271–273.e273.
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. (2012). *Directives de consommation d'alcool à faible risque (DCAFR) du Canada*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Carson, G., Cox, L. V., Crane, J., Croteau, P., Graves, L., Kluka, S., et coll. (2010). « Alcohol Use and Pregnancy Consensus Clinical Guidelines ». *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 245, S1-S32.
- Reece-Stremtan, S., Marinelli, K. A., et The Academy of Breastfeeding Medicine. (2015). « ABM Clinical Protocol #21: Guidelines for Breastfeeding and Substance Use or Substance Use Disorder, Revised 2015 ». *Breastfeeding Medicine*, 10(3), 135-141.

Cette ressource a été élaborée par le Centre of Excellence for Women's Health [Centre d'Excellence Pour la Santé des Femmes] (www.bccewh.bc.ca), avec le soutien de l'Éducation and Training Council et de l'Alberta Cross Ministry Committee (<http://fasd.alberta.ca>), et a été examinée par des experts du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (www.ccsa.ca) et du Canada FASD Research Network (www.canfasd.ca).

Veuillez télécharger le document à www.bccewh.bc.ca.

Mis à jour en: septembre 2017

Les femmes et le tabac



Le tabac

- Le tabac est une plante cultivée dans le monde entier.
- Il existe différents types de tabac. La *Nicotiana tabacum*, qui est le nom latin du tabac commun, est utilisée pour fabriquer des cigarettes, des cigares et des bidis. Il y a aussi des sortes de tabac sans fumée, comme le tabac à priser, le tabac à chiquer et le tabac à sucer. Dans certaines cultures, le tabac est utilisé traditionnellement dans des cérémonies, des rituels et des prières.
- Le tabac est un stimulant qui produit un sentiment de bien-être. Il augmente également votre rythme cardiaque et votre tension artérielle et rétrécit vos vaisseaux sanguins, irrite vos poumons et affecte votre capacité de goûter et de sentir.
- La nicotine est le produit chimique du tabac qui crée une dépendance. Il y a plus de 4 000 autres produits chimiques dans les cigarettes et leur fumée.
- La fumée secondaire est la fumée qui sort de la cigarette et celle qui est expirée par les fumeurs. Elle contient des produits chimiques toxiques, dont le goudron, la nicotine, le monoxyde de carbone, l'arsenic et le cyanure. Les non-fumeurs qui respirent cette fumée absorbent aussi ces substances et sont exposés au risque des mêmes conséquences graves sur la santé que les fumeurs.

Le tabac et votre santé

- Le tabagisme a un large éventail d'effets sur la santé en général. Il y a également un certain nombre de risques propres à la santé des femmes.
- Certains des effets graves sur la santé globale sont décrits ci-dessous.
 - **Cancer** : Les cancers courants liés au tabagisme comprennent les cancers de la bouche, de la gorge, des poumons, du pancréas et du rein. Les femmes qui fument sont également à risque d'avoir le cancer du sein à un âge plus précoce et courent un risque plus élevé de développer un cancer du col de l'utérus et de la vulve.
 - **Maladie pulmonaire** : Le tabagisme peut mener à des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), comme l'emphysème, la bronchite et la bronchite asthmatique.
 - **Maladie du cœur et accident vasculaire cérébral** : Les femmes qui fument courent un risque accru de souffrir d'un accident vasculaire cérébral et d'une maladie cardiovasculaire, y compris d'une tension artérielle élevée et d'une crise cardiaque. Utiliser des contraceptifs oraux (pilules anticonceptionnelles) peut accroître les effets cardiovasculaires négatifs du tabagisme en augmentant le risque d'avoir une crise cardiaque, un accident vasculaire cérébral ou des caillots.
- Le tabagisme peut nuire à la santé de votre vessie. La miction impérieuse (le besoin d'uriner soudainement) et la pollakiurie (le besoin d'uriner plus souvent que d'habitude) sont plus courantes chez les femmes qui fument.

Le tabac et votre santé de reproduction

- Le tabagisme peut avoir des répercussions sur vos règles. Il peut rendre vos règles irrégulières, contribuer à des saignottements vaginaux ou à des saignements entre les règles ou causer des crampes durant ou avant vos règles. Il peut également raccourcir votre cycle menstruel.
- Le tabagisme peut affecter votre capacité de concevoir. Les femmes qui fument ou consomment d'autres types de tabac ont également un risque accru de faire une fausse couche ou d'avoir une grossesse ectopique (lorsque le fœtus se développe à l'extérieur de l'utérus).
- Le tabagisme peut nuire à votre fertilité. Il peut entraîner une ménopause précoce et moins de succès avec la fécondation *in vitro*.

Le tabac et la grossesse

- Il n'y a pas de quantité de tabac connue qui peut être consommée sans danger par les femmes enceintes.
- Lorsqu'une femme fume ou consomme du tabac durant la grossesse, la nicotine, le monoxyde de carbone et d'autres produits chimiques entrent dans sa circulation sanguine et passent dans le corps du bébé. Cela empêche le bébé d'obtenir les aliments et l'oxygène dont il a besoin pour grandir. Le tabagisme durant la grossesse a pour effet courant de produire un bébé ayant un faible poids à la naissance. (Les bébés de faible poids à la naissance sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé lorsqu'ils grandissent.)
- Le tabagisme durant la grossesse peut avoir des conséquences sur votre bébé tout au long de sa vie, y compris des difficultés relatives à l'apprentissage et au comportement, ainsi qu'un risque accru que le bébé naisse avec certaines déficiences, comme un bec-de-lièvre ou une fente palatine.
- Dans la mesure du possible, évitez d'être exposée à la fumée secondaire.
- Plus vous fumez, plus le risque que votre bébé naisse prématurément, que vous accouchiez d'un mort-né et que vous ayez un bébé de faible poids à la naissance est élevé. En cessant de fumer au début de la grossesse, on peut réduire un grand nombre de ces risques.
- Si vous avez de la difficulté à cesser ou à réduire votre tabagisme lorsque vous êtes enceinte, demandez à votre fournisseur de soins de santé de vous parler du soutien et des services de votre collectivité qui peuvent vous aider.
- La thérapie de remplacement de la nicotine (p. ex., le timbre ou la gomme à la nicotine) ou des médicaments peuvent aider certaines femmes enceintes qui ont de la difficulté à arrêter de fumer. Certaines recherches montrent que les cigarettes électroniques ne sont pas une méthode sûre pour arrêter de fumer pendant la grossesse parce que la vapeur contient des produits chimiques liés au cancer et aux anomalies congénitales. Il n'y a pas assez de recherches sur les bienfaits ou l'innocuité des médicaments pour cesser de fumer (bupropion et varénicline) pendant la grossesse. Si vous avez des questions sur les produits pour aider à arrêter de fumer, parlez à votre fournisseur de soins de santé.

Arrêter de fumer et d'autres types de tabagisme

- Cesser de fumer peut prévenir ou réduire un grand nombre des effets négatifs du tabagisme et prolonger votre vie de plusieurs années. Il n'est jamais trop tard pour fumer moins ou arrêter de le faire.
- Il existe plusieurs façons d'arrêter de fumer. Certaines personnes arrêtent tout d'un coup, alors que d'autres le font graduellement. Certaines personnes ont besoin de beaucoup d'aide alors que d'autres en ont besoin de très peu.
 - Vous pouvez obtenir un soutien professionnel et personnel d'un conseiller, d'un groupe pour arrêter de fumer ou de programmes de messages textes/en ligne.
 - Si vous désirez une thérapie de remplacement de la nicotine (p. ex., le timbre ou la gomme à la nicotine) ou des médicaments pour vous aider à cesser de fumer (p. ex., le bupropion ou la varénicline), adressez-vous à votre fournisseur de soins de santé.
 - Ne soyez pas découragée si vous avez déjà essayé d'arrêter de fumer. Vous apprenez quelque chose de nouveau chaque fois que vous essayez de cesser de fumer et ce qui n'a pas fonctionné par le passé pourrait maintenant fonctionner.
- Lorsque vous arrêtez de fumer, cela peut prévenir ou réduire plusieurs des effets négatifs du tabagisme et ajouter plusieurs années à votre vie. Il n'est jamais trop tard pour réduire ou arrêter de fumer.
- **Symptômes de sevrage** : Les symptômes du sevrage à la nicotine comprennent l'irritabilité, la nervosité, l'anxiété, l'insomnie et la fatigue. Même si ces symptômes disparaissent en quelques semaines, certaines personnes peuvent être incapables de se concentrer et avoir de fortes envies de fumer plusieurs semaines ou mois après avoir cessé de fumer ou de consommer d'autres types de tabac.

Le tabac et l'allaitement

- Il vaut mieux ne pas fumer en allaitant, car la nicotine est transmise au bébé par le lait maternel.
- Les effets potentiels à long terme sur les bébés exposés à la nicotine par le lait maternel ne sont pas connus.
- Si vous consommez du tabac et allaitez :
 - Évitez de fumer ou de consommer du tabac tout juste avant d'allaiter ou pendant l'allaitement.
 - Changez de vêtements avant d'allaiter si vous avez fumé.
 - Lavez-vous les mains avant d'allaiter.
 - Réduisez le nombre de cigarettes que vous fumez ou votre consommation d'autres types de tabac.
 - Évitez de fumer près de votre bébé.
- La thérapie de remplacement de la nicotine (p. ex., le timbre ou la gomme à la nicotine) peut être utilisée en allaitant pour vous aider à cesser de fumer. Parlez à votre fournisseur de soins de santé de ces options.

