

Des arbitres scientifiques (en l'occurrence, les auteurs principaux) ont procédé à l'analyse de la présente directive clinique en janvier 2015. Ils ont donné leur aval à la poursuite de son utilisation pour l'instant.

N° 245-Directive clinique de consensus sur la consommation d'alcool et la grossesse

La présente directive clinique a été analysée et approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

George Carson, MD, FRCSC, Regina (Sask.)

Lori Vitale Cox, PhD, Elsipogtog (N.-B.)

Joan Crane, MD, FRCSC, St. John's (T.-N.-L.)

Pascal Croteau, MD, CCFP, Shawville (Québec)

Lisa Graves, MD, CCFP, Montréal (Québec)

Sandra Kluka, inf. aut., PhD, Winnipeg (Man.)

Gideon Koren, MD, FRCPC, FACMT, Toronto (Ont.)

Marie-Jocelyne Martel, MD, FRCSC, Saskatoon (Sask.)

Deana Midmer, inf. aut., EdD, Toronto (Ont.)

Irena Nulman, MD, FRCPC, Toronto (Ont.)

Nancy Poole, MA, Victoria (C.-B.)

Vyta Senikas, MD, FRCSC, MBA, Ottawa (Ont.)

Rebecca Wood, sage-femme aut., Winnipeg (Man.)

Les recherches documentaires et le soutien bibliographique nécessaires aux fins de la rédaction de la présente directive clinique ont été assurées par Mme Becky Skidmore, analyste de recherche médicale, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Résumé

Objectif : Établir, en fonction des données les plus à jour, des normes de diligence nationales pour ce qui est du dépistage et de la consignation de la consommation d'alcool, ainsi que du counseling à offrir aux femmes en âge de procréer et enceintes en ce qui concerne la consommation d'alcool.

Résultats : La littérature publiée a été récupérée, en mai 2009, par l'intermédiaire de recherches menées dans PubMed, CINAHL et la Cochrane Library au moyen d'un vocabulaire contrôlé (p. ex. pregnancy complications, alcohol drinking, prenatal care) et de mots clés (p. ex. pregnancy, alcohol consumption, risk reduction) appropriés. Les résultats ont été restreints aux analyses systématiques, aux essais comparatifs randomisés / essais cliniques comparatifs et aux études observationnelles. Aucune restriction n'a été imposée quant à la langue. Les recherches ont été mises à jour de façon régulière et leurs résultats ont été incorporés à la directive clinique jusqu'en mai 2010. La littérature grise (non publiée) a été identifiée par l'intermédiaire de recherches menées dans les sites Web d'organismes s'intéressant à l'évaluation des technologies dans le domaine de la santé et d'organismes connexes, dans des collections de directives cliniques, dans des registres d'essais cliniques et auprès de sociétés de spécialité médicale nationales et internationales. Chacun des articles a été analysé afin d'en déterminer la pertinence et son texte intégral a été acquis, le cas échéant. Les résultats

Mots clés : Fetal alcohol syndrome, Fetal alcohol spectrum disorder, pregnancy, alcohol, teratogen

J Obstet Gynaecol Can 2017;39(9):e255–e292

<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.06.006>

Copyright © 2017 Published by Elsevier Inc. on behalf of The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Ce document fait état des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'une procédure ou d'un mode de traitement exclusifs à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de ces modifications. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite, sous quelque forme que ce soit, sans une permission écrite de l'éditeur.

Les femmes ont le droit et le devoir de prendre des décisions éclairées en matière de soins, en collaboration avec leurs fournisseurs de soins. Pour faciliter ces décisions, il faut offrir aux femmes des renseignements et des conseils fondés sur des données probantes qui soient adaptés à leur culture et à leurs besoins. Il faut chercher à connaître les valeurs, les croyances et les besoins des femmes et de leur famille, et respecter leur choix final en ce qui concerne les soins et les traitements.

Tableau 1. Critères d'évaluation des résultats et de classification des recommandations, fondés sur ceux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs^a

Niveaux de résultats ^b	Catégories de recommandations ^c
I : Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-1 : Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-2 : Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. Les données existantes sont contradictoires et ne permettent pas de formuler une recommandation pour ou contre l'usage de la mesure clinique de prévention; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.
II-3 : Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour déconseiller la mesure clinique de prévention. E. On dispose de données suffisantes pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
III : Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	L. Les données sont insuffisantes (d'un point de vue quantitatif ou qualitatif) et ne permettent pas de formuler une recommandation; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.

^aWoolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, Eel W. Canadian Task Force on Preventive Health Care. « New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care », *Can Med Assoc J*, vol. 169, n° 3, 2003, p. 207–8.

^bLa qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs^a.

^cLes recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventif^a.

obtenus ont été analysés et évalués par les membres du groupe de travail spécialisé établi par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. La qualité des résultats a été évaluée et

les recommandations ont été formulées conformément aux lignes directrices élaborées par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

Valeurs : La qualité des résultats a été évaluée au moyen des critères décrits par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (Tableau 1).

Commanditaires : Agence de la santé publique du Canada et Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Approbation : La présente directive clinique de consensus a été approuvée par l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec, la Fédération des femmes médecins du Canada, l'Association canadienne des sages-femmes, l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en périnatalité et en santé des femmes (CAPWHN) (anciennement connue sous le nom de AWHONN-Canada), le Collège des médecins de famille du Canada, la Société de la médecine rurale du Canada et Motherisk.

Déclarations sommaires :

1. Nous disposons de données indiquant que la consommation d'alcool pendant la grossesse peut causer des torts au fœtus. (II-2) Nous ne disposons pas de données suffisantes pour affirmer que la consommation de faibles niveaux d'alcool pendant la grossesse s'avère sûre ou nocive pour le fœtus (III).
2. Nous ne disposons pas de données suffisantes pour définir quel seuil que ce soit pour ce qui est de la consommation de faibles niveaux d'alcool pendant la grossesse (III).
3. L'abstinence constitue le choix prudent pour une femme enceinte ou qui pourrait le devenir (III).
4. Des interventions intensives et adaptées sur les plans de la culture, du sexe et de la famille doivent être mises à la disposition des femmes qui connaissent une consommation problématique et/ou une dépendance à l'alcool (II-2).

ABRÉVIATIONS

AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BMAST	Brief Michigan Alcoholism Screening Test
CAGE	Cut-down, Annoy, Guilty, Eye-Opener
CRAFFT	Car, Relax, Alcohol, Forget, Friends, Trouble (test de dépistage)
EEAG	Ester éthylique d'acide gras
EM	Entrevue motivationnelle
ETCAF	Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale
ETS	Évaluation des technologies dans le domaine de la santé
ICD	Intervention de courte durée
MAST	Michigan Alcoholism Screening Test
RCIU	Retard de croissance intra-utérin
SAF	Syndrome d'alcoolisation fœtale
SMAST	Short Michigan Alcoholism Screening Test
SNC	Système nerveux central
T-ACE	Tolerance, Annoyed, Cut down, Eye-opener (test de dépistage)
TLFB	Outil Timeline Followback
TNDLA	Trouble neurologique du développement lié à l'alcool
TWEAK	Tolerance, Worry, Eye-opener, Amnesia, Cut down (test de dépistage)

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5695845>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5695845>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)