

Drogues, santé et société

L'intervention auprès des femmes enceintes et mères consommatrices de psychotropes

Effectiveness of intervention for pregnant women and mothers who use psychotropic drugs

La intervención ante mujeres embarazadas y madres consumidoras de psicotrópicos



Nadia L'Espérance, Karine Bertrand and Michel Perreault

Volume 14, Number 2, March 2016

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1037734ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1037734ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Drogues, santé et société

ISSN

1703-8847 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

L'Espérance, N., Bertrand, K. & Perreault, M. (2016). L'intervention auprès des femmes enceintes et mères consommatrices de psychotropes. *Drogues, santé et société*, 14(2), 90–108. <https://doi.org/10.7202/1037734ar>

Article abstract

Psychoactive substance use while pregnant is very risky for the pregnancy outcome and for the baby. Early multidisciplinary intervention during pregnancy is recommended to meet the needs of pregnant women and mothers. Therefore, service integration is preferred for this clientele. The goal of this article is to provide a summary of current findings about the effectiveness of intervention models that foster integration of care for pregnant women and mothers who use psychotropic drugs. Accessing recent meta-analyses shines a valuable and useful light on the effectiveness of various integrated treatment programs employed with this clientele. Essentially, although the effect sizes range from small to large, results show that integrated treatment programs produce favourable effects when compared with absence of treatment or non-integrated treatment programs. More specifically, results focus on substance use behaviour change, baby's health at birth, the woman's commitment to the process, her emotional interaction and reflective functioning (ability to recognize the impact of mental state on behaviours). Moreover, the many methodological limitations reported in the identified studies – such as sample composition (size, target population, age) and the variety of study designs used – point to the need for further research to better document the potential of integrated treatment programs.



RÉFLEXION SUR UNE PRATIQUE CLINIQUE

L'intervention auprès des femmes enceintes et mères consommatrices de psychotropes

Nadia L'Espérance, Ph. D., Agente de planification, programmation et recherche, Chercheuse en établissement, Services de réadaptation en dépendance, CIUSSS MCQ

Karine Bertrand, Ph. D., Professeure agrégée, Programmes d'études et de recherche en toxicomanie, Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke

Michel Perreault, Ph. D., Professeur agrégé, Département de psychiatrie, Université McGill, Chercheur, Institut en santé mentale Douglas – CIUSSS ODI

Correspondance :

Nadia L'Espérance, Ph. D.,
Agente de planification, programmation et recherche
Chercheuse en établissement
Services de réadaptation en dépendance, CIUSSS MCQ
440, rue des Forges, Trois-Rivières
Québec, Canada, G9A 2H5
Téléphone : 819 374-4744 poste 129
Courriel : Nadia_lesperance@ssss.gouv.qc.ca

Remerciements

Ce projet a été réalisé grâce au soutien financier du Groupe de recherche et d'intervention sur les substances psychoactives-Québec (RISQ) et l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) dans le cadre d'un stage postdoctoral effectué à l'Université de Sherbrooke.

Résumé

La consommation de substances psychoactives durant la grossesse comporte de nombreux risques sur l'issue de celle-ci ainsi que sur la santé du bébé à naître. Il est d'ailleurs recommandé d'intervenir tôt durant la grossesse et de façon multidisciplinaire afin de répondre aux besoins des femmes enceintes et des mères. L'intégration des services est donc privilégiée auprès de cette clientèle. L'objectif du présent article est d'effectuer une synthèse des constats actuels relativement à l'efficacité des modèles d'intervention favorisant l'intégration des services auprès des femmes enceintes et des mères consommatrices de psychotropes. Ainsi, la consultation de méta-analyses récentes fournit un éclairage pertinent et utile sur l'efficacité de différents programmes de traitement intégré auprès de cette clientèle. Essentiellement, bien que les tailles de l'effet varient de faibles à fortes, les résultats montrent que les programmes de traitement intégré comportent des effets favorables lorsque ceux-ci sont comparés à l'absence de traitement ou à des programmes de traitement non intégré. Les résultats portent particulièrement sur le changement de comportement de consommation, la santé du bébé à la naissance, l'engagement de la femme dans sa démarche, l'interaction affective ainsi que sur son fonctionnement. Par ailleurs, les nombreuses limites méthodologiques des études répertoriées telles que la composition des échantillons (taille, clientèle cible, âge) ainsi que la variété des devis utilisés encouragent la poursuite des travaux afin de mieux documenter le potentiel des programmes de traitement intégré.