Le tabac, le rôle parental et les enfants

- Si vous fumez, essayez de le faire à l'extérieur de votre maison et de votre voiture. Dans la plupart des provinces, il est illégal de fumer dans une voiture en présence d'enfants.
- La fumée secondaire peut nuire à votre santé et à celle de vos enfants.
- Être près de la fumée secondaire, même pendant une courte période, peut irriter vos yeux, votre nez et votre gorge. Elle peut également causer des maux de tête, des étourdissements, des nausées, de la toux et une respiration sifflante. La fumée secondaire peut empirer les symptômes d'allergie ou d'asthme.
- Chez les bébés et les enfants, la fumée secondaire augmente le risque de syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN). Le SMSN est le décès inexplicable d'un enfant de moins d'un an.
- La fumée secondaire accroît également les chances que les enfants souffrent d'infections de l'oreille, d'asthme, d'allergies et de maladies respiratoires (p. ex., bronchite, pneumonie).

Références

- Brown, H. L., et Graves, C. R. (2013). « Smoking and Marijuana Use in Pregnancy ». *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 56(1), 107-113.
- Poole, N. (2015). « Tobacco Use in Pregnancy ». *Postgraduate Obstetrics & Gynecology*, 35(5), 1-8.
- De Bastos, M., Stegeman, B. H., Rosendaal, F. R., Van Hylckama, V. A., Helmerhorst, F. M., Stijnen, T., et coll. (2014). « Combined oral contraceptives: venous thrombosis ». *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), CD010813.
- Dechanet, C., Anahory, T., Daude, J. C. M., Quantin, X., Reyftmann, L., Hamamah, S., et coll. (2011). « Effects of cigarette smoking on reproduction ». *Human Reproduction Update*, 17(1), 76-95.
- Farquhar, B., Mark, K., Terplan, M., et Chisholm, M. S. (2015). « Demystifying Electronic Cigarette Use in Pregnancy ». *Journal of Addiction Medicine*, 9(2), 157-158.
- Fonseca-Moutinho, J. A. (2011). « Smoking and Cervical Cancer ». *ISRN Obstetrics and Gynecology*, 1-6.
- Holland, A. C. (2015). « Smoking Is a Women's Health Issue Across the Life Cycle ». *Nursing for Women's Health*, 19(2), 189-193.
- Marufu, T. C., Ahankari, A., Coleman, T., et Lewis, S. (2015). « Maternal smoking and the risk of still birth: systematic review and meta-analysis ». *BMC Public Health*, 15, 239.
- McKee, S. A., et Weinberger, A. H. (2015). « Innovations in Translational Sex and Gender-Sensitive Tobacco Research ». *Nicotine & Tobacco Research*, 17(4), 379-381.
- Meernik, C., et Goldstein, A. O. (2015). « A critical review of smoking, cessation, relapse and emerging research in pregnancy and post-partum ». *British Medical Bulletin*, 1-12.
- Reece-Stremtan, S., Marinelli, K. A., et The Academy of Breastfeeding Medicine. (2015). « ABM Clinical Protocol #21: Guidelines for Breastfeeding and Substance Use or Substance Use Disorder, Revised 2015 ». *Breastfeeding Medicine*, 10(3), 135-141.
- Rooney, K. L., et Domar, A. D. (2014). « The impact of lifestyle behaviors on infertility treatment outcome ». *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 26(3), 181-185.
- Rowe, H., Baker, T., et Hale, T. W. (2013). « Maternal Medication, Drug Use, and Breastfeeding ». *Pediatric Clinics of North America*, 60(1), 275-294.
- Sachs, H. C., et Committee on Drugs. (2013). « The Transfer of Drugs and Therapeutics Into Human Breast Milk: An Update on Selected Topics ». *Pediatrics*, 132(3), e796-e809.
- Sharma, R., Biedenharn, K. R., Fedor, J. M., et Agarwal, A. (2013). « Lifestyle factors and reproductive health: taking control of your fertility ». *Reproductive Biology and Endocrinology*, 11, 66-81.
- Suter, M. A., Mastrobattista, J., Sachs, M., et Aagaard, K. (2014). « Is There Evidence for Potential Harm of Electronic Cigarette Use in Pregnancy? ». *Birth Defects Research (Part A)*, 103(3), 186-195.
- The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2012). « Smoking and infertility: a committee opinion ». *Fertility and Sterility*, 98(6), 1400-1406.
- Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Recommandations de l'OMS pour la prévention et la prise en charge de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée secondaire pendant la grossesse*. Genève : Presses de l'OMS.

Cette ressource a été élaborée par le Centre of Excellence for Women's Health [Centre d'Excellence Pour la Santé des Femmes] (www.bcewh.bc.ca), avec le soutien de l'Education and Training Council et de l'Alberta Cross Ministry Committee (<http://fasd.alberta.ca>), et a été examinée par des experts du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (www.ccsa.ca) et du Canada FASD Research Network (www.canfasd.ca).

Veuillez télécharger le document à www.bcewh.bc.ca.

Mis à jour en: septembre 2017

Les femmes et le cannabis



Le cannabis

- Le cannabis (p. ex., chanvre, marijuana, hachisch, hash, pot) est produite à partir du *cannabis sativa*. Le cannabis peut être fumé, inhalée sous forme de vapeur ou ingérée dans des aliments ou des boissons.
- Le *tétrahydrocannabinol* (THC) est le produit chimique dans le cannabis qui produit votre sensation euphorique. Le cannabis contient également plus de 400 autres produits chimiques.
- Selon la quantité de THC dans le cannabis, la façon dont vous la consommez et comment votre corps réagit, les effets à court terme du cannabis peuvent durer environ d'une à quatre heures. Il existe différents types de cannabis; la force des effets dépendra de la quantité de THC que contient le cannabis.
- Consommer du cannabis peut produire des sensations d'euphorie (« l'état *high* », « être *stone* »), ainsi qu'une relaxation, une perception et une notion du temps altérées, et un appétit accru. Certaines personnes ressentent également de l'anxiété, de la panique et une légère paranoïa.
- Le cannabis affecte votre mémoire à court terme, votre attention et vos habiletés motrices et ralentit votre temps de réaction.

Le cannabis et votre santé

- Le cannabis thérapeutique est souvent prescrite pour traiter des problèmes de santé comme les nausées et les vomissements, la douleur chronique et les symptômes associés au VIH/SIDA et à la sclérose en plaques.
- Les symptômes de sevrage du cannabis, le cas échéant, sont habituellement légers et peuvent comprendre des troubles du sommeil, de l'irritabilité et une perte d'appétit.
- Fumer du cannabis peut avoir des effets négatifs similaires sur la santé que chez celles qui fument la cigarette, comme un risque accru de cancer.
- Certaines recherches suggèrent que la consommation de cannabis peut affecter l'ovulation et la durée de votre cycle menstruel.

Le cannabis et la grossesse

- Consommer du cannabis durant la grossesse peut avoir des répercussions sur votre bébé. Selon des recherches scientifiques actuelles, il n'y a pas de quantité de cannabis connue qui pourrait être consommée sans danger durant la grossesse. Jusqu'à ce que l'on en sache plus sur les effets à court et à long terme du cannabis sur les bébés et les jeunes enfants, il vaut mieux éviter d'en consommer durant la grossesse.
- Si vous consommez du cannabis pour des raisons thérapeutiques, parlez à votre fournisseur de soins de santé pour déterminer si les avantages de consommer du cannabis à cette fin contrebalancent les risques potentiels pour vous et votre bébé.
- Si vous avez de la difficulté à cesser ou à réduire votre consommation de cannabis pendant la grossesse, demandez à votre fournisseur de soins de santé de vous parler du soutien et des services de votre collectivité qui peuvent vous aider.
- Lorsque vous êtes enceinte, évitez dans la mesure du possible d'être dans une pièce où des personnes fument du cannabis.
- Certaines femmes désirent consommer du cannabis durant la grossesse pour traiter les nausées. À ce jour, il n'y a pas de recherche démontrant que le cannabis peut être utile dans ce cas. Si vous avez des questions à ce sujet, adressez-vous à votre fournisseur de soins de santé.
- Les bébés nés de mères qui consomment du cannabis durant leur grossesse sont plus susceptibles d'être plus petits que d'autres bébés et d'être de faible poids. Les bébés de faible poids à la naissance sont plus prédisposés à avoir des problèmes de santé en grandissant.
- Les scientifiques sont toujours en train de déterminer les effets à long terme de la consommation de cannabis durant la grossesse sur les enfants et les jeunes. Certaines recherches montrent que la consommation de cannabis durant la grossesse peut affecter le comportement des enfants (p. ex., ils peuvent avoir des problèmes d'attention et être hyperactifs); le développement de leur cerveau (p. ex., des problèmes avec la mémoire ou les apprentissages à l'école); et la probabilité qu'ils consomment du cannabis et d'autres drogues à l'adolescence.

Jusqu'à ce que l'on en sache plus sur les effets à court et à long terme du cannabis sur les bébés et les jeunes enfants, il vaut mieux éviter d'en consommer durant la grossesse.



