

Grossesse, alcool et représentations sociales chez les femmes

JUIN 2022

SYNTHÈSE DES CONNAISSANCES

AUTEURE

Annie Gauthier, conseillère scientifique spécialisée
Direction du développement des individus et des communautés

SOUS LA COORDINATION DE

Roseline Olivier-Pilon, chef d'unité (jusqu'en avril 2021)
Julie Laforest, chef d'unité (à partir de mai 2021)
Direction du développement des individus et des communautés

COLLABORATRICE

Louise Pouliot, conseillère scientifique spécialisée
Direction du développement des individus et des communautés

RÉVISEURES

L'INSPQ désire remercier sincèrement les personnes suivantes qui ont accepté de donner temps, expertise et commentaires sur le présent document :

Chantal Blouin, conseillère scientifique spécialisée
Édith Guilbert, médecin-conseil
Johanne Laguë, adjointe à la programmation scientifique et à la qualité
Julie St-Pierre, conseillère scientifique spécialisée
Institut national de santé publique du Québec

Félicia Brochu, répondante régionale en périnatalité
Direction régionale de santé publique de Montréal

Myriam Laventure, professeure titulaire
Université de Sherbrooke

Les réviseuses ont été conviées à apporter des commentaires sur la version préfinale de ce document et en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

Les auteurs ainsi que les membres du comité scientifique et les réviseurs ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

MISE EN PAGE

Sarah Mei Lapierre, agente administrative
Direction du développement des individus et des communautés

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 – 4^e trimestre 2022
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 78-2-550-93294-9 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2022)

AVANT-PROPOS

La présente synthèse rapide des connaissances a été produite dans le cadre de la mise sur pied par Santé Canada, en 2017, d'un programme de financement non récurrent d'initiatives sur l'usage et les dépendances aux substances (Programme sur l'usage et les dépendances aux substances, PUDS). Au Québec, le déploiement de ce programme national de financement est assuré par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Les projets financés sous le programme PUDS doivent favoriser le transfert de connaissances, afin de soutenir le déploiement de pratiques cliniques éprouvées en matière de prévention, de traitement et de réduction des méfaits de la consommation de substances psychoactives.

S'inscrivant plus spécifiquement dans un ensemble des travaux sur la prévention de la consommation de substances psychoactives durant la grossesse, cette synthèse rapide des connaissances documente les représentations sociales de la consommation d'alcool chez les femmes enceintes ou en âge de procréer, dans le contexte de la recommandation d'abstinence qui prévaut au Québec.

La publication peut être utile à la réflexion des décideurs et des acteurs de santé publique appelés à concevoir des stratégies pour promouvoir la santé périnatale ou à formuler des messages de prévention concernant la consommation d'alcool durant la grossesse.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	I
TABLE DES MATIÈRES	II
LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES	IV
MESSAGES CLÉS	1
SOMMAIRE	2
1 INTRODUCTION	6
1.1 Objectif et public cible.....	8
1.2 Structure du document.....	9
2 MISE EN CONTEXTE	10
3 CADRE CONCEPTUEL ET MÉTHODOLOGIE	12
3.1 Méthode de recherche documentaire.....	13
3.2 Qualité des écrits scientifiques consultés.....	14
3.3 Analyse de contenu.....	17
3.4 Révision par les pairs.....	17
4 RÉSULTATS : LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL DURANT LA GROSSESSE	18
4.1 Une restriction provisoire dans le contexte d'une nouvelle responsabilité.....	19
4.2 La consommation d'alcool comme un risque.....	21
4.3 L'adhésion à la recommandation d'abstinence, entre autonomie et pression normative.....	22
4.4 La consommation d'alcool comme stratégie pour diminuer le stress.....	24
5 DISCUSSION	25
5.1 Les représentations sociales de la consommation d'alcool durant la grossesse, entre droit individuel et responsabilité pour le fœtus.....	25
5.2 Représentations sociales et inégalités socioéconomiques.....	27
5.3 Pistes de réflexion pour un éventuel renouvellement des messages de prévention de la consommation d'alcool durant la grossesse.....	27
6 LIMITES DE CETTE SYNTHÈSE RAPIDE DES CONNAISSANCES	30
7 CONCLUSION	31
BIBLIOGRAPHIE	32

ANNEXE 1	RECHERCHE DOCUMENTAIRE	35
ANNEXE 2	ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES ARTICLES	38
ANNEXE 3	MÉTHODOLOGIE EN BREF	41

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Tableau 1	Sommaire des caractéristiques des études consultées.....	14
Tableau 2	Stratégie de recherche pour Ovid.....	35
Tableau 3	Stratégie de recherche pour EBSCO.....	36
Tableau 4	Stratégie de recherche documentaire complémentaire.....	37
Tableau 5	Évaluation de la qualité scientifique des articles consultés.....	38
Figure 1	Modèle logique de l'action des représentations sociales sur la consommation d'alcool durant la grossesse.....	12
Figure 2	Adhésion à la recommandation d'abstinence.....	23
Figure 3	Diagramme de la recherche documentaire.....	37

MESSAGES CLÉS

- De façon générale, les femmes ayant participé aux études consultées voient la consommation fréquente ou en grande quantité d'alcool comme étant incompatible avec le fait de devenir parent. La santé du fœtus en développement est leur principale motivation pour changer un comportement pendant la grossesse.
- Tandis que pour plusieurs femmes, l'abstinence s'impose comme la seule option responsable, une certaine acceptabilité sociale se dégage concernant la consommation de petites quantités d'alcool au moment de planifier une grossesse et durant celle-ci.
- Le moment pour l'arrêt ou la réduction de la consommation d'alcool correspond souvent à celui où les femmes ont la confirmation qu'elles sont enceintes.
- L'absence de consensus scientifique concernant le risque pour le fœtus d'une faible consommation d'alcool durant la grossesse et l'absence d'un seuil sécuritaire établi ont été mentionnées par les femmes à l'appui des différentes positions face à la recommandation d'abstinence. Les femmes évoquent la limite des connaissances scientifiques pour justifier l'importance d'éviter le risque de consommer de l'alcool, mais aussi pour se distancier de la recommandation d'abstinence.
- Lorsqu'elles prennent une distance par rapport à la recommandation d'abstinence, les femmes l'expliquent en disant qu'elles adhèrent à la recommandation, mais qu'elles cherchent un équilibre permettant quelques écarts à l'occasion. Elles peuvent aussi invoquer le stress ou des difficultés personnelles pour éviter de porter un jugement moral sur les femmes qui consomment de l'alcool durant leur grossesse.
- Bien que les femmes connaissent le risque de consommer de l'alcool en cours de grossesse, la conscience de ce risque peut être modulée par certaines perceptions. Nous en avons répertorié trois principales : la consommation d'une petite quantité d'alcool n'est pas forcément dommageable; le risque est moindre en fin de grossesse; la consommation de vin est plus sécuritaire que celle d'autres types d'alcool.
- Les femmes qui vivent du stress et qui utilisent l'alcool afin de composer avec certains états émotifs pourraient avoir plus de mal à y renoncer en l'absence de stratégies alternatives.
- L'arrivée d'un enfant correspond à la fois à un facteur de motivation pour entreprendre des changements dans le mode de consommation d'alcool, tout en constituant parfois un facteur de stress qui rend plus difficile ce changement.

Enfin, mentionnons que les études consultées ne permettent pas de tirer des conclusions relativement à l'effet des différences de conditions socioéconomiques sur les représentations sociales et le vécu qui leur est associé. La problématique des inégalités sociales n'a pu être considérée, mais cela ne signifie pas qu'elle est inexistante. L'analyse de l'interaction entre plusieurs facteurs de risque et de vulnérabilité est cruciale pour arriver à une meilleure compréhension des enjeux liés à la consommation d'alcool durant la grossesse.

SOMMAIRE

Mise en contexte

L'exposition prénatale à l'alcool est liée à un large éventail d'effets préjudiciables sur le fœtus et peut avoir des conséquences durables dans la vie des enfants touchés, de leur famille et de la société en général. Bien que la quantité minimale sécuritaire de consommation d'alcool ne soit pas clairement établie, la plupart des pays occidentaux recommandent actuellement aux femmes de ne pas consommer d'alcool lorsqu'elles sont enceintes ou prévoient l'être. Les recommandations en matière de consommation d'alcool à faible dose se fondent sur l'application du principe de précaution.

Objectif et public cible

Cette synthèse rapide des connaissances vise à documenter les représentations sociales de la consommation d'alcool chez les femmes enceintes ou en âge de procréer, ceci dans le contexte où prévaut une recommandation d'abstinence. Ces résultats peuvent être utiles à la réflexion des décideurs et des acteurs de santé publique appelés à formuler des messages de prévention concernant la consommation d'alcool durant la grossesse.

Cadre conceptuel et méthodologie

Cette synthèse rapide repose sur le concept de représentation sociale, lequel renvoie à une forme de connaissance socialement élaborée et partagée. Les représentations sociales sont déterminées par l'environnement socioculturel ainsi que par le vécu des personnes qui les interprètent et qui éventuellement les endossent et les transmettent à leur tour. Étant donné qu'elles orientent les conduites, elles peuvent avoir des répercussions sanitaires tangibles à l'échelle de la population. Une meilleure compréhension des représentations sociales peut contribuer à rehausser la pertinence des stratégies préventives conçues à l'attention des femmes enceintes.

Ce document présente une synthèse de dix études qualitatives documentant le point de vue des femmes enceintes ou en âge de procréer sur la consommation d'alcool durant la grossesse. La qualité scientifique des études a fait l'objet d'une validation par l'auteure. Les données ont été soumises à une analyse de contenu réalisée selon trois étapes :

1. extraction sommaire des données de chaque article et détermination préliminaire de thèmes sous lesquels les représentations sociales pouvaient être classifiées;
2. mise à l'épreuve de la grille de classification thématique avec ajustements au besoin et;
3. précision du libellé des thèmes classificatoires, afin que chacun désigne le plus simplement possible un ensemble spécifique de représentations sociales couvrant une gamme de nuances.

Résultats

Au terme du processus d'analyse, quatre grands thèmes ont été retenus pour rendre compte des représentations sociales des femmes concernant la consommation d'alcool durant la grossesse :

- **Une restriction provisoire dans le contexte d'une nouvelle responsabilité.** Les études consultées indiquent que les femmes se représentent le plus souvent la consommation d'alcool comme incompatible avec la grossesse. Elles entreprennent ainsi de la diminuer ou de la cesser, une restriction souvent considérée comme importante pour soutenir leur accès à la condition de parent. De façon générale, cette période de restriction est présentée comme étant provisoire. La santé du fœtus en développement a été citée comme la principale motivation pour changer un comportement pendant la grossesse.
- **La consommation d'alcool comme un risque.** Les études consultées abordent toutes l'enjeu du risque tel que perçu par les femmes, comme un danger potentiel ou flagrant. De façon générale, les femmes savent qu'il y a un risque à consommer de l'alcool en cours de grossesse. Elles adoptent face à ce risque deux approches distinctes : soit elles estiment qu'il vaut mieux prévenir tout risque de nuisances et se positionnent en faveur de l'abstinence, soit elles considèrent comme sécuritaires de faibles niveaux de consommation. Certaines perçoivent aussi que le risque est moindre en fin de grossesse, ou encore, que la consommation de vin est plus sécuritaire que celle d'autres types d'alcool.
- **L'adhésion à la recommandation d'abstinence, entre autonomie et pression normative.** Les représentations sociales concernant la consommation d'alcool en cours de grossesse sont teintées d'une forte composante normative. Le plus souvent, l'abstinence se présente comme un choix normal, découlant du sens commun. Les femmes évoquent aussi la pression qu'exercent les normes sociales. Lorsqu'elle s'exerce sous la forme de jugements moraux plutôt que sous la forme de soutien et d'accompagnement à la mise en place des meilleures conditions pour l'enfant attendu, l'action des normes sociales peut entraîner certains effets non recherchés, allant potentiellement à l'encontre du bien-être et de la santé des femmes (p. ex. isolement social accru).
- **La consommation d'alcool comme stratégie pour diminuer le stress.** Les femmes négocient leur rapport avec la consommation d'alcool dans une tentative de concilier divers facteurs comme le stress, les normes sociales et leur sentiment de responsabilité. En appui à cette négociation du risque, les femmes ont souligné l'importance d'écouter leur corps et de trouver leur propre équilibre, en particulier si l'abstinence exacerbe leur niveau de stress. En inscrivant leur faible consommation d'alcool dans un ensemble de pratiques visant à se faire du bien, les femmes peuvent chercher à se donner l'assurance que leur consommation est responsable. Les femmes qui vivent du stress et qui utilisent l'alcool afin de composer avec certains états émotifs pourraient avoir plus de mal à y renoncer en l'absence de stratégies alternatives.

Discussion

L'analyse des écrits démontre que les représentations sociales peuvent soit favoriser l'adhésion à la recommandation d'abstinence, soit lui ménager quelques écarts, ou encore, endosser une position critique face à la norme sociale qui renforce la recommandation d'abstinence. Le plus souvent, la volonté de ne pas nuire au fœtus est au centre des représentations sociales de la consommation d'alcool durant la grossesse chez les femmes. Les écrits consultés soulignent la manière dont les femmes, soucieuses de ne pas nuire à l'enfant, composent avec leur liberté individuelle lorsqu'elles font face à la question des conséquences négatives potentielles de la consommation d'alcool sur le fœtus. L'analyse suggère que dans leurs comportements, les femmes recherchent un équilibre entre la liberté individuelle et la responsabilité pour le fœtus, ou bien elles tendent à privilégier l'une ou l'autre de ces deux valeurs.

La synthèse rapide propose des pistes de réflexion applicables dans la perspective d'un renouvellement des messages de prévention de la consommation d'alcool durant la grossesse, parmi lesquelles :

- Les messages devraient être conçus et orientés de manière à épauler et soutenir les femmes enceintes ayant de la difficulté à adhérer à la recommandation d'abstinence.
- Il faudrait évaluer l'utilité d'une segmentation de ces messages selon les populations cibles : les femmes déjà enceintes aux 1^{er}, 2^e et 3^e trimestres, celles qui planifient une grossesse et celles dont les pratiques présentent des risques de grossesses non planifiées. La situation des femmes qui continuent à consommer de l'alcool à des degrés divers jusqu'à ce que leur grossesse soit confirmée, en particulier de celles présentant un trouble de l'usage d'alcool, pourrait requérir une attention particulière.
- De plus, les messages pourraient cibler plus largement les partenaires, les membres de la famille, les amis et l'entourage, pour encourager la prise de décision partagée et sensibiliser au rôle de soutien à la décision des femmes de s'abstenir de consommer de l'alcool lorsqu'elles planifient une grossesse ou qu'elles sont enceintes.

Il est important de considérer l'impact majeur des limites de cette synthèse rapide sur la réflexion concernant les messages de prévention en ce qui a trait à la consommation d'alcool pendant la grossesse au Québec. En effet, cette synthèse rapide s'est bornée à résumer les résultats d'études qualitatives identifiées au moyen d'une stratégie de recherche documentaire préétablie. La synthèse n'a pas abordé, notamment, la fonction du père et la place des personnes significatives dans l'entourage des femmes, les enjeux reliés au contexte socioéconomique, aux dépendances ou à d'autres problématiques cliniques. De plus, aucune étude québécoise n'a été recensée.

Conclusion

Tandis que pour plusieurs femmes, l'abstinence s'impose comme la seule option responsable, une certaine acceptabilité sociale se dégage néanmoins au regard de la consommation de petites quantités d'alcool au moment de planifier une grossesse et durant celle-ci.

En plus de l'alcool, d'autres sources de risque peuvent entraîner des dommages potentiels au développement de l'enfant à naître, comme la violence conjugale et le stress que les femmes peuvent tenter de gérer en consommant de l'alcool. L'analyse de l'interaction entre plusieurs facteurs de risque et de vulnérabilité est donc cruciale pour arriver à une meilleure compréhension des enjeux liés à la consommation d'alcool durant la grossesse. Enfin, une telle analyse doit se donner les moyens de prendre en compte les environnements politiques et économiques dans lesquels évoluent les couples parentaux. Dans certains cas, une approche privilégiant la réduction des méfaits peut s'avérer nécessaire.

1 INTRODUCTION

Du début d'une grossesse jusqu'à l'accouchement, le développement du fœtus peut être touché par une consommation d'alcool chez sa mère. Son cerveau est particulièrement sensible à l'alcool, une substance tératogène susceptible de provoquer des malformations chez les enfants exposés *in utero*. La sévérité des effets nuisibles de l'exposition prénatale à l'alcool varie d'un enfant à l'autre et dépend de multiples facteurs, dont les moments et la fréquence de l'exposition, la quantité et le mode de consommation, l'état de santé et le bagage génétique des mères et d'autres facteurs sociaux et environnementaux (O'Campo & Johnston, 2009; O'Connor, 2020). Une forte consommation d'alcool durant la grossesse est nettement associée à diverses conséquences néfastes pour l'embryon, le fœtus et le développement ultérieur de l'enfant (Mamluk *et al.*, 2017; Vassy, 2013). Plusieurs manifestations potentiellement invalidantes pour l'enfant à naître ont été rapportées en lien avec une telle consommation, comme des anomalies physiques et des troubles neurocomportementaux (Cook *et al.*, 2016; Dejong *et al.*, 2019; Oei, 2020; Vassy, 2013).

Les risques associés à une consommation d'alcool estimée faible durant cette période sont en revanche moins bien établis (Sayal, 2007). Une étude primaire associe la consommation d'une boisson alcoolisée par semaine au cours des trois premiers mois de la grossesse à des problèmes de santé mentale cliniquement significatifs et persistants chez les filles, et ce, après avoir contrôlé une série de facteurs prénataux et postnataux confondants (Sayal *et al.*, 2007). Les chercheurs de cette étude mentionnent qu'il s'agit de résultats préliminaires et que de plus amples preuves sont requises, compte tenu de l'absence d'une relation dose-réponse claire et des effets spécifiques inattendus chez les filles. Un dossier sur le thème du syndrome d'alcoolisation fœtale paru dans *l'Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* met pour sa part de l'avant que « même une petite quantité d'alcool durant la grossesse peut avoir des effets durables sur la progéniture » (O'Connor, 2020).

Une revue critique de la littérature réalisée dans le but de clarifier l'état actuel des connaissances à ce sujet démontre une absence d'association significative entre une faible consommation¹ et des effets néfastes sur le développement du fœtus. Toutefois, les résultats ne permettent pas d'affirmer qu'il serait sans risque de consommer ces quantités (Vassy, 2013). Une revue systématique et méta-analyse visant à déterminer les effets d'une consommation d'alcool de faible à modérée² conclut, quant à elle, à l'impossibilité d'établir un seuil sécuritaire de consommation. Tout comme celle de Vassy (2013), cette étude ne démontre pas d'association claire entre ce niveau de consommation et des méfaits sur le fœtus et l'enfant (Mamluk *et al.*, 2017).

¹ La consommation faible était définie dans cette étude comme une consommation allant jusqu'à deux verres standards par semaine (l'équivalent de moins de 20g/semaine).

² La consommation faible à modérée était définie dans cette étude comme une consommation d'alcool allant jusqu'à deux unités britanniques d'alcool, et ce, jusqu'à deux fois par semaine (l'équivalent de 32g/semaine).

Dans la mesure où aucune preuve n'est faite de l'innocuité d'une consommation faible à modérée pour le fœtus, et qu'aucun seuil sécuritaire de consommation n'est établi, l'abstinence apparaît comme le choix le plus prudent (Carson et collab., 2017). De fait, la plupart des pays occidentaux recommandent actuellement aux femmes de ne pas consommer d'alcool lorsqu'elles sont enceintes ou prévoient l'être.

En 2016, le gouvernement du Québec publiait un avis soulignant « l'importance de diffuser un message clair, uniforme et non culpabilisant sur l'importance d'éviter toute consommation d'alcool par les femmes enceintes et celles qui prévoient le devenir ». Cet avis était assorti d'une recommandation destinée aux femmes : « Si vous êtes enceinte ou planifiez le devenir, ne prenez aucun risque, ne prenez pas d'alcool. » Malgré le caractère limpide de cette recommandation, des indices portent à croire que les représentations sociales qui prévalent dans la population présentent, quant à elles, quelques zones grises. En 2006, le rapport d'une étude qualitative réalisée à ce sujet par l'INSPQ indiquait dans ses grandes lignes que les représentations des femmes privilégiaient soit l'abstinence ou la modération (April *et al.*, 2010; Audet *et al.*, 2006).

On sait, par ailleurs, que l'environnement socioculturel québécois est généralement propice à la consommation d'alcool. L'analyse des données de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC, 2019) indique que 41% des femmes québécoises de 15 à 54 ans consomment de l'alcool au moins une fois par semaine. Par rapport aux autres provinces, c'est au Québec que la consommation hebdomadaire d'alcool atteint sa valeur maximale. Quant à la consommation excessive d'alcool³, 21,6% des femmes de l'échantillon québécois de cette enquête en ont fait état (Varin *et al.*, 2021).

Le Québec est la province au Canada où le taux de consommation d'alcool durant la grossesse est le plus élevé, soit 25,6 % selon des données de 1993 à 2008 provenant de Statistique Canada. En 2006-2007, l'enquête canadienne sur l'expérience de la maternité (EEM) indiquait que dans les trois mois précédant leur grossesse, ou avant de réaliser qu'elles étaient enceintes, 62,4% des femmes canadiennes consommaient de l'alcool à des fréquences variables. Ce sont 10,5% d'entre elles qui indiquaient avoir consommé de l'alcool après avoir appris qu'elles étaient enceintes. Les données spécifiques au Québec révèlent que 21,2% des femmes mentionnaient avoir consommé de l'alcool durant cette même période, soit environ le double de la proportion canadienne (O'Campo & Johnston, 2009).

³ La consommation excessive d'alcool consiste ici à la consommation de quatre verres en une même occasion et ce, au moins une fois par mois.

D'autres données d'enquêtes se sont ajoutées par la suite :

- En 2019, l'enquête canadienne sur l'alcool et les drogues (ECAD) indique que parmi les femmes de 25 à 44 ans ayant accouché dans les cinq années précédentes et ayant déjà consommé de l'alcool, 18% avaient déclaré avoir consommé de l'alcool durant leur dernière grossesse⁴.
- En 2017, l'enquête sur les collectivités canadiennes (ESCC) indique que 4,2% des femmes ayant accouché au cours des 5 dernières années avaient déclaré avoir consommé de l'alcool durant leur grossesse⁵.

Ces enquêtes nationales démontrent toutes la présence d'une consommation d'alcool chez les femmes durant leur grossesse, et ce, malgré la variabilité des méthodologies utilisées et des taux observés.

1.1 Objectif et public cible

S'inscrivant dans un ensemble plus vaste de travaux portant sur la prévention de la consommation de substances psychoactives durant la grossesse, cette synthèse rapide des connaissances se donne pour objectif de documenter les représentations sociales de la consommation d'alcool chez les femmes enceintes ou en âge de procréer, ceci, dans le contexte de la recommandation d'abstinence qui prévaut dans une perspective de promotion de la santé périnatale. La synthèse rapporte les résultats de dix études qualitatives publiées sur le sujet dans divers pays occidentaux. Elle a été réalisée en vue d'amorcer une réflexion quant à un éventuel renouvellement des messages de promotion de la santé concernant la consommation d'alcool durant la grossesse.

La publication peut être utile à la réflexion des décideurs et des acteurs de santé publique appelés à concevoir des stratégies pour promouvoir la santé périnatale ou à formuler des messages de prévention concernant la consommation d'alcool durant la grossesse.

⁴ Information disponible ici : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-alcool-drogues/sommaire-2019.html>.

⁵ Informations disponibles ici : <https://sante-infobase.canada.ca/isp/description?dom=1&ind=3&MS=3&MSID=3>

1.2 Structure du document

La première section de ce document met en contexte la problématique de la consommation d'alcool durant la grossesse, incluant la recommandation d'abstinence, dans une perspective de promotion de la santé périnatale. La seconde fait état du cadre conceptuel et de la méthodologie qui ont orienté la production du document, tandis que la troisième est dédiée à la présentation des résultats. Dans cette section, l'analyse s'intéresse aux représentations de la consommation d'alcool en période périnatale, en lien avec la recommandation d'abstinence. À partir de ce qui ressort de cette analyse, la quatrième section esquisse une discussion des constats issus des écrits scientifiques consultés. Quelques questionnements éthiques sont explorés. De plus, des pistes sont proposées pour réfléchir à une éventuelle révision des messages de prévention destinés aux femmes québécoises.

2 MISE EN CONTEXTE

Bien que son histoire remonte loin dans le temps, la reconnaissance des risques de santé associés à la consommation d'alcool chez les femmes enceintes a connu une importante évolution à partir des années 1970 (Warren, 2015). L'identification du syndrome d'alcoolisation fœtale a représenté à cet égard un point tournant. La production de connaissances scientifiques concernant les effets de l'alcool sur le fœtus s'est accrue et les politiques de prévention se sont progressivement harmonisées aux nouvelles connaissances produites (Leppo *et al.*, 2014; Warren, 2015). Signe de cette évolution, le nombre d'états américains dotés de politiques en matière d'alcool et de grossesse est passé de un en 1974 à quarante-trois en 2013 (Roberts *et al.*, 2017).

Les recherches menées à ce jour n'ayant pas permis d'affirmer hors de tout doute l'existence d'une quantité d'alcool sans risque (Carson *et al.*, 2017), les recommandations en matière de consommation d'alcool à faible dose se fondent sur l'application du principe de précaution. Selon ce principe, l'insuffisance des preuves pour définir un quelconque seuil de consommation d'alcool à faible dose n'offre aucune garantie de sécurité pour le fœtus. Il vaut donc mieux prévenir plutôt que d'exposer celui-ci à des risques potentiels. L'application du principe de précaution constitue un mode d'action particulier auquel on a recours dans certains contextes d'incertitude scientifique. Elle permet d'assouplir l'exigence de preuves causales et de justifier des actions préventives en l'absence de preuves scientifiques (Leppo *et al.*, 2014; Ricard & Bolduc, 2003). Les messages de santé publique fondés sur un tel principe envoient un signal aux femmes enceintes et à celles qui planifient une grossesse, selon lesquels elles devraient s'abstenir de toute consommation d'alcool afin d'éviter d'exposer le fœtus à des risques évitables. La formulation de messages concernant des mesures prises dans un contexte de précaution représente toutefois un certain défi. Selon Ricard et Bolduc (2003), ceux-ci doivent être transparents quant au degré d'incertitude qui entoure l'évaluation des risques. Si une telle information n'est pas communiquée, cela pourrait susciter ou nourrir une crainte disproportionnée dans la population par rapport aux risques encourus.

Selon un récent rapport publié par l'Association pour la santé publique du Québec (AS PQ), la consommation d'alcool durant la grossesse reste un sujet difficile à aborder. Le message clair et uniforme promu par le gouvernement du Québec, sur l'importance pour les femmes enceintes ou prévoyant le devenir d'éviter toute consommation d'alcool, aurait été peu diffusé. Toujours selon ce rapport, le sujet resterait sensible, voire tabou dans le système de la santé et des services sociaux. Certains professionnels ont du mal à l'aborder de peur de briser la relation de confiance établie avec leurs patientes. Les experts rencontrés expliquent aussi que les professionnels n'ont pas nécessairement le temps de questionner les femmes sur leur consommation tout au long du suivi de grossesse (Masella & Létourneau, 2020).

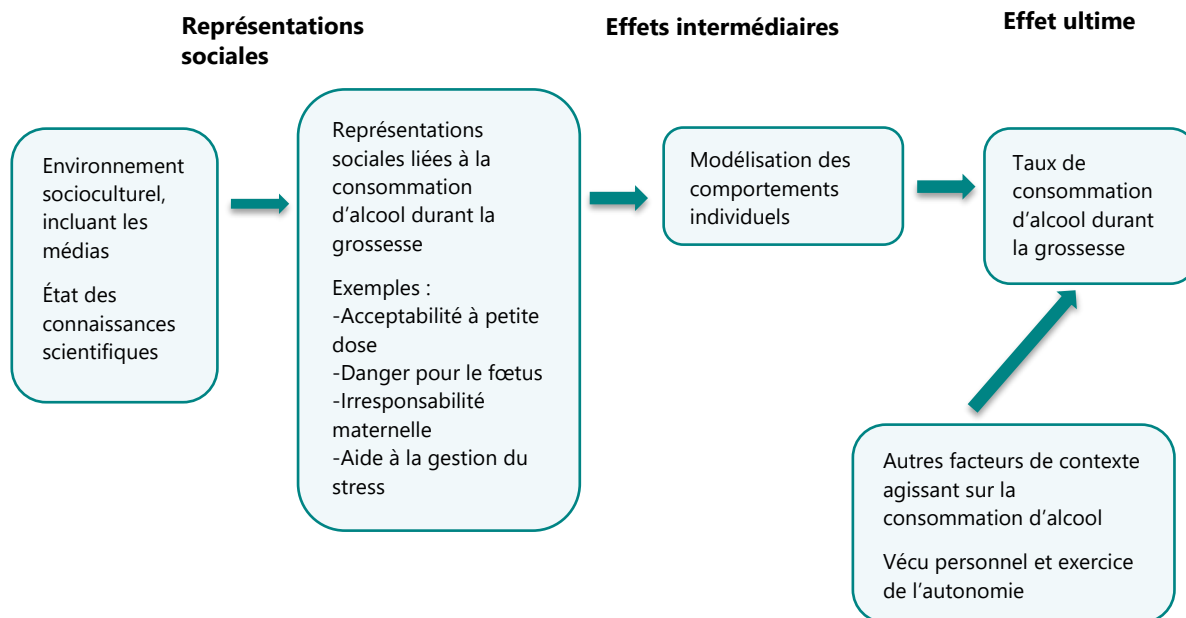
D'après l'étude de Leppo, Hecksher et Tryggvesson (2014), le fait que les torts causés au fœtus par une faible consommation d'alcool durant la grossesse ne soient pas systématiquement démontrés est propice aux variations dans la communication du risque aux femmes enceintes et en âge de procréer. L'analyse des chercheurs a porté sur les communications officielles ayant cours dans quatre pays nordiques. Elle indique qu'aucune des brochures gouvernementales d'information destinées aux femmes enceintes ne mentionnait explicitement l'absence de preuves scientifiques irrévocables quant aux risques associés à la consommation de faibles quantités d'alcool. Selon eux, les brochures reposaient sur l'hypothèse que le lecteur profane ne serait pas en mesure de comprendre la complexité ni de gérer l'incertitude associée à l'état des connaissances scientifiques. Différentes stratégies étaient utilisées pour justifier la recommandation d'abstinence : ne pas donner d'information concernant l'incertitude ; laisser entendre qu'il existe des preuves de la nocivité d'une faible consommation d'alcool ou encore ; reconnaître que l'on ne connaît pas de seuil sécuritaire de consommation et informer de façon explicite les femmes enceintes de la logique sous-jacente à la recommandation d'abstinence d'alcool. Dans tous les cas, mais à des degrés divers, les messages étaient simplifiés de manière à mitiger le sentiment d'incertitude.

Par ailleurs, la question de la consommation d'alcool pendant la grossesse fait régulièrement l'objet de débats dans l'espace social et médiatique. En présence des mêmes constats, les femmes, les experts et les professionnels de la santé peuvent exprimer des points de vue différents à propos du risque associé à une consommation légère et occasionnelle d'alcool (Coons *et al.*, 2017; Winter, 2016). Des controverses sont parfois suscitées ou relancées par la diffusion d'études faisant état du manque de preuves concernant les risques d'une faible consommation d'alcool pendant la grossesse (Whiteford, 2017). Lorsqu'elle a lieu, la désinformation provenant d'études présentant des lacunes méthodologiques et non reconnues par les chercheurs peut être dommageable, car elle peut animer la ferveur de groupes prompts à minimiser le risque et à remettre en cause les messages qui visent à le prévenir (Vassy, 2013). Faute de preuves tangibles, la recommandation d'abstinence émise par les autorités médicales et de santé publique a pu être perçue comme étant paternaliste, ou encore restrictive en regard des droits des femmes en matière de santé reproductive (Leppo *et al.*, 2014; Roberts *et al.*, 2017; Whiteford, 2017).

3 CADRE CONCEPTUEL ET MÉTHODOLOGIE

Cette synthèse rapide des connaissances repose sur le concept de représentation sociale, un concept qui renvoie à « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (Jodelet, 2003). Les représentations sociales constituent ainsi un savoir de sens commun. Elles sont déterminées par l'environnement socioculturel qui inculque des modèles de conduite et de pensée ainsi que par le vécu des personnes qui les interprètent, se les approprient et qui éventuellement les endossent et les transmettent à leur tour. Étant donné que les représentations sociales organisent et orientent les conduites, elles peuvent avoir des répercussions sanitaires tangibles à l'échelle de la population. Ci-dessous est présenté un modèle logique qui reprend ces éléments de définition en puisant à la théorie des représentations sociales proposée par Jodelet (2003).

Figure 1 Modèle logique de l'action des représentations sociales sur la consommation d'alcool durant la grossesse



En matière de promotion de la santé périnatale, la connaissance des représentations sociales liées à la consommation d'alcool chez les femmes enceintes ou en âge de procréer permet de tenir compte de l'environnement dans lequel celles-ci forment leurs opinions, leurs décisions et leurs comportements à ce sujet. Cette compréhension peut contribuer à rehausser la pertinence des stratégies préventives qui sont conçues à leur attention.

L'une des voies privilégiées pour accéder aux représentations sociales consiste à documenter, dans le cadre d'entrevues, le point de vue des personnes concernées sur un objet ou une situation (Negura, 2006). Nous avons donc opté pour une synthèse d'études qualitatives documentant le point de vue des femmes enceintes ou en âge de procréer sur la consommation d'alcool durant la grossesse, dans le contexte de la recommandation d'abstinence qui prévaut dans les pays occidentaux. Les balises méthodologiques ayant présidé au choix des études retenues sont présentées ci-dessous.

3.1 Méthode de recherche documentaire

Cette synthèse rapide des connaissances repose sur un examen exploratoire plutôt qu'un examen systématique des écrits scientifiques. Il en résulte une revue narrative et non exhaustive, présentant un ensemble de données qui ont été soumises à une analyse de contenu. La population visée est celle des femmes enceintes ou en âge de procréer issues de pays occidentaux. Les études incluses dans cette synthèse ont été repérées en consultant des bases de données électroniques Medline, CINAHL, Psychology and Behavioral Sciences Collection, SocIndex (EBSCO) et PsycInfo (OVID) au moyen d'une stratégie de recherche visant une combinaison des trois concepts suivants : les représentations sociales, la consommation d'alcool et les femmes enceintes ou en âge de procréer. Les bases de données consultées, ainsi que les mots-clés utilisés sont rapportés à l'annexe 1, suivi du diagramme de la recherche documentaire incluant les critères d'inclusion et d'exclusion appliqués. Les limites chronologiques appliquées ont été 2010-2020.

La recherche a produit une liste finale de dix articles portant sur les représentations sociales de la consommation d'alcool chez les femmes enceintes ou en âge de procréer. Étant donné que le corpus d'études retenues ne comprenait aucune étude québécoise, une recherche documentaire subséquente a été effectuée dans des bases de données complémentaires (Érudit, Santécom et Google Scholar). Cette recherche complémentaire s'est révélée non concluante : elle n'a donné accès à aucune étude québécoise répondant aux critères de recherche établis. Les détails de cette démarche sont fournis à l'annexe 1.

3.2 Qualité des écrits scientifiques consultés

La qualité scientifique des dix études sélectionnées a fait l'objet d'une validation par l'auteure au moyen d'un outil adapté d'une liste de contrôle pour l'évaluation de la qualité des études qualitatives (NICE, 2012)⁶. L'évaluation n'avait pas pour but d'exclure des articles, mais plutôt de mieux appréhender leurs forces et leurs faiblesses méthodologiques, ceci, afin d'en favoriser une lecture critique. Ci-dessous, le tableau sommaire présente les principales caractéristiques de chaque publication retenue ainsi que le résultat de l'évaluation de sa qualité méthodologique.

Tableau 1 Sommaire des caractéristiques des études consultées

Auteurs (date) Pays Niveau de qualité scientifique	Devis	Population et contexte du recrutement	Objet principal
Brahic, Thomas et Dany (2015) France Modéré	Étude qualitative (entrevues individuelles)	64 femmes enceintes âgées de 16 à 41 ans recrutées sans égard à leur consommation d'alcool ou autres caractéristiques dans des établissements privés et publics offrant des services aux femmes enceintes.	Étudier les représentations du risque de la consommation d'alcool durant la grossesse chez les femmes enceintes.
Crawford-Williams et collab. (2015) Australie Élevé	Étude qualitative (groupes de discussion)	21 participants âgés de 23 à 40 ans (8 femmes enceintes, 9 nouvelles mères, 4 partenaires de femmes enceintes) recrutés au moyen d'affiches placées dans un hôpital spécialisé (mères/enfants) et dans une université.	Comprendre l'expérience et documenter les connaissances sur les effets de la consommation d'alcool durant la grossesse.
Elek et collab. (2013) États-Unis Élevé	Étude qualitative (groupes de discussion)	149 femmes recrutées par une firme professionnelle, réparties dans 20 groupes réunissant de 4 à 9 participantes ayant accouché au cours des 12 derniers mois, prévoyant devenir enceinte, ou encore, ayant eu des rapports sexuels non protégés assortis d'une consommation d'alcool au cours des 90 derniers jours. Les participantes à l'étude étaient plus scolarisées que les femmes dans la population générale.	Mettre à jour les données existantes sur les connaissances, croyances, influences sociales, sources d'information liées à la consommation d'alcool durant la grossesse.

⁶ La liste de contrôle du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) a été traduite par Louise Pouliot, conseillère scientifique spécialisée à l'INSPQ. Il s'agit d'une traduction linguistique non validée. Par ailleurs, une légère adaptation du format de l'échelle pour la cotation des articles a été réalisée. L'outil utilisé et complété est disponible à l'annexe 2 du présent document, incluant une définition des critères et la modalité d'évaluation appliquée.

Tableau 1 Sommaire des caractéristiques des études consultées (suite)

Auteurs (date) Pays Niveau de qualité scientifique	Devis	Population et contexte du recrutement	Objet principal
Gouilhers et collab. (2019) Suisse Élevé	Étude qualitative (entrevues conjointes avec les futurs parents)	30 couples en attente de leur premier enfant, recrutés à partir de la technique « boule de neige » et par le biais des réseaux d'obstétriciens et de sages-femmes. Les participants à l'étude présentaient des niveaux de scolarité allant de moyen à élevé.	Explorer les perceptions des femmes enceintes et de leur partenaire concernant le changement de comportement en matière de consommation d'alcool au moment de la grossesse.
Holland, McCallum et Walton (2016) Australie Élevé	Étude qualitative (entrevues individuelles et groupes de discussion)	20 femmes qui étaient soit enceintes, nouvellement mères ou prévoyant une grossesse, recrutées dans des cliniques de santé maternelle et infantile, des cliniques médicales, des groupes de mères, au moyen d'annonces envoyées par courriel ou autres moyens, ainsi que par bouche-à-oreille. L'échantillon était constitué de femmes privilégiées sur le plan socioéconomique.	Déterminer le point de vue des femmes relativement à la consommation d'alcool durant la grossesse, identifier les thèmes dominants, controversés ou conflictuels.
Howlett et collab. (2017) Royaume-Uni Modéré	Enquête prospective (questionnaires avec champs de commentaires libres)	306 questionnaires ont été distribués aux femmes et à leur partenaire fréquentant les cliniques prénatales, unités d'évaluation des grossesses, maternités, cliniques de scanners et de désintoxication de deux hôpitaux ; 212 ont été récoltés dont 171 auprès de femmes enceintes et 41 auprès de partenaires.	Étudier les croyances et les pratiques concernant la consommation d'alcool durant la grossesse et sonder l'acceptabilité d'un dépistage par biomarqueur.
Jones et Telenta (2012) Australie Élevé	Étude qualitative (entrevues téléphoniques individuelles)	12 femmes enceintes par le biais d'un service de sages-femmes et 12 sages-femmes recrutées par le biais de la clinique prénatale d'un hôpital.	Étudier la sensibilisation à la recommandation d'abstinence et l'attitude des femmes enceintes et des sages-femmes à l'égard de la consommation d'alcool durant la grossesse, de même que les facteurs pouvant affecter leur adhésion à la recommandation.

Tableau 1 Sommaire des caractéristiques des études consultées (suite)

Auteurs (date) Pays Niveau de qualité scientifique	Devis	Population et contexte du recrutement	Objet principal
Scholin et collab. (2017) Angleterre et Suède Élevé	Étude qualitative - approche rétrospective (entrevues individuelles ou en couple)	43 parents d'enfants âgés de moins de 18 mois (21 issus d'Angleterre et 22 de Suède), recrutés par le biais des médias sociaux, d'établissements de soins et de réseaux informels dans les deux pays. L'échantillon était constitué de parents ayant un bon degré de scolarité.	Explorer les pratiques et les perceptions de la consommation d'alcool pendant la grossesse en Angleterre et en Suède en considérant les facteurs socioculturels et les contextes politiques différents ⁷ .
Skagerström, Haggström-Nordin et Alehagen (2015) Suède Élevé	Étude qualitative – (groupes de discussion)	34 femmes réparties dans 7 groupes de discussion réunissant chacun de 3 à 8 participantes âgées de 17 à 34 ans, recrutées au moyen d'un échantillonnage de convenance (projet présenté en milieu scolaire) et par la technique « boule de neige ». Il s'agissait de femmes en âge de procréer, non enceintes.	Explorer et comprendre le point de vue des femmes non enceintes concernant le lien entre la consommation d'alcool et la grossesse.
Toutain (2017) France Faible	Étude qualitative (forums de discussion en ligne)	40 internautes ayant consommé de l'alcool au cours de leur grossesse et consulté l'un des forums de discussion présélectionnés par la chercheuse.	Non précisé.

Comme cela ressort du tableau ci-dessus, les échantillons pour chacune des études varient selon leur taille, le profil des femmes rencontrées et les modalités de leur recrutement. Globalement, la qualité des études est bonne et les chercheurs ont, en règle générale, reconnu les limites de leurs choix méthodologiques.

Dans les cas où les participants d'une étude sont sélectionnés selon certains critères communs par rapport au domaine de recherche, de petits échantillons (< 12) peuvent paraître suffisants pour fournir des informations relativement complètes (Guest *et al.*, 2006). Toutefois, dans les études consultées ici, il semble difficile de prétendre à un ensemble de données assez exhaustif en aussi peu que douze entretiens. Il s'agissait de femmes enceintes ou en âge de procréer, pouvant présenter diverses caractéristiques socioéconomiques et culturelles, ainsi que des styles de vie et expériences distincts. Sans toujours générer de nouvelles catégories d'analyse, ces différences peuvent entraîner des variations supplémentaires sur des thèmes existants. Une petite taille d'échantillon réduit la probabilité d'atteindre la saturation empirique.

⁷ Au moment de l'étude, les directives britanniques conseillaient aux femmes d'éviter de consommer de l'alcool lorsqu'elles essayaient de concevoir un enfant et au cours du premier trimestre, tout en indiquant à celles qui choisissaient d'en consommer que leur consommation devait être limitée à « 1 à 2 unités britanniques, une ou deux fois par semaine ».

D'autres repères de qualité méthodologique correspondant à la production d'une synthèse rapide de connaissances sont présentés à l'annexe 3 sous la forme d'une liste de vérification.

3.3 Analyse de contenu

L'analyse de contenu s'est réalisée selon trois étapes :

1. Dans la première, une extraction sommaire des données de chaque article a été réalisée, permettant de mieux appréhender l'orientation générale des contenus abordés et les particularités de chaque étude. Cette étape a conduit à la détermination préliminaire de thèmes sous lesquels les représentations sociales pouvaient être classifiées.
2. Sur cette base, la deuxième étape visait à mettre à l'épreuve la grille de classification thématique qui s'était progressivement dégagée, en effectuant des ajustements au besoin. La mise à l'essai de cette grille s'est révélée concluante : les écrits consultés rapportaient des résultats pouvant être classés sous l'un et/ou l'autre des thèmes pressentis à prime abord.
3. La troisième étape a consisté à préciser le libellé des thèmes classificatoires, afin que chacun désigne le plus simplement possible un ensemble spécifique de représentations sociales couvrant une gamme de nuances.

3.4 Révision par les pairs

Cette synthèse rapide a fait l'objet d'une révision par les pairs dans le cadre des mécanismes d'assurance de la qualité développés à l'INSPQ. Les commentaires des réviseurs ont porté sur le contenu, les méthodes, les conclusions, la complétude du document et les enjeux éthiques. Les réviseurs ainsi que l'auteur du document ont dûment rempli leur déclaration d'intérêts. Aucune situation à risque de conflit d'intérêt réel, apparent ou potentiel n'a été relevée en lien avec la présente publication.

4 RÉSULTATS : LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL DURANT LA GROSSESSE

Cette section présente les résultats de l'analyse du contenu des études qualitatives retenues. Précisons que des politiques nationales de prévention promulguant l'abstinence d'alcool durant la grossesse étaient en vigueur dans tous les pays concernés par les études recensées, à une exception près. En effet, jusqu'à tout récemment, les directives britanniques conseillaient aux femmes d'éviter de consommer de l'alcool lorsqu'elles essayaient de concevoir un enfant et au cours du premier trimestre, tout en indiquant à celles qui choisissaient d'en consommer que leur consommation devait être limitée à « 1 à 2 unités britanniques, une ou deux fois par semaine ». De octobre 2013 à septembre 2014, période où la collecte de données avait cours en Angleterre pour l'étude de Scholin et collab. (2018), et d'après ce qu'en rapportent les auteurs, les recommandations en vigueur dans ce pays affichaient toujours une certaine tolérance à l'égard de la consommation de faibles quantités d'alcool⁸.

L'examen de la documentation a conduit à structurer l'analyse des représentations sociales selon quatre grands thèmes:

- Une restriction provisoire dans le contexte d'une nouvelle responsabilité
- La consommation d'alcool comme un risque
- L'adhésion à la recommandation d'abstinence, entre autonomie et pression normative
- La consommation d'alcool comme stratégie pour diminuer le stress

Bien qu'il existe certains chevauchements entre les thèmes, cette répartition a été retenue parce qu'elle permet de couvrir les principales représentations de la consommation d'alcool en période périnatale, en lien avec la recommandation d'abstinence, telles que documentées dans les écrits consultés.

⁸ Cette information est corroborée par d'autres sources d'information consultées, stipulant qu'en 2007, les femmes anglaises étaient avisées de s'abstenir d'alcool si elles étaient enceintes, en précisant que si une femme choisit de consommer de l'alcool malgré tout, elle doit minimiser les risques en ne buvant pas plus d'une à deux unités d'alcool une ou deux fois par semaine et ne doit pas s'enivrer (Leppo, 2014). En 2015, le *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* aurait recommandé d'éviter la consommation d'alcool pendant la grossesse, mais ce, uniquement pendant le premier trimestre, une faible consommation étant autorisée pendant les deuxième et troisième trimestres (Warren, 2015). En 2018, le message aurait été révisé afin de promouvoir l'abstinence totale et de communiquer un message plus clair et univoque.

4.1 Une restriction provisoire dans le contexte d'une nouvelle responsabilité

La parentalité est un devenir qui mobilise à la fois les femmes elles-mêmes, les couples et la société dans laquelle ils vivent. À l'occasion d'une grossesse, des transformations se produisent à divers niveaux, comme celui des relations familiales, des engagements sociaux ou des habitudes de vie. Dans ce contexte de changement, les études consultées indiquent que les femmes se représentent le plus souvent la consommation d'alcool comme incompatible avec la grossesse. Elles entreprennent ainsi de la diminuer ou de la cesser, une restriction souvent considérée comme importante pour soutenir leur accès à la condition de parent (Skagerström, Haggström-Nordin et Alehagen 2015, Holland et collab. 2016).

De façon générale, cette période de restriction est présentée comme étant provisoire. En effet, durant leur grossesse les femmes aménagent des changements pour maintenir leur santé et celle du fœtus, mais ces changements sont souvent envisagés dans une perspective à court terme. Pour plusieurs femmes, l'abstinence est vécue comme une obligation, ou encore une privation qui les coupent de sources de plaisir avec lesquelles elles comptent renouer une fois la grossesse et/ou l'allaitement terminés (Brahic *et al.*, 2015; Gouilhers *et al.*, 2011).

Parmi les études recensées, le sondage de Howlett et collab. (2017) auprès de 171 femmes enceintes au Royaume-Uni suggère que sur un continuum, le moment charnière pour l'arrêt ou la réduction de la consommation d'alcool se situe entre la quatrième et la sixième semaine de la grossesse. Chez de nombreuses femmes, ce moment correspond à celui où elles ont la confirmation qu'elles sont enceintes. Cette information est importante puisqu'elle indique que la consommation d'alcool est présente jusqu'à la reconnaissance de la grossesse au cours du 1^{er} trimestre. La question de la modification des habitudes de consommation par les femmes qui planifient leur grossesse est insuffisamment documentée dans les études considérées. Les principales informations disponibles sur ce point sont les suivantes :

- Chez les femmes suédoises non enceintes en âge de procréer, la planification d'une grossesse est d'emblée considérée comme une nouvelle étape de la vie (Skagerström *et al.*, 2015). Cependant, la question de savoir à quel moment commence la responsabilité à l'égard de l'enfant à naître reste incertaine dans leur propos. De nombreuses femmes pensent que cette responsabilité commence avec la planification de la grossesse et que par conséquent, si une femme prévoit être enceinte, elle se doit d'éviter la consommation d'alcool. Les femmes qui croient que la consommation d'alcool est plus néfaste en début qu'en fin de grossesse déclarent que si elles se trouvaient dans le processus de concevoir un enfant, elles réduiraient ou arrêteraient de consommer de l'alcool. D'autres n'envisagent pas modifier leur consommation d'alcool avant de se savoir effectivement enceintes, ne voulant pas s'imposer inutilement des contraintes. Lorsqu'elles n'essaient pas activement de concevoir un enfant, les femmes suédoises en âge de procréer ne voient pas la nécessité d'adapter leur

consommation d'alcool (Skagerström *et al.*, 2015). Enfin, les femmes peuvent mettre dans la balance que la conception est un processus plus ou moins long et considérer que dans ce contexte, il puisse s'avérer plus ou moins difficile de s'abstenir durant cette période (Holland *et al.*, 2016; Skagerström *et al.*, 2015).

- Plusieurs études font état de données ou évoquent l'expérience de femmes ayant consommé de l'alcool avant de réaliser qu'elles étaient enceintes, notamment dans les situations de grossesses non planifiées (Elek *et al.*, 2013; Gouilhers *et al.*, 2011; Holland *et al.*, 2016, 2016; Howlett *et al.*, 2017; Jones & Telenta, 2012; Schölin *et al.*, 2018; Skagerström *et al.*, 2015). Selon l'étude de Holland, McCallum et Walton (2016), l'anxiété générée par la prise de conscience qu'elles étaient enceintes lorsqu'elles ont consommé de l'alcool aurait alors agité comme un incitatif à la vigilance et aurait déterminé les femmes à l'abstinence. Toujours dans cette étude, on note que les femmes ayant plus d'un enfant peuvent se montrer davantage détendues dans leurs conduites, incluant en ce qui concerne la consommation d'alcool.
- En France, l'analyse des propos tenus par les femmes sur divers forums de discussion en ligne révèle que l'alcoolisation ponctuelle importante (API⁹) avant de se savoir enceinte est la thématique la plus abordée, représentant près de 40% des contenus partagés par les internautes. Certaines femmes regrettent d'avoir consommé de l'alcool comme elles l'ont fait, reconnaissant qu'elles avaient le projet de devenir enceinte. D'autres n'estiment pas avoir pris un risque en tant que tel, puisqu'elles ne se savaient pas enceintes. Les données recueillies dans cette étude suggèrent que la consommation de boissons à faible pourcentage d'alcool peut être une option retenue par certaines femmes voulant se faire plaisir ou s'éviter des frustrations (Toutain, 2017).

De façon générale, la consommation fréquente ou en grande quantité d'alcool est vue comme incompatible avec la grossesse. La santé du fœtus en développement a été citée comme la principale motivation pour changer un comportement pendant la grossesse (Crawford-Williams *et al.*, 2015; Elek *et al.*, 2013). Tandis que pour plusieurs femmes, l'abstinence s'impose comme la seule option responsable, une certaine acceptabilité se dégage néanmoins au regard de la consommation de petites quantités d'alcool au moment de planifier une grossesse et durant celle-ci.

⁹ Dans l'étude concernée, l'alcoolisation ponctuelle importante se définit comme la prise de cinq ou six verres ou plus en une occasion. Pour comparaison, dans l'*Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire* (ETADJES), la consommation excessive d'alcool est définie comme le fait d'avoir bu 5 verres ou plus en une même occasion.

4.2 La consommation d'alcool comme un risque

Les études consultées abordent toutes l'enjeu du risque tel que perçu par les femmes, comme un danger potentiel ou flagrant. Le risque que constitue la consommation d'alcool en cours de grossesse existe en tant que risque réel, mais il existe aussi en tant que risque perçu, au travers des représentations que les femmes s'en font. Plus généralement, il est l'objet d'une construction sociale à laquelle participent les citoyens, les groupes sociaux et les experts.

Bien que les femmes n'aient pas toutes une connaissance détaillée des risques associés à la consommation d'alcool durant la grossesse, elles nomment généralement un éventail de préjudices potentiels à l'enfant (p. ex. retard de croissance, troubles de l'apprentissage, dysmorphie crânio-faciale, malformation cardiaque). Cela dit, il ressort des analyses de quelques chercheurs que l'étendue ou la finesse des connaissances explicites que possèdent les femmes à cet égard n'est pas forcément liée aux attitudes qu'elles adoptent envers la consommation d'alcool pendant la grossesse (Howlett *et al.*, 2017; Jones & Telenta, 2012; Skagerström *et al.*, 2015).

Les préoccupations à l'égard du risque portent tout autant sur les conséquences pour l'enfant à naître d'une consommation ponctuelle importante avant de se savoir enceinte¹⁰, que sur celles d'une consommation plus limitée d'alcool avant de se savoir enceinte ou pendant la grossesse. Le caractère comparatif de l'étude de Scholin et collab. (2019) permet de relever des nuances dans la façon dont les risques sont appréciés selon les contextes culturels. Sur l'arrière-fond de politiques publiques différentes prévalant dans leurs pays respectifs, le point de vue des parents anglais et suédois se distinguent à ce propos. En effet, tandis que plusieurs parents suédois adoptent une attitude ferme à l'encontre de toute consommation d'alcool durant la grossesse, les parents anglais posent un jugement ferme à l'encontre de l'intoxication à l'alcool en cours de grossesse mais leur jugement est moins catégorique concernant la consommation de petites quantités d'alcool, suggérant que celle-ci peut être acceptable. Les chercheurs notent que les directives anglaises en vigueur en matière de consommation d'alcool, autorisant de petites quantités, divisent les opinions des parents de ce pays quant à savoir si une consommation restreinte est risquée. Les directives anglaises entraîneraient un certain scepticisme à l'égard de la recommandation d'abstinence, de même qu'elle fournirait une certaine réassurance aux femmes qui ont consommé de petites quantités d'alcool.

Cette division dans la manière d'appréhender les risques se trouve aussi à l'intérieur d'une même société. Bien qu'en majorité, les femmes savent qu'il y a un risque à consommer de l'alcool en cours de grossesse, elles adoptent par rapport à ce risque deux approches distinctes : soit elles estiment qu'il vaut mieux prévenir tout risque de nuisances et se positionnent en

¹⁰ Généralement, on entend par consommation ponctuelle importante (ou alcoolisation ponctuelle importante, ou en anglais, « binge drinking »), le fait de consommer au moins 4 verres d'alcool en une même occasion.

faveur de l'abstinence, soit elles considèrent comme sécuritaires de faibles niveaux de consommation. Par exemple, dans l'étude d'Elek et collab (2013) réalisée en sol américain, une approche favorable à l'abstinence était davantage privilégiée par les femmes américaines d'origine latino-américaine ou africaine, ainsi que par les femmes plus jeunes (18 à 24 ans) de toute origine. En revanche, selon les classifications retenues par les chercheurs dans ce pays, les femmes de couleur blanche et plus âgées (25 à 35 ans) étaient plus nombreuses à estimer qu'une consommation faible et occasionnelle était dépourvue de risque.

Les analyses des chercheurs suggèrent que les femmes sont bien avisées des risques de la consommation d'alcool et des attentes sociales en regard de l'abstinence. Globalement, les brèches qui peuvent s'immiscer dans la conscience du risque peuvent se ramener à trois formules simples :

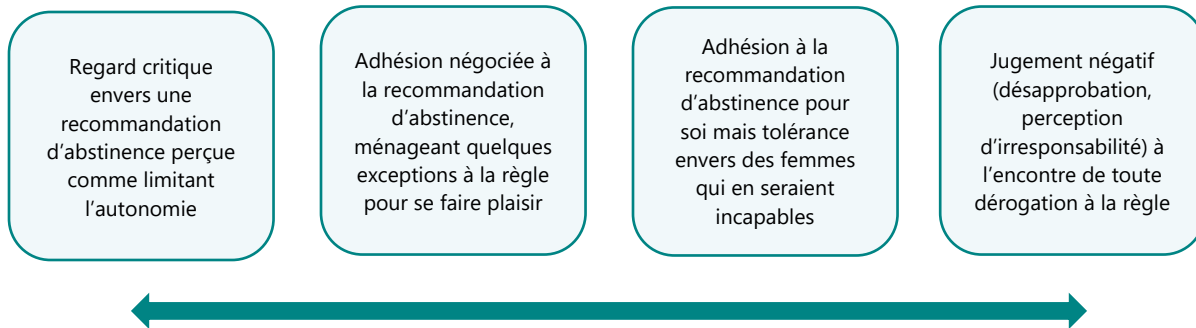
- La consommation d'une petite quantité d'alcool n'est pas forcément dommageable;
- Le risque est moindre en fin de grossesse;
- La consommation de vin est plus sécuritaire que celle d'autres types d'alcool, une opinion qui serait cependant plus répandue chez les femmes de 25 à 35 ans, selon Elek et collab. (2013).

Malgré ces brèches, une majorité de femmes rencontrées dans les études consultées a une perception claire du risque de consommer de l'alcool durant la grossesse (Brahic *et al.*, 2015; Crawford-Williams *et al.*, 2015; Elek *et al.*, 2013; Gouilhers *et al.*, 2011; Skagerström *et al.*, 2015). Fait intéressant à noter, elles ne peuvent pas toujours facilement identifier avec précision d'où leur vient cette conscience du risque (Skagerström *et al.*, 2015). Scholin et collab. (2018) évoque à cet effet un savoir tacite qui s'enracine dans les normes sociales ambiantes.

4.3 L'adhésion à la recommandation d'abstinence, entre autonomie et pression normative

Les normes sociales traduisent les valeurs et les idéaux dominants d'une société. Elles circonscrivent le champ de l'action sociale en désignant les manières d'agir qui sont acceptables dans cette société ou ce groupe (Brahic *et al.*, 2015). Les représentations sociales concernant la consommation d'alcool en cours de grossesse sont teintées d'une forte composante normative (Brahic *et al.*, 2015; Crawford-Williams *et al.*, 2015; Elek *et al.*, 2013; Gouilhers *et al.*, 2011; Holland *et al.*, 2016, 2016; Jones & Telenta, 2012, 2012; Schölin *et al.*, 2018). Dans les écrits consultés, ces représentations peuvent être situées sur un continuum où se manifeste, d'une part, une critique de la norme sociale d'abstinence et d'autre part, son renforcement par l'expression de forts jugements moraux, tel que schématisé ci-dessous.

Figure 2 Adhésion à la recommandation d'abstinence



Le plus souvent, les futurs parents et leur entourage voient dans l'abstinence un choix évident qui découle du sens commun et qui n'a nécessité aucune réflexion préalable. D'ailleurs, dans l'environnement immédiat des femmes, les proches émettent des commentaires, offrent des témoignages et donnent des conseils qui soutiennent généralement, quoique pas toujours, la règle d'abstinence. Certaines femmes ressentent également que la pression normative qui s'exerce à l'encontre de la consommation d'alcool amène les gens à poser sur elles un jugement et ce, même s'ils ne les connaissent pas. Par exemple, une femme enceinte rapporte qu'en sortant pour une soirée, elle s'expose à un jugement social réprobateur et ce, même si elle ne consomme pas d'alcool (Crawford-Williams *et al.*, 2015).

On sait que l'exercice d'une pression fait partie de la logique d'action de la norme sociale et participe de son efficacité¹¹. À ce sujet, deux principaux points méritent considération :

- Premièrement, la pression qu'exercent les normes sociales comporte éventuellement certains effets non recherchés allant potentiellement à l'encontre du bien-être et de la santé des femmes, en particulier lorsqu'elle s'exerce sous la forme de jugements moraux plutôt que sous la forme de soutien et d'accompagnement à la mise en place des meilleures conditions pour l'enfant attendu (Elek *et al.*, 2013). Face à la pression sociale perçue, les femmes peuvent prendre un recul à l'égard des activités mondaines, recul qui peut s'avérer bénéfique ou être à la source d'un isolement accru (Gouilhers *et al.*, 2011). Par ailleurs, sans forcément modifier leur choix en faveur de l'abstinence, certaines femmes ressentent les discours normatifs comme des atteintes à leur autonomie et à leur sentiment de responsabilité. D'autres craignent que ce type de pression n'impose aux femmes un fardeau inutile qui les pousse à intérioriser la culpabilité et l'anxiété liées à leurs pratiques maternelles (Holland *et al.*, 2016).

¹¹ Pour un approfondissement du concept de normes sociales, le lecteur peut consulter l'analyse des écrits scientifiques à ce sujet publiée par Baril et Paquette (2012) disponible ici : <https://www.inspq.qc.ca/publications/1486>. Brièvement, « les normes sociales sont des règles ou des modèles de conduite socialement partagés, fondés sur des valeurs communes et impliquant une pression en faveur de l'adoption d'une conduite donnée, sous peine de réprobation de la part de la société ou du groupe de référence ».

- En deuxième lieu, l'effet de la norme sociale sur la consommation d'alcool reste forcément partiel en raison des choix individuels qu'exercent les personnes. De plus, compte tenu de la diversification des repères normatifs dans nos sociétés, il peut être facile d'en négocier l'application au nom d'expériences, de valeurs ou d'opinions alternatives. Par exemple, malgré la recommandation d'abstinence, certaines femmes enceintes ou en âge de procréer ne considèrent pas comme hors-norme le fait de consommer un verre de temps en temps et d'adopter une attitude plutôt modérée à cet égard (Brahic *et al.*, 2015; Crawford-Williams *et al.*, 2015; Holland *et al.*, 2016). D'autres peuvent valoriser le fait de se montrer critique envers les normes sociales établies. Bien que cette tendance ne soit pas dominante, des études rapportent aussi que l'entourage peut encourager la femme enceinte à se faire plaisir avec un verre ou un demi-verre d'alcool à l'occasion (Brahic *et al.*, 2015; Crawford-Williams *et al.*, 2015).

4.4 La consommation d'alcool comme stratégie pour diminuer le stress

Les femmes qui vivent du stress et qui utilisent l'alcool afin de composer avec certains états émotifs pourraient avoir plus de mal à y renoncer en l'absence de stratégies alternatives (Crawford-Williams *et al.*, 2015). Selon l'étude d'Elek et collab. (2013), le stress serait même la motivation la plus communément arguée pour justifier la consommation d'alcool chez les femmes enceintes ou en âge de procréer, et ce, avant l'alcoolisme, la méconnaissance des risques ou la pression d'une norme sociale plus large favorable à la consommation mondaine d'alcool. Un tel stress peut, par exemple, être lié à la grossesse elle-même, à des préoccupations financières ou concerner le père de l'enfant à naître (Elek *et al.*, 2013).

Si dans ce contexte, la consommation d'alcool apparaît moins nocive que l'arrêt de la consommation et ses conséquences en termes de stress accru sur la santé de la mère et de l'enfant, les femmes peuvent évoquer la logique du « moindre mal » (Brahic *et al.*, 2015; Crawford-Williams *et al.*, 2015). Cette logique ouvre la voie à une prise de position négociée qui rend compte des dynamiques affectives et sociales en jeu dans l'appréciation du risque. Les femmes négocient leur rapport avec la consommation d'alcool dans une tentative de concilier divers facteurs comme le stress, les normes et les prescriptions sociales, leur responsabilité et leur sentiment d'être en contrôle de la situation (Brahic *et al.*, 2015).

En appui à cette négociation du risque, les femmes ont souligné l'importance d'écouter leur propre corps et de ne pas se priver de certaines envies, en particulier si l'abstinence exacerbe leur niveau de stress. Certaines femmes notent qu'il est important d'être détendu, car le stress provoqué par les exigences envers soi-même est perçu comme étant néfaste pour leur grossesse (Holland *et al.*, 2016). En inscrivant leur faible consommation d'alcool dans un ensemble de pratiques visant à se faire du bien, les femmes peuvent chercher à se donner l'assurance que leur consommation est responsable (Holland *et al.*, 2016; Jones & Telenta, 2012; Skagerström *et al.*, 2015).

5 DISCUSSION

Le large consensus qui s'est instauré parmi les experts de la santé publique à l'égard de l'importance de promouvoir l'abstinence est basé sur des évidences scientifiques concernant la nature tératogène de l'alcool. De leur côté, les représentations sociales concernant la consommation d'alcool chez les femmes enceinte ou en âge de procréer demeurent complexes. De plus, les positions qu'adoptent les femmes en regard de la recommandation d'abstinence ne sont pas entièrement déterminées par les connaissances qu'elles détiennent au sujet des risques (Howlett *et al.*, 2017). Elles doivent être situées dans le contexte de cultures qui sont d'ordinaire propices à la consommation d'alcool, mais où la grossesse est vue comme un moment extraordinaire nécessitant une réévaluation des conséquences de cette consommation en lien avec un enjeu de responsabilité pour l'enfant à naître (Crawford-Williams *et al.*, 2015; Elek *et al.*, 2013; Gouilhers *et al.*, 2011; Jones & Telenta, 2012; Schölin *et al.*, 2018). La grossesse est une période où différentes normes comportementales encadrent la vie des femmes, ce qui peut donner lieu à des sentiments ambivalents à l'égard de la recommandation d'abstinence (April *et al.*, 2010; Gouilhers *et al.*, 2011).

Ci-dessous, les représentations sociales explorées dans cette synthèse rapide des connaissances sont reconsidérées à partir des enjeux éthiques qu'elles soulèvent. Par la suite, des pistes de réflexion sont dégagées afin de guider un éventuel réexamen des messages de prévention destinés aux femmes enceintes ou en âge de procréer.

5.1 Les représentations sociales de la consommation d'alcool durant la grossesse, entre droit individuel et responsabilité pour le fœtus

Les études consultées soulignent la manière dont les femmes composent avec leur liberté individuelle lorsqu'elles font face à la question de la responsabilité pour le fœtus. Dans le contexte spécifique de cette synthèse, la liberté individuelle renvoie à l'exercice du libre choix en regard des comportements à adopter en matière de consommation d'alcool durant la grossesse. Conjugée à la pression de la norme sociale, la recommandation d'abstinence fait ici figure d'« interdit », un interdit fondé sur la toxicité de l'alcool pour le fœtus. La responsabilité, quant à elle, est une valeur sous-jacente au risque connu de consommer de l'alcool durant la grossesse. Elle se pose en termes de prise en compte des conséquences négatives potentielles de cette consommation sur l'enfant à naître, renvoyant ainsi au souci de ne pas nuire. La non-malfaisance se traduit par la volonté de ne pas porter atteinte à l'enfant à naître, une valeur qui engage les femmes à protéger le fœtus contre une exposition prénatale à l'alcool. Reconsidérées à la lumière de ces différentes valeurs, les représentations sociales documentées dans cette synthèse s'articulent autour de trois approches contrastées, offrant un point de vue additionnel sur l'objet étudié :

- *Une approche de prévention du risque*, qui se traduit en pratique par l'application sans compromis du principe de précaution privilégiant l'abstinence. Les représentations sociales mobilisées ici évoquent l'importance pour les futures mères de ne prendre aucun risque évitable susceptible de porter préjudice au fœtus. Dans cette approche, les femmes sont généralement portées par le sentiment qu'il leur appartient en propre de créer un environnement favorable au meilleur développement possible de l'enfant.
- *Une recherche d'équilibre, de modération ou de compromis*, laquelle s'appuie sur la conscience d'un risque réel considéré comme négociable. Les représentations font ainsi intervenir divers éléments de contexte (p. ex. type et quantité d'alcool, moment de la grossesse, circonstances atténuantes, occasion spéciale) pour justifier une consommation estimée modérée. Certaines femmes voient dans la modération et l'équilibre des idéaux vers lesquels elles peuvent tendre pendant la grossesse, pour éviter à la fois de se priver démesurément et de prendre des risques indus. Comme le fait de devenir mère est enchâssé dans un ensemble de normes et de règles qui peuvent peser lourdement sur les femmes, celles-ci peuvent rechercher un équilibre afin de trouver une manière satisfaisante de transiter vers la maternité (Crawford-Williams *et al.*, 2015). La notion de « consommation responsable » compose ici avec de multiples représentations liées notamment aux méfaits de l'alcool, au plaisir, à la responsabilité, au jugement social et à la gestion du stress. Les femmes soupèsent les avantages et les risques et justifient leur décision en recourant à différentes logiques. Elles définissent leur propre limite de consommation d'alcool, cherchant à s'éviter des ressentis de culpabilité ou de frustration. Il s'agit le plus souvent de consommer ce qu'elles évaluent être une quantité d'alcool acceptable, en se donnant des raisons qui puisent dans le répertoire des représentations sociales à leur disposition, des représentations sociales que nous pourrions qualifier d'alternatives en regard de la recommandation d'abstinence.
- Plus rarement exprimé dans les écrits consultés, on trouve *un parti pris pour le libre choix* qui est guidé par le sentiment que les normes sociales en faveur de l'abstinence viseraient surtout à contrôler le corps des femmes (Holland *et al.*, 2016). Les représentations mobilisées ici mettent en lumière les limites perçues d'une règle prônant l'abstinence sans s'appuyer entièrement sur des données scientifiques fermement établies. Ces représentations font prévaloir le choix de chacune en véhiculant l'opinion qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise décision en la matière.

En somme, certaines représentations s'alignent sur le principe de précaution et favorisent l'abstinence, d'autres s'orientent davantage à partir d'un enjeu d'équilibre à préserver, tandis que d'autres encore sont guidées par le paradigme du droit individuel. Cette distinction entre trois types de représentation n'implique pas qu'elles soient exclusives les unes aux autres. De plus, il serait hasardeux de chercher à les classer par ordre d'importance, les récits des femmes étant souvent composites : ils peuvent intégrer différents types de représentations.

5.2 Représentations sociales et inégalités socioéconomiques

Bien que les études consultées n'aient pas analysé les représentations sociales selon le statut socioéconomique des femmes, quatre d'entre elles mentionnaient avoir été réalisées auprès de femmes présentant un degré de scolarité plus élevé que la moyenne de la population (Elek *et al.*, 2013; Gouilhers *et al.*, 2011; Holland *et al.*, 2016; Schölin *et al.*, 2018). Il n'est pas impossible que les représentations sociales soient traversées par des enjeux liés au statut socioéconomique, sans qu'il n'en ait été directement question ou sans que l'analyse ait pu être suffisamment creusée pour en tirer des conclusions. Il serait utile de savoir, par exemple, si les pressions normatives affectent plus durement les femmes de statut socioéconomique plus faible, alors qu'elles feraient davantage l'objet de suivi, par exemple sous la forme de visites à domicile dans le cadre de programmes de prévention dont le critère d'accès serait la défavorisation.

Aux États-Unis, les débats sur la consommation d'alcool par les mères ont conduit à une surveillance médicale accrue des femmes à faibles revenus, à leur stigmatisation croissante et à des sanctions pénales à des taux qui sont plus élevés que ceux des femmes des classes moyennes et supérieures (Schmidt, 2014). Les politiques punitives¹² en matière d'alcool et de grossesse seraient associées à des politiques restreignant l'autonomie reproductive des femmes. L'efficacité de ces politiques à réduire la consommation préjudiciable d'alcool dans la population ne serait pas démontrée (Roberts *et al.*, 2017).

5.3 Pistes de réflexion pour un éventuel renouvellement des messages de prévention de la consommation d'alcool durant la grossesse

Dans la perspective d'un réexamen des messages véhiculés concernant la consommation d'alcool chez les femmes enceintes et en âge de procréer, il faudrait viser à faciliter les discussions concernant les défis et enjeux que peut représenter la recommandation d'abstinence pour certaines femmes. Les messages de prévention peuvent en effet, à l'occasion, favoriser les échanges dans les milieux de vie et dans divers espaces de socialisation (p. ex. écoles, travail, organismes de soutien). Les messages devraient être conçus et orientés de manière à épauler et à soutenir les femmes enceintes ayant de la difficulté à adhérer à la recommandation

¹² Par « politique punitive », les auteurs entendent une politique qui impose des restrictions à l'autonomie des femmes. Parmi les exemples fournis, on retrouve le signalement obligatoire ou discrétionnaire à une autorité sanitaire de toute suspicion ou preuve de consommation ou d'abus d'alcool par des femmes pendant la grossesse. Les preuves peuvent consister en un dépistage et/ou des tests toxicologiques sur les femmes enceintes ou des tests toxicologiques sur les nouveau-nés. La déclaration peut être faite soit en vue d'une enquête sur la maltraitance ou la négligence envers les enfants, de la fourniture de services de santé ou d'une collecte de données. Un autre exemple de ce type de politique consiste en l'engagement involontaire obligatoire d'une femme enceinte à un traitement ou encore, en un placement involontaire obligatoire d'une femme enceinte sous la garde de l'État pour la protection d'un fœtus contre une exposition prénatale à l'alcool.

d'abstinence. L'important étant, dans ce cas, de pouvoir leur offrir des services de santé et des services sociaux, ainsi que d'éviter les risques associés aux situations d'isolement social.

Il faudrait évaluer l'utilité d'une segmentation de ces messages selon les populations cibles : les femmes déjà enceintes aux 1^{er}, 2^e et 3^e trimestre, celles qui planifient une grossesse et celles dont les pratiques présentent des risques de grossesses non planifiées (Elek *et al.*, 2013; Jones & Telenta, 2012; Skagerström *et al.*, 2015). La situation des femmes qui continuent à consommer de l'alcool à des degrés divers jusqu'à ce que leur grossesse soit confirmée, en particulier de celles présentant un trouble de l'usage d'alcool, pourrait requérir une attention particulière. De plus, les messages pourraient cibler plus largement les partenaires, les membres de la famille, les amis et l'entourage, pour encourager la prise de décision partagée et sensibiliser au rôle de soutien à la décision des femmes de s'abstenir de consommer de l'alcool lorsqu'elles planifient une grossesse ou qu'elles sont enceintes (Crawford-Williams *et al.*, 2015; Elek *et al.*, 2013; Gouilhers *et al.*, 2011; Skagerström *et al.*, 2015).

Les résultats de cette synthèse rapide fournissent, par ailleurs, certaines indications aux professionnels qui rencontrent des femmes enceintes ou en âge de procréer. Ils rappellent que les recommandations à forte consonance morale peuvent représenter un point d'appui fragile et incertain dans ses effets sur le bien-être et la santé des femmes. Les professionnels de la santé doivent prêter attention au fait que toutes les femmes, y compris celles qui souscrivent à la recommandation d'abstinence, peuvent être confrontées à des difficultés dont elles ne parlent pas nécessairement (Gouilhers *et al.*, 2011). La capacité à engager une discussion ouverte et sans jugement avec les femmes sur leurs habitudes de consommation d'alcool est essentielle pour leur apporter un soutien, en particulier si elles consomment de l'alcool dans le but de gérer un stress. Lors du suivi de grossesse, le risque de stigmatisation de certaines femmes doit aussi être pris en considération (Cook, 2021; Escañuela Sánchez *et al.*, 2021). Pour le prévenir, les professionnels de la santé peuvent simplement informer adéquatement et sans discrimination toutes les femmes des risques associés à la consommation d'alcool, et des avantages de consommer des boissons sans alcool durant la grossesse (Crawford-Williams *et al.*, 2015; Elek *et al.*, 2013). Au-delà du transfert d'information, il importe que l'échange soutienne la prise de décision éclairée et permette d'offrir des ressources aux femmes qui en manifestent le besoin.

Dans le cadre de la création de sa campagne de sensibilisation *Pendant la grossesse, on boit sans alcool*, une équipe de l'Association pour la santé publique du Québec (AS PQ) a effectué des groupes de discussion avec des mères et des futures mères à propos de la consommation d'alcool durant la grossesse. Parmi les constats tirés de ces groupes, les participantes ont indiqué vouloir connaître davantage les impacts de l'alcool sur le développement d'un enfant à naître (Roy & Létourneau, 2021). Dans la perspective d'un réexamen des messages, il resterait donc primordial d'informer les futurs parents. Bien que les connaissances que possèdent les femmes ne se reflètent pas forcément dans leurs attitudes et comportements de consommation, les messages doivent continuer à décrire avec précision les conséquences négatives de la

consommation, en particulier sur l'enfant à naître. Ils doivent sensibiliser la mère et le couple parental à l'étendue de ces conséquences.

Les moyens de communication peuvent aussi faire l'objet d'une réflexion (p. ex. via les médias, les programmes scolaires, les consultations avec des professionnels de la santé). On sait qu'au Québec, la formation offerte aux futurs professionnels de la santé et des services sociaux concernant les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) et la consommation d'alcool pendant la grossesse n'est ni systématique, ni approfondie, ni homogène (Masella & Létourneau, 2021). En se basant sur les résultats de leur étude à ce sujet, Masella et Létourneau (2021) proposent que le développement d'une trousse à outils serait une avenue à privilégier afin d'offrir de l'information et de la formation sans alourdir les programmes universitaires en place. Elles suggèrent également d'envisager le développement de cette thématique dans un contexte de formation continue offerte par les ordres professionnels, en s'inspirant de ce que d'autres organismes ou universités offrent déjà au Canada ou ailleurs (Masella & Létourneau, 2021).

Dans un contexte de suivi des femmes en période périnatale, il est également crucial de se donner les moyens de détecter un trouble de l'usage de l'alcool.

6 LIMITES DE CETTE SYNTHÈSE RAPIDE DES CONNAISSANCES

De manière à circonscrire le travail de recension, cette synthèse rapide s'est bornée à résumer les résultats d'études qualitatives identifiées au moyen d'une stratégie de recherche documentaire préétablie. En la parcourant, il importe d'en reconnaître d'emblée cinq principales limites :

- La fonction spécifique du père ou du partenaire et la portée des autres personnes significatives dans l'entourage des femmes au regard de la consommation d'alcool durant la période périnatale n'a pas été abordée.
- Les enjeux spécifiquement reliés aux dépendances ou à des problématiques cliniques reliées à la consommation d'alcool chez les femmes (p. ex. dépression, anxiété) n'ont pas été considérés.
- Aucune étude québécoise n'a été incluse. De plus, la contextualisation des résultats et de leur implication pratique pour le Québec sont à peine amorcées.
- Les études consultées ne permettent pas de tirer des conclusions relativement à l'effet des différences de conditions socioéconomiques sur les représentations sociales et le vécu qui leur est associé. La problématique des inégalités sociales n'a pu être considérée, mais cela ne signifie pas qu'elle est inexistante.
- Les études consultées ne permettent pas non plus de vérifier si les représentations sociales concernant la consommation d'alcool diffèrent avant et pendant la grossesse. Il est possible que des messages prônant l'abstinence de l'alcool aux deux périodes soient moins acceptables socialement que des messages recommandant l'abstinence durant la grossesse uniquement. Au Québec, un pourcentage important de femmes deviennent enceintes sans l'avoir planifié.

Il est important de considérer l'impact majeur de ces limites sur la réflexion concernant les messages de prévention en ce qui a trait à la consommation d'alcool pendant la grossesse au Québec. Les représentations sociales de la consommation d'alcool durant la période périnatale pouvant varier selon les lieux et les époques, la prudence est de mise dans l'utilisation des résultats de cette synthèse rapide. Il serait utile d'être plus systématiquement à l'affût de ces représentations sociales, en conduisant régulièrement des études de divers types (p. ex. groupes de discussion, entrevues, enquêtes) afin d'en approfondir les implications en termes de santé publique, et ce, auprès de femmes québécoises. Il serait intéressant, en particulier, d'examiner les différences dans les représentations sociales selon les périodes distinctes de la préconception, de la grossesse et de l'allaitement.

7 CONCLUSION

Cette synthèse rapide des connaissances s'est intéressée aux représentations sociales de la consommation d'alcool durant la grossesse chez les femmes en âge de procréer, et plus particulièrement à leur rapport à la recommandation d'abstinence qui est largement diffusée dans les discours officiels. La théorie de la représentation sociale a donné une perspective intéressante à cette synthèse. Cette théorie démontre comment les comportements des personnes sont guidés par les représentations qui prévalent dans un espace social où les savoirs experts et profanes sur les risques exercent une pression sur les femmes au regard de divers comportements. En matière de consommation d'alcool, une grossesse dite responsable et saine tend à se représenter en termes d'abstinence. Dans ce contexte, lorsqu'elles veulent justifier une prise de distance à l'égard de la recommandation d'abstinence, la principale voie empruntée par les femmes est celle de la recherche d'un équilibre qui adhère à la recommandation d'abstinence tout en lui ménageant quelques écarts à l'occasion. Cette voie implique de recourir à un raisonnement reposant sur le choix personnel et la responsabilité pour le fœtus ou encore, à invoquer le stress ou les difficultés personnelles comme des facteurs atténuants. Les connaissances actuelles soulèvent ainsi un enjeu quant à la tension entre la recommandation d'abstinence et les formes que peut prendre la résistance aux différentes pressions normatives qui s'exercent sur les femmes lorsqu'elles deviennent enceintes. Les chercheurs ont été nombreux à souligner que ce sont finalement les femmes qui, fondamentalement, portent le poids des exigences sociales de la maternité, tout en devant assumer les conséquences potentielles de leurs décisions pour le fœtus. Dans ce contexte, les femmes qui sont les plus vulnérables, en particulier celles présentent un trouble de l'usage de l'alcool, risquent de devenir les plus stigmatisées. Ainsi, avec plus ou moins de liberté, la décision de consommer ou de s'abstenir de consommer de l'alcool durant la grossesse ou lors de sa planification amène les femmes à se positionner, voire à interpréter ce que signifient pour elles-mêmes, en l'occurrence, certaines valeurs fondamentales de leur société : la non-malfaisance, la responsabilité pour autrui, l'autonomie et les droits individuels.

Dans ce contexte, il convient de rappeler que le fait de se pencher sur les risques qui peuvent, en partie, être gérés par le choix personnel des femmes enceintes ne doit pas détourner l'attention de questions cruciales complémentaires. D'autres sources de risque peuvent entraîner des dommages potentiels au développement de l'enfant à naître, comme la violence conjugale et le stress que les femmes peuvent tenter de gérer en consommant de l'alcool. L'analyse de l'interaction entre plusieurs facteurs de risque et de vulnérabilité est donc cruciale pour arriver à une meilleure compréhension des enjeux liés à la consommation d'alcool durant la grossesse. Enfin, une telle analyse doit se donner les moyens de prendre en compte les environnements politiques et économiques dans lesquels évoluent les couples parentaux. Dans certains cas, une approche privilégiant la réduction des méfaits peut s'avérer nécessaire.

BIBLIOGRAPHIE

- April, N., Audet, C., Guyon, L., & Gagnon, H. (2010). Représentations sociales et consommation d'alcool pendant la grossesse. *Drogues, santé et société*, 9(2), 17-48. <https://doi.org/10.7202/1005299ar>
- Audet, C., April, N., Guyon, L., & De Koninck, M. (2006). *Représentations de la consommation d'alcool pendant la grossesse et perceptions des messages de prévention chez des femmes enceintes*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/547-ConsommationAlcool_Grossesse.pdf
- Brahic, J., Thomas, O., & Dany, L. (2015). Alcool et grossesse: une recherche qualitative auprès de femmes enceintes. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 107, 403-434.
- Carson, G., Cox, L. V., Crane, J., Croteau, P., Graves, L., Kluka, S., Koren, G., Martel, M.-J., Midmer, D., Nulman, I., Poole, N., Senikas, V., & Wood, R. (2017). No. 245-Alcohol use and pregnancy consensus clinical guidelines. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 39(9), e220-e254. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.06.005>
- Cook, J. L. (2021). Consommation d'alcool pendant la grossesse et trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale au Canada: qui, quoi, où? *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, 41(9), 292-294. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.9.03f>
- Cook, J. L., Green, C. R., Lilley, C. M., Anderson, S. M., Baldwin, M. E., Chudley, A. E., Conry, J. L., LeBlanc, N., Look, C. A., Lutke, J., Mallon, B. F., McFarlane, A. A., Temple, V. K., & Rosales, T. (2016). Fetal alcohol spectrum disorder: a guideline for diagnosis across the lifespan. *CMAJ*, 188(3), 191-197. <https://doi.org/10.1503/cmaj.141593>
- Coons, K. D., Watson, S. L., Yantzi, N. M., Lightfoot, N. E., & Larocque, S. (2017). 'No alcohol is recommended, but...': health care students' attitudes about alcohol consumption during pregnancy. *Global qualitative nursing research*, 4. <https://doi.org/10.1177/2333393617707663>
- Crawford-Williams, F., Steen, M., Esterman, A., Fielder, A., & Mikocka-Walus, A. (2015). 'My midwife said that having a glass of red wine was actually better for the baby': a focus group study of women and their partner's knowledge and experiences relating to alcohol consumption in pregnancy. *BMC pregnancy and childbirth*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0506-3>
- Dejong, K., Olyaei, A., & Lo, J. O. (2019). Alcohol use in pregnancy. *Clinical obstetrics and gynecology*, 62(1), 142-155. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000414>
- Elek, E., Harris, S. L., Squire, C. M., Margolis, M., Weber, M. K., Dang, E. P., & Mitchell, B. (2013). Women's knowledge, views, and experiences regarding alcohol use and pregnancy: opportunities to improve health messages. *American Journal of Health Education*, 44(4), 177-190. <https://doi.org/10.1080/19325037.2013.768906>
- Escañuela Sánchez, T., Matvienko-Sikar, K., Linehan, L., O'Donoghue, K., Byrne, M., & Meaney, S. (2021). Facilitators and barriers to substance-free pregnancies in high-income countries: a meta-synthesis of qualitative research. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 35(2), e99-e110. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.04.010>
- Gouilhers, S., Meyer, Y., Inglin, S., Pfister Boulenaz, S., Schnegg, C., & Hammer, R. (2011). Pregnancy as a transition: first-time expectant couples' experience with alcohol consumption. *Drug & Alcohol Review*, 38(7), 758-765. <https://doi.org/10.1111/dar.12973>

- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, Vol. 18, No. 1, 18(1), 9-82.
- Holland, K., McCallum, K., & Walton, A. (2016). 'I'm not clear on what the risk is': women's reflexive negotiations of uncertainty about alcohol during pregnancy. *Health, Risk & Society*, 18(1-2), 38-58. <https://doi.org/10.1080/13698575.2016.1166186>
- Howlett, H., Gray, W. K., Dismore, L., Mackenzie, S., Langley, K., Davidson, C., & Rankin, J. (2017). A survey of attitudes, beliefs and practice regarding alcohol use and screening in pregnancy: an opportunity for support and education? *Journal of Research in Nursing*, 22(8), 618-633. <https://doi.org/10.1177/1744987117745579>
- Jodelet, D. (2003). Représentations sociales: un domaine en expansion. Dans *Les représentations sociales* (Vol. 7, p. 45-78). Presses Universitaires de France. https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=PUF_JODEL_2003_01_0045&download=1
- Jones, S. C., & Telenta, J. (2012). What influences Australian women to not drink alcohol during pregnancy? *Australian journal of primary health*, 18(1), 68-73. <https://doi.org/10.1071/PY10077>
- Leppo, A., Hecksher, D., & Tryggvesson, K. (2014). 'Why take chances?' advice on alcohol intake to pregnant and non-pregnant women in four Nordic countries. *Health, Risk & Society*, 16(6), 512-529. <https://doi.org/10.1080/13698575.2014.957659>
- Mamluk, L., Edwards, H. B., Savović, J., Leach, V., Jones, T., Moore, T. H. M., Ijaz, S., Lewis, S. J., Donovan, J. L., Lawlor, D., Smith, G. D., Fraser, A., & Zuccolo, L. (2017). Low alcohol consumption and pregnancy and childhood outcomes: time to change guidelines indicating apparently 'safe' levels of alcohol during pregnancy? A systematic review and meta-analyses. *BMJ Open*, 7(7). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015410>
- Masella, M.-A., & Létourneau, I. (2020). *Entretiens individuels sur la prévention de la consommation d'alcool pendant la grossesse et du trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF)*. Association pour la santé publique du Québec.
- Masella, M.-A., & Létourneau, I. (2021). *État des lieux de la formation sur l'exposition prénatale à l'alcool et sur le trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF)*. Association pour la santé publique du Québec.
- Negura, L. (2006). L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. *SociologieS*. <https://doi.org/10.4000/sociologies.993>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2012). *Methods for the development of NICE public health guidance - Third edition*. <https://www.nice.org.uk/process/pmg4/chapter/introduction>
- O'Campo, P., & Johnston, M. (2009). *Ce que disent les mères: l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. (Agence de santé publique du Canada). Agence de santé publique du Canada. http://epe.lac-bac.gc.ca/100/200/301/phac-asp/what_mothers_say-f/HP5-74-2-2009F.pdf
- O'Connor, M. J. (2020). *Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF)*. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants.
- Oei, J. L. (2020). Alcohol use in pregnancy and its impact on the mother and child. *Addiction* (115)11, 2148-2163. <https://doi.org/10.1111/add.15036>

- Ricard, S., & Bolduc, D. (2003). *Cadre de référence en gestion des risques pour la santé dans le réseau québécois de la santé publique*. Institut national de santé publique du Québec.
- Roberts, S. C. M., Thomas, S., Treffers, R., & Drabble, L. (2017). Forty years of state alcohol and pregnancy policies in the USA: best practices for public health or efforts to restrict women's reproductive rights? *Alcohol and Alcoholism*, 52(6), 715-721. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agx047>
- Roy, S., & Létourneau, I. (2021). *État de situation de la prévention du TSAF et de la non-consommation d'alcool durant la grossesse, avant l'implantation de la campagne de sensibilisation Pendant la grossesse, on boit sans alcool et ses outils*. Association pour la santé publique du Québec.
- Sayal, K. (2007). Alcohol consumption in pregnancy as a risk factor for later mental health problems. *Evidence-Based Mental Health*, 10(4), 98-100. <https://doi.org/10.1136/ebmh.10.4.98-a>
- Sayal, K., Heron, J., Golding, J., & Emond, A. (2007). Prenatal alcohol exposure and gender differences in childhood mental health problems: a longitudinal population-based study. *Pediatrics*, 119(2), e426-434. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-1840>
- Schmidt, L. A. (2014). The equal right to drink. *Drug & Alcohol Review*, 33(6), 581-587. <https://doi.org/10.1111/dar.12215>
- Schölin, L., Hughes, K., Bellis, M. A., Eriksson, C., & Porcellato, L. (2018). Exploring practices and perceptions of alcohol use during pregnancy in England and Sweden through a cross-cultural lens. *European Journal of Public Health*, 28(3), 533-537. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx208>
- Skagerström, J., Häggström-Nordin, E., & Alehagen, S. (2015). The voice of non-pregnant women on alcohol consumption during pregnancy: a focus group study among women in Sweden. *BMC public health*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2519-2>
- Toutain, S. (2017). Concilier « Zéro Alcool pendant la grossesse » et alcoolisation ponctuelle importante des premières semaines. Une enquête qualitative sur les forums de discussions. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire - Santé publique France*, 11.
- Varin, M., Palladino, E., Hill MacaEachern, K., Belzak, L., & Baker, M. M. (2021). Fréquence de la consommation d'alcool chez les Canadiennes en âge de procréer. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, 41(9), 295-299. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.9.04f>
- Vassy, C. (2013). *Une faible consommation d'alcool pendant la grossesse est-elle nuisible au fœtus? Une revue critique de la littérature*. Médecine humaine et pathologie.
- Warren, K. R. (2015). A review of the history of attitudes toward drinking in pregnancy. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(7), 1110-1117. <https://doi.org/10.1111/acer.12757>
- Whiteford, M. (2017). Review: a survey of attitudes, beliefs and practice regarding alcohol use and screening in pregnancy: an opportunity for support and education? *Journal of Research in Nursing*, 22(8), 634-636. <https://doi.org/10.1177/1744987117746276>
- Winter, G. F. (2016). Alcohol, pregnancy and the precautionary principle. *British Journal of Midwifery*, 24, 684-684. <https://doi.org/10.12968/bjom.2016.24.10.684>

ANNEXE 1 RECHERCHE DOCUMENTAIRE

a) Stratégie de recherche documentaire principale

Bases de données et date(s) d'interrogation

- Medline (EBSCO)
- CINAHL (EBSCO)
- Psychology and Behavioral Sciences Collection (EBSCO)
- SocIndex (EBSCO)
- PsycInfo (OVID)

Limite chronologique : 2010-2020

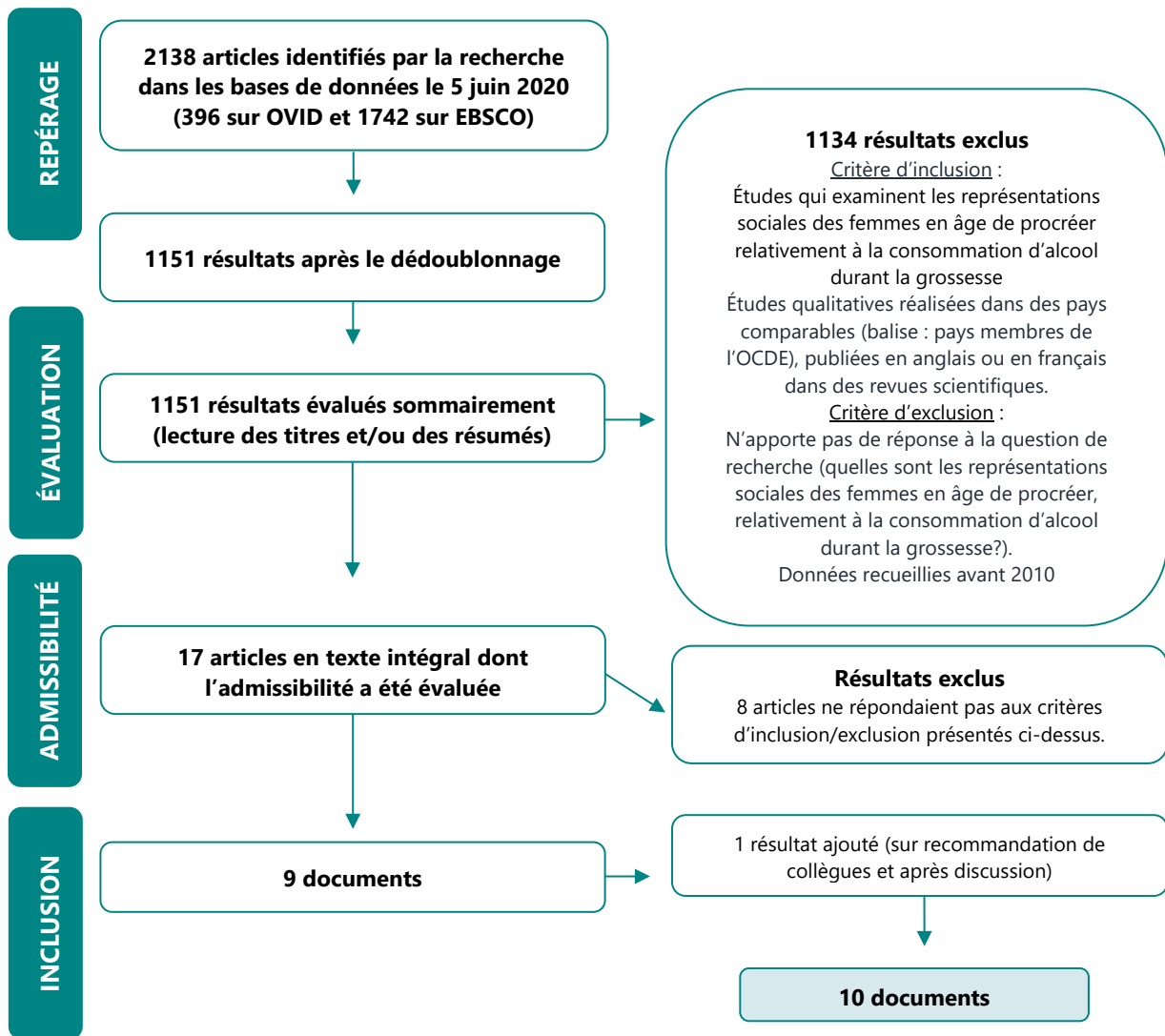
Tableau 2 Stratégie de recherche pour Ovid
Interrogée le 5 juin 2020

#	Requête	Résultats
1	((social adj1 (representation* or perception* or schema*)) or attitude* or belief* or knowledge or "norm" or "norms" or preconception* or acceptability).ti,ab. Or Social perception/ OR Social Values/ OR Social norms/	
2	(drinking OR alcohol*).ti,ab. OR alcohol drinking patterns/	
3	(pregnan* or gestation* or (expectant* adj2 mother*) or "mother-to-be" or "mothers-to-be" or maternit* or maternal or parturient* or childbearing or child-bearing or gravidit* or antenatal* or ante-natal* or antepartum or ante-partum or prenatal* or pre-natal* or intrapartum or intra-partum or perinatal* or peri-natal* or neonatal* or neo-natal* or postpartum or post-partum or breastfe* or breast-fe* or breastmilk* or breast-milk*).ti,ab. Or pregnancy/ or breast feeding/	
4	1 and 2 and 3	737
5	Limit 4 to yr=2010-2020	396

Tableau 3 Stratégie de recherche pour EBSCO
Interrogée le 5 juin 2020

#	Requête	Résultats
S1	TI((social N1 (representation* or perception* or schema*)) or attitude* or belief* or knowledge or "norm" or "norms" or preconception* or acceptability) OR AB((social N1 (representation* or perception* or schema*)) or attitude* or belief* or knowledge or "norm" or "norms" or preconception* or acceptability) OR SU("SOCIAL perception" OR "Social Values" OR "Social norms")	
S2	TI(drinking OR alcohol*) OR AB(drinking OR alcohol*) OR MH("Alcohol drinking")	
S3	TI((pregnan* or gestation* or (expectant* N2 mother*) or "mother-to-be" or "mothers-to-be" or maternit* or maternal or parturient* or childbearing or child-bearing or gravidit*) or (antenatal* or ante-natal* or antepartum or ante-partum or prenatal* or pre-natal* or intrapartum or intra-partum or perinatal* or peri-natal* or neonatal* or neo-natal*) or (breastfe* or breast-fe* or breastmilk* or breast-milk*) OR AB((pregnan* or gestation* or (expectant* N2 mother*) or "mother-to-be" or "mothers-to-be" or maternit* or maternal or parturient* or childbearing or child-bearing or gravidit*) or (antenatal* or ante-natal* or antepartum or ante-partum or prenatal* or pre-natal* or intrapartum or intra-partum or perinatal* or peri-natal* or neonatal* or neo-natal*) or (breastfe* or breast-fe* or breastmilk* or breast-milk*) OR MJ("maternal exposure" or "pregnant women" or "pregnancy" or "breast feeding")	
S4	S1 and s2 and s3	2947
S5	**Appliquer le filtre de date 2010-2020 dans le menu de gauche**	1742

Figure 3 Diagramme de la recherche documentaire



b) Stratégie de recherche documentaire complémentaire

Tableau 4 Stratégie de recherche documentaire complémentaire

Base de données	Mots-clés	Restrictions appliquées
Santécom	Grossesse alcool	2010 et +
Érudit	Grossesse alcool	2010 et +
Google Scholar	Grossesse alcool Québec	2010 et +, 10 premières pages

ANNEXE 2 ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES ARTICLES

La liste de contrôle du National Institute for Health and Care Excellence (NICE)¹³ utilisée et complétée ici, inclut une définition des critères et de la modalité d'évaluation appliquée.

Tableau 5 Évaluation de la qualité scientifique des articles consultés

	CRITÈRES							
	(A) Clarté de l'objectif ou de la question de recherche	(B) Adéquation de la méthode et du devis de recherche	(C) Description suffisante du processus de collecte de données	(D) Présentation adéquate du contexte de la recherche et de la population à l'étude	(E) Pertinence et présentation suffisante de l'analyse des données	(F) Pertinence des résultats en regard de l'objectif ou de la question de recherche	(G) Approbation éthique obtenue?	Cote globale*
Cote	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	++/+/-
Brahic, Thomas et Dany (2015)	+	+	-	+	+	+	-	+
Crawford-Williams et collab. (2015)	+	+	+	+	+	+	+	++
Elek et collab. (2013)	+	+	+	+	+	+	+	++
Gouilhers et collab. (2019)	+	+	+	+	+	+	+	++
Holland, McCallum et Walton (2016)	+	+	+	+	+	+	+	++
Howlett et collab. (2017)	+	-	+	+	+	-	+	+/-
Jones et Telenta (2012)	+	+	+	+	+	+	+	++
Scholin et collab. (2017)	+	+	+	+	+	+	+	++
Skagerström, Haggström-Nordin et Alehagen (2015)	+	+	+	+	+	+	+	++
Toutain (2017)	+	+	-	-	-		-	-

¹³ Adaptée par Louise Pouliot, conseillère scientifique spécialisée à l'INSPQ, dans le contexte d'un autre projet.

Définition des critères appliqués

A) Clarté de l'objectif ou de la question de recherche :

Le document doit présenter clairement ce sur quoi porte l'étude et quels en sont les paramètres. Les questions de recherche doivent être replacées dans leur contexte en fournissant un résumé adéquat de l'état des connaissances dans le domaine et des valeurs et hypothèses qui sous-tendent l'étude.

B) Adéquation de la méthode et du devis de recherche :

La méthode choisie pour saisir et analyser les données doit être justifiée. Le choix de l'échantillon et de la méthode d'échantillonnage doit être clairement et raisonnablement établi, idéalement en considérant toute lacune, sans prétention à être aléatoire ni généralisable. Pour favoriser la fiabilité de la méthode, on utilise plus d'une méthode pour collecter les données, ou on utilise un moyen de les comparer (triangulation).

C) Description suffisante du processus de collecte de données :

Le document doit fournir des détails pratiques sur la manière dont les données ont été collectées, enregistrées, transcrites (s'il s'agit de données verbales) et stockées.

D) Présentation adéquate du contexte de la recherche et de la population à l'étude :

Il est important de se demander si les données sont plausibles ou vraisemblables. Pour l'évaluer, il faut disposer d'informations sur le contexte de la recherche - par exemple, clinique d'obstétrique, présence d'autres personnes - et sur les participants. Ceux-ci doivent être présentés de manière suffisamment détaillée pour avoir un aperçu de leur situation. Tout biais potentiel lié au contexte doit être pris en compte.

E) Pertinence et présentation suffisantes de l'analyse des données :

L'analyse doit être rapportée de façon transparente et abordée de manière systématique (rigoureuse). Il doit y avoir une méthode cohérente pour le codage et l'analyse des données. Les stratégies de codage et d'analyse doivent être décrites et apparaître raisonnables à la lumière des objectifs de l'étude. L'analyse doit être suffisamment approfondie, convaincante et détaillée pour que le lecteur ait le sentiment d'avoir atteint un certain niveau de compréhension de l'expérience des participants. Des extraits originaux d'entrevue sont inclus et adéquatement référencés, lorsque pertinent. La mise en place de contrôles (p. ex. faire coder des sections de données ou au moins faire vérifier la cohérence du codage par un autre chercheur) peut augmenter la fiabilité de l'analyse. Les participants peuvent également être autorisés à vérifier les transcriptions, le cas échéant. Les résultats négatifs et les écarts doivent toujours être mis en évidence et discutés. Les éventuelles contradictions doivent être expliquées.

F) Pertinence des résultats en regard de l'objectif ou de la question de recherche :

Évaluer la pertinence et la cohérence des résultats auxquels l'étude est parvenue en regard des objectifs visés au départ.

G) Approbation éthique obtenue :

Toute recherche qualitative est soumise à des considérations éthiques et celles-ci doivent être prises en compte. Si une partie de la recherche soulève des questions éthiques particulièrement délicates, celles-ci doivent être discutées de manière suffisamment détaillée pour que le lecteur soit convaincu que toutes les précautions ont été prises pour protéger les participants à la recherche.

COTE GLOBALE

L'étude jette-t-elle un éclairage fiable et pertinent sur la synthèse en cours?

Notez l'étude selon:

- ++ Faible niveau de biais méthodologiques : tous ou la plupart des critères (au moins 6/7) de la liste de contrôle ont été remplis. Lorsqu'ils ne l'ont pas été, il est très peu probable que cela ait des conséquences sur les conclusions.
- + Niveau modéré de biais méthodologiques : certains des critères (au moins 4/7) de la liste de contrôle ont été remplis. Lorsqu'ils n'étaient pas remplis, ou insuffisamment décrits, il est peu probable que cela ait eu des conséquences sur les conclusions.
- Potentiel élevé de biais : peu ou pas de critères (3 ou moins) de la liste de contrôle ont été remplis et il y a de forts risques que cela ait eu des conséquences sur les conclusions.

ANNEXE 3 MÉTHODOLOGIE EN BREF

Liste de vérification - Synthèse rapide des connaissances

1. Mise en garde méthodologique institutionnelle

OUI NON Si non, pourquoi?

Le choix d'une synthèse rapide, dans le contexte de ce mandat, répond moins au caractère pressant de la demande de connaissance, qu'au fait que le produit se veut exploratoire. Il vise à offrir un éclairage partiel, sur une facette particulière de la problématique requérant une vision d'ensemble plus vaste incluant d'autres travaux.

2. Formulation explicite des questions de recherche couvertes ou des objectifs de la synthèse

OUI NON Si non, pourquoi?

Objectifs formulés clairement.

3. Stratégie de recherche documentaire (plus d'une réponse est possible)

a) Utilisation d'une veille signalétique institutionnelle

Préciser le type de veille signalétique et la période d'examen couverte

b) Établissement d'une stratégie de recherche documentaire spécifique (rétrospective)

Préciser les mots-clés utilisés, les bases de données interrogées (minimalement deux), les dates de début et de fin de la période de repérage et enfin, la date à laquelle la recherche a été lancée (et relancée, le cas échéant). Indiquer l'ensemble des sources de littérature grise, le cas échéant, et les dates de la période de repérage.

La stratégie de recherche est disponible à l'annexe 1 du document, incluant les mots-clés utilisés, la période de repérage et la date du début de la recherche.

c) Autre Préciser (p. ex. technique boule de neige)

Recherche ciblée de documents de littérature grise produits au Québec et au Canada, ainsi que d'articles scientifiques complémentaires afin d'étayer la mise en contexte du sujet, la conceptualisation ou la méthodologie de la synthèse.

4. Recours à des critères d'inclusion

NON OUI Si oui, préciser les critères utilisés.

Les critères d'inclusion sont spécifiés dans la stratégie de recherche, située à l'annexe 1.

5. Traitement des articles en prépublication

Mention de leur inclusion Repérage facilité dans le document Décision de les exclure

6. Extraction des données

Inclusion de tableaux de preuve (évidences scientifiques) OUI NON

7. Appréciation de la qualité des articles (études) ou du niveau de preuve (ou d'appui) des évidences

NON (À noter que cette appréciation n'est pas essentielle pour ce type de réponse rapide)

OUI Si oui, préciser la méthode, les critères ou l'instrument utilisé ainsi que les catégories de qualité ou d'appui.

La liste de contrôle du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) a été traduite (traduction « maison ») et adaptée.

8. Inclusion des forces et des limites de la présente synthèse rapide des connaissances

OUI NON

9. Révision par les pairs (liste des noms des personnes et de leur provenance à la page de crédits pour b, c et d) (plus d'une réponse est possible)

- a) par les membres du Comité d'experts concerné
- b) par des membres des autres cellules ou comités thématiques COVID-19 de l'INSPQ
- c) par des réviseurs autres de l'INSPQ n'ayant pas participé aux travaux (**les noms des réviseurs sont spécifiés au début du document**)
- d) par des réviseurs externes à l'Institut n'ayant pas participé aux travaux (les noms des réviseurs sont spécifiés au début du document, à la p. 3)
- e) aucune révision par les pairs
- f) autre modalité apparentée Préciser