Mots-clés : toxicomanie, femmes enceintes, mères, intégration de services

Effectiveness of intervention for pregnant women and mothers who use psychotropic drugs

Abstract

Psychoactive substance use while pregnant is very risky for the pregnancy outcome and for the baby. Early multidisciplinary intervention during pregnancy is recommended to meet the needs of pregnant women and mothers. Therefore, service integration is preferred for this clientele. The goal of this article is to provide a summary of current findings about the effectiveness of intervention models that foster integration of care for pregnant women and mothers who use psychotropic drugs. Accessing recent meta-analyses shines a valuable and useful light on the effectiveness of various integrated treatment programs employed with this clientele. Essentially, although the effect sizes range from small to large, results show that integrated treatment programs produce favourable effects when compared with absence of treatment or non-integrated treatment programs. More specifically, results focus on substance use behaviour change, baby's health at birth, the woman's commitment to the process, her emotional interaction and reflective functioning (ability to recognize the impact of mental state on behaviours). Moreover, the many methodological limitations reported in the identified studies – such as sample composition (size, target population, age) and the variety of study designs used – point to the need for further research to better document the potential of integrated treatment programs.

Keywords: substance abuse, pregnant women, mothers, integrated services

La intervención ante mujeres embarazadas y madres consumidoras de psicotrópicos

Resumen

El consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo implica numerosos riesgos para el resultado de dicho embarazo y sobre la salud del bebé por nacer. Se recomienda por otra parte intervenir temprano durante el embarazo y de manera multidisciplinaria para responder a las necesidades de las mujeres embarazadas y las madres. La integración de los servicios se privilegia por lo tanto con esta clientela. El presente artículo tiene como objetivo sintetizar las constataciones actuales relativas a la eficacia de los modelos de intervención que favorecen la integración de los servicios para las mujeres embarazadas y las madres consumidoras de psicotrópicos. La consultación de meta análisis recientes ilumina de manera pertinente y útil la eficacia de los diferentes programas de tratamiento integrado destinados a esta clientela. Esencialmente, si bien las dimensiones del efecto varían de débiles a grandes los resultados muestran que los programas de tratamiento integrado incluyen efectos favorables cuando se los compara a la ausencia de tratamiento o a los programas de tratamiento no integrado. Los resultados se refieren particularmente al cambio de comportamiento de consumo, a la salud del bebé en el nacimiento, al compromiso de la mujer con respecto a esta experiencia y a la interacción afectiva así como a su funcionamiento. Por otra parte, los numerosos límites metodológicos de los estudios recopilados así como la composición de las muestras (dimensión, clientela objetivo, edad) y la variedad de las opiniones utilizadas alientan la continuación de los trabajos para documentar mejor el potencial de los programas de tratamiento integrado.

Palabras clave: toxicomanía, mujeres embarazadas, madres, integración de servicios

Introduction

Plusieurs enquêtes canadiennes indiquent que la prévalence de la consommation d'alcool durant la grossesse serait plus élevée chez les Québécoises que chez les autres Canadiennes avec des taux variant de 17,7% à 34,1% comparativement à 10,5% à 12,4% (Gouvernement du Québec, 2009). Par ailleurs, les prévalences canadiennes apparaissent similaires à nos voisins américains avec 9,4% de consommation d'alcool durant la grossesse (SAMHSA, 2014a).

En ce qui a trait à la consommation de drogues illicites durant la grossesse, selon les différentes enquêtes menées au Canada, la prévalence varierait de 1% à 5% (Agence de la santé publique du Canada, 2009; Beaucage, 1999; Ordean et Kahan, 2011). Ces chiffres sont également similaires aux États-Unis avec une prévalence variant de 1,4% à 4,6% (Center for Substance Abuse Treatment, 2009).