Le cannabis et l'allaitement

- Il vaut mieux ne pas consommer de cannabis en allaitant, car elle est transmise aux bébés par le lait maternel et peut se retrouver dans leurs selles.
- Les bébés qui ont été exposés au cannabis par le lait maternel peuvent devenir somnolents et avoir de la difficulté à prendre le sein de manière appropriée.
- Les scientifiques cherchent toujours à déterminer si le cannabis dans le lait maternel peut affecter les bébés à long terme. Le cannabis peut avoir des conséquences sur le développement précoce du cerveau, ce qui peut avoir de possibles effets à long terme liés au raisonnement, au bien-être émotionnel et au comportement des enfants et des jeunes.

Le cannabis et le rôle parental

- La consommation de cannabis peut affecter votre capacité de vous occuper de votre bébé de manière sécuritaire.
- Certains types de cannabis peuvent rendre les gens très somnolents et les faire dormir plus profondément.
- Lorsque le cannabis est fumée, la fumée secondaire peut causer certains des mêmes problèmes de santé pour vos enfants que la fumée secondaire de la cigarette. Essayez de fumer loin de vos enfants et à l'extérieur de la maison.
- Tout comme pour l'alcool et d'autres médicaments sous ordonnance, gardez le cannabis dans un endroit sûr auquel vos enfants n'ont pas accès. Le cannabis présente dans des produits alimentaires, comme des biscuits et des brownies, peut être particulièrement tentante pour des enfants curieux.
- Si votre enfant mange ou boit accidentellement du cannabis, consultez immédiatement un médecin. Votre enfant pourrait avoir de la difficulté à marcher ou à s'asseoir et peut devenir très somnolent ou agir de manière confuse. Les effets graves du cannabis sur les enfants sont moins courants, mais peuvent comprendre des problèmes respiratoires, des convulsions et un coma.

Directives canadiennes d'usage de cannabis à faible risque
Ces directives affirment ceci : « Prendre du cannabis est un choix personnel. Or, la prise de cannabis comporte des risques pour ta santé et ton bien-être. » Voici certaines de ces recommandations pour réduire les risques :

- Trouve des produits de cannabis à faible risque
- Évite les cannabinoïdes synthétiques
- Si tu fumes du cannabis, évite les pratiques d'inhalation nocives
- Réduis ta fréquence d'usage de cannabis
- Ne prends pas de cannabis avant de conduire un véhicule motorisé ou d'utiliser une autre machine
- Évite complètement le cannabis si tu es vulnérable aux problèmes de santé mentale ou si tu es enceinte

Téléchargez les directives à www.camh.ca/fr

Références

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2015). « Marijuana use during pregnancy and lactation ». *Committee Opinion No. 637*, 126, 234–238.
- Brown, H. L., et Graves, C. R. (2013). « Smoking and Marijuana Use in Pregnancy ». *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 56(1), 107-113.
- Danovitch, I. (2013). « Sorting Through the Science on Marijuana: Facts, Fallacies, and Implications for Legalization ». *McGeorge Law Review*, 43(1), 91-108.
- Groshkova, T., Madgula, R. M., et Mayet, S. (2011). « Illicit drug use in pregnancy: effects and management. » *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*, 6(2), 179.
- Hayatbakhsh, M., Flenady, V. J., Gibbons, K. S., Kingsbury, A. M., Hurrion, E., Mamun, A., et coll. (2012). « Birth outcomes associated with cannabis use before and during pregnancy ». *Pediatric Research*, 71(2), 215-219.
- Hill, M., et Reed, K. (2013). « Pregnancy, Breast-feeding, and Marijuana: A Review Article ». *Obstetrical and Gynecological Survey*, 68(10), 710-718
- Huizink, A. C. (2014). « Prenatal cannabis exposure and infant outcomes: Overview of studies ». *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 52, 45-52.
- Hurda, Y. L., Wanga, X., Anderson, V., Beck, O., Minkoff, H., et Dow-Edwards, D. (2005). « Marijuana impairs growth in mid-gestation fetuses ». *Neurotoxicology and Teratology*, 27, 221–229.
- Jacques, S. C., Kingsbury, A. M., Henschke, P., Chomchai, C., Clews, S., Falconer, J., et coll. (2014). « Cannabis, the pregnant woman and her child: weeding out the myths ». *Journal of Perinatology*, 34, 417-424.
- Jukic, A. Z., Weinburg, C. R., Baird, D. D., et Wilcox, A. J. (2007). « Life-Style and Reproductive Factors Associated with Follicular Phase Length ». *Journal of Women's Health*, 16(9), 1340–1347.
- Jutras-Aswad, D., DiNieri, J. A., Harkany, T., et Hurd, Y. L. (2009). « Neurobiological consequences of maternal cannabis on human fetal development and its neuropsychiatric outcome ». *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259, 395-412.
- Mark, K., Desai, A., et Terplan, M. (2015). « Marijuana use and pregnancy: prevalence, associated characteristics, and birth outcomes ». *Archives of Women's Mental Health*, DOI : 10.1007/s00737-015-0529-9.
- Metz, T. D., et Stickrath, E. H. (2015). « Marijuana Use in Pregnancy and Lactation: A Review of the Evidence ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, doi : 10.1016/j.ajog.2015.05.025.
- Minnes, S., Lang, A., et Singer, L. (2011). « Prenatal Tobacco, Marijuana, Stimulant, and Opiate Exposure: Outcomes and Practice Implications ». *Addiction Science and Clinical Practice*, 6(1), 57-70.
- Onders, B., Casavant, M. J., Spiller, H. A., Chounthirath, T., et Smith, G. A. (2015) « Marijuana Exposure Among Children Younger Than Six Years in the United States ». *Clinical Pediatrics*, 1-9.
- Porath-Waller, A. J. (2015). *Dissiper la fumée entourant le cannabis : Effets du cannabis durant la grossesse – Version actualisée*. Ottawa (Ontario) : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.
- Reece-Stremtan, S., Marinelli, K. A., et The Academy of Breastfeeding Medicine. (2015). « ABM Clinical Protocol #21: Guidelines for Breastfeeding and Substance Use or Substance Use Disorder, Revised 2015 ». *Breastfeeding Medicine*, 10(3), 135-141.
- Repp, K. K., et Raich, A. L. (2014). *Marijuana and health: A comprehensive review of 20 years of research*. Washington County, Oregon : Department of Health and Human Services.
- Roberson, E. K., Patrick, W. K., et Hurwitz, E. L. (2014). « Marijuana Use and Maternal Experiences of Severe Nausea During Pregnancy in Hawai'i ». *Hawai'i Journal of Medicine and Public Health*, 73(9), 283-287.
- Sharma, R., Biedenharn, K. R., Fedor, J. M., et Agarwal, A. (2013). « Lifestyle factors and reproductive health: taking control of your fertility ». *Reproductive Biology and Endocrinology*, 11, 66-81.
- Silva, A., et Parsh, B. (2014). « Pediatric emergency: Unintended marijuana ingestion ». *Nursing*, 44(11), 12-13.
- Warner, T. D., Roussos-Ross, D., et Behnke, M. (2014). « It's Not Your Mother's Marijuana: Effects on Maternal-Fetal Health and the Developing Child ». *Clinical Perinatology*, 41(4), 877-894.
- Whiting, P. F., Wolff, R. F., Deshpande, S., Di Nisio, M., Duffy, S., Hernandez, A. V., et coll. (2015). « Cannabinoids for Medical Use: A Systematic Review and Meta-analysis ». *JAMA*, 313(24), 2456-2473.

Cette ressource a été élaborée par le Centre of Excellence for Women's Health [Centre d'Excellence Pour la Santé des Femmes] (www.bccwh.bc.ca), avec le soutien de l'Education and Training Council et de l'Alberta Cross Ministry Committee (<http://fasd.alberta.ca>), et a été examinée par des experts du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (www.ccsa.ca) et du Canada FASD Research Network (www.canfasd.ca).

Veillez télécharger le document à www.bccwh.bc.ca.

Mis à jour en: septembre 2017

Les femmes et les opioïdes sous ordonnance

Les opioïdes sous ordonnance

- Les opioïdes sont un type de médicament principalement prescrit pour traiter la douleur aiguë et chronique.
- Les opioïdes sont des drogues fabriquées à partir du pavot somnifère. Ils peuvent également être faits en laboratoire, à partir de produits chimiques.
- Certains des opioïdes courants comprennent la morphine, la codéine, l'oxycodone (p. ex., l'Oxycontin®, le Percodan® ou le Percocet®), l'hydrocodone (p. ex., l'Hycodan®, le Tussionex®), l'hydromorphone (p. ex., le Dilaudid®), le fentanyl, la méthadone et la buprénorphine.
- Les opioïdes sous ordonnance sont offerts sous différentes formes : comprimés, capsules, sirops, solutions, timbres et suppositoires.
- Les opioïdes peuvent être très efficaces pour réduire la douleur. Ils peuvent également produire un sentiment de bien-être ou une sensation d'euphorie (« état *high* »).
- Les opioïdes peuvent être dangereux à des doses élevées, car ils peuvent causer de la somnolence, ralentir votre respiration et mener à un coma et au décès.

