

Consommation d'alcool en période périnatale chez les femmes autochtones : interventions préventives

JUIN 2022

SYNTHÈSE DES CONNAISSANCES

AUTRICE

Catherine Fournier, conseillère scientifique
Direction du développement des individus et des communautés

SOUS LA COORDINATION DE

Julie Laforest, chef d'unité scientifique
Direction du développement des individus et des communautés

COLLABORATRICES

Anne-Julie Lafrenaye-Dugas, conseillère scientifique spécialisée
Caroline Moisan, conseillère scientifique spécialisée
Odile Bergeron, conseillère scientifique
Vanessa Sit, conseillère scientifique spécialisée
Direction du développement des individus et des communautés

Véronic Fortin, bibliothécaire
Direction de la valorisation scientifique et qualité

RÉVISEURES

Myriam Laventure, professeure titulaire
Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke

Stéphani Arulthas, conseillère scientifique
Direction du développement des individus et des communautés

Les réviseurs ont été conviés à apporter des commentaires sur la version préliminaire de ce document et, en conséquence, n'ont ni révisé ni endossé le contenu final.

MISE EN PAGE

Sophie Michel, agente administrative
Direction du développement des individus et des communautés

L'autrice, les collaboratrices et les réviseuses ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 3^e trimestre 2022
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-92392-3 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2022)

AVANT-PROPOS

La Direction des affaires autochtones du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mandaté l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) afin de réaliser un projet en deux phases sur la consommation de substances psychoactives (SPA) en période périnatale chez les femmes autochtones. La première phase du projet, une synthèse des connaissances des déterminants sociaux de la consommation de SPA en période périnatale chez les femmes autochtones, a été publiée précédemment. La seconde phase du projet, une synthèse des connaissances sur les interventions préventives, est présentée dans ce document.

Cette synthèse de connaissances est destinée aux décideurs de santé publique et aux gestionnaires et professionnels d'organismes gouvernementaux et non gouvernementaux œuvrant dans le domaine de la périnatalité ou des pratiques préventives avec les peuples autochtones.

Ce projet s'inscrit dans le cadre du Plan d'action gouvernemental pour le développement social et culturel des Premières Nations et des Inuit : *Faire plus, faire mieux* (2017-2022). Il a été conçu en soutien à différentes mesures du plan, dont la mesure 4.9 : « Réaliser des recherches portant sur des thèmes ciblés en fonction des besoins de connaissances sur les dépendances chez les Premières Nations et les Inuit ».

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	III
GLOSSAIRE	IV
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	VII
FAITS SAILLANTS	1
SOMMAIRE	3
1 INTRODUCTION	7
1.1 Contexte.....	7
1.2 Ampleur de la problématique et conséquences sur la santé des familles	7
1.3 L'importance de la prévention.....	9
1.4 Objectifs	9
2 MÉTHODOLOGIE	10
2.1 Recherche documentaire.....	10
2.2 Extraction des données : grille d'extraction	12
2.3 Évaluation de la qualité méthodologique.....	13
2.4 Analyse des données : principes.....	13
2.5 Révision par les pairs.....	15
3 RÉSULTATS	16
3.1 Qualité des études retenues	16
3.2 Description des interventions et des effets	18
3.3 Analyse des interventions	22
4 DISCUSSION	26
4.1 Des constats sur les effets : peu de données et peu d'études.....	26
4.2 Les deux types d'intervention respectant le plus grand nombre de principes.....	27
4.3 Les cinq principes les plus fréquemment appliqués	29
4.4 Limites de la synthèse des connaissances	32
5 CONCLUSION	33
6 RÉFÉRENCES	34
ANNEXE 1 MÉTHODOLOGIE DÉTAILLÉE	39
ANNEXE 2 RÉSULTATS À L'ÉVALUATION AVEC L'OUTIL CCAT	45
ANNEXE 3 DESCRIPTION DES INTERVENTIONS ET DE LEURS EFFETS	46

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Critères de sélection des publications.....	11
Tableau 2	Huit principes pour la mise en œuvre de l'appel à l'action n° 33 de la Commission de vérité et de réconciliation du Canada (traduction libre) (Wolfson <i>et al.</i> , 2019)	14
Tableau 3	Description des types d'intervention, de la méthodologie et de l'évaluation de la qualité	17
Tableau 4	Efficacité et principes appliqués dans les interventions	24
Tableau 5	Description des interventions et de leurs effets	46

GLOSSAIRE

Santé des Autochtones

Autochtones

Selon l'Instance permanente des Nations Unies sur les questions autochtones, une définition formelle et universelle du concept de peuples autochtones mènerait à la priorisation de caractéristiques au détriment d'autres (Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, 2009). De plus, l'article 33.1 de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones souligne le droit des peuples autochtones à « décider de leur propre identité ou appartenance conformément à leurs coutumes et traditions, sans préjudice du droit des autochtones d'obtenir, à titre individuel, la citoyenneté de l'État dans lequel ils vivent. » (Organisation des Nations unies, 2007)

Au Canada, « Autochtone » est une appellation légale utilisée pour définir les premiers peuples habitant le territoire avant l'arrivée des colonisateurs européens et de leurs descendants. La Loi constitutionnelle de 1982 reconnaît trois peuples distincts : les Premières Nations (avec ou sans statut), les Inuit et les Métis.

Au Québec, aucune communauté métisse historique n'a été légalement et politiquement reconnue. L'emploi du terme « Autochtone » renvoie donc aux dix Premières Nations et aux Inuit. Ces Premières Nations sont les Abénaquis, les Anishnabe, les Atikamekw, les Cris, les Hurons-Wendats, les Innus, les Wolastoqiyik (Malécites), les Micmacs, les Kanien:keha'ka (Mohawks) et les Naskapis.

Communauté autochtone

Une communauté autochtone désigne un territoire habité par un groupe de personnes se reconnaissant une appartenance familiale, culturelle et historique à une Nation autochtone. Les communautés autochtones ont été établies au cours de vagues de sédentarisation et, pour la majorité, ont été légalement instituées par les autorités fédérales sous forme de réserves au sens de la *Loi sur les Indiens* (Bergeron *et al.*, 2018).

Période périnatale

La période périnatale couvre la période allant de la planification de la grossesse ou de la conception jusqu'au premier anniversaire de naissance de l'enfant. Elle englobe donc tous les trimestres de la grossesse ainsi que l'allaitement (MSSS, 2008).

Premières Nations des États-Unis et Autochtones de l'Alaska

Terminologie qui réfère aux American Indians/Alaska Natives, souvent abrégés AI/AN dans les publications anglophones. Personnes ayant des origines dans l'un des peuples natifs d'Amérique du Nord et du Sud (y compris l'Amérique centrale) et qui maintiennent une affiliation tribale ou un attachement communautaire (National Congress of American Indians, 2020).

Théories du changement comportemental

Entretien motivationnel

Méthode de communication collaborative, centrée sur un objectif et qui utilise un langage de changement. Dans une atmosphère de non-jugement et d'altruisme, l'entretien motivationnel vise à renforcer la motivation d'une personne et son engagement vers un objectif précis (Miller et Rollnick, 2013).

Entretien motivationnel de groupe

N'est pas seulement de l'entretien motivationnel individuel dans un format de groupe. Un équilibre entre les évolutions individuelles et celles de l'ensemble du groupe doit être atteint. Cet équilibre vise à ce que les participantes s'aident mutuellement et à éviter les processus dysfonctionnels (Wagner et Ingersoll, 2015).

Modèle transthéorique du changement

Lors d'un changement comportemental, l'individu progresse à travers six stades : la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action, le maintien et la conclusion. Afin de favoriser le passage d'un stade à l'autre, des stratégies expérientielles, qui visent une prise de conscience, et des stratégies comportementales, qui mènent à l'action, sont utilisées (Prochaska et DiClemente, 1983).

Dépistage, intervention brève et orientation vers un traitement

Intervention préventive qui consiste à repérer un ou des comportements de consommation de substances psychoactives à risque élevé, à réaliser une courte intervention visant un changement comportemental, puis à orienter l'individu vers les services appropriés (*screening, brief intervention, and referral to treatment*) (Babor *et al.*, 2007).

Substances psychoactives

Substances psychoactives

Il existe trois grandes catégories de substances psychoactives, classées selon leurs effets sur le système nerveux central : les perturbateurs (ex. : cannabis, ecstasy), les dépresseurs (ex. : alcool, opioïdes) et les stimulants (ex. : cocaïne, amphétamines) (Gouvernement du Québec, 2017).

Trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale

Terme diagnostique regroupant les effets de l'exposition prénatale à l'alcool. L'alcool est une substance tératogène qui peut influencer le développement du bébé pendant la grossesse. Il peut nuire au développement du cerveau et du système nerveux central, qui entraîne des problèmes d'attention, de mémoire, de comportement ou d'apprentissage et aussi des problèmes de santé physique tels les retards de croissance (Masella, 2021).

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

CCAT	<i>Crowe Critical Appraisal Tool</i>
CVR	Commission de vérité et de réconciliation du Canada
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OST CHOICES	<i>Oglala Sioux Tribe Changing High-risk alcohol use and Increasing Contraception Effectiveness Study</i>
PCAP	<i>Parent-Child Assistance Program</i>
SPA	Substances psychoactives
TSAF	Trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale

FAITS SAILLANTS

En raison des répercussions qu'elle a sur la santé des familles et des générations futures, la consommation de substances psychoactives pendant la période périnatale est une préoccupation de santé publique pour l'ensemble de la population. La Commission de vérité et réconciliation du Canada, dans son appel à l'action n° 33, soulignait l'importance de la prévention du trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale et de l'élaboration de programmes adaptés aux réalités des peuples autochtones. En réponse, un groupe d'experts canadiens a rédigé un consensus sur les huit principes pour la mise en œuvre de cet appel à l'action. Cette présente synthèse des connaissances concerne l'efficacité en contexte autochtone d'interventions préventives de la consommation d'alcool en période périnatale.

- Les interventions recensées s'inscrivent majoritairement dans une logique de prévention sélective. Elles ciblent les femmes autochtones en âge de procréer qui consomment de l'alcool ou celles enceintes. Rappelons toutefois que le partenaire, l'ensemble de la famille ou le cercle social peuvent influencer les comportements de consommation et offrir du soutien aux futures et aux nouvelles mères.
- Les effets des interventions sur la consommation d'alcool sont d'ampleur modeste dans le petit nombre d'études retenues. De plus, plusieurs lacunes méthodologiques appellent à la prudence dans l'interprétation des effets.
- Les programmes de visite à domicile et la stratégie communautaire sont les types d'intervention qui appliquent le plus grand nombre de principes pour la mise en œuvre de l'appel à l'action n° 33. De plus, l'évaluation de ces interventions témoigne d'une possible diminution de la consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives en période périnatale.
- Les programmes de visites à domicile visent plusieurs substances psychoactives, dont l'alcool, mais aussi l'amélioration des pratiques parentales et de la relation parent-enfant. Ces programmes sont déployés à long terme; ils se poursuivent après la naissance de l'enfant. Soulignons que les interventions éducatives sont réalisées en complémentarité aux services offerts aux femmes, aux enfants et aux familles (p. ex., aide à l'emploi, lien avec les services de santé, transport vers les centres de soins).
- Les interventions multiniveaux, comme la stratégie communautaire australienne recensée, sont basées sur la prémisse que la prévention va au-delà des interventions éducatives sur les risques de la consommation. Plusieurs interventions sont mises en place : la sensibilisation de l'ensemble de la population et non seulement des femmes, des pratiques qui aident les femmes à améliorer leur santé et celle de leurs enfants ainsi que la création d'un environnement social favorable, entre autres, par des politiques publiques qui réduisent l'accessibilité à l'alcool.

- Les huit principes sont appliqués irrégulièrement dans les interventions recensées. Par contre, un est appliqué unanimement : la conception et l'orientation des interventions par les communautés autochtones. Par contre, cette collaboration se traduit de différentes manières allant de la prise en charge par la communauté à des consultations communautaires d'ampleur variable lors de la conception de l'intervention.
- Une combinaison d'interventions qui visent les individus et les environnements apparaît le plus pertinent pour prévenir les conséquences sociales et de santé de la consommation d'alcool en période périnatale. À cet égard, les peuples autochtones doivent être des acteurs clés dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de cette combinaison d'interventions. Une relation de confiance basée sur des notions de mutualité, de collaboration, de réciprocité et de respect est alors essentielle.

SOMMAIRE

Contexte et objectifs

La consommation de substances psychoactives pendant la période périnatale est une préoccupation de santé publique pour l'ensemble de la population. Les femmes autochtones vivent toutefois dans un contexte familial différent de celui des femmes allochtones à plusieurs égards. Elles ont, entre autres, un plus grand nombre d'enfants et sont plus susceptibles de vivre une grossesse à un jeune âge que les femmes allochtones. De surcroît, la consommation de substances psychoactives chez les peuples autochtones se situe dans des contextes sociohistoriques et socioéconomiques particuliers.

Les données publiées sur la consommation de substances psychoactives pendant la période périnatale concernent principalement l'alcool. Certaines études soulignent les habitudes de consommation excessive d'alcool pendant la grossesse de femmes autochtones. L'exposition prénatale à l'alcool est la principale cause de malformations congénitales. Cette exposition peut aussi nuire au développement du cerveau et du système nerveux central, ces conséquences sont regroupées sous le terme diagnostique trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale.

De ce fait, la Commission de vérité et de réconciliation du Canada soulignait l'importance de la prévention du trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale et de programmes de prévention adaptés aux différentes réalités autochtones. Au Québec, des efforts préventifs sont déployés dans les communautés autochtones et hors de celles-ci que ce soit par l'entremise de programmes prénataux, de visites à domicile ou d'activités de prévention universelle. Cependant, les effets de ces interventions sur les niveaux de consommation d'alcool des femmes autochtones en période périnatale sont peu connus.

Afin de soutenir l'action dans le domaine de la prévention chez les Premières Nations et les Inuit, se pencher sur des données probantes concernant l'efficacité d'interventions préventives dans des contextes similaires à celui du Québec est pertinent.

Ainsi, cette synthèse de connaissances poursuit deux objectifs :

- Recenser et décrire les interventions de prévention des problèmes de santé liés à la consommation d'alcool en période périnatale en contexte autochtone et leurs effets;
- Analyser les interventions à la lumière des principes pour la mise en œuvre de l'appel à l'action n° 33 de la Commission de vérité et de réconciliation du Canada.

Méthodologie

Une recherche documentaire a été réalisée dans la littérature scientifique depuis 2015. La sélection, à partir de critères précis, a permis de repérer huit études évaluant cinq interventions. Une grille d'extraction a été utilisée pour recenser les caractéristiques des interventions, dont leur population cible, et leurs effets sur la consommation d'alcool (ou d'autres substances psychoactives, s'il y a lieu) des femmes autochtones en période périnatale.

La qualité scientifique des études a été évaluée avec le *Crowe Critical Appraisal Tool*. En réponse à l'appel à l'action n° 33 de la Commission de vérité et de réconciliation du Canada, un groupe d'experts canadiens a rédigé un consensus sur les huit principes pour la prévention du trouble du spectre de l'alcoolisation foétale. Les interventions recensées ont été analysées en fonction de leur application de ces principes élaborés avec des méthodologies autochtones.

Résultats

Des interventions variées

Trois des cinq interventions recensées s'inscrivent dans une logique de prévention sélective. Elles ciblent les femmes autochtones en âge de procréer qui consomment de l'alcool ou celles enceintes qui ne consomment pas nécessairement d'alcool. Les types d'intervention sont variés. Ils englobent une séance d'éducation en ligne de 20 minutes (États-Unis), de l'entretien motivationnel de groupe (États-Unis), une stratégie communautaire à plusieurs composantes (Australie) et deux programmes de visites à domicile (Canada et États-Unis). Ces derniers se poursuivent de six mois à trois ans après la naissance de l'enfant. Les programmes de visites à domicile visent par ailleurs l'ensemble des substances psychoactives alors que les trois autres interventions sont spécifiques à la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Peu de données et des effets d'ampleur modeste

Les effets des interventions sur la consommation d'alcool des femmes autochtones en période périnatale sont d'ampleur modeste dans le petit nombre d'études recensées. D'ailleurs, l'intervention en ligne n'a pas eu d'effet significatif sur la consommation d'alcool. Aussi, plusieurs lacunes méthodologiques appellent à la prudence dans l'interprétation des effets, dont l'absence de groupe témoin, l'échantillonnage de convenance et le biais de désirabilité sociale.

Les types d'intervention qui respectent le plus grand nombre de principes : programmes de visite à domicile et stratégie communautaire

Les programmes de visites à domicile ciblent les substances psychoactives en général, mais aussi l'amélioration des pratiques parentales et de la relation parent-enfant. De plus, ces programmes se poursuivent après la naissance de l'enfant. Soulignons que, dans ce type de programme, les interventions éducatives sont complémentaires aux services offerts aux femmes, aux enfants et aux familles. En outre, la stratégie communautaire qui est une intervention multinationale est

basée sur la prémisse que la prévention va au-delà des interventions éducatives sur les risques de la consommation. Plusieurs interventions convergentes et complémentaires sont mises en place. Pensons à la sensibilisation de l'ensemble de la population et non seulement des femmes, à des pratiques qui aident les femmes à améliorer leur santé et celle de leurs enfants, et à la création d'un environnement social favorable, entre autres, par l'instauration de politiques publiques favorables à la non-consommation.

Des principes appliqués de façon irrégulière

Certains éléments en accord avec les principes pour la mise en œuvre de l'appel à l'action n° 33 se retrouvent dans les interventions recensées. Les cinq principes les plus fréquemment appliqués sont présentés ci-dessous en ordre décroissant de fréquence.

- Un effort de concevoir et de mettre en œuvre l'intervention en collaboration avec les communautés autochtones est mentionné par tous les auteurs dans les descriptions des interventions. Cette collaboration se traduit toutefois de différentes manières allant de la prise en charge par la communauté à des consultations communautaires d'ampleur variable.
- Quatre des interventions s'appuient sur les forces des femmes, des familles et des communautés. Valoriser l'autonomisation, le développement du pouvoir d'agir est essentiel lorsque l'on vise à changer les perceptions et les comportements.
- L'implication de la communauté permet d'intégrer des notions du bien-être et des savoirs autochtones dans les interventions rappelant que les principes sont reliés les uns aux autres. Trois interventions mettent de l'avant des savoirs autochtones que ce soit par la langue utilisée ou le format de l'intervention. Rappelons que la continuité culturelle est un facteur de protection de la consommation de substances psychoactives en période périnatale.
- La stratégie communautaire inclut explicitement le partenaire, l'ensemble de la famille et le cercle social dans la démarche. De plus, les deux programmes de visite à domicile reconnaissent l'importance du cercle social des femmes et de leurs relations. Soulignons que le partenaire, l'ensemble de la famille ou le cercle social peuvent influencer les comportements de consommation et offrir du soutien aux futures et aux nouvelles mères.
- Trois interventions offrent parallèlement un soutien global et des services sociaux. Par exemple, les mentors de l'un des programmes de visites à domicile travaillent en partenariat avec d'autres organisations afin d'orienter efficacement les participantes en fonction de leurs besoins. Aider les femmes à surmonter les obstacles dans l'accès aux soins et aux services de santé, au logement ou à la sécurité alimentaire est nécessaire avant d'agir sur la réduction de la consommation d'alcool ou de substances psychoactives.

Au-delà des principes : l'importance d'une relation de confiance

L'importance d'une relation de confiance entre les intervenants et les participantes ressort comme un élément clé à la lecture des études retenues. Cette relation de confiance doit aussi exister entre l'ensemble des parties prenantes de l'intervention, les membres de la communauté ou les organisations autochtones impliquées, par exemple. Des notions de mutualité, de collaboration, de réciprocité et de respect sont intimement liées à la création d'une relation de confiance.

Pour aller plus loin : une combinaison d'interventions et des données supplémentaires

Outre l'efficacité d'interventions spécifiques, réalisées dans des contextes précis et pour des clientèles particulières, c'est plutôt une combinaison d'interventions visant les individus et les environnements qui apparaît le plus pertinent pour prévenir les conséquences sociales et de santé de la consommation d'alcool en période périnatale. À cet égard, les peuples autochtones doivent être des acteurs clés dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de cette combinaison d'interventions. Des données supplémentaires qui considèrent les contextes sociohistoriques et socioéconomiques particuliers des premiers peuples sont nécessaires.

1 INTRODUCTION

1.1 Contexte

En raison des répercussions qu'elle a sur la santé des familles et des générations futures, la consommation de substances psychoactives (SPA), dont l'alcool, pendant la période périnatale est une préoccupation de santé publique pour l'ensemble de la population. Les femmes autochtones vivent toutefois dans un contexte familial différent de celui des femmes allochtones à plusieurs égards. En effet, elles ont quatre à cinq fois plus d'enfants que les familles de l'ensemble du Québec, et un peu plus du tiers de celles-ci sont monoparentales (Statistique Canada, 2016). Les femmes autochtones sont aussi plus susceptibles de vivre une grossesse à un jeune âge que les femmes allochtones (Joncas et Roy, 2015).

Par ailleurs, les Autochtones, et particulièrement les femmes, vivent des obstacles considérables pour préserver leur état de santé et de bien-être (Halseth, 2013). Une synthèse des connaissances sur les déterminants sociaux de la consommation de SPA en période périnatale réalisée prédominamment souligne que les conditions de vie difficiles (précarité d'emploi, faible niveau d'éducation et délocalisation fréquente) et la violence interpersonnelle vécue contribuent à la consommation de SPA des femmes autochtones (Fournier, 2022). De plus, des facteurs systémiques sont liés à l'exposition prénatale à l'alcool et aux drogues. Les conséquences intergénérationnelles des politiques colonisatrices ainsi que la redéfinition des rôles sociaux et les désavantages socioéconomiques qui en découlent affectent encore aujourd'hui les familles et les enfants autochtones et influencent les comportements de consommation (Gonzales *et al.*, 2018). Ainsi, la consommation de SPA chez les femmes autochtones se situe dans des contextes sociohistoriques et socioéconomiques particuliers.

1.2 Ampleur de la problématique et conséquences sur la santé des familles

Les données publiées sur la consommation de SPA des femmes pendant la période périnatale concernent principalement la consommation d'alcool pendant la grossesse. Au Québec, les résultats de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations¹ et de Qanuilirpitaa? 2017² montrent que la proportion de femmes autochtones qui ont déclaré avoir consommé de l'alcool pendant la grossesse est semblable à celle des femmes québécoises allochtones. Effectivement, dans l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité de 2006-2007, environ deux femmes québécoises sur dix affirmaient avoir consommé de l'alcool pendant leur dernière grossesse (Agence de la santé publique du Canada, 2009). Selon l'Enquête régionale sur la santé des

¹ Enquête réalisée en 2015 à l'aide d'un échantillon de toutes les Premières Nations au Québec à l'exception des Cris.

² Qanuilirpitaa ? 2017 est une enquête réalisée pour et par les Inuit. Elle analyse l'état de santé de la population dans les 14 communautés du Nunavik.

Premières Nations, près d'un enfant sur dix âgé de moins de cinq ans est né d'une mère qui a consommé de l'alcool pendant sa grossesse (Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, 2018). Qanuilirpitaa? 2017 indique que c'est environ deux femmes inuites sur dix qui ont déclaré avoir bu de l'alcool occasionnellement pendant leur dernière grossesse (Moisan *et al.*, 2021). Néanmoins, les habitudes de consommation semblent différer. Des habitudes de consommation excessive³ lors de la grossesse sont soulignées dans des études réalisées au Nunavik et aux États-Unis (Muckle *et al.*, 2011; Ye *et al.*, 2020) et appuient la pertinence de se pencher sur la problématique.

Le portrait ci-haut reflète la consommation de femmes autochtones vivant en communauté. Toutefois, au Québec comme ailleurs au Canada, les données sur la consommation d'alcool ou de drogues des femmes autochtones vivant en contexte urbain sont rares, et ce, même si près de la moitié des Autochtones y vivent (Lévesque, Radu et Tran 2018). L'évaluation des besoins en matière d'interventions psychosociales dans les Centres d'amitié autochtones du Québec rapporte qu'un répondant sur dix était venu à un Centre d'amitié pour des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues (Regroupement des Centres d'amitié autochtones du Québec, 2009). Notons que même si le portrait de consommation des Autochtones en milieu urbain est peu connu, la problématique reste pertinente. En effet, ces derniers sont confrontés à différents enjeux qui peuvent influencer les comportements de consommation d'alcool et de drogues notamment la pauvreté, l'exclusion sociale et l'itinérance (Landry, 2020).

La consommation d'alcool pendant la grossesse est la principale cause de malformations congénitales. L'exposition prénatale à l'alcool peut aussi nuire au développement du cerveau et du système nerveux central, ces conséquences sont regroupées sous le terme diagnostique trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) (Harding *et al.*, 2019). Des difficultés comportementales, de développement et de santé physique sont vécues à différents degrés par les personnes atteintes du TSAF et peuvent s'aggraver à l'adolescence (Masella, 2021). Les déficits de langage, les difficultés à se concentrer ou des aptitudes plus faibles à être autonomes sont des exemples. Enfin, pour les familles, la consommation excessive d'alcool est associée à des difficultés accrues dans les pratiques parentales, à une diminution de la connexion à la culture d'appartenance et à la détérioration du tissu social (Chansonneuve, 2007; Lévesque, Radu et Tran, 2018).

³ Plus de quatre ou cinq consommations standards en une occasion.

1.3 L'importance de la prévention

Les conséquences sociales et de santé de la consommation d'alcool en période périnatale témoignent de la nécessité de la prévention. Effectivement, dans son appel à l'action n° 33, la Commission de vérité et de réconciliation du Canada (CVR) soulignait l'importance de la prévention du TSAF et de l'élaboration de programmes de prévention adaptés aux différentes réalités autochtones.

Les recherches suggèrent de miser sur la diminution de la consommation d'alcool chez les femmes qui risquent d'être enceintes, que la grossesse soit planifiée ou non (Caetano *et al.*, 2006; Floyd *et al.*, 2008; Montag *et al.*, 2012). À cet égard, dans le cadre du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones du gouvernement fédéral, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James met en œuvre des campagnes de sensibilisation aux conséquences des SPA pour le grand public et participe à des programmes scolaires et à des événements culturels (Lévesque et Radu, 2018). Des ateliers et des événements qui favorisent le bien-être communautaire sont aussi organisés. De plus, des activités préventives peuvent être réalisées auprès de femmes enceintes et de leur entourage. Par exemple, au Nunavik, le programme des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) y est implanté sous le nom *Ilagiilluta*. Toutes les femmes enceintes et les familles avec de jeunes enfants sont ciblées. Les visites à domicile avec des suivis familiaux personnalisés, les activités de groupe et les partenariats sont les trois axes d'action (Duguay *et al.*, 2021).

L'évaluation et la publication des résultats sont peu répandues, et ce, malgré les nombreuses initiatives (Cotton *et al.*, 2021). Au Québec, les effets des interventions préventives sur les habitudes de consommation d'alcool des femmes autochtones pendant la période périnatale sont donc peu connus. Se pencher sur les données probantes concernant l'efficacité des interventions préventives dans des contextes similaires, le reste du Canada par exemple, est alors pertinent.

1.4 Objectifs

Afin de soutenir l'action dans le domaine de la prévention chez les Premières Nations et les Inuit, une synthèse des connaissances sur les interventions préventives ciblant les problèmes de santé liés à la consommation d'alcool en période périnatale a été réalisée.

Elle poursuit deux objectifs :

- Recenser et décrire les interventions de prévention des problèmes de santé liés à la consommation d'alcool en période périnatale en contexte autochtone et leurs effets.
- Analyser les interventions à la lumière des principes pour la mise en œuvre de l'appel à l'action n° 33 de la CVR.

2 MÉTHODOLOGIE

Afin de répondre aux objectifs, une revue narrative systématisée a été réalisée. Des composantes d'une revue systématique y sont incluses : systématisation du processus de réalisation, description détaillée de la méthodologie et révision par les pairs (Grant et Booth, 2009). Ce type de revue a été choisi pour des contraintes de faisabilité; le temps et les ressources requises étant moindres que pour effectuer une revue systématique (Framarin et Déry, 2021).

2.1 Recherche documentaire

La stratégie de recherche documentaire a été élaborée en collaboration avec une bibliothécaire de l'INSPQ à partir des quatre concepts suivants : prévention, période périnatale, femmes autochtones et consommation de SPA (alcool). Ces concepts déclinés en différentes itérations et combinaisons ont guidé la recherche dans les bases de données MEDLINE, APA PsychInfo, Global Health, CINAHL, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Public Affairs Index et SocINDEX. Pour valider l'exhaustivité de la stratégie de recherche, les résultats ont été comparés à la liste d'une centaine d'études exclues de la première synthèse des connaissances sur les déterminants sociaux puisqu'elles concernaient la prévention (Fournier, 2022). Afin d'obtenir les données les plus récentes, les bases de données ont été interrogées à partir de 2015, correspondant à la fin de la CVR. Les détails de la stratégie de recherche documentaire se trouvent à l'annexe 1.

Après dédoublement, la stratégie a produit une liste de 87 publications. À l'aide des critères du tableau 1, une première sélection a été faite à partir des titres et des résumés (n = 33). Une seconde sélection a été réalisée après la lecture intégrale des documents retenus lors de la première sélection (n = 8). La recherche et le tri ont été effectués en juin 2021 par deux membres de l'équipe (autrice et collaboratrice). Les conflits de sélection ont été résolus par consensus. Aucune mesure de concordance n'a été calculée.

Enfin, les bibliographies des études retenues ont été consultées, selon la méthode boule de neige. Aucune nouvelle étude répondant aux critères de sélection n'a été recensée.

Tableau 1 Critères de sélection des publications

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> • Population : Autochtones, contexte comparable à celui du Québec, autres provinces canadiennes, autres pays avec des peuples autochtones et vivant les effets du colonialisme (Nouvelle-Zélande, Australie et États-Unis). • Intervention : activité ou ensemble d'activités avec un objectif de prévenir la consommation d'alcool en période périnatale (les interventions qui ciblaient d'autres SPA en plus de l'alcool sont incluses). • Évaluation : interventions évaluées par une démarche clairement décrite (la nature des méthodes d'évaluation n'était pas un critère d'inclusion, mais elle est prise en considération lors de l'analyse). • Résultat : interventions évaluées en fonction de résultats touchant la consommation d'alcool chez les femmes autochtones. • Publication à partir de 2015, en anglais ou en français. 	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats ne sont pas rapportés séparément pour les Autochtones. • Évaluation de la formation du personnel de la santé et des services sociaux. • Prévention exclusive de la consommation de tabac. • Études de surveillance, descriptives. • Éditorial, lettre à l'éditeur.

2.2 Extraction des données : grille d'extraction

Une grille d'extraction, disponible à l'annexe 1, a été utilisée pour recenser les caractéristiques des interventions : objectifs de l'intervention, population cible, types d'intervention, responsables du déploiement et effets.

Pour créer cette grille d'extraction, quatre revues de littérature concernant la prévention de la consommation d'alcool ou de drogues chez les femmes autochtones de tous âges et particulièrement lors de période périnatale ont été utilisées (Aschenbrener et Johnson, 2017; McCalman *et al.*, 2017; Montag *et al.*, 2012; Symons *et al.*, 2018). Les publications ont été repérées lors de la recherche documentaire de la première phase du projet (Fournier, 2022).

2.2.1 Population cible : approches de prévention

Afin de faciliter la classification des interventions dans la grille d'extraction, le classement en trois approches proposé par Gordon (1983) est utilisé. Ce classement, en fonction de la population cible et des niveaux de risques associés, est repris par Ospina et ses collègues (2011) pour la prévention de la consommation d'alcool pendant la grossesse.

- Approche universelle : l'intervention s'adresse à l'ensemble de la population, sans égard au niveau de risque. L'éducation du grand public sur les risques de la consommation ou la sensibilisation au TSAF sont des exemples.
- Approche sélective : l'intervention s'adresse à des sous-groupes de personnes avec un risque élevé de développer un problème. Elle cible des sous-groupes de femmes, et parfois leur partenaire, à risque de consommer de l'alcool pendant la période périnatale (p. ex. les femmes en âge de procréer qui consomment de l'alcool).
- Approche ciblée : l'intervention s'adresse à des individus qui présentent les premières manifestations d'un problème, sans satisfaire de critères diagnostiques précis. Elle cible les femmes, et parfois leur partenaire, les plus à risque d'avoir d'un enfant avec des problèmes de santé liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse (p. ex. les femmes qui ont déjà consommé de l'alcool lors d'une grossesse précédente ou les femmes qui ont un problème de consommation et qui n'utilisent pas de contraception efficace).

2.3 Évaluation de la qualité méthodologique

La qualité scientifique des huit publications retenues a été évaluée avec l'outil *Crowe Critical Appraisal Tool* (CCAT). Le CCAT est utile pour évaluer différents types de méthodologie de recherche en santé. Il a aussi un haut niveau de cohérence et de fiabilité (Crowe *et al.*, 2012).

Le CCAT se compose de huit catégories : préalables (titre et résumé), introduction, modèle de l'étude, échantillonnage, méthode de collecte, considérations éthiques, résultats et discussion. Chaque catégorie contient des critères à marquer comme présents, absents ou non applicables. Seulement les critères applicables à la recherche évaluée sont considérés pour la note. Chaque catégorie est notée sur une échelle de zéro (aucune preuve) à cinq (preuve la plus élevée). Le nombre de points à attribuer à chacun des critères des huit catégories a été déterminé lors d'un consensus d'équipe. L'évaluation a été menée par deux membres de l'équipe (autrice et collaboratrice). Ces étapes ont été discutées dans un processus interjuge.

À des fins d'interprétation, des catégories basées sur les quartiles ont été calculées. Le niveau élevé de qualité correspond aux articles ayant un score égal ou supérieur au 3^e quartile. Le niveau modéré réfère aux articles ayant un score égal ou supérieur au 2^e quartile et inférieur au 3^e quartile. Le niveau faible réfère aux articles ayant un score inférieur au 2^e quartile.

2.4 Analyse des données : principes

En réponse à l'appel à l'action n° 33 de la CVR, un groupe d'experts canadiens a publié un consensus sur les huit principes pour l'élaboration de programmes de prévention du TSAF décrits dans le tableau 2. Celui-ci découle d'une coconstruction entre des Autochtones et des allochtones de diverses communautés et organisations. De plus, 23 experts nationaux en matière de bien-être autochtone et de prévention du TSAF ont participé à un dialogue utilisant l'approche à double perspective (*two-eyed seeing*), une approche où les gens se réunissent pour voir le monde avec le regard autochtone d'une perspective, alors que l'autre perspective est occidentale.

Les interventions ont été analysées en fonction de ces principes. Pour chacune des interventions, l'application des principes a été déterminée par l'autrice dans une logique dichotomique : lorsqu'un élément en lien avec un des principes était rapporté par les auteurs, il était coché. Le respect du dernier principe concernant le financement n'a pas été validé, puisque les auteurs mentionnent rarement la récurrence et les modalités du financement. Ainsi, le score pour une intervention varie de 0 (aucun principe n'a été appliqué) à 7 (tous les principes ont été appliqués).

Tableau 2 Huit principes pour la mise en œuvre de l'appel à l'action n° 33 de la Commission de vérité et de réconciliation du Canada (traduction libre) (Wolfson et al., 2019)

1. Intégrer le bien-être et les savoirs autochtones
Les interventions centrées sur les savoirs autochtones, notamment ceux des aînés, et sur les visions du monde autochtones aident les individus, les familles et les communautés à atteindre l'équilibre entre le corps, l'esprit, l'âme et les émotions.
2. Considérer les déterminants sociaux de la santé des Autochtones
La compréhension des déterminants sociaux de la consommation d'alcool des femmes autochtones est l'étape préliminaire à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des interventions préventives.
3. Valoriser le système de soutien familial et social
Une approche familiale valorisant l'importance des liens intergénérationnels et du soutien social est pertinente. Les aînés, la communauté et la famille élargie peuvent partager leurs connaissances sur la grossesse, l'accouchement et la maternité et préserver des savoirs traditionnels.
4. Promouvoir les interventions conçues et guidées par les communautés
La conception et la mise en œuvre des interventions en collaboration avec l'ensemble des parties prenantes de la communauté amélioreraient leur pertinence et leur efficacité.
5. Offrir parallèlement un soutien global et des services sociaux
L'accès à une gamme de soins et de services de santé au même endroit aide les femmes à répondre à divers besoins (p. ex. des soins de santé à un endroit où le transport et le gardiennage sont disponibles).
6. Adopter une approche fondée sur le parcours de vie
L'adoption d'une approche fondée sur le parcours de vie reconnaît le rôle historique et culturel de la grossesse et de la naissance, une partie sacrée du cycle de vie. Elle encourage la parentalité positive et renforce les rôles de la famille et de la communauté dans l'éducation des enfants.
7. S'appuyer sur les forces des femmes, des familles et des communautés
S'éloignant du modèle médical traditionnel qui consiste à diagnostiquer et à se concentrer sur le problème, ici la consommation d'alcool, l'approche axée sur les forces est globale et utilise les attributs positifs des femmes, des familles et des communautés.
8. Assurer la recherche et un financement à long terme
La conception de programmes et la recherche et l'évaluation requièrent des pratiques de financement qui considèrent l'importance des pratiques relationnelles avec les peuples et les communautés autochtones.

2.5 Révision par les pairs

En respect des mécanismes d'assurance qualité de l'INSPQ, la synthèse a été révisée par des pairs. Les commentaires des deux réviseuses concernaient le contenu, la méthode, les conclusions, l'exhaustivité du document et les enjeux éthiques. Afin d'en assurer un suivi adéquat, l'autrice a compilé ces commentaires dans un tableau récapitulatif incluant un résumé du traitement fait dans la version finale.

De plus, à chacune des étapes, la synthèse a bénéficié de la contribution, de la relecture et des commentaires des membres de l'équipe de projet. L'autrice, les membres de l'équipe de projet et les réviseurs ont rempli leur déclaration d'intérêts. Aucune situation à risque de conflit d'intérêts réel, apparent ou potentiel n'a été relevée.

3 RÉSULTATS

La section Résultats est divisée en trois sous-sections. La première décrit la méthodologie des études retenues et l'appréciation de leur qualité. La seconde vise à présenter les interventions et leurs effets sur la consommation d'alcool (ou d'autres SPA s'il y a lieu) des femmes autochtones en période périnatale. La dernière analyse les interventions à la lumière des principes pour la mise en œuvre de l'appel à l'action n° 33 de la CVR.

3.1 Qualité des études retenues

Les huit études retenues présentent les effets de cinq interventions. Afin de mettre en exergue la fiabilité des résultats, les méthodologies d'évaluation et la qualité des études sont présentées dans le tableau 3. Trois essais contrôlés randomisés, une étude rétrospective, une étude de cohorte, deux études qualitatives et une étude transversale avec un devis mixte (postintervention seulement) composent le corpus. Dans six études, les auteurs ont mesuré les changements dans la consommation d'alcool autodéclarée que ce soit la quantité ou la fréquence. Dans deux études, les participantes ou les responsables du déploiement ont décrit les effets des interventions.

Les notes pour l'appréciation de la qualité méthodologique à l'aide du CCAT se situent entre 65 % et 85 %, avec une moyenne de 73 %. L'utilisation de l'outil CCAT a fait ressortir certains biais : faible rétention des participantes, échantillonnage de convenance, absence de groupe témoin et recours à des mesures d'autoévaluation. Le calcul des scores de l'évaluation avec le CCAT se trouve à l'annexe 2.

Tableau 3 Description des types d'intervention, de la méthodologie et de l'évaluation de la qualité

Nom de l'intervention et lieu	Type d'intervention	Étude	Méthodologie d'évaluation	CCAT
Approche universelle				
Marulu Fitzroy Valley Australie	Stratégie communautaire à plusieurs niveaux	Symons <i>et al.</i> , 2020	Quantitative Étude rétrospective	85 % Élevée
Approche sélective				
eCHECKUP TO GO Californie du Sud États-Unis	Intervention en ligne	Montag <i>et al.</i> , 2015	Quantitative Essai contrôlé randomisé	65 % Faible
Alberta PCAP Alberta Canada	Programme de visites à domicile	Pei <i>et al.</i> , 2019	Qualitative Entrevues individuelles, groupe de discussion et lecture des rapports d'évaluation (Pei <i>et al.</i> , 2017)	70 % Modérée
Family Spirit Arizona et Nouveau-Mexique États-Unis	Programme de visites à domicile	Barlow <i>et al.</i> , 2015	Quantitative Essai contrôlé randomisé	73 % Modérée
		Haroz <i>et al.</i> , 2019	Quantitative Essai contrôlé randomisé	75 % Élevée
Approche ciblée				
OST CHOICES Dakota du Sud États-Unis	Entretien motivationnel de groupe	Hanson, Ingersoll et Pourier, 2015	Devis mixte Étude transversale et discussions avec les intervenants	75 % Élevée
		Hanson <i>et al.</i> , 2017	Quantitative Étude de cohorte	73 % Modérée
		Lowrey <i>et al.</i> , 2019	Qualitative Réponses écrites lors des séances	68 % Faible

3.2 Description des interventions et des effets

En cohérence avec le premier objectif, cette section décrit les cinq interventions et leurs effets sur la consommation d'alcool des femmes autochtones en période périnatale. L'appréciation de la qualité sera aussi reprise pour chaque étude. Les descriptions des interventions et de leurs effets sont disponibles en format tableau à l'annexe 3.

Les interventions ont lieu dans trois pays : une au Canada (Pei *et al.*, 2019), une en Australie et trois aux États-Unis. On retrouve une stratégie communautaire avec une approche universelle (*Marulu*), une intervention en ligne (*eCHECKUP TO GO*) et deux programmes de visites à domicile (Alberta PCAP et *Family Spirit*) priorisant une approche sélective, et une intervention de groupe avec une approche ciblée (*OST CHOICES*). Trois interventions visent spécifiquement la consommation d'alcool et les deux programmes de visite à domicile visent plusieurs SPA.

3.2.1 Approche universelle

Stratégie communautaire à plusieurs niveaux

Se déroulant en Australie, la stratégie *Marulu* vise à réduire l'exposition prénatale à l'alcool et ainsi prévenir le TSAF chez les membres des communautés autochtones de Fitzroy Valley. Basée sur le modèle canadien de prévention du TSAF à quatre volets (Poole *et al.*, 2016), la stratégie combine quatre niveaux d'action qui se renforcent les uns avec les autres. Au premier niveau, des publicités sur le TSAF et sur les risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse, conçues pour les communautés autochtones, appuyées par des données probantes et destinées au grand public, sont diffusées dans les médias (p. ex. radio locale). Au deuxième niveau, des affiches et dépliants sur le TSAF sont conçus par des organisations autochtones locales afin d'ouvrir un dialogue concernant la grossesse chez les femmes en âge de procréer. Au troisième niveau, dans une approche sélective, les sages-femmes de la communauté dépistent toutes les femmes enceintes qui consomment de l'alcool et les orientent vers les services locaux appropriés. Au quatrième niveau, en postnatal, une attention accrue est portée aux services de santé pour les enfants et aux suivis familiaux. Le dépistage des troubles du développement, dont le TSAF, est facilité par des équipes multidisciplinaires. Finalement, des politiques favorables à la santé sont un élément clé du modèle de prévention. En 2007, les pressions des dirigeants des communautés autochtones ont mené à une restriction de la vente d'alcool dans la ville centrale de la région.

Symons *et al.* (2020) rapportent que la proportion de femmes autochtones de Fitzroy Valley qui ont déclaré à leur sage-femme avoir consommé de l'alcool au moins une fois au cours de la grossesse était de 61,0 % en 2010. Cette proportion a diminué significativement à 31,9 % en 2015. L'étude rétrospective est de qualité élevée, mais elle ne comprend pas de groupe témoin.

3.2.2 Approche sélective

Intervention en ligne

eCHECKUP TO GO est une intervention sur ordinateur de « dépistage, intervention brève et orientation vers un traitement ». Originellement conçue pour des étudiants universitaires, l'intervention a été culturellement adaptée pour les femmes des Premières Nations des États-Unis et les femmes autochtones de l'Alaska en âge de procréer. Son objectif est de réduire la consommation d'alcool à risque (plus de trois consommations standards par occasion ou plus de huit par semaine) chez la population cible. Après avoir répondu à un questionnaire dans une salle de la clinique de recrutement, les femmes reçoivent une rétroaction individualisée sur leur risque de consommer de l'alcool pendant la grossesse, les effets de l'alcool sur le bébé, les conséquences physiques et financières de leur consommation ainsi qu'un comparatif de leur consommation par rapport à celle d'autres femmes autochtones. Enfin, des références vers les ressources locales sont offertes sur une page imprimable.

Dans l'essai contrôlé randomisé de Montag et ses collègues (2015), le groupe témoin répondait au questionnaire en ligne, mais ne recevait pas de rétroaction individualisée ni de références. Des brochures éducatives sur la santé demeuraient disponibles pour tous dans les cliniques de recrutement. Aux suivis téléphoniques d'un, trois et six mois, une diminution de la consommation d'alcool à risque a été observée pour les deux groupes (intervention et témoin) sans différence significative entre ceux-ci. La qualité de cette étude a été notée comme faible entre autres en raison de la méthode de collecte de données différente lors des suivis.

Programmes de visites à domicile

Alberta PCAP a comme objectif de prévenir les naissances exposées à l'alcool et aux drogues et le TSAF. Ce programme a été créé pour les femmes à risque de consommer des SPA et qui sont enceintes, pourraient le devenir ou jusqu'à 6 mois post-partum. Ce programme, déployé depuis 1999 à travers l'Alberta, a été adapté en 2014 pour les Premières Nations et mis en place dans six communautés éloignées à la suite de consultations communautaires. Il est basé sur trois cadres théoriques : la théorie relationnelle⁴, l'entretien motivationnel et le modèle transthéorique du changement. Les mentors sont embauchés et formés par le *Fetal Alcohol Spectrum Disorder Network*. Pendant trois ans, les mentors aident les femmes à cesser de consommer pendant la grossesse ou à éviter une grossesse si l'abstinence est impossible. Les mentors collaborent avec d'autres intervenants des services sociaux et des ressources communautaires afin de répondre aux différents besoins des femmes tels l'aide à l'emploi ou l'accès à des soins ou services de santé.

⁴ Concernant la consommation de SPA chez les femmes, le succès d'une intervention est intimement lié à la relation de confiance entre la participante et l'intervenant (Amaro et Hardy-Fanta, 1995).

En s'inspirant de la recherche participative, Pei et ses collègues (2019) ont exploré qualitativement l'expérience des mentors lors de la mise en œuvre de l'intervention ainsi que les retombées positives observées. Les mentors ont rapporté que des participantes n'avaient pas consommé de SPA pendant leur grossesse contrairement à une grossesse précédente. Ils ont aussi souligné d'autres bénéfices : l'amélioration du bien-être des femmes, un meilleur fonctionnement des familles ainsi que des communautés mieux informées au sujet du TSAF. L'étude qualitative est de qualité modérée, les effets du programme de visites à domicile n'ont été rapportés que par les mentors et non par les femmes mentorées. De plus, les auteurs explicitaient peu le déroulement des entrevues.

Family Spirit vise à réduire les inégalités sociales de santé observées chez les adolescentes enceintes et leurs enfants des Premières Nations des États-Unis. Ce programme de visites à domicile promeut la santé et le bien-être, et vise à améliorer les comportements qui font obstacle à une maternité positive, notamment la consommation de SPA. Se déroulant en Arizona et au Nouveau-Mexique, le programme est composé de 43 leçons culturellement appropriées sur différents thèmes (p. ex. les conséquences des drogues). Ces leçons sont offertes par des éducateurs parlant la langue autochtone de la Nation à l'aide d'un support visuel et sont axées sur la réduction de certains comportements (p. ex. faible surveillance des enfants, négligence parentale, interactions coercitives et brusques, consommation de SPA). Les visites ont lieu au maximum à partir du troisième trimestre de la grossesse jusqu'à 36 mois post-partum. Ce programme s'ajoute aux soins standards optimisés offerts aux adolescentes enceintes par des agents de liaison (transport vers la clinique prénatale, informations sur les soins aux enfants, les ressources de la communauté et références vers les services locaux).

Ce programme a été évalué par Barlow et ses collègues (2015) dans un essai contrôlé randomisé où les dyades mères-enfants du groupe témoin recevaient seulement les soins standards optimisés. De la grossesse jusqu'à 36 mois post-partum, les mères du groupe intervention ont rapporté moins consommer de cannabis et de drogues illégales. On ne remarque pas de différence concernant la consommation d'alcool. Une diminution des symptômes dépressifs a aussi été observée chez les participantes du groupe intervention. L'étude est de qualité modérée, des détails sur les collectes de données et sur les questionnaires incomplets sont manquants.

Haroz et ses collègues (2019) ont réalisé une analyse secondaire des données ci-haut (Barlow *et al.*, 2015). Bien que les analyses soient limitées aux données initialement recueillies, l'étude est de qualité élevée. Les auteurs ont observé des différences dans les effets de l'intervention (augmentation des compétences parentales et de l'auto-efficacité parentale) selon le profil des mères, ils rapportent plus d'effets positifs chez les mères les moins vulnérables (p. ex. celles qui ont un logement stable).

3.2.3 Approche ciblée

Entretien motivationnel de groupe

OST CHOICES (Oglala Sioux Tribe Changing High-risk alcohol use and Increasing Contraception Effectiveness Study) est une intervention basée sur l'entretien motivationnel de groupe et le modèle transthéorique du changement. L'intervention cherche à diminuer la consommation excessive d'alcool et à prévenir les grossesses non planifiées. La population cible est les femmes des Premières Nations des États-Unis au Dakota du Sud n'utilisant pas de moyen de contraception et consommant de l'alcool excessivement. Pendant deux à quatre séances, les intervenants aident les femmes à se fixer des objectifs et à planifier leur changement comportemental (diminution de la consommation d'alcool et utilisation d'un moyen de contraception répondant aux besoins des femmes). Pour y parvenir, les intervenants préconisent l'écoute réflexive et l'utilisation de questions ouvertes. De plus, les participantes sont encouragées à remplir un journal quotidien de suivi des deux comportements cibles. Les intervenants orientent les femmes vers différents services complémentaires si nécessaire.

Hanson, Ingersoll et Pourier (2015) ont évalué les deux séances pilotes de l'intervention à l'aide d'un devis mixte. Selon le discours des intervenants, l'intervention aurait plus d'effet sur les femmes de moins de 35 ans que sur celles plus âgées. Ces dernières ont déjà des enfants plus vieux et une vie plus établie; leurs comportements seraient difficilement modifiables. Les résultats quantitatifs concernent l'ambiance lors des séances, notamment le faible niveau de tension entre les participantes. L'étude est de qualité élevée, notons toutefois la faible rétention des participantes, 7 des 40 participantes n'ont pas réalisé la seconde séance.

Hanson et ses collègues (2017) ont évalué l'intervention lors de son déploiement à l'aide d'une étude de cohorte. Les auteurs emploient une mesure dichotomique. Les femmes qui n'utilisent pas de moyen de contraception et qui consomment de l'alcool de manière excessive sont classées « à risque » d'une grossesse exposée à l'alcool. Un changement dans un des deux comportements place les participantes dans la catégorie « pas à risque ». Les femmes qui sont devenues enceintes lors des suivis sont placées dans la catégorie « à risque ». De ce fait, la proportion de participantes à risque de consommer de l'alcool pendant la grossesse a diminué significativement passant de 100 % à entre 18,1 % et 66,3 % au suivi de six mois. Cet intervalle reflète le choix de classer l'ensemble des abandons soit comme des participantes « pas à risque » ou « à risque ». Notons que la diminution du risque s'explique majoritairement par l'utilisation d'un moyen de contraception et non par la diminution de la consommation d'alcool, c'est 38,5 % des participantes « pas à risque » qui ont diminué leur consommation d'alcool. L'étude est de qualité modérée, notamment en raison de la très faible rétention des participantes aux suivis (la moitié n'a pas complété les deux suivis à trois et six mois postintervention).

Lowrey et ses collègues (2019) décrivent les effets de l'intervention *OST CHOICES* à partir des six stades du changement (précontemplation, contemplation, préparation, action, maintien et conclusion) et des réponses écrites des participantes lors des séances de groupe. L'intervention avait un effet sur les stades de changement des participantes. À la fin de la dernière séance, certaines femmes étaient à l'étape de l'action. Elles avaient diminué leur consommation d'alcool sous le niveau de consommation excessive ou utilisaient régulièrement un moyen de contraception. L'étude est de faible qualité, les auteurs explicitent peu leur démarche quant à la collecte des données.

3.3 Analyse des interventions

Afin de répondre au second objectif, le tableau 4 résume les interventions, leurs effets (sur la consommation d'alcool et d'autres SPA) et l'application des principes pour la mise en œuvre de l'appel à l'action n° 33 de la CVR. Soulignons que le nombre de principes appliqués par les interventions qui auraient un effet sur la consommation d'alcool ou d'autres SPA est plus grand que celui de l'intervention en ligne dont l'effet n'a pas été démontré (*eCHECK UP TO GO*). Les deux types d'intervention qui intègrent le plus grand nombre de principes sont la stratégie communautaire ainsi que les programmes de visite à domicile.

- Bien-être et savoirs autochtones : trois interventions intègrent ce principe. *Marulu* (signifiant qui mérite d'en prendre soin) a été nommé ainsi par les communautés autochtones locales, et toutes les activités de la stratégie se doivent d'être culturellement sécurisantes. *Family Spirit* intègre du contenu éducatif culturellement pertinent en langue locale. Le format de groupe d'*OST CHOICES* a été choisi en raison de l'importance accordée par les Autochtones aux traditions orales et au consensus de groupe.
- Déterminants sociaux de la santé : ceux-ci ne sont pas soulevés explicitement par aucun des auteurs dans la description des interventions.
- Soutien familial et social : le système de soutien familial et social est valorisé dans les deux programmes de visites à domicile (*Family Spirit* et Alberta PCAP) ainsi que pour la stratégie *Marulu*. Par exemple, la communauté est impliquée afin de soutenir les futures et les nouvelles familles.
- Conception par les communautés : un effort pour concevoir et implanter l'intervention en collaboration avec les communautés autochtones est souligné par tous les auteurs. Les interventions sont dirigées par les communautés locales et guidées par leurs besoins et leurs idées (*Marulu*) ou utilisent des principes de la recherche participative communautaire (Alberta PCAP et *Family Spirit*). En outre, les communautés ont été impliquées dans l'étape de la conception des interventions pour s'assurer de leur pertinence culturelle (*eCHECKUP TO GO* et *OST CHOICES*).

- Soutien global et services sociaux : trois interventions appliquent ce principe. Elles offrent parallèlement un soutien global et des services sociaux : dépistage et références vers des services culturellement adaptés (*Marulu*), collaboration avec d'autres intervenants de services et de ressources communautaires (Alberta PCAP) et soins standards optimisés (*Family Spirit*).
- Approche fondée sur le parcours de vie : *Family Spirit* est la seule intervention dont les auteurs mentionnent qu'elle encourage la parentalité positive et renforce les rôles de la famille et de la communauté dans l'éducation des enfants. Elle adopte ainsi une approche fondée sur le parcours de vie.
- Forces des femmes, des familles et des communautés : quatre interventions s'appuient sur celles-ci. Une relation de confiance et des intervenants qui se concentrent sur les efforts et les réussites des femmes sont des éléments clés des interventions Alberta PCAP, *Family Spirit* et *OST CHOICES*. De plus, *Marulu* s'inspire des idées et des forces de la communauté afin de réaliser les activités de prévention des deux premiers niveaux soit la sensibilisation du grand public et l'ouverture d'un dialogue avec les femmes en âge de procréer.

Tableau 4 Efficacité et principes appliqués dans les interventions

	<i>Marulu</i>	<i>eCHECKUP TO GO</i>	<i>Alberta PCAP</i>	<i>Family Spirit</i>	<i>OST CHOICES</i>
Description					
Approche	Universelle	Sélective			Ciblée
Type d'intervention	Stratégie communautaire	Intervention en ligne	Visites à domicile	Visites à domicile	Entretien motivationnel de groupe
Effets recensés dans les études					
Consommation d'alcool	↓ pendant la grossesse	Non significatif	↓ pendant la grossesse	Non significatif	↓ en général
Consommation d'autres SPA	Non mesuré	Non mesuré		↓ cannabis, drogues en post-partum	Non mesuré
Autres effets	Non mesuré	Non mesuré	↑ sensibilisation, fonctionnement familial, bien-être	↑ connaissances parentales, sentiment d'auto-efficacité ↓ symptômes dépressifs	↑ contraception ↓ évitement des responsabilités
Principes					
Intégrer le bien-être et les savoirs autochtones	X			X	X
Considérer les déterminants sociaux de la santé des Autochtones					
Valoriser le système de soutien familial et social	X		X	X	
Promouvoir les interventions conçues et guidées par les communautés	X	X	X	X	X

Tableau 4 Efficacité et principes appliqués dans les interventions (suite)

	<i>Marulu</i>	<i>eCHECKUP TO GO</i>	<i>Alberta PCAP</i>	<i>Family Spirit</i>	<i>OST CHOICES</i>
Principes (suite)					
Offrir parallèlement un soutien global et des services sociaux	X		X	X	
Adopter une approche fondée sur le parcours de vie				X	
S'appuyer sur les forces des femmes, des familles et des communautés	X		X	X	X
Assurer la recherche et un financement à long terme	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.	s. o.
TOTAL (/7)	5	1	4	6	3

4 DISCUSSION

« Diminuer la consommation d'alcool pendant la grossesse et prévenir le TSAF n'est pas seulement une question concernant les femmes ou la santé mentale. C'est un problème complexe de santé et de justice sociale qui requiert des réponses considérant les traumatismes, la culture et le genre au niveau individuel, familial et communautaire. »

(Traduction libre de Wolfson *et al.*, 2019, p. 3)

Cette section vise à approfondir l'analyse des interventions à la lumière des principes pour la mise en œuvre de l'appel à l'action n° 33 de la CVR. De ce fait, les trois éléments qui ressortent sont le peu de données et d'études, les deux types d'intervention respectant le plus de principes ainsi que les cinq principes les plus fréquemment appliqués. Enfin, les limites de la présente démarche seront exposées.

4.1 Des constats sur les effets : peu de données et peu d'études

Les effets des interventions sur la diminution de la consommation d'alcool présentés dans le nombre restreint d'études sont d'ampleur modeste. Effectivement, Symons et ses collègues (2020) soulignent qu'en 2015, malgré le déploiement de *Marulu* et la restriction sur la vente d'alcool, 14,8 % des femmes autochtones de Fitzroy Valley ont déclaré avoir consommé de l'alcool pendant toute la grossesse. Aussi, pour *OST CHOICES*, la diminution du risque d'une grossesse exposée à l'alcool s'explique principalement par l'utilisation d'un moyen de contraception et non par la diminution des habitudes de consommation excessive d'alcool (Hanson *et al.*, 2017). Pour *Family Spirit*, la diminution de la consommation de SPA en post-partum concerne le cannabis et les autres drogues et non l'alcool (Barlow *et al.*, 2015). Rappelons que les effets de l'intervention Alberta PCAP sur la consommation de SPA ne sont rapportés que par les mentors. De surcroît, malgré plusieurs mesures postintervention, les données recueillies ne permettent pas de statuer si les effets sur la consommation d'alcool se maintiennent dans le temps. Les mesures d'effets sont rapprochées de l'implantation de l'intervention et le maintien du changement n'est pas validé sur une plus longue période (p. ex. lors d'une nouvelle grossesse). Une revue systématique sur la prévention de l'exposition prénatale à l'alcool chez les peuples autochtones présente le même constat : il existe peu de données probantes sur l'efficacité des interventions (Symons *et al.*, 2018).

4.1.1 Des forces et des lacunes méthodologiques à considérer

Les conclusions présentées sur les effets, en addition à leur ampleur modeste, doivent être interprétées en considérant les lacunes méthodologiques des études. Des limites dans les méthodes d'échantillonnage sont à souligner : sept études utilisent un échantillonnage de convenance ce qui limiterait la robustesse des données. Par ailleurs, l'absence de groupe témoin rend la comparaison des effets des interventions à une situation sans intervention impossible. Des biais dans les méthodes de collecte de données ont aussi été repérés. La désirabilité sociale,

soit le désir de bien paraître, peut avoir faussé certains résultats. Des femmes ont pu craindre de répondre honnêtement aux questions sur leurs habitudes de consommation, un sujet sensible (Lange *et al.*, 2014). Les questionnaires étaient parfois menés par téléphone ou en présence d'un chercheur, donc l'efficacité de certaines interventions a pu être surestimée. De ce fait, les femmes ne révèlent leur consommation réelle que lorsqu'elles se sentent acceptées, en sécurité et non stigmatisées (Hubberstey *et al.*, 2019).

Notons tout de même des forces aux études recensées. La moitié ont au moins deux suivis après l'intervention, le maintien du changement à court terme est alors validé à plus d'une reprise. De plus, certaines études incluaient d'autres effets que ceux sur la consommation d'alcool; le bien-être ou les connaissances parentales ont aussi été mesurés. Enfin, des études incluaient du personnel autochtone local dans la recherche, pour la collecte de données par suivis téléphoniques par exemple.

4.2 Les deux types d'intervention respectant le plus grand nombre de principes

Parmi les interventions recensées, les programmes de visite à domicile et la stratégie communautaire à plusieurs niveaux sont celles qui appliquent le plus grand nombre de principes. Leurs effets sur la réduction de la consommation d'alcool et d'autres SPA, malgré certaines limites abordées précédemment, sont soulignés dans les études. De plus, différentes caractéristiques de ces types d'intervention sont en cohérence avec les recommandations d'organisations à l'échelle canadienne :

- Assemblée des Premières Nations, Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances et Santé Canada, *Honouring our strengths: A renewed framework to address substance use issues among First Nations people in Canada* (2011);
- Canada Fetal Alcohol Spectrum Disorder Research Network (CanFASD), *Indigenous approaches to FASD prevention* (Nathoo et Poole, 2017a; 2017b; 2017c; 2017d; 2017e);
- Pauktuutit Inuit women of Canada, *Fetal alcohol spectrum disorder: supporting Inuit families and communities environmental scan and research report* (2021).

4.2.1 Programmes de visites à domicile : le maintien dans le temps d'un soutien à la santé des mères et des enfants

Les programmes de visites à domicile sont des interventions qui visent plusieurs SPA, mais aussi l'amélioration des pratiques parentales et de la relation parent-enfant (Barlow *et al.*, 2015). De plus, ces programmes s'étendent sur une longue durée, l'intervention se poursuit après la naissance de l'enfant. Dans le contexte périnatal, les programmes de visites à domicile doivent être conçus pour aborder la consommation de SPA, et non seulement d'alcool (Novins *et al.*, 2018). Mentionnons que, pour ce type de programme, les interventions éducatives réalisées lors

des visites à domicile sont complémentaires aux services offerts aux femmes, aux enfants et aux familles. Dans le domaine de la prévention de la consommation excessive d'alcool entre autres, les interventions éducatives seules ont peu d'effets ou, sinon, seulement à court terme (Tessier et April, 2016).

Ce type de programme est axé sur la création d'une relation de confiance, l'amélioration des pratiques parentale à long terme et le soutien de l'autodétermination des femmes autochtones (McCalman *et al.*, 2017; Smylie *et al.*, 2016). Pour favoriser l'adhésion et la réussite de ce type de programme, il doit être adapté aux souhaits et aux besoins des familles d'où la pertinence de s'assurer que les interventions sont conçues et guidées par les communautés, un des huit principes (Montag *et al.*, 2012). Les programmes qui intègrent des activités culturelles, éducatives, de développement des compétences et aussi des activités sur le territoire sont aussi pertinents, et ce, en adéquation avec le premier principe (Pauktuutit Inuit Women of Canada, 2021). Ces activités brisent l'isolement; une relation de confiance est établie dans un contexte non clinique d'abord et un espace pour des conversations informelles est offert (Nathoo et Poole, 2017a). Les programmes qui soutiennent à la fois la santé des mères et celle de leurs enfants, comme il est possible de le faire avec les visites à domicile tel qu'en témoigne *Family Spirit*, sont plus efficaces que ceux qui se concentrent séparément sur la santé des femmes et sur celle des enfants (Nathoo et Poole, 2017b). McCalman et ses collègues (2017) soulignaient les quatre facilitateurs des programmes de visite à domicile : des intervenants compétents et empathiques, la flexibilité d'accès, la continuité et l'intégration aux services et des activités culturellement adaptées.

4.2.2 Stratégies globales : une sensibilisation du grand public et l'intégration aux services existants

La stratégie *Marulu* est globale, s'intègre aux services existants et s'additionne à une politique publique qui restreint l'accessibilité à l'alcool. L'éducation du grand public sur les conséquences de l'exposition prénatale à l'alcool ainsi que le dépistage pour la consommation d'alcool de toutes les femmes enceintes et l'orientation vers des services culturellement adaptés composent la stratégie. De plus, des organismes communautaires conçoivent des activités de promotion de la santé.

Bien que la grossesse et la première année de vie de l'enfant soient des moments propices à l'adoption de comportements de santé durables, les interventions ciblant exclusivement les femmes peuvent augmenter leur stress (Rentner *et al.*, 2012). Bezdek et ses collègues (2004) ont analysé les raisons de l'arrêt ou de la réduction de la consommation d'alcool chez des membres de Premières Nations aux États-Unis; les soins aux enfants et la grossesse étaient la catégorie de réponse la plus fréquente. Cependant, les campagnes et les interventions qui réprimandent les femmes augmenteraient l'évitement des soins et des services de santé par des femmes qui craignent la façon dont elles seront traitées (Pederson *et al.*, 2015). Les stratégies globales visent

à sensibiliser l'ensemble des membres d'une communauté aux conséquences de l'exposition prénatale à l'alcool et au TSAF. De ce fait, lorsque les habitudes de consommation d'alcool d'une communauté changent, la diminution de la consommation excessive d'alcool par exemple, le nombre de femmes qui consomment de l'alcool pendant la grossesse diminue également (Nathoo et Poole, 2017b).

Enfin, le modèle multiniveaux de prévention du TSAF élaboré au Canada sur lequel est basée la stratégie *Marulu* l'explique : la prévention va au-delà des interventions éducatives sur les risques de la consommation pendant la grossesse (Poole *et al.*, 2016). Plusieurs interventions convergentes et complémentaires doivent être mises en place, notamment la sensibilisation de l'ensemble de la population et non seulement des femmes, des services qui aident les femmes à améliorer leur santé et celle de leurs enfants, et la création d'un environnement social favorable.

4.3 Les cinq principes les plus fréquemment appliqués

Certains éléments en accord avec les huit principes se retrouvent dans les interventions analysées, et ce, malgré l'ampleur modeste de leurs effets. Les cinq principes les plus respectés sont présentés en ordre décroissant de fréquence. Cet ordre n'est pas représentatif de la pertinence ou des effets des interventions.

4.3.1 Une collaboration avec les peuples autochtones

Un effort pour concevoir et mettre en œuvre l'intervention en collaboration avec les communautés autochtones est souligné par tous les auteurs dans les descriptions des interventions. Toutefois, à la lecture de ces descriptions, cette collaboration se traduit de différentes manières allant de la prise en charge par la communauté à des consultations communautaires d'ampleur variable. Par exemple, *Marulu* est dirigée par les communautés locales et guidée par leurs besoins et leurs idées (Symons *et al.*, 2020). À contrario, pour *eCHECKUP TO GO* et *OST CHOICES*, la collaboration est majoritairement à l'étape de la conception, pour s'assurer que l'intervention est culturellement pertinente.

L'implication étroite de la communauté est essentielle afin de créer des cercles de soutien reconnaissant le large éventail de facteurs qui influencent la santé et le bien-être des femmes (Nathoo et Poole, 2017b). Les communautés et les organismes autochtones sont les mieux placés pour comprendre et déterminer leurs besoins (Gouvernement de l'Ontario, 2015; Nathoo et Poole, 2017d). Les obstacles spécifiques aux femmes et aux familles autochtones peuvent être ciblés et l'accès aux services facilité (Wolfson *et al.*, 2019).

4.3.2 Des interventions basées sur les forces

Quatre des cinq interventions recensées s'appuient sur les forces des femmes, des familles et des communautés. Valoriser l'autonomisation, le développement du pouvoir d'agir, est essentiel lorsque l'on vise à changer les perceptions et les comportements (Tait, 2003). Par exemple, pour Alberta PCAP, *Family Spirit* et *OST CHOICES*, ce sont des interventions basées sur une relation de confiance et des intervenants qui se concentrent sur les efforts et les réussites des femmes. Ce lien étroit entre les intervenants et les participantes peut contribuer au changement.

4.3.3 Le bien-être et les savoirs autochtones intégrés dans les interventions

L'implication de la communauté permet d'intégrer des notions du bien-être et des savoirs autochtones dans les interventions rappelant que les principes sont interreliés. Trois interventions mettent de l'avant des savoirs autochtones que ce soit par la langue utilisée ou le format de l'intervention. Rappelons que la continuité culturelle est un facteur de protection de la consommation de SPA en période périnatale (Fournier, 2022). La continuité culturelle découle de la force des liens familiaux, mais aussi de la transmission intergénérationnelle des traditions, de la langue, de la culture et de la spiritualité (Reading et Wien, 2009). De ce fait, des communautés autochtones essaient de raviver et de préserver les enseignements et les coutumes traditionnels liés à la grossesse, à l'accouchement et au rôle parental (Tait, 2003). La grossesse et la parentalité sont des moments du parcours de vie où les valeurs, les pratiques et les traditions autochtones prennent de l'importance et peuvent être transmises entre les générations (Wolfson *et al.*, 2019).

4.3.4 L'importance du cercle social et du soutien social

La stratégie *Marulu* inclut explicitement le partenaire, l'ensemble de la famille et le cercle social dans la démarche. De plus, dans les descriptions des deux programmes de visite à domicile, les auteurs reconnaissent l'importance du cercle social des femmes et de leurs relations. Certains mentors d'Alberta PCAP soulignent même un effet collatéral aux visites à domicile soit l'augmentation de la sensibilisation de la communauté au TSAF, entre autres par le bouche-à-oreille et l'appui de la communauté. Soulignons que la sensibilisation au TSAF ou aux conséquences de la consommation pendant la grossesse vise rarement les hommes ou les partenaires. Pourtant, ceux-ci peuvent exercer une influence sur les comportements de consommation d'alcool et offrir un soutien pendant la période périnatale (Gouvernement de l'Ontario, 2015; Lyall *et al.*, 2021). De surcroît, les comportements à risque (p. ex. la consommation de SPA et les rapports sexuels non protégés) sont une responsabilité partagée (Shrestha *et al.*, 2019). Enfin, un environnement social favorable (relations positives et forts liens sociaux) contribuerait à l'arrêt ou à la réduction de la consommation de SPA des femmes autochtones en période périnatale (Fournier, 2022).

4.3.5 Un soutien global et des services pour les femmes autochtones et leur famille

Trois interventions offrent parallèlement un soutien global et des services sociaux. Dans la stratégie *Marulu*, les femmes enceintes qui consomment de l'alcool sont dirigées vers des services locaux et culturellement adaptés (Symons *et al.*, 2020). Les mentors d'Alberta PCAP travaillent en partenariat avec d'autres organisations afin d'orienter efficacement les participantes en fonction de leurs besoins. *Family Spirit* s'additionne aux soins standards optimisés reçus par les adolescentes enceintes (Barlow *et al.*, 2015). Les femmes peuvent recevoir un soutien dans plusieurs sphères de leur vie et non seulement de l'éducation sur les conséquences de la consommation (Tait, 2003). Ainsi, bien que les déterminants sociaux ne soient pas abordés explicitement dans les descriptions des stratégies retenues, ce type d'approche globale a une influence sur ces derniers. À l'opposé, une lacune de l'intervention en ligne *eCHECKUP TO GO* est l'absence de soutien immédiat (Montag *et al.*, 2015). Les participantes reçoivent un bilan par écrit qui peut être confrontant (découvrir que sa consommation est plus élevée que celle des autres femmes) et elles n'ont pas de soutien pour rejoindre les ressources disponibles. Aider les femmes à surmonter les obstacles dans l'accès aux soins et aux services de santé, au logement ou à la sécurité alimentaire est nécessaire avant d'agir sur la réduction de la consommation de SPA (Symons *et al.*, 2018; Wolfson *et al.*, 2019). Effectivement, pour certaines femmes, l'abstinence ou la réduction de la consommation peut être difficile en raison de leur historique personnel (p. ex. traumatismes, violences sexuelles ou physiques, problèmes de santé mentale ou pauvreté). Le manque d'informations sur les conséquences de la consommation d'alcool n'est alors pas l'enjeu principal (Nathoo et Poole, 2017b).

4.3.6 Au-delà des principes : l'importance d'une relation de confiance

À la lecture des études retenues, l'importance d'une relation de confiance entre les intervenants et les participantes ressort comme un élément clé. Cette relation de confiance doit aussi exister entre l'ensemble des parties prenantes, les membres de la communauté autochtone ou les organisations autochtones impliquées par exemple. Les mentors du programme de visites à domicile Alberta PCAP l'énoncent dans l'étude de Pei et ses collègues (2019); le temps requis pour créer une relation de confiance entre les mentors et les participantes, s'imprégner des connaissances de la communauté et obtenir leur approbation n'est pas négligeable. Toutefois, ce temps est essentiel afin que les membres de la communauté aient confiance en la pérennité du programme. Devant une clientèle méfiante et aux prises avec des comportements de consommation pouvant être problématiques, cette relation de confiance est à privilégier. Souvent, c'est le seul lien avec le système de services, et il s'agirait d'une porte d'entrée à d'autres services comme en témoignent les mentors de Alberta PCAP (Pei *et al.*, 2019). Dans le rapport d'évaluation d'Alberta PCAP, les participantes ont souligné la relation de confiance avec les mentors (Pei *et al.*, 2017). Des notions de mutualité, de collaboration, de réciprocité et de respect sont intimement liées à la création d'une relation de confiance.

4.4 Limites de la synthèse des connaissances

La principale force de cette synthèse est l'analyse sous l'angle des principes pour guider la mise en œuvre de l'appel à l'action n° 33 de la CVR, des principes élaborés avec des méthodologies autochtones et réunissant plusieurs points de vue à travers le Canada (Wolfson *et al.*, 2019).

Cependant, l'exclusion de la littérature grise dans la stratégie de recherche est une limite. Les organisations impliquées dans la prévention qui n'ont pas publié leurs recherches avec un processus de révision par les pairs n'ont pas été incluses. La décision d'inclure uniquement des articles évalués par des pairs avait comme objectif d'assurer un plus haut niveau de confiance dans la qualité des preuves dans une situation où les ressources pour effectuer les recherches documentaires étaient limitées. Des recherches non exhaustives dans la littérature grise canadienne ont cependant permis de repérer des publications afin de nuancer la discussion.

De plus, les effets recensés dans cette synthèse concernent principalement les niveaux de consommation d'alcool des femmes autochtones. Il serait pertinent de valider les effets des interventions sur les problèmes liés à la consommation en période périnatale (p. ex. sur la prévalence du TSAF ou sur la qualité des relations familiales).

Par ailleurs, les devis d'études, les populations cibles et les interventions étaient hétérogènes, ce qui rend la comparaison des effets impossible. Certaines publications présentaient des études contrôlées randomisées et d'autres des résultats fondés sur une recherche qualitative. De plus, l'analyse des principes intégrés ou non dans les différentes interventions est limitée par l'exhaustivité des descriptions des auteurs.

Enfin, rappelons que cette synthèse des connaissances porte sur une période précise, mais qui s'inscrit dans une trajectoire de vie beaucoup plus large. L'accent ne peut être mis seulement sur la grossesse et la première année de vie de l'enfant, mais sur la santé et le bien-être des femmes autochtones tout au long de leur vie (Nathoo et Poole, 2017e).

5 CONCLUSION

La présente synthèse met au jour les données probantes concernant l'efficacité des interventions de prévention de la consommation d'alcool en période périnatale en contexte autochtone. Dans le peu d'études recensées, les effets des interventions sur la consommation d'alcool des femmes sont modestes, et leurs effets sur les problèmes sociaux et de santé liés à la consommation, inconnus. De plus, plusieurs lacunes méthodologiques dans l'évaluation des interventions nuancent l'interprétation de leurs effets.

Parmi les quatre types d'interventions recensées, les programmes de visite à domicile et la stratégie communautaire respectent un plus grand nombre de principes pour la mise en œuvre de l'appel à l'action n° 33 de la CVR. Les programmes de visites à domicile sont des interventions qui visent plusieurs SPA, mais aussi l'amélioration des pratiques parentales et de la relation parent-enfant. De plus, ces programmes s'étendent sur une longue durée, ils se poursuivent après la naissance de l'enfant. Soulignons que dans ce type de programme, les interventions éducatives concernant les SPA sont complémentaires aux services offerts aux femmes, aux enfants et aux familles. En outre, les interventions multiniveaux, comme la stratégie communautaire australienne recensée, sont basées sur la prémisse que la prévention va au-delà des interventions éducatives sur les risques de la consommation. Plusieurs interventions convergentes et complémentaires sont mises en place. Pensons à la sensibilisation de l'ensemble de la population, et non seulement des femmes, à des pratiques qui aident les femmes à améliorer leur santé et celle de leurs enfants, et à la création d'un environnement social favorable.

En outre, les principes sont appliqués irrégulièrement dans les interventions recensées. De ce fait, la conception et l'orientation des interventions par les communautés autochtones est le principe appliqué unanimement. Par contre, cette collaboration se traduit de différentes manières allant de la prise en charge par la communauté à des consultations communautaires d'ampleur variable. Rappelons que l'implication étroite de la communauté est essentielle afin de créer des cercles de soutien reconnaissant le large éventail de facteurs qui influencent la santé et le bien-être des femmes. De plus, les communautés et les organismes autochtones sont les mieux placés pour comprendre et déterminer leurs besoins.

Enfin, au-delà de l'efficacité d'interventions spécifiques, réalisées dans des contextes précis et pour des clientèles particulières, c'est plutôt une combinaison d'interventions qui visent les individus et les environnements qui apparaît le plus pertinent pour prévenir les conséquences sociales et de santé de la consommation d'alcool en période périnatale. À cet égard, les peuples autochtones doivent être des acteurs clés dans la conception, la mise en œuvre et aussi l'évaluation de cette combinaison d'interventions. Des données supplémentaires qui considèrent les contextes sociohistoriques et socioéconomiques particuliers des premiers peuples sont nécessaires.

6 RÉFÉRENCES

- Amaro, H. et Hardy-Fanta, C. (1995). Gender relations in addiction and recovery. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27(4), 325-337. [10.1080/02791072.1995.10471698](https://doi.org/10.1080/02791072.1995.10471698)
- Aschenbrener, C. et Johnson, S. (2017). Educationally-based, culturally-sensitive, theory-driven mentorship intervention with at-risk Native American youth in South Dakota: A narrative review. *Journal of Child and Family Studies*, 26(1), 14-27. [10.1007/s10826-016-0537-z](https://doi.org/10.1007/s10826-016-0537-z)
- Assemblée des Premières Nations, Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances et Santé Canada. (2011). Honouring our strengths: A renewed framework to address substance use issues among First Nations people in Canada. http://nnadaprenewal.ca/wp-content/uploads/2012/01/Honouring-Our-Strengths-2011_Eng1.pdf
- Babor, T. F., McRee, B. G., Kassebaum, P. A., Grimaldi, P. L., Ahmed, K. et Bray, J. (2007). Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): Toward a public health approach to the management of substance abuse. *Substance Abuse*, 28(3), 7-30. [10.1300/j465v28n03_03](https://doi.org/10.1300/j465v28n03_03)
- Bergeron, O., Richer, F. et Duguay, I. (2018). La violence vécue en milieu autochtone. Dans *Rapport québécois sur la violence et la santé*. Julie Laforest, Pierre Maurice et Louise Marie Bouchard. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante>
- Bezdek, M., Croy, C., Spicer, P. et AI-SUPERPFP Team. (2004). Documenting natural recovery in American-Indian drinking behavior: A coding scheme. *Journal of Studies on Alcohol*, 65(4), 428-433. [10.15288/jsa.2004.65.428](https://doi.org/10.15288/jsa.2004.65.428)
- Caetano, R., Ramisetty-Mikler, S., Floyd, L. R. et McGrath, C. (2006). The epidemiology of drinking among women of child-bearing age. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 30(6), 1023-1030. [10.1111/j.1530-0277.2006.00116.x](https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2006.00116.x)
- Chansonneuve, D. (2007). *Comportements de dépendance chez les Autochtones au Canada*. Fondation autochtone de guérison.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (2018). *Rapport de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec — ERS 2015*.
- Cotton, J.-C., Fraser, S. et Supeno, E. (2021). Pour une approche culturellement responsable en adaptation et évaluation de programme. Dans *Identification, conception, implantation et évaluation de programmes d'intervention psychosociale et en santé*. Presses de l'Université du Québec.
- Crowe, M., Sheppard, L. et Campbell, A. (2012). Reliability analysis for a proposed critical appraisal tool demonstrated value for diverse research designs. *Journal of Clinical Epidemiology*, 65(4), 375-383. [10.1016/j.jclinepi.2011.08.006](https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2011.08.006)
- Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. (2009). *State of the world's Indigenous peoples*. United Nations Publications.
- Duguay, I., Richer, F. et Ovando-Peralez, S. (2021). *Ilaqiluta pilot projects evaluation*. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et Institut national de santé publique du Québec.

- Floyd, R. L., Jack, B. W., Cefalo, R., Atrash, H., Mahoney, J., Herron, A., Husten, C. et Sokol, R. J. (2008). The clinical content of preconception care: Alcohol, tobacco, and illicit drug exposures. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 199, S333-339. [10.1016/j.ajog.2008.09.018](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.09.018)
- Fournier, C. (2022). *Consommation de substances psychoactives en période périnatale chez les femmes autochtones : Déterminants sociaux*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2853>
- Framarin, A. et Déry, V. (2021). *Les revues narratives : Fondements scientifiques pour soutenir l'établissement de repères institutionnels*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2780>
- Gonzales, K. L., Jacob, M. M., Mercier, A., Heater, H., Nall Goes Behind, L., Joseph, J. et Kuerschner, S. (2018). An indigenous framework of the cycle of fetal alcohol spectrum disorder risk and prevention across the generations: Historical trauma, harm and healing. *Ethnicity et health*, 1-19. [10.1080/13557858.2018.1495320](https://doi.org/10.1080/13557858.2018.1495320)
- Gordon, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Report*, 98.
- Gouvernement de l'Ontario. (2015). *Rapport relatif aux tables rondes provinciales sur les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale*. Rapport adressé par l'adjoint parlementaire Granville Anderson à la ministre des Services à l'enfance et à la jeunesse.
- Gouvernement du Québec. (2017). *Connaître les drogues et leurs effets*. <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/alcool-drogues-jeu/connaitre-les-drogues-et-leurs-effets/>
- Grant, M. J. et Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information et Libraries Journal*, 26(2), 91-108. [10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x)
- Halseth, R. (2013). *Les femmes autochtones au Canada : Genre, déterminants socioéconomiques de la santé et initiatives visant à réduire l'écart en matière de bien-être*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.
- Hanson, J. D., Ingersoll, K. et Poirier, S. (2015). Development and implementation of CHOICES group to reduce drinking, improve contraception, and prevent alcohol-exposed pregnancies in American Indian women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 59, 45-51. [10.1016/j.jsat.2015.07.006](https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.07.006)
- Hanson, J. D., Nelson, M. E., Jensen, J. L., Willman, A., Jacobs-Knight, J. et Ingersoll, K. (2017). Impact of the CHOICES intervention in preventing alcohol-exposed pregnancies in American Indian women. *Alcoholism: Clinical et Experimental Research*, 41(4), 828-835. [10.1111/acer.13348](https://doi.org/10.1111/acer.13348)
- Harding, K., Flannigan, K. et McFarlane, A. (2019). Policy action paper: Toward a standard definition of fetal alcohol spectrum disorder in Canada. CanFASD.
- Haroz, E. E., Ingalls, A., Kee, C., Goklish, N., Neault, N., Begay, M. et Barlow, A. (2019). Informing precision home visiting: Identifying meaningful subgroups of families who benefit most from Family Spirit. *Prevention science*, 20(8), 1244-1254. [10.1007/s11121-019-01039-9](https://doi.org/10.1007/s11121-019-01039-9)

- Hubberstey, C., Rutman, D., Schmidt, R. A., Van Bibber, M. et Poole, N. (2019). Multi-service programs for pregnant and parenting women with substance use concerns: Women's perspectives on why they seek help and their significant changes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(18), 3299. [10.3390/ijerph16183299](https://doi.org/10.3390/ijerph16183299)
- Joncas, J.-A. et Roy, B. (2015). Les grossesses chez les adolescentes autochtones au Canada : Un portrait critique de la littérature. *Recherches amérindiennes au Québec*, 45(1), 17-27. [10.7202/1035161ar](https://doi.org/10.7202/1035161ar)
- Landry, M. (2020). *La santé des populations autochtones à Montréal*. Direction régionale de santé publique de Montréal. <https://emis.santemontreal.qc.ca/sante-des-montrealais/determinants/demographiques/la-sante-des-autochtones-a-montreal/>
- Lange, S., Shield, K., Koren, G., Rehm, J. et Popova, S. (2014). A comparison of the prevalence of prenatal alcohol exposure obtained via maternal self-reports versus meconium testing: A systematic literature review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 127. [10.1186/1471-2393-14-127](https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-127)
- Lévesque, C. et Radu, I. (2018). *Troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale en contexte autochtone*. Institut national de la recherche scientifique.
- Lévesque, C., Radu, I. et Tran, N. (2018). *Les dépendances chez les Premières Nations et les Inuit — Revue de littérature*.
- Lowrey, O., Ciampaglio, K., Messerli, J. L. et Hanson, J. D. (2019). Utilization of the transtheoretical model to determine the qualitative impact of a tribal FASD prevention program. *SAGE Open*, 9(1). <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2158244018822368>
- Lyall, V., Wolfson, L., Reid, N., Poole, N., Moritz, K. M., Egert, S., Browne, A. J. et Askew, D. A. (2021). « The problem is that we hear a bit of everything... »: A qualitative systematic review of factors associated with alcohol use, reduction, and abstinence in pregnancy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3445. [10.3390/ijerph18073445](https://doi.org/10.3390/ijerph18073445)
- Masella, M.-A. (2021). *État des connaissances sur le trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale*. Association pour la santé publique du Québec.
- McCalman, J., Heyeres, M., Campbell, S., Bainbridge, R., Chamberlain, C., Strobel, N. et Ruben, A. (2017). Family-centred interventions by primary healthcare services for Indigenous early childhood wellbeing in Australia, Canada, New Zealand and the United States: A systematic scoping review. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 71. [10.1186/s12884-017-1247-2](https://doi.org/10.1186/s12884-017-1247-2)
- Miller, W. R. et Rollnick, S. (2013). *L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement* (2^e édition). InterEditions.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008). *Politique de périnatalité de 2008-2018*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000730/>
- Moisan, C., Bélanger, R., Muckle, G., Morin, V., Lafrenaye-Dugas, A.-J. et Poliakiva, N. (2021). *Sexual and Reproductive Health. Nunavik Inuit Health Survey 2017 Qanuilirpitaa? How are we now?* Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et Institut national de santé publique du Québec.

- Montag, A., Brodine, S. K., Alcaraz, J. E., Clapp, J. D., Allison, M. A., Calac, D. J., Hull, A. D., Gorman, J. R., Jones, K. L. et Chambers, C. D. (2015). Preventing alcohol-exposed pregnancy among an American Indian/Alaska Native population: Effect of a screening, brief intervention, and referral to treatment intervention. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(1), 126-135. [10.1111/acer.12607](https://doi.org/10.1111/acer.12607)
- Montag, A., Clapp, J. D., Calac, D., Gorman, J. et Chambers, C. (2012). A review of evidence-based approaches for reduction of alcohol consumption in Native women who are pregnant or of reproductive age. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 38(5), 436-443. [10.3109/00952990.2012.694521](https://doi.org/10.3109/00952990.2012.694521)
- Muckle, G., Laflamme, D., Gagnon, J., Boucher, O., Jacobson, J. L. et Jacobson, S. W. (2011). Alcohol, smoking, and drug use among Inuit women of childbearing age during pregnancy and the risk to children. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 35(6), 1081-1091. [10.1111/j.1530-0277.2011.01441.x](https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2011.01441.x)
- Nathoo, T. et Poole, N. (2017a). *Indigenous approaches to FASD prevention: Brief interventions with girls and women*. Centre of Excellence for Women's Health.
- Nathoo, T. et Poole, N. (2017b). *Indigenous approaches to FASD prevention: Community action*. Centre of Excellence for Women's Health.
- Nathoo, T. et Poole, N. (2017c). *Indigenous approaches to FASD prevention: Indigenous mothering*. Centre of Excellence for Women's Health.
- Nathoo, T. et Poole, N. (2017d). *Indigenous approaches to FASD prevention: Reconciliation and healing*. Centre of Excellence for Women's Health.
- Nathoo, T. et Poole, N. (2017e). *Indigenous approaches to FASD prevention: Wellness*. Centre of Excellence for Women's Health.
- National Congress of American Indians. (2020). *Tribal Nations and the United States. An introduction*.
- Novins, D. K., Ferron, C., Abramson, L. et Barlow, A. (2018). Addressing substance-use problems in tribal home visiting. *Infant Mental Health Journal*, 39(3), 287-294. [10.1002/imhj.21706](https://doi.org/10.1002/imhj.21706)
- Organisation des Nations Unies. (2007). *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*.
- Ospina, M., Moga, C., Dennett, L. et Harstall, C. (2011). A systematic review of the effectiveness of prevention approaches for fetal alcohol spectrum disorder. Dans *Prevention of Fetal Alcohol Spectrum Disorder FASD*. John Wiley et Sons, Ltd. [10.1002/9783527635481.ch3](https://doi.org/10.1002/9783527635481.ch3)
- Pauktuutit Inuit women of Canada. (2021) *Fetal alcohol spectrum disorder: supporting Inuit families and communities environmental scan and research report*.
- Pederson, A., Greaves, L. et Poole, N. (2015). Gender-transformative health promotion for women: A framework for action. *Health Promotion International*, 30(1), 140-150. [10.1093/heapro/dau083](https://doi.org/10.1093/heapro/dau083)
- Pei, J., Carlson, E., Tremblay, M. et Poth, C. (2019). Exploring the contributions and suitability of relational and community-centered fetal alcohol spectrum disorder (FASD) prevention work in First Nation communities. *Birth defects research*, 111(12), 835-847. [10.1002/bdr2.1480](https://doi.org/10.1002/bdr2.1480)
- Pei, J., Tremblay, M., Carlson, E. et Poth, C. (2017). PCAP in Alberta First Nation communities: Evaluation report. PolicyWise for Children and Families, University of Alberta.

- Poole, N., Schmidt, R. A., Green, C. et Hemsing, N. (2016). Prevention of fetal alcohol spectrum disorder: Current Canadian efforts and analysis of gaps. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 10, 1-11.
- Prochaska, J. O. et DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395. [10.1037//0022-006x.51.3.390](https://doi.org/10.1037//0022-006x.51.3.390)
- Reading, C. et Wien, F. (2009). *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.
- Regroupement des Centres d'amitié autochtones du Québec. (2009). *Évaluation des besoins en matière de services psychosociaux du Mouvement des centres d'amitié autochtones du Québec*.
- Rentner, T. L., Dixon, L. D. et Lengel, L. (2012). Critiquing fetal alcohol syndrome health communication campaigns targeted to American Indians. *Journal of health communication*, 17(1), 6-21. [10.1080/10810730.2011.585692](https://doi.org/10.1080/10810730.2011.585692)
- Shrestha, U., Hanson, J., Weber, T. et Ingersoll, K. (2019). Community perceptions of alcohol exposed pregnancy prevention program for American Indian and Alaska Native teens. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(10), 1795. [10.3390/ijerph16101795](https://doi.org/10.3390/ijerph16101795)
- Smylie, J., Kirst, M., McShane, K., Firestone, M., Wolfe, S. et O'Campo, P. (2016). Understanding the role of Indigenous community participation in Indigenous prenatal and infant-toddler health promotion programs in Canada: A realist review. *Social Science and Medicine*, 150, 128-143. [10.1016/j.socscimed.2015.12.019](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.12.019)
- Statistique Canada. (2016). *Série « Perspective géographique »*, Recensement de 2016.
- Symons, M., Carter, M., Oscar, J., Pearson, G., Bruce, K., Newett, K. et Fitzpatrick, J. P. (2020). A reduction in reported alcohol use in pregnancy in Australian Aboriginal communities: A prevention campaign showing promise. *Australian et New Zealand Journal of Public Health*, 44(4), 284-290. [10.1111/1753-6405.13012](https://doi.org/10.1111/1753-6405.13012)
- Symons, M., Pedruzzi, R. A., Bruce, K. et Milne, E. (2018). A systematic review of prevention interventions to reduce prenatal alcohol exposure and fetal alcohol spectrum disorder in indigenous communities. *BMC Public Health*, 18(1), 1227. [10.1186/s12889-018-6139-5](https://doi.org/10.1186/s12889-018-6139-5)
- Tait, C. L. (2003). *Syndrome d'alcoolisation fœtale chez les peuples autochtones du Canada : Examen et analyse des répercussions intergénérationnelles liées au régime des pensionnats*. Fondation autochtone de guérison.
- Tessier, S. et April, N. (2016). *La consommation excessive d'alcool chez les jeunes Québécois : interventions efficaces de prévention*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2214>
- Wagner, C. et Ingersoll, K. (2015). *Pratique de l'entretien motivationnel en groupe*, InterEditions.
- Ye, P., Angal, J., Tobacco, D. A., Willman, A. R., Friedrich, C. A., Nelson, M. E., Burd, L. et Elliott, A. J. (2020). Prenatal drinking in the Northern Plains: differences between American Indian and Caucasian mothers. *Journal of Preventive Medicine*, 58(4), e113-e121. [10.1016/j.amepre.2019.12.004](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.12.004)

ANNEXE 1 MÉTHODOLOGIE DÉTAILLÉE

Stratégie de recherche documentaire

Ovid MEDLINE(R) ALL, interrogée le 10 juin 2021

N°	Requête	Résultats
1	Indigenous Peoples/ or exp american native continental ancestry group/ or oceanic ancestry group/ or (Aborigin* or Aleut* or Amerind* or autocht* or Eskimo* or (American adj Indian*) or indigenous or In?uit* or Inuk or Inuktitut* or Inupiat* or "First Nation\$" or "First Peoples" or Kalaallit* or Metis or Native or Natives or tribe or tribes or tribal or Koori or Dene or Algonqui* or Iroquoi* or Maori or "Kanata Maoli" or Micmac or Mi'kmaq or Wendat* or Huron* or Mohawk* or "Al/AN" or Navajo or Apache or Cree).ti,ab,kf.	345,635
2	Breast Feeding/ or exp Pregnancy/ or Pregnant Women/ or exp Maternal Health Services/ or Reproductive Health/ or Maternal Welfare/ or perinatal care/ or postnatal care/ or Preconception Care/ or Prenatal Care/ or (pregnan* or gestation* or childbear* or "child bear*" or breastfeed* or "breast feed*" or antenatal* or antepartum* or prenatal* or perinatal* or postnatal* or postpartum* or "mother to be" or parturient* or gravid*).ti,ab,kf.	1,285,588
3	substance-related disorders/ or alcohol-related disorders/ or marijuana abuse/ or neonatal abstinence syndrome/ or exp opioid-related disorders/ or substance abuse, intravenous/ or exp substance withdrawal syndrome/ or Drug Dependency/ or Drug Addiction/ or Drug abuse/ or alcoholism/ or Drug dependency/ or Polydrug Abuse/ or Drug abuse prevention/ or exp alcohol drinking/ or exp Alcohol-Related Disorders/ or exp Alcoholic Beverages/ or Opioid-Related Disorders/ or Opiate Overdose/ or exp Analgesics, Opioid/ or Cannabis/ or exp "Marijuana Use"/ or Marijuana Abuse/	421,956
4	(alcohol* or "binge drink*" or ((drink* or liquor* or beer or beers or wine or wines or spirit or spirits or substance*) adj5 (abuse* or dependence or dependency or disorder* or misuse* or use* or using or problem* or addict*))).ti,ab,kf.	433 828
5	(buprenorphine or codeine or fentanyl or hydromorphone or methadone or morphine or opioid* or oxycodone or tramadol).ti,ab,kf.	161,800
6	(cannabi* or dronabinol or tetrahydrocannabi* or hash or Hashish* or hasheesh* or haschisch* or hachisch* or haschich* or hashisch* or marijuana* or marihuana* or maribuana* or tetrahydro cannabi* or THC).ti,ab,kf.	54,635
7	or/3-6	767 882
8	and/1-2,7	616
9	(prevent* or promot* or campaign* or educat* or inform* or communicat* or advoca* or program or programs or intervention* or initiative* or strateg* or awareness or denorm* or norm* or efficacy or effective* or assess* or evaluat* or "motivational interview*" or behavior* or behaviour* or "home visit*" or reducing or reduction* or service*).ti,kf.	3,577,460
10	and/8-9	159
11	10 and (french or english).lg.	157
12	..l/ 11 yr=2015-3000	68

APA PsycInfo, interrogée le 10 juin 2021

#	Requête	Résultats
1	exp indigenous populations/ or (Aborigin* or Aleut* or Amerind* or autocht* or Eskimo* or "American Indian*" or indigenous or In?uit* or Inuk or Inuktitut* or Inupiat* or "First Nation\$1" or "First Peoples" or Kalaallit* or Metis or Native or Natives or tribe or tribes or tribal or Koori or Dene or Algonqui* or Iroquoi* or Maori or "Kanata Maoli" or Micmac or Mi'kmaq or Wendat* or Huron* or Mohawk* or "Al/AN" or Navajo or Apache or Cree).ti,ab,id.	73 490
2	Breast Feeding/ or exp Pregnancy/ or expectant mothers/ or exp obstetrics/ or Reproductive Health/ or perinatal period/ or postnatal period/ or prenatal care/ or (pregnan* or gestation* or childbear* or "child bear*" or breastfeed* or "breast feed*" or antenatal* or antepartum* or prenatal* or perinatal* or postnatal* or postpartum* or "mother to be" or parturient* or gravid*).ti,ab,id.	111,871
3	exp "substance use disorder"/ or exp alcohol abuse/ or marijuana usage/ or « cannabis use disorder »/or exp drug withdrawal/ or « opioid use disorder »/or drug dependency/ or drug addiction/ or « substance use prevention »/or exp alcohol drinking patterns/ or alcohol drinking attitudes/ or exp alcoholic beverages/ or drug overdoses/ or exp cannabis/	163,271
4	(alcohol* or "binge drink*" or ((drink* or liquor* or beer or beers or wine or wines or spirit or spirits or substance*) adj5 (abuse* or dependence or dependency or disorder* or misuse* or use* or using or problem* or addict*))).ti,ab,id.	194 569
5	(buprenorphine or codeine or fentanyl or hydromorphone or methadone or morphine or opioid* or oxycodone or tramadol).ti,ab,id.	38 458
6	(cannabi* or dronabinol or tetrahydrocannabi* or hash or Hashish* or hasheesh* or haschisch* or hachisch* or haschich* or hashisch* or marijuana* or marihuana* or maribuana* or tetrahydro cannabi* or THC).ti,ab,id.	27 025
7	or/3-6	271 863
8	(prevent* or promot* or campaign* or educat* or inform* or communicat* or advoca* or program or programs or intervention* or initiative* or strateg* or awareness or denorm* or norm* or efficacy or effective* or assess* or evaluat* or "motivational interview*" or behavior* or behaviour* or "home visit*" or reducing or reduction* or service*).ti,id.	1 611 200
9	and/1-2,7-8	100
10	9 and (french or english).lg.	97
11	..l/ 10 yr=2015-3000	34

Global Health, interrogée le 10 juin 2021

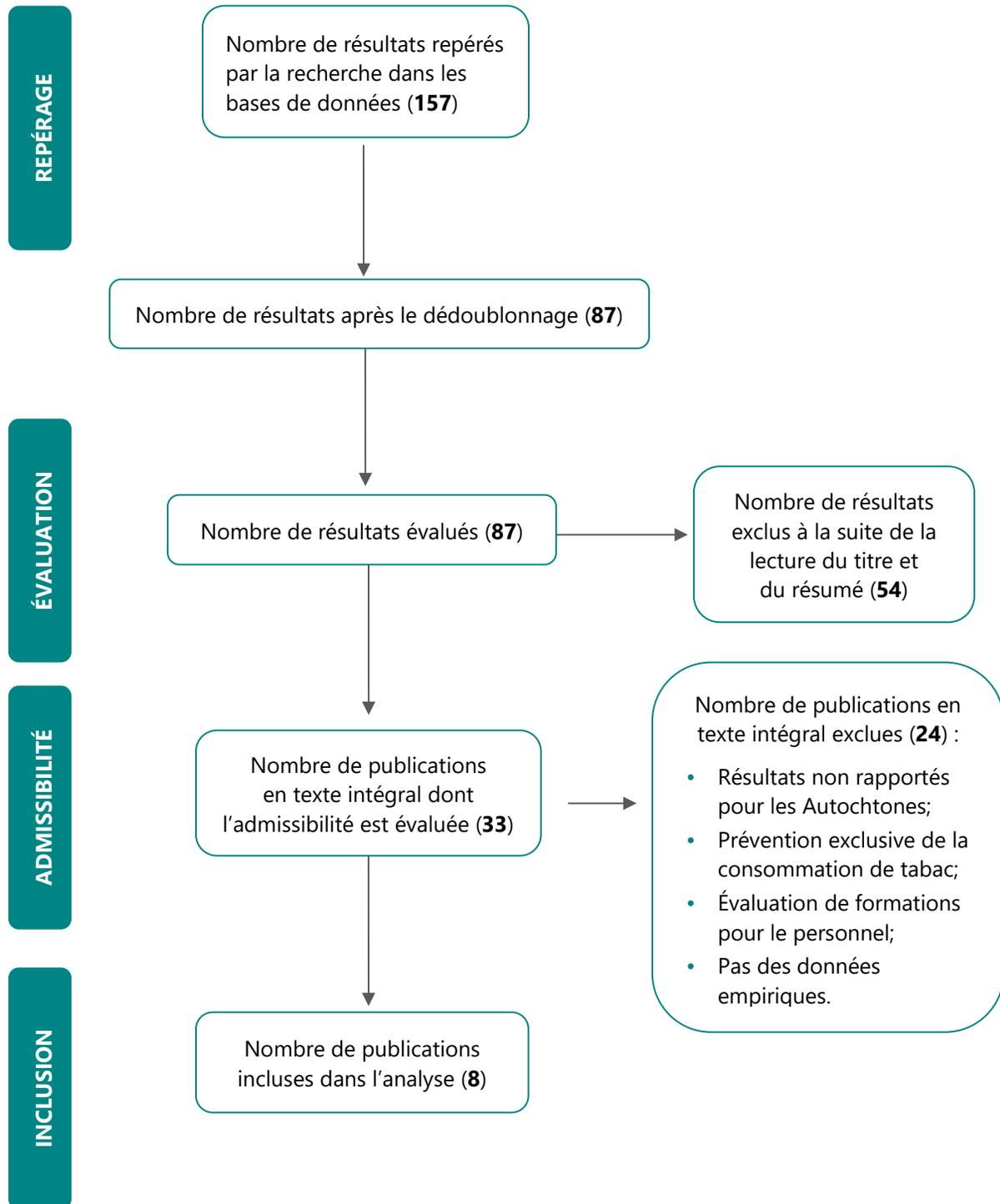
#	Requête	Résultats
1	(Aborigin* or Aleut* or Amerind* or autocht* or Eskimo* or "American Indian*" or indigenous or In?uit* or Inuk or Inuktitut* or Inupiat* or "First Nation\$1" or "First Peoples" or Kalaallit* or Metis or Native or Natives or tribe or tribes or tribal or Koori or Dene or Algonqui* or Iroquoi* or Maori or "Kanata Maoli" or Micmac or Mi'kmaq or Wendat* or Huron* or Mohawk* or "AI/AN" or Navajo or Apache or Cree).ti,ab.	69 346
2	(pregnan* or gestation* or childbear* or "child bear*" or breastfeed* or "breast feed*" or antenatal* or antepartum* or prenatal* or perinatal* or postnatal* or postpartum* or "mother to be" or parturient* or gravid*).ti,ab.	168,527
3	(alcohol* or "binge drink*" or ((drink* or liquor* or beer or beers or wine or wines or spirit or spirits or substance*) adj3 (abuse* or dependence or dependency or disorder* or misuse* or use* or using or problem* or addict*))).ti,ab.	106,881
4	(buprenorphine or codeine or fentanyl or hydromorphone or methadone or morphine or opioid* or oxycodone or tramadol).ti,ab.	10,483
5	(cannabi* or dronabinol or tetrahydrocannabi* or hash or Hashish* or hasheesh* or haschisch* or hachisch* or haschich* or hashisch* or marijuana* or marihuana* or maribuana* or tetrahydro cannabi* or THC).ti,ab.	10,096
6	or/3-5	121 053
7	(prevent* or promot* or campaign* or educat* or inform* or communicat* or advoca* or program or programs or intervention* or initiative* or strateg* or awareness or denorm* or norm* or efficacy or effective* or assess* or evaluat* or "motivational interview*" or behavior* or behaviour* or "home visit*" or reducing or reduction* or service*).ti.	495,892
8	and/1-2,6-7	49
9	8 and (french or english).lg.	47
10	..l/ 9 yr=2015-3000	20

EBSCO, interrogée le 10 juin 2021

Recherche globale de CINAHL, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Public Affairs
Index, SocINDEX with Full Text

#	Requête	Résultats
S1	TI (Aborigin* or Aleut* or Amerind* or autocht* or Eskimo* or "American Indian*" or indigenous or In?uit* or Inuk or Inuktitut* or Inupiat* or "First Nations" or "First Peoples" or Kalaallit* or Metis or Native or Natives or tribe or tribes or tribal or Koori or Dene or Algonqui* or Iroquoi* or Maori or "Kanata Maoli" or Micmac or Mi'kmaq or Wendat* or Huron* or Mohawk* or "AI/AN" or Navajo or Apache or Cree) OR AB (Aborigin* or Aleut* or Amerind* or autocht* or Eskimo* or "American Indian*" or indigenous or In?uit* or Inuk or Inuktitut* or Inupiat* or "First Nations" or "First Peoples" or Kalaallit* or Metis or Native or Natives or tribe or tribes or tribal or Koori or Dene or Algonqui* or Iroquoi* or Maori or "Kanata Maoli" or Micmac or Mi'kmaq or Wendat* or Huron* or Mohawk* or "AI/AN" or Navajo or Apache or Cree)	129,239
S2	TI (pregnan* or gestation* or childbear* or "child bear*" or breastfeed* or "breast feed*" or antenatal* or antepartum* or prenatal* or perinatal* or postnatal* or postpartum* or "mother to be" or parturient* or gravid*) OR AB (pregnan* or gestation* or childbear* or "child bear*" or breastfeed* or "breast feed*" or antenatal* or antepartum* or prenatal* or perinatal* or postnatal* or postpartum* or "mother to be" or parturient* or gravid*)	340 107
S3	TI (alcohol* or "binge drink*" or ((drink* or liquor* or beer or beers or wine or wines or spirit or spirits or substance*) N2 (abuse* or dependence or dependency or disorder* or misuse* or use* or using or problem* or addict*))) OR AB (alcohol* or "binge drink*" or ((drink* or liquor* or beer or beers or wine or wines or spirit or spirits or substance*) N2 (abuse* or dependence or dependency or disorder* or misuse* or use* or using or problem* or addict*)))	244 483
S4	TI (buprenorphine or codeine or fentanyl or hydromorphone or methadone or morphine or opioid* or oxycodone or tramadol) OR AB (buprenorphine or codeine or fentanyl or hydromorphone or methadone or morphine or opioid* or oxycodone or tramadol)	75,626
S5	TI (cannabi* or dronabinol or tetrahydrocannabi* or hash or Hashish* or hasheesh* or haschisch* or hachisch* or haschich* or hashisch* or marijuana* or marihuana* or maribuana* or (tetrahydro cannabi*) or THC) OR AB (cannabi* or dronabinol or tetrahydrocannabi* or hash or Hashish* or hasheesh* or haschisch* or hachisch* or haschich* or hashisch* or marijuana* or marihuana* or maribuana* or (tetrahydro cannabi*) or THC)	36,346
S6	S3 OR S4 OR S5	331,448
S	TI [prevent* or promot* or campaign* or educat* or inform* or communicat* or advoca* or program or programs or intervention* or initiative* or strateg* or awareness or denorm* or norm* or efficacy or effective* or assess* or evaluat* or "motivational interview*" or behavior* or behaviour* or "home visit*" or reducing or reduction* or service*]	1 846 363
S8	S1 AND S2 AND S6 AND S7	111
S9	LA [english OR french]	12 512 454
S10	2015-3000 DT	3 657 982
S11	S8 AND S9 AND S10	35

Organigramme de recherche documentaire



Traduit et adapté du PRISMA 2009 Flow Diagram

Grille d'extraction

Objectifs des interventions
<ul style="list-style-type: none"> • Réduire le nombre de grossesses exposées aux SPA • Prévenir le TSAF • Prévenir le syndrome d'abstinence néonatale • Favoriser l'adoption de comportements parentaux sains
Population cible
<ul style="list-style-type: none"> • Approche universelle : toute la communauté, le public en général, les jeunes autochtones • Approche sélective : femmes en âge de procréer qui consomment des SPA (et parfois leur partenaire) • Approche ciblée : femmes qui ont déjà consommé pendant une grossesse ou femmes qui n'utilisent pas de moyens de contraception efficace et qui ont un problème de consommation (et parfois leur partenaire)
Types d'intervention
<ul style="list-style-type: none"> • Campagne d'éducation dans les écoles ou dans les communautés • Dépistage, intervention brève et orientation vers un traitement • Réduction de l'accessibilité économique, physique et légale à l'alcool (par exemple : interdiction de vente d'alcool dans la communauté) • Augmentation de l'accessibilité à des moyens de contraception • Série de visites à domicile bonifiées • Séances d'éducation à domicile ou en groupe sur les connaissances et les compétences maternelles (parentales) • Séances d'entretien motivationnel individuel ou de groupe
Responsables du déploiement
<ul style="list-style-type: none"> • Travailleurs autochtones dans le milieu de la santé • Travailleurs allochtones dans le milieu de la santé • Aîné(e)s (éducation, soutien) • Équipes de recherche (partenariats avec les communautés)
Effets
<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation des soins et des services de santé • Consommation autodéclarée de SPA • Connaissances du TSAF ou des risques associés à la consommation de SPA pendant la grossesse • Consommation autodéclarée d'alcool combinée à l'utilisation d'un moyen de contraception • Utilisation d'un moyen de contraception • Connaissances et compétences parentales • Symptômes de dépression chez les parents • Nombre d'enfants nés avec un TSAF pendant la période à l'étude • État nutritionnel de l'enfant • Comportements de l'enfant

ANNEXE 2 RÉSULTATS À L'ÉVALUATION AVEC L'OUTIL CCAT

Auteurs et date	Note globale (/40)	Préalables (/5)	Introduction (/5)	Modèle de l'étude (/5)	Échantillonnage (/5)	Méthodes de collecte (/5)	Considérations éthiques (/5)	Résultats (/5)	Discussion (/5)
Marulu Strategy									
Symons <i>et al.</i> , 2020	34	5	4	3	5	4	5	4	4
Alberta PCAP									
Pei <i>et al.</i> , 2019	28	4	5	3	2	3	4	3	4
eCHECKUP TO GO									
Montag <i>et al.</i> , 2015	26	4	3	2	3	3	4	3	4
Family Spirit									
Barlow <i>et al.</i> , 2015	29	5	4	3	4	3	4	3	3
Haroz <i>et al.</i> , 2019	30	5	5	3	3	3	4	3	4
OST CHOICES									
Hanson, Ingersoll et Poirier, 2015	30	5	5	3	3	4	3	3	4
Hanson <i>et al.</i> , 2017	29	5	5	3	2	3	2	4	4
Lowrey <i>et al.</i> , 2019	27	4	5	3	3	2	3	3	4

ANNEXE 3 DESCRIPTION DES INTERVENTIONS ET DE LEURS EFFETS

Tableau 5 Description des interventions et de leurs effets

Objectifs Population cible	Types d'intervention et activités Responsables du déploiement	Méthodologie Échantillon	Effets
Marulu – Fitzroy Valley, Australie			
<p>Objectif de l'intervention : diminuer l'exposition prénatale à l'alcool.</p> <p>Objectif de l'étude (Symons <i>et al.</i>, 2020) : développer, implanter et évaluer une stratégie communautaire de prévention de l'exposition prénatale à l'alcool.</p> <p>Approche universelle : membres des communautés autochtones dans Fitzroy Valley</p>	<p>Stratégie communautaire à plusieurs composantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campagnes de sensibilisation grand public et plus spécifiquement pour les femmes en âge de procréer; • Dépistage pour la consommation d'alcool de toutes les femmes enceintes par les sages-femmes et orientation vers les services; • Suivis postnataux et dépistage des troubles du développement chez les tout-petits; • Restriction sur la vente d'alcool. <p>Partenariat avec des chercheurs, des intervenants en soins et services de santé, des sages-femmes et des leaders des communautés autochtones.</p>	<p>Quantitative : Étude rétrospective</p> <p>Examen des notes des sages-femmes et des dossiers médicaux électroniques de février 2008 à décembre 2015</p> <p>648 dossiers de grossesses de femmes autochtones</p> <p>Âge moyen = 25,4 ans</p>	<p>Alcool :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La proportion de femmes autochtones de Fitzroy Valley qui ont déclaré avoir consommé de l'alcool à un moment ou à un autre pendant la grossesse est passée de 61,0 % en 2010 à 31,9 % en 2015 (p < 0,001). • Pendant le premier trimestre, la proportion de femmes qui ont déclaré avoir consommé de l'alcool est passée de 45,1 % en 2010 à 21,6 % en 2015 (p < 0,001).

Tableau 5 Description des interventions et de leurs effets (suite)

Objectifs Population cible	Types d'intervention et activités Responsables du déploiement	Méthodologie Échantillon	Effets
eCHECKUP TO GO – Californie du Sud, États-Unis			
<p>Objectif de l'intervention : réduire le risque d'exposition prénatale à l'alcool et réduire la consommation d'alcool à risque.</p> <p>Objectif de l'étude (Montag <i>et al.</i>, 2015) : développer et évaluer une adaptation d'une intervention Web pour réduire la consommation d'alcool à risque.</p> <p>Approche sélective : femmes des Premières Nations des États-Unis et femmes autochtones de l'Alaska en âge de procréer.</p>	<p>Intervention en ligne :</p> <ul style="list-style-type: none"> Adaptée pour la population cible; Évaluation personnalisée et références vers les services locaux. <p>Équipe de recherche</p>	<p>Quantitative : essai contrôlé randomisé</p> <p>Recrutement : trois cliniques de santé entre avril 2011 et septembre 2012</p> <p>Questionnaire initial papier ou Web et suivis téléphoniques à 1, 3 et 6 mois après l'intervention</p> <p>247 femmes des Premières Nations des États-Unis et femmes autochtones de l'Alaska</p> <p>Groupe intervention : 113 participantes</p> <p>Groupe témoin : 134 participantes</p> <p>Âge moyen = 28,6 ans N^{bre} d'enfants en moyenne = 1,5 Avec un emploi = 42,8 % Cohabite avec quelqu'un = 45,7 %</p>	<p>Alcool :</p> <ul style="list-style-type: none"> La consommation d'alcool à risque (plus de trois consommations standards en une occasion ou plus de huit consommations standards par semaine) a diminué pour le groupe intervention et pour le groupe témoin; Pas de différence significative entre les deux groupes.

Tableau 5 Description des interventions et de leurs effets (suite)

Objectifs Population cible	Types d'intervention et activités Responsables du déploiement	Méthodologie Échantillon	Effets
Alberta PCAP — Alberta, Canada			
<p>Objectif de l'intervention : prévenir les naissances exposées à l'alcool et aux drogues ainsi que le TSAF.</p> <p>Objectif de l'étude (Pei <i>et al.</i>, 2019) : explorer l'expérience des mentors lors de l'implantation et de la mise en œuvre du PCAP.</p> <p>Approche sélective : femmes des Premières Nations de six communautés des Premières Nations éloignées.</p>	<p>Programme de visites à domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guidé par les besoins et les réalités des communautés; • Théorie relationnelle, entretien motivationnel et modèle transthéorique du changement; • Soutien et références vers les ressources communautaires. <p>Mentors embauchés et formés par le <i>FASD Network</i>.</p>	<p>Qualitative : entrevues individuelles, groupe de discussion et lecture des rapports d'évaluation narratifs.</p> <p>Recrutement non présenté.</p> <p>Approche inspirée de la recherche participative (implication de leaders dans les communautés).</p> <p>35 intervenants : 29 mentors ou superviseurs du PCAP et 6 intervenants de services communautaires.</p>	<p>SPA en général :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les mentors ont décrit que des participantes ont été abstinentes pendant leur grossesse contrairement à une grossesse précédente. <p>Autres effets :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration des pratiques parentales; • Amélioration du bien-être général; • Sensibilisation accrue des communautés au TSAF.

Tableau 5 Description des interventions et de leurs effets (suite)

Objectifs Population cible	Types d'intervention et activités Responsables du déploiement	Méthodologie Échantillon	Effets
Family Spirit – Arizona et Nouveau-Mexique, États-Unis			
<p>Objectif de l'intervention : réduire les inégalités sociales de santé dès l'enfance et améliorer les comportements qui font obstacle à une maternité positive.</p> <p>Objectif de l'étude (Barlow <i>et al.</i>, 2015) : Évaluer les effets de l'intervention sur les compétences parentales et sur les comportements maternels de 0 à 36 mois post-partum.</p> <p>Objectif de l'étude (Haroz <i>et al.</i> 2019) : Examiner si des indicateurs modèrent les effets de l'intervention chez la mère et l'enfant.</p> <p>Approche sélective : adolescentes enceintes des Premières Nations des États-Unis.</p>	<p>Programme de visites à domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'ajoute aux soins standards optimisés; • 43 leçons culturellement appropriées sur différents sujets touchant la parentalité; • Du 3^e trimestre jusqu'à 36 mois après l'accouchement. <p>Éducateurs possédant au minimum un diplôme d'études secondaires et deux ans d'éducation supplémentaire ou d'expérience professionnelle et parlant la langue autochtone utilisée dans la communauté ainsi que l'anglais.</p>	<p>(Barlow <i>et al.</i>, 2015)</p> <p>Quantitative : essai contrôlé randomisé.</p> <p>Recrutement dans quatre communautés : cliniques, bouche-à-oreille, programmes de nutrition pour les jeunes familles.</p> <p>Analyses des questionnaires de 32 semaines de grossesse à 36 mois post-partum : intervention de 2006 à 2012.</p> <p>322 dyades mères-enfants Groupe intervention : 159 Groupe témoin : 163 Âge moyen = 18,1 ans A 1 ou 2 enfants = 23,3 % Grossesse planifiée = 18 % Va à l'école = 40,7 % A un emploi = 7,1 %</p> <p>(Haroz <i>et al.</i>, 2019) Analyse secondaire des données de Barlow <i>et al.</i> (2015)</p>	<p>Alcool :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas d'effet significatif. <p>Autres SPA :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les mères du groupe intervention ont consommé moins ($p < 0,05$) de cannabis (taille d'effet = 0,65) et de drogues illégales (taille d'effet = 0,67). <p>Autres effets :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les mères du groupe intervention ont plus ($p < 0,05$) de connaissances parentales (taille d'effet = 0,42) et moins de symptômes dépressifs (taille d'effet = 0,16) (Barlow <i>et al.</i>, 2015); • Les effets (augmentation des compétences parentales et de l'auto-efficacité parentale) sont plus grands pour les mères qui ont un diplôme d'études secondaires et un logement stable (Haroz <i>et al.</i>, 2019).

Tableau 5 Description des interventions et de leurs effets (suite)

Objectifs Population cible	Types d'intervention et activités Responsables du déploiement	Méthodologie Échantillon	Effets
OST CHOICES – Dakota du Sud, États-Unis			
<p>Objectif de l'intervention : réduire l'exposition prénatale à l'alcool, diminuer la consommation excessive d'alcool et prévenir les grossesses non planifiées.</p> <p>Objectif de l'étude (Hanson, Ingersoll et Poirier, 2015) : décrire l'élaboration de CHOICES en format de groupe et évaluer l'intervention pilote.</p> <p>Objectif de l'étude (Hanson <i>et al.</i>, 2017) : présenter des données sur les effets d'OST CHOICES et souligner son potentiel pour la prévention du TSAF.</p> <p>Objectif de l'étude (Lowrey <i>et al.</i>, 2019) : décrire les effets de l'intervention par les évolutions des stades du changement des participantes.</p>	<p>Entretien motivationnel de groupe :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adaptation pour l'Oglaga Sioux Tribe de l'intervention individuelle CHOICES; • Entretien motivationnel de groupe et modèle transthéorique du changement; • Deux à quatre séances : des intervenants aident les femmes à se fixer des objectifs et à planifier leur changement personnel; • Références vers des services locaux. <p>Intervenants CHOICES (autochtones ou allochtones) ayant reçu une formation supplémentaire afin d'offrir le format de groupe.</p>	<p>(Hanson, Ingersoll et Poirier, 2015) :</p> <p>Devis mixte : étude transversale et discussion avec les intervenants;</p> <p>Recrutement de février à décembre 2014 : médias locaux, bouche-à-oreille, organismes communautaires, centres de santé, références de professionnels de la santé et dépliants dans les commerces;</p> <p>Enregistrements des rencontres, questionnaire sur le climat de groupe aux participantes et évaluation informelle avec les intervenants;</p> <p>12 groupes pilotes de 2 à 5 femmes Séance 1 : 40 participantes Séance 2 : 33 participantes Âge moyen = 28,9 ans</p>	<p>Alcool :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selon les intervenants, l'intervention serait plus efficace chez les femmes de moins de 35 ans que chez celles plus âgées (Hanson, Ingersoll et Poirier, 2015); • La proportion de participantes à risque de consommer de l'alcool pendant la grossesse a diminué significativement (préintervention : 100 %, valeur p inconnue); • Suivi de trois mois : entre 25,4 % et 47,2 %; • Suivi de six mois : entre 18,1 % et 66,3 % (Hanson <i>et al.</i>, 2017); • Pendant les séances, les participantes ont évolué dans les différents stades de changement. (Lowrey <i>et al.</i>, 2019).

Tableau 5 Description des interventions et de leurs effets (suite)

Objectifs Population cible	Types d'intervention et activités Responsables du déploiement	Méthodologie Échantillon	Effets
OST CHOICES – Dakota du Sud, États-Unis (suite)			
<p>Approche ciblée : femmes des Premières Nations des États-Unis à risque de consommer de l'alcool pendant la grossesse (sexuellement actives avec un homme, sans utiliser de moyen de contraception et consommation excessive d'alcool, plus de quatre consommations standards en une occasion ou plus de huit par semaine).</p>		<p>(Hanson <i>et al.</i>, 2017) Quantitative : étude de cohorte</p> <p>Recrutement dans trois sites (deux réserves et un milieu urbain) : références de professionnels de la santé, médias sociaux, dépliants dans les commerces et bouche-à-oreille.</p> <p>Entretien en personne pour le prétest, suivis téléphonique à trois et six mois postintervention.</p> <p>Préintervention : 193 participantes Postintervention : 99 participantes Âge moyen = 29,0 ans</p> <p>(Lowrey <i>et al.</i>, 2019) Qualitative : 203 réponses écrites lors des séances de Hanson <i>et al.</i>, 2017.</p> <p>Analyse à partir du modèle transthéorique du changement.</p>	<p>Autres effets :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lors des séances, les participantes avaient un engagement positif, des niveaux plus faibles de tension et un niveau moyen d'évitement des responsabilités personnelles (Hanson, Ingersoll et Pourier, 2015); • La diminution du risque s'explique principalement par l'utilisation d'un moyen de contraception; • Suivi de six mois : chez les participantes pas à risque, 61,5 % utilisent un moyen de contraception, 18,5 % ont intégré les deux comportements cibles et 20 % ont diminué leur consommation d'alcool (Hanson <i>et al.</i>, 2017).