Au-delà de l'effet tératogène de l'alcool, les risques associés à la consommation d'alcool et de drogues durant la grossesse peuvent avoir de nombreux impacts sur le déroulement de celle-ci, mais également sur la santé du bébé à naître (Carson et al., 2010; Couture, Fillion-Bilodeau, Kokin, Legault et Brown, 2008; Finnegan, 2013). On observe notamment un risque de fausse couche, de retard de croissance intra-utérin, de mort intra-utérine tardive, d'accouchement prématuré (Carson et al., 2010; Finnegan, 2013), de détresse fœtale, de sevrage à la naissance, de troubles neurologiques, du syndrome de mort subite, de faible poids à la naissance, etc. (Couture et al., 2008; Finnegan, 2013). Devant ces prévalences et conséquences préoccupantes et dans le but de prévenir la morbidité et la mortalité des enfants, il apparaît pertinent de s'intéresser aux modèles d'intervention les plus efficaces auprès des femmes enceintes et des mères consommatrices de psychotropes. Ainsi, le présent article a pour objectif d'effectuer une synthèse des constats actuels relativement à l'efficacité des programmes de traitement intégrés auprès de cette clientèle.

L'intervention auprès des femmes enceintes : une priorité

Les femmes enceintes ont été identifiées comme un groupe prioritaire sur le plan de l'accès aux services en dépendance en raison des conséquences potentielles sur leur santé et celle du bébé à naître (Gouvernement du Québec, 2008; MSSS, 2006). De nombreuses recommandations en matière de dépistage, de *counseling* et d'interventions multidisciplinaires d'ordre biomédical et psychosocial ont été émises afin d'offrir des services appropriés aux femmes en âge de procréer ou enceintes. Il est non seulement recommandé d'intervenir tôt durant la grossesse, mais aussi de façon préventive auprès des femmes en âge de procréer (Carson et al., 2010; Finnegan, 2013; OMS, 2014; SAMHSA, 2014). Les actions préventives et curatives s'inscrivent donc dans un continuum et l'intégration des services apparaît être une stratégie valorisée auprès de cette clientèle.

Le concept d'intégration des services fait référence au « processus qui permet de resserrer les liens entre les acteurs d'un système organisé qui coopèrent à un projet collectif » (Contandriopoulos, Denis, Touati et Rodriguez, 2001, p. 41). Dans le domaine de la toxicomanie, les pratiques favorisant l'intégration des services, au sens « d'assurer une cohésion, une continuité et un maillage étroit entre les différents services destinés aux personnes vulnérables et aux prises avec de multiples besoins », est de plus en plus valorisée (Desrosiers et Ménard, 2010; Rush, Fogg, Nadeau et Furlong, 2008; Santé Canada, 2002) et peut s'effectuer de différentes façons (Brousselle, Lamothe, Sylvain, Foro et Perreault, 2010; Fleury, Perreault et Grenier, 2012). Chez les femmes enceintes présentant une problématique de consommation, de nombreuses études ciblant différents modèles d'intégration de services ont été répertoriées notamment aux États-Unis et au Canada (Lavergne et Morrisette,

L'efficacité des interventions intégrées auprès des femmes enceintes et mères

2012; Marsh, Smith et Bruni, 2011; Milligan, Niccols, Sword, Thabane, Henderson, Smith et Liu, 2010; Niccols, Milligan, Sword, Thabane, Henderson et Smith, 2012).

Au Canada, citons à titre d'exemple le programme de prévention torontois « Breaking the cycle ». Celui-ci a pour objectif d'intervenir au stade prénatal et de la petite enfance et vise à donner aux femmes les moyens de faire face aux difficultés complexes qui découlent de la consommation d'alcool et de drogues. Elles sont ainsi sensibilisées aux impacts de la consommation en plus d'avoir accès à des soins prénataux, des soins de santé pour elles-mêmes et leur enfant dans un contexte respectueux et sans jugement (Pepler, Motz, Leslie, Jenkins, Espinet et Reynolds, 2014). Le programme de Vancouver « Sheway » fournit pour sa part des services de santé et des services sociaux aux femmes enceintes et mères d'enfant de moins de 18 mois ayant une problématique d'alcool et de drogue. Le programme met l'accent sur le bon déroulement de la grossesse et l'expérience parentale positive après la naissance. De nombreux services sociaux et de santé sont donc offerts en plus d'autres aides telles que l'accès à des repas chauds quotidiens, de l'épicerie, etc. (Poole, 2000).