Les opioïdes sous ordonnance et votre santé

- Les effets secondaires des opioïdes sous ordonnance peuvent comprendre la sédation (se sentir somnolente ou endormie), les nausées, les vomissements et la constipation. Vous pouvez également devenir tolérante à ces médicaments et avoir besoin de plus grandes quantités pour gérer votre douleur.
- Si vous arrêtez soudainement de prendre ces médicaments ou réduisez la quantité que vous prenez, vous pouvez ressentir des symptômes physiques de sevrage. Ces symptômes durent habituellement de quelques jours à une semaine.
- Les opioïdes sont des médicaments déprimeurs, ce qui signifie qu'ils ralentissent la partie du cerveau qui contrôle la respiration. Tous les opioïdes sont dangereux lorsqu'ils sont pris en grande quantité ou avec d'autres déprimeurs, comme l'alcool et les benzodiazépines, comme le clonazépam (Rivotril®) et le lorazépam (Ativan®).
- Les opioïdes sous ordonnance peuvent être dangereux lorsqu'ils sont consommés de manière abusive. Une consommation abusive survient lorsque vous :
 - consommez des opioïdes avec de l'alcool ou d'autres médicaments ayant des effets sédatifs;
 - prenez une plus grande dose que celle qui vous a été prescrite;
 - changez la façon de prendre votre médicament (p. ex., le renifler ou l'injecter);
 - prenez un médicament qui ne vous a pas été prescrit;
 - Chez la femme, la consommation à long terme d'opioïdes sous ordonnance peut causer des changements hormonaux, de l'infertilité, de l'anxiété et une dépression. Des changements hormonaux peuvent affecter vos règles et votre appétit sexuel.

- Une consommation fréquente d'opioïdes à long terme pour traiter des maux de tête peut entraîner une « céphalée par surconsommation de médicaments », une céphalée de rebond causée par une consommation excessive de médicaments pour soulager les maux de tête.
- Les graves méfaits des opioïdes sous ordonnance peuvent comprendre la dépendance physique, la surdose et le décès. Lorsqu'elle est repérée rapidement, une surdose peut être traitée avec des médicaments, comme la naloxone. La naloxone annule temporairement les surdoses d'opioïdes, donnant plus de temps pour obtenir de l'aide.

Les opioïdes sous ordonnance et la grossesse

- Prendre des opioïdes sous ordonnance durant la grossesse peut comporter certains risques. Si vous pouvez tomber enceinte, songer à le faire ou aussitôt que vous savez que vous l'êtes, il est important de parler avec votre fournisseur de soins de santé.
- Prendre des opioïdes durant la grossesse peut augmenter les chances que votre bébé naisse prématurément ou ait des symptômes de sevrage des médicaments que vous prenez.
- Si votre bébé a des symptômes de sevrage, il devra être en observation médicale et possiblement recevoir un traitement. Les bébés ne seront pas tous en sevrage et ne nécessiteront pas tous un traitement médical pour celui-ci. La plupart des bébés qui ont des symptômes de sevrage n'auront aucun effet à long terme sur leur santé et leur développement.
- Les scientifiques sont toujours en train de déterminer la sécurité générale de la prise d'opioïdes à long terme durant la grossesse, dans son ensemble. Certains opioïdes pris à certaines doses peuvent causer des déficiences congénitales, comme des problèmes avec le cœur ou le cerveau et la colonne vertébrale (anomalie du tube neural) du bébé.
- Selon votre situation, vous pouvez discuter d'autres formes de gestion de la douleur avec votre fournisseur de soins de santé.
- Vous ne devriez pas décider d'arrêter de prendre des opioïdes vous-même ou de faire un sevrage brutal, car cesser d'en consommer peut avoir des effets néfastes sur la grossesse, comme un travail précoce ou de la difficulté pour le fœtus d'obtenir suffisamment d'oxygène.
- Si vous êtes dépendante des opioïdes, il est recommandé que de prendre de la méthadone ou de la buprénorphine sous la supervision de votre fournisseur de soins de santé pendant la grossesse, car ces médicaments entraînent moins de risques pour vous et votre bébé.
- Si vous croyez être dépendante des opioïdes sous ordonnance, demandez à votre fournisseur de soins de santé de vous parler du soutien et des services de votre collectivité qui peuvent vous aider.

Les opioïdes sous ordonnance et l'allaitement

- Il est sécuritaire d'allaiter tout en prenant la plupart des opioïdes sous ordonnance, mais il est important de parler à votre fournisseur de soins de santé de votre situation en particulier.
- La durée de la prise des médicaments, si vous les prenez durant la grossesse et la dose ou la quantité du médicament peut vous aider, vous et votre fournisseur de soins de santé, à prendre une décision.
- En général, si on vous a prescrit des médicaments pour soulager la douleur à court terme, cela ne devrait pas affecter votre capacité d'allaiter.
- Si vous prenez de la méthadone ou de la buprénorphine sous ordonnance, vous pouvez allaiter, peu importe la quantité que vous prenez. Bien que de petites quantités de méthadone et de buprénorphine passent dans le lait maternel, elles ont peu d'effets sur votre bébé. Si votre dose de médicament est stable, vous devriez pouvoir allaiter, à moins d'avoir d'autres problèmes de santé.
- Si vous prenez des médicaments comme de la codéine ou de l'hydrocodone, parlez à votre fournisseur de soins de santé. Les scientifiques sont toujours en train de déterminer la sécurité de l'allaitement lorsque les femmes prennent des opioïdes sous ordonnance pendant de longues périodes et en plus grande quantité. Même de petites quantités de codéine peuvent être préoccupantes pour certaines femmes selon la façon dont leur corps la métabolise.
- Certains opioïdes peuvent vous rendre somnolente. Si vous remarquez que votre bébé semble somnolent, parlez à votre fournisseur de soins de santé de la dose de votre médicament et de la fréquence à laquelle vous le prenez et demandez-lui si des changements doivent être apportés.

Les opioïdes sous ordonnance et le rôle parental

- Certains types d'opioïdes peuvent rendre les gens très somnolents et les faire dormir plus profondément qu'à l'habitude.
- Tout comme pour d'autres médicaments sous ordonnance, gardez les opioïdes dans un endroit sûr auquel vos enfants (et animaux de compagnie) n'ont pas accès. Évitez de les laisser sur le comptoir ou dans un sac à main ou un sac. Les timbres de fentanyl qui sont portés 72 heures peuvent être particulièrement dangereux. Évitez de jeter les timbres usagés dans une poubelle où votre enfant peut les trouver plus tard.
- Si votre enfant prend accidentellement votre médicament, consultez immédiatement un médecin.
- Des enfants plus âgés et des adolescents peuvent désirer prendre des opioïdes sous ordonnance à des fins récréatives. Parlez-leur ouvertement des risques de ces médicaments. Vous pouvez être un bon modèle en prenant votre médicament comme prescrit et en ne le partageant pas avec d'autres.
- Vous pouvez retourner tout analgésique opioïde inutilisé à la

Références

- ACOG Committee on Health Care for Underserved Women and American Society of Addiction Medicine. (2012). « ACOG Committee Opinion No. 524:« Opioïd Abuse, Dependence, and Addiction in Pregnancy ». *Obstetrics and Gynecology*, 119(5), 1070-1076.
- Brennan, M. J. (2013). « The Effect of Opioid Therapy on Endocrine Function ». *The American Journal of Medicine*, 126(3A), S12-S18.
- Chan, F., et Koren, G. (2015). « Motherisk Update:« Is periconceptional opioid use safe? » *Canadian Family Physician*, 61, 431-433.
- Darnall, B. D., Stacey, B. R., et Chou, R. (2012). « Medical and Psychological Risks and Consequences of Long-Term Opioid Therapy in Women ». *Pain Medicine*, 13(1181- 1211).
- Hendrickson, R. G., et McKeown, N. J. (2012). « Is maternal opioid use hazardous to » breast-fed infants? ». *Clinical Toxicology*, 50, 1-14.
- Katz, N., et Mazer, N. A. (2009). « The Impact of Opioids on the Endocrine System ». *The Clinical Journal of Pain*, 25(2), 170-175.
- Meyer, M. (2014). « The Perils of Opioid Prescribing During Pregnancy ». *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 41(2), 297-306.
- Minnes, S., Lang, A., et Singer, L. (2011). « Prenatal Tobacco, Marijuana, Stimulant, and Opiate Exposure:« Outcomes and Practice Implications ». *Addiction Science and Clinical Practice*, 6(1), 57-70.
- Patrick, S. W., Dudley, J., Martin, P. R., Harrell, F. E., Warren, M. D., Hartmann, K. E., et coll. (2015). « Prescription Opioid Epidemic and Infant Outcomes ». *Pediatrics*, 135(5), 842-850.
- Pritham, U. A. (2013). « Breastfeeding Promotion for Management of Neonatal Abstinence Syndrome ». *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 42, 517-526.
- Reece-Stremtan, S., Marinelli, K. A., et The Academy of Breastfeeding Medicine. (2015). « ABM Clinical Protocol #21: Guidelines for Breastfeeding and Substance Use or Substance Use Disorder, Revised 2015 ». *Breastfeeding Medicine*, 10(3), 135-141.
- Rowe, H., Baker, T., et Hale, T. W. (2013). « Maternal Medication, Drug Use, and Breastfeeding ». *Pediatric Clinics of North America*, 60(1), 275-294.
- Sachs, H. C., et Committee on Drugs. (2013). « The Transfer of Drugs and Therapeutics Into Human Breast Milk: An Update on Selected Topics ». *Pediatrics*, 132(3), e796-e809.
- Sherman, J. M., Friedman, J. E., et Rocker, J. A. (2014). « Opioid Abuse in the Pediatric Population:« Addressing a Real Public Health Epidemic. » *Consultant for Pediatricians*, 13(6), 256-261.
- Sutter, M. B., Leeman, L., et Hsi, A. (2014). « Neonatal Opioid Withdrawal Syndrome ». *Obstetric and Gynecology Clinics of North America*, 41, 317-334.
- Velluci, R., Mediati, R. D., et Ballerini, G. (2014). « Use of opioids for treatment of osteoporotic pain ». *Clinical Cases in Mineral and Bone Metabolism*, 11(3), 173-176.
- Whiteman, V. E., Salemi, J. L., Mogos, M. F., Cain, M. A., Aliyu, M. K., et Salihu, H. M. (2014). « Maternal Opioid Drug Use during Pregnancy and Its Impact on Perinatal Morbidity, Mortality, and the Costs of Medical Care in the United States ». *Journal of Pregnancy*, 2014, 1-8.

Cette ressource a été élaborée par le Centre of Excellence for Women's Health [Centre d'Excellence Pour la Santé des Femmes] (www.bccewh.bc.ca), avec le soutien de l'Education and Training Council et de l'Alberta Cross Ministry Committee (<http://fasd.alberta.ca>), et a été examinée par des experts du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (www.ccsa.ca) et du Canada FASD Research Network (www.canfasd.ca).

Veuillez télécharger le document à www.bccewh.bc.ca.

Mis à jour en: septembre 2017



RÉFÉRENCES

1. Giesbrecht, N., et al., *Strategies to Reduce Alcohol-Related Harms and Costs in Canada: A Comparison of Provincial Policies*. 2013, Centre for Addiction and Mental Health: Toronto, ON.
2. Albrecht, S.A., et al., Smoking cessation counseling for pregnant women who smoke: scientific basis for practice for AWHONN's SUCCESS Project. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 2004. 33(3): p. 298-305.
3. Álvarez-Bueno, C., et al., Effectiveness of brief interventions in primary health care settings to decrease alcohol consumption by adult non-dependent drinkers: a systematic review of systematic reviews. *Preventive Medicine*, 2015. 76: p. S33-S38.
4. Angus, C., et al., What are the implications for policy makers? A systematic review of the cost-effectiveness of screening and brief interventions for alcohol misuse in primary care. *Frontiers in Psychiatry*, 2014. 5.
5. Appiah-Brempong, E., et al., Motivational Interviewing Interventions and Alcohol Abuse Among College Students: A Systematic Review. *American Journal of Health Promotion*, 2014. 29(1): p. e32-e42.
6. Bertholet, N., et al., Reduction of Alcohol Consumption by Brief Alcohol Intervention in Primary Care: Systematic Review and Meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 2005. 165(9): p. 986-995.
7. Bray, J.W., A.J. Cowell, and J.M. Hinde, A systematic review and meta-analysis of health care utilization outcomes in alcohol screening and brief intervention trials. *Medical Care*, 2011. 49(3): p. 287-294.
8. Derges, J., et al., Alcohol screening and brief interventions for adults and young people in health and community-based settings: a qualitative systematic literature review. *BMC Public Health*, 2017. 17: p. 1-12.
9. Elzerbi, C., K. Donoghue, and C. Drummond, A comparison of the efficacy of brief interventions to reduce hazardous and harmful alcohol consumption between European and non-European countries: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Addiction*, 2015. 110(7): p. 1082-1091.
10. Tanner-Smith, E.E. and M.D. Risser, A meta-analysis of brief alcohol interventions for adolescents and young adults: Variability in effects across alcohol measures. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 2016. 42(2): p. 140-151.
11. Kaner, E.F.S., et al., Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018. 2(CD004148).
12. Center for Substance Abuse Treatment, *Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women*, in Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 51. HHS Publication No. (SMA) 15-4426. 2009, Center for Substance Abuse Treatment: Rockville, MD.
13. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Systems-Level Implementation of Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment*, in Technical Assistance Publication (TAP) Series 33. HHS Publication No. (SMA) 13-4741. 2013, Substance Abuse and Mental Health Services Administration: Rockville, MD.
14. World Health Organization, *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy*. 2014, World Health Organization: Geneva, Switzerland.
15. Centers for Disease Control and Prevention, *Planning and Implementing Screening and Brief Intervention for Risky Alcohol Use: A Step-by-Step Guide for Primary Care Practices*. 2014, Centers for Disease Control and Prevention, National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities: Atlanta, GA.
16. Poole, N., *Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD) Prevention: Canadian Perspectives*. 2008, Public Health Agency of Canada: Ottawa, ON.
17. Poole, N., et al., Prevention of Fetal Alcohol Spectrum Disorder: Current Canadian Efforts and Analysis of Gaps. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 2016. 2016(Suppl. 1): p. 1-11.
18. Johansson, K., I. Åkerlind, and P. Bendtsen, Under what circumstances are nurses willing to engage in brief alcohol interventions? A qualitative study from primary care in Sweden. *Addictive Behaviors*, 2005. 30(5): p. 1049-1053.
19. Lock, C.A., Alcohol and brief intervention in primary health care: What do patients think? *Primary Health Care Research and Development*, 2004. 5(2): p. 162-178.
20. Lynne, T. and M. Peter, Smoking cessation dialogue and the complementary therapist: Reluctance to engage? *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 2014. 20(4): p. 181-187.
21. Muggli, E., et al., Increasing accurate self-report in surveys of pregnancy alcohol use. *Midwifery*, 2015. 31(3): p. e23-8 1p.
22. Pilnick, A. and T. Coleman, Death, depression and 'defensive expansion': Closing down smoking as an issue for discussion in GP consultations. *Social Science & Medicine*, 2006. 62(10): p. 2500-2512.
23. Flemming, K., et al., Health professionals' perceptions of the barriers and facilitators to providing smoking cessation advice to women in pregnancy and during the post-partum period: a systematic review of qualitative research. *BMC Public Health*, 2016. 16(1): p. 1-13.
24. Stead, M., et al., Delivery of alcohol brief interventions in community-based youth work settings: exploring feasibility and acceptability in a qualitative study. *BMC Public Health*, 2017. 17: p. 1-13.
25. Eichler, A., et al., Did you drink alcohol during pregnancy? Inaccuracy and discontinuity of women's self-reports: On the way to establish meconium ethyl glucuronide (EtG) as a biomarker for alcohol consumption during pregnancy. *Alcohol*, 2016. 54: p. 39-44.
26. Jacobs, L. and J. Jacobs, 'Bad' Mothers have Alcohol Use Disorder: Moral Panic or Brief Intervention? *Gender & Behaviour*, 2014. 12(3): p. 5971-5979.

27. Poole, N. and B. Isaac, *Apprehensions: barriers to treatment for substance-using mothers*. 2001, Centre of Excellence for Women's Health: Vancouver, BC.
28. Boyd, S.C. and L. Marcellus, eds. *With Child: Substance Use During Pregnancy: A Woman-Centred Approach*. 2007, Fernwood Publishing: Winnipeg, MB.
29. Murphy, K., K. Steyn, and C. Mathews, The midwife's role in providing smoking cessation interventions for pregnant women: The views of midwives working with high risk, disadvantaged women in public sector antenatal services in South Africa. *International Journal of Nursing Studies*, 2016. 53: p. 228-237.
30. Wangberg, S.C., Norwegian midwives' use of screening for and brief interventions on alcohol use in pregnancy. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 2015. 6(3): p. 186-190 5p.
31. Bakker, M.J., et al., Predictors of perceiving smoking cessation counselling as a midwife's role: A survey of Dutch midwives. *European Journal of Public Health*, 2005. 15(1): p. 39-42.
32. Petersen Williams, P., et al., Screening and Brief Interventions for Alcohol and Other Drug Use Among Pregnant Women Attending Midwife Obstetric Units in Cape Town, South Africa: A Qualitative Study of the Views of Health Care Professionals. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 2015. 60(4): p. 401-409.
33. Abatemarco, D.J., M.B. Steinberg, and C.D. Delnevo, Midwives' knowledge, perceptions, beliefs, and practice supports regarding tobacco dependence treatment. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 2007. 52(5): p. 451-457.
34. Cameron, D.M. and C. Windsor, Diffusing research into routine midwifery practice. *Evidence Based Midwifery*, 2015. 13(1): p. 22-28.
35. Herberts, C. and C. Sykes, Midwives' perceptions of providing stop smoking advice and pregnant smokers' perceptions of stop smoking services within the same deprived area of London. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 2012. 57(1): p. 67-73.
36. Watson, H.M., Alison; Wilson, Marsha; Kerr, Susan; Godwin, Jon, *The involvement of nurses and midwives in screening and brief interventions for hazardous and harmful use of alcohol and other psychoactive substances*. 2009: Geneva, Switzerland.
37. Holland, C.L., J.L. Pringle, and V. Barbetti, Identification of Physician Barriers to the Application of Screening and Brief Intervention for Problem Alcohol and Drug Use. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 2009. 27(2): p. 174-183.
38. Herzig, K., et al., Comparing Prenatal Providers' Approaches to Four Different Risks: Alcohol, Tobacco, Drugs, and Domestic Violence. *Women & Health*, 2006. 43(3): p. 83-101.
39. De Wilde, K., et al., Which role do midwives and gynecologists have in smoking cessation in pregnant women? - A study in Flanders, Belgium. *Sexual & Reproductive Health Care*, 2015. 6(2): p. 66-73.
40. Doi, L., H. Cheyne, and R. Jepson, Alcohol brief interventions in Scottish antenatal care: a qualitative study of midwives' attitudes and practices. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 2014. 14(1): p. 1-27.
41. Thyrian, J.R., et al., Midwives' attitudes to counselling women about their smoking behaviour during pregnancy and postpartum. *Midwifery*, 2006. 22(1): p. 32-39.
42. Bull, L., Smoking cessation intervention with pregnant women and new parents (part 2): A focus group study of health visitors and midwives working in the UK. *Journal of Neonatal Nursing*, 2007. 13(5): p. 179-185.
43. Ockhuijsen, H.D.L., et al., Integrating preconceptional care into an IVF programme. *Journal of Advanced Nursing*, 2012. 68(5): p. 1156-1165.
44. Anderson, P., et al., Improving the delivery of brief interventions for heavy drinking in primary health care: outcome results of the Optimizing Delivery of Health Care Intervention (ODHIN) five-country cluster randomized factorial trial. *Addiction*, 2016. 111(11): p. 1935-1945.
45. Anderson, P., et al., Delivery of Brief Interventions for Heavy Drinking in Primary Care: Outcomes of the ODHIN 5-Country Cluster Randomized Trial. *Annals of Family Medicine*, 2017. 15(4): p. 335-340.
46. Truncali, A., et al., Teaching physicians to address unhealthy alcohol use: A randomized controlled trial assessing the effect of a web-based module on medical student performance. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2011. 40(2): p. 203-213.
47. Stoner, S.A., A.T. Mikko, and K.M. Carpenter, Web-based training for primary care providers on screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) for alcohol, tobacco, and other drugs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2014. 47(5): p. 362-370.
48. Nilsen, P., et al., Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare: a systematic review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2006. 24(1): p. 5-15.
49. Zoorob, R.J., et al., Training nurses and nursing students about prevention, diagnoses, and treatment of fetal alcohol spectrum disorders. *Nurse Education in Practice*, 2014. 14(4): p. 338-344.
50. Fu, S.S., et al., Training primary care clinicians in motivational interviewing: A comparison of two models. *Patient Education and Counseling*, 2015. 98(1): p. 61-68.
51. Watkins, R.E., et al., Development of a scale to evaluate midwives' beliefs about assessing alcohol use during pregnancy. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 2015. 15: p. 1-13.
52. Price, J.H., I. Mohamed, and J.D. Jeffery, Tobacco intervention training in American college of nurse-midwives accredited education programs. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 2008. 53(1): p. 68-74.
53. Forman, J., et al., National Survey of Smoking and Smoking Cessation Education Within UK Midwifery School Curricula. *Nicotine & Tobacco Research*, 2017. 19(5): p. 591-596.
54. Abidi, L., et al., Strategies to overcome barriers to implementation of alcohol screening and brief intervention in general practice: A Delphi study among healthcare professionals and addiction prevention experts. *Prevention Science*, 2016. 17(6): p. 689-699.
55. Gardiner, P., et al., Reaching Women through Health Information Technology: The Gabby Preconception Care System. *American Journal of Health Promotion*, 2013. 27(3,suppl): p. eS11-eS20.
56. Delrahim-Howlett, K., et al., Web-Based Assessment and Brief Intervention for Alcohol Use in Women of Childbearing Potential: A Report of the Primary Findings. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 2011. 35(7): p. 1331-1338.

57. Tzilos, G.K., R.J. Sokol, and S.J. Ondersma, A Randomized Phase I Trial of a Brief Computer-Delivered Intervention for Alcohol Use During Pregnancy. *Journal of Women's Health*, 2011. 20(10): p. 1517-1524.
58. Munro, S., et al., SmartMom Text Messaging for Prenatal Education: A Qualitative Focus Group Study to Explore Canadian Women's Perceptions. *JMIR Public Health And Surveillance*, 2017. 3(1): p. e7-e7.
59. Canadian Institutes for Health Research, *Substance abuse prevention and treatment initiative: Workshop report*. 2013, Canadian Institutes for Health Research Institute of Neurosciences Mental Health and Addiction: Ottawa, ON.
60. National Collaborating Centre for Aboriginal Health, *Fetal Alcohol Syndrome & Fetal Alcohol Spectrum Disorder Among Aboriginal Peoples*. 2009, NCCAH: Prince George, BC.
61. Agricola, E., et al., A cohort study of a tailored web intervention for preconception care. *BMC Medical Informatics & Decision Making*, 2014. 14(1): p. 1-25.
62. Tenkku, L.E., et al., A Web-Based Intervention to Reduce Alcohol-Exposed Pregnancies in the Community. *Health Education & Behavior*, 2011. 38(6): p. 563-573.
63. Moniz, M.H., L.A. Meyn, and R.H. Beigi, Text Messaging to Improve Preventive Health Attitudes and Behaviors During Pregnancy: A Prospective Cohort Analysis. *Journal of Reproductive Medicine*, 2015. 60(9-10): p. 378-382.
64. Ospina, M. and L. Dennett, *Systematic Review on The Prevalence Of Fetal Alcohol Spectrum Disorders*. 2013, Institute of Health Economics: Edmonton, AB.
65. Naughton, F., et al., Randomized controlled trial evaluation of a tailored leaflet and SMS text message self-help intervention for pregnant smokers (MiQuit). *Nicotine & Tobacco Research*, 2012. 14(5): p. 569-577.
66. Stead, M., et al., Delivery of alcohol brief interventions in community-based youth work settings: exploring feasibility and acceptability in a qualitative study. *BMC Public Health*, 2017. 17(1): p. 357.
67. Khadjesari, Z., et al., Health on the Web: Randomised Controlled Trial of Online Screening and Brief Alcohol Intervention Delivered in a Workplace Setting. *PLoS ONE*, 2014. 9(11): p. 1-9.
68. Bryce, A., et al., CATCH: development of a home-based midwifery intervention to support young pregnant smokers to quit. *Midwifery*, 2009. 25(5): p. 473-482.
69. Fahy, S.J., et al., Provision of smoking cessation support for pregnant women in England: results from an online survey of NHS Stop Smoking Services for Pregnant Women. *BMC Health Services Research*, 2014. 14(1): p. 107-107.
70. Reardon, R. and S. Grogan, Talking about smoking cessation with pregnant women: Exploring midwives' accounts. *British Journal of Midwifery*, 2016. 24(1): p. 38-42.
71. Kennedy, J., Barriers to success: smoking cessation conversations. *British Journal of Midwifery*, 2017. 25(8): p. 498-504.
72. Abrahamsson, A., et al., Some lessons from Swedish midwives' experiences of approaching women smokers in antenatal care. *Midwifery*, 2005. 21(4): p. 335-345.
73. Ebert, L.M., et al., Midwives' interactions with women who smoke in pregnancy. *British Journal of Midwifery*, 2009. 17(1): p. 24-29.
74. Everett-Murphy, K., et al., Scolders, carers or friends: South African midwives' contrasting styles of communication when discussing smoking cessation with pregnant women. *Midwifery*, 2011. 27(4): p. 517-524.
75. World Health Organization, *The ASSIST linked brief intervention for hazardous and harmful substance use*. 2010, World Health Organization: Geneva, Switzerland.
76. Racine, N., et al., Breaking the cycle pregnancy outreach program: reaching out to improve the health and well-being for pregnant substance-involved mothers. *Journal of the Motherhood Initiative for Research and Community Involvement*, 2009. 11(1).
77. Griffis, H., et al., Home visiting and perinatal smoking: a mixed-methods exploration of cessation and harm reduction strategies. *BMC Public Health*, 2016. 16(1): p. 1-9.
78. Urquhart, C.J., F.; Poole, N.; Nathoo, T.; Greaves, L., *Liberation! Helping women quit smoking. A brief tobacco-intervention guide*. 2012: Vancouver, BC.
79. Fyle, J., Encouraging healthy lifestyles in pregnant women. *British Journal of Midwifery*, 2013. 21(2): p. 142-143.
80. Katz, K.S., et al., The design, implementation and acceptability of an integrated intervention to address multiple behavioral and psychosocial risk factors among pregnant African American women. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 2008. 8: p. 22-22.
81. British Columbia Society of Transition Houses, *Reducing barriers to support for women fleeing violence*. 2011: Vancouver, BC.
82. Grossberg, P., et al., Inside the physician's black bag: Critical ingredients of brief alcohol interventions. *Substance Abuse*, 2010. 31(4): p. 240-250.
83. Humeniuk, R., et al., *The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: manual for use in primary care*. 2010, World Health Organization: Geneva, Switzerland.
84. Urquhart, C. and F. Jasiura, *Liberation! Helping Women Quit Smoking: A Brief Tobacco Intervention Guide*. 2012, Centre of Excellence for Women's Health: Vancouver, BC.
85. Werner, J.J., et al., Comparing primary care physicians' smoking cessation counseling techniques to motivational interviewing. *Journal of Addiction Medicine*, 2013. 7(2): p. 139-142.
86. Barnett, E., et al., From counselor skill to decreased marijuana use: Does change talk matter? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2014. 46(4): p. 498-505.
87. Branscum, P. and M. Sharma, A review of motivational interviewing-based interventions targeting problematic drinking among college students. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 2010. 28(1): p. 63-77.
88. Madukwe, A.U., Motivational interview: Evidence based strategy in the treatment of alcohol and drug addiction. *IFE Psychologia: An International Journal*, 2013. 21(3): p. 257-288.
89. Coups, E.J., A. Gaba, and C.T. Orleans, Physician Screening for Multiple Behavioral Health Risk Factors. *American Journal of Preventive Medicine*, 2004. 27(2,Suppl): p. 34-41.
90. Tanner-Smith, E.E., et al., Can brief alcohol interventions for youth also address concurrent illicit drug use? Results from a meta-analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 2015. 44(5): p. 1011-1023.

91. Velasquez, M.M., et al., A dual-focus motivational intervention to reduce the risk of alcohol-exposed pregnancy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2010. 17(2): p. 203-212.
92. Parrish, D., et al., Characteristics and Factors Associated with the Risk of a Nicotine Exposed Pregnancy: Expanding the CHOICES Preconception Counseling Model to Tobacco. *Maternal & Child Health Journal*, 2012. 16(6): p. 1224-1231.
93. Funderburk, J.S., S.A. Maisto, and D.E. Sugarman, Brief alcohol interventions and multiple risk factors in primary care. *Substance Abuse*, 2007. 28(4): p. 93-105.
94. Farr, S.L., et al., Brief interventions for illicit drug use among peripartum women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2014. 211(4): p. 336-343.
95. Bullock, L., et al., Baby BEEP: A Randomized Controlled Trial of Nurses' Individualized Social Support for Poor Rural Pregnant Smokers. *Maternal & Child Health Journal*, 2009. 13(3): p. 395-406.
96. Kulesza, M., et al., Brief alcohol intervention for college drinkers: How brief is? *Addictive Behaviors*, 2010. 35(7): p. 730-733.
97. Lane, J., et al., Nurse-provided screening and brief intervention for risky alcohol consumption by sexual health clinic patients. *Sexually Transmitted Infections*, 2008. 84(7): p. 524-527.
98. McCambridge, J. and K. Kypri, Can Simply Answering Research Questions Change Behaviour? Systematic Review and Meta Analyses of Brief Alcohol Intervention Trials. *PLoS ONE*, 2011. 6(10): p. 1-9.
99. Ingersoll, K.S., et al., Preconception markers of dual risk for alcohol and smoking exposed pregnancy: Tools for primary prevention. *Journal of Women's Health*, 2011. 20(11): p. 1627-1633.
100. Sobell, L.C., et al., Preventing Alcohol-Exposed Pregnancies: A Randomized Controlled Trial of a Self-Administered Version of Project CHOICES With College Students and Nonstudents. *Alcoholism, Clinical And Experimental Research*, 2017.
101. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Substance abuse treatment Addressing the specific needs of women*. 2009, US Department of Health and Human Services: Rockville, MD.
102. Wright, T.E., et al., The role of screening, brief intervention, and referral to treatment in the perinatal period. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2016. 215(5): p. 539-547.
103. American College of Obstetricians and Gynecologists and American Society of Addiction Medicine, *ACOG Committee Opinion 711: Opioid Use and Opioid Use Disorder in Pregnancy*. 2017, American College of Obstetricians and Gynecologists: Washington, DC.
104. Janisse, J.J., et al., Alcohol, tobacco, cocaine, and marijuana use: relative contributions to preterm delivery and fetal growth restriction. *Substance Abuse*, 2014. 35(1): p. 60-7.
105. Ceperich, S.D. and K.S. Ingersoll, Motivational interviewing + feedback intervention to reduce alcohol-exposed pregnancy risk among college binge drinkers: determinants and patterns of response. *Journal of Behavioral Medicine*, 2011. 34(5): p. 381-395.
106. Hanson, J.D., et al., Prevention of alcohol-exposed pregnancies among nonpregnant American Indian women. *American Journal of Health Promotion*, 2013. 27(3, Suppl): p. S66-S73.
107. Penberthy, J.K., et al., Depressive symptoms moderate treatment response to brief intervention for prevention of alcohol exposed pregnancy. *Journal Of Substance Abuse Treatment*, 2013. 45(4): p. 335-342.
108. Floyd, R.L., et al., Preventing Alcohol-Exposed Pregnancies: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 2007. 32(1): p. 1-10.
109. Ingersoll, K.S., et al., Preconceptional motivational interviewing interventions to reduce alcohol-exposed pregnancy risk. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2013. 44(4): p. 407-416.
110. Ingersoll, K.S., et al., Reducing alcohol-exposed pregnancy risk in college women: Initial outcomes of a clinical trial of a motivational intervention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2005. 29(3): p. 173-180.
111. Hanson, J.D. and S. Pourier, The Oglala Sioux Tribe CHOICES Program: Modifying an Existing Alcohol-Exposed Pregnancy Intervention for Use in an American Indian Community. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 2015. 13(1).
112. Hutton, H.E., et al., A Novel Integration Effort to Reduce the Risk for Alcohol-Exposed Pregnancy Among Women Attending Urban STD Clinics. *Public Health Reports*, 2014. 129: p. 56-62.
113. Letourneau, B., et al., Preventing alcohol-exposed pregnancies among Hispanic women. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 2017. 16(1): p. 109-121.
114. Wilton, G., et al., A randomized trial comparing telephone versus in-person brief intervention to reduce the risk of an alcohol-exposed pregnancy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2013. 45(5): p. 389-394.
115. Demeria, J., et al., *Indigenous People and HIV in Ontario: An Overview*. 2015, Ontario HIV Treatment Network: Toronto, ON.
116. Balfour, L. and P. MacPherson, *HIV and Cardiovascular Risk: The Ottawa HIV Quit Smoking Study*. 2010, The OHTN Conference.
117. Calvo, M., et al., Effects of tobacco smoking on HIV-infected individuals. *AIDS Rev*, 2015. 17(1): p. 47-55.
118. Turner, B.J., et al., Cigarette smoking and maternal-child HIV transmission. *Journal of acquired immune deficiency syndromes and human retrovirology*, 1997. 14(4): p. 327-37.
119. Westreich, D., et al., Smoking, HIV, and risk of pregnancy loss. *AIDS*, 2017. 31(4): p. 553-560.
120. Poole, N., Urquhart, C., Jasiura, F., Smylie, D., Schmidt, R.A., Trauma Informed Practice Project Group, & Trauma Informed Practice Advisory Committee. *Trauma Informed Practice Guide*. 2013, Centre of Excellence for Women's Health and BC Ministry of Health, Mental Health and Substance Use Branch: Vancouver and Victoria, BC.
121. BC Society of Transition Houses, *Report on Violence Against Women, Mental Health and Substance Use*. 2011, Canadian Women's Foundation: Toronto, ON.
122. Parkes, T.W., Cathy; Besla, Kashmir; Leavitt, Sarah; Ziegler, Maggie; MacDougall, Angela; Armstrong, Susan; LaCombe, Belinda; LeClaire, Mireille; Taylor, Nancy; Cory, Jill, *Freedom from violence: Tools for working with trauma, mental health and substance use*. 2007: Vancouver, BC.

123. Gilbert, L., et al., Project WINGS (Women Initiating New Goals of Safety): A randomised controlled trial of a screening, brief intervention and referral to treatment (SBIRT) service to identify and address intimate partner violence victimisation among substance-using women receiving community supervision. *Criminal Behavior and Mental Health*, 2015. 25(4): p. 314-29.
124. Bushnik, T., The Health of Girls and Women in Canada, in *Women in Canada: A Gender-based Statistical Report*. 2016, Statistics Canada: Ottawa, ON.
125. Canadian Centre on Substance Use and Addiction, *Canadian Drug Summary: Alcohol*. 2017, Canadian Centre on Substance Use and Addiction: Ottawa, ON.
126. Stockwell, T., et al., Canada's low-risk drinking guidelines. *CMAJ*, 2012. 184(1): p. 75.
127. Health Canada. *Canadian Cannabis Survey 2017*. 2017 [cited 2018 April 24]; Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/drugs-health-products/canadian-cannabis-survey-2017-summary.html>.
128. Harris, B.R., Talking about screening, brief intervention, and referral to treatment for adolescents: An upstream intervention to address the heroin and prescription opioid epidemic. *Preventive Medicine*, 2016. 91: p. 397-399.
129. Canadian Centre on Substance Use and Addiction and National Eating Disorder Information Centre, *When Eating Disorders and Substance Abuse Problems Collide: Understanding, Preventing, Identifying and Addressing Eating Disorders and Substance Abuse Issues in Youth*. 2013, Canadian Centre on Substance Abuse and Addiction: Ottawa, ON.
130. de Dios, M.A., et al., Motivational and mindfulness intervention for young adult female marijuana users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2012. 42(1): p. 56-64.
131. Bountress, K.E., et al., Reducing sexual risk behaviors: secondary analyses from a randomized controlled trial of a brief web-based alcohol intervention for underage, heavy episodic drinking college women. *Addiction Research & Theory*, 2017. 25(4): p. 302-309.
132. Tanner-Smith, E.E. and M.W. Lipsey, Brief alcohol interventions for adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2015. 51: p. 1-18.
133. Girls Action Foundation and Centre of Excellence for Women's Health, *Girls, Alcohol, and Depression: A Backgrounder for Facilitators of Girls' Empowerment Groups*. 2014, Centre of Excellence for Women's Health: Vancouver, BC.
134. Girls Action Foundation and Centre of Excellence for Women's Health, *Girls, Smoking, and Stress: A Backgrounder for Facilitators of Girls' Empowerment Groups*. 2014, Centre of Excellence for Women's Health: Vancouver, BC.
135. Oulman, E., et al., Prevalence and predictors of unintended pregnancy among women: an analysis of the Canadian Maternity Experiences Survey. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2015. 15: p. 260.
136. Bottorff, J.L., et al., Tobacco and alcohol use in the context of adolescent pregnancy and postpartum: A scoping review of the literature. *Health & Social Care in the Community*, 2014. 22(6): p. 561-574.
137. Truth and Reconciliation Commission of Canada, *Truth and Reconciliation Commission of Canada: Calls to Action*. 2015: Winnipeg, MB.
138. Conigrave, K., et al., The Alcohol Awareness project: community education and brief intervention in an urban Aboriginal setting. *Health Promotion Journal of Australia*, 2012. 23(3): p. 219-225.
139. Hanson, J.D., et al., Impact of the CHOICES Intervention in Preventing Alcohol-Exposed Pregnancies in American Indian Women. *Alcoholism, Clinical And Experimental Research*, 2017. 41(4): p. 828-835.
140. National Native Addictions Partnership Foundation, *Early identification and brief intervention*. n.d., National Native Addictions Partnership Foundation: Muskoday, SK.
141. Dickerson, D.L., et al., Integrating motivational interviewing and traditional practices to address alcohol and drug use among urban American Indian/Alaska Native youth. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2016. 65: p. 26-35.
142. Gilder, D.A., et al., Acceptability of the use of motivational interviewing to reduce underage drinking in a Native American community. *Substance Use & Misuse*, 2011. 46(6): p. 836-842.
143. National Native Addictions Partnership Foundation, *Motivational interviewing toolkit for NAADAP/YSAP treatment centre and community workers*. n.d., National Native Addictions Partnership Foundation: Muskoday, SK.
144. McBride, N., Paternal involvement in alcohol exposure during pre-conception and pregnancy. *Australian Nursing & Midwifery Journal*, 2015. 22(10): p. 51-51.
145. Ortega, G., et al., Passive smoking in babies: The BIBE study (Brief Intervention in babies. Effectiveness). *BMC Public Health*, 2010. 10(1): p. 772-781.
146. Wulp, N.Y., C. Hoving, and H. Vries, Correlates of partner support to abstain from prenatal alcohol use: a cross-sectional survey among Dutch partners of pregnant women. *Health & Social Care in the Community*, 2016. 24(5): p. 614-622.
147. Pollak, K.I., et al., Rated helpfulness and partner-reported smoking cessation support across the pregnancy-postpartum continuum. *Health Psychology*, 2006. 25(6): p. 762-770.
148. Koshy, P., et al., Smoking cessation during pregnancy: The influence of partners, family and friends on quitters and non-quitters. *Health & Social Care in the Community*, 2010. 18(5): p. 500-510.
149. Astley, S.J., et al., Fetal alcohol syndrome (FAS) primary prevention through fas diagnosis: II. A comprehensive profile of 80 birth mothers of children with FAS. *Alcohol Alcohol*, 2000. 35(5): p. 509-19.
150. Sahebi, Z., A. Kazemi, and M. Loripoor Parizi, The relationship between husbands' health belief and environment tobacco smoke exposure among their pregnant wife. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 2017. 30(7): p. 830-833.
151. van der Wulp, N.Y., C. Hoving, and H. de Vries, A qualitative investigation of alcohol use advice during pregnancy: experiences of Dutch midwives, pregnant women and their partners. *Midwifery*, 2013. 29(11): p. e89-e98.
152. Lagan, B.M. and K. Casson, Support needs of women who continue to smoke in pregnancy. *British Journal of Midwifery*, 2010. 18(4): p. 229-235.

153. McBride, N. and S. Johnson, Fathers' Role in Alcohol-Exposed Pregnancies: Systematic Review of Human Studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 2016. 51(2): p. 240-248.
154. Winickoff, J.P., et al., Using the postpartum hospital stay to address mothers' and fathers' smoking: The NEWS Study. *Pediatrics*, 2010. 125(3): p. 518-525.
155. Yang, I. and L. Hall, Smoking cessation and relapse challenges reported by postpartum women. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 2014. 39(6): p. 375-380.
156. Czeizel, A.E., B. Czeizel, and A. Vereczkey, The participation of prospective fathers in preconception care. *Clinical Medicine Insights: Reproductive Health*, 2013. 7: p. 1-9.
157. Bottorff, J.L., et al., Men's business, women's work: gender influences and fathers' smoking. *Sociology of Health Illness*, 2010. 32(4): p. 583-96.
158. Oliffe, J.L., J.L. Bottorff, and G. Sarbit, Supporting fathers' efforts to be smoke-free: program principles. *Canadian Journal of Nursing Research*, 2012. 44(3): p. 64-82.
159. Greaves, L., A. Pederson, and N. Poole, eds. *Making It Better: Gender-Transformative Health Promotion*. 2014, Canadian Scholars: Toronto, ON.
160. Babor, T.F., F. Del Boca, and J.W. Bray, Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment: implications of SAMHSA's SBIRT initiative for substance abuse policy and practice. *Addiction*, 2017. 112: p. 110-117.
161. Nilsen, P., Brief alcohol intervention-where to from here? Challenges remain for research and practice. *Addiction*, 2010. 105(6): p. 954-959.
162. Butt, P.B., Doug; Gliksman, Louis; Paradis, Catherine; Stockwell, Tim, *Alcohol and Health in Canada: A Summary of Evidence and Guidelines for Low-Risk Drinking*. 2011, Canadian Centre on Substance Abuse: Ottawa, ON.
163. Fischer, B., et al., Lower-Risk Cannabis Use Guidelines (LRCUG): An evidence-based update. *American Journal of Public Health*, 2017. 107(8).
164. Best Start Resource Centre, *Risks of Cannabis on Fertility, Pregnancy, Breastfeeding and Parenting*. 2017, Best Start Resource Centre: Toronto, ON.
165. Centre of Excellence for Women's Health, *Women and Cannabis* (information sheet). 2017, Centre of Excellence for Women's Health: Vancouver, BC.
166. Clarren, S.K. and J.L. Cook, *Policy Paper: Meconium Screening for Fetal Alcohol Spectrum Disorder in Pregnancy*. 2013, Canada FASD Research Network: Vancouver, BC.
167. McQuire, C., et al., Objective Measures of Prenatal Alcohol Exposure: A Systematic Review. *Pediatrics*, 2016. 138(3): p. 1-17.
168. Marcellus, L., Is meconium screening appropriate for universal use? Science and ethics say no. *Adv Neonatal Care*, 2007. 7(4): p. 207-14.
169. Orrbine, E., et al. *The Ethics of Meconium Testing as Part of a Screening Toolkit for FASD*. In 12th Annual Fetal Alcohol Canadian Expertise (FACE) Research Roundtable. 2012. Prince Edward Island: Canadian Association of Paediatric Health Centres.
170. Beaman, J.C., Harmful Impacts: *The Reliance on Hair Testing in Child Protection: Report of the Motherisk Commission* 2018, Ministry of the Attorney General: Toronto, ON.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier Dorothy Badry, Hazel Mitchell, Holly Gammon, Stacy Taylor, Katie Walsh, Michelle Ward, Bree Denning, Margaret Leslie, Mary Mueller, Marlene Dray, Wendy Bradley et les autres membres de l'équipe d'intervention du réseau de prévention du Le Canada foetale alcool Spectrum Disorder Research Network (CanFASD) pour leur aide dans l'organisation des treize consultations pancanadiennes. Les commentaires des sages-femmes, médecins, infirmières, intervenants des services d'approche sur la grossesse, intervenants de la lutte contre la violence, prestataires de services dans le domaine de la consommation de substances, prestataires de services de santé en matière de sexualité et prestataires de services de santé pour les autochtones ayant participé aux consultations à Vancouver, Toronto, Thunder Bay, Winnipeg, Whitehorse, Yellowknife, Edmonton, Moncton, Charlottetown, Halifax, St. John's et Iqaluit ont été d'une importance cruciale pour l'élaboration de ce rapport et la compréhension des brèves interventions menées actuellement auprès des femmes et de leurs partenaires sur la consommation de substances.

Ce travail de recherche a été réalisé en partenariat avec le programme de formation de sages-femmes de l'Université de la Colombie-Britannique et le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Le Canada FASD Research Network, la Société des obstétriciens et gynécologues et David Brown de Pathways Research ont joué un rôle important dans l'élaboration et l'exécution du projet, rôle qui dépasse le cadre de l'aide financière.

L'élaboration de ce rapport a été rendue possible grâce à du financement de l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles de l'Agence de la santé publique du Canada.

