

# L'alcool et la grossesse

Les mesures pouvant être apportées par les infirmières afin d'encourager les femmes à l'abstinence ou à la réduction de la consommation d'alcool durant leur grossesse.

## Une revue de littérature étoffée

Travail en vue de l'obtention du titre de Bachelor of science  
HES-SO en soins infirmiers

Par

**Amey Rebecca**

Promotion 2009-2012

**Sous la direction de Monsieur Hervé Messerli**

**Haute Ecole de Santé, Fribourg**  
Filière soins infirmiers

**Le 2 juillet 2012**

**« Désormais, prends bien garde ! Ne bois ni vin ni boisson fermentée, car tu vas concevoir et tu enfanteras un fils. »**

Livre des Juges, 13-4.

(Ancien Testament)

(Cité par Gratiot & Titran, 2005,  
p.92)

## **REMERCIEMENTS**

Tout d'abord, je voudrais remercier Monsieur Hervé Messerli qui m'a aidée et suivie dans l'élaboration de cette revue de littérature étoffée, avec soutien et disponibilité.

Je remercie aussi Mme Quinodoz et Mme Noël de Tilly pour leur réponse à mes questions par courrier électronique.

Ensuite, je remercie chaleureusement ma famille pour son précieux soutien.

Je tiens également à vivement remercier mon ami Christian Koerber d'abord pour l'aide dans la mise en page de ce travail ainsi que la correction, mais aussi surtout pour son grand appui dans les moments les plus difficiles.

Enfin, un grand merci à mes amis de la promotion 2009 pour leurs encouragements.

# RÉSUMÉ

## Etat des connaissances

La consommation d'alcool durant la grossesse cause des dégâts irréversibles sur le bébé (malformations faciales, troubles développementaux, retard mental, etc.) qui pourraient pourtant être prévenus à 100% (Welch-Carre, 2005). Dans les sociétés industrielles occidentales, le syndrome alcoolique fœtal touche 0,5 à 2 naissances pour 1000 et l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale concerne 10 bébés sur 1000 ([AIS] et [FMH], 2010).

## Objectifs

Le but est de trouver des mesures que l'infirmière pourrait mettre en place auprès des futures mères afin de prévenir les dégâts dus à l'alcool sur le fœtus.

## Banques de données

Pubmed – Medline par OvidSP – Cinhal – ScienceDirect

## Critères de sélection des études et population

La population est composée de femmes enceintes ou en âge de procréer. Le but des études doit être de prévenir la consommation d'alcool durant la grossesse, ce qui va donc prévenir les séquelles dues à l'alcool sur le bébé.

## Résultats

Les mesures suivantes sont efficaces : 1. Intervention brève 2. Matériel d'éducation sanitaire écrit. 3. Programme *Early Start* et *Early Start Plus*.

## Perspectives

Ces mesures peuvent être mises en place dans les services de soins prénataux (Planning familial, services de gynécologie-obstétrique) ou dans les écoles par les infirmières scolaires par exemple.

Des recherches supplémentaires concernant les facteurs et situations à risque et sur la façon dont on pourrait agir en fonction de cela sont nécessaires.

## Mots-clés

*Education / Education, Nursing / Prevention / Primary Prevention / Prevention and Control / Intervention / Alcohol Drinking / Pregnancy*

## ***Table des matières***

<b>Remerciements</b> .....	<b>3</b>
<b>Résumé</b> .....	<b>4</b>
<b>1 Introduction</b> .....	<b>9</b>
1.1 Etat des connaissances .....	9
1.1.1 Consommation d'alcool durant la grossesse .....	9
1.1.2 Informations dont disposent les femmes enceintes .....	9
1.1.3 Connaissances de la population .....	11
1.2 Problématique .....	12
1.3 Question de recherche : .....	15
1.3.1 Buts poursuivis .....	15
1.3.2 Intérêt de la problématique pour la science infirmière .....	16
1.4 Cadre de référence .....	18
1.4.1 Les conséquences physiques et psychiques chez le bébé exposé à l'alcool in utéro .....	18
1.4.2 Les grossesses exposées à l'alcool .....	20
1.4.3 Protection, promotion de la santé et prévention de la maladie .....	21
1.4.4 Enseignement donné par les infirmières .....	22
<b>2 Méthodes</b> .....	<b>23</b>
2.1 Argumentation du choix du devis .....	23
2.2 Etapes de la revue de littérature .....	24
2.2.1 Mots-clés .....	24
2.2.2 Banques de données consultées .....	26
2.2.3 Critères d'inclusion .....	26
2.2.4 Critères d'exclusion .....	27
2.2.5 Démarche d'extraction des données .....	27
2.2.6 Démarche d'analyse des données .....	31
2.2.7 Démarche de synthèse narrative .....	32

<b>3</b>	<b>Résultats</b> .....	<b>32</b>
3.1	Nombre et devis de recherches des études retenues et exclues.....	32
3.2	Rigueur méthodologique des études retenues.....	33
3.3	Synthèse narrative des résultats.....	36
3.3.1	Intervention brève.....	36
3.3.2	Programme Early Start.....	42
3.3.3	Matériel d'éducation écrit.....	44
	Facteurs de diminution ou d'augmentation de la consommation prénatale, situations à risque .....	45
<b>4</b>	<b>Discussion</b> .....	<b>46</b>
4.1	Synthèse des principaux résultats .....	46
4.2	Discussion des résultats .....	47
4.2.1	Efficacité de l'intervention brève .....	48
4.2.2	Intervention brève avec utilisation d'une brochure.....	50
4.2.3	Intervention brève avec la participation du partenaire .....	51
4.2.4	Intervention brève incluant une sélection d'objectifs de consommation.....	51
4.2.5	Intervention brève prenant en compte le stade de changement... ..	52
4.2.6	Programme Early Start et Early Start Plus .....	53
4.2.7	Matériel d'éducation écrit.....	54
	Facteurs poussant à la diminution de consommation ou à l'abstinence ... ..	54
	Situations à risque de consommation durant la grossesse .....	55
	Facteurs augmentant le risque de consommation d'alcool durant la grossesse.....	55
4.3	Réponse à la question de recherche.....	56
4.4	Limites de la revue de littérature .....	57
4.5	Recommandations et implications pour la pratique.....	59
4.5.1	Approche de promotion de la santé.....	59

4.5.2	Prodiguer une intervention brève .....	60
4.5.3	Approche de prévention de la maladie .....	62
4.5.4	Enseignement .....	62
4.5.5	Approche de protection de la santé .....	63
4.5.6	Quand l'infirmière peut-elle mettre en place des mesures de promotion de la santé et de prévention de la maladie ?.....	63
4.6	Implications pour la recherche .....	65
4.7	Apprentissages .....	66
<b>5</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>67</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>69</b>
	Articles analysés pour la revue étoffée.....	69
	Articles inclus .....	69
	Articles exclus .....	70
	Ouvrages.....	70
	Articles de périodique .....	71
	Documents électroniques .....	72
	Polycopiés .....	75
	Courriers électroniques .....	75
	<b>Annexe A : Déclaration d'authenticité : .....</b>	<b>76</b>
	<b>Annexe B : Grille d'analyse des 13 recherches.....</b>	<b>77</b>
	Recherche 1 .....	77
	Recherche 2 .....	80
	Recherche 3 .....	86
	Recherche 4 .....	91
	Recherche 5 .....	96
	Recherche 6 .....	100
	Recherche 7 .....	105
	Recherche 8 .....	110

Recherche 9 .....	115
Recherche 10 .....	121
Recherche 11 .....	128
Recherche 12 .....	135
Recherche 13 .....	140
<b>Annexe C : Tableau de synthèse des résultats .....</b>	<b>146</b>

# 1 INTRODUCTION

En novembre 2010, j'ai assisté à un cours à la Haute Ecole de Santé de Fribourg portant sur le syndrome alcoolique fœtal (SAF). J'ai constaté que je ne possédais que très peu de connaissances sur le sujet. Je n'avais effectivement jamais mesuré la gravité des conséquences de l'alcool sur le fœtus, pensant que ce dernier provoquait uniquement une petite taille et des accouchements prématurés. C'est pourquoi je me suis demandé si la population en général et surtout les femmes enceintes manquaient également de connaissances quant aux réelles conséquences sur le fœtus d'une absorption d'alcool par la mère. Je me suis également interrogée sur les actions que les infirmières<sup>1</sup> pouvaient entreprendre dans le but de prévenir les conséquences physiques et psychiques de la consommation prénatale.

## 1.1 *Etat des connaissances*

### 1.1.1 *Consommation d'alcool durant la grossesse*

Les effets de la consommation d'alcool prénatale sur le fœtus sont nombreux, même lorsque celle-ci se fait de manière modérée. L'alcool entraîne des dégâts notamment sur le système nerveux et le cerveau de l'embryon ou du fœtus qui peuvent être dramatiques (Ministère de la Santé et des Solidarités & Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé [INPES], 2006).

### 1.1.2 *Informations dont disposent les femmes enceintes*

Addiction Info Suisse [AIS], en collaboration avec la Fédération des Médecins Suisses [FMH], (2010) a créé une petite brochure s'adressant aux femmes enceintes et à leur entourage. La brochure en question, *L'alcool durant la grossesse, information pour les femmes enceintes, leur partenaire et leur entourage* (2010), est succincte et les effets de l'alcool sur le fœtus y sont expliqués très brièvement :

Selon la période pendant laquelle intervient une alcoolisation, selon la quantité et la durée de la consommation de la mère, les conséquences sur

---

<sup>1</sup> Pour une question d'allégement de texte, veuillez aussi comprendre la désignation masculine lorsque le terme infirmière est utilisé.

la santé de l'enfant peuvent avoir des formes et des degrés différents, allant de troubles mineurs de retard de développement à des malformations physiques et psychologiques sévères, voire à la mort in utéro (p.5).

En ce qui concerne la consommation d'alcool, Addiction Info Suisse (2010) déclare : « Ce que vous buvez, votre enfant le boit aussi » (p.4). Il est également mentionné dans cette brochure qu'il n'est pas possible de savoir à partir de quelle quantité l'alcool est néfaste pour le bébé et que : « par conséquent, il est recommandé de ne pas boire d'alcool durant la grossesse » (Ibid., p.4). C'est écrit en gras et nous pouvons y lire en-dessous : « Evitez dans tous les cas de consommer de grandes quantités d'alcool en une seule occasion » (Ibidem). La suite indique que des séquelles irréversibles peuvent atteindre l'enfant lors d'un abus, même unique.

Qu'en est-il d'une consommation régulière ? En effet, s'il faut éviter les abus d'alcool durant la grossesse, peut-on boire un verre par jour lors des repas ? Il se pourrait qu'une femme enceinte ou même une autre personne lisant cette brochure ([AIS], 2010) puisse se poser ces questions où la réponse ne figure malheureusement pas.

L'Institut suisse de prévention de l'alcool et autres toxicomanies [Sfa /Ispa] en collaboration avec la FMH a édité un feuillet intitulé *Alcool et grossesse* (2005) où les effets de l'alcool sur le fœtus et le SAF sont expliqués. Il semblerait que dans ce feuillet, l'Ispa (2005) part du principe que les femmes savent qu'il ne faut pas consommer de l'alcool durant leur grossesse mais que pour les raisons suivantes, les femmes en boivent malgré tout : « (...) l'accès facilité aux boissons alcooliques et l'augmentation de la tolérance vis-à-vis des femmes qui consomment de l'alcool, de même que la propension à boire en cachette pour faire face au surmenage (...) » (p.2).

Au sujet des recommandations pour les futures mères, l'Ispa (2005) déclare dans sa brochure (*Alcool et grossesse*) : « Dans l'incertitude et compte tenu du risque d'effets sévères pour l'enfant, la recommandation est que les femmes enceintes devraient renoncer à boire de l'alcool » (p.4). Cependant, l'Ispa affirme que dans le cas où une femme voudrait quand même consommer de

l'alcool « (...) elle doit pouvoir tenir compte des recommandations suivantes : - ne pas consommer de l'alcool tous les jours - ne pas consommer plus d'un verre standard d'alcool par jour - éviter à tout prix les abus » (p.4).

Cela veut-il dire que l'on peut consommer de l'alcool à petites doses en étant enceinte ? Nous avons l'impression que la femme enceinte se retrouve face à des contradictions car on lui recommande de ne pas toucher à l'alcool et ensuite on lui déclare qu'elle pourrait en consommer à petites doses.

Pourtant, « 10 à 40% seulement des mères alcooliques ont un enfant atteint du SAF, par contre 10% des mères buvant un verre d'alcool quotidien auront un enfant atteint » (Dalla Piazza & Dan, 2001, cité par Gasser, 2010). C'est pourquoi il nous semble que la consommation quotidienne ou régulière à petites doses d'alcool est tout aussi néfaste pour le bébé qu'un abus au cours de la grossesse.

Il a fallu faire une recherche sur internet pour trouver ces brochures. Nous nous sommes posé la question sur l'utilisation de ces brochures. Sont-elles distribuées automatiquement à chaque femme enceinte lors des consultations prénatales ?

Il semblerait en fait que les gens, s'ils savent que l'alcool est à éviter durant la grossesse, soient très mal informés des réels dangers de la consommation d'alcool durant la grossesse (Gratias & Titran, 2005). Les auteurs déplorent le fait qu'on trouve tout et n'importe quoi en matière d'informations concernant l'alcool et la grossesse et de ce fait, la femme enceinte « entre interdictions drastiques et conseils déculpabilisants » ne sait plus à quoi s'en tenir (p.9).

### **1.1.3 Connaissances de la population**

Une étude menée en France (Instituts Louis Harris et BVA, 2004, cités par le Ministère de la Santé & INPES, 2006) a montré que 82% des Français savent que l'alcool est à proscrire durant la grossesse. Cependant, pour la majorité des femmes enceintes, une consommation d'alcool modérée durant la grossesse semble être banalisée et, à leur avis, être abstinente dans la période prénatale consiste à ne pas consommer tous les jours ou de manière régulière. En ce sens, 40% des Français estiment que les risques pour le fœtus surviennent

seulement à partir d'une consommation quotidienne et un Français sur cinq seulement admet qu'il n'y a pas de dose d'alcool sans risque pour le fœtus.

A Genève, une étude portant sur la prévalence de la consommation d'alcool durant la grossesse (Barasche, Graff & Dupraz, 2008) a été réalisée auprès de femmes suisses (n=207) de 31 ans en moyenne. Cette étude a montré que 86% des participantes ont été informées des risques de la consommation d'alcool prénatale et pourtant un tiers d'entre elles ont bu durant leur grossesse.

Bien que plus de la moitié des femmes enceintes ait reçu des informations, nous pensons que ce sont 100% des futures mères qui devraient, dans l'idéal, être informées sur la consommation durant la grossesse et être soutenues dans l'abstinence. Ces chiffres indiquent la nécessité de fournir des éléments de promotion et de prévention de la santé pour cette problématique.

## **1.2 Problématique**

En discutant ici ou là de l'alcool consommé durant la grossesse, nous avons l'impression que si certaines personnes semblent connaître ce phénomène, il serait banalisé car beaucoup s'accorderaient à dire qu'une consommation occasionnelle ne causerait aucun tort au bébé.

Lorsqu'on parle de ce problème, il semblerait qu'il y ait souvent les croyances suivantes qui ressortent : d'abord, il n'y aurait que les bébés de mères alcooliques qui auraient des séquelles dues à la consommation d'alcool. Ensuite, il faudrait vraiment une grosse quantité à la fois pour que cela ait des conséquences sur le fœtus. Il y aurait aussi le mythe que le bébé serait sensible à l'alcool seulement lors des premiers mois, période durant laquelle a lieu la formation des organes. Enfin, nous trouvons qu'on entend aussi souvent des personnes affirmer que les conséquences de l'alcool seraient simplement un poids inférieur à la normale et que l'enfant grossira et grandira plus tard, donc il n'y aurait aucune séquelle irréversible (Gratias & Titran, 2005).

Une femme enceinte ne doit pas manger de salade ni de viande crue pour se protéger de la toxoplasmose jusqu'à ce qu'on sache si elle est immunisée pour cela (Santeweb, 2012) et nous pensons que beaucoup de personnes savent cela. Nous pensons aussi que tout le monde est également d'accord sur le fait

qu'il ne faut pas fumer durant sa grossesse et que l'on n'allume pas sa cigarette devant une femme visiblement enceinte (Dunn, Pirier & Hellerstedt, 2004).

De plus, nous avons l'impression qu'on a conscience aussi qu'il faut éviter les sports à risque et ne pas porter de charges lourdes (Guidegrossesse.com, s.d.). Par contre, lorsqu'il s'agit d'alcool, nous avons l'impression que les avis sont controversés. En effet, nous avons le sentiment que les uns s'accordent à dire qu'il ne faut plus boire un seul verre d'alcool dès la grossesse avérée, les autres déclament qu'un petit verre de temps en temps n'est pas nuisible.

D'après Gratias et Titran (2005), il est apparemment évident que tout le monde sait que la consommation d'alcool pendant la grossesse est dangereuse pour le bébé. Cependant, selon eux, on se trouve face à deux sortes d'affirmations populaires concernant le sujet : « Pour certains, cela va de soi, tout le monde le sait et aucune femme saine d'esprit ne boirait pendant sa grossesse. À l'opposé, d'autres affirment qu'être enceinte n'est pas une maladie et qu'il faut arrêter de culpabiliser les femmes et de tout leur interdire » (p.9).

Cependant, il arrive ici ou là de voir encore une future mère boire un verre d'alcool et ce, malgré les campagnes publicitaires. En effet, en Suisse, nous disposons de plusieurs brochures concernant l'alcool et la grossesse créées par Addiction Info Suisse, la Fédération des Médecins Suisses et l'Institut suisse de prévention de l'alcool et autres toxicomanies.

En 2005 a eu lieu le lancement d'une campagne nationale d'information de l'Isipa, de la FMH et de la SSP (Service de la Santé Publique) portant le titre : « Puis-je boire de l'alcool alors que je suis enceinte ? Comment l'alcool risque de mettre en danger la santé de mon enfant ? ». Constatation a été faite qu'un grand nombre de brochures datent donc de 2005.

En 2005, 31% des Françaises ont bu de l'alcool durant leur grossesse et parmi elles, 2,5% en ont consommé trois verres ou plus et cela quotidiennement (Inserm, cité par Gratias & Titran, 2005). Ainsi, les effets de l'alcoolisation in utero touchent un enfant sur cent avec des séquelles irréversibles comme des malformations au niveau des organes, du visage et du cerveau par exemple. C'est pourquoi les auteurs déclarent que la consommation d'alcool durant la grossesse est « un problème de santé publique » (Ibid., 2005).

En 2004 à Berne, 450 mères ont été interrogées sur leur consommation d'alcool prénatale et parmi elles, 7,4% présentaient un risque accru de consommation importante. Il se trouve que, basé sur le chiffre de 70'000 naissances par année, cette étude pionnière rapporte qu'environ 5'000 femmes exposent chaque année leur enfant au risque d'être atteint du syndrome d'alcoolisme fœtal ([Sfa/Ispe] & [FMH], 2005).

Dans les sociétés industrielles occidentales, le syndrome alcoolique fœtal touche 0,5 à 2 naissances pour 1000 et l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale concerne 10 bébés sur 1000 ([AIS] & [FMH], 2010). Sur la base de ces chiffres, on estime qu'en Suisse, sur 74'500 bébés nés en 2007, 745 étaient atteints de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, 300 présentaient un ou plusieurs effets de l'alcoolisation fœtale et environ 149 étaient touchés par le syndrome d'alcoolisme fœtal (Ibid., 2010).

Ces chiffres montrent qu'il y a encore beaucoup d'enfants touchés par la consommation d'alcool prénatale et nous pouvons constater que l'alcool durant la grossesse est un problème de santé publique.

Le syndrome alcoolique fœtal et l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale peuvent être, nous le répétons, prévenus à 100% et la seule façon de prévenir cela est de ne pas consommer d'alcool durant la grossesse (Welch-Carre, 2005).

Etant donné que la population semble être au courant que l'alcool doit être écarté durant la grossesse, il nous semble que le problème est que les femmes ne sont pas assez sensibilisées et soutenues pour cela. C'est pourquoi nous pensons que les femmes enceintes ont besoin d'encouragement, de soutien et d'aide afin que les séquelles de l'alcoolisation fœtale soient prévenues au maximum.

### **1.3 Question de recherche :**

En s'appuyant sur l'état des connaissances et la problématique, la question de recherche suivante a été formulée :

*« Afin de prévenir, chez le fœtus, les conséquences physiques et psychiques dues à l'absorption d'alcool durant la grossesse, quelles sont les mesures que pourraient utiliser l'infirmière lors de contact avec ces futures mères ? »*

#### **1.3.1 Buts poursuivis**

Environ une femme sur quatre boit de l'alcool durant sa grossesse (Gratias & Titran, 2005). C'est pourquoi nous pensons que les femmes enceintes ont besoin d'un enseignement clair sur les conséquences de la consommation d'alcool sur leur bébé à naître. En réalisant ce travail, le but est donc de trouver des mesures que l'infirmière pourrait adopter au contact avec ces futures mères afin d'amener une approche de prévention de la maladie et de promotion de la santé visant à la meilleure santé possible de la mère et de son enfant et à prévenir des séquelles irréversibles. Ces mesures visent à aider la femme enceinte à diminuer sa consommation durant la grossesse ou à être abstinentes car c'est la seule façon d'éviter ces séquelles (Welch-Carre, 2005).

##### **1.3.1.1 Population**

La population est composée de femmes en âge de procréer, enceintes, désirant un enfant ou à risque de grossesse exposée à l'alcool (cf cadre de référence chapitre 1.4.).

Ces femmes consomment de l'alcool rarement, modérément, souvent ou quotidiennement engendrant des risques de séquelles sur leur bébé à naître, sur leur grossesse ou sont à risque de grossesse exposée à l'alcool. Les études peuvent aussi inclure seulement des femmes en âge de procréer, ne consommant pas forcément de l'alcool dans un but d'approche de promotion de la santé.

##### **1.3.1.2 Intérêt**

Le but est de trouver des mesures de prévention, de protection ou de promotion de la santé visant à la réduction de la consommation d'alcool chez les femmes

enceintes et donc à prévenir les conséquences négatives sur la santé du bébé et de sa mère.

#### **1.3.1.3 Contexte**

Le contexte se situe de préférence, dans des lieux de soins prénataux, comme les cliniques d'obstétriques ou hôpitaux par exemple. Cependant, comme la population vise aussi les femmes en âge de procréer, le contexte peut aussi être des universités, des écoles ou d'autres lieux permettant de rencontrer un grand nombre de personnes. Ceci, dans un but de promotion de la santé.

#### **1.3.1.4 Résultats**

Les résultats des études doivent apporter des moyens visant à prévenir l'ETCAF et le SAF et en avoir mesuré l'efficacité.

### ***1.3.2 Intérêt de la problématique pour la science infirmière***

Nous pensons que dès le moment où une infirmière aborde le sujet de la grossesse avec une patiente enceinte ou désirant le devenir, elle doit aussi aborder le problème de l'alcool et apporter une approche de promotion de la santé à la future mère, c'est-à-dire lui apporter des informations sur le sujet et s'assurer de sa compréhension. Ceci dans le but de promouvoir l'abstinence chez les femmes enceintes. Lorsqu'une patiente enceinte déclare consommer de l'alcool durant sa grossesse, il est important de l'informer que l'abstinence est ce qui est conseillé et l'amener vers cela en prévention de séquelles sur l'enfant à naître ([Sfa/Ispe] & [FMH], 2005 et Quinodoz, 2012).

A nos yeux, il existe bien des occasions où une infirmière peut être en contact avec une patiente enceinte ou en âge de procréer. Ainsi, à ces moments, la question de l'alcool prénatal peut être abordée. Ces occasions peuvent se rencontrer à la maternité où l'infirmière peut apporter des mesures en prévention de la consommation d'alcool prénatale pour les autres potentielles futures grossesses. Il est aussi possible d'amener des mesures dans les services de gynécologie et obstétrique lors de contact avec les patientes enceintes, désirant le devenir ou en âge de procréer. Ce contact peut également avoir lieu au Planning familial où des infirmières travaillent (Quinodoz, 2012).

Selon Noël De Tilly (2012), dans le système de santé prénatal suisse, les suivis de grossesse sont surtout pris en charge par les sages-femmes et les médecins. Il est vrai que les infirmières ont peu de contact avec les femmes enceintes sauf lors des consultations en clinique d'obstétrique à l'hôpital. Les infirmières sont présentes dans le domaine de la psychiatrie en soignant des femmes ayant des conduites addictives par rapport à l'alcool. Il y a aussi les infirmières travaillant dans la santé publique qui peuvent contribuer à la prévention de la consommation d'alcool durant la grossesse en mettant sur pied des campagnes de sensibilisation.

Il est souhaitable que la promotion d'une grossesse en santé commence avant celle-ci. C'est pourquoi, il serait très utile que les infirmières scolaires fassent de la promotion dans les écoles (écoles primaires, cycles d'orientation, écoles professionnelles, etc.), ceci afin que la population soit sensibilisée à cette problématique (il arrive souvent que les élèves, étudiants ou apprentis parlent à leur parent et à leur entourage des cours suivis, ce qui permet encore une sensibilisation). Une fois que ces enfants deviennent adultes, le fait qu'il ne faut pas boire d'alcool durant la grossesse sera peut-être ancré dans leurs esprits. Ainsi, nous pensons que le phénomène de société actuel qui tend à banaliser la consommation d'alcool durant la grossesse (Noël de Tilly, 2012). pourrait s'atténuer

L'infirmière, dans la promotion de l'abstinence et la prévention des effets de l'alcool durant la grossesse, a un rôle en santé publique, de guidance dans la psychiatrie et de consultation en obstétrique, dans les écoles, etc. (Ibid., 2012).

Il nous semble que la prévention de la maladie et la promotion de la santé sont des notions très importantes. En effet, promouvoir l'abstinence ou prévenir les effets de l'alcool sur le fœtus permet d'empêcher des dégâts irréversibles nuisant fortement à la qualité de vie ou entraînant la mort et une culpabilité pouvant peser à vie sur la mère. De plus, prévenir les maladies plutôt que les guérir permet de réduire les coûts de la santé (Gratias & Titran, 2005 et Quinodoz, 2011).

La promotion de la santé et la prévention de la maladie sont des compétences spécifiques que l'infirmière doit développer dans sa formation pratique ([CORESLOC], 2007).

## **1.4 Cadre de référence**

### **1.4.1 Les conséquences physiques et psychiques chez le bébé exposé à l'alcool in utéro**

#### **1.4.1.1 Absorption d'alcool par la mère**

Durant la grossesse, le placenta est traversé par deux systèmes circulatoires mais les substances médicamenteuses ou autres produits toxiques comme l'alcool, le tabac et les drogues peuvent franchir la barrière placentaire et s'accumuler dans l'organisme du bébé et y engendrer des dégâts avec des séquelles parfois à vie (Ferraro, 1998).

L'alcool, présent chez la mère, se diffuse très rapidement à travers le placenta et va donc très vite se retrouver à la même quantité chez son bébé. Cependant, la différence entre le bébé et sa mère est que le fœtus dégradera et éliminera très difficilement l'alcool et le processus sera aussi beaucoup plus long car le foie du bébé n'est pas encore mature. De plus, l'alcool se trouvera aussi dans le liquide amniotique où il est réabsorbé par le fœtus qui déglutit et urine, prolongeant ainsi son alcoolisation. Ce qui pose problème est le fait que l'alcool possède une puissante propriété tératogène pour le bébé (c-à-d tuant les cellules) (Ibid., 1998).

Il faut également noter que l'absorption d'alcool durant la grossesse entraîne une augmentation de 50% de risque d'un accouchement prématuré. Le nombre de fausses-couches et d'avortements spontanés va lui aussi se retrouver en hausse (Ferraro, 1998).

#### **1.4.1.2 Conséquences à court et à long terme pour le bébé**

On donne plusieurs appellations aux conséquences de l'alcool sur le fœtus : le syndrome alcoolique fœtal (SAF) ou l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) et les effets de l'alcool sur le fœtus (EAF) (Isipa, 2005).

D'après Ladewig, London, Moberly et Olds (2003), le syndrome alcoolique fœtal se manifeste par diverses malformations touchant les nouveau-nés exposés à l'alcool in utero.

On fait la différence entre le SAF et les EAF car le SAF, lui, doit se rapporter à un tableau clinique caractéristique et regroupe l'ensemble des effets de l'alcool sur le fœtus. On dit qu'un bébé est atteint du SAF quand il présente le tableau clinique entier, sinon, on parlera des effets de l'alcool sur le fœtus.

Le SAF est donc diagnostiqué s'il y a eu une consommation avérée d'alcool durant la gestation et si l'enfant présente les trois critères suivants : un retard de croissance pré- et postnatal, des caractéristiques physiques visibles de la tête et du visage ainsi qu'un dysfonctionnement du système nerveux central accompagné des troubles correspondants (Isipa, 2005).

Les anomalies de la tête et du visage se présentent comme suit : le front est bombé et étroit avec des arcades sourcilières aplaties. On note aussi des plis épicanthiques, c'est-à-dire un repli cutané semi-lunaire vertical situé à l'angle interne de l'œil. De plus, les oreilles sont mal ourlées et implantées assez bas. Le nez est court et aplati avec un pont nasal profond. Le relief situé à la verticale entre le nez et la lèvre supérieure est absent. Enfin, la lèvre supérieure est souvent très fine. On constate aussi que la fréquence des fentes labiales, palatines ou labio-palatines est augmentée lors de consommation d'alcool prénatale. Le SAF présente également des malformations cardiaques, urogénitales, digestives, osseuses et cutanées (Gasser, 2010).

Selon le Ministère de la Santé et l'INPES (2008), l'alcoolisation fœtale est la première cause non génétique de handicap mental chez l'enfant. De plus, une consommation occasionnelle ou modérée durant la grossesse, peut entraîner des risques importants pour l'enfant à naître. Il est également spécifié que le risque d'atteinte des fonctions cérébrales reste très élevé, et ce, quelle que soit la période dans laquelle la femme enceinte ingurgite une boisson alcoolisée (Ibid., 2008).

Au niveau des caractéristiques psychologiques et neuropsychologiques, on note une difficulté à structurer le temps, une vitesse d'apprentissage réduite, une mémoire déficiente, une faible capacité attentionnelle, un langage pauvre

et une faible capacité dans les stratégies de résolution des problèmes (Gasser, 2010). De plus, une fois adulte les enfants atteints de SAF ou d'EAF présenteront, avec des facteurs de risques plus élevés, des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme, de la difficulté à conserver un emploi et des démêlées fréquentes avec la justice (Agence de la santé publique du Canada, 2008).

A l'heure actuelle, on ignore quelle quantité d'alcool engendre le syndrome alcoolique fœtal. Cependant, des études ont démontré qu'une consommation quotidienne d'un verre durant la grossesse peut engendrer des séquelles irréversibles sur l'enfant. De plus, la consommation excessive occasionnelle (une grande quantité d'alcool en un court laps de temps) est particulièrement néfaste pour le développement du bébé (Ibid., 2008). Enfin, l'alcool consommé durant la grossesse peut conduire à la mort du fœtus in utéro ([AIS] & [FMH], 2010).

#### **1.4.1.3 Conséquences pour le bébé à la naissance**

Le nouveau-né aura souvent besoin d'une réanimation à la naissance en raison des difficultés rencontrées à la mise en route de sa respiration (Ferraro, 1998).

Un syndrome de sevrage à l'alcool va peut-être se manifester mais il surviendra de toute façon avant la douzième heure de vie. Les symptômes d'un sevrage comprennent une hyperexcitabilité avec des trémulations, des convulsions et des troubles du sommeil (Ibid., 1998).

#### **1.4.2 Les grossesses exposées à l'alcool**

Lorsqu'elles apprennent leur grossesse, un grand nombre de femmes réduisent spontanément leur consommation d'alcool, mais beaucoup d'entre elles ne s'aperçoivent pas qu'elles sont enceintes dans les premières semaines critiques et continuent à boire de manière dangereuse pour l'embryon (Floyd et al., 2007). Des études du *Centers for Disease Control and Prevention* aux Etats-Unis rapportent qu'une femme sur deux en âge de procréer (18-44 ans) déclare une consommation d'alcool au cours du mois passé. En outre, aux Etats-Unis, près de la moitié des grossesses ne sont pas planifiées. Les

grossesses exposées à l'alcool surviennent lorsque des femmes, sans savoir qu'elles sont enceintes, continuent à consommer de l'alcool (Floyd et al., 2007).

### ***1.4.3 Protection, promotion de la santé et prévention de la maladie***

#### **1.4.3.1 Protection de la santé**

Selon Quinodoz (2011), la protection de la santé comprend l'ensemble des mesures qui visent à protéger la santé et qui sont prescrites par les autorités publiques et sont donc basées sur des lois. Il s'agit de supprimer tout ce qui peut être générateur de danger pour la santé de la population (par exemple la protection des substances toxiques). On peut désigner aussi la protection de la santé par « police sanitaire » (Ibid., 2011).

#### **1.4.3.2 Promotion de la santé**

La promotion de la santé englobe les activités qui favorisent les conditions et qui déploient les ressources qui maintiennent l'être humain en bonne santé ou lui redonne la santé (Charte d'Ottawa, 1986, cité par Quinodoz, 2011). Pour ce faire, la promotion de la santé vise à favoriser de bonnes conditions physiques, biologiques (alimentation ou hygiène par exemple), sociales et culturelles (par exemple le climat de travail). Les attitudes et les capacités personnelles (la confiance en soi par exemple) peuvent également contribuer aux conditions qui maintiennent en bonne santé. La santé va donc être la conséquence d'interférences entre la constitution et les conditions de vie des personnes, leur façon d'aborder les problèmes de la vie et leurs aptitudes d'agissement (Ibid., 2011). Le but de la promotion de la santé est d'aider les populations à assurer elles-mêmes leur propre santé en l'améliorant et en ayant un plus grand contrôle sur celle-ci ([OMS], 1986, cité par Quinodoz, 2012). Le but est donc de rendre la population actrice de sa santé.

#### **1.4.3.3 Prévention de la maladie**

D'après Quinodoz (2011), la prévention de la maladie vise à chercher et comprendre les causes d'une pathologie ou d'un traumatisme. Lorsqu'on a trouvé les facteurs déclenchant, la prévention de la santé vise à les supprimer. Il y a trois stades dans la prévention de la santé. En premier lieu, dans la

prévention primaire, il s'agit de supprimer la cause avant que celle-ci n'ait provoqué une maladie ou une blessure. Ensuite, la prévention secondaire vise à stopper le développement de la maladie en repérant le facteur déclenchant et en le supprimant. Ainsi, le développement de la pathologie est supprimé ou ralenti et la survenue d'autres dommages est entravée. Enfin, dans la prévention tertiaire, il y a déjà des dégâts et il s'agira d'en éviter d'autres (Ibid., 2011).

#### **1.4.4 Enseignement donné par les infirmières**

Selon Kozier, Erb, Berman et Snyder (2005) « L'enseignement à la personne et aux membres de sa famille est un aspect essentiel de la pratique et constitue un des rôles fondamentaux de l'infirmière » (p.594). De plus, l'enseignement constitue aussi une « responsabilité légale et professionnelle » dont l'infirmière se doit de prendre en compte ([OIIQ], 2004, cité par Kozier et al., 2005, p.494).

Il est vrai que l'enseignement est un aspect indissociable de la pratique infirmière. En effet, dans les compétences exigées des étudiantes infirmières lors des stages pratiques, il y a une compétence consacrée à la promotion de la santé, *Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé*, impliquant l'enseignement au patient. Cet enseignement vise à amener le patient à prendre des mesures ayant pour but d'améliorer ou de promouvoir sa santé ([CORESLCOC], 2007). Pour les futures mères, l'enseignement vise à promouvoir non seulement leur propre santé, mais aussi celle de leur enfant à venir.

Selon Ladewig et al. (2003), les résultats attendus des soins infirmiers donnés à la future maman se présentent comme suit : d'abord, la cliente peut décrire les effets sur elle et son bébé des substances qu'elle consomme. Ensuite, l'enfant mis au monde doit être en bonne santé. Enfin, en cas de problème d'abus de substances, la patiente doit être d'accord d'être orientée vers les services qui l'aideront à prendre en charge son problème, même encore après l'accouchement.

Selon Kozier et al. (2005), l'enseignement touche l'aspect de la relation et de la communication. L'objectif d'un enseignement est que la personne soit capable d'appliquer les connaissances acquises et les transmettre plus loin.

## 2 MÉTHODES

### 2.1 Argumentation du choix du devis

En lien avec la question de recherche :

*« Afin de prévenir, chez le fœtus, les conséquences physiques et psychiques dues à l'absorption d'alcool durant la grossesse, quelles sont les mesures que pourraient utiliser l'infirmière lors de contact avec ces futures mères ? »*

L'alcool est présent partout dans notre société, il a un aspect social très fort. En effet, c'est toujours un verre de vin, de champagne, ou autre qu'on offre lorsqu'on a quelque chose à fêter (Gratias & Titran, 2005).

La question de la consommation d'alcool dans la société touche une large population et concerne beaucoup de pays. Ce phénomène a une très grande ampleur. C'est pourquoi nous pensons qu'il est intéressant de réaliser une revue étoffée de littérature concernant ce sujet qui est, nous le répétons, un phénomène qui touche surtout les femmes enceintes ou désirant un enfant, mais également la population dans son ensemble.

Ainsi, le choix d'une revue de littérature va amener la possibilité de faire un recensement des interventions ayant déjà été entreprises et ayant fait leur preuve dans la prévention des séquelles néfastes dues à l'exposition in utero à l'alcool. De ce recensement des écrits va découler des perspectives d'action afin de prévenir l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale et le syndrome d'alcoolisme foetal qui sont irréversibles et pourtant évitables à 100% (Walker, Fisher, Sherman, Wybrecht & Kyndely, 2008). Ce devis apportera des meilleures connaissances au sujet des différentes interventions pouvant être mises en place. Cette méthode proposera une illustration de ce qui a déjà été entrepris jusqu'à maintenant et permettra de souligner des lacunes dans les travaux menés à ce jour (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007).

## **2.2 Etapes de la revue de littérature**

Les étapes de la revue de littérature sont décrites selon Loisele et Profetto-McGrath (2007).

Le thème alcool et grossesse a été choisi et un état des connaissances a été fait afin de poser la question de recherche. Une recherche d'ouvrages bibliographiques dans différentes bibliothèques universitaires et sur le moteur de recherche Google a d'abord été effectuée, ainsi que des résumés de ces différents ouvrages, ce qui a permis de cibler le thème. Nous nous sommes donc intéressés de plus près à la prévention de la consommation d'alcool durant la grossesse en naviguant sur le moteur de recherche Google. Les sites d'Addiction Infos Suisse et de l'Isipa ont servi de références dans le domaine de l'information sur l'alcool durant la grossesse. Renseignement a également été pris sur la prévention existant dans d'autres pays comme la France et le Canada. Enfin, la question de recherche a été ciblée sur les interventions visant à prévenir la consommation d'alcool durant la grossesse et des recherches ont été effectuées sur les banques de données afin de trouver des études répondant à la question de recherche :

*« Afin de prévenir, chez le fœtus, les conséquences physiques et psychiques dues à l'absorption d'alcool durant la grossesse, quelles sont les mesures que pourraient utiliser l'infirmière lors de contact avec ces futures mères ? »*

Les mots-clés suivants ont été retenus afin d'effectuer des recherches dans les banques de données.

### **2.2.1 Mots-clés**

- *Teaching* / enseignement
- *Education* / éducation
- *Nurse, nursing process* / infirmière, soins infirmiers
- *Care* / soin, soignant
- *Eliminate* / éliminer
- *Remove* / supprimer
- *Reduce* / réduire
- *Decrease* / diminuer
- *Consumption* / consommation
- *Taking* / prise
- *Drink* / boisson, boire
- *Alcohol* / alcool

- *Pregnant women* / femmes enceintes
- *Pregnancy* / grossesse
- *Plan* / planifier
- *Provide* / fournir
- *Prevention* / prévention
- *Means* / moyens
- *Actions, nursing actions* / actions, actions infirmières
- *Intervention* / intervention

Les mots-clés ont été traduits à l'aide de Google Traduction.

A l'aide de cette liste, nous avons procédé à un choix d'une succession de trois mots-clés afin de trouver le plus grand nombre d'articles possible tout en restant dans le thème concerné.

### **2.2.1.1 Association de mots-clés**

Certains mots de la liste de mots-clés précédente n'y figurent pas car il n'y avait pas de terme MeSH leur correspondant :

- *Education OR Nursing AND Alcohol Drinking AND Pregnancy*  
(Enseignement – Soins infirmiers – Consommation d'alcool – Grossesse)
- *Prevention AND Alcohol Drinking AND Pregnancy*  
(Prévention – consommation d'alcool – grossesse)
- *Nursing Education AND Alcohol Drinking AND Pregnancy*  
(Education infirmière – consommation d'alcool – grossesse)
- *Nursing AND Ethanol AND Pregnancy*  
(Soins infirmiers – éthanol – grossesse)
- *Primary Prévention AND Alcohol Drinking AND Pregnancy*  
(Prévention primaire – consommation d'alcool – grossesse)
- *Prevention and Control AND Alcohol Drinking AND Pregnancy*  
(Prévention et contrôle – consommation d'alcool – grossesse)
- *Nursing Process AND Alcohol Drinking AND Pregnancy*  
(Actions, soins infirmiers (ères) – consommation d'alcool – grossesse)

### **2.2.2 Banques de données consultées**

Les recherches ont été effectuées entre mai 2011 et juin 2012 sur les banques de données électroniques suivantes :

- Pubmed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>)
- Medline par OvidSP ([www.kfh.ch](http://www.kfh.ch))
- Cinhal ([www.kfh.ch](http://www.kfh.ch))
- ScienceDirect ([www.sciencedirect.com/](http://www.sciencedirect.com/))

### **2.2.3 Critères d'inclusion**

La population est composée de femmes en âge de procréer, enceintes, désirant le devenir ou à risque de grossesse exposée à l'alcool au moment de la recherche.

La recherche concerne les femmes à une large échelle de la population. Les articles recherchés peuvent donc concerner des femmes venant d'une région ou d'un pays où l'accès au soin est facilité et où l'on dispose d'informations concernant l'alcool et la grossesse.

Les articles de recherche doivent également porter sur la consommation d'alcool durant la période prénatale ou lorsqu'il y a risque d'une grossesse exposée à l'alcool.

Les articles doivent être scientifiques, publiés de 1996 à ce jour, les plus récents étant privilégiés. Leur langue peut être le français, l'anglais ou l'allemand. De plus, ils doivent être disponibles en *full text* et gratuits.

Le contexte doit se situer de préférence dans les centres et cliniques de soins prénataux ou hôpitaux mais les études se déroulant ailleurs pour les femmes en âge de procréer sont acceptées car il est bon que la prévention commence avant la grossesse (Noël de Tilly, 2012).

Les résultats attendus doivent répondre à la question de recherche, c'est-à-dire amener des moyens visant à prévenir l'ETCAF et le SAF et en mesurer l'efficacité. Ces moyens peuvent porter aussi bien sur l'enseignement, sur les interventions psychologiques ou interventions brèves, sur l'éducation ainsi que

sur toute méthode efficace permettant de réduire ou d'éliminer la consommation d'alcool durant la grossesse.

#### **2.2.4 Critères d'exclusion**

D'abord tous les hommes (sauf s'ils sont pris en compte comme partenaires de la population étudiée) et ensuite toutes les femmes ne désirant pas avoir d'enfants, ainsi que celles n'étant pas encore ou plus en âge de procréer sont exclus de l'échantillon.

Les articles portant sur la consommation ou l'abus de drogues ou de tabac durant la grossesse sont exclus de la recherche. Les écrits ayant pour sujet l'alcoolisme chronique des femmes enceintes ne sont également pas retenus.

Les articles n'amenant pas de pistes de prévention de la consommation d'alcool durant la grossesse sont également exclus.

#### **2.2.5 Démarche d'extraction des données**

Les stratégies de recherche sont présentées dans les sous-points suivants. Seules les stratégies de recherche ayant donné des résultats y figurent (articles retenus).

Les articles scientifiques ont été sélectionnés à l'aide de la lecture des résumés, des critères d'inclusion et d'exclusion ainsi qu'en se basant sur le but ou la question de recherche.

##### **Stratégie 1**

Recherche réalisée sur Medline par OvidSP:

Une recherche classique sur Medline a été pratiquée en cherchant chaque mot-clé séparément. Les mots-clés ont ensuite été combinés de la manière suivante :

- « Education » [Mesh] OR « Education, Nursing » [Mesh] AND « Alcohol Drinking » [Mesh] AND « Pregnancy » [Mesh]

15 articles dont 1 retenu :

- Bailey, C., Benett, D., Brenda, C.S., Dowsell, T., Dzentoletas, D.&Sgro, M. (2009). *Psychological and/or educational interventions for reducing alcohol consumption in pregnant women and women planning pregnancy.*

## **Stratégie 2**

Recherche réalisée sur Pubmed :

Association de termes Mesh :

- « Education » [Mesh] OR « Nursing, Education » [Mesh] AND « Alcohol Drinking » [Mesh] AND « Pregnancy » [Mesh]

176 articles :

Limites :

- Publiés dans les 10 dernières années
- *Links to free full text*
- Anglais et français

16 articles dont 2 retenus :

- Chang, G., McNamara, T., Orav, J.&Wilkins-Haug, L. (2005). *Alcohol Use by Pregnant Women : Partners, Knowledge, and Other Predictors.*
- Senecky, Y., Wiss, N., Stavitsky, A.S., Peleg, D., Dov, I., Chodick, G., Nachum, Z., Bar-Hamburger, R.&Shuper, A. (2011). *Alcohol consumption during pregnancy among women in Israël.*

## **Stratégie 3**

Recherche réalisée sur Pubmed :

Association de termes Mesh :

- « Primary Prevention » [Mesh] AND « Alcohol Drinking » [Mesh] AND « Pregnancy »

5 articles dont 1 retenu :

- Walker, D.S., Fisher, C.S. & D., Sherman, A., Wybrecht, B. & Kyndely, K. (2005). *Fetal Alcohol Spectrum Disorders Prevention : An Exploratory Study of Women's Use of, Attitudes toward, and Knowledge about Alcohol.*

#### **Stratégie 4**

Recherche réalisée sur Pubmed :

Association de termes Mesh :

- « Prevention and Control » [Mesh] AND « Alcohol Drinking » [Mesh] AND « Pregnancy » [Mesh]

405 résultats, dont 46 en *free full text*, dont 1 retenu :

- Armstrong, M.A., Kaskutas, L.A., Witbrodt, J., Taillac, C., Hung, Y.Y., Osjeo, V.M. & Escobar, G., J. (2009). *Using Drink Size to Talk About Drinking During Pregnancy : A Randomized Clinical Trial of Early Start Plus.*

#### **Stratégie 5**

Recherche réalisée sur ScienceDirect :

Association de mots-clés :

- « Intervention » AND « Alcohol Drinking in Pregnancy »

Environ 4000 résultats :

Limites :

Exclusion :

- « Books »
- « Drug an Alcohol Dependance »
- « Addictive Behavior »
- « Child »

Environ 3000 résultats dont 2 retenus en lisant les titres (les articles les plus en lien avec les mots clés se trouvant au début, il n'a pas été nécessaire de lire toute la liste) :

- Chang, G., McNamara, T.K., Orav, J. & Wilkins-Haug. (2006). *Brief intervention for prenatal alcohol use : the role of drinking goal selection.*
- Chang, G., McNamara, T.K., Wilkins-Haug, L. & Orav, J. (2006). *Stages of change and prenatal alcohol use.*

### **Stratégie 6**

Le but ici était de trouver des revues afin d'en extraire les études en référence.

Recherche réalisée sur Medline par OvidSP:

Association de termes Mesh :

- « Prevention » [Mesh] AND « Alcohol » [Mesh] AND « Pregnancy » [Mesh]

Limites :

- Publiés de 1995 à ce jour.
- *Full text*
- *Articles Review*

54 Résultats dont 1 retenu :

Floyd, R.L., O'Connor, M.J., Bertrand, J. & Sokol, R. (2006). Reducing Adverse Outcomes from Prenatal Alcohol Exposure: A Clinical Plan of Action. *Alcoholism : Clinical and experimental research.* 8, 1271-1275

Un article a été retenu dans les références et a été cherché sur Pubmed pour voir s'il correspondait aux critères, ce qui était le cas :

- Chang, G., McNamara, T.K., Orav, J., Koby, D., Lavigne, A., Ludman, B., Vincitorio, N.A. & Wilkins-Haug, L. (2005). *Brief Intervention for Prenatal Alcohol Use : A Randomized Trial.*

## **Stratégie 7**

La dernière stratégie a visé à s'inspirer des références dans la revue de littérature retenue (Bailey et al., 2009) dans la première stratégie de recherche et de les trouver sur Pubmed pour lecture :

5 articles retenus :

- Calabro, K., Taylor, W.C., Kapadia, A. (1996). *Pregnancy, alcohol use and the effectiveness of written health education materials.*
- Chang, G., Goetz, M.A., Wilkins-Haug, L. & Berman, S. (1999). *A brief intervention for prenatal alcohol use An in-depth look.*
- Chang, G., Wilkins-Haug, L., Berman, S., Goetz, M.A. (1999). *Brief Intervention for alcohol use in pregnancy : a randomized trial.*
- Floyd, R.L., Sobell, M., Velasquez, M.M., Ingersoll, K., Nettleman, M., Sobell, L., Dolan Mullen, P., Ceperich, S., Von Sternberg, K., Bolton, B., Skarpness, B., & Nagaraja, J. (2007). *Preventing Alcohol-Exposed Pregnancies A Randomized Controlled Trial*
- O'Connor, M.J. & Whaley, S.E. (2007). *Brief Intervention for Alcohol Use by Pregnant Women.*

### **2.2.6 Démarche d'analyse des données**

Les données des études recherchées ont été analysées à l'aide de la grille d'analyse critique d'un article scientifique (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007), ce qui a permis d'abord de synthétiser les articles après traduction et d'avoir un regard critique sur la rigueur des études sélectionnées (annexe B, recherches 1-13).

#### **2.2.6.1 Traduction**

Afin de traduire les articles, ceux-ci ont d'abord été copiés sur une base Word et le site internet *translate.google* a été utilisé en procédant à un copier/coller. Ensuite, les articles ont été relus et les phrases améliorées pour une meilleure compréhension du texte

### **2.2.7 Démarche de synthèse narrative**

A l'aide des grilles d'analyse des articles, les résultats ont été synthétisés dans un tableau (annexe C) en commençant par les trois thèmes principaux ressortis dans les analyses et ensuite par les sous-thèmes de certains résultats.

## **3 RÉSULTATS**

### **3.1 Nombre et devis de recherches des études retenues et exclues**

A la suite de l'analyse des treize recherches sélectionnées, les trois articles suivants ont été exclus :

- Bailey, C., Benett, D., Brenda, C.S., Dowsell, T., Dzentoletas, D. & Sgro, M. (2009). *Psychological and/or educational interventions for reducing alcohol consumption in pregnant women and women planning pregnancy* (Recherche 1).
- Chang, G., McNamara, T., Orav, J. & Wilkins-Haug, L. (2005). *Alcohol Use by Pregnant Women : Partners, Knowledge, and Other Predictors* (Recherche 2).
- Senecky, Y., Wiss, N., Stavit, A.S., Peleg, D., Dov, I., Chodick, G., Nachum, Z., Bar-Hamburger, R. & Shuper, A. (2011). *Alcohol consumption during pregnancy among women in Israël* (Recherche 4).

Ces trois recherches ont été exclues après analyse. La première (Bailey et al., 2009, Recherche 1) était une revue systématique. Elle a été exclue car elle ne prenait en compte que quatre études et les auteurs n'ont pas pu donner de résultats significatifs sur l'effet d'une intervention brève. La préférence a été donnée aux quatre études en référence dont trois ont été trouvées en *full text*. La deuxième (Chang et al., 2005b, Recherche 2) portait sur les connaissances des femmes enceintes par rapport à l'alcool durant la grossesse. Le but étant d'améliorer les connaissances, les chercheurs n'ont pas mentionné si le fait d'avoir de meilleures connaissances prévenait le risque de SAF et ETCAF. C'est pourquoi l'article n'a pas été retenu car les résultats n'apportaient pas de moyens de prévention. Le but de la troisième (Senecky et al., 2011, Recherche

4) était d'évaluer la consommation d'alcool durant la grossesse après l'accouchement et le nombre de femmes ayant reçu des informations ou une éducation à ce sujet de la part d'un professionnel de santé. Cette étude ne proposait pas de moyens de prévention et ne répondait donc pas à la question de recherche. Les dix autres études ont été incluses dans la revue de littérature étoffée (recherches 3 et 5-13).

Toutes les études sont quantitatives. En effet l'alcool durant la grossesse est un problème de santé publique et peut concerner toutes les femmes enceintes, étant donné qu'une consommation modérée peut déjà avoir des impacts négatifs. Ce type d'étude permet aussi la possibilité de mesurer l'efficacité des différentes interventions et moyens de prévention proposés. De plus, aucune étude qualitative n'a été trouvée dans les recherches.

### ***3.2 Rigueur méthodologique des études retenues***

Les recherches ont été menées entre 1996 et 2009 et deux d'entre elles seulement datent d'avant 2000. Les études sont récentes et restent donc pertinentes pour le thème choisi car toujours d'actualité. Infirmières diplômées, infirmières avec un master ou cliniciennes spécialisées dans les ECTAF et le SAF, spécialistes issus d'une école de médecine, travailleurs de fondations de santé publique, professeurs à l'école des sciences infirmières ou de médecine, ou autres spécialistes, les chercheurs étaient tous issus du milieu médical et toutes les études, sauf celle de Floyd et al.(2007, Recherche 9), se sont déroulées dans des cliniques obstétriques, hôpitaux ou centres de soins prénataux. L'étude de Floyd et al. (2007) s'est déroulée dans des universités. Dans chaque étude, il y avait un ou plusieurs chercheurs ayant de l'expérience dans la recherche. Les collectes de données ont été faites sous diverses formes : entretiens, visites dans les centres de soins et hôpitaux, questionnaires avant et après une intervention brève ou par téléphone avant et après une visite.

Au niveau éthique, les participantes ont donné leur accord pour prendre part à l'étude en toute connaissance de cause. Lorsque ce point n'était pas mentionné, nous pouvions malgré tout constater que les droits des participantes avaient été respectés (anonymat conservé par exemple) et qu'un des critères

d'inclusion était l'acceptation à l'étude. Dans certaines études, la population avait été rémunérée pour sa participation. De plus, les commissions administratives des institutions où se déroulait la récolte des données avaient approuvé bon nombre d'études.

L'analyse méthodologique à l'aide de la grille de lecture critique d'un article scientifique (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007) montre que les résultats sont congruents par rapport à la question de recherche de la revue étoffée. Cependant, les facteurs de consommation, les situations à risques et les facteurs poussant à diminuer ou éliminer sa consommation ne sont pas le but premier des chercheurs (Chang et al., 2006a et b Recherche 11, Chang et al., 2005a, Recherche 10, Chang et al., 2000, Recherche 6). En effet, la finalité première n'était pas de nommer des facteurs prédictifs mais ceux-ci étaient pris en compte dans les interventions. Décision a été prise de les inclure dans les résultats car ils sont susceptibles d'être intégrés dans les interventions afin d'en améliorer l'efficacité et de proposer des pistes d'actions pour la pratique à trouver et investiguer dans de futures recherches. Nous pouvons ainsi agir sur ces facteurs dans la prévention de la consommation d'alcool durant la grossesse.

Toutes les recherches ont un devis quantitatif et sont souvent des études comparatives ou randomisées. Les groupes étaient soit randomisés, soit répartis en fonction de la consommation d'alcool. Ainsi un groupe reçoit l'intervention, et un groupe contrôle reçoit uniquement l'évaluation de la consommation d'alcool ; ceci dans le but de comparer le groupe recevant l'intervention et le groupe recevant uniquement l'évaluation.

En ce qui concerne la recherche sur les risques de grossesse exposée à l'alcool (Floyd et al., 2007), nous avons conscience que la population se démarque un peu car cette recherche vise des femmes qui ne sont pas enceintes et sensibilise les femmes en âge de procréer non seulement sur les effets de l'alcool durant la grossesse mais également sur les risques de grossesse exposée à l'alcool en associant consommation à risque et contraception inexistante ou inefficace. Il en va de même pour l'étude de Walker et al. (2005, Recherche 3) qui, elle, avait plutôt pour but d'augmenter les connaissances des participantes. Cependant, la population de la revue étoffée

incluait également les femmes en âge de procréer n'étant pas enceintes. Il y a un fait intéressant dans la recherche de Floyd et al. (2007) car les participantes ont bénéficié d'un suivi, après avoir reçu des informations, à trois, six et neuf mois avec à chaque fois une intervention brève. Le but de l'étude de Walker et al. (2005) visait à apporter des connaissances ou augmenter ces dernières chez les femmes en âge de procréer. Il est intéressant de voir l'efficacité de l'intervention brève non seulement sur la consommation d'alcool durant la grossesse comme on le trouve dans les autres études mais de constater aussi sur les connaissances et la sensibilisation des participantes.

Les échantillons de certaines études n'étaient pas très grands, ce qui constitue une limite à la généralisation. Cependant, malgré cela, les résultats s'avèrent tous similaires en ce qui concerne les propositions d'intervention et le test de leur efficacité dans la prévention de la consommation d'alcool par les femmes enceintes. Les résultats sont donc pertinents pour une revue étoffée de littérature. Toutefois des recherches plus rigoureuses devraient être réalisées dans certains domaines. Ceci va figurer dans le chapitre concernant l'implication pour la recherche qui va suivre.

Un autre limite des études est le fait que la consommation d'alcool était auto-déclarée et il est possible que certaines participantes aient sous-estimé ou sous-déclaré ou au contraire sur-estimé leur prise de boisson durant la grossesse.

Toutes les recherches ont été menées aux Etats Unis d'Amérique dans le Michigan, le Massachusetts, la Floride, le Texas, la Virginie et la Californie. Il n'y a aucune recherche retenue qui s'est déroulée en Europe et nous n'avons trouvé aucune étude suisse qui pouvait être retenue. Cependant, un article qui n'est pas une recherche et traitant des conséquences de l'alcool consommé durant la grossesse écrit en Suisse (Leutwyler, Daeppen, Gerber & Hohlfeld, 2004) indique que dans la littérature, des brèves sessions de conseils sont toutes désignées pour prévenir l'alcool durant la grossesse mais que de futures recherches évaluant la consommation d'alcool chez les femmes enceintes suisses et l'efficacité des interventions brèves pour ces dernières sont nécessaires.

### **3.3 Synthèse narrative des résultats**

Les résultats, après avoir été triés sous forme de tableau (annexe C), ont été catégorisés en trois thèmes principaux, certains ayant des sous-thèmes :

1. L'efficacité d'une intervention brève pour diminuer la consommation d'alcool durant la grossesse et/ou augmenter les connaissances des femmes sur les effets de l'alcool durant la grossesse (Recherches 3, 5, 6, 9, 10, 11 et 12). L'intervention brève peut être combinée avec d'autres mesures de prévention.
  2. Efficacité du programme *Early Start* et *Early Start Plus* pour diminuer les effets négatifs de l'alcool durant la grossesse (Recherche 13).
  3. Efficacité des matériaux d'informations écrits pour augmenter l'intention comportementale d'éviter la consommation d'alcool durant la grossesse (Recherche 8).
- Identification des situations à risque, des facteurs augmentant ou diminuant la consommation prénatale (Recherche 6, 10 et 11).

L'identification de facteurs et de situations ne figure pas parmi les résultats et ne répond pas à la question de recherche. Cependant, il nous semblait intéressant de les faire apparaître, d'abord parce que les chercheurs les ont évalués et ensuite parce qu'ils amènent un débouché vers une implication pour des recherches ultérieures où l'on pourrait y trouver des pistes d'actions visant à la prévention du SAF, de l'ETCAF et des EAF en agissant sur ces facteurs et situations.

#### **3.3.1 Intervention brève**

Selon Chang, Wilkins-Haug, Berman et Goetz (1999, Recherche 7), l'intervention brève est une éducation fournie au patient et consiste en un manuel d'auto-assistance qui est spécialement efficace dans une population qu'on considère comme motivée à réduire sa consommation d'alcool, mais qui n'est pas traitée pour cela. L'intervention brève peut être fournie par des spécialistes dans les traitements de l'alcool ou par des intervenants opportuns travaillant dans les centres de soins où des patientes en auraient besoin pour diminuer leur consommation prénatale.

D'après O'Connor et Whaley (2007, Recherche 5), l'intervention brève consiste en dix à vingt-cinq minutes d'une session de conseils pouvant être délivrée par du personnel qui ne doit pas forcément être qualifié dans le traitement de l'abus d'alcool et la dépendance dans n'importe quel contexte de soin. Les interventions brèves incluent la plupart du temps :

- des informations visant à accroître la sensibilisation aux conséquences négatives de la consommation d'alcool,
- des conseils axés sur l'identification des situations à risque et sur les actions visant à réduire la consommation,
- une aide à la réduction de la consommation en formulant des buts (motivation).

L'intervention brève a un faible coût, elle est une alternative de traitement efficace pour les problèmes liés à l'alcool. Le temps nécessaire est moindre et l'intervention offre des stratégies d'entraide pour les personnes non dépendantes. Dans le cas des personnes dépendantes, elle vise à diriger la personne vers des programmes de traitement (O'Connor & Whaley, 2007).

Selon Chang et al. (1999), les interventions ont été recommandées comme première approche de traitement. Elles peuvent être fournies par des spécialistes dans des centres de soins où les personnes viennent demander un traitement pour l'alcool ou lors d'intervention opportuniste livrée dans le cadre de soins primaires pour les patientes identifiées par le dépistage d'alcool mais pour lequel un traitement spécialisé n'est pas nécessaire (Chick, 1992 et Heather, 1996, cités par Chang et al., 1999).

Depuis que les interventions brèves sont généralement connues comme première approche de traitement pour les problèmes de boissons légères à modérés, les femmes enceintes peuvent être un groupe spécialement approprié pour recevoir les interventions brèves (Chang et al., 1999).

### **3.3.1.1 Efficacité de l'intervention brève**

Dans l'étude d'O'Connor et Whaley (2007, Recherche 5), les femmes (n=162) ayant bénéficié de l'intervention brève à chaque visite prénatale étaient cinq fois plus susceptibles d'être abstinentes lors du troisième trimestre de grossesse que le groupe contrôle (n=183). Dans ce cas, l'intervention brève consistait à

dix à quinze minutes d'entretien. Les femmes étaient évaluées à chaque visite prénatale mensuelle et si elles buvaient encore de l'alcool, elles recevaient l'intervention brève ou seulement l'évaluation pour le groupe contrôle. Quant à l'étude de Chang et al. (2000, Recherche 6), ce ne sont pas moins d'environ 70% des participantes (n=123) à l'étude qui sont abstinentes après avoir reçu l'intervention brève, les autres participantes ayant, elles, diminué leur consommation.

Selon O'Connor et Whaley (2007), l'intervention brève amène également un plus faible taux de mortalité foetale. En effet il y avait un taux de 0,9% dans le groupe qui a reçu l'intervention contre 2,9% dans le groupe qui a eu seulement l'évaluation. De plus, les bébés étaient plus lourds (180,45 g en moyenne) et plus grands (1,69 cm en moyenne) dans le groupe qui a reçu l'intervention brève (Ibid., 2007).

On voit donc qu'une intervention brève est efficace dans la prévention des effets néfastes de l'alcool durant la grossesse, tant au niveau de la consommation d'alcool qu'au niveau de la santé du fœtus.

En ce qui concerne l'étude de Chang, Wilkins-Haug, Berman et Goetz (1999, Recherche 7), entre le recrutement et l'accouchement, le groupe qui a reçu l'intervention brève (n=127) a diminué sa consommation de 0,4 verres par jour et le groupe qui a eu seulement l'évaluation (n=123) l'a diminué de 0,3 verres par jour.

Toutes les abstinentes de l'intervention brève étaient plus susceptibles de maintenir leur abstinence que dans le groupe contrôle (86% contre 72%).

Floyd et al. (2007, Recherche 9) ont testé l'efficacité d'une intervention brève sur des femmes en âge de procréer et à risques de grossesses exposées à l'alcool en comparant un groupe intervention (n=416) qui recevait des informations et une brève intervention motivationnelle et un groupe de contrôle (n=414) recevant seulement des informations se déroulant en quatre sessions. Les femmes du groupe intervention étaient plus susceptibles de réduire la consommation d'alcool au-dessous des niveaux à risque (95%) et étaient également plus enclines à utiliser une contraception efficace (95%). Le groupe intervention a réduit ses risque de grossesse exposée à l'alcool de 18% de plus

que le groupe contrôle à trois mois de suivi, 14,8% à six mois et de 16,6% à neuf mois.

Bien que beaucoup plus de femmes du groupe d'intervention ont réduit leur risque de grossesse exposée à l'alcool, beaucoup de femmes du groupe contrôle l'ont fait également. A trois mois de suivi, 10% de plus de femmes dans le groupe intervention que dans le groupe contrôle ont réduit à la fois les comportements à risque et la consommation d'alcool. Cette différence est passée à 13% à 9 mois de suivi (Floyd et al., 2007).

Cette étude montre donc qu'une brève intervention motivationnelle diminue considérablement le risque de grossesse exposée à l'alcool chez les femmes à haut risque en modifiant les comportements ciblés de consommation à risque et en utilisant une contraception efficace pour celles ne désirant pas être enceintes (Floyd et al., 2007). Le but de cette étude était non seulement d'éviter que le bébé soit exposé à l'alcool en début de grossesse lorsqu'une femme ne s'apercevait pas qu'elle était enceinte et encourager cette femme (si le désir était de poursuivre sa grossesse) à maintenir l'abstinence prénatale mais aussi d'éviter la survenue de grossesse non désirée lors de comportement à risque en ayant consommé de l'alcool.

### **3.3.1.2 Intervention brève éducative avec utilisation d'une brochure**

D'après Walker, Fisher, Sherman, Wybrecht et Kyndely (2005, Recherche 3), l'intervention brève ou l'utilisation de la brochure a été significativement efficace pour augmenter les connaissances sur les risques de l'ETCAF chez des femmes venant demander une contraception ou un test de grossesse en urgence (n=50).

Après avoir été évaluées sur leurs connaissances concernant l'alcool et la grossesse, les participantes ont été amenées à lire une brochure portant sur le syndrome alcoolique foetal, ceci constituait la brève intervention.

En ce qui concerne leur évaluation, les participantes sont passées de 5,8 points sur 8 à 6,7 points après l'intervention. Ce résultat indique qu'une intervention éducationnelle brève est efficace pour augmenter les connaissances. Ceci montre qu'un relativement court laps de temps passé auprès des patientes peut

être utile pour augmenter la compréhension de ces derniers (Walker et al., 2005).

### **3.3.1.3 Intervention brève avec la participation du partenaire**

Il est intéressant de constater que pour Chang, McNamara, Orav, Lavigne, Ludman, Vincitorio et Wilkins-Haug (2005a, Recherche 10) l'intervention brève a plus d'effet sur les femmes qui buvaient le plus au moment de l'inclusion à l'étude. Là aussi, une intervention brève était efficace. En effet, une femme qui consommait de l'alcool sur 15% des jours de grossesse diminuait ce taux à 5% de jours de consommation si elle recevait seulement l'entretien d'évaluation (n=152) et le diminuait à 3% de jours si elle recevait l'intervention brève en plus (n=152).

Un sous-groupe (n=118) évaluait l'effet du partenaire enrôlé aussi dans l'étude et choisi par la femme en comparaison avec un groupe où le partenaire ne participait pas (n=14). L'intervention brève était plus efficace chez les femmes qui buvaient le plus et lorsque le partenaire était inclus dans l'intervention (Chang et al., 2005a).

### **3.3.1.4 Intervention brève incluant une sélection d'objectifs de consommation**

La sélection d'un objectif (abstinence ou diminution) lors de l'intervention brève était hautement prédictive de la consommation d'alcool prénatale (Chang, McNamara, Orav & Wilkins-Haug, 2006a, Recherche 11). Les femmes qui étaient abstinentes au recrutement (lors de l'intervention) et qui ont choisi de le rester (n=66) ont eu le taux d'abstinence le plus élevé (75%). Parmi celles qui n'étaient pas abstinentes au recrutement (n=49), la moitié qui a nommé l'abstinence (n=24) a atteint son objectif. Aucune des femmes qui consommaient de l'alcool durant la grossesse et qui ont choisi la réduction plus que l'abstinence (n=25) n'a fait preuve d'abstinence (0%) et étaient moins susceptibles de diminuer leur consommation comparativement aux autres (Chang et al., 2006a). Il est donc important d'inclure une sélection d'objectifs de consommation lors de l'intervention brève mais il faut également amener la bénéficiaire de cette intervention à déterminer les situations où elle serait amenée à boire et les moyens aidant à l'abstinence.

### **3.3.1.5 Intervention brève prenant en compte le stade de changement**

L'étude de Chang, McNamara et Wilkins-Haug (2006b, Recherche 12) évaluait les étapes de changement en lien avec l'intervention brève chez des femmes enceintes étant soit dans la précontemplation (n=187), soit dans l'action (n=114).

Le changement est un processus progressif incluant six stades : la précontemplation, la contemplation, la décision, l'action, le maintien et la rechute (Rossier, Zimmermann & Besson, 2009). Dans la précontemplation, le consommateur estime n'avoir aucun problème et n'a donc aucune intention de changer son comportement. Au stade de l'action, le consommateur a préalablement pris conscience qu'un changement était nécessaire et a pris la décision d'amener un changement (contemplation et décision) et va maintenant tout mettre en œuvre pour modifier son comportement (Ibid., 2009).

Pour Chang et al. (2006b), les femmes du groupe précontemplation consommaient plus d'alcool avant la grossesse (18,6% de jours d'alcool vs 13,4% pour le groupe action) et en plus grande quantité (2,1 verres par consommation vs 1,6). Au début de la grossesse, la consommation d'alcool était de 2,9% de jours d'alcool dans le groupe précontemplation et de 2,1% dans le groupe action. La différence n'est pas statistiquement significative mais le groupe action a une consommation légèrement inférieure au niveau de la quantité de verres par occasion après une intervention visant à réduire l'alcool (0,38 vs 0,43) (Ibid., 2006b). On peut donc, au moment de l'intervention brève, amener la personne, si elle consomme de l'alcool, vers le stade de l'action en lui faisant prendre conscience qu'il faut amener un changement et en l'aidant à trouver des moyens visant à l'abstinence durant la grossesse. Cependant, le stade de changement n'est utilisable que pour les personnes consommant de l'alcool et n'est pas utile lorsqu'on amène des mesures de promotion de la santé.

### **3.3.2 Programme *Early Start***

Le programme *Early Start* est un plan basé sur les abus de substances prénataux aux USA (Taillac, Goler, Armstrong, Haley & Osejo, 2007).

Ce programme a créé quatre objectifs qui sont le noyau de ce plan (Taillac et al., 2007) :

- diminuer l'abus de substance chez les femmes enceintes,
- réduire les effets négatifs des substances sur le fœtus et les coûts médicaux associés aux abus de substance prénataux,
- promouvoir l'accès aux services d'abus de substance pour les femmes enceintes,
- promouvoir une satisfaction et une efficacité clinique.

*Early Start* soutient la qualité et l'accès aux soins des patients en incluant les offres suivantes (quelques exemples [Taillac et al., 2007]) :

- ajouter des spécialistes des abus de substances dans l'équipe de soin et dans les cliniques,
- éduquer toutes les femmes enceintes sur les risques de l'alcool, du tabac et d'autres drogues à travers des médias variés à plusieurs niveaux durant la grossesse (les informations peuvent être transmises sous forme orale, lors de visites prénatales en groupe, de lettres publiées, par sites Web et individuellement au travers d'une éducation et de conseils),
- évaluation des risques lors de la première visite prénatale par un questionnaire auto rempli et par des tests toxicologiques d'urine (avec consentement signé),
- donner des conseils et gestion de cas pour les femmes enceintes identifiées comme à risque avec l'option de pouvoir continuer les soins jusqu'à une année après la naissance de leur enfant.

### 3.3.2.1 Efficacité du programme *Early Start* et *Early Start Plus*

Dans l'étude d'Armstrong et al. (2009, Recherche 13), la prévention de l'alcool durant la grossesse a été évaluée sur une intervention brève incluant une évaluation et basée sur le programme *Early Start* de la KPNC (*Kaiser Permanente Northern California*).

Dans cette étude, deux interventions *Early Start* et *Early Start Plus* ont été testées en comparaison pour leur efficacité à diminuer les conséquences négatives de l'absorption de l'alcool par la mère durant la grossesse sur elle (travail prématuré, décollement de placenta, placenta prævia, pré éclampsie) et son bébé (bas poids de naissance, naissance prématurée, mort foétale, syndrome alcoolique foetal, ré-hospitalisation du bébé après le retour à domicile, admission en service de néonatalogie) (Armstrong et al., 2009).

Le programme *Early Start Plus* était basé sur la même intervention que le *Early Start* avec, en supplément, un programme informatique utilisant des tailles de boissons pour créer une discussion au sujet de l'alcool durant la grossesse. Le but de cette intervention était d'aider les femmes enceintes à reconnaître les quantités qu'elles consommaient en utilisant des calibrages de verres et des contenants divers, avec des graphiques désignés pour définir les réels volumes pour chaque verre spécifique en fonction de la boisson consommée (Armstrong et al., 2009).

Le groupe *Early Start* (n=298) et le groupe *Early Start Plus* (n=298) avaient les taux les plus bas de conséquences négatives sur le fœtus et la mère comparativement au groupe contrôle (n=344) qui n'avait reçu aucune des interventions. Le groupe *Early Start Plus* (ESP) ayant les meilleurs résultats de santé que le groupe *Early Start* (ES) (Armstrong et al., 2009).

Voici quelques exemples de résultats de santé de la mère et de l'enfant dans chaque groupe (Ibid., 2009) : L'accouchement prématuré (à moins de 35 semaines de grossesse), était à un taux de moins de 1% dans le groupe ESP, de 1,1% dans le groupe ES et 2,2% dans le groupe contrôle. Le taux de bas poids de naissance était de 3,2% dans le groupe ESP, de 3,7% dans le groupe ES et de 6,6% dans le groupe contrôle. Un modèle similaire a été vu dans les ré hospitalisation du bébé et le travail prématuré. Cependant, pour deux

résultats, la ventilation assistée et la pré-éclampsie, le taux du groupe ES était légèrement au-dessus du groupe ESP et les taux d'admission en néonatalogie étaient virtuellement identiques. Les taux non corrigés de placenta prævia, de décollement placentaire et de ré-hospitalisations maternelles étaient négligeables et n'ont pas été inclus dans les résultats (Armstrong et al., 2009).

On peut donc constater dans l'étude que les deux interventions (*Early Start* et *Early Start Plus*) sont efficaces pour diminuer la consommation d'alcool durant la grossesse et donc les conséquences négatives engendrées par celle-ci. Cependant, on voit qu'y insérer un programme pour ouvrir la discussion à ce sujet avec des tailles de boissons est encore plus efficient (Ibid., 2009).

### **3.3.3 Matériel d'éducation écrit**

Comme les documents d'informations et d'éductions sanitaires écrits n'ont souvent pas été testés au préalable pour leur efficacité au niveau de la compréhension de lecture, il se trouve que les documents écrits que l'ont donne aux femmes enceintes sont souvent rédigés à des niveaux de lecture trop élevés pour être compréhensibles et efficaces (Calabro, Taylor & Kapadia (1996, Recherche 8).

Le matériel écrit au niveau inférieur de lecture a été plus efficace que celui écrit au niveau supérieur dans l'enseignement chez les femmes pour qui la consommation d'alcool n'est pas sans danger durant la grossesse.

Les participantes (n=126) ayant lu le matériel d'éducation sanitaire de 3<sup>ème</sup> année (niveau scolaire obligatoire, USA, Texas) ont montré une augmentation légèrement supérieure ( $P < 0,05$ ) de l'intention comportementale à éviter la consommation d'alcool durant la grossesse que celles ayant lu le matériel de 10<sup>ème</sup> année (n=126).

Les femmes étaient plus influencées par la documentation écrite à un niveau de lecture de 3<sup>ème</sup> année.

## ***Facteurs de diminution ou d'augmentation de la consommation prénatale, situations à risque***

### **Facteurs de diminution de la consommation prénatale**

Dans l'étude de Chang et al. (2006a, Recherche 11), plus de 80% des femmes (n=115) ont nommé la santé de leur bébé comme raison principale d'amener un changement dans leur consommation d'alcool prénatale.

Chang, Goetz, Wilkins-Haug et Berman (2000, Recherche 6) ont questionné les femmes enceintes (n=123) sur les raisons qui les poussent à diminuer leur consommation durant la grossesse ou à l'abstinence. Ainsi ce sont aussi 81% qui déclarent que c'est la santé du bébé et 29% la connaissance des effets de l'alcoolisation fœtale. 19% des participantes rapportent que c'est le fait d'avoir un soutien social pour cela, 17% disent que c'est dû à des antécédents familiaux de problèmes d'alcool, 15% déclarent avoir une grossesse à risque élevé, 15% également relatent que c'est en prévention de leur propre santé. Ce sont 10% qui craignent une issue défavorable et culpabiliseraient pour cela, 9% ont des antécédents de grossesse à risque élevé, 6% rapportent une diminution du désir de boire, 5% relèvent des responsabilités familiales, 5% ont l'intention d'allaiter et 2% invoquent des raisons religieuses. Plus de la moitié des sujets (60%) a recensé plus d'une raison, de sorte que les pourcentages dépassent les 100% (Chang et al., 2000).

### **Facteurs d'augmentation de la consommation prénatale**

Les participants de l'étude de Chang et al. (2005a) (n=304) ont permis de recenser trois variables augmentant le risque de consommation durant la grossesse :

1. Le taux de consommation d'alcool avant l'inclusion à l'étude (avant l'intervention brève).
2. Ampleur de l'éducation (plus d'éducation est un facteur d'augmentation de l'alcool durant la grossesse d'après Chang et al., 2005a.).
3. Nombre d'années de consommation régulière d'alcool.

Les participantes (n=123) de l'étude de Chang et al. (2000, Recherche 6) ont également estimé que leurs antécédents familiaux de problème d'alcool (19%)

et l'utilisation par le partenaire de drogues ou d'alcool (18%) pourrait augmenter leur risque de consommation d'alcool avant l'accouchement. Le stress (10%) et la solitude (7%) ont été moins fréquemment rapportés.

### **Situations à risque de consommation durant la grossesse**

Selon les résultats de l'étude de Chang et al. (2006b, Recherche 12), la tentation de boire est un prédicateur statistiquement significatif chez les femmes enceintes (n=302, p=0,3).

Les femmes enceintes (n=123) de l'étude de Chang et al. (2000, Recherche 6) ont cité les situations à risques suivantes : les événements sociaux (54%), les épisodes de tentation de boire irrésistible (*Binge Drinking* ou *Craving*, 33%) et les occasions festives (30%).

Dans l'étude de Chang et al. (2005a, Recherche 10), les participants (n=304) ont ressorti 20 situations communes engendrant la tentation de boire et ont reporté que celle-ci survenait majoritairement lors de situations sociales en comparaison avec d'autres circonstances. De plus, la tentation de boire dans les situations sociales inclut le risque de plus d'épisodes de boissons.

## **4 DISCUSSION**

Les résultats développés dans le chapitre précédent vont être discutés en se basant sur le cadre de référence développé en chapitre un. La finalité de la discussion va être de répondre à la question de recherche :

*« Afin de prévenir, chez le fœtus, les conséquences physiques et psychiques dues à l'absorption d'alcool durant la grossesse, quelles sont les mesures que pourraient utiliser l'infirmière lors de contact avec ces futures mères ? »*

### **4.1 Synthèse des principaux résultats**

Les résultats montrent que, dans les études randomisées portant sur l'intervention brève, les deux groupes des recherches ont diminué leur consommation d'alcool mais de manière plus significative dans les groupes contrôles. Ce phénomène se retrouve dans le test de l'efficacité des matériaux écrits où chaque niveau amène une diminution de l'alcool prénatal mais avec plus d'effet pour le matériel écrit au niveau de 3<sup>ème</sup> année (Recherche 8). Il en

va de même pour les programmes *Early Start* et *Early Start Plus* (Recherche 13). Nous relevons que même une évaluation de la consommation d'alcool durant la grossesse peut être efficace pour diminuer ou éliminer ce phénomène, cependant à une plus petite mesure que les autres moyens comme l'intervention brève par exemple.

Nous émettons l'hypothèse que cela est dû au fait qu'une simple information ou même une auto-évaluation de la quantité d'alcool consommée durant la grossesse amène la femme enceinte vers une remise en question ainsi qu'à une plus grande sensibilisation et donc à une diminution de l'alcool durant la grossesse.

Les principaux résultats récoltés dans les dix recherches sélectionnées indiquent que les moyens de prévention proposés sont efficaces dans la diminution de la consommation d'alcool prénatale, l'abstinence, la diminution des comportements à risque de grossesse exposée à l'alcool et la diminution des effets négatifs sur la santé des fœtus, des bébés à la naissance et des futures mères.

Nous pensons que de ces résultats peut découler l'importance de mettre en place ces moyens dans la pratique car c'est la vie d'un fœtus, l'avenir d'un bébé et sa qualité de vie ainsi que la santé physique d'une future mère qui en dépendent. De plus, nous émettons l'hypothèse qu'une mère avec un enfant atteint du SAF, d'ECTAF ou d'EAF peut culpabiliser car ces troubles irréversibles auraient pu être prévenus.

Une limite de ces résultats est le fait que la consommation d'alcool était auto-évaluée et les participantes ont ainsi pu avoir sous ou sur estimé leur consommation.

## ***4.2 Discussion des résultats***

Les principaux résultats des recherches sélectionnées sont discutés ci-dessous en lien avec les concepts du cadre de référence (protection et promotion de la santé, prévention de la maladie et enseignement) et la réponse à la question de recherche sera ensuite donnée.

### **4.2.1 Efficacité de l'intervention brève**

O'Connor et Whaley (2007, Recherche 5) rapportent que les techniques d'intervention brève sont efficaces et augmentent la motivation à changer un comportement malsain. Les résultats suggèrent que les femmes qui consomment de l'alcool durant la grossesse sont réceptives aux stratégies d'intervention brève qui peuvent être fournies avec succès sans que les professionnels aient besoin d'être médecins pour cela. Il y avait un taux de mortalité infantile plus élevé (2,9% chez les participantes ayant reçu seulement l'évaluation), ce qui peut être rapporté à des facteurs associés au fait de venir d'un milieu économiquement défavorisé où il y a souvent une réticence à consulter un médecin (O'Connor & Whaley, 2007).

Les résultats de l'étude de Chang et al. (1999, Recherche 7) montrent que les deux groupes (intervention brève et évaluation seulement) ont diminué leur consommation avant l'accouchement après le recrutement avec une diminution plus marquée dans le groupe intervention brève. Nous voyons qu'une simple évaluation constitue déjà une approche préventive. Les auteurs rapportent que l'intervention brève aurait pu être plus efficace si elle avait été comparée à une évaluation de la consommation d'alcool plus rapide. Cependant, les diagnostics du DSM-IV sur l'abus d'alcool, la toxicomanie ou la dépendance ne semblent pas influencer le risque de consommation d'alcool chez les participantes dans les deux groupes. Enfin, les femmes ont été interrogées après l'accouchement, un moment où elles sont moins susceptibles de minimiser les risques en rapport avec la consommation d'alcool prénatale (Ibid., 1999).

Floyd et al. (2007, Recherche 9) avaient évalué l'efficacité d'une intervention brève sur les comportements à risques engendrant des grossesses exposées à l'alcool en comparant un groupe contrôle et un groupe intervention. Bien que les participantes des deux groupes ont diminué leur risque de grossesse exposée à l'alcool en instituant un changement dans leurs comportements, le groupe intervention présentait plus de deux fois plus de chances de diminuer ces risques que le groupe contrôle à neuf mois de suivi. De plus, les femmes recevant l'intervention brève étaient plus susceptibles d'adopter des changements simultanément dans les deux comportements (contraception

inefficace ou inexistante, consommation d'alcool à risque), ce qui maximisait la diminution des risques. Cette étude a donc montré qu'une brève intervention motivationnelle produisait une réduction significative dans les risques de grossesse exposée à l'alcool chez les femmes présentant des comportements pouvant favoriser ce phénomène. Enfin, les femmes à risque peuvent être averties de leur conduite à risque et peuvent amener des changements significatifs permettant de réduire ces derniers (Floyd et al., 2007). Ici, les participantes ont bénéficié d'un suivi à trois, six et neuf mois. Ainsi à trois mois de suivi, 10% de plus de participantes du groupe intervention que du groupe contrôle (ayant seulement reçu des informations et pas de suivi) a diminué à la fois les risques de comportements à risque et la consommation d'alcool. Cette différence est passée à 13% à neuf mois de suivi. Nous pensons que le suivi est un élément important dans la prévention de l'alcool durant la grossesse car il augmente la diminution des risques de l'alcool prénatale ou de grossesse exposée à l'alcool.

Nous pouvons constater qu'il n'y a pas de contradictions dans les résultats car tous vont dans le sens de l'efficacité de l'intervention brève. En effet, les études montrent que l'intervention brève est efficace afin non seulement d'augmenter les connaissances sur les effets de l'alcool durant la grossesse mais aussi dans le but d'amener les femmes enceintes vers l'abstinence ou la diminution de la consommation d'alcool. L'intervention brève peut être amenée dans la pratique en lien avec le concept de l'enseignement dans le but d'augmenter les connaissances au sujet de l'alcool consommé durant la grossesse et rendre les personnes attentives aux conséquences sur le fœtus (Kozier et al., 2005). Lorsque l'intervention brève est fournie à des femmes en âge de procréer mais pas enceintes, celle-ci est en lien avec le concept de la promotion de la santé qui vise à rendre la population responsable de sa santé et l'amener elle-même à faire en sorte de mettre en place des moyens visant à préserver sa santé ([OMS], 1986, cité par Quinodoz, 2012). Ici, l'intervention brève, en lien avec la promotion de la santé, visera à faire en sorte que les femmes, une fois enceintes, ne consomment pas afin de préserver leur santé et celle du bébé. Enfin, associée au concept de prévention de la santé, l'intervention brève peut être donnée à des femmes enceintes dans le but de prévenir les dégâts causés

par l'alcool sur le fœtus en amenant la future mère vers l'abstinence ou la diminution de sa consommation d'alcool (Quinodoz, 2012).

#### **4.2.2 Intervention brève avec utilisation d'une brochure**

Les résultats de la recherche de Walker et al. (2005, Recherche 3), montrent que les jeunes femmes (venant demander une contraception en urgence ou un test de grossesse) se sont mises dans des situations à risque d'ETCAF par une activité sexuelle non protégée. Une intervention éducationnelle ou l'utilisation d'une brochure a fait preuve d'efficacité dans la communication et donc l'augmentation des connaissances sur l'ETCAF chez les jeunes femmes. De plus, il se peut que l'anxiété au sujet d'une éventuelle grossesse crée un « moment d'enseignement » dont les fournisseurs sont en mesure de prendre l'avantage. Quelles qu'en soient les raisons, cette étude montre qu'un peu de temps, même court, passé auprès des clientes pour prodiguer des informations de santé vaut la peine d'être délivré pour augmenter la compréhension des clients (Walker et al., 2005).

Les résultats montrent ici que non seulement une intervention brève est efficace afin d'augmenter les connaissances et la compréhension chez les femmes en âge de procréer (promotion de la santé et enseignement) mais que le fait de donner une brochure explicative est également influent. Ce résultat est intéressant car il montre que les brochures et les interventions brèves sont efficaces et il est donc utile que les professionnels de la santé les donnent à leur patientes. Lorsqu'on distribue des brochures, il est bon d'y inclure un enseignement ou se baser sur la promotion de la santé, ce qui en optimisera l'efficacité.

Toutefois, les chercheurs n'ont pas analysé séparément l'efficacité de la brochure seule ou de l'intervention brève seule, ce qui est dommage car cela aurait permis de savoir laquelle est la plus efficace. Ce fait aurait permis de mettre en place la distribution de brochures dans des endroits publics par exemple en sachant que ceci suffirait pour augmenter les connaissances des femmes en âge de procréer. Cependant, nous pouvons voir par d'autres recherche dans cette revue que ces deux mesures sont efficaces (Chang et al., 1999, 2000, 2006a, 2005a et b & Calabro et al., 1996).

### ***4.2.3 Intervention brève avec la participation du partenaire***

Dans la recherche de Chang et al. (2005a, Recherche 10), la consommation prénatale d'alcool a diminué dans les deux groupes après le recrutement à l'étude. L'intervention brève était plus efficace lorsque le partenaire y était inclus. Il se trouve aussi qu'avoir davantage de confiance dans la gestion des situations où l'on est tenté de boire est associée à une consommation plus basse.

Nous pouvons constater ici qu'inclure un partenaire (choisit par la participante) améliore l'efficacité de l'intervention brève. Il est donc important, en tant que soignant, d'inclure la famille et les proches lorsqu'on amène des mesures visant à prévenir les risques de l'exposition prénatale à l'alcool, pour autant que la personne concernée le désire. De plus, nous voyons ici l'importance de la confiance dans la gestion de situations où l'on est tenté de consommer de l'alcool. En prodiguant l'intervention brève, il peut être utile d'amener la femme enceinte ou en âge de procréer vers une meilleure confiance en soi en l'aidant à faire un travail sur elle-même afin, d'une part améliorer sa confiance et d'autre part l'aider à trouver des moyens aidant à confronter ces situations à risque.

### ***4.2.4 Intervention brève incluant une sélection d'objectifs de consommation***

Les résultats de l'étude de Chang et al. (2006a, Recherche 11) montrent que les femmes enceintes qui choisissent l'abstinence comme objectif sont plus susceptibles de l'atteindre ou de la maintenir.

Dans cette étude, les femmes consommant durant leur grossesse et choisissant de diminuer leur consommation (et non l'abstinence) étaient capables de citer le plus grand nombre de situations à risque de consommation et d'identifier le plus d'alternatives à la boisson. Ce résultat est paradoxal car les participantes, qui reconnaissent en même temps plus de situations à risque de consommation et en même temps plus d'alternatives pour ne pas boire, n'étaient pas capables de réduire ou d'éliminer leur consommation. De plus, ce sont celles qui ont reçu une indication précoce leur informant qu'elles présentaient une consommation à haut risque (Ibid., 2006a).

Nous pouvons constater que, lors de l'administration de l'intervention brève, il est utile de faire sélectionner un objectif de consommation à la femme enceinte, qui boit de l'alcool durant la grossesse, afin de réduire sa consommation ou d'être abstinent(e) (prévention de la santé).

#### ***4.2.5 Intervention brève prenant en compte le stade de changement***

Dans la recherche de Chang et al. (2006b, Recherche 12), les patientes du stade de la précontemplation ont bu plus par épisode et plus souvent avant la grossesse que celles du stade de l'action. Toutefois, le stade de changement n'a pas directement prédit de manière significative l'utilisation d'alcool prénatale, même si les femmes du groupe précontemplation ont montré une consommation significativement plus grande après l'accouchement. Le résultat principal de cette étude montre que le stade de changement n'est pas un facteur prédictif de la consommation d'alcool durant la grossesse.

De façon inattendue, le groupe d'action a déclaré plus de tentation de boire de l'alcool, peut-être parce qu'il avait fait des réductions plus importantes dans la consommation (Ibid., 2006b).

Ces résultats sont à nuancer car les stades de changement concernent les personnes ayant une consommation d'alcool problématique (Rossier et al., 2009). Cependant, il est intéressant de constater que les personnes du stade de l'action ont fait plus de réduction de consommation durant la grossesse. Ceci peut être utilisé par les infirmières en psychiatrie, lorsqu'elles rencontrent une patiente avec une consommation problématique qu'il faut diminuer le plus possible durant la grossesse. L'infirmière va donc amener la patiente vers le stade de l'action et l'aider à tendre vers l'abstinence (maintien) dans le but de prévenir les séquelles négatives sur le bébé (prévention de la santé). La prévention de la santé peut également s'inspirer des stades de changement en sachant que les patientes doivent être amenées vers l'action lorsque celles-ci sont enceintes et déclarent consommer de l'alcool durant la grossesse en lien avec le concept de prévention de la santé.

#### **4.2.6 Programme *Early Start* et *Early Start Plus***

Armstrong et al. (2009, Recherche 13) déclarent qu'avant l'intervention *Early Start Plus* (avec un programme informatique sur les tailles de boisson), il n'y avait pas de manière standardisée d'évaluation des quantités réelles et de la fréquence de consommation d'alcool pour les patients du programme *Early Start*.

L'intervention sur les tailles des récipients (*Early Start Plus*) est un outil confortable permettant de naviguer avec succès dans les conversations difficiles (abstinence ou diminution) (Armstrong et al., 2009).

Les résultats de l'intervention brève suggèrent que les femmes du groupe *Early Start Plus* ont eu des résultats de santé plus favorables que les femmes du groupe *Early Start*. De plus, le programme *Early Start* permet de réduire les coûts de la santé en évitant des dommages comme l'accouchement prématuré par exemple (Ibid., 2009).

Cependant, les résultats ont mis à la fois en évidence la valeur des programmes *Early Start* et *Early Start Plus* car les femmes de ces deux groupes ont eu le plus faible taux de conséquences néfastes sur le bébé et la mère comparativement au groupe contrôle. Il n'est pas surprenant que le groupe *Early Start Plus* n'a pas fait beaucoup mieux que le groupe *Early Start* car ce programme d'intervention précoce est déjà à un niveau de soin très élevé (Ibid., 2009).

L'évaluation informatisée de taille de boissons a fourni un cadre qui a guidé la discussion sur l'alcool durant la grossesse. Toutefois, le programme *Early Start* est basé sur l'abstinence et si une patiente ne voulait pas stopper sa consommation mais la diminuer, les spécialistes *Early Start* n'avaient pas les outils disponibles afin de les aider avec des données visant l'abstinence, ce qui a induit parfois une gêne (Armstrong et al., 2009).

Dans la prévention des effets de l'alcool sur le fœtus, lorsqu'il s'agit d'évaluer la consommation de l'alcool durant la grossesse chez la femme déclarant consommer, le programme *Early Start Plus* est utile car il va aider la femme à non seulement déterminer sa consommation mais aussi trouver un objectif de réduction de consommation en s'aidant des tailles de boisson. Nous avons vu

que le choix d'un objectif aide à diminuer sa consommation (Chang et al., 2006a, Recherche 11). Le programme *Early Start* est spécifique. Toutefois, il est possible de s'en inspirer dans la pratique lorsqu'on aborde les aspects de protection, promotion et prévention de la santé.

#### ***4.2.7 Matériel d'éducation écrit***

D'après les résultats de la recherche de Calabro et al. (1996, Recherche 8), les matériaux d'éducation écrits sont efficaces pour les recommandations aux femmes enceintes et pour la sensibilisation à l'abstinence durant la grossesse. Cependant, ceux qui sont rédigés à des niveaux de lecture de 3<sup>ème</sup> année scolaire sont plus efficaces. Ce résultat est en contraste avec la recommandation disant que les matériaux d'éducation sanitaire doivent être écrits aux niveaux de 4<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> année (Mullen et al, 1991, cités par Calabro et al., 1996).

Il est donc important de veiller à ce que le matériel écrit que l'on donne, dans le but d'amener une promotion de la santé et un enseignement, soit compréhensible par la personne qui va le lire. En effet, dans l'enseignement, il est important de s'assurer de la compréhension de la personne à qui on le fournit (Kozier et al., 2005).

#### ***Facteurs poussant à la diminution de consommation ou à l'abstinence***

Les caractéristiques des femmes qui étaient plus susceptibles d'être motivées à suivre les recommandations prénatales ont été décrites comme appartenant à la classe moyenne avec un niveau d'éducation plus élevé que l'école secondaire, ayant un partenaire et ayant planifié la grossesse. Cependant, ces caractéristiques sont aussi associées avec un plus grand risque de consommation durant la grossesse (Chang et al., 2006a, Recherche 11).

Selon les résultats de Chang et al. (2000, Recherche 6), la santé du bébé, nommée comme raison de modifier la consommation d'alcool prénatale, ne semble pas être corrélée avec l'abstinence prénatale. Cette raison peut être moins convaincante pour l'abstinence que les connaissances sur les conséquences spécifiques de la consommation d'alcool prénatale. Ceci est en

contraste avec l'étude de Rossett et al. (1983, cités par Chang et al., 2000) qui rapporte que le désir général d'avoir un bébé en bonne santé est un puissant facteur de motivation.

### ***Situations à risque de consommation durant la grossesse***

Les participants de l'étude de Chang et al. (2000) ont nommé les événements sociaux comme la situation la plus à risque d'amener une consommation d'alcool durant la grossesse.

Cependant, la recherche de Chang et al. (2005a, Recherche 10), relève que davantage de confiance dans sa gestion de la tentation de boire dans les situations sociales est associée avec une consommation plus basse.

### ***Facteurs augmentant le risque de consommation d'alcool durant la grossesse***

D'après Chang et al. (2005a), les facteurs augmentant la consommation d'alcool durant la grossesse sont les suivants : davantage d'éducation, tentation de boire dans les situations sociales, histoire précédente de boisson avec davantage de consommation sur des plus longues périodes de temps, davantage de consommation prénatale au moment de l'enrôlement à l'étude.

Dans leur étude, Chang et al. (2000), avaient aussi mesuré une éventuelle dépression chez les participantes mais celle-ci n'a eu aucune relation apparente avec la consommation prénatale, à la différence de l'étude de Hanna et al. (1994, cités par Chang et al., 2000).

La consommation d'alcool précédant la grossesse, l'âge et l'éducation étaient les prédicateurs les plus significatifs des quantités de verres par consommation. La tentation de boire de l'alcool a été le meilleur prédicateur de la fréquence de la consommation prénatale (Chang et al., 2006b).

Les facteurs de consommation et les situations à risque n'étaient pas le but premier des recherches. Ces résultats sont à nuancer car la population (304 femmes) vient de Boston, ce qui implique que les résultats seraient peut-être différents en Suisse. Ces résultats ne répondent pas à la question de recherche mais amènent cependant des propositions pour la recherche et la pratique. En

effet, agir sur ces facteurs de risque pourrait aussi permettre de prévenir la consommation de l'alcool durant la grossesse.

### **4.3 Réponse à la question de recherche**

En réponse à la question : « *Afin de prévenir, chez le fœtus, les conséquences physiques et psychiques dues à l'absorption d'alcool durant la grossesse, quelles sont les mesures que pourraient utiliser l'infirmière lors de contact avec ces futures mères ?* » diverses mesures ont été identifiées :

Tout d'abord, une intervention brève éducationnelle de quinze à vingt-cinq minutes est efficace pour prévenir les conséquences de l'absorption d'alcool durant la grossesse. Cette intervention est d'autant plus efficace si celle-ci est accompagnée de la manière suivante :

- En la combinant avec l'apport d'une brochure d'information.
- En incluant le partenaire choisi par la femme enceinte.
- En amenant la femme enceinte à choisir un objectif de consommation (abstinence ou diminution).
- En identifiant le processus de changement dans lequel se trouve la femme enceinte et en amenant la femme enceinte vers le stade de l'action, bien que cela ne soit pas clairement significatif.

Ensuite, le programme d'intervention précoce (*Early Start*) est une bonne mesure dont l'infirmière peut s'inspirer pour amener une approche préventive ou une approche de promotion de la santé chez la femme enceinte. Ce programme, combiné avec des tailles de boisson (*Early Start Plus*) est encore plus efficace et permet surtout une ouverture à la discussion sur la consommation d'alcool. Il aide aussi la femme enceinte dans l'identification et la quantification de sa consommation et donc à une remise en question et à la pose d'un objectif de boisson.

Il se trouve aussi que le matériel d'éducation sanitaire écrit est efficace et peut être donné par l'infirmière à la femme enceinte. Il est important que l'infirmière ait en tête qu'un matériel écrit à un niveau de lecture inférieur est plus compréhensif et donc plus efficace et va donc sélectionner le matériel prodigué aux futures mères en fonction de cela. De plus, lorsqu'on offre ce matériel, on peut l'accompagner d'une brève intervention, ce qui est encore plus efficace.

Enfin, aider la femme enceinte à identifier des situations à risque de consommation durant la grossesse et à trouver les facteurs motivant à apporter un changement peut s'avérer une bonne mesure de prévention en agissant sur ces facteurs.

#### **4.4 Limites de la revue de littérature**

La première limite à cette revue étoffée est le fait que l'auteure est totalement novice dans le domaine et n'avait donc aucune expérience dans la recherche. Ceci a peut-être eu pour conséquence une trop grande sélectivité dans la démarche d'extraction des données. Néanmoins, les critères méthodologiques ont été respectés au mieux. De plus, les articles étaient en anglais, langue que ne maîtrise l'auteure qu'au niveau scolaire. Ces connaissances limitées n'ont parfois pas permis de saisir toute la subtilité du vocabulaire soutenu des études. Ceci peut donc constituer une limite dans la compréhension et l'analyse des études.

En ce qui concerne le choix des études, la population est souvent similaire si ce n'est parfois la même en ce qui concerne les études de Chang et al. (1999, 2000, 2005a, 2006a et 2006b). Toutes les participantes de ces études, qui se sont déroulées au *Brigham and Women's Hospital*, venaient d'une diverse population de la zone contiguë métropolitaine de Boston (Chang et al., 2000).

Chang et al. ont fait participer 123 femmes enceintes en 1999 et 250 femmes enceintes en 2000. Ici, la population est différente mais le *setting* (lieu de l'étude) est le même.

Dans l'étude de Chang et al. (2005a), 304 femmes enceintes et leurs partenaires ont été enrôlées à l'étude. Cet échantillon est le même pour les deux études suivantes (Chang et al., 2006a et b). Cependant, les participantes étaient randomisées différemment et il n'y avait pas toujours la totalité des 304 femmes dans chaque étude. La dernière étude (Chang et al., 2006b) incluait les femmes enceintes après leur accouchement lors de la dernière évaluation.

Le fait d'avoir inclus des études où l'auteur principal est le même et où la population est parfois restée la même dans un seul *setting* constitue une limite à la généralisation des conclusions de ces études. En effet, les caractéristiques démographiques sont souvent semblables et il est donc plus difficile de

généraliser les résultats à d'autres populations. Toutefois, la population incluse à l'étude avait des caractéristiques assez variées et provenaient de cultures différentes mais présentaient toujours un niveau d'étude supérieur, ce qui peut être associé à une plus grande consommation prénatale (*Center of Disease Control and Prevention*, 2002, cité par Chang et al., 2006b).

Les participantes de la plupart des recherches étaient des femmes enceintes et on peut se poser la question : n'est-il pas trop tard pour agir ? Il est effectivement préférable que la promotion de la santé commence avant la grossesse (Noël de Tilly, 2012). Cependant, la prévention des effets négatifs de l'exposition prénatale à l'alcool peut se faire sur toute la durée de la grossesse car l'alcool est tératogène et son effet néfaste se fait sur les neuf mois de gestation (Gratias & Titran, 2005). De plus, les études existantes ont souvent été pratiquées sur les femmes enceintes dans le but de tester l'efficacité des mesures mises en place comme l'intervention brève ou le matériel d'information écrit.

La dernière limite de cette revue étoffée est l'implication des résultats dans la pratique infirmière quotidienne. En effet, les résultats amènent des actions visant plutôt les infirmières spécialisées dans les services de maternité et gynéco obstétrique et des services plus spécifiques comme le *Planning familial* par exemple où travaillent, à nos yeux, un nombre d'infirmières plus petit que dans les hôpitaux ou cliniques. Cependant ce sujet nous paraissait important du point de vue de la promotion de la santé et de la prévention de graves séquelles engendrées par l'alcool consommé durant la grossesse. Ces séquelles peuvent être prévenues à 100% (Welch-Carre, 2005) c'est pourquoi il est important d'agir avant l'installation de ces dégâts car la promotion de la santé et la prévention de la maladie est une compétence spécifique de l'infirmière ([CORESLOC], 2007).

Cette problématique est vaste et peut concerner d'autres métiers comme les gynécologues ou les sages-femmes par exemple. L'infirmière n'est donc qu'une actrice parmi tout un système et la difficulté est de savoir où ses actions s'arrêtent car elle ne peut pas être partout.

Lorsqu'on amène des actions de protection de la santé par des campagnes publicitaires, où doit-on s'arrêter ? En effet, nous pensons que trop d'informations tue l'information, c'est pourquoi toute la difficulté est de savoir susciter l'intérêt de la population sans la lasser ce qui pourrait peut-être l'amener à banaliser le phénomène des dangers de l'alcool durant la grossesse. Nous voyons bien que nous ne pouvons pas tout aborder lorsqu'on évoque l'implication de cette revue dans la pratique, ce qui ne constitue non pas une limite à cette recherche mais une limite en temps car cette recherche pourrait encore s'étendre bien plus loin en investiguant sur bien d'autres aspects de la consommation d'alcool durant la grossesse ou sur les effets de l'alcool prénatal qui n'ont peut-être même pas été évoqués.

#### ***4.5 Recommandations et implications pour la pratique***

La seule façon de prévenir les conséquences négatives de l'alcoolisation prénatale est d'aider la femme enceinte ou souhaitant le devenir à diminuer sa consommation (prévention de la maladie) ou la sensibiliser à cela et la rendre responsable afin de diminuer sa consommation (promotion de la santé) (Quinodoz, 2012 et Welch-Carre, 2005). Les recommandations suivantes ne concernent de loin pas tout l'aspect de la prévention des effets de l'alcool sur le fœtus car le sujet est si vaste qu'il n'est pas possible de tout aborder. Il y a peut-être encore un grand nombre de mesures qui pourraient être efficaces qui n'existent pas encore mais qui pourraient être mises en place (quelques idées seront données en lien avec le concept de la protection de la santé).

##### ***4.5.1 Approche de promotion de la santé***

Les compétences attendues d'une infirmière englobent celle de promotion de la santé où l'infirmière va « Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé » ([CORESLOC], 2007). Dans ce domaine, l'infirmière se réfère aux besoins de santé du client et va donc évaluer la consommation d'alcool durant la grossesse car le bébé à naître a besoin d'un environnement sain, c'est-à-dire sans alcool pour que son bon développement et sa santé soient assurés. L'infirmière accompagne la patiente dans ses demandes, respecte ses choix et l'aide à trouver des stratégies et méthodes appropriées à la situation ([CORESLOC], 2007). Il est possible que la patiente

n'ait pas de demande ou manque de connaissances au sujet de l'alcoolisation prénatale, c'est pourquoi nous pensons qu'il est important que l'infirmière observe, évalue et fournisse renseignements et aide à ses clientes.

Ainsi, l'intervention brève ou la brochure semblent être des mesures toutes indiquées car elles respectent à la fois la volonté de la personne et l'aident à trouver des moyens adéquats pour promouvoir la santé du bébé. Ces mesures rendent surtout la personne responsable et actrice de sa santé et de celle de son enfant, c'est elle qui va avoir une meilleure emprise sur sa santé et l'infirmière va l'aider dans ce sens (OMS, 1986, cité par Quinodoz, 2012).

#### ***4.5.2 Prodiguer une intervention brève***

Lorsqu'on prodigue une intervention brève à une patiente, il faut d'abord évaluer sa motivation à réduire sa consommation d'alcool car l'intervention est efficace chez les patientes qui ne sont pas traitées pour une consommation d'alcool problématique (Chang et al., 1999).

Selon O'Connor et Whaley (2007), l'intervention brève ne doit pas forcément être apportée par quelqu'un de spécialisé dans les traitements d'abus d'alcool et de dépendance et peut donc tout à fait être donnée par l'infirmière dans les différents services de soins.

Pour que l'intervention brève soit la plus efficace possible, il est important d'y inclure des informations visant à accroître la sensibilisation aux conséquences de l'alcool, d'amener la femme enceinte à identifier des situations à risque de consommation et des alternatives à la boisson ou des actions visant à la réduction de la consommation en formulant des buts et en faisant ressortir ses motivations (O'Connor & Whaley, 2007).

Il est important de garder à l'esprit que l'intervention brève vise des femmes pour lesquelles un traitement spécifique concernant la consommation d'alcool n'est pas nécessaire. C'est pour cela que les femmes enceintes représentent une population pour laquelle l'intervention brève est tout à fait indiquée (Chick, 1993 et Heather, 1996, cités par Chang et al., 1999).

Les résultats des études de cette revue étoffée suggèrent que l'intervention brève est efficace en elle-même mais d'autant plus si elle est combinée avec

l'offre d'une brochure (Walker et al., 2008), avec l'implication du partenaire dans l'intervention (Chang et al., 2005a) et avec l'identification d'un objectif de consommation (Chang et al., 2006a).

Les interventions brèves, ne prenant pas plus de vingt-cinq minutes, peuvent être prodiguées dans les soins. En effet, l'infirmière, au contact avec les futures mères, lors d'hospitalisation dans n'importe quel service et dans ceux de maternité ou de gynéco-obstétriques, peut prendre ce court laps de temps pour évaluer la consommation d'alcool durant la grossesse et fournir ainsi une approche de promotion de la santé, laissant à la femme enceinte la responsabilité d'éviter des comportements pouvant altérer sa santé et celle de son bébé.

En dernier lieu, il est important de savoir qu'une intervention brève a un effet plus marqué si celle-ci est donnée plusieurs fois. Cela se voit dans l'étude de Floyd et al. (2007) où les femmes ont, après chaque intervention (à trois, six et neuf mois) diminué leur risque de grossesse exposée à l'alcool de manière plus marquée.

Le fait d'utiliser un programme de taille de boisson comme le *Early Start Plus* (Armstrong et al., 2009) peut être très utile pour aider la femme enceinte à déterminer sa consommation et ouvrir une discussion là-dessus pour l'intervention brève. De plus, l'infirmière peut s'inspirer du programme *Early Start* pour prodiguer l'intervention brève.

Il est fort possible que l'intervention brève soit efficace pour la diminution de consommation d'alcool chez les personnes qui boivent de l'alcool en général de manière problématique pour leur santé sans que cela nécessite un traitement spécifique pour les abus de substances. L'intervention brève pourrait peut-être se montrer également efficace pour diminuer ou éliminer la consommation non pathologique mais problématique d'autres substances néfastes pour la santé comme le tabac par exemple. Ces données n'ayant pas été recherchées dans le cadre de ce travail, il pourrait être intéressant d'investiguer dans les banques de données ou procéder à des études concernant les interventions brèves dans d'autres circonstances.

### **4.5.3 Approche de prévention de la maladie**

Dans une approche de prévention de la maladie, l'infirmière peut évaluer les facteurs qui augmentent la consommation d'alcool durant la grossesse et sur les situations à risque de consommation et trouver des moyens d'agir là-dessus. En effet, la prévention de la maladie a pour but de chercher et comprendre les causes d'une pathologie (SAF et ETCAF) et de les supprimer (Quinodoz, 2011).

Ici, nous pouvons amener une approche de prévention primaire chez les femmes en âge de procréer en agissant sur les facteurs de consommation (en aidant les femmes enceintes à gérer les situations sociales vectrices de consommation prénatale par exemple) avant qu'ils n'aient fait de dégâts. En ce qui concerne les femmes enceintes, la prévention sera plutôt d'ordre secondaire ou tertiaire car on va évaluer une éventuelle consommation et agir alors qu'il y a peut-être déjà des conséquences négatives mais la visée sera de supprimer les facteurs de consommation afin d'en éviter d'autres (Quinodoz, 2011).

### **4.5.4 Enseignement**

Comme mentionné dans la problématique, l'infirmière doit aborder la question de la consommation d'alcool et les conséquences pour le fœtus dès le moment où elle est amenée à soigner une femme enceinte ou désirant le devenir. L'enseignement que l'infirmière apporte va dans le but de prévenir la maladie, c'est-à-dire de faire en sorte que la future mère ne consomme pas d'alcool durant sa grossesse afin d'éviter des séquelles et des malformations sur son bébé.

Lorsqu'on parle de promouvoir l'abstinence à l'alcool durant la grossesse, nous proposons d'inclure la protection de la santé en rendant par exemple obligatoire un sigle sur les bouteilles d'alcool qui stipulerait que leur consommation est néfaste pour les femmes enceintes. Ainsi on informerait la population entière et on empêcherait l'exposition des femmes enceintes à l'alcool. Ensuite, il faudrait aussi englober la promotion de la santé en aidant les femmes à acquérir par exemple de l'assurance face à la société lorsqu'il s'agirait de devoir refuser un verre d'alcool lorsque tout le monde trinque ou « porte un toast ». Enfin, la

prévention de la maladie vise à soigner les femmes ayant de la difficulté à renoncer à l'alcool durant leur grossesse ou à empêcher que le prochain enfant ait aussi à subir des séquelles due à l'exposition prénatale à l'alcool comme son aîné (prévention tertiaire) (Quinodoz, 2012).

#### ***4.5.5 Approche de protection de la santé***

En ce qui concerne la protection de la santé, des campagnes publicitaires pourraient être mises en place car ce sont des mesures prises par l'autorité publique afin de supprimer tout ce qui peut être dangereux pour la santé (Quinodoz, 2011). Ci-dessous, quelques propositions de campagnes publicitaires :

- Mise en place d'affiches dans les endroits publics.
- Brochures informatives à disposition dans les écoles et à la réception des hôpitaux par exemple.
- Sigle sur les boissons alcoolisées.

#### ***4.5.6 Quand l'infirmière peut-elle mettre en place des mesures de promotion de la santé et de prévention de la maladie ?***

Dans ce chapitre sont présentés quelques exemples où l'infirmière peut mettre en place des mesures visant à éviter ou diminuer les conséquences négatives de l'alcoolisation fœtale sur le bébé et sa mère.

##### **4.5.6.1 Infirmière scolaire**

Nous avons choisi l'exemple du canton de Fribourg, lieu où ce travail a été réalisé, dans le cadre de la Haute Ecole de Santé.

Le Service de l'enfance et de la jeunesse (SEJ) de l'Etat de Fribourg (2011) déclare que la médecine scolaire doit non seulement assurer des prestations médicales mais aussi être présente dans l'école à un certain niveau afin de répondre à des besoins exprimés. La mission de la médecine scolaire a pour but de conseiller et soutenir les élèves. Le but est aussi d'offrir des prestations aux élèves. Ceci implique l'engagement de professionnels de la santé avec une formation continue de santé publique (infirmières scolaires et médecins

scolaires). Le SEJ (2011) contribue donc à ce que des infirmières scolaires fournissent des prestations de promotion de la santé aux élèves.

Ainsi les infirmières scolaires pourraient donner un enseignement sur le syndrome alcoolique fœtal (SAF) et sur l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) aux élèves, étudiants ou apprentis, dans les écoles primaires, cycles d'orientation, collèges, écoles professionnelles ou autres, ceci afin de les sensibiliser et de leur apporter des connaissances sur le phénomène dans le but qu'ils s'en souviennent au moment où ils auront des enfants.

Etant donné que le partenaire a une influence sur la consommation d'alcool de la femme enceinte (Chang et al., 2005b), il est important d'inclure les garçons dans l'enseignement que peut fournir l'infirmière dans les différentes écoles.

#### **4.5.6.2 Planning familial**

Là encore, l'exemple du canton de Fribourg a été choisi.

Les infirmières travaillant au Planning familial (Quinodoz, 2012) peuvent fournir une intervention brève aux jeunes femmes ou aux futures mères lors d'une visite.

Le Planning familial est un service qui vise à fournir une prévention et une promotion de la santé sexuelle et reproductive (SEJ, 2012). Le SEJ ajoute que le Planning familial est ouvert à toute la population et ne s'adresse pas seulement aux jeunes filles (2012).

#### **4.5.6.3 Services de gynéco-obstétrique**

Aux HUG (Hôpitaux Universitaires de Genève), des infirmières travaillent dans le service de gynécologie-obstétrique et peuvent rencontrer des patientes enceintes ou en âge de procréer lors de consultations planifiées ou en urgence, lors d'examen, lors d'une hospitalisation ambulatoire ou plus longue, au bloc opératoire ou en salle de réveil (HUG, 2012). Il y a donc ici bien des occasions où les infirmières peuvent mettre des brochures à disposition ou prodiguer une intervention brève dans le but de prévenir les conséquences d'une alcoolisation fœtale ou de promouvoir la bonne santé de la future mère et de l'enfant. Elles peuvent aussi s'inspirer du programme *Early Start* et *Early Start Plus*.

Les infirmières ont une mission d'éducation, de prévention et de promotion de la santé à assurer en dispensant des informations et dans le but de maintenir et d'améliorer la santé (HUG, 2012).

En ce qui concerne les mesures de prévention apportées après l'accouchement, il est préférable de commencer la prévention avant ou au tout début de la grossesse (Noël de Tilly, 2012). C'est pourquoi, nous pensons qu'une distribution de brochures, des affiches d'informations et des interventions brèves sont de bon augure dans les services de gynécologie et obstétrique au contact avec les jeunes femmes et futures mères.

#### **4.5.6.4 Services de psychiatrie**

Le programme *Early Start*, basé sur l'abus de substance prénatal (Taillac et al., 2007), pourrait être mis en place à un certain niveau dans les services de psychiatrie suisses. En effet, lorsque la consommation d'alcool est présente chez la femme enceinte à un niveau abusif. Les différents services de psychiatrie qui vont traiter cette femme peuvent s'inspirer du programme *Early Start* et *Early Start Plus*, vu qu'ils s'avèrent être efficaces (Armstrong et al., 2009).

Lorsqu'une femme enceinte présente un problème d'addiction, il peut être très avantageux d'utiliser le processus de changement pour amener la future mère vers l'abstinence. Ainsi, il est important de faire comprendre à la femme enceinte qu'un changement doit être mis en place car sa consommation est problématique et risque d'engendrer des séquelles graves sur son bébé. En ce sens, il sera primordial d'amener la patiente vers le stade de l'action où tout va être mis en œuvre pour modifier ce comportement (consommation d'alcool) et le but va être de rester dans le maintien de l'abstinence (Rossier et al., 2009).

### **4.6 Implications pour la recherche**

Au terme de ce travail, quelques propositions de recherches ultérieures qui pourraient être envisagées :

- Une intervention brève est-elle efficace dans une autre population que les femmes enceintes afin de diminuer ou d'éliminer la consommation de substances néfastes pour la santé (tabac, alcool, etc.).

- Quels sont les facteurs qui amènent les femmes enceintes à consommer de l'alcool ?
- Comment remédier aux facteurs de risque de consommation d'alcool durant la grossesse ?
- Situations sociales et événements festifs : comment sensibiliser la population et aider les femmes enceintes à ne pas consommer de l'alcool à cette occasion ?
- Comment prodiguer l'enseignement concernant l'alcool consommé durant la grossesse afin que celui-ci soit compréhensible et efficace dans la promotion de l'abstinence ou la prévention de séquelles dues à l'exposition à l'alcool in utero ?
- Comment amener la prévention de l'alcool durant la grossesse dans les écoles ? Ceci est-il efficace à long terme ?

A noter que la consommation d'alcool pourrait aussi concerner bien d'autres thématiques pouvant être traitées dans les écoles en lien avec la promotion de la santé et la prévention de la maladie comme par exemple la prévention des accidents de la route, la promotion de fêtes sans alcool pour les jeunes, etc.

#### ***4.7 Apprentissages***

Cette revue m'a permis d'apprendre que des mesures comme une intervention brève ou une brochure peut être efficace dans la prévention des troubles causés par l'alcoolisation fœtale et le SAF. Je ne pensais pas que cela était suffisant. J'ai compris que les futures mères veulent faire au mieux pour leur enfant. J'ai pu voir qu'il était important d'informer les femmes enceintes ou en âge de procréer et surtout de les aider à diminuer leur consommation car il n'est pas toujours facile de ne pas boire de l'alcool, surtout lors des événements festifs. J'ai pu également constater qu'une brochure contenant des informations sur les dangers de l'alcool durant la grossesse et des recommandations pour la future mère contribuait à une bonne mesure de prévention. Ceci est très intéressant car, à mes yeux, facile à mettre en place.

En m'intéressant aux facteurs de consommation d'alcool durant la grossesse, j'ai appris que l'abstinence dans certaines situations était particulièrement difficile. J'ai pu voir que les femmes enceintes ont besoin d'aide et

d'accompagnement. Le fait qu'environ 80% d'entre elles nomment la santé de leur bébé comme raison d'abstinence (Chang et al., 2000 et 2006a) montre que les futures mères veulent préserver la santé de leur enfant. C'est pourquoi je pense, qu'elles sont motivées à diminuer ou à éliminer leur consommation et que l'intervention brève ou le matériel écrit est efficace. Etant donné que les femmes enceintes sont motivées à apporter un changement, je trouve qu'en tant que professionnels de la santé, nous nous devons de les aider dans ce sens.

Bien qu'encore très novice, j'ai appris à mener au mieux une revue de littérature étoffée en étant capable de pratiquer une recherche méthodologique, d'analyser ces recherches et de faire des liens avec la pratique professionnelle. Cet apprentissage me sera très utile dans la pratique car nous exerçons un métier où se heurtent diverses problématiques. Savoir mener une recherche va me permettre de répondre à certains questionnements avec cependant parfois une certaine limitation de toute l'expérience que j'ai encore à acquérir dans le vaste domaine de la recherche.

J'ai pu également améliorer mon anglais et en agrandir le vocabulaire en lisant et en traduisant les recherches.

Enfin, ce travail m'a permis de trouver quelques mesures, comme l'intervention brève ou la distribution de brochures, que je pourrais proposer aux femmes enceintes dans ma pratique, ce qui va, à une moindre mesure, contribuer à pallier à ce problème de santé publique.

## **5 CONCLUSION**

Cette revue de littérature montre l'importance d'amener des mesures visant à éviter des séquelles à vie qui peuvent être prévenues à 100% (Welch-Carre, 2005). Le fait que les résultats concernant l'efficacité de l'intervention brève, d'un programme d'intervention précoce (*Early Start*) et des brochures informatives à un niveau scolaire de 3<sup>ème</sup> année soient tous similaires, c'est-à-dire, montrant l'efficacité de ces interventions, a permis de mettre en évidence l'utilité de celles-ci et leur pertinence dans la pratique. Bien que le programme *Early Start* est très spécifique et existe dans un autre continent que le notre,

nous pensons qu'il est possible de s'en inspirer dans le paysage du système de santé suisse.

Ainsi, nous avons pu répondre à notre question de recherche et amener des pistes d'actions à cette problématique de santé publique.

En ce qui concerne le concept de l'enseignement, aucune étude n'a été trouvée sur la façon de prodiguer un enseignement concernant l'alcool consommé durant la grossesse. Toutefois, l'intervention brève englobe aussi l'enseignement. Cette revue ouvre la voie à d'autres recherches sur la façon de donner un enseignement pour qu'il soit compréhensible et efficace.

Nous avons conscience que la mise en lien avec la pratique infirmière constitue une limite à ce travail bien qu'il existe bon nombre d'institutions où l'infirmière peut amener sa contribution visant à pallier à cette problématique. La limite se situe également dans le fait que l'infirmière ne peut pas être partout et n'est qu'une actrice dans un large système de santé. Cependant, ce travail met en évidence l'importance de la collaboration interdisciplinaire entre infirmière, gynécologue, médecin ou autre professionnel pouvant être en contact avec les femmes enceintes ou participant à des actions de prévention de la maladie ou de promotion de la santé. Ce sujet nous tenait à cœur car la promotion de la santé et la prévention de la maladie sont, à notre avis, des aspects très importants de la pratique professionnelle infirmière. En effet, comme dit l'adage : « Mieux vaut prévenir que guérir », il est très important d'éliminer les risques de séquelles graves, d'autant plus que celles-ci sont irréversibles. De plus, nous sommes d'avis que promouvoir l'abstinence chez les femmes enceintes permettra d'éviter bien des conséquences nuisant à la qualité et au déroulement de toute une vie.

## BIBLIOGRAPHIE

### ***Articles analysés pour la revue étoffée***

#### ***Articles inclus***

- Armstrong, M.A., Kaskutas, L.A., Witbrodt, J., Taillac, C., Hung, Y.Y., Osjeo, V.M. & Escobar, G., J. (2009). Using Drink Size to Talk About Drinking During Pregnancy : A Randomized Clinical Trial of Early Start Plus. *Social Work in Health Care*. 48. 90-103.
- Calabro, K., Taylor, W.C., Kapadia, A. (1996). Pregnancy, alcohol use and the effectiveness of written health education materials. *Patient Education and Counseling*. 29. 301-309.
- Chang, G., Goetz, M.A., Wilkins-Haug, L. & Berman, S. (1999). A brief intervention for prenatal alcohol use An in-depth look. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 18. 365-369.
- Chang, G., McNamara, T.K., Orav, J., Koby, D., Lavigne, A., Ludman, B., Vincitorio, N.A. & Wilkins-Haug, L. (2005a). Brief Intervention for Prenatal Alcohol Use : A Randomized Trial. *Obstet Gynecol*. 105. 1-12.
- Chang, G., McNamara, T.K., Orav, J. & Wilkins-Haug. (2006a). Brief intervention for prenatal alcohol use : the role of drinking goal selection. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 31. 419-424.
- Chang, G., McNamara, T.K., Wilkins-Haug, L. & Orav, J. (2006b). Stages of change and prenatal alcohol use. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 32. 105-109.
- Chang, G., Wilkins-Haug, L., Berman, S., Goetz, M.A. (1999). Brief Intervention for Alcohol use in Pregnancy : a Randomized Trial. *Addiction*. 10. 1499-1508.
- Floyd, R.L., Sobell, M., Velasquez, M.M., Ingersoll, K., Nettleman, M., Sobell, L., Dolan Mullen, P., Ceperich, S., Von Sternberg, K., Bolton, B., Skarpness, B., & Nagaraja, J. (2007). Preventing Alcohol-Exposed Pregnancies A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Preventive Medicine*. 1. 1-10.

O'Connor, M.J. & Whaley, S.E. (2007). Brief Intervention for Alcohol Use by Pregnant Women. *American Journal of Public Health*. 2. 252-258.

Walker, D.S., Fisher, C.S.D., Sherman, A., Wybrecht, B. & Kyndely, K. (2005). *Fetal Alcohol Spectrum Disorders Prevention : An Exploratory Study of Women's Use of, Attitudes toward, and Knowledge about Alcohol*.

### **Articles exclus**

Bailey, C., Benett, D., Brenda, C.S., Dowsell, T., Dzentoletas, D. & Sgro, M. (2009). *Psychological and/or educational interventions for reducing alcohol consumption in pregnant women and women planning pregnancy*. [Revue scientifique]. Canada : John Wiley & Sons.

Senecky, Y., Wiss, N., Stavit, A.S., Peleg, D., Dov, I., Chodick, G., Nachum, Z., Bar-Hamburger, R. & Shuper, A. (2011). Alcohol consumption during pregnancy among women in Israël. *Journal Popul Ther Clin Pharmacol*. 2. 261-272.

Chang, G., McNamara, T., Orav, J. & Wilkins-Haug, L. (2005b). Alcohol Use by Pregnant Women : Partners, Knowledge, and Other Predictors. *Journal of Studies on Alcohol*. 245-251.

### **Ouvrages**

Bouvet de la Maisonneuve, F. (2010). *Les femmes face à l'alcool, résister et s'en sortir*. Paris : Odile Jacob.

Callaman, M., Marciano, P. (2006). *La santé en périnatalité : de la promotion à l'illusion*. Paris : Erès.

Ferraro, F. (1998). *La grossesse et les drogues*. Paris : Que sais-je.

Gratias, L., Dr Titran, M. (2005). *À sa santé ! Pour une prise de conscience des dangers de l'alcool pendant la grossesse*. Paris : Albin Michel.

Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies. (1993). *Syndrome fœtal alcoolique, l'alcool porte préjudice aux bébés*. Info-drogues.

Kozier, B., Erba, G., Berman, A. & Snyder, S. (2005). *Soins infirmiers. Théorie et Pratique*. Canada : ERPI.

Ladewig, P.W., London, M. L., Moberly, S., Olds, S. B. (2003). *Soins infirmiers en périnatalité*. Canada : Renouveau Pédagogique INC. ERPI.

Loiselle, C.G., Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*. Canada : ERPI.

Reynaud, M. (2005). *Addiction et psychiatrie*. Paris : Masson.

### **Articles de périodique**

Dunn, C.L., Pirie, P.L. & Hellerstedt, W.L. (2004). Lay Advice on Alcohol and Tobacco during Pregnancy. *Health Care for Women International*. 1, 55-75.

Floyd, R.L., O'Connor, M.J., Bertrand, J. & Sokol, R. (2006). Reducing Adverse Outcomes from Prenatal Alcohol Exposure: A Clinical Plan of Action. *Alcoholism : Clinical and experimental research*. 8, 1271-1275

Leutwyler, J., Daeppen, J.B., Gerber, S., Hohlfeld, P. (2004). Pregnancy and alcohol consumption. *Rev Med Suisse Romande*. 1, 47-50.

Rossier, V., Zimmermann, G., Besson, J. (2009). La place de la psychothérapie dans les soins aux personnes toxicodépendantes. *Psychothérapies*, 2, 91-99.

Taillac, C., Goler, N., Armstrong, M.A., Haley, K. & Osejo, V. (2007). Early Start : An Intergrated Model of Substance Abuse Intervention for Pregnant Women. *The Permanent Journal*, 3, 5-11.

Welch-Carre, E. (2005). The Neurodevelopmental Consequences of Prenatal Alcohol Exposure. *Advances in Neonatal Care*. 5, 217-229.

## **Documents électroniques**

AARSI. (2011). *Site officiel des Alcooliques Anonymes de Suisse Francophone*. [Page WEB]. Accès : <http://www.aasri.org/>[Page consultée le 1 avril 2011].

Addiction Info suisse [AIS]. (2005). « *Alcool et grossesse* » - *Invitation à la conférence de presse*. [Page WEB]. Accès : [http://www.presseportal.ch/de/pm/100000980/100492074/sucht\\_info\\_schweiz\\_addiction\\_info\\_suisse](http://www.presseportal.ch/de/pm/100000980/100492074/sucht_info_schweiz_addiction_info_suisse) [Page consultée le 7 mai 2011].

Addicion Info Suisse [AIS] & Fédération des médecins suisses [FMH]. (2010). *Alcool et Grossesse* Accès : [http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user\\_upload/DocUpload/Focus\\_alcool\\_grossesse.pdf](http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Focus_alcool_grossesse.pdf) [Page consultée le 23 juin 2012].

Addiction Info Suisse [AIS], Prévention Aide Recherche. (2010). *L'alcool durant la grossesse, Informations pour les femmes enceintes, leur partenaire et leur entourage*. [Page WEB]. Accès : [http://www.sucht-info.ch/fr/materiel-dinformation/?tx\\_commerce\\_pi1%5BshowUid%5D=459&tx\\_commerce\\_pi1%5BcatUid%5D=27&cHash=4c5c8b55034ae9298916c9ca7ca44008](http://www.sucht-info.ch/fr/materiel-dinformation/?tx_commerce_pi1%5BshowUid%5D=459&tx_commerce_pi1%5BcatUid%5D=27&cHash=4c5c8b55034ae9298916c9ca7ca44008) [Page consultée le 1er mars 2011].

Agence de la santé publique du Canada. (2008). *Grossesse en santé, La consommation d'alcool durant la grossesse*. [Page WEB]. Accès : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-gs/know.savoir/alc-fra.php> [Page consultée le 28 février 2011].

Barasche, J., Graff, V. & Dupraz, J. (2008). *Enquête sur la prévalence de la consommation d'alcool pendant la grossesse à Genève*. [Page WEB]. Accès : <http://www.fegpa.ch/ohmaternite08.pdf> [Page consultée le 23 juin 2012].

Centre L'Étape, centre communautaire d'intervention en dépendance, promotion de la santé – Prévention de la toxicomanie. (2001). *Syndrome d'alcoolisme foetal*. [Page WEB]. Accès : <http://www.etape.qc.ca/drogues/foetal.htm>[Page consultée le 5 janvier 2011].

- Collège des médecins du Québec. & Educ'alcool. (2008). *Alcool et santé, la grossesse et l'alcool en questions*. [Page WEB]. Accès : <http://www.educalcool.qc.ca/fr/publications/la-grossesse-et-alcool/index.html> [Page consultée le 1er mars 2010].
- Daepfen, J. B., Gerber, S., Hohlfeld, P., Leutwyler, J. (2005). *Grossesse et consommation d'alcool*. [Page WEB]. Accès : <http://www.saez.ch/pdf/2005/2005-25/2005-25-808.PDF> [Page consultée le 7 mai 2011].
- Dionysios , M. (2008). *Alcool et Grossesse, Syndrome d'Alcoolisation Foétale*. [Page WEB]. Accès : [http://premier-recours.hug-ge.ch/\\_library/ateliers/2008/080220\\_OH\\_grossesse.pdf](http://premier-recours.hug-ge.ch/_library/ateliers/2008/080220_OH_grossesse.pdf) [Page consultée le 7 mai 2011].
- Elle / Société. (2010). *Fatma Bouvet de la Maisonneuve : Quand les superwomen craquent*. [Page WEB]. Accès : [http://www.elle.fr/Societe/La-parole-aux-femmes/A-vous-de-le-dire/Fatma-Bouvet-de-la-Maisonneuve-quand-les-superwomen-craquent/\(gid\)/1214562](http://www.elle.fr/Societe/La-parole-aux-femmes/A-vous-de-le-dire/Fatma-Bouvet-de-la-Maisonneuve-quand-les-superwomen-craquent/(gid)/1214562) [Page consultée le 28 février 2011].
- Environics Research Group Limited. & Santé Canada. (2000). *La connaissance des effets de la consommation d'alcool pendant la grossesse et du syndrome d'alcoolisme foetal. Résultats d'un sondage national*. [Page WEB]. Accès : <http://www.phac-aspc.gcca/publicat/fas-saf-natsurvrv-2000index-fra.php> [Page consultée le 28 février 2011].
- Guay, J.H. (2011). *Leadership*. [Page WEB]. Accès : <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMDictionnaire?iddictionnaire=1619> [Page consultée le 16 juin 2012].
- Guidegrossesse.com. (s.d.). *Le sport pendant la grossesse*. [Page WEB]. Accès : <http://www.guidegrossesse.com/grossesse-precautions/le-sport-pendant-la-grossesse.htm> [Page consultée le 20 juin 2012].
- Hôpitaux Universitaire de Genève (HUG). (2012). *Autour de la femme : le rôle de l'infirmière en gynécologie*. [Page WEB]. Accès : <http://gyneco>

obstetrique.hug-ge.ch/gynecologie/soinsengynecologie.html [Page consultée le 16 juin 2012].

Institut de médecine sociale et préventive, Université de Genève. (2011). *Stop-alcool.ch, aide et conseils pour consommateurs et leur entourage*. [Page WEB]. Accès : [http://www.stop-alcool.ch/fr/adresses-et-telephones/adresses-utiles-pour-les-professionnels#Pr.C3.A9vention.2C\\_sant.C3.A9\\_publicue](http://www.stop-alcool.ch/fr/adresses-et-telephones/adresses-utiles-pour-les-professionnels#Pr.C3.A9vention.2C_sant.C3.A9_publicue) [Page consultée le 1 avril 2011].

Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies [Sfa/Ispa] & Fédération des médecins suisses [FMH]. (2005). *Alcool et Grossesse* [Page WEB]. Accès : <http://www.prevention.ch/alcooletgrossesse.pdf> [Page consultée le 23 juin 2012].

Kibora, C. (2010). *Chiffres et infos sur l'alcool : Alcool et grossesse* [Page WEB]. Accès : <http://www.raidblue.ch/prevention-jeunes/alcool/dependances/alcool-grossesse.html> [Page consultée le 7 mai 2011].

Millette, V. (2006-2007). *Douce Naissance, Un portail pour la vie, la grossesse et l'alcool*. [Page WEB]. Accès : [http://www.doucenaissance.ca/grossesse/grossesse\\_alcool.php](http://www.doucenaissance.ca/grossesse/grossesse_alcool.php) [Page consultée le 28 février 2011].

Ministère de la Santé et des Solidarités & Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. (2006). *Zéro alcool pendant la grossesse*. [Page WEB]. Accès : [www.inpes.fr/70000/dp/06/dpo60911.pdf](http://www.inpes.fr/70000/dp/06/dpo60911.pdf) [Page consultée le 22 février 2011].

Santé Canada. & Santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones. (2005). *Arrêtez le syndrome de l'alcoolisme fœtal et les effets de l'alcool sur le fœtus dès maintenant !* [Page WEB]. Accès : [https://web-vpn.hefr.ch/+CSCO+ch756767633A2F2F6A6A6A2E75702D66702E74702E706E++/fniah-spnia/pubs/famil/\\_preg-gros/stop-arret-syndrome/index-fra.php](https://web-vpn.hefr.ch/+CSCO+ch756767633A2F2F6A6A6A2E75702D66702E74702E706E++/fniah-spnia/pubs/famil/_preg-gros/stop-arret-syndrome/index-fra.php) [Page consultée le 28 février 2011].

Santeweb. (2012). *Toxoplasmose*. [Page WEB]. Accès :

[http://www.santeweb.ch/santeweb/Maladies/khb.php?Toxoplasmose&khb\\_data\\_id=2&khb\\_lng\\_id=2&khb\\_content\\_id=2041](http://www.santeweb.ch/santeweb/Maladies/khb.php?Toxoplasmose&khb_data_id=2&khb_lng_id=2&khb_content_id=2041) [Page consultée le 20 juin 2012].

Service de l'enfance et de la jeunesse SEJ. (2011). *Un concept de santé à l'école porté par la vision commune de deux directions*. [Page WEB]. Accès :[http://www.fr.ch/sej/fr/pub/promotion/actualites.cfm?fuseaction\\_pre=Detail&NewsID=38914](http://www.fr.ch/sej/fr/pub/promotion/actualites.cfm?fuseaction_pre=Detail&NewsID=38914) [Page consultée le 15 juin 2012].

Service de l'enfance et de la jeunesse SEJ. (2012). *Le service de planning familial et d'information sexuel*. [Page WEB]. Accès : <http://www.fr.ch/spfis/fr/pub/index.cfm> [Page consultée le 15 juin 2012].

## **Polycopiés**

Conférence des responsables locales et locaux de la filière Soins infirmiers [CORESLOC]. (2007). *Evaluation des compétences, niveau 3ème année bachelor*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de la Santé.

Gasser, C. (2010). *Cours sur la déficience intellectuelle*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de la Santé.

Quinodoz-Kerspern, M.N. (2011). *La promotion de la santé*. [Polycopié]. Fribourg. Haute Ecole de la Santé.

Quinodoz-Kerspern, M.N. (2012). *Conceptualiser une posture de promotion de santé en élaborant un projet de prévention et/ou de promotion de santé*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de la Santé.

## **Courriers électroniques**

Amey, R. *Infirmière dans la promotion de la santé*. (2012, 12 juin). [Courrier électronique à Marie-Noëlle Quinodoz-Kerspern], [En ligne]. [marie-noelle.quinodoz@hefr.ch](mailto:marie-noelle.quinodoz@hefr.ch)

Amey, R. *Où et à quel moment, les infirmières peuvent-elles se trouver en contact avec ces futures mères et les sensibiliser à leur consommation d'alcool ?*(2012, 9 janvier). [Courrier électronique à Marie Noël De Tilly], [En ligne]. [marie.noeldetilly@hefr.ch](mailto:marie.noeldetilly@hefr.ch)

## **ANNEXE A : DÉCLARATION D'AUTHENTICITÉ :**

*« Je déclare avoir effectué personnellement ce travail de recherche, en respectant les directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Les références utilisées sont nommées et identifiées. »*

Rebecca Amey

## ANNEXE B : GRILLE D'ANALYSE DES 13 RECHERCHES

### Recherche 1

<p><b>Psychological and/or educational intervention for reducing alcohol consumption in pregnant women and women planning pregnancy (Review)</b></p> <p>Bailey, C., Dzendoletas, D., Sgro, M., Dowsell, T. &amp; Bennett, D. (2009).</p> <p><b>Article exclu</b></p>	
Aspect du rapport	Commentaires
<p><b>Titre</b></p> <p>Interventions psychologiques et/ou éducationnelle visant à réduire la consommation d'alcool des femmes enceintes et des femmes prévoyant une grossesse. (Traduction libre)</p>	<p>On devine le problème de recherche à travers le titre car il sous-entend que les femmes consomment de l'alcool durant leur grossesse et que ce phénomène est néfaste et doit être réduit.</p>
<p><b>Résumé</b></p>	<p>Dans le monde, on estime que plus de 20% des femmes enceintes consomment de l'alcool. Les recherches courantes suggèrent qu'une prise d'alcool de l'ordre de sept boissons standards ou plus (une boisson standard = 13.6 grammes d'alcool pur) par semaine pendant la grossesse met le bébé en danger de désordres développementaux et cognitifs sérieux et ce, de manière perpétuelle. Les interventions psychologiques et éducatives peuvent aider à réduire la prise d'alcool pendant la grossesse. Le but de cette étude est de déterminer l'efficacité des interventions psychologiques et éducatives visant à réduire la consommation d'alcool pendant la grossesse concernant les femmes enceintes et les femmes prévoyant une grossesse.</p> <p>Les résultats des différentes études suggèrent que les interventions peuvent encourager les femmes à s'abstenir de l'alcool durant la grossesse. Il y avait de très courtes informations fournies sur les effets des interventions sur la santé des mères et des bébés.</p> <p>L'évidence du nombre limité d'études suggère que les interventions psychologiques et éducatives pourraient avoir des résultats dans l'abstinence accrue de l'alcool et une réduction de consommation d'alcool parmi les femmes enceintes.</p>
<p><b>Introduction</b></p> <p>Énoncé du problème</p>	<p><b>Problème de recherche :</b></p> <p>20% des femmes enceintes dans le monde boivent de l'alcool durant leur</p>

	<p>grossesse et 7 boissons alcoolisées par semaine mettent le bébé en danger sérieux de présenter des conséquences développementales et/ou cognitives néfastes.</p> <p><b>Buts de recherche :</b></p> <p>Examiner toutes les études incluant des femmes enceintes ou planifiant une grossesse qui comparent une intervention psychologique et/ou éducationnelle versus aucune intervention (ou soins habituels) pour réduire la consommation d'alcool durant la grossesse.</p>
Recension des écrits	<p><b>Variable indépendante :</b></p> <p>Interventions ou stratégies psychologique et/ou éducationnelles pour réduire la consommation d'alcool chez la femme enceinte.</p> <p><b>Variables dépendantes :</b></p> <p>La consommation d'alcool par les femmes enceintes ou planifiant une grossesse et les effets de l'alcool durant la grossesse.</p> <p>Toutes les variables sont décrites et la recension des écrits résume les connaissances sur ces dernières.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont définis et découlent des variables à mesurer.
Hypothèses	Il n'y a pas de formulation d'hypothèse dans cette revue mais on devine à travers les buts que les chercheurs s'attendent à ce qu'une intervention psychologique et/ou éducationnelle diminue la consommation d'alcool durant la grossesse.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Revue de littérature : études randomisées et contrôlées.
Population et contexte	<p><b>Echantillon :</b></p> <p>La population est composée de femmes enceintes ou de femmes planifiant une grossesse qui consomment de l'alcool et ayant participé à une recherche qui examinait l'effet d'une intervention psychologique et/ou éducationnel sur la réduction de la consommation d'alcool.</p> <p>L'échantillon est décrit de manière très générale (revue de littérature).</p> <p><b>Taille de l'échantillon :</b></p> <p>Quatre études contenaient les critères d'inclusion (715 femmes enceintes). Les auteurs disent eux-mêmes dans la conclusion que le nombre de personnes n'est pas suffisant pour que les résultats soient significatifs.</p>
Collecte des données et mesures	<p><b>Instrument de mesure des données :</b></p> <p>Les auteurs ont utilisé l'instrument suivant : <i>Cochrane Handbook for systematic Review of Interventions</i> (Higgins 2008).</p> <p>Les variables à mesurer (Abstinence d'alcool durant la grossesse et Réduction de la consommation d'alcool durant la grossesse : moins de sept</p>

	boissons alcoolisées standards par semaine) sont citées mais leur opérationnalisation n'est pas expliquée.
Déroulement de l'étude	Les différents types d'intervention sont cités et expliqués mais les auteurs n'expliquent pas comment les femmes subissent les interventions et comment elles sont contrôlées.
Résultats Traitement des données	Le résultat principal montre que 69% des femmes du groupe expérimental ont été abstinentes après l'intervention contre 62% du groupe témoin et la différence plutôt significative.
Présentation des résultats	Les résultats sont explicités et présentés sous forme de tableau.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	La discussion porte sur les interventions psychologiques et éducatives administrées. Ces interventions sont décrites dans le cadre théorique.
	<b>Généralisation des conclusions :</b> Au vu du petit nombre de personnes dans la population et du peu d'études ayant pu être retenues pour l'analyse (au nombre de quatre). Les conclusions ne sont pas généralisables. Il est donc difficile de démontrer l'efficacité des interventions visant à réduire la consommation d'alcool. De plus, les auteurs ne peuvent pas apporter de conclusion sur les interventions car celles-ci étaient différentes dans les études retenues.
	<b>Limites :</b> Les limites des études ne sont pas explicitement décrites mais on comprend dans la revue qu'il s'agit du fait que les interventions étaient différentes.
Perspectives futures	Au vu du peu d'études et du petit nombre des participants, les auteurs ne peuvent pas déterminer l'utilité de l'intervention psychologique et éducative dans la pratique mais une information destinée aux femmes enceintes peut promouvoir la santé des mères et de leur bébé. Les résultats de cette revue montrent la nécessité de pratiquer d'autres recherches sur le sujet.
Questions générales Présentation	L'article est bien structuré et suffisamment détaillé. Néanmoins, certains aspects comme les interventions, la population et l'analyse des données manquent de détails.
Evaluation globale	Les résultats ne sont pas déterminants pour la pratique professionnelle infirmière car ils ne portent que sur quatre études dont les interventions étaient différentes.

## Recherche 2

<b>Alcohol Use By Pregnant Women : Partners, Knowledge, and Other Predictors</b>	
Chang, G., McNamara, T.K., Orav, E.J. & Wilkins-Haug, L. (2005b).	
<b>Article exclu</b>	
<b>Aspect du rapport</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Titre</b> Consommation d'alcool par les femmes enceintes, partenaires, connaissances, et autres prédicateurs. (Traduction libre)	<p>Le titre ne permet pas de saisir le problème de recherche car en le lisant, on s'imagine que l'on va aborder les connaissances des femmes enceintes. On ne comprend pas exactement le rôle que les partenaires et les prédicateurs vont avoir dans cette étude. On peut se demander si l'on va aborder également les connaissances des partenaires ou leur rôle dans la consommation des femmes enceintes ou autres. Les prédicateurs peuvent être ici compris comme prédicateurs des connaissances, de la consommation ou autres.</p>
<b>Résumé</b>	<p><b>Objectif :</b></p> <p>L'impact de la connaissance d'un couple sur les habitudes saines de grossesse impliquant la consommation d'alcool et de substance a été évaluée dans le cadre d'autres facteurs précédemment identifiés pour prédire la consommation prénatale d'alcool dans un échantillon de 254 femmes enceintes et leur partenaires masculins.</p> <p><b>Méthodes :</b></p> <p>Les couples ont été invités à évaluer indépendamment une série de déclarations (vrai ou faux) décrivant les conséquences d'une exposition prénatale à une substance, tandis qu'ils fournissaient des informations sur leur propre consommation.</p> <p><b>Résultats :</b></p> <p>Bien que les couples ont démontré une bonne connaissance des saines habitudes de vie pendant la grossesse. Le revenu moyen des ménages a été plus hautement prédictif du score des connaissances d'une femme enceinte que son partenaire. À son tour, l'objet des connaissances des habitudes de santé durant la grossesse qui se manifeste dans la note d'évaluation n'a eu qu'un faible lien avec une consommation prénatale à l'alcool. La consommation d'alcool précédente à la grossesse était le meilleur prédicateur de la consommation d'alcool durant la grossesse.</p>

	<p>Le résumé permet de saisir le problème de recherche bien qu'il n'est pas clair dans le résumé. En effet, s'agit-il du manque de connaissance, qui aura un impact sur la consommation d'alcool ou alors du rôle du partenaire ayant une influence sur la consommation de la femme enceinte ? Ou alors s'agit-il des deux aspects pris ensemble ?</p>
<p><b>Introduction</b> Enoncé du problème</p>	<p><b>Introduction :</b></p> <p>S'abstenir de consommer de l'alcool durant la grossesse est la recommandation de la chirurgie générale des Etats-Unis, l'Académie Américaine de Pédiatrie et le Collège Américain des Obstétriciens et Gynécologues pour les femmes enceintes et les femmes avant la conception. Pourtant, les estimations de la consommation d'alcool prénatale vont de 5% à 15% parmi les femmes américaines, avec des taux plus élevés reportés dans d'autres pays (Flynn et al., 2003; McLeod et al., 2002; Pirie et al., 2000).</p> <p>D'autres études ont montré que la consommation d'alcool avant la grossesse prédit aussi la consommation d'alcool durant la grossesse (Chang et al., 1999b ; Day et al., 1993).</p> <p>En revanche, le rôle des futurs pères dans la grossesse a reçu moins d'attention. Le rôle du père est important car il a une responsabilité dans la santé du fœtus car son comportement peut avoir des effets substantiels (comme produire des spermatozoïdes endommagés en raison d'une exposition à une substance tératogène). Durant la grossesse, le père a un rôle d'appui émotif et matériel. Les habitudes et comportements de santé du partenaire peuvent avoir une influence sur des comportements spécifiques durant la grossesse.</p> <p><b>Problème :</b></p> <p>Le problème de recherche est décrit dans l'introduction, il s'agit du fait que 5-15% des femmes enceintes consomment de l'alcool bien que les recommandations disent de ne pas le faire. Il s'agit également du rôle du partenaire qui a une grande influence sur la consommation de la future mère bien que trop souvent ignoré par les études précédentes.</p> <p><b>But :</b></p> <p>Evaluer l'impact de la connaissance du couple au sujet des habitudes saines pendant la grossesse.</p>
Recension des écrits	La recension des écrits n'est pas présentée comme telle dans l'étude mais on peut voir les résultats de variables étudiées dans l'introduction (Flynn et al., 2003 ; McLeod et al., 2002, Pirie et al., 2000 par exemple).
Cadre théorique ou conceptuel	Il n'y a pas de cadre théorique ni conceptuel décrit dans l'introduction.
Hypothèses	Il n'y a pas de formulation d'hypothèses dans cette étude.
<b>Méthodes</b>	

Devis de recherche	Il s'agit d'une étude quantitative. Le devis de recherche n'est pas décrit.
Population et contexte	La description de l'échantillon est suffisamment détaillée : femmes enceintes de moins de 28 semaines avec une consommation d'alcool dans les limites sensibles de la NIAA, et un test T-ACE positif.
Collecte des données et mesures	<p>Les données ont été analysées à l'aide de SAS 8.2 (SAS Institute, Inc., Cary, NC). Les résultats ont été reportés en pourcentages et valeurs médianes. Pour mesurer l'accord entre les femmes et leurs partenaires masculins sur les connaissances sur les habitudes de santé lors de la grossesse. La statistique Kappa et l'index McNemar de biais ont été utilisés. L'index évalue de &lt;0 (accord pauvre) à 1 (accord parfait ; Feinstein, 1985).</p> <p>L'index de biais McNemar exprime la différence dans les désaccords en une proportion du nombre total des désaccords.</p> <p>Un modèle de structuration d'équation (SEM) a été utilisé pour estimer la relation entre les variables médianes et la consommation prénatale d'alcool.</p> <p>Trois questions spécifiques ont été examinées : 1. Quels sont les prédicateurs de combien de connaissances doit avoir une femme enceinte sur les habitudes de santé ? 2. Quel est l'impact des connaissances sur les effets négatifs de la consommation prénatale d'alcool et de drogue en subséquent de la consommation d'alcool anténatale ? 3. Quelle est la relation entre les revenus ménagers, le statut socioéconomique et la consommation d'alcool ?</p> <p>Les variables prédictives potentielles (âge, éducation, anamnèse, etc.) ont été testées pour les effets globaux sur la consommation prénatale d'alcool.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les participants comprenaient 254 sur 304 couples enrôlés dans une étude randomisée subissant une intervention brève dans le but de réduire la consommation d'alcool dans la grossesse.</p> <p>Les 304 femmes devaient être enceintes de moins de 28 semaines, tout alcool consommé durant la grossesse était inclus dans l'étude, de plus que la consommation d'alcool antérieure à la grossesse dans les limites sensibles de l'Institut National de l'Abus d'Alcool et d'Alcoolisme (NIAAA) (plus de sept verres par semaines ou plus de deux verres par épisode).</p> <p>Le test T-ACE devait être positif chez ces femmes. Il s'agit d'un questionnaire en quatre items qui évaluent les femmes enceintes à risque de boire dans un contexte de pratique clinique.</p> <p>Les femmes enceintes étaient amenées à compléter les mesures suivantes au moment de l'enrôlement à l'étude : 1. Enquête sur la santé et les habitudes qui contenait le test T-ACE et des questions concernant le stress, les exercices, le régime et l'anamnèse d'une consommation tabagique. 2. Chronologie précédente (<i>TimelineFollowback</i>) d'alcool pour obtenir une estimation de leur consommation quotidienne dans les 6 mois précédant l'enrôlement à l'étude. 3. Données d'une grossesse en santé, une série de sept déclarations sur les</p>

	<p>habitudes de santé durant la grossesse que les répondantes étaient amenées à juger comme vraies ou fausses.</p> <p>Dans leur rôle au sein de l'étude, les partenaires ont complété les items suivants :1. Enquête sur les habitudes et la santé. 2. NIAAA, quantité, fréquence, questions sur leurs habitudes de consommations de bières, vins, whiskey, gin ou autres spiritueux distillés dans les 30 jours précédents. 3. Données d'une grossesse en santé.</p> <p><b>Ethique :</b></p> <p>Les répondants à l'étude ont écrit un consentement informé pour cette étude revu et approuvé par l'Office institutionnelle de Recherche Humaine.</p>
<p><b>Résultats</b></p> <p>Traitement des données</p>	<p><b>Résultats :</b></p> <p>La majorité des couples (86.6%) étaient formellement mariés. La moyenne des revenus ménagers, basés sur le code postal, était de \$55,700, allant de \$20,354 à \$153,918.</p> <p>Les femmes ont reporté une moyenne de 1,7 an de vie de boisson régulière.</p> <p>Les femmes enceintes comme leur partenaire ont un score moyen de 6 sur 7 réponses correctes sur les questions d'habitudes de santé pendant la grossesse. Ils étaient tous deux la plupart dans le correct (&gt;85%) lorsqu'on les interrogeait sur les conséquences d'une consommation tabagique comme une cause prévisible de bas poids de naissance et de retard de croissance fœtale, sur les effets potentiellement négatifs de l'exposition à l'alcool durant la grossesse, et les plus grands effets négatifs d'une consommation épisodique (une consommation excessive).</p> <p>Les couples avaient plus de difficultés (&lt;65% correct l'un comme l'autre) avec les questions concernant la consommation de caféine, de marijuana et l'absence d'une limite universelle et sécuritaire de consommation d'alcool.</p> <p>Les femmes étaient plus souvent dans le juste concernant la consommation de caféine et le fait qu'il n'existe pas de limites concernant un seuil sécuritaire de consommation d'alcool.</p> <p>Les connaissances subjectives sur les habitudes de santé durant la grossesse comme manifestation dans l'évaluation du score avait une relation satisfaisante et significative avec la consommation prénatale d'alcool avant l'enrôlement à l'étude. Les sujets avec un plus haut revenu buvaient plus fréquemment durant la grossesse après l'enrôlement à l'étude.</p> <p>Des analyses statistiques ont été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses (exemple : les couples étaient pour la plupart dans le correcte : &gt;85%). Cependant, les chiffres statistiques ne sont pas précis, on trouve souvent la mention : ~.</p>
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Les résultats sont présentés sous formes de tableaux avec cette fois-ci un chiffre pourcentage précis.</p>

<p><b>Discussion</b></p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p><b>Discussion :</b></p> <p>La principale découverte de cette étude sur ces 254 couples est que les connaissances concernant les consommations de substances durant la grossesse n'avaient pas d'influence dans la consommation prénatale autant que la consommation antérieure à la grossesse.</p> <p>Bien que les couples ont démontré avoir une bonne connaissance globale, ils n'étaient que peu souvent d'accord sur leur réponse lorsque l'élément de chance était pris en compte.</p> <p>Les connaissances seules, ne sont pas suffisantes pour changer les normes et le comportement actuel, et ceci surtout quand l'importance d'une abstinence prénatale n'est pas partagée par le couple.</p> <p>La consommation antérieure à la grossesse est le prédicateur le plus important dans la consommation prénatale d'alcool.</p> <p>Les revenus ménagers étaient le plus faible prédicateur de consommation d'alcool. Ceux qui ont un revenu plus élevé boivent plus fréquemment vers la fin de la grossesse après l'enrôlement à l'étude que ceux avec des revenus plus bas. Toutes les femmes boivent moins vers le début de la grossesse.</p> <p>La consommation alcoolique des pères / partenaires ne sont pas prédicateur de la consommation prénatale.</p> <p>Les principaux résultats ne sont pas interprétés à partir d'un cadre théorique conceptuel mais ils sont comparés et mis en communs avec des recherches antérieures.</p> <p>La question de la généralisation des conclusions est abordée dans les limites de l'étude.</p> <p>Les limites de l'étude sont décrites. Il s'agit du fait de la limitation dans les possibilités de généraliser l'étude car la population était généralement bien éduquée avec des revenus supérieurs à la moyenne et impliqués dans des relations assez stables pour impliquer les partenaires dans l'étude.</p>
<p>Perspectives futures</p>	<p>Les chercheurs, à la fin de cette étude, donnent des recommandations pour la pratique : 1. Dépistage précoce de la consommation d'alcool. 2. Importance que les professionnels éduquent les femmes enceinte sur le sujet. 3. Le futur père doit être impliqué dans l'éducation prénatale.</p> <p>Il n'y a pas de recommandation pour la recherche.</p>
<p><b>Questions générales :</b></p> <p>Présentation</p>	<p><b>Conclusion :</b></p> <p>Cette étude montre l'importance de l'identification précise de la consommation d'alcool durant la grossesse.</p> <p>De plus, la connaissance au sujet des comportements sains de la grossesse peut exercer un plus grand impact si elle est partagée par une femme enceinte et son partenaire.</p>

	<p>L'article est bien présenté. Cependant, il manque des cadres de références, la description claire des limites, biais, des perspectives futures, des méthodes. Ces points, décrits brièvement, devraient être présentés avec des sous-titres, ce qui faciliterait la lecture et l'analyse de cette étude.</p>
<p>Évaluation globale</p>	<p>Il y a un résultat intéressant dans cette étude (le fait que la consommation antérieure à la grossesse et le premier prédicteur de la consommation pendant la grossesse). Ce résultat peut être utile dans la pratique infirmière car les infirmières vont donc pouvoir évaluer la consommation antérieure à la grossesse et se baser là-dessus pour poser des actions de prévention.</p>

## Recherche 3

<b>Fetal Alcohol Spectrum Disorders Prevention : An Exploratory Study of Women's Use of, Attitudes toward, and Knowledge about Alcohol</b>	
Walker, D.S., Fisher, C.S.D., Sherman, A., Wybrecht, B. & Kyndely, K. (2005).	
Aspect du rapport	Commentaires
<b>Titre</b> Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) : Une étude exploratrice sur l'attitude, le comportement et les connaissances des femmes concernant l'alcool. (Traduction libre)	Le titre ne permet pas de saisir le problème de recherche. Le problème de recherche est le fait que l'ETCAF est en augmentation bien que 100% évitable. Ceci ne se retrouve pas dans le titre.
<b>Résumé</b>	L'ECTAF est en augmentation, bien qu'évitable à 100%. Cinquante femmes de deux cliniques externes ont participé à cette étude qui a examiné l'utilisation de l'alcool, les connaissances et les attitudes à ce sujet. <b>But de l'étude :</b> L'étude a évalué si une brève intervention qui informe ces femmes sur les risques d'ETCAF était efficace. L'intervention pratiquée dans cette étude a été efficace dans la communication des connaissances sur l'ETCAF à cette population ( $p < .0001$ ). Cette étude montre que les jeunes femmes peuvent se livrer à des comportements pouvant mettre leurs enfants en danger. Il manque des contenus de l'introduction, du cadre théorique et de méthodologie dans ce résumé qui contient sinon les principales parties de la recherche.
<b>Introduction</b> Énoncé du problème	Le problème de recherche est énoncé clairement. Il s'agit du fait que l'alcool est une drogue socialement acceptable faisant partie de la vie de nombreuses femmes en âge de procréer mais qui a des conséquences graves s'il est consommé durant la grossesse. De plus, l'ETCAF est une maladie incurable et irréversible mais évitable à 100%.
Recension des écrits	La recension des écrits résume les variables étudiées qui sont les interventions brèves utilisées comme stratégie pour diminuer la consommation d'alcool, elles sont mises en lien avec d'autres études.

Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts qui sont l'ECTAF et le SAF sont définis. Cependant, il manque une définition d'une intervention brève et de la prévention.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Il s'agit d'une étude quantitative comparative. Il y a un groupe pré-test et un groupe post-test.
Population et contexte	Description de l'échantillon : Il s'agit de 50 femmes qui devaient répondre aux critères d'inclusion suivants : demander un test de grossesse et/ ou une contraception en urgence et étant capable de parler et lire l'anglais. L'échantillon n'est pas assez détaillé mais dans les résultats figure un tableau sur les caractéristiques démographiques de l'échantillon.
	La taille de l'échantillon est petite. Pour une recherche basée sur un problème de cette envergure, il aurait été intéressant que l'étude se base sur un échantillon plus grand.
Collecte des données et mesures	Instrument de collecte de données : Les analyses des données ont été réalisées avec l'aide de l'équipe de statistiques de l' <i>University of Michigan School of Nursing's Grants and Research Office</i> qui utilise le logiciel statistique pour les Sciences Sociales.
	Les variables sont l'utilisation, les connaissances et les attitudes envers l'alcool des femmes demandant un test de grossesse ou un contraceptif d'urgence et l'efficacité d'une brève intervention. Ces variables sont décrites et opérationnalisées.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est décrite. Les femmes répondants aux critères d'inclusion ont été identifiées par le personnel de la clinique. Ces femmes ont ensuite reçu une brève lettre d'introduction à l'étude. Après avoir accepté de participer, les femmes ont reçu un questionnaire contenant des caractéristiques démographiques et de style de vie et des instruments pré-test (alcool) qui portaient sur les attitudes et les connaissances à ce sujet. Les répondants à l'étude ont accepté de participer à l'étude en signant un formulaire de consentement.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Il n'y pas d'hypothèses auxquelles les chercheurs ont tenté de répondre.
Présentation des résultats	<b>Résultats :</b> Les femmes les plus jeunes ont démontré des attitudes beaucoup plus tolérantes envers la consommation d'alcool et buvait plus de bières. Aucune des femmes du sous-échantillon (30 femmes sur les 50, 60%) qui ont demandé un contraceptif en urgence, n'avait moins qu'une formation en école supérieure. Aucune relation significative n'a été trouvée entre les attitudes tolérantes envers la consommation d'alcool et les autres caractéristiques

	<p>démographiques pour la totalité de l'échantillon.</p> <p>Dans le sous-échantillon de la demande d'un contraceptif en urgence (30 femmes), un plus haut pourcentage (56%) ont déclaré boire une à trois bières par semaines et 7% ont déclaré en boire quatre ou plus par semaine. 33% ont déclaré boire une à deux canettes à chaque occasion, 23% ont déclaré trois à quatre canettes par occasion et 7% en ont déclaré cinq ou plus.</p> <p>La moitié de la totalité de l'échantillon ont déclaré être des buveurs de bière. Ce chiffre est encore plus élevé (63%) pour le sous-échantillon ayant reçu un contraceptif d'urgence, ce groupe est particulièrement à risque.</p> <p><b>Pré et post-test après la brève intervention sur l'ETCAF :</b></p> <p><b>La brève intervention éducative, ou l'utilisation de la brochure dans cette étude a été jugée de façon significativement efficace pour augmenter les connaissances des femmes sur les risques de l'ETCAF.</b></p> <p>Les résultats de cette étude indiquent que même les jeunes femmes éduquées manquent de connaissances sur les risques de l'exposition à l'alcool de leur enfant à naître.</p> <p>Cette étude montre qu'un relativement court laps de temps passé pour les clients concernant les informations de santé vaut la peine pour augmenter leur compréhension.</p> <p>Les résultats concernant les caractéristiques démographiques, les habitudes de consommation de bière et les corrélations entre les utilisateurs de CU et les caractéristiques démographiques et personnelles, ainsi que les scores des pré et post- test sont présentés sous forme de tableau clairs et compréhensifs.</p>
<p><b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les résultats sont interprétés à partir de recherches antérieures.</p> <p>Les résultats de cette étude montrent que les jeunes femmes se sont mises dans des situations à risque d'ETCAF par une activité sexuelle à risque. Une intervention éducationnelle ou l'utilisation d'une brochure a fait preuve d'efficacité dans l'augmentation et la communication des connaissances sur l'ETCAF chez les femmes en âge de procréer.</p> <p>Des recherches antérieures avaient montré une corrélation entre les attitudes libérales envers l'alcool, la hausse des niveaux d'éducation, et de ne pas être dans une relation stable (Caetano &amp; Clark, 1999).</p> <p>De plus, il se peut que l'anxiété au sujet d'une éventuelle grossesse crée un « moment d'enseignement », dont les fournisseurs sont en mesure de prendre l'avantage mais même un court laps de temps vaut la peine pour augmenter la compréhension.</p> <p><b>Limites de l'étude :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Petite taille de l'échantillon</li> <li>- Pas de connaissance sur l'efficacité de l'intervention à long terme.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tranche d'âge étroite de la population</li> <li>- Presque tous les participants étaient dans un service de santé universitaire.</li> <li>- Les caractéristiques de l'échantillon rend la généralisation des résultats à d'autres populations plus difficiles.</li> <li>- La consommation d'alcool était en auto-évaluation uniquement et il est possible que les buveurs excessifs ne soient pas bien représentés.</li> </ul> <p>Comme les participants savaient que le sujet de l'étude portait sur l'ETCAF, certains ont peut-être choisi de ne pas participer à cause de cela.</p>
Perspectives futures	<p><b>Recherches :</b></p> <p>Dans cette étude, on ne sait pas si le matériel d'enseignement donné sera conservé dans le long terme ou si cela va conduire à des changements dans le comportement.</p> <p>Ce constat suggère un besoin pour de futures recherches dans ce domaine.</p> <p>Des recherches plus poussées sur regardant la rétention d'informations sur une période de temps plus longue seraient nécessaires.</p> <p>Des recherches plus poussées également sur la prévention de l'ETCAF sont nécessaires avec un plus grand nombre de femmes, en particulier les femmes à risque de grossesse, celles qui sont à la recherche d'un test de grossesse ou d'un CU. Plus d'informations pour savoir si la longueur et le type d'intervention fait une différence dans la réalisation d'une réduction ou l'abstinence de la boisson sont nécessaires. Le moment optimal de l'intervention doit être identifié, de même que l'efficacité des messages répétés ou des interventions offertes aux femmes tout au long de leurs années de procréation, afin de déterminer ce qui pourrait être le plus efficace.</p> <p><b>Implications pour la pratique :</b></p> <p>Cette étude démontre qu'une intervention simple, comme lire une brochure et répondre à un pré et post-test peut être efficace. Un avantage supplémentaire est sa capacité à augmenter la sensibilisation des prestataires de soins et leurs clients à risque. Avoir des brochures éducatives et des affiches disponibles au bureau pour alerter les clients et les prestataires.</p> <p>Les infirmières, les infirmières cliniciennes, les sages-femmes et les médecins sont bien positionnés pour identifier les femmes qui sont à risque. Le dépistage de la consommation d'alcool pendant la grossesse devrait distinguer les femmes qui sont alcoolodépendantes de celles qui ne le sont pas.</p> <p>L'identification précoce permet de cibler deux interventions visant à réduire ou à éliminer l'exposition à l'alcool. La première consiste à identifier les femmes qui n'ont pas de problèmes de consommation d'alcool et les éduquer les risques d'exposition de l'enfant en développement à l'alcool au cours de la</p>

	<p>grossesse. La deuxième intervention est destinée aux femmes ayant présentant un problème de consommation et de choisir un niveau approprié de traitement avec des objectifs de réduction de l'exposition fœtale, ainsi que la promotion de rétablissement à long terme de dépendance à l'alcool.</p> <p>Une brève intervention, comme réalisée dans cette étude, est indiquée pour aider ces femmes à s'abstenir de l'alcool pour l'achèvement de sa grossesse. Cette intervention pourrait aussi être répétée à une date ultérieure afin d'en déterminer l'impact à long terme.</p>
<p><b>Questions générales</b> Présentation</p>	<p>L'article est bien écrit et bien structuré pour pratiquer une analyse.</p>
<p>Evaluation globale</p>	<p>L'étude procure des résultats probants (l'efficacité d'une intervention brève) qui peuvent être utilisés pour la pratique infirmière.</p>

## Recherche 4

### Alcohol consumption during pregnancy among women in Israel

Senecky, Y., Weiss, N., Shalev, S., Peleg, D., Inbar, D. & Chodick, G. (2011).

#### Article exclu

Aspect du rapport	Commentaires
<p><b>Titre</b> Consommation d'alcool pendant la grossesse chez les femmes en Israël. (Traduction libre)</p>	<p>Le titre permet de saisir le thème mais pas vraiment le problème de recherche. Au fil de la lecture, on se rend compte des différents problèmes de recherche</p> <p>Le titre ne présente que la variable indépendante.</p>
<p><b>Résumé</b></p>	<p>Le résumé contient le contexte, les objectifs, les méthodes, les résultats et la conclusion, donc les principales parties de la recherche.</p> <p><b>Résumé :</b> L'ETCAF est une gamme d'invalidités causées par l'exposition prénatale à l'alcool. Ces dernières décennies, la consommation d'alcool en Israël a augmenté de manière spectaculaire. Cette présente étude a révélé une connaissance limitée des professionnels de la santé israéliens concernant les risques des effets à long de la consommation d'alcool durant la grossesse.</p> <p><b>Buts de l'étude :</b> Evaluer la sensibilisation et les connaissances des femmes concernant les recommandations actuelles sur la consommation d'alcool durant la grossesse et évaluer également combien de femmes ont reçu des informations concernant ce sujet par les professionnel de la santé ainsi que leurs habitudes de consommation personnelle durant la grossesse. Un questionnaire a été distribué dans trois grands hôpitaux en Israël portant sur les aspects de la consommation d'alcool pendant la grossesse. 3815 femmes ont participé à l'étude et on a pu constater que la consommation d'alcool est fréquente chez les femmes enceintes en Israël, en particulier chez les femmes jeunes, juives et laïques et lors de la première grossesse. Il est donc important d'améliorer les programmes d'éducation sur les dangers de l'ETCAF pour les professionnels et le public en général.</p>
<p><b>Introduction</b> Énoncé du problème</p>	<p><b>Problème :</b> L'alcool consommé durant la grossesse crée des dommages directs aux différents organes du fœtus, avec certains dégâts qui se manifestent plus tard dans la vie. Il manque cependant quelques précisions à ce sujet.</p>

	<p><b>Données statistiques :</b></p> <p>Aux USA : 1% des nouveau-nés est atteint d'ETCAF dont moins de 10% d'entre eux qui pourront vivre ensuite une vie normale. Aux USA, 55% des femmes en âge de procréer consomment de l'alcool, et 11% d'entre-elles continuent de le faire durant la grossesse.</p> <p>Le taux des femmes qui boivent de l'alcool et qui ne changent pas leurs habitudes durant la grossesse va de 25% en Espagne jusqu'à 50% aux Pays-Bas et même plus au Royaume-Uni.</p> <p>On voit donc que la consommation d'alcool durant la grossesse est un problème de santé public.</p> <p>Les femmes en Israël consomment de l'alcool pendant la grossesse et le fait que les professionnels de la santé ne les informent pas suffisamment du fait de leur propre manque de connaissances sur l'ETCAF qui fait que celui-ci est peu diagnostiqué.</p>
Recension des écrits	<p><b>Variables étudiées :</b></p> <p>Variable indépendante : la consommation d'alcool chez les femmes enceintes en Israël.</p> <p>Variables dépendantes : la sensibilisation, la connaissance et les attitudes des femmes enceintes par rapport à la consommation d'alcool ainsi que l'influence de l'information par les professionnels sur leur consommation.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Il manque des définitions sur l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale et le syndrome alcoolique fœtal ainsi que les effets exact qu'a l'alcool sur le fœtus.</p> <p>De plus, une définition d'une consommation standard ou à risque d'alcool serait intéressante.</p>
Hypothèses	<p>Les chercheurs ne présentent pas clairement d'hypothèse mais on comprend dans l'introduction qu'ils émettent que le fait que les taux de détection ou de diagnostic de l'ETCAF sont négligeables, bien que les femmes consomment de l'alcool durant la grossesse et cela est dû à un manque de connaissance chez les professionnels. Cela n'est pas une hypothèse car il y a des sources citées mais ça pourrait être présenté comme tel.</p> <p>Hypothèse principale : les femmes israéliennes reçoivent des informations insuffisantes sur les dangers de la consommation d'alcool par les professionnels de la santé. Cette hypothèse est confirmée dans la discussion.</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	<p>Devis quantitatif : étude descriptive avec comparaison de variables dépendantes qualitatives.</p> <p>Le devis n'est pas présenté dans l'étude.</p>
Population et contexte	<p>L'étude porte sur 3815 femmes mères dont l'âge variait de 17 à 55 ans (âge moyen 30-35 ans). Elles ont rempli un questionnaire à la maternité après leur accouchement. 3115 (81,7%) des femmes étaient juives, 623 (16,3%) étaient</p>

	<p>musulmanes et 36 (0,9%) étaient chrétiennes.</p> <p>Critères d'exclusion : les femmes qui n'étaient pas citoyennes israéliennes, les femmes qui n'étaient pas capable de remplir le questionnaire à cause de leur condition médical ou de la barrière du langage et les femmes qui ont refusé de répondre au questionnaire.</p>
	<p>La taille de l'échantillon est de 3015 femmes qui ont répondu à l'étude sur 4200 interrogées. Cette taille est correcte par rapport aux proportions du problème qui concerne la santé publique.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Instruments de collecte des données :</p> <p>Questionnaires remplis par les femmes à la maternité concernant la consommation d'alcool. Le questionnaire contenait également des items portant sur l'éducation que les patientes ont reçue sur l'alcool durant la grossesse par les professionnels de la santé, leur perception sur la qualité et la quantité de cette éducation reçue, leurs autres sources d'informations sur l'alcool durant la grossesse, leurs connaissances générales concernant la consommation d'alcool durant la grossesse, leurs attitudes envers les femmes consommant durant leur grossesse et la quantité d'alcool qu'elles consommaient avant la conception et au cours des trois derniers mois de la grossesse qui vient d'être achevées (de 1 verre/semaine à 7-13 verres par semaine ou plus, y compris les beuveries = « binge drinking » = une consommation de 5 verres ou plus durant une occasion). Il y avait aussi des items comprenant l'âge, le nombre de naissances précédentes, le pays de naissance, la religion et la religiosité, ainsi que la clinique où a eu lieu l'accouchement (privé/public). Dans ce questionnaire, les chercheurs ont également ajouté 4 questions indirectes sur l'alcool (T-ACE questionnaire) afin de détecter les femmes avec une consommation à risque.</p> <p>Les variables qualitatives ont été comparées entre les groupes par Pearson tes khi-carré, et les variables continues par analyse de variance. Les intervalles de proportions ont été calculées à l'aide du test exact de Fisher.</p> <p>Toutes les analyses ont été effectuées avec un ensemble standard statistique (SPSS 15.0, Chicago, Illinois).</p>
	<p>Les variables à mesurer sont décrites et opérationnalisées.</p>
Déroulement de l'étude	<p>La procédure de recherche n'est pas vraiment décrite, on ne connaît pas la longueur de l'étude dans le temps.</p> <p>Les participantes à l'étude avaient le choix de participer ou non à l'étude mais il n'y a pas de mention de signature ou de préservation des droits éthiques des patientes.</p>
<b>Résultats</b>	<p>Des analyses statistiques ont été entreprises pour répondre aux</p>

<p>Traitement des données</p>	<p>problématiques de l'étude (consommation d'alcool durant et avant la grossesse, connaissance et sensibilité, informations reçues et sources d'information).</p>
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Les résultats sont présentés de manière claire dans le texte et sous forme de tableaux.</p> <p><b>Résultats :</b></p> <p>539 femmes (17,1%) ont déclaré avoir bu de l'alcool durant la grossesse qui venait d'être terminée. Les consommateurs d'alcool ont représenté 17,1% des femmes juives, 11,1% des femmes chrétiennes et aucune des femmes musulmanes. 23% des participantes ont déclaré connaître personnellement d'autres femmes enceintes consommant de l'alcool. L'abus d'alcool au cours des 3 mois avant la conception a été rapporté par 1,4% des femmes et par 0,8% durant le troisième trimestre. Les femmes laïques avaient tendance à consommer plus d'alcool avant et pendant la grossesse que les femmes dites traditionnelles, orthodoxe ou ultra-orthodoxe.</p> <p>Les femmes pour qui c'était la première grossesse ont bu plus que les femmes ayant d'autres enfants.</p> <p>Il y avait une relation directe entre les habitudes de consommation des femmes et celles de leur conjoint/partenaire avant et pendant la grossesse, y compris les « binge drinking ».</p> <p>0.68% (26) des femmes ont été jugées à haut risque de consommation dangereuse d'alcool.</p> <p>71,6% de l'échantillon ont affirmé que les femmes ne devraient pas boire du tout d'alcool durant la grossesse. 21,4% pensaient qu'il était permis de se limiter à 2 boissons par semaine.</p> <p>La grande majorité des femmes (74,9%) n'a reçu aucune information concernant la consommation d'alcool durant la grossesse de la part d'un professionnel de la santé sans différence entre le public et le privé.</p> <p>Parmi les femmes qui ne boivent pas du tout pendant la grossesse, 25% avaient reçu une éducation sur la consommation d'alcool. Seulement 17% des femmes qui buvaient durant la grossesse avaient reçu une éducation sur l'alcool.</p> <p><b>Remarque :</b></p> <p>On peut en conclure que recevoir une éducation sur l'alcool durant la grossesse a une influence sur sa consommation.</p>
<p><b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les principaux résultats sont interprétés à partir des statistiques et études des Etats-Unis (Centers for Disease Control) qui rapporte que 10% des femmes consomment de l'alcool contre 17% en Israël.</p> <p>Les résultats et conclusions sont généralisable, puisque comparés à d'autres pays, les résultats diffèrent pue. De plus, l'échantillon est grand.</p>

	<p><b>Limites de l'étude :</b></p> <p>Langue du questionnaire qui représentait une sélection.</p> <p>De plus, le pourcentage de femmes qui ont déclaré boire de l'alcool était inférieur à la proportion de celles qui ont affirmé connaître personnellement quelqu'un ayant bu de l'alcool durant la grossesse, ce qui indique que le problème peut être encore plus répandu que ce que les données indiquent.</p>
Perspectives futures	Cette étude montre un besoin urgent d'une meilleure éducation pour les professionnels de la santé et pour le grand public afin d'accroître la sensibilisation à l'ETCAF en Israël.
<p><b>Questions générales</b></p> <p>Présentation</p>	<p>L'article est bien écrit, le texte contient des sous-titres et l'ordre des sous-titres est logique, ce qui permet une analyse critique.</p> <p>L'étude a été menée de manière réfléchie, ce qui permet de discuter des résultats et également d'interpréter ces résultats pour la population générale.</p>
Evaluation globale	Les résultats sont intéressants et probants (le fait de recevoir des informations et une éducation diminue la consommation d'alcool durant la grossesse). Ces résultats sont utiles pour la pratique infirmière qui pourra ainsi les utiliser lors des rencontres avec des femmes enceintes ou en âge de procréer.

## Recherche 5

<b>Brief Intervention for Alcohol Use by Pregnant Women</b>	
O'connor, M. & Whaley, S.E. (2007).	
<b>Aspect du rapport</b>	<b>Commentaires</b>
<p><b>Titre</b> Intervention brève sur la consommation d'alcool chez les femmes enceintes. (Traduction libre)</p>	<p>Le titre permet de deviner que le problème de recherche concerne la consommation d'alcool chez les femmes enceintes mais ne montre pas que l'alcool durant la grossesse est un problème car il a des effets néfastes.</p>
<p><b>Résumé</b></p>	<p>Le résumé contient les principales parties de la recherche :</p> <p>Les chercheurs ont examiné l'efficacité d'une intervention brève comme technique servant à aider les femmes enceintes à parvenir à l'abstinence d'alcool durant la grossesse et ils ont évalué les résultats en fonction de l'intervention brève. 255 femmes enceintes qui étaient des participantes des Entreprises Publiques de la Fondation de Solutions de gestion du Programme Spécial de Nutrition supplémentaire pour les Femmes, Nourrissons et Enfants (PHFE-WIC) qui ont reporté boire de l'alcool ont été affectées à une étude portant uniquement sur une évaluation ou portant sur une intervention brève avec évaluation durant le troisième trimestre de grossesse. Résultats : Les femmes ayant bénéficiés de l'intervention brève étaient 5 fois plus susceptibles de faire preuve d'une abstinence après l'intervention comparées aux femmes ayant seulement eu l'évaluation.</p> <p>Le succès d'une intervention brève réalisée dans un cadre communautaire montre des implications importantes pour les politiques nationales de santé publique.</p> <p><b>But de l'étude :</b> Examiner l'efficacité d'une intervention brève pour aider les femmes à atteindre l'abstinence durant la grossesse.</p>
<p><b>Introduction</b> Énoncé du problème</p>	<p><b>Problème de recherche :</b> Plus de 12% des femmes enceintes consomment de l'alcool. Donc environ un fœtus sur 8 est exposé à l'alcool in utéro. On estime aussi qu'un enfant sur 100 souffre des troubles de l'alcoolisation fœtale.</p> <p>De plus, les enfants de population à faible revenu sont particulièrement vulnérables des effets à long terme de l'exposition à l'alcool in utéro, parce que leurs mères sont moins susceptibles de recevoir des conseils appropriés concernant l'alcool durant la grossesse.</p>

Recension des écrits	<p>Les variables étudiées et à mesurer sont la consommation d'alcool par les femmes enceintes (variable dépendante). Il manque une explication sur une consommation à risque, une conduite addictive ou tout autre aspect de la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse. Elles représentent aussi l'évaluation de l'exposition prénatale à l'alcool chez les bébés et une explication serait utile pour comprendre pourquoi les chercheurs ont mesuré le poids et la taille des nouveau-nés, ainsi que les fausses-couches et décès in utéro.</p> <p>Variables indépendantes : intervention brève ou évaluation seulement.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Il n'y a pas de théorie ou de concept définis (comme par exemple les effets de l'exposition prénatale à l'alcool, une consommation abusive, problématique ou à risque d'alcool).
Hypothèses	Il n'y pas de formulation d'hypothèse.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Devis quantitatif : étude comparative.
Population et contexte	<p><b>Echantillon :</b></p> <p>4980 femmes ont été dépistées comme buvant de l'alcool après la conception et 4084 ont été incluses dans l'étude. Les femmes s'étant portées volontaires pour l'étude avaient des caractéristiques démographiques qui ne différaient pas de celles des femmes venant au PHFE-WIC. Parmi les personnes qui se sont inscrites, 345 montrent une consommation d'alcool. Parmi elles, 183 ont été randomisées pour l'évaluation et 162 pour l'intervention brève. Parmi les 345 femmes, 255 (74%) ont continué à revenir à leur centre d'origine WIC durant le troisième trimestre de grossesse.</p> <p>La taille de l'échantillon est adéquat par rapport au nombre de femmes qui consultent les centres WIC et qui en changent en principe aussi souvent que l'échantillon participant à l'étude.</p> <p>L'échantillon est donc représentatif des femmes consultant les centres PHFE-WIC.</p>
Collecte des données et mesures	<p><b>Instruments de collecte des données :</b></p> <p>Des questionnaires ont été distribués aux participantes à l'étude.</p> <p>Le questionnaire comprenait deux pages sur le dépistage d'alcool incorporant la quantité, les fréquences, des mesures pour se renseigner sur la consommation typique. Le questionnaire maximum par occasion de consommation (MAX) a été choisi comme mesure des résultats.</p> <p>Les estimations ont été prises lors de la première visite (MAX1) et dans le troisième trimestre de la grossesse (MAX3).</p> <p>L'échelle de 5-questions (TWEAK) une mesure de la tolérance à l'alcool et des conséquences physiques à la consommation d'alcool a été incluse dans le questionnaire pour évaluer une consommation à haut risque.</p>

	<p>Pour évaluer la consommation durant la grossesse, les chercheurs ont mesuré le poids et la taille de naissance.</p> <p>Pour tester l'efficacité de l'intervention brève, les chercheurs ont effectué une analyse de régression logistique en utilisant un modèle mixte linéaire généralisé (SAS version 9 : SAS Intitute Inc, Cary, NC) avec la macro GLIMMIX, en attribuant une brève intervention ou l'évaluation seulement comme le principal effet fixe (variable indépendante).</p> <p><b>Intervention brève :</b></p> <p>L'intervention brève consistait à 10-15 minutes d'entretien ou des conseils étaient donnés ou un manuel écrit pour guider l'intervention était utilisé.</p> <p>Les variables à mesurer : Consommation d'alcool durant le troisième trimestre de grossesse a été opérationnalisé en 0. Abstinence. 1. Suite de consommation. (variable indépendante).</p>
<p>Déroulement de l'étude</p>	<p>Les chercheurs décrivent plus ou moins le déroulement de l'étude : questionnaire sur la consommation d'alcool, intervention brève ou évaluation uniquement et évaluation de la réduction de la consommation d'alcool durant la grossesse. Il manque des indicateurs de temps qui permettraient de mieux comprendre le déroulement exact de l'étude.</p> <p><b>Ethique :</b></p> <p>Les chercheurs ne font pas mention de données éthiques mais on voit dans la recherche que les droits des participantes ont été entièrement respectés.</p>
<p><b>Résultats</b> Traitement des données</p>	<p>Des analyses statistiques sont utilisées pour présenter les résultats découlant des buts de l'étude.</p> <p><b>Résultats :</b></p> <p>Il n'y a pas de différence entre les femmes ayant eu la brève intervention et celles qui ont eu seulement l'évaluation sur les variables démographiques ou la consommation initiale d'alcool ainsi que sur le statut d'une consommation à risque élevé comme mesuré par l'échelle TWEAK.</p> <p>Le résultat principal est que les femmes ayant bénéficié de l'intervention brève étaient 5 fois plus susceptibles d'être abstinentes lors du troisième trimestre. Les techniques d'intervention brève ont donc accrus la motivation à changer les comportements malsains.</p> <p>L'intervention brève amène également un plus faible taux de mortalité foetale (0.9% contre 2.9% dans les participantes à l'évaluation brève uniquement).</p> <p>Les bébés dans le groupe ayant eu l'intervention brève pesaient en moyenne 180,45g de plus que les enfants dans le groupe évaluation. Quant à la longueur de naissance, il y avait une différence moyenne de 1,69 cm de longueur entre le groupe intervention brève et le groupe évaluation.</p>
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Les résultats sont présentés sous forme de tableaux (Caractéristiques de l'échantillon et évaluation de la consommation d'alcool au cours du</p>

	déroulement de l'étude).
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	Les principaux résultats sont interprétés : Les techniques d'intervention brève sont efficaces et augmentent la motivation à changer un comportement malsain. Les résultats suggèrent que les femmes qui consomment de l'alcool durant la grossesse sont réceptives aux stratégies d'intervention brève qui peuvent être fournies avec succès sans que les professionnels aient besoin d'être médecin pour cela. Les conséquences négatives de l'alcool durant la grossesse peuvent être évitées grâce à l'intervention brève. Le taux plus élevé de mortalité infantile peut être rapporté à des facteurs associés au fait de venir d'un milieu économiquement défavorisé ou il y a souvent une réticence à consulter un médecin.
	Les conclusions des résultats sont généralisables pour les autres cadres communautaires.
Limites de l'étude	Il manque une conception entièrement randomisée et contrôlée dans cette étude. Cela n'a pas pu être fait car l'étude s'est déroulée dans un centre. De plus, l'échantillon était essentiellement composé de femmes à faibles revenus.
Perspectives futures	Il est important que les femmes soient suivies durant leur grossesse déjà dès le tout début. De plus, il faut détecter la consommation d'alcool et mettre en place des mesures plus efficaces lors de consommation à haut risque.
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est bien présenté et déroulé de manière logique. Il manque cependant une petite conclusion qui reprendrait les aspects principaux de l'étude.
Evaluation globale	Les résultats sont utilisables dans la pratique. Puisqu'une intervention brève est efficace, il serait intéressant de le faire systématiquement pour les femmes enceintes. Les programmes tels que WIC pourraient jouer un rôle dans la prévention de l'exposition prénatale à l'alcool.

## Recherche 6

<b>A brief intervention for prenatal alcohol use</b> <b>An in-depth look</b>	
Chang, G., Goetz, M.N., Wilkins-Haug, L. & Berman, S. (2000).	
Aspect du rapport	Commentaires
<b>Titre</b> Une intervention brève pour la consommation prénatale d'alcool, un regard en profondeur. (Traduction libre)	Le titre indique le thème mais ne permet pas de saisir le problème de recherche qui est le fait que 20% des femmes enceintes consomment de l'alcool. Dans ce titre, on ne voit pas vraiment que l'alcool est un problème. Si le titre comprenait : « une intervention brève pour réduire la consommation d'alcool prénatal » on saisiserait tout de suite le problème de recherche.
<b>Résumé</b>	<b>But de recherche :</b> Prodiger une intervention brève durant la 16 <sup>ème</sup> semaine de gestation et examiner la relation entre les objectifs de consommation, les raisons de ces objectifs, la reconnaissance des situations qui augmentent le risque de consommation d'alcool avant la grossesse. 20% des femmes enceintes boivent de l'alcool. Cette étude porte sur 123 femmes enceintes dépistées positivement à la consommation d'alcool. Les 123 femmes ont reçu une intervention brève au cours de la 16 <sup>ème</sup> semaine de gestation qui examinait la relation entre les objectifs de consommation, les raisons de ces objectifs, la reconnaissance de situations incluant des risques de consommation et les conséquences de la consommation durant la période antepartum. Les femmes qui ont nommé l'abstinence comme but durant la période antepartum étaient celles qui probablement consommaient le moins d'alcool au moment de l'introduction à l'étude. Les buveurs actuels qui ont indiqué le syndrome alcoolique fœtal comme raison de ne pas boire ont réduit leur consommation d'alcool. Des efforts futurs devraient être entrepris en incluant les partenaires et des systèmes de soutien pour les femmes enceintes dans l'éducation ou les programmes d'intervention pour réduire la consommation prénatale d'alcool pour augmenter leur efficacité.
<b>Introduction</b> Énoncé du problème	<b>Problème de recherche :</b> Alors que la plupart des femmes enceintes ne sont pas dépendantes à l'alcool, 20-25% d'entre-elles consomment de l'alcool durant la grossesse bien que le niveau de consommation à risque n'a pas été identifié. Ensuite, seulement 34% des femmes sont systématiquement examinées pour la consommation d'alcool au cours des soins prénatals. De plus, Bien que la

	<p>moitié de toute les femmes enceintes réduisent ou éliminent spontanément leur consommation d'alcool, la grossesse peut être un moment particulièrement propice à l'offre d'une brève intervention. Enfin, il y a des coûts personnels et sociaux élevés qui sont associés aux conséquences néfastes de l'exposition à l'alcool durant la grossesse.</p>
Recension des écrits	<p>Variable dépendante : intervention brève. Cette variable est expliquée lors de la présentation du déroulement de l'étude.</p> <p>Variables indépendantes : la relation entre les objectifs de consommation, les raisons de ces objectifs, la reconnaissance de situations incluant des risques de consommation et les conséquences de la consommation durant la période antepartum.</p> <p>Pas de recension des écrits qui résument les connaissances des variables étudiées.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Il n'y a pas de concept ou théorie définis mais des données statistiques et des mises en relation avec d'autres études.</p>
Hypothèses	<p>Les femmes qui ont cité l'abstinence prénatale comme objectif et qui sont capables d'anticiper les situations à risque de consommation serait à même de moins boire durant la période antepartum.</p> <p>L'origine théorique de l'hypothèse n'est pas mentionnée (il y a cependant beaucoup d'études citées dans l'introduction).</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	<p>Devis quantitatif : étude corrélacionnelle descriptive.</p>
Population et contexte	<p><b>Echantillon :</b> 123 femmes</p> <p>Critères d'inclusions : consommation d'alcool durant les 6 mois avant l'enrôlement à l'étude, les réponses positive au test T-ACE, initiation aux soins prénatals avant 7 mois de grossesse.</p> <p>Caractéristiques : âge moyen : 31,1 ans, 75% mariées, 10% dans une relation permanente, 15% célibataires. 77% assurance privée, 23% assurance publique. 79% caucasiennes, 14% afro-américaines, 5% hispanique et 2% asiatiques. Bonne éducation avec 25% ayant un diplôme d'études supérieures ou professionnelles, 33% diplôme d'études collégiales, 27% ayant suivi des études collégiales, 11% diplôme d'études secondaires et 3% avec moins d'éducation. Un peu moins de la moitié (49%) ont décrit avoir une grossesse courante à haut risque en raison de l'infertilité précédente, de mauvais résultats obstétricaux ou autres.</p> <p>Aucune des 123 femmes n'avait de problèmes actuels de dépendance d'alcool ou autres toxicomanies.</p> <p>Boissons : 51 (42%) buvaient en moyenne 1,5 boissons par jour, 72 (58%) n'a pas consommé d'alcool durant la grossesse. Environ un tiers (32%) ont</p>

	généralement bu plus de 2 verres par jour avant la grossesse.
	Taille de l'échantillon : 123 femmes. C'est un petit nombre au vu du problème de santé public qu'est l'alcool durant la grossesse mais il donne un bon aperçu de l'efficacité de l'intervention brève.
Collecte des données et mesures	<p><b>Instrument de collectes de données :</b>  Beck Depression Inventory (BDI) incluse dans l'évaluation globale d'alcool.  Addiction Severity Index  Test T-ACE questionnaire de dépistage d'alcool en 4 éléments basé sur des questions concernant la Tolérance à l'alcool, être ennuyé par le commentaire de l'Autre au sujet de la boisson, les tentatives ont Coupé vers le bas, consommer de l'alcool en premier au lever le matin à l'ouverture des yeux (E).</p> <p><b>Instruments de mesure :</b>  Statistiques descriptives (moyenne, médiane, écart-type) avec SAS 6.11 (SAS Institute, 1995).  Pearson X2 statistique ou le Fisher exact test et le Pearson produit-moment coefficient de corrélation.</p>
	Les variables à mesurer sont opérationnalisées avec les statistiques.
Déroulement de l'étude	<p>L'étude est transversale. Les femmes ont d'abord suivi l'intervention brève qui comprenait 1. Examiner l'état général du sujet et le déroulement de la grossesse à ce jour. 2. Examiner les changements de style de vie du sujet effectués depuis la grossesse. 3. Demander au sujet d'identifier ses objectifs de boisson pendant la grossesse et leurs raisons. 4. Identifier les circonstances où le sujet serait tenté de boire. 5. Brainstorming avec le sujet afin d'identifier des alternative à la boisson lorsqu'il est tenté. 6 Résumé de la séance en insistant sur 4 points clés (objectifs de consommation durant la grossesse, raisons qui poussent à boire, circonstances de tentation, alternatives à la boisson). Les sujets ont été informés que l'abstinence est la recommandation.</p> <p>Suivi post-partum pour évaluer la quantité et la fréquence de la consommation d'alcool depuis l'intervention brève.</p> <p><b>Ethique :</b>  Pas de description de mesures afin de préserver les droits des participants. Cependant, on voit dans l'étude que les droits des participantes ont été respectés.</p>
<b>Résultats</b> Traitement des	<p>Analyses statistiques qui répondent aux hypothèses.</p> <p><b>Résultats :</b></p>

données	<p>77% ont choisis l'abstinence comme objectif. Dans les 28 sujets (23 %) qui n'ont pas choisi l'abstinence, 5 avaient envie de boire dans les occasions spéciales, 9 ont voulu réduire la consommation jusqu'au point de l'abstinence et 14 ont voulu réduire la consommation mais pas parvenir à l'abstinence.</p> <p>Raisons qui motivent à diminuer la consommation ou à l'abstinence : santé du bébé (81%), la connaissance des effets d'alcoolisation fœtale et du SAF (29%), le soutien social pour réduire la consommation (19%). Les antécédents familiaux de problèmes d'alcool (17%), la grossesse actuelle à risque élevé (15%), sa propre santé (15%), la culpabilité anticipée s'il y a une issue défavorable (10%), des grossesses précédentes à risque élevé (9%), diminution du désir de boire (6%), responsabilités familiales (5%), intention d'allaiter (5%) et raisons religieuses (2%). Plus de la moitié des sujets (60%) a recensé plus d'une raison, de sorte que les pourcentages dépassent les 100%.</p> <p>Situations à risque citées par les participants :</p> <p>Événements sociaux (54%), Episodes de craving d'alcool (33%) (Il s'agit d'un désir ardent, d'une impulsion vécue sur un instant donnée : envie de boire de l'alcool par impulsion), les occasions festives (30%)</p> <p>Les sujets ont estimé que leurs antécédents familiaux de problème d'alcool (19%) et l'utilisation par le partenaire de drogues ou d'alcool (18%) pourrait augmenter leur risque de consommation d'alcool avant l'accouchement. Le stress (10%) et la solitude (7%) ont été moins fréquemment rapportés.</p> <p>21% des participants identifient une seule situation à risque contre 79% qui en identifient plusieurs.</p> <p>98% (121) des participants sont revenus pour l'étude de suivi en moyenne 7,2 jours après l'accouchement.</p> <p><b>70% des participants étaient abstinents après l'intervention brève.</b> Parmi les sujets qui buvaient en moyenne environ un demi verre par jour, aucun ne buvaient ensuite quotidiennement et la plupart ne buvaient pas plus d'une fois par semaine.</p>
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés par texte de manière assez claire, il n'y a pas de tableau, ce qui est dommage car cela permettrait de s'assurer de la bonne compréhension des résultats et d'avoir des aspects plus visuels.</p>
<p><b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les résultats principaux sont interprétés et comparés avec d'autres études (Rosett et al. 1983) et Hanna et al. (1994).</p> <p>La santé du bébé, nommée comme raison pour modifier la consommation d'alcool prénatale, ne semble pas être corrélée avec l'abstinence prénatale. La santé du bébé (raison globale) peut être moins convaincante pour l'abstinence que les connaissances sur les conséquences spécifiques de la consommation d'alcool prénatale. Ceci est en contraste avec Rossett et al.</p>

	<p>(1983) qui rapporte que le désir général d'avoir un bébé en bonne santé est un puissant facteur de motivation.</p> <p>La dépression chez les participants, telle que mesurée par le BDI, n'a eu aucune relation apparente avec la consommation d'alcool prénatale, à la différence de Hanna et al. (1994).</p>
	<p>La généralisation des conclusions apparaît comme une limite à cette étude.</p>
	<p><b>Limites :</b></p> <p>Généralisation de l'étude : il est possible que les participants étaient des femmes particulièrement motivées, qui ne sont donc peut-être pas représentatives de la moyenne des patientes en prénatal. De plus, dans cette étude, près de la moitié des femmes vivaient une grossesse à risque élevé. Cependant, leur profil démographique est semblable à celle de la femme enceinte étant le plus susceptible de boire.</p> <p>Une autre limite est que les sujets aient pu avoir sous-estimé leur consommation d'alcool prénatale.</p>
<p>Perspectives futures</p>	<p><b>Implication pour la pratique :</b></p> <p>La capacité à anticiper des situations de fragilité des femmes enceintes à risque de consommation d'alcool peut être considérée comme avantageuse en planifiant des comportements alternatifs. Le rôle du soutien social est la troisième raison la plus couramment citée comme aidant à modifier le comportement prénatal face à l'alcool. Comme l'utilisation du partenaire de drogue ou d'alcool à aussi une influence sur la consommation de la future mère, un soutien aux programmes d'éducatons incluant la femme et son partenaire et les autres membres de leur système social peut améliorer l'efficacité de la prévention de consommation d'alcool durant la grossesse.</p> <p>Il n'y a pas d'implication citée pour la recherche.</p>
<p><b>Questions générales</b> Présentation</p>	<p>L'article est bien structuré avec un nombre de détails suffisant. Cependant, il manque des tableaux et graphiques, ce qui est dommage.</p>
<p>Evaluation globale</p>	<p>Les résultats sont intéressants et utilisable dans la pratique : mise en place d'une intervention brève, programmes d'éducation incluant le partenaire et le réseau social de la femme enceinte.</p>

## Recherche 7

<b>Brief intervention for alcohol use in pregnancy : a randomized trial.</b>	
Chang, G., Wilkins-Haug, L., Berman, S. & Goetz, M.A. (1999)	
<b>Aspect du rapport</b>	<b>Commentaires</b>
<p><b>Titre</b> Intervention brève sur la consommation d'alcool pendant la grossesse : essai randomisé. (Traduction libre)</p>	<p>Le titre permet de saisir le problème de recherche car celui-ci est la consommation d'alcool pendant la grossesse.</p>
<p><b>Résumé</b></p>	<p><b>But :</b> Evaluer l'impact d'une intervention brève sur la consommation d'alcool avant l'accouchement. Cette étude s'est déroulée à <i>Brigham and Women's Hospital</i> à Boston, MA, USA. 250 femmes enceintes qui y bénéficiaient de soins prénatals ont été élues pour participer à cet essai. Les participantes ont été séparées en deux groupes : le premier recevait une évaluation complète de la consommation d'alcool (AO : <i>assessment only</i>) et le second recevait l'intervention brève (BI : <i>Brief Intervention</i>). Les deux groupes ont réduit leur consommation après l'enrôlement à l'étude mais il n'y avait pas de différence statistique significative dans le groupe AO et le groupe BI. Le risque de boire durant la grossesse est presque triplé s'il y a une consommation d'alcool prénatal avant l'évaluation. Cependant, pour les 143 participantes qui étaient abstinente lors de la pré-évaluation, ceux qui ont reçu la BI ont maintenu des taux plus élevés d'abstinence. Les risques de consommation durant la grossesse sont corrélés aux habitudes de consommation avant la grossesse. Il est important de dépister la consommation d'alcool durant la grossesse pour en assurer sa réduction.</p>
<p><b>Introduction</b> Énoncé du problème</p>	<p>Problème de recherche (énoncé clairement) : Environ 20-25% des femmes boivent de l'alcool durant leur grossesse, même si aucun niveau sécuritaire a été identifié universellement. Le taux des enfants nés avec le syndrome alcoolique fœtal a augmenté aux USA (il est passé de 1 pour 10'000 naissances vivantes en 1979 à 6,7 pour 10'000 naissances en 1993) bien que l'on ne sache pas vraiment s'il y a une augmentation réelle ou si le diagnostic a été amélioré. La consommation a augmenté avec maintenant des preuves que la consommation prénatale à l'alcool à des niveaux de moins d'un verre par jour peut nuire à la croissance et au développement du fœtus.</p>

	Une intervention efficace pour réduire la consommation prénatale à l'alcool est un besoin urgent.
Recension des écrits	Variable indépendantes : l'intervention brève et l'évaluation de la consommation d'alcool. Variables dépendantes : la consommation d'alcool durant la grossesse. La consommation d'alcool, l'évaluation et l'intervention brève sont clairement expliquées avec des études en exemple.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont définis.
Hypothèses	Il n'y a pas de formulation d'hypothèse. But de la recherche : évaluer l'impact d'une intervention brève sur la consommation d'alcool avant l'accouchement. On comprend à travers le but que l'hypothèse de recherche doit être : la consommation d'alcool durant la grossesse va diminuer après l'intervention brève.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Essai clinique randomisé. Devis quantitatif : étude comparative.
Population et contexte	<b>Echantillon</b> (suffisamment détaillé) : 250 femmes enceintes qui ont bu de l'alcool au cours des 6 mois précédents avec un dépistage positif à l'alcool. Critères d'exclusion : Âge gestationnel supérieur à 28 semaines, aucune consommation d'alcool dans les 6 mois avant la participation à l'étude, fausse-couche dans le temps entre le début et la fin de l'enquête. L'intention de recevoir des soins prénatals ailleurs, non-anglophone, qui se destine à un avortement, sous traitement de toxicomanie actuellement. Caractéristiques démographiques : Âge moyen : 30,7 ans. 74% mariées, 10% dans une relation stable, 14% célibataires, 2% divorcées/séparées. 80% en assurance privée, 20% en assurance publique ou payant eux-mêmes les soins (sans assurance). Les participantes avaient une bonne éducation. Il n'y avait statistiquement pas de différence démographique entre les deux groupes AO et BI. 44% vivaient une grossesse à risque élevé en raison d'une infertilité précédente, de l'issue de la grossesse précédente ou autre. Les participantes étaient en moyenne à 16 semaines de gestation lorsque l'évaluation globale de l'alcool a été faite. Seuls trois des participantes (1,2%) ont déclaré avoir bénéficié précédemment à l'étude d'un traitement de l'alcoolisme.

	<p>La taille de l'échantillon est adéquate pour avoir une idée de l'efficacité de l'intervention brève mais insuffisante par rapport au problème de santé publique que ce thème représente.</p>
<p>Collecte des données et mesures</p>	<p><b>Instrument de collecte des données :</b>  L'évaluation globale de la consommation a été pratiquée à l'aide du DSM-III-R, de l'ASI (Addiction Severity Index), le test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) et le test SMAST (Short Michigan Alcoholism Screening Test), du Timeline Followback (évaluer la quantité et la fréquence), l'échelle ACS (Alcohol Craving Scale), ainsi que le GAF (Global Assessment of Functioning) et le SCQ (Situational Confidence Questionnaire).</p> <p><b>Instrument de mesure des données :</b>  Pour comparer les groupes BI et AO avant et après l'enrôlement à l'étude : SAS version 6.12. Les moyennes des groupes ont été comparées avec le <math>\chi^2</math> test de signification et les tests de Wilcoxon ranksum pour les données soumises avant et après la randomisation. Le semi-paramétrique à risques proportionnels de Cox de régression a également été utilisé de même que l'approximation Efron de la probabilité exacte.</p> <p>Les variables à mesurer sont décrites et opérationnalisées.</p>
<p>Déroulement de l'étude</p>	<p><b>Procédure de recherche :</b>  En janvier 1994, les femmes enceintes bénéficiaires de soins prénatals au BWH ont été invitées à remplir un sondage sur la santé et les habitudes de grossesse. Ce questionnaire comprenait le T-ACE test. Parmi les 1165 femmes à qui on a demandé de remplir le questionnaire, 886 femmes étaient disposées à participer davantage à l'étude. Parmi ces 886 femmes, 532 (60%) avait un test T-ACE positif. 30% des 886 femmes ont répondu aux critères pour la suite de l'étude.  250 femmes ont donc été choisies pour participer à l'étude et les groupes AO et BI ont été répartis aléatoirement  L'intervention brève s'est déroulée comme suit : 1. Examen de la santé générale et du cours de la grossesse. 2. Examen du style de vie et des modifications apportées depuis la grossesse. 3. Demande au sujet d'articuler des objectifs de boissons durant la grossesse et leur raison. 4. Identifier les circonstances où le sujet serait tenté de boire. 5. Identifier des solutions pour éviter de boire. 6. Résumer la séance en insistant sur 4 points-clés et les noter dans un manuel à emporter à la maison.  Ensuite les 250 sujets ont été invités à revenir pour une entrevue de suivi post-partum où une évaluation de la consommation d'alcool durant la grossesse post-intervention pour le groupe BI a été faite.</p>

	<p><b>Ethique :</b></p> <p>Cette étude a été approuvée par le <i>Human Subjects Committee of the Brigham and Women's Hospital</i> et a reçu un Certificat de Confidentialité par <i>The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism</i>.</p> <p>Des consentements éclairés ont été obtenus par chaque sujet de l'étude.</p> <p>Les sujets ont été informés sur l'étude et sur le fait que leurs résultats ne figureraient pas dans le dossier médical et que la confidentialité était assurée.</p> <p>Les sujets ont reçu des honoraires pour participer à l'étude.</p>
<p><b>Résultats</b></p> <p>Traitement des données</p>	<p><b>Analyses statistiques :</b></p> <p>Entre le moment de l'évaluation et l'accouchement, le groupe AO a diminué sa consommation de 0,4 verres par jour et le groupe BI de 0,3 verres par jour. La différence de réduction de consommation entre les deux groupes n'est pas statistiquement significative.</p> <p>Parmi les 143 abstinents avant l'évaluation, 21 % n'a pas maintenu son abstinence pendant la période prénatale. Toutefois, les sujets abstinents de BI étaient plus susceptibles de maintenir leur abstinence (86% contre 72%, p 50,04).</p>
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Il y a un tableau statistique sur l'utilisation de substance comparée entre le groupe AO et le groupe BI.</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p><b>Interprétation des résultats</b> (à partir de recherches antérieures) :</p> <p>Les résultats (baisse de la consommation d'alcool avant l'accouchement, après l'évaluation) sont semblables à ceux des autres tentatives pour modifier la consommation d'alcool prénatale rapportés par Schorling (1993).</p> <p>Le risque de consommation d'alcool avant l'accouchement est près de trois fois plus élevé chez les sujets qui buvaient de l'alcool pendant la grossesse avant la BI ou AO.</p> <p>La BI seule semble avoir le plus d'effet pour les sujets qui étaient abstinents en pré-évaluation. La BI aurait pu être plus efficace si elle avait été comparée à une évaluation de l'alcoolisme plus rapide.</p> <p>Les diagnostics à vie du DSM-III-R de l'abus d'alcool, toxicomanie ou dépendance ne semblent pas influencer sur le risque pour la consommation d'alcool chez les sujets des deux groupes.</p> <p>Les sujets ont été interrogés après l'accouchement sur leur consommation avant l'accouchement, un moment où ils sont moins susceptibles de minimiser les rapports de la consommation d'alcool prénatale.</p> <hr/> <p>Généralisation des conclusions : elle constitue les limites de cette étude.</p> <hr/> <p><b>Limites de l'étude :</b></p> <p>Il est possible que des femmes particulièrement motivées aient été inscrites dans ce projet, ce qui peut expliquer le taux relativement élevé de femmes</p>

	<p>dépistées positives. Des femmes à la fois à dépistage positif et négatif ont été recrutées. De plus, le statut socio-économique était relativement élevé avec un bon statut et une bonne stabilité sociale, ce qui a pu avoir un bon pronostic pour toute intervention.</p> <p>Les sujets peuvent avoir sous-estimé leur consommation d'alcool, de peur de sanction médicales ou sociales, telles que la désapprobation (ils ont plus facilement rapporté des « gorgées » que des boissons entières).</p>
Perspectives futures	<p><b>Implications pour la pratique :</b></p> <p>Importance du dépistage de la consommation d'alcool prénatale.</p> <p><b>Implications pour la recherche :</b></p> <p>Des études futures pourraient se pencher sur l'impact d'une session de multiples interventions brèves. Elle pourraient aussi s'intéresser à l'impact d'une évaluation globale de la consommation d'alcool seule, et des sessions multiples d'interventions brèves.</p>
<b>Questions générales</b> Présentation	<p>L'article est bien écrit, bien structuré et se prête bien à l'analyse. Les différents points sont très détaillés.</p>
Evaluation globale	<p>Les résultats ne sont malheureusement pas très probants (pas de différence entre intervention brève et évaluation seule) mais ils montrent bien la nécessité de dépister la consommation d'alcool et l'importance de pratiquer encore des recherches sur ce thème.</p>

## Recherche 8

<b>Pregnancy, alcohol use and the effectiveness of written health education material</b>	
Calabro, K., Taylor, W.C. &Kapadia, A. (1996)	
Aspect du rapport	Commentaires
<b>Titre</b> Grossesse, consommation d'alcool et l'efficacité du matériel écrit d'éducation sanitaire. (Traduction libre)	Le titre ne permet pas vraiment de saisir le problème de recherche, qui dans cette étude, est plutôt le fait que les documents écrits n'ont souvent pas été testé pour leur efficacité.
<b>Résumé</b>	<b>Résumé</b> (contient les principales parties de la recherche) : Cette étude a été menée pour déterminer si les matériaux d'éducation sanitaire ont été plus efficaces lorsqu'ils sont écrits à un niveau moindre plutôt qu'à un niveau supérieur de lecture. L'étude a été menée sur 252 femmes anglophones et hispanophones qui ont testé des matériaux de lecture à un niveau de lecture de 3 <sup>ème</sup> ou de 10 <sup>ème</sup> année (selon leur choix : en espagnol ou en anglais). Les femmes ont été randomisées sur l'un des deux niveaux. Les participantes ont ensuite rempli le pré-test (lire le matériel d'éducation sanitaire) et ont été post-testées immédiatement après. Chez les participantes anglophones, le matériel écrit au niveau inférieur de lecture s'est montré plus efficace. Tandis que chez les hispanophones il n'y avait pas de changement significatif après la lecture du matériel.
<b>Introduction</b> Énoncé du problème	<b>Problème de recherche :</b> Les documents écrits n'ont souvent pas été testés pour leur efficacité et de nombreux matériaux de conseils prénataux sont écrits à des niveaux de lecture plus élevés que le niveau du public cible. Il n'y a pas de résultats publiés qui sont disponibles concernant les niveaux de lecture des femmes qui reçoivent des documents prénataux.  Les professionnels de la santé prodiguant des soins prénataux devraient conseiller vivement aux femmes enceintes de ne pas boire de l'alcool. Les femmes consultant les cliniques de santé publique peuvent recevoir des documents écrits destinés à renforcer les conseils des professionnels de ne pas consommer de l'alcool durant la grossesse.  <b>But :</b>

	<p>Cette étude a été menée pour déterminer si les femmes qui s'auto déclaraient comme consommatrice d'alcool faisait preuve de changement dans les connaissances, l'attitude et l'intention comportementale pour éviter la consommation d'alcool après avoir lu les documents écrits à un niveau moindre de lecture plutôt qu'à un niveau supérieur. Il s'agissait donc de déterminer si les matériaux d'éducation sanitaires étaient plus efficaces lorsqu'ils sont écrits à un niveau de lecture inférieur.</p>
Recension des écrits	<p><b>Variables étudiées :</b></p> <p>Variables dépendantes : La connaissance, les attitudes et l'intention comportementale pour éviter la consommation d'alcool durant la grossesse. Il y a aussi d'autres variables comprenant l'âge, l'éducation, l'origine ethnique, l'état matrimonial, la profession, le revenu, les conditions de vie, la grossesse, la parité et des variables concernant la consommation d'alcool.</p> <p>Variable indépendante : le matériel d'éducation sanitaire de niveau de lecture de 10<sup>ème</sup> année et le matériel d'éducation sanitaire de niveau de lecture de 3<sup>ème</sup> année.</p> <p>La variable indépendante n'est pas vraiment expliquée, ce serait intéressant d'avoir une description de ces niveaux de lecture afin de s'en faire une idée (il n'y pas forcément les mêmes systèmes de niveau d'un pays à l'autre).</p> <p>Les variables dépendantes ne sont pas décrites dans l'introduction.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Il n'y a pas de cadre théorique concernant les effets de l'alcool sur le fœtus et sur les autres variables étudiées.</p>
Hypothèses	<p>Hypothèses concernant les niveaux de lecture :</p> <p>Les chercheurs ont suggéré que les documents prénataux écrits aux niveaux de lecture de la 4<sup>ème</sup> à la 6<sup>ème</sup> année devraient être les plus appropriés pour les femmes fréquentant les cliniques de santé publique.</p> <p>Si les hypothèses concernant les niveaux de lecture sont exactes, en abaissant les niveaux de lecture des matériaux prénataux, la rétention et la compréhension des informations sera accrue et les matériaux vont influencer positivement les comportements de santé. Par conséquent, l'efficacité globale des matériaux de lecture peuvent influencer les connaissances, les attitudes et la pratique des lecteurs.</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	<p>Devis quantitatif expérimental (effet des variables indépendantes sur les variables dépendantes), étude comparative (2 groupes comparés).</p>
Population et contexte	<p><b>Echantillon :</b></p> <p>252 femmes enceintes âgées de 15 ans et plus qui ont visité les cliniques de santé publique dans la région sud-ouest des Etats-Unis. Ces femmes venaient pour la première visite prénatale entre juillet et décembre 1993. Les femmes étaient anglophones et hispanophones. L'échantillon est très détaillé ensuite dans les résultats.</p>

	<p>Une étude pilote a été menée pour obtenir une estimation de la variance des scores moyens de pré-et post-test de sorte que la taille de l'échantillon a pu être calculée. Un nombre de 252 femmes (126 et 126) a donc été nécessaire.</p>
Collecte des données et mesures	<p><b>Instruments de collecte des données :</b></p> <p><b>Grammatik 5</b>, un programme informatisé d'analyse du texte, a été utilisé pour calculer les niveaux de lecture des documents d'étude anglais. Aucun programme d'analyse de texte similaire n'a été utilisé pour les matériaux en espagnol.</p> <p>Une estimation de la fiabilité des pré-et post-tests a été réalisée en utilisant le <b>coefficient alpha de Cronbach</b>. L'auto-évaluation de la consommation d'alcool était effectuée à l'aide d'un questionnaire à choix multiples. Les chercheurs ont développé des pré-et post-tests (un total de 26 déclarations sur chaque test) qui contenaient neuf déclarations identiques (pour comparaison) et utilisé une <b>échelle de Likert à 5 points</b> pour les réponses. Les statistiques descriptives ont été calculées et les pré-et post-tests ont été comparés en utilisant des réponses des t-tests jumelés avec <b>Minitab logiciel</b> (les valeurs alpha de Cronbach ont été calculées en utilisant SPSS).</p> <p>Les variables à mesurer sont très peu décrites mais celles-ci sont opérationnalisées. On le voit dans les résultats.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les femmes ayant visité les cliniques de santé publiques entre juillet et décembre 1993, qui étaient admissibles à participer à l'étude et qui venaient pour leur première visite prénatale ont été séparées en deux groupes. Le premier groupe a reçu le matériel d'éducation sanitaire au niveau de lecture de 10<sup>ème</sup> année et le deuxième groupe le matériel au niveau de lecture de 3<sup>ème</sup> année. Le matériel d'éducation sanitaire a été créé par les auteurs de l'étude et a été conçu pour influencer sur les connaissances, les attitudes et l'intention comportementale pour éviter la consommation d'alcool pendant la grossesse. La consommation d'alcool était auto déclarée et a été évaluée avant et après la lecture des matériaux d'éducation sanitaire. Les femmes ont été assignées au hasard à l'un des deux groupes. Il y avait un pré-test qui déterminait les connaissances, les attitudes et l'intention comportementale de boire de l'alcool. Les participantes ont lu le matériel d'éducation sanitaire après le pré-test et ont immédiatement complété le post-test.</p> <p><b>Ethique :</b></p> <p>L'étude a été approuvée par les comités de protection des sujets humains de l'Université du Texas-Houston et par les institutions participantes. Un consentement éclairé écrit et verbal a été obtenu par tous les participants.</p>
Résultats Traitement des	<p><b>Résultats :</b></p> <p>Rapport d'auto-évaluation de la consommation d'alcool : 12% des femmes</p>

données	<p>anglophones ont déclaré consommer de l'alcool durant la grossesse contre 4% des femmes hispanophones.</p> <p>Niveau d'étude : 66% des femmes anglophones ont déclaré avoir achevé la 11<sup>e</sup> année ou plus. 7% ont quitté l'école avant la 9<sup>e</sup> année. 52% des hispanophones ont quitté l'école avant la 9<sup>e</sup> année. Plusieurs niveaux d'éducatons étaient représentés, allant de la 2<sup>e</sup> année à l'université.</p> <p><b>Pré et post-tests :</b></p> <p>(Le questionnaire comprenait 9 items sur les trois variables principales dépendantes (connaissances, attitudes et intentions comportementales pour éviter la consommation d'alcool) dans les pré-et post-test.)</p> <p>Pour les participantes anglophones, le matériel écrit au niveau inférieur de lecture a été plus efficace que le matériel au niveau plus élevé dans l'enseignement chez les femmes pour qui la consommation d'alcool n'est pas sans danger durant la grossesse.</p> <p>Il y avait moins de différence entre le pré-et post-test chez les participantes de langue espagnoles que chez celles de langues anglophones.</p> <p>Les participantes ayant lu le matériel d'éducation sanitaire de 3<sup>ème</sup> année ont montré une augmentation légèrement supérieure en pré-et post-test de l'intention comportementale pour éviter la consommation d'alcool durant la grossesse que celles ayant lu le matériel de 10<sup>ème</sup> année.</p> <p><b>Les femmes étaient plus influencées par la documentation écrite à un niveau de lecture de 3<sup>ème</sup> année. (Hypothèse confirmée : le matériel d'éducation sanitaire écrit à un niveau inférieur est plus efficace).</b></p>
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés sous formes de tableaux, en pourcentages (pour les données démographiques), en données statistiques (variations) et de manière claire.</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les principaux résultats sont interprétés à partir du cadre théorique conceptuel : Les matériaux d'éducation sanitaires de niveaux de 3<sup>ème</sup> année sont plus efficaces. Cela contraste avec la recommandation que les matériaux d'éducation sanitaire doivent être écrits au niveau de lecture de 4<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> année.</p> <p>Une autre étude (Mullen et al., 1991) est mise en lien avec la consommation d'alcool rapportée par les femmes enceintes anglophones 12% dans la présente étude contre 13,85% mentionné dans l'étude de 1991.</p> <p><b>Généralisation des conclusions :</b></p> <p>Les chercheurs abordent la généralisation des conclusions en recommandant aux spécialistes la façon de procéder à la mise en place de matériel écrit d'éducation sanitaire. D'après les chercheurs, la conclusion des résultats est généralisable, du moins pour les femmes anglophones.</p>

	<p><b>Limites :</b></p> <p>Malgré le temps considérable passé à la traduction, certaines participantes de langue hispanique avaient de la difficulté à comprendre le pré-et post-test. Les participantes anglophones et hispanophones avaient des niveaux de connaissances sur l'alcool plus élevées que ce à quoi les chercheurs s'attendaient. Le montant de la variation de la connaissance, des attitudes et de l'intention comportementale n'était pas aussi élevé que prévu parce que le point de départ initial était relativement élevé. Il y aurait peut-être eu des changements plus importants si les chercheurs avaient utilisé un sujet moins bien connu.</p> <p>Le temps entre le pré-et post-test était court, ce qui ne montre pas l'efficacité du matériel d'éducation sanitaire à long terme.</p>
Perspectives futures	<p><b>Pratique :</b></p> <p>Les chercheurs recommandent que les fournisseurs de matériel d'éducation sanitaire testent les niveaux de compréhension en lecture de leurs clients avant de concevoir et d'utiliser ces matériaux. Par les résultats de cette étude, les chercheurs recommandent également aux fournisseurs de ne pas présumer que toutes les femmes d'origine hispanique s'abstiennent de consommer de l'alcool durant la grossesse.</p> <p>En outre, les cliniciens ayant des patients dont le niveau d'alphabétisation est faible devraient être avertis de ne pas s'appuyer sur des documents écrits pour renforcer les messages de santé, ils sont seulement complémentaires.</p> <p>Toutes les femmes enceintes en quête de soins prénataux ont besoin que l'offre en soin comprenne des questions et des conseils sur l'abstinence prénatale d'alcool.</p> <p><b>Recherche :</b></p> <p>Pour les recherches futures, les auteurs de l'étude recommandent le test de documents écrits et de compréhension de lecture sur des sujets qui ont besoin de meilleures connaissances. De plus, il peut être utile d'utiliser un temps plus long entre le pré-et post-test pour voir si, à long terme l'évolution des connaissances, l'attitude et l'intention comportementale sont obtenus.</p>
<p><b>Questions générales</b> Présentation</p>	<p>L'article est bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour l'analyse du contenu.</p>
Evaluation globale	<p>Les résultats sont probants et susceptibles d'être utilisés dans la pratique, à savoir que le niveau de lecture des documents d'informations écrits doit être assez bas pour être abordable par toutes les femmes enceintes.</p>

## Recherche 9

<b>Preventing Alcohol-Exposed Pregnancies : A Randomized Controlled Trial</b>	
Floyd, R.L., Sobell, M., Velasquez, M.M., Ingersoll, K., Nettleman, M., Sobell, L., Dolan Mullen, P., Ceperich, S., Von Sternberg, K., Bolton, B., Skarpnness, B., & Nagaraja, J. (2007)	
Aspect du rapport	Commentaires
<b>Titre</b> Prévention des grossesses exposées à l'alcool Une étude randomisée contrôlée. (Traduction libre)	<p>Il est difficile de saisir tout à fait le problème de recherche dans ce titre car on ne voit pas vraiment où les chercheurs veulent en venir. Est-ce le fait de consommer de l'alcool qui conduit à une grossesse non désirée ou alors la grossesse est présente mais exposée à l'alcool ?</p> <p>On ne discerne pas, dans le titre, lequel de ces sujet va être abordé. En fait, il s'agit des deux sur le reste de l'étude.</p>
<b>Résumé</b>	<p>L'exposition prénatale à l'alcool peut être prévenue et est la cause de séquelles à la naissance et de troubles du développement aux USA. Une étude randomisée contrôlée comprenant un bref entretien motivationnel a été menée pour réduire le risque d'une grossesse exposée à l'alcool chez les femmes en âge de procréer qui allient les risques de la consommation d'alcool et l'usage d'une contraception inefficace.</p> <p>Un total de 830 femmes en âge de procréer (18-44ans pour cette étude). Les participantes ont été randomisées pour recevoir soit les informations et un entretien motivationnel bref soit seulement les informations. Les femmes qui consommaient plus de 5 verres en une journée ou plus de 8 verres par semaine ont été considérées comme des buveuses à risque. Les femmes qui avaient des rapports sans contraception efficace étaient considérées comme à risque de grossesse.</p> <p>A travers la période suivant l'entretien et ou l'information, les chances de réduire les risques de GEA (grossesse exposée à l'alcool) étaient deux fois plus grandes dans le groupe d'intervention (entretien motivationnel et intervention) : 3 mois 2,31 CI (intervalle de confiance), 6 mois 2,15 CI et 9 mois 2,11 CI. Un bref entretien motivationnel peut réduire les risque de GEA.</p>
<b>Introduction</b> Énoncé du problème	<p><b>Problème :</b></p> <p>L'alcool est un produit tératogène et cause des dégâts à la naissance et des séquelles développementales qui peuvent être prévenus à 100%.</p> <p>La plupart des femmes réduisent leur consommation au moment où elles découvrent leur grossesse, mais beaucoup ne savent pas qu'elles sont</p>

	<p>enceintes durant les premières semaines de gestation et continuent de boire de façon dangereuse.</p> <p>En outre, aux USA, près de la moitié des grossesses sont non désirées. Près de 50% des grossesses non désirées surviennent chez les femmes qui utilisent une contraception inefficace ou ne l'utilisent pas toujours.</p> <p>De plus, des études des « Centers for Disease Control and Prevention » montrent que près d'une femme sur deux en âge de procréer (18-44 ans) a reporté avoir consommé de l'alcool dans le mois passé et une sur huit a déclaré un « binge drinking » (épisode d'envie de boire où il est impossible de résister).</p> <p><b>Buts :</b></p> <p>Améliorer la contraception efficacement chez les femmes en âge de procréer qui sont des buveuses à risque (consommation de 8 verres par semaine ou 5 verres ou plus par occasion, ou rapportant un « binge drinking ».</p> <p>Encourager les femmes à changer l'un ou l'autre des comportements cibles de consommation à risque et l'utilisation de la contraception efficace.</p>
Recension des écrits	<p><b>Variables étudiées :</b></p> <p>Variables dépendantes : Contraception inefficace chez les femmes en âge de procréer. Consommation à risque. Risque de grossesse exposée à l'alcool (GEA).</p> <p>Variable indépendante : entretien motivationnel qui vise à accroître la motivation.</p> <p>La variable indépendante est décrite et expliquée. Par rapport aux variables dépendantes, il manque la recension des connaissances par rapport à la contraception et la grossesse exposée à l'alcool. La consommation à risque et décrite.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Il n'y pas de cadre théorique ou conceptuel défini, seules les variables sont décrites et définies pour certaines.
Hypothèses	<p><b>Hypothèses :</b></p> <p>Améliorer l'efficacité de la contraception pourrait permettre d'éviter de nombreuses grossesses exposées à l'alcool.</p> <p>Les femmes à risque de GEA ayant reçu l'intervention brève motivationnelle seraient considérablement plus susceptibles de réduire leur risque que les femmes à risque ayant reçu l'information seulement.</p> <p>Les hypothèses découlent d'une étude de faisabilité du projet CHOIX qui a évalué une intervention motivationnelle chez les femmes à risque de GEA. L'intervention était basée sur la théorie et la recherche dans les interventions brèves, l'entretien motivationnel et le modèle transthéorique. Après un post enrôlement de 6 mois, 68,5% des femmes avaient réduit leur risque de GEA en réduisant leur consommation, en utilisant des méthodes de contraception</p>

	efficace ou les deux. Cette étude randomisée et contrôlée découle du projet de faisabilité.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Devis quantitatif, étude randomisée, contrôlée et longitudinale (3, 6 et 9 mois).
Population et contexte	<p><b>Echantillon :</b> Critères d'inclusion : Femmes âgées de 18-44 ans. Aucune condition entraînant une stérilité, pas enceintes ou prévoyant de le devenir au cours des 9 prochains mois, ayant eu des rapports sexuels vaginaux au cours des 3 derniers mois avec un homme fertile, sans utiliser de contraception efficace, engagées dans la consommation d'alcool à risque, disponibles pour la période de suivi. La description de la population est suffisamment détaillée.</p>
	<p><b>Taille de l'échantillon :</b> L'étude a été menée dans six milieux communautaires, des prisons, des centres de traitement de l'alcoolisme et de l'abus de drogues, des pratiques de soins primaires dans des banlieues, une clinique de gynécologie en milieu hospitalier, une organisation Medicaid de maintien de la santé. Un total de 830 femmes ont été recrutées dans six divers settings en Floride, Texas et Virginie. La taille de l'échantillon est adéquate, le nombre est représentatif (pas toutes les femmes sont des buveuses à risque donc 830 c'est beaucoup).</p>
Collecte des données et mesures	<p><b>Instruments de collecte des données :</b> Un programme de randomisation a été développé en utilisant Microsoft Visual Basic 6.0 Edition Professionnelle pour générer des identifiants uniques 200 (IDS), séparément pour chaque site et pour assigner au hasard chaque ID, soit l'intervention ou le groupe de contrôle avec un nombre égal (n_100) dans chaque groupe. Les résultats de l'étude primaire ont été évalués en utilisant le calendrier followback method (TLFB). Le TLFB a été évalué en profondeur avec les populations cliniques et non cliniques. Pour améliorer la fiabilité des données TLFB, des enquêteurs formés ont administré l'instrument en utilisant des aide-mémoires. La balance décisionnelle pour l'alcool la contraception a évalué les avantages et les inconvénients de l'alcool et du recours à la contraception. Les processus de changements ont été évalués pour l'alcool et la contraception à l'aide d'un questionnaire de confiance bref de la situation (BSCQ). La confiance dans l'utilisation de la contraception a été mesurée en utilisant l'auto-efficacité. <b>Analyses statistiques :</b> Les caractéristiques démographiques et comportementales ont été comparés</p>

	<p>entre les groupes d'intervention et de contrôle au départ à tous les participants (n_830) qui ont été randomisés en utilisant les tests exacts de Fisher sur les variables nominales telles que la race, le sexe, l'état matrimonial, l'éducation et le revenu. Les autres variables, comme l'âge, le score AUDIT, le nombre de boissons et le nombre d'épisode de « binge drinking » ont été comparées en utilisant le test t de Satterthwaite.</p> <p>Un approche généralisée pour estimer l'analyse des équations a été utilisée. Elle intègre la corrélation intra-sujet résultant des mesures répétées en supposant une variance d'erreur symétrique de covariance qui représentait les changements de comportement chez les femmes au cours des trois périodes dans le calcul de l'odds ratio (OR) des estimations. Les odds ratios et les coefficients de régression ont été calculés à l'aide de SAS43 pour chaque mesure de résultat.</p> <p>Des analyses complémentaires ont été menées pour évaluer le biais potentiel dans les résultats globaux.</p>
	<p>Les variables à mesurer sont décrites et opérationnalisées.</p>
<p>Déroulement de l'étude</p>	<p><b>Procédure de recherche :</b></p> <p>Le recrutement s'est déroulé entre juillet 2002 et janvier 2004, et la période de suivi a pris fin en août 2005.</p> <p>Les participantes ont été randomisées en deux groupes : le groupe recevant seulement les informations (IO : groupe témoin ou contrôle) et le groupe recevant les informations et les conseils (IPC : groupe d'intervention).</p> <p>Les femmes assignées au groupe témoin ont reçu des brochures sur la consommation d'alcool et la santé des femmes en général et un guide d'aiguillage vers les ressources locales. L'intervention a été livrée plus de 14 semaines après avec environ 2 à 3 semaines entre les séances. Les séances de conseils et la visite de consultation de contraception duraient chacune 45-60 minutes. Les participantes ont été contactées 3, 6 et 9 mois plus tard pour les évaluations de suivi.</p> <p><b>Ethique :</b></p> <p>Les participants ont fourni un consentement éclairé écrit, et les protocoles d'étude ont été approuvés par les commissions d'examen institutionnelles au CDC et à chaque université participante. Un certificat de confidentialité a été obtenu à partir de la CDC.</p> <p>Tous les participants ont été remboursés pour le temps et les voyages, sauf les personnes incarcérées qui n'ont pas été autorisées à recevoir des remboursements.</p>
<p><b>Résultats</b></p>	<p><b>Principaux résultats :</b></p>

<p>Traitement des données</p>	<p>56% des femmes répondaient aux critères de dépendance à l'alcool sur une liste de contrôle du DSM-IV, et l'utilisation de drogues illicites et le tabagisme étaient très répandus dans la population. Dans le groupe intervention, plus de 98% des femmes ont reçu au moins une session de counseling et 63% ont reçu les 4 sessions.</p> <p>Les femmes du groupe d'intervention à 9 mois de suivi étaient plus susceptibles de réduire la consommation d'alcool au-dessous des niveaux à risque (95%) et étaient également plus enclines à utiliser une contraception efficace (95%). L'effet d'une brève intervention motivationnelle était conforme à chaque phase de suivi avec aucune interaction significative entre l'intervention et la phase de suivi.</p> <p><b>Les différences en pourcentage dans la réduction du risque de GEA dans l'intervention comparativement au groupe témoin étaient de 18%, 17% et 14,8% à 3, 6 et 9 mois, avec une moyenne globale de 16,6%. Bien que beaucoup plus de femmes dans le groupe d'intervention ont réduit leur risque de GEA, beaucoup de femmes dans le groupe contrôle l'ont également fait au cours de l'étude.</b></p> <p>A trois mois de suivi, 10% de plus de femmes dans le groupe d'intervention que dans le groupe témoin ont réduit à la fois les comportements à risque et la consommation d'alcool. Cette différence est passée à 13% à neuf mois de suivi.</p> <p><b>Cette étude a donc montré qu'une brève intervention motivationnelle diminue considérablement le risque de GEA chez les femmes à haut risque en modifiant les comportements ciblés de consommation à risque et en utilisant une contraception efficace.</b></p>
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Les résultats sont présentés sous forme de pourcentage et des tableaux, ainsi que des schémas les illustrent.</p>
<p><b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les principaux résultats ne sont pas interprétés à l'aide d'un cadre théorique conceptuel mais à l'aide de recherches antérieures. L'efficacité des interventions brèves pour réduire la consommation à risque a été bien établie dans des essais cliniques antérieurs (par exemple : Miller, Wilbourne &amp; Hettema., 2003).</p> <p>Bien que les femmes des deux groupes ont diminué leur risque de GEA en instituant un changement dans leur comportement à risque, le groupe intervention avait des chances deux fois plus grandes de diminuer ces risques que le groupe contrôle à neuf mois de suivi. De plus, les femmes recevant l'intervention étaient plus susceptibles d'adopter des changements dans les deux comportements simultanément (contraception et alcool), ce qui maximisait les risques.</p>

	<p><b>Généralisation des conclusions :</b> La généralisation des conclusions est une limite de cette étude.</p> <p><b>Limites :</b> Bien que les auto-évaluations sont la source des données principales à des fins cliniques et de recherche, un certain scepticisme subsiste sur les rapports de ces auto-évaluations. Cependant, de nombreuses grandes revues ont conclu que les auto-évaluations rétrospectives de la consommation d'alcool montrent la fiabilité et la validité lorsque les données sont collectées dans des situations qui minimisent les biais (par exemple, lorsque la confidentialité est assurée, ce qui était le cas dans cette étude). Une autre limite potentielle est le nombre de participantes perdues au cours du suivi de 9 mois, mais plusieurs analyses portant sur cette question ont trouvé des preuves que l'intervention a été robuste, et que son effet n'a pas été probablement biaisé par des modèles systématiques de participants perdus lors du suivi. Il y a aussi le fait qu'on ne sait pas quelle composante de l'intervention a été efficace. Enfin, cette étude a été menée dans des milieux ciblés et sa généralisation peut porter uniquement sur les populations similaires à ce moment.</p>
Perspectives futures	<p><b>Implication pour la recherche :</b> Des recherches complémentaires sont nécessaires pour déterminer quels composants de l'intervention sont les plus efficaces, comment une intervention minimale peut s'avérer efficace dans d'autres populations non incluses dans cette étude.</p> <p><b>Implications pour la pratique :</b> Cette étude a démontré qu'une brève intervention comportementale de motivation produit des réductions significatives du risque de GEA chez les femmes présentant des critères de risque élevé. Comme les interventions brèves sont rentables, la mise en œuvre à grande échelle des brèves interventions devraient avoir lieu dans les milieux de santé publique pour réduire le risque de GEA dans les populations à risque élevé.</p>
<p><b>Questions générales</b> Présentation</p>	L'article est bien présenté, bien structuré et suffisamment détaillé.
Evaluation globale	Les résultats sont probants et susceptibles d'être utilisés dans la pratique : une intervention brève motivationnelle est efficace.

## Recherche 10

<b>Brief Intervention for Prenatal Alcohol Use : A Randomized Trial</b>	
Chang, G., McNamara, T.K., Orav, J., Koby, D., Lavigne, A., Ludman, B., Vincitorio, N.A. & Wilkins-Haug, L. (2005a).	
<b>Aspect du rapport</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Titre</b> Intervention brève pour la consommation d'alcool prénatale : un essai randomisé (Traduction libre)	Le titre ne permet pas tout à fait de saisir le problème de recherche. En effet, celui-ci parle du thème mais ne montre pas le but de l'intervention brève. Le titre pourrait être : Efficacité d'une intervention brève pour diminuer la consommation d'alcool pendant la grossesse. Ainsi, on saisirait plus vite le problème de recherche.
<b>Résumé</b>	Le résumé contient les principales parties de la recherche sauf l'introduction. <b>Résumé :</b> Un essai randomisé d'une brève session unique a ainsi été réalisée par l'infirmière de l'étude ou le chercheur principal à 304 femmes enceintes et leurs partenaires. Les femmes ayant un T-ACE test positif (test de dépistage de la consommation d'alcool) et qui étaient à risque de consommation d'alcool durant la grossesse. La consommation d'alcool prénatale a diminuée tant dans le groupe traitement que dans le groupe de contrôle, après l'inscription à l'étude. Les facteurs associés à l'utilisation accrue d'alcool prénatal après la randomisation sont les suivant : un plus grand nombre d'années d'études, l'étendue de la consommation précédente et la tentation de boire dans des situations sociales. L'intervention brève réduit plus significativement l'alcool prénatal chez les femmes ayant une plus forte consommation. En outre, les effets de l'intervention brève ont été considérablement améliorés quand un partenaire a participé. Les recommandations comprennent le dépistage cohérent de l'utilisation d'alcool prénatale suivie d'une évaluation de diagnostic quand cela est nécessaire et si celle-ci est confirmée, une intervention brève chez la patiente incluant le partenaire est indiquée pour les plus gros buveurs.
<b>Introduction</b> Énoncé du problème	<b>Problème de recherche :</b> L'utilisation maternelle prénatale d'alcool est l'une des principales causes évitable de malformations congénitales, retard mental, et troubles neurodéveloppementaux aux Etats-Unis. Malgré l'accumulation de preuves que la consommation prénatale d'alcool à des niveaux inférieurs à un verre par jour peut nuire à la croissance fœtale et au développement, les femmes enceintes continuent de boire. En 1999, la prévalence de toute

	<p>consommation d'alcool chez les femmes enceintes était de 12,8% dont 6% qui en buvait plus de 7 verres par semaine et des qui rapportaient des épisodes de « binge drinking » (5 verres ou plus par épisodes).</p> <p><b>But de recherche :</b></p> <p>Le but de cette étude est de tester l'efficacité d'une intervention brève sur la réduction de la consommation d'alcool prénatale chez les femmes lorsque le partenaire est inclus.</p> <p><b>Question de recherche :</b></p> <p>De la pourrait découler la question de recherche suivante (elle ne figure pas dans l'étude) : Une intervention brève sur la réduction de la consommation d'alcool est-elle plus efficace lorsque le partenaire est inclus ?</p>
Recension des écrits	<p><b>Variables :</b></p> <p>Intervention brève avec ou sans partenaire inclus</p> <p>Consommation d'alcool pendant la grossesse (12,8% des femmes en 1999)</p> <p>Abstinence à l'alcool durant la grossesse (recommandation de l' <i>American Academy of Pediatrics</i> et l' <i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i> )</p> <p>La présence des futurs pères, partenaires lors de l'intervention brève comme influence pour modifier les comportements prénataux.</p> <p>Les connaissances sur les variables étudiées sont présentes.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Les principales théories est concepts sont définies brièvement (effet de l'alcool sur le fœtus, influence du partenaire sur le comportement de la mère.)</p> <p>L'intervention brève est expliquée dans la méthode.</p>
Hypothèses	<p>Bien que les deux groupes de femmes enceintes vont démontrer une réduction dans l'utilisation prénatale d'alcool, celles qui ont été randomisées avec leur partenaire auront une plus grande inclination à la diminution de la boisson durant la grossesse.</p> <p>Ces hypothèses découlent de recherches antérieures en ce qui concerne l'influence d'un partenaire (Olsen, 1993. Watterson, Evans &amp; Murray-Lyon, 1990). Quant à l'intervention brève, il n'y a pas d'étude citée d'où découle l'hypothèse de son efficacité dans l'introduction. Celle-ci est citée dans la méthode (Chang, Wilkins-Haug, Berman &amp; Goetz, (1999).</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	<p>Devis quantitatif, étude randomisée et contrôlée.</p>
Population et contexte	<p><b>Population :</b></p> <p>Les participants ont été évalués selon <b>4 critères d'inclusion :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Test T-ACE positif avec un score de 2 ou plus (4 questions qui valent 1 point par réponse positive).</li> </ol>

	<p>2. Etre a risque de consommation d'alcool prénatale (toute consommation durant la grossesse dans les trois mois précédant l'enrôlement à l'étude).</p> <p>3. Gestation de moins de 28 semaines et intention de mener la grossesse à terme.</p> <p>4. Acceptation du déroulement de l'étude qui incluse la randomisation par ordinateur, entretien de suivi post-partum, selection d'un partenaire qui voudra participer au diagnostic, à l'intervention brève à l'entretien de suivi post-partum.</p> <p><b>Critères d'exclusion :</b></p> <p>1. Traitement actuel pour abus de drogue ou d'alcool ou problématique d'abus de substance.</p> <p>2. Dépendance physique actuelle d'alcool nécessitant une assistance et supervision médicale de désintoxication.</p> <p>3. Consommation actuelle d'opiacés, cocaïne ou autres substance illicite.</p> <p>4. Inaptitude à répondre au questionnaire de l'étude.</p> <p>5. Intention d'interrompre la grossesse avant le terme.</p> <p>En plus des critères d'inclusion et d'exclusion, la description de l'échantillon est détaillée dans les résultats (caractéristiques démographiques).</p> <p><b>Taille de l'échantillon :</b></p> <p>Au total, 304 femmes enceintes ont été enrôlées à l'étude avec leur partenaire et ont été randomisées dans le groupe d'intervention brève avec l'entretien de diagnostic ou seulement dans le groupe de diagnostic (groupe contrôle).</p> <p>Il y avait donc 152 femmes dans le groupe d'intervention et 152 dans le groupe contrôle.</p> <p>La taille de l'échantillon est assez grande et adéquate par rapport au contexte de recherche avec ces critères d'inclusion et d'exclusion ci-dessus.</p>
Collecte des données et mesures	<p><b>Instrument de collecte des données :</b></p> <p>L'échelle d'auto-efficacité (Alcohol Abstinence Self-Efficacy) a été utilisée pour mesurer l'évaluation des participantes de leurs perceptions de tentation à boire et leur efficacité à s'abstenir dans 20 situations communes.</p> <p>Le questionnaire des faits de santé dans la grossesse (Healthy Pregnancy Facts) a également servi pour interroger les participantes sur les habitudes de santé durant la grossesse à juger par vrai ou faux.</p> <p><b>Instruments d'analyse des données :</b></p> <p>Les données ont été analysées à l'aide de techniques univariées et multivariées pour comparer le groupe intervention et le groupe contrôle avec l'instrument SAS 8,2 (SAS Institute, Cary, NC).</p>

	<p>Les variables à mesurer sont décrites et opérationnalisées :</p> <p>L'effet de l'intervention brève à a été évalué à l'aide de 3 variables dépendantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quantité de boisson par jour de consommation d'alcool (quantité).</li> <li>2. Pourcentage des jours de consommation d'alcool (fréquence).</li> <li>3. Mesure combinée entre quantité et fréquence subséquente à l'enrôlement à l'étude.</li> </ol>
<p>Déroulement de l'étude</p>	<p>La procédure de recherche est décrite et imagée à l'aide d'un schéma :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Personnes évaluées pour inclusion à l'étude (N=2927)  Exclus (N=2,623) :  N'ont pas rempli les critères d'inclusion, ont refusé de participer, le contact n'a pas pu être établi.</li> <li>2. Randomisés (N= 304)  Groupe d'intervention (N=152), 118 ont reçu l'intervention et le diagnostic. 34 n'ont pas reçu l'intervention brève ou l'ont reçue sans le partenaire.  Groupe de contrôle (N=152), 152 ont reçu le diagnostic.  Tous ont été inclus dans l'analyse.</li> </ol> <p>Entre février 2000 et septembre 2002, 2927 questionnaires sur les habitudes de santé ont été remplis. 98% de ceux-ci ont été remplis au Women's Hospital et au Brigham, centre de soins prénataux. Les autres personnes ont répondu au questionnaire par email. Lors de l'interview diagnostic, les participantes enceintes ont complété un questionnaire avec différents items portants sur la consommation d'alcool et les habitudes de santé lors de la grossesse. Séparément, les partenaires ont rempli un questionnaire sur les habitudes de santé et des items concernant l'alcool.</p> <p>L'intervention brève a été donnée dans le groupe randomisé à cet effet. Elle comprenait des connaissances avec feedback, mise en place d'objectifs, des modifications comportementales et un résumé.</p> <p>Chaque intervention a duré 25 minutes en moyenne.</p> <p><b>Ethique :</b></p> <p>Un des critère d'enrôlement à l'étude était l'acceptation de la personne. Les participants ont été informés sur le déroulement de l'étude au moment de l'enrôlement. Les interventions brèves n'ont pas été enregistrées pour préserver la confidentialité des participants. Certains sujets n'étaient pas discutés en présence du pas été discutés en présence du partenaire pour des raisons de confidentialité (consommation actuelle d'alcool). Les participants ont reçu des honoraires pour leur enrôlement à l'étude.</p>

		<p>L'étude a été approuvée par l'<i>Institutional Review Board</i> de Brigham. Un certificat de confidentialité a été créé pour le projet, garantis par le Département de Service de Santé et d'Humain (traduction libre).</p>
<b>Résultats</b> Traitement des données		<p>La plupart des participantes ont sélectionné leur mari ou le père biologique de leur enfant pour l'étude.</p> <p>Le groupe traitement et le groupe contrôle avaient des résultats similaires pour l'échelle d'auto-efficacité de la confiance de pouvoir s'abstenir de l'alcool et de la tentation de boire dans 20 situations communes. Les deux groupes ont reporté que la tentation de boire la plus élevée survenait lors de situations sociales en comparaison avec d'autres circonstances.</p> <p>Il n'y avait pas de différence statistique significative lorsque les deux groupes étaient comparés dans la quantité et la fréquence de la consommation d'alcool durant la grossesse. En moyenne les deux groupes consommaient sur 20% des jours de la grossesse avec une médiane de 1,8 boisson par épisode. Moins de 10% étaient abstinentes.</p> <p>L'impact de l'intervention brève sur différents niveaux de consommation d'alcool prénatale a été évaluée. <b>L'intervention brève avait plus d'effet sur les femmes qui buvaient le plus au moment de l'enrôlement à l'étude. Une participante reportant une consommation de 15% de jours sur les jours de grossesse diminuait ce taux à 5% de jours si elle recevait seulement l'entretien diagnostique et à 3% de jours de consommation si elle recevait l'intervention brève en plus.</b></p> <p>D'autres variables ont été trouvées et qui augmentent le risque de consommation d'alcool après l'enrôlement : 3 variables augmentent le risque de boire : 1. Taux de consommation d'alcool avant l'enrôlement à l'étude. 2. Ampleur de l'éducation. 3. Nombre d'années de consommation régulière d'alcool.</p> <p>La tentation de boire dans les situations sociales incluait le risque de plus d'épisodes de boissons.</p> <p>Un sous-groupe évaluait l'effet du partenaire inclus dans l'intervention brève. <b>L'intervention brève était plus efficace pour les femmes qui buvaient le plus quand le partenaire était inclus.</b></p>
Présentation des résultats		<p>Des analyses statistiques ont été entreprises pour répondre aux hypothèses et les résultats sont présentés sous forme de tableaux et graphiques.</p>
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts		<p>Les résultats répondent aux hypothèses de recherche par l'affirmative. En effet, la consommation prénatale d'alcool a diminué dans les deux groupes après l'enrôlement à l'étude. L'intervention brève était plus efficace lorsque le partenaire était inclus.</p> <p>Les facteurs augmentant la consommation d'alcool durant la grossesse ont été identifiés :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Davantage d'éducation</li> <li>- Tentation de boire dans les situations sociales</li> <li>- Histoire précédente de boisson avec davantage de consommation sur des plus longues périodes de temps.</li> <li>- Plus de consommation prénatale au moment de l'enrôlement.</li> </ul> <p>Ces résultats sont cohérents avec d'autres études (Stratton, Howe, Battaglia, 1996. Ebrahim, Luman, Floyd, Murphy, Bennett, Boyle, 1998).</p> <p>En revanche, davantage de confiance dans la gestion de la tentation de boire dans les situations sociales est associée avec une consommation plus basse.</p>
	<p>La généralisation des conclusions est une limite de cette étude.</p>
	<p><b>Limites :</b></p> <p>Une limitation de cette étude est la généralisation des conclusions incluant la possibilité de biais dans l'assemblage, en dépit d'un taux de près de 90% dans l'enrôlement. Par exemple, ce sont peut-être des femmes particulièrement motivées qui ont été inclinées à participer à l'étude.</p> <p>De plus, le taux élevé de confiance de l'échelle d'auto-évaluation de l'auto-efficacité de l'abstinence à l'alcool peut refléter certaines limitations de cette étude car il est possible que les participants aient surestimé leur efficacité à gérer certaines situations à risque.</p>
<p>Perspectives futures</p>	<p>Recommandation pour la recherche :</p> <p>D'abord des dépistages cohérents pour l'utilisation prénatale d'alcool avec un instrument validé intégré à une information sur le patient qui peut apporter des informations précieuses au clinicien. Ensuite, un entretien diagnostique sur la consommation d'alcool. Le dépistage et le diagnostic sont peut-être l'approche la plus parcimonieuse de l'identification et la gestion des risques de consommation durant la grossesse.</p> <p><b>Implication pour la pratique :</b></p> <p>Une intervention brève incluant non seulement la femme enceinte mais aussi le partenaire de son choix peut être spécialement efficace pour ces femmes qui boivent plus durant la grossesse et avant.</p> <p>Enfin, les situations sociales apparaissent comme les plus « risquées » pour la consommation d'alcool prénatale. Ainsi, des techniques augmentant la gestion de ces risques spécifiques sont nécessaires.</p>
<p><b>Questions générales</b> Présentation</p>	<p>L'article est bien écrit, bien structuré et se prête facilement à une analyse minutieuse.</p>
<p>Evaluation globale</p>	<p>Les résultats sont probants et susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière (inclure le partenaire du choix de la patiente dans l'intervention</p>

	brève et aider la patiente à trouver des techniques dans la gestion de situations où elle est tentée de boire).
--	---

## Recherche 11

<b>Brief intervention for prenatal alcohol use : The role of drinking goal selection</b>	
Chang, G., McNamara, T.K., Orav, E.J. & Wilkins-Haug, L.(2006a).	
<b>Aspect du rapport</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Titre</b> Intervention brève sur l'utilisation d'alcool prénatale : le rôle de la sélection d'un but de boisson. (Traduction libre)	Le titre permet de saisir le problème de recherche qui est la consommation d'alcool prénatale.
<b>Résumé</b>	<p>Les problèmes de comportement et les déficits cognitifs résultant même de petites quantités lors de l'exposition prénatale à l'alcool peuvent être importants et durables mais tout à fait évitables.</p> <p><b>But de l'étude :</b>            Examiner l'impact d'un objectif de consommation d'alcool prénatale sélectionné au cours d'une brève intervention chez 115 femmes enceintes et leurs partenaires.</p> <p>Des proportions plus élevées des femmes ont choisi l'abstinence comme objectif. L'objectif de sélection était hautement prédictif de comportement de boisson ultérieur. Les participants qui étaient abstinents à l'inscription et qui ont choisi de rester abstinents avaient les taux les plus élevés d'abstinence. En revanche, les femmes qui ont choisi de diminuer leur consommation étaient les moins susceptibles de boire moins par la suite, en dépit de la reconnaissance des situations les mettant les plus à risque de boire et identifiaient plus facilement des alternatives à la consommation.</p> <p>Le choix de but en autogestion comportemental de la consommation d'alcool prénatale par les femmes enceintes est essentiel.</p> <p><b>Question de recherche :</b>            Pas formulée mais pourrait découler du but de l'étude :            Un objectif de consommation d'alcool sélectionné au cours d'une brève intervention a-t-il un impact sur la prise d'alcool prénatale ?</p>
<b>Introduction</b> Énoncé du problème	<p><b>Problème :</b>            Un avis récent sur la consommation d'alcool pendant la grossesse de la <i>US Surgeon General</i> (Bureau de la Surgeon General, 2005) a souligné qu'aucun seuil de consommation d'alcool prénatale ne peut être considéré comme sûr.</p>

	<p>Les séquelles de la consommation d'alcool par la mère sur le fœtus sont durables mais tout à fait évitable. Bien que des preuves disponibles indiquent que les taux globaux de toute consommation d'alcool pendant la grossesse ont diminué depuis 1995, les taux de la consommation d'alcool avec frénésie (binge drinking) n'ont quant à eux pas changé et ont même dépassé les objectifs de l'initiative 2010 pour les gens en santé (Centers for Disease Control, 2002).</p> <p>De plus, il est probable que la plupart des femmes enceintes qui admettent consommer de l'alcool ne sont pas nécessiteuses d'un traitement traditionnel pour l'alcoolisme.</p>
Recension des écrits	<p>Variables étudiées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation prénatale d'alcool (mentionné plus haut dans l'énoncé du problème avec appuis d'autres études).</li> <li>- Intervention brève : ont démontré être bénéfiques (Moyer, Finney, Swearingnen &amp; Vergun, 2002) et ont été aussi développées pour les femmes enceintes, population pour laquelle l'abstinence est recommandée (Sokol, Delaney-Noire &amp; Nordstorm, 2003).</li> <li>- Objectif de consommation : il a été démontré que les femmes ayant choisi l'abstinence ont montré une plus grande réduction de leur consommation (Chang, Goetz, Wilkins-Haug &amp; Berman, 2000).</li> </ul> <p>Les connaissances des variables étudiées découlent d'autres études.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Les principales théories et concepts sont définis (intervention brève, consommation d'alcool) et surtout appuyée par d'autres études.</p> <p>Il est très intéressant de relater qu'on ne peut pas connaître le seuil d'alcool pouvant être consommé durant la grossesse (Bureau de la Surgeon General, 2005). Il est également indiqué que l'exposition à l'alcool in utero engendre des problèmes cognitifs et comportementaux. Cependant, il manque, à mes yeux, une explication plus en détail sur l'ensemble des séquelles présentes chez le bébé dont la mère à consommé de l'alcool durant la grossesse et leur impact sur la vie à long terme. Ceci pourrait aider à contribuer à souligner l'importance de cette étude.</p>
Hypothèses	<p>Il n'y a pas de formulation d'hypothèse. Toutefois, les variables à étudier sont appuyées par les résultats d'études antérieures.</p> <p>Dans la méthode, les hypothèses suivantes sont formulées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les femmes enceintes qui étaient abstinentes au recrutement ou ayant choisi l'abstinence comme but de traitement montreront la plus grande fréquence d'abstinence. L'abstinence sera moins fréquente chez les femmes qui n'étaient pas abstinentes à l'enrôlement mais qui ont sélectionné l'abstinence comme objectif. L'abstinence sera la moins fréquentes chez les femmes qui ne l'étaient pas au recrutement et qui ont choisi la réduction</li> </ul>

	d'alcool et non l'abstinence.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Devis quantitatif, étude expérimentale (But : vérifier l'effet prévu entre les variables :intervention brève avec pose d'objectif aura un effet sur la consommation d'alcool prénatale).
Population et contexte	<p><b>Contexte :</b> Brigham et Women's Hospital à Boston.</p> <p><b>Population :</b> 115 couples sur 304 enrôlés dans une étude randomisée sur une intervention brève pour l'utilisation de l'alcool prénatal (Chang et al. 2005).</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Test T-ACE positif (instrument de dépistage de consommation d'alcool prénatale).</li> <li>2. A risque d'utilisation d'alcool prénatale (toute consommation d'alcool dans les trois mois précédant l'inscription à l'étude pendant la grossesse, consommation d'au moins un verre par jour dans les 6 mois précédents, consommation d'alcool au cours d'une grossesse précédente).</li> <li>3. Période de gestation de moins de 28 semaines avec intention de mener la grossesse à terme.</li> <li>4. Acceptation de participer à l'étude avec la randomisation, le traitement et la sélection d'un partenaire.</li> </ol>
	<p>Taille de l'échantillon :</p> <p>115 couples</p> <p>Ça n'est pas beaucoup mais toutefois assez pour avoir une réponse à la question de recherche. Il y aura des limites à la généralisation mais donnera une bonne idée pour l'implication à la recherche et à la pratique.</p>
Collecte des données et mesures	<p><b>Instruments de collectes des données :</b></p> <p>Dépistage de l'alcool : test T-ACE.</p> <p>Analyse des données :</p> <p>SAS 8,2 (Cary, NC) pour comparer la consommation prénatale et les but de l'intervention brève.</p> <p>Quand deux groupes de femmes ont été comparés (femmes abstinentes et non abstinentes lors de l'enrôlement), le test <math>\chi^2</math> a été utilisé pour comparer les variables dichotomiques.</p> <p>Quand trois groupes étaient comparés (femmes qui étaient abstinentes et voulaient le rester, femmes n'étant pas abstinentes mais voulant le devenir et femmes qui n'étaient pas abstinente mais qui ont choisi de réduire leur consommation), le test de Cochran-Armitage tendance a été utilisé (SAS Institute, 1999). Ce test est basé sur l'analyse <math>\chi^2</math> et suppose que les trois groupes sont liés de manière ordinale (càd l'abstinence sera la plus fréquente chez les femmes qui étaient abstinente au recrutement et ayant eu</p>

	l'abstinence comme objectif de traitement).
	Comme mentionné plus haut dans les instruments, on voit que les variables à mesurer sont décrites et opérationnalisées.
Dérroulement de l'étude	<p>115 couples sur 304 enrôlés dans une étude randomisée (Chang et al., 2005) ont participé à cette étude. 304 femmes enceintes qui avaient été dépistées positivement au test T-ACE ont sélectionné un partenaire pour rejoindre l'étude. Sur 152 couples randomisés, 118 ont complété l'intervention brève pour laquelle ils étaient randomisés. Trois couples n'ont pas répondu aux critères d'inclusion et ont donc été exclus.</p> <p>Les 115 couples ont reçu une seule session d'intervention brève donnée par des infirmières possédant un master ou l'investigateur principal de l'étude. L'intervention brève durait environ 25 minutes et portait sur les thèmes suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluation des connaissances et feedback</li> <li>2. Etablissement d'objectifs</li> <li>3. Modifications comportementales</li> <li>4. Résumé</li> </ol> <p>Avant l'intervention brève, chaque membre des couples a rempli un questionnaire sur les habitudes de santé pendant la grossesse et ce qu'il jugeait comme juste ou faux (<i>The Healthy Pregnancy Facts measure</i>). Cette mesure a servi de base pour l'évaluation des connaissances et le feedback. Les réponses des couples étaient examinées, leurs questions ont été éclaircies et discutées.</p> <p>Ensuite des objectifs et des contrats ont été établis et un objectif de consommation de consommation d'alcool prénatale a été établi. La justification du choix a été discutée.</p> <p>Le couple a été informé que l'abstinence lors de la grossesse est la recommandation la plus prudente.</p> <p><b>Ethique :</b></p> <p>Tout d'abord, un critère d'inclusion était l'acceptation à la participation à l'étude. Ensuite, la consommation d'alcool n'était pas discutée en présence du partenaire sauf en cas de volonté.</p> <p>Cette étude a été examinée et approuvée par la révision institutionnelle du conseil d'administration de l'hôpital Brigham et la Women's Hospital. En outre, un certificat de confidentialité pour le projet a été attribué par le ministère de la Santé et des Services sociaux.</p>
<b>Résultats</b> Traitement des	<b>Principaux résultats :</b> Les effets de l'intervention brève ont été considérablement améliorés quand

données	<p>un partenaire a participé (Chang et al., 2005).</p> <p>Les femmes qui étaient abstinentes au recrutement ne diffèrent pas de celles qui ne l'étaient pas du point de vue des caractéristiques démographiques et cliniques.</p> <p>Dans chaque groupe, plus de 80% des femmes ont nommé la santé de leur bébé comme raison principale pour amener un changement dans leur consommation d'alcool prénatale.</p> <p><b>Abstinence :</b></p> <p>La sélection de l'objectif (abstinence ou diminution) était hautement prédictive de la consommation d'alcool prénatale.</p> <p>Les femmes qui étaient abstinentes au recrutement et qui ont choisi de le rester (n=66) ont eu le taux d'abstinence le plus élevé (75%). Parmi celles qui n'étaient pas abstinentes au recrutement (n=49), la moitié qui a nommé l'abstinence (n=24) a atteint son objectif. Aucune des femmes qui consommaient de l'alcool durant la grossesse et qui ont choisi la réduction plutôt que l'abstinence (n=25) n'a fait preuve d'abstinence (0%) et étaient moins susceptibles de diminuer leur consommation comparativement aux autres.</p> <p>Les trois groupes différaient de manière significative en ce qui concernait l'identification des situations à risque. Les femmes abstinentes et ayant choisi de ne pas changer dans leur objectif avaient une liste de situations à risque plus petite que les autres groupes de femmes (<math>p = 0.1</math>). Celles qui n'étaient pas abstinentes lors de l'enrôlement avaient une liste de situation à risque près de trois fois supérieure et avaient également une liste d'alternatives à la consommation plus grande, quel que soit leur but.</p> <p>Il n'y avait aucune différence dans les comportements des partenaires dans les trois groupes de femmes enceintes.</p> <p>Dans l'ensemble, plus de partenaires ont choisi de diminuer leur consommation plutôt que d'y renoncer complètement.</p> <p>Relativement peu de partenaires ont offert un soutien spécifique (encouragement) aux femmes à s'abstenir, mais beaucoup ont pris des tâches supplémentaires au domicile ou autres activités visant à encourager le bien-être général des femmes (activités de soutien).</p> <p>Les résultats répondent au but de recherche et à chacune des hypothèses.</p>
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés sous forme de tableaux. Il n'y a pas de graphiques.</p> <p>Dans le texte, il n'y a pratiquement pas de pourcentages, ce qui rend la lecture moins agréables (il faut se référer aux tableaux pour avoir des résultats en pourcentages). (J'ai rajouté moi-même les pourcentages d'après le tableau).</p>

<p><b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les résultats sont interprétés à partir d'autres études.</p> <p>Les femmes enceintes qui choisissent l'abstinence comme objectif sont plus susceptibles de l'atteindre ou de la maintenir. On sait relativement peu sur les raisons de certaines femmes enceintes à éviter des comportements préjudiciables à la santé de leur enfant tandis que d'autres ne les évitent pas (Kost, Landry &amp; Darroch, 1998).</p> <p>Les femmes consommant durant la grossesse et choisissant de diminuer la consommation et non d'être abstinentes étaient capables de citer le plus grand nombre de situations les mettant dans un risque de consommation et d'identifier le plus grand nombre d'alternatives à la boisson.</p> <p>Une étude de 176 femmes enceintes françaises a constaté que les plus gros buveurs étaient les moins susceptibles de reconnaître les conséquences prénatales négatives (Lelong et al. 1995). De plus, il est inquiétant de constater que bon nombre des 1000 médecins qui ont répondu à un sondage (Diekman et al., 2000) n'étaient eux-mêmes pas convaincus que l'abstinence totale à l'alcool était nécessaire pour les femmes enceintes.</p> <hr/> <p>La généralisation des conclusions est abordée comme une limite de cette étude.</p> <hr/> <p><b>Limites :</b></p> <p>Les limites potentielles à la généralisation est la possibilité que les participantes peuvent avoir été particulièrement motivées, malgré la proportion importante de femmes qui voulaient diminuer plutôt que d'éliminer la consommation d'alcool prénatale. En outre, parce qu'elles étaient en mesure d'inclure un partenaire, les participantes peuvent avoir bénéficié d'un plan socio environnemental familial stable et favorable, facteurs améliorant les résultats thérapeutiques. D'autre part, les participants étaient généralement bien instruits et avec des revenus moyens.</p> <p>Il est également possible que les participantes aient sous-estimé leur consommation.</p>
<p>Perspectives futures</p>	<p><b>Implication pour la pratique</b></p> <p>Comme les interventions brèves deviennent plus répandues, les cliniciens devraient voir les résultats de cette étude avec un regard sur l'importance de la sélection d'un objectif dans l'autogestion d'un comportement.</p> <p>Dans les deux cas de figures présentés dans cette étude (femmes qui ont chois l'abstinence ou la réduction), les femmes pourraient bénéficier d'une attention clinique supplémentaire car il est clair que l'abstinence à l'alcool est la recommandation la plus sûre pour les femmes enceintes (Mukherjee, Hollins, Abou-Saleh &amp; Turk, 2005).</p> <p>Il n'y a pas d'implication pour la recherche mentionnée dans cette étude.</p>

<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est suffisamment détaillé, bien écrit et bien structuré pour se prêter à une analyse critique minutieuse.
Evaluation globale	Les résultats sont probants et susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière (importance de sélectionner un but : pour les infirmières travaillant dans la promotion de la santé, rôle de promotrice de la santé, influence du partenaire à impliquer dans les soins aux femmes enceintes (services de maternité et gynéco-obstétrique)).

## Recherche 12

<b>Stages of change and prenatal alcohol use</b>	
Chang, G., McNamara, T., Wilkins-Haug., L. & Orav, J. (2006b)	
<b>Aspect du rapport</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Titre</b> Etapes de changement et consommation d'alcool prénatale. (traduction libre)	Le titre contient le problème de recherche qui est la consommation d'alcool prénatale.
<b>Résumé</b>	<p>Cette étude évaluait les étapes de changement comme prédicateur de consommation d'alcool dans un échantillon de 301 femmes enceintes qui étaient soit dans le stade de pré contemplation (62%) ou dans le stade de l'action (38%) durant leur premier trimestre de grossesse. Les étapes de changement ont été distinguées entre les différentes habitudes de consommation d'alcool avant et après la grossesse. Les patientes dans le stade de pré contemplation ont bu plus par épisode et plus souvent avant la grossesse que celles qui étaient dans le stade de l'action.</p> <p>Toutefois, le stade de changement n'a pas directement permis de prédire l'utilisation prénatale à l'alcool. La tentation de boire de l'alcool était le meilleur prédicateur de consommation prénatale. Les femmes des deux étapes de changement ont réduit la quantité et la fréquence de leur consommation d'alcool pendant la grossesse et atteint des taux d'abstinence comparables.</p> <p>Le résumé contient les principales parties de la recherche.</p>
<b>Introduction</b> Énoncé du problème	<p><b>Problème de recherche :</b></p> <p>Parce qu'aucun montant de quantité d'alcool n'est sans danger durant la grossesse, il est hautement souhaitable de mieux comprendre pourquoi certaines femmes évitent l'alcool durant la grossesse et d'autres pas.</p> <p><b>But de recherche :</b></p> <p>Evaluer le stade de changement comme prédicateur de la consommation d'alcool dans un échantillon de femmes enceintes testées positivement à l'alcool ayant participé à une étude randomisée sur des brèves interventions (Chang, 2004/2005).</p>
Recension des écrits	<p><b>Variables étudiées :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consommation d'alcool durant la grossesse</li> <li>- Etapes de changement (motivation : élément clé dans le traitement et la récupération, Reimsa et al., 2005). Modèle transthéorique de</li> </ul>

	comportement intentionnel de changement (Allsop, 2003 ; DiClemente, 2003 ; DiClemente, Bellino & Neavins., 1999).
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont définis (Modèle transthéorique de comportement intentionnel de changement, étapes du changement) En ce qui concerne l'alcool et la grossesse figure le fait qu'aucune quantité n'est sûre durant la grossesse et les taux de consommation d'alcool prénatal (Centers for Disease Control and Prevention, 2002).
Hypothèses	Si le modèle transthéorique est applicable, les femmes se trouvant dans l'étape de l'action doivent démontrer une consommation d'alcool inférieure à celle des femmes se trouvant dans d'autres étapes. L'hypothèse est appuyée par la théorie du changement de Prochaska, DiClemente et Norcross (1992) et d'autres études donnent des exemples sur d'autres populations (Halldin & Wennberg, 2003 ; Hanovre et al. 2002 par exemple).
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Devis quantitatif. Étude descriptive comparative (but : analyser un concept : ici : consommation d'alcool durant la grossesse dans deux population différentes : groupe étape d'action et groupe étape de pré contemplation (ainsi que leurs caractéristiques) pour établir des similitudes ou des différences : baisse de la consommation d'alcool durant la grossesse).
Population et contexte	<b>Echantillon :</b> Les participantes étaient 301 (99%) de 304 femmes enceintes qui étaient inscrites dans un essai randomisé d'intervention brève pour une utilisation prénatale à l'alcool. Critères d'inclusion : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Test de dépistage à l'alcool (T-ACE) positif</li> <li>- Risque de consommation prénatale d'alcool</li> <li>- Consommation d'au moins un verre par jour dans les 6 mois précédant le recrutement.</li> <li>- Antécédent de consommation d'alcool au cours d'une grossesse précédente.</li> </ul> <b>Taille de l'échantillon :</b> 301 femmes au total. 187 ont été déterminées dans le stade de pré contemplation. 114 ont été déterminées dans le stade d'action. La taille de l'échantillon est correcte mais pourrait être plus grande afin d'amener une généralisation des résultats.
Collecte des données et mesures	<b>Instrument de collectes des données :</b> Les données ont été collectées par questionnaire. Questionnaire : T-ACE test, Alcohol Timeline Follow Back, Alcohol Abstinence Self-Efficacy pour le dépistage à l'alcool.

	<p>Le test RCQ un instrument à 12 items qui assignent les personnes ne recherchant pas un traitement dans le stade (pré contemplation, contemplation, action de changement) d'après ce qu'elles pensent de leur consommation à l'heure actuelle.</p> <p><b>Instrument d'analyse des données :</b></p> <p>Les données ont été analysées à l'aide de l'instrument SAS 8.2 (SAS Institute, Cary, NC).</p> <p>Les caractéristiques des femmes enceintes par l'étape de changement ont été comparées avec le t-test ou le test du chi-carré.</p> <p><b>Variables à mesurer :</b></p> <p>Elles sont opérationnalisées : évaluées à l'aide des instruments cités ci-dessus et analysées dans les résultats.</p>
<p>Déroulement de l'étude</p>	<p>Une première interview a été réalisée lors de l'inscription à l'étude à une moyenne de 11,5 semaines de gestation. Les femmes enceintes ont rempli un questionnaire de dépistage à l'alcool et définissant le stade dans lequel elles étaient.</p> <p>La deuxième entrevue a eu lieu à une moyenne de 78 jours après l'accouchement.</p> <p><b>Ethique :</b></p> <p>Les participants ont donné leur consentement éclairé écrit pour cette étude, qui a été examinée et approuvée par la Commission Institutionnelle de révision de l'hôpital de Brigham. Un certificat de confidentialité pour le projet a été accordé par le ministère de la Santé et des Services humains.</p>
<p><b>Résultats</b> Traitement des données</p>	<p>Des analyses statistiques présentées sous forme de tableau ont été entreprises pour répondre à l'hypothèse.</p>
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Lorsqu'on compare Les caractéristiques des femmes de la pré contemplation (n=187) et de l'action (n=114) les seules différences significatives sont les suivantes :</p> <p>Femmes de la pré contemplation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plus de première grossesse</li> <li>- Histoire moins fréquente de problèmes obstétriques</li> <li>- Moins de tentation de boire</li> </ul> <p><b>Comparaison entre les groupes :</b></p> <p>Avant la grossesse, les femmes du groupe précontemplation consommaient plus d'alcool (18,6% vs 13,4% de jours d'alcool) et en plus grande quantité (2,1 vs 1,6 verres par consommation).</p> <p><b>Les femmes des deux étapes ont réduit la quantité et la fréquence de leur consommation d'alcool pendant la grossesse</b> et atteint des taux comparables d'abstinence. Consommation au début de la grossesse avant</p>

	<p>l'enrôlement (donc avant intervention) : 2,9 % dans la pré contemplation et 2,1 % dans la contemplation (pourcentage de jour de boisson, j'ai calculé que boire un jour par semaine équivaut à 14,2% de jours de boisson).</p> <p>Consommation après le recrutement à l'étude (après l'intervention en jours de boisson) :</p> <p>2,1% dans la pré contemplation et 2,0% dans l'action.</p> <p><b>La différence entre les groupe n'est pas plus significative</b> en ce qui concerne la quantité de verres mais le groupe action a un consommation légèrement inférieure après le recrutement (0,38 verre par occasion vs 0,43).</p> <p><b>Facteur prédictif de consommation :</b></p> <p>L'étape du changement n'était pas prédictive de la consommation d'alcool prénatale.</p> <p>La <b>tentation de boire</b> et le seul prédicateur statistiquement significatif de fréquence et de quantité de consommation (p=0,3).</p>
<p><b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les résultats répondent à l'hypothèse mais de manière non significative car la différence entre les deux groupes est trop petite.</p> <p>Les patientes du stade de la précontemplation ont bu plus par épisode et plus souvent avant la grossesse que celles du stade de l'action.</p> <p>Le stade de changement n'a pas directement prédit l'utilisation d'alcool prénatale.</p> <p>La consommation d'alcool précédente, l'âge et l'éducation étaient les prédicateurs les plus significatifs de quantités de verres par consommation.</p> <p>La tentation de boire de l'alcool a été le meilleur prédicateur de la fréquence de consommation prénatale. Les femmes du groupe pré contemplation ont montré une consommation significativement plus grande après la grossesse.</p> <p>De façon inattendue, le groupe d'action a déclaré plus de tentations de boire de l'alcool, peut-être parce qu'il avait fait des réductions plus importantes dans la consommation.</p> <p>La moitié des participantes à l'étude est devenue abstinentes après l'inscription à l'étude.</p> <p>Les femmes enceintes ont longtemps été considérées comme étant très motivée à modifier les comportements tels que fumer (Boyd, 1985).</p> <p>La généralisation des conclusions est une limite de cette étude.</p> <p><b>Limites :</b></p> <p>Généralisation de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Caractéristiques de l'échantillon (l'enseignement supérieur, être non hispanique, avoir un emploi).</li> </ul> <p>Ces caractéristiques ont été montrées comme associées à un plus grande consommation d'alcool prénatal (Centers of Disease Control and Prevention,</p>

	<p>2002).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La sous-déclaration de la consommation d'alcool est possible.</li> </ul> <p>Les participantes ne semblaient pas être des buveuses excessives mais consommaient au-delà de toutes les recommandations d'abstinence pendant la grossesse.</p> <p>Le stade de changement n'a pas été mesuré en série et il n'était donc pas possible de déterminer la progression des stades de l'échantillon.</p>
Perspectives futures	<p><b>Implication pour la recherche :</b></p> <p>Le rôle décisif de l'étape du changement comme un facteur prédictif des habitudes de consommation d'alcool durant la grossesse nécessite une étude plus approfondie.</p> <p><b>Implication pour la pratique :</b></p> <p>Comme aucune quantité ne peut être considérée comme sûre durant la grossesse, il est important de définir des profils de consommation précédant la grossesse parmi les personnes présentant les facteurs de risque de consommation prénatale (âge, éducation).</p>
<b>Questions générales</b> Présentation	<p>L'article est bien écrit, suffisamment détaillé et se prête à une analyse minutieuse.</p>
Evaluation globale	<p>Les résultats ne sont pas très probants (pas de différence significative) mais sont néanmoins intéressants et peuvent être utilisés comme suit par l'infirmière au contact avec la femme enceinte ou désirant le devenir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Importance de déterminer la consommation d'alcool avant la grossesse (tentation de boire : facteur le plus prédictif)</li> <li>- Amener la patiente dans le stade d'action (il y avait moins de consommation avant, pendant et après la grossesse).</li> </ul>

## Recherche 13

<p align="center"><b>Using Drink Size to Talk About Drinking During Pregnancy : A Randomized Clinical Trial of Early Start Plus</b></p> <p>Armstrong, M.A., Kaskutas, L.A., Witbrodt, J., Taillac, C.J., Hung, Y.Y., Osejo, V.M. &amp; Escobar, G.J. (2008).</p>	
<b>Aspect du rapport</b>	<b>Commentaires</b>
<p><b>Titre</b> Utilisation de taille de boisson pour parler de la consommation d'alcool durant la grossesse : un essai clinique randomisé sur le programme <i>Early Start Plus</i>. (Traduction libre)</p>	<p>Le titre permet de saisir le problème de recherche qui est la consommation d'alcool durant la grossesse.</p>
<p><b>Résumé</b></p>	<p>Cet essai clinique a comparé deux interventions brèves sur l'alcool dans des cliniques prénatales : Early Start (ES, démarrage précoce), un dépistage de toxicomanie ou programme de traitement intégré avec des soins prénataux axés sur l'abstinence (n=298) et Early Start Plus (ESP), en ajoutant un système informatisé, outil d'évaluation de boissons, de tailles et d'intervention axés sur l'alcool (n=266). Le groupe contrôle était formé de consommateurs d'alcool non traités (n=344). Le groupe contrôle avait des taux plus défavorables de succès néonatale et maternelle.</p> <p>Pour le groupe ESP : les résultats étaient favorisés pour le travail prématuré et le groupe ES pour le faible poids de naissance.</p> <p>Aucune différence entre les ES et ESP n'était statistiquement significative. L'ESP fournit aux cliniciens un outil d'évaluation novateur qui crée et ouvre le dialogue sur l'alcool pendant la grossesse.</p>
<p><b>Introduction</b> Énoncé du problème</p>	<p><b>Problème :</b> La consommation d'alcool pendant la grossesse est un problème sérieux avec des effets néfastes sur les mères et leurs bébé (Armstrong et al., 2003 ; Daya et al., 1989 par exemple). Des études ont montré que la consommation d'alcool est liée aux troubles du spectre de l'alcoolisation foétale (Warren &amp; Foudin, 2001), au syndrome d'alcoolisation foétal (Jones &amp; Smith, 1973), à un faible poids de naissance (Little, 1977 ; Jaddoe et al., 2007), au travail prématuré, à l'accouchement prématuré (Jaddoe et al., 2007), à la mort intra-utérine (Burd, Roberts, Olson &amp; Odentaal, 2007) et au décollement</p>

	<p>placentaire (Tikkanen, Nuutila, Hiilesmaa, Paavonen, Ylikorkala, 2006).</p> <p><b>Buts de recherche :</b></p> <p>Comparer deux brèves interventions dans les cliniques de soins prénataux, l'une qui met l'accent sur l'abstinence (groupe de soins habituels : Early Start) et une autre qui vise à aider les femmes à boire moins lorsqu'elles disent qu'elles ne peuvent pas s'abstenir (groupe d'intervention : Early Start Plus).</p> <p>Evaluer les tailles des boissons des femmes et fournir l'occasion d'un dialogue honnête qui peut aider les femmes à réaliser à quel point elles consomment.</p>
Recension des écrits	<p><b>Variables :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Consommation d'alcool pendant la grossesse</b> (connaissances à l'aide d'autres études)</li> <li>- Intervention brèves (leur efficacité est prouvée avec d'autres études : Chang et al., 2005 par exemple). Dans cette étude sous forme de <b>Early Start et Early Start Plus</b>(avec taille des boissons).</li> </ul> <p><b>Résultats infantiles et maternels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Résultats infantiles : ventilation assistée, bas poids de naissance, accouchement prématuré (&lt; 35 semaines d'aménorrhées), admission en néonatalogie, ré hospitalisation.</li> <li>- Résultats maternels : pré éclampsie, travail prématuré.</li> </ul>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Intervention brève :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Appuyées avec d'autres études mais pas définie.</li> </ul> <p>Early start (démarrage précoce) n'est pas défini.</p> <p>La définition de l'intervention sur les tailles des boissons est présente dans la méthode.</p> <p>L'alcool durant la grossesse et ses effets sont définis.</p>
Hypothèses	<p>Il n'y a pas d'hypothèse formulée à proprement parler dans cette étude mais on peut comprendre l'hypothèse des auteurs de la manière suivante :</p> <p>Amener des conseils visant à réduire la consommation d'alcool chez ces femmes peut offrir une option qui est bénéfique (bien que probablement moins que l'abstinence) à la santé du fœtus, même si l'avis n'est suivi que par intermittence tout au long de la grossesse.</p> <p>Ces hypothèses découlent de l'état des connaissances mentionnées dans la recension des écrits et prennent appuis sur d'autres études.</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	<p>Devis quantitatif, étude randomisée et contrôlée (2 groupes sont répartis de manière aléatoire et sont comparés : randomisation et un groupe qui ne reçoit pas le Early Start ou le Early Start Plus est présent dans cette étude comme groupe contrôle afin de comparer l'effet de ces intervention sur les deux groupes randomisés par rapport à un groupe qui ne les reçoit pas).</p>

Population contexte et	<p><b>Echantillon :</b></p> <p>Au total (sur 1532 femmes évaluées pour être recrutées) entre 266 et 344 femmes par groupe (3 groupes) ont été jugées admissibles et ont consenti à participer.</p> <p>Critère d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluation positive à l'alcool</li> </ul> <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Arrivée tardive dans les soins prénataux.</li> <li>- Transfert des soins prénataux à un site à l'extérieur du setting de l'étude.</li> <li>- Perte de l'enfant à naître.</li> </ul> <p>Les caractéristiques démographiques des participantes sont décrites dans les résultats.</p> <hr/> <p>D'après les auteurs, la taille de l'échantillon a été réduite de moitié de ce qui était prévu (les participantes avaient accouché avant le deuxième entretien téléphonique).</p> <p>L'étude porte au total sur 908 femmes réparties en trois groupes.</p> <p>La taille de l'échantillon est tout à fait correcte, compte tenu du fait que le sujet de l'étude (alcool et grossesse) est un problème de santé publique.</p>
Collecte des données et mesures	<p><b>Instrument de collecte des données :</b></p> <p>Les données ont été collectées à l'aide d'une interview par téléphone.</p> <p><b>Instrument d'analyse des données :</b></p> <p>Tests exacts de Fisher ajustés pour tenir compte des comparaisons multiples (MULTEST procédure SAS) pour comparer les trois groupes d'études par paires et pour informer les analyses multi variées.</p> <p>Pour les résultats maternels et infantiles dans les trois groupes, les chercheurs ont utilisé l'analyse non linéaire des modèles mixtes pour tenir compte de la randomisation (procédure NLMIXED SAS).</p> <hr/> <p>Les variables à mesurer sont décrites dans l'introduction, opérationnalisées dans la méthode (à l'aide d'instrument d'analyse) et présentées dans les résultats et la discussion.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les femmes ont été évaluées par téléphone. L'intervention a été menée la première fois à une moyenne de 21 semaines d'aménorrhées et a duré 20-25 minutes en moyenne. Une intervention de suivi a été effectuée plus tard dans la grossesse lorsque cela était possible mais n'a pas été requis pour l'inclusion dans cette analyse.</p> <p>Les femmes des trois groupes d'étude ont été interrogées à deux reprises par téléphone au sujet de leur consommation d'alcool. Les chercheurs ont demandé aux femmes de quantifier leur consommation de chaque type de boisson qu'elles avaient consommé dans les 30 jours précédents et dans les</p>

	<p>12 mois avant la grossesse en utilisant les tailles de verres standard.</p> <p>Les femmes dont les questionnaires ont été positifs pour le risque de consommation d'alcool pendant la grossesse étaient admissibles pour le recrutement qui a eu lieu entre 2000 et 2004, la dernière entrevue de suivi a été achevée en 2005.</p> <p>Les personnes du groupe témoin étaient également à risque de consommation prénatale durant la grossesse mais n'ont pas reçu les conseils Early Stat.</p> <p><b>Ethique :</b></p> <p>Un des critères d'inclusion de la population était l'acceptation à l'étude.</p> <p>La Commission de révision institutionnelle KPNC a approuvé cette étude bien avant le recrutement (1999).</p>
<p><b>Résultats</b></p> <p>Traitement des données</p>	<p>Des analyses ont été entreprises pour répondre au but de recherche et à l'hypothèse.</p> <p>Les résultats sont présentés également sous forme de tableaux.</p>
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Au niveau démographique, le groupe ESP était significativement plus âgé. Bien qu'aucune différence n'était statistiquement significative dans de nombreux cas, le groupe ESP avait les taux les plus bas de résultats négatifs de santé, le groupe contrôle avait le taux le plus élevé et le groupe ES se situait entre les deux. Par exemple, le taux de bas poids de naissance était de 3,2% dans le groupe ESP, 3,7% dans le groupe ES et de 6,6% dans le groupe contrôle.</p> <p>Des différences sur une grande magnitude a été trouvée dans l'accouchement prématuré (&lt;35 semaines de grossesse) : moins de 1% dans le groupe ESP, 1,1% dans le groupe ES et 2,2% dans le groupe contrôle. Un modèle similaire a été vu dans les ré hospitalisations du bébé et le travail prématuré. Cependant, pour deux résultats : ventilation assistée et pré éclampsie : le groupe ES était légèrement au-dessus du groupe ESP et pour l'admission en néonatalogie, les taux étaient virtuellement identiques. Les taux non corrigés de placenta prævia, de décollement placentaire et de ré hospitalisation maternelle étaient négligeables et n'ont pas été inclus dans le tableau des résultats.</p> <p>Les taux des tous les résultats de santé des bébés et des mères combinés ont été examinés mais aucune comparaison n'était significative.</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Avant l'intervention sur les tailles des récipients, il n'y avait pas de manière standardisée de l'évaluation pour la quantité réelle et la fréquence de la consommation d'alcool par les patients Early Start.</p> <p>L'intervention sur les tailles des récipients (<i>Early Start Plus</i>) est un outil confortable permettant de naviguer avec succès dans les conversations difficiles (réduction et non pas abstinence).</p>

Les résultats suggèrent que les femmes dans le groupe ESP ont eu des résultats plus favorables que les femmes dans le groupe EP.

Le programme *Early Start* permet de réduire les coûts de la santé en évitant des dommages comme l'accouchement prématuré en plus d'un effet positif sur la population des femmes enceintes.

Pris ensemble, les résultats suggèrent que le *Early Start Plus* semble être utile pour réduire l'incidence des accouchements prématurés.

L'ensemble des résultats met en évidence la valeur à la fois du programme *Early Start* et *Early Start Plus* car les femmes de ces groupes ont eu le plus faible taux de conséquences néfastes sur le bébé et la mère.

Le programme *Early Start* est un programme intensif axé sur l'abstinence et sur la patiente dans lequel des thérapeutes hautement qualifiés fournissant un soutien compatissant le long de la grossesse. Ce programme a déjà fait ses preuves (Goler, Armstrong, Taillac & Osejo, 2008).

Il n'est peut-être pas surprenant que le groupe *Early Start Plus* n'a pas fait beaucoup mieux que le groupe d'intervention précoce (*Early Start*), car le programme *Early Start* est déjà un niveau très élevé de soins.

L'évaluation informatisée de taille de boissons a fourni un cadre qui a guidé la discussion sur l'alcool durant la grossesse.

**Limites :**

Comme le programme *Early Start* est axé sur l'abstinence et si une patiente ne voulait pas stopper sa consommation durant la grossesse mais la diminuer, les spécialistes *Early Start* n'avaient pas les outils disponibles afin de les aider avec des conversations ne visant pas à l'abstinence mais à la réduction des conséquences sur la santé et il y avait parfois une gêne.

La comparabilité des groupes d'étude sur la démographie et les facteurs de risque. En général, le groupe contrôle avait un meilleur profil démographique en termes de caractéristiques qui rendent les femmes à risque de consommation (faible revenu, âge plus élevé) et les facteurs de risque habituels (tabagisme par exemple). Néanmoins le groupe contrôle présentaient généralement des résultats moins élevés en termes de santé de la mère et du bébé.

Taille de l'échantillon plus petite que prévu due à des difficultés de recrutement dans cette étude multisites.

Le fait que les femmes aient évalué elles-mêmes leur consommation peut être un biais lors des dépistages.

La deuxième entrevue téléphonique à proximité de la fin de la grossesse a été planifiée pour fournir des mesures qui auraient permis d'étudier les changements survenus dans la consommation à la suite de la *Early Start Plus* et de la *Early Start*. Cependant, seulement la moitié environ des femmes

	<p>du groupe ESP ont répondu à l'entrevue de suivi contre 90% environ du group ES et les groupes témoins, laissant ainsi un très petit échantillon.</p> <p>La généralisation des conclusion n'est pas abordée par les chercheurs. Cependant, il est mentionné que l'ensemble des résultats met en évidence la valeur à la fois du programme Early Start et du Early Start Plus.</p> <p>L'évaluation informatisée de taille de boissons à fourni un cadre qui a guidé la discussion sur l'alcool durant la grossesse.</p>
Perspectives futures	<p><b>Implication pour la recherche :</b></p> <p>En ce qui concerne Early Start Plus, les chercheurs ont estimé que c'était un outil dans l'évaluation de l'alcool durant la grossesse et qu'il était indispensable pour les femmes ne visant pas l'abstinence mais la réduction de l'alcool.</p> <p>Des recherches futures permettant d'augmenter la fiabilité et la validité des évaluations de boisson dans les cliniques prénatales en utilisant l'outil informatique de cette étude seraient espérées.</p> <p>On voit l'implication pour la pratique à travers cela :</p> <p><b>Implication pour la pratique :</b></p> <p>Early Start Plus permet une ouverture à la discussion concernant l'alcool et la grossesse. Il est très utile pour les femmes n'arrivant à être abstinentes.</p>
<b>Questions générales</b> Présentation	<p>L'article est bien écrit, détaillé et suffisamment structuré.</p>
Evaluation globale	<p>Les résultats sont probants et utilisables dans la pratique infirmière : lorsqu'on fait de la promotion de la santé chez les femmes enceintes : l'outil Early Start est très utiles pour les femmes visant l'abstinence et le ESP peut être utilisé pour celles visant la diminution et l'outil informatique des tailles de boisson peut permettre une ouverture à la discussion sur ce sujet.</p>

Références bibliographique des grilles : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

## ANNEXE C : TABLEAU DE SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Prévention de la consommation d'alcool durant la grossesse (chez femmes enceintes ou à risque de grossesse exposée à l'alcool).					
Intervention brève (Recherches 3 5 6 9 10 11 12) Efficace pour diminuer la consommation d'alcool prénatale				Early start (Recherche 13)	Matériel écrit (Recherche 8)
Impliquant un partenaire	Prenant en compte le stade de changement	Avec une brochure explicative	Choix d'un objectif	<i>Early Start Plus</i> (inclusion de tailles de boissons)	Niveau 10ème année Niveau 3ème année
L'intervention brève a plus d'effet si le partenaire est impliqué.	Action : consommation légèrement inférieure post intervention pas significatif	Intervention brève + brochure augmentent les connaissances sur l'ETCAF	Les femmes qui ont choisi l'abstinence ont eu le taux d'abstinence le plus élevé.	Bon effet sur la diminution des effets négatifs de santé du bébé et de la mère. Plus d'effet pour le <i>Early Start Plus</i> .	Niveau 3ème année plus grand effet sur l'intention comportementale pour éviter la consommation
Facteurs prédictifs de consommation prénatale. (Recherches 6–10–11)			Facteurs prédictifs d'abstinence ou de diminution de consommation prénatale. (Recherches 6 et 11)		
Evénements sociaux (54%). Le plus prédictif : situations sociales et tentation de boire.	Désir imuslfi ( <i>Binge Drinking, Craving</i> ) (33%). Consommation du partenaire (18%).		Connaissances sur ETCAF (29%). Soutien social (19%), ...	Santé du bébé (80%).	