Au Québec, quelques programmes de traitements résidentiels permettant d'héberger la mère et son enfant pendant toute la durée du traitement pour dépendance sont également disponibles (April, Ouimet, Venne, Gagnon et Hein, 2011). D'autres programmes, dont le projet *Main dans la main* du Centre des naissances du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) a pour objectif, entre autres, de joindre les futures mères consommatrices d'alcool ou de drogues ainsi que leur conjoint afin de maximiser leur chance de prendre eux-mêmes soins de leur enfant à la naissance (Lavergne et Morissette, 2012). Le programme Jessie, pour sa part, correspond à une collaboration entre le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire (CRDM-IU) et le Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (CJM-IU). Ce programme vise la mobilisation des parents vers un changement de comportement de consommation et l'amélioration des pratiques parentales en vue d'éviter un signalement ou de faire cesser le risque de compromission pour la santé et la sécurité de l'enfant (Blaquière et Paquet, 2009). Beaucoup d'efforts ont donc été déployés afin de mettre sur pieds des programmes de traitement intégré permettant de répondre aux multiples besoins de ces femmes. Toutefois, malgré l'abondance des publications sur le sujet, que sait-on de l'efficacité des programmes de traitement intégré sur les comportements de consommation, l'issue de la grossesse ou encore sur les pratiques parentales ?

L'efficacité des programmes de traitement intégré

Peu d'études, à notre connaissance, ont documenté l'efficacité des programmes de traitement intégré par l'entremise de méta-analyses. En fait, Milligan, Niccols, Sword, Thabane, Henderson, Smith et Liu (2010) ont réalisé une première méta-analyse visant à connaître l'efficacité des programmes de traitement intégré chez les mères abusant de substances. Ensuite, d'autres méta-analyses en ont découlé, notamment pour connaître l'efficacité des programmes de traitement intégré sur l'issue de la grossesse et la santé des enfants nés de femmes engagées dans ceux-ci (Milligan, Niccols, Sword, Thabane, Henderson et Smith, 2011) et l'efficacité des programmes de traitement intégré sur les pratiques parentales (Niccols, Milligan, Sword, Thabane, Henderson et Smith, 2012).

Une méta-analyse correspond essentiellement à une recension des écrits qui permet de regrouper la littérature disponible sur un sujet, d'évaluer la qualité des études retenues au regard de la méthodologie utilisée (la méthode d'échantillonnage, le type de mesure, la présence ou non de groupe de comparaison, la répartition entre les groupes au hasard ou non) et d'évaluer la taille de l'effet. La taille de l'effet, pour sa part, représente une différence de moyenne standardisée entre deux

L'efficacité des interventions intégrées auprès des femmes enceintes et mères

groupes. La taille de l'effet peut être calculée à partir de la moyenne et de l'écart-type des groupes qui font l'objet de la comparaison ou à partir d'autres analyses statistiques (Test t, r de Pearson, ANOVA), selon le type de variables. Ainsi, une taille de l'effet de 0,2 est faible, 0,5 modéré et 0,8 forte (Potvin, 2014). Ensuite, des analyses complémentaires permettent de connaître, par exemple, la taille de l'effet composé qui prend en compte l'ensemble des études de la méta-analyse. Enfin, une fois la taille de l'effet composé connue, il est aussi possible de calculer l'hétérogénéité des tailles de l'effet. Cette analyse permet de connaître si les résultats de la méta-analyse sont hétérogènes ou homogènes. Lorsque ceux-ci sont hétérogènes, il est permis de questionner si les études incluses dans la méta-analyse mesurent le même phénomène (Potvin, 2014).

Dans le cas du présent article, les résultats issus des méta-analyses permettent d'indiquer s'il y a supériorité des approches, c'est-à-dire si les programmes de traitement intégré comportent des effets significativement favorables comparativement à d'autres modèles de traitement. La section suivante abordera les constats observés de ces méta-analyses.

L'efficacité de programmes de traitement intégré chez les femmes enceintes et mères abusant de substances

Milligan et al. (2010) ont retenu 21 études (2 essais randomisés, 9 études quasi expérimentales et 10 études de cohortes) publiées entre 1990 et 2007. Les études incluses dans leur méta-analyse ciblaient des femmes enceintes ou des mères, ayant une problématique de consommation de substances et le programme de traitement devait viser la consommation et au moins un service concernant l'enfant (soins prénataux, soins à l'enfant, soutien parental tel que le développement d'habiletés). Également, les mesures devaient permettre de documenter la durée du traitement, l'achèvement du traitement, l'utilisation de substances chez la mère et le bien-être de la mère ou de l'enfant.

Tableau 1 : Études comparant des programmes de traitement intégrés à l'absence de traitement

| Auteurs | N | Groupes | Devis | Mesures | d (SE) | p | Qualité de l'étude |
|---------------------------------|------------------------------------|--|--------------------|--|----------------------------|----------------|--------------------|
| Armstrong et al. (2003) | Traitement : 782 Contrôle : 610 | Traitement ambulatoire intégré vs aucun traitement | Quasi-expérimental | % toxicologie urinaire positive | 0.18 (0.07) | 0.007 | 5/9 |
| Whiteside-Mansell et al. (1999) | Traitement : 72 Contrôle : 23 | Traitement résidentiel intégré vs aucun traitement | Quasi-expérimental | % utilisation d'alcool % utilisation de drogues | 0.49 (0.22) 1.41 (0.42) | 0.022 0.001 | 2/5 |

Traduction libre. Milligan et al., 2010, p. 6

Le Tableau 1 montre que la taille de l'effet varie de faible à forte c'est-à-dire de 0,18 à 1,41. Ainsi, il est possible de conclure que le traitement intégré ambulatoire ou résidentiel réduit significativement la consommation de substances et les femmes sont significativement plus nombreuses à obtenir un résultat négatif à leur test toxicologique comparativement aux femmes ne recevant aucun traitement.

Les auteurs ont également évalué l'efficacité de dix études de cohorte où ils se sont attardés aux changements de comportements de consommation maternelle, et ce, que le programme soit de type résidentiel, ambulatoire ou de substitution à la méthadone. Les mesures des études retenues portaient sur le changement de comportement de consommation en termes de sévérité de la

L'efficacité des interventions intégrées auprès des femmes enceintes et mères

consommation de substances, de nombre de jours de consommation, de la durée d'abstinence, du montant d'argent investi pour l'achat d'alcool ou de drogues quelques mois après le programme de traitement. En somme, les résultats montrent une diminution significative de la sévérité des comportements de consommation et du nombre de jour de consommation chez les femmes engagées dans un programme de traitement intégré. Enfin, les tailles de l'effet composé de ces différentes mesures varient de 0,40 à 0,65 (modérée), ce qui soutient la pertinence des programmes de traitement intégré.

Tableau 2 : Études comparant des programmes de traitement intégrés à des programmes de traitement non intégré

| Auteurs | N | Groupes | Devis | Mesures | <i>d</i> (SE) | <i>p</i> | Qualité de l'étude |
|---------------------------|----------------------------------|--|--------------------|--|---|---------------------------------|--------------------|
| Barkauskas and Low (2002) | Traitement : 52 Contrôle : 73 | Programme résidentiel pour femmes enceintes incarcérées vs Soins standards pour les femmes incarcérées | Quasi-expérimental | % toxicologie positive | -0.29† (0.69) | 0.669 | 5/9 |
| Carroll and Chang (1995) | Traitement : 7 Contrôle : 7 | Traitement intégré à la méthadone pour femmes vs traitement standard | Essai randomisé | % toxicologie positive | -0.14† (0.67) | 0.83 | 1/5 |
| Chang and Carroll (1992) | Traitement : 6 Contrôle : 6 | Traitement intégré à la méthadone pour femmes vs traitement standard | Quasi-expérimental | % toxicologie positive | 0.43† (0.70) | 0.54 | 3/9 |
| Gwadz and Leonard (2008) | Traitement : 51 Contrôle : 58 | Traitement ambulatoire intégré vs traitement ambulatoire standard | Essai randomisé | Fréquence de l'usage d'alcool Inventaire des problèmes liés à l'usage de l'alcool/drogue Évaluation des comportements à risque et fréquence d'usage de drogues | -0.12 (0.19) 0.077 (0.19) -0.26 (0.19) | 0.545 0.69 0.183 | 1/5 |
| Harshman (1999) | Traitement : 25 Contrôle : 27 | Traitement intégré résidentiel pour femmes vs traitement résidentiel standard pour femmes | Quasi-expérimental | Nombre de mois depuis le dernier usage de substances SASSI-2* alcool SASSI-2* drogue | -0.15 (0.28) 0.61 (0.28) 0.06 (0.28) | 0.593 0.033 0.83 | 2/9 |
| Luthar et al. (2007) | Traitement : 60 Contrôle : 67 | Traitement standard à la méthadone + une psychothérapie maternelle de groupe vs Traitement standard à la méthadone | Essai randomisé | Dépistage toxicologique positif aux opiacés (suivi un an) Dépistage toxicologique positif à la cocaïne (phase traitement) Dépistage toxicologique positif à la cocaïne (suivi un an) | -0.08† (0.18) 0.25 (0.18) -0.14 † (0.18) | 0.647 0.170 0.428 | 3/9 |

Tableau 2 : Études comparant des programmes de traitement intégrés à des programmes de traitement non intégré (suite)

| Auteurs | N | Groupes | Devis | Mesures | d (SE) | p | Qualité de l'étude |
|-------------------------------|-----------------------------------|---|--------------------|--|----------------------------|---------------|--------------------|
| Sacks and Sacks (2004) | Traitement : 49 Contrôle : 49 | Traitement résidentiel intégré pour femmes vs traitement résidentiel standard pour femmes | Quasi-expérimental | Score composite d'utilisation de substances (score incluant l'utilisation de la drogue, la fréquence d'utilisation et le nombre de jour d'utilisation) | 0.12 \diamond | NS | 3/9 |
| Sowers and Ellis (2002) | Traitement : 26 Contrôle : 15 | Traitement résidentiel intégré pour femmes vs traitement (non spécifié si pour femmes seulement) | Quasi-expérimental | % ne faisant pas usage de substances | 0.33 (0.36) | 0.36 | 4/9 |
| Suchman and Mayes (2004) | Traitement : 25 Contrôle : 23 | Traitement ambulatoire pour femmes incluant une intervention parentale vs traitement standard pour femmes | Quasi-expérimental | % ne faisant pas usage de substances | 0.15 (0.30) | 0.628 | 3/9 |
| Toussaint and VanDeMar (2007) | Traitement : 64 Contrôle : 106 | Traitement résidentiel intégré pour femmes vs traitement résidentiel standard | Quasi-expérimental | Score composite de l'IGT (drogue) Score composite de l'IGT (alcool) | 0.30 (0.16) 0.28 (0.16) | .059 0.078 | 6/9 |

† Inclus la taille de l'effet globale pour le dépistage toxicologique; * Substance Abuse Subtle Screening Inventory-2;
 \diamond Taille de l'effet rapportée, SE et p non disponibles; Traduction libre. Milligan et al., 2010, p. 9

Le Tableau 2 montre que les tailles de l'effet sont petites et non significatives. Ainsi, les programmes de traitement intégré, qu'ils soient de type ambulatoire, résidentiel, en milieu carcéral ou auprès de femmes en traitement de substitution à la méthadone, ne présentent aucune différence statistiquement significative comparativement aux programmes de traitement non intégré. Il est donc permis de penser à une équivalence des approches. Par ailleurs, lorsque l'on regroupe les études par type de mesures, il est possible de constater que dans les quatre études utilisant des mesures toxicologiques, on n'observe pas de différence significative entre les programmes de traitement intégré et non intégré (Barkauskas et al., 2002; Carroll et al., 1995; Chang et al., 1992; Luthar et al., 2007). La taille de l'effet composé de ces quatre études indique que le pourcentage d'usagères obtenant un résultat négatif à leur test toxicologique (démonstration de l'absence de consommation de substances) n'est pas significativement différents entre les types de programmes. Quant aux deux études utilisant des mesures autorapportées (Sowers et al., 2002; Suchman et al., 2004), la taille de l'effet composé de celles-ci indique que les femmes ont rapporté un pourcentage d'abstinence non statistiquement différent entre les types de programmes. Ces résultats ne permettent donc pas de déterminer la supériorité des programmes de traitement intégrés sur les programmes non intégrés.

Globalement les résultats issus de la méta-analyse de Milligan et al. (2010) montrent que les programmes de traitement intégré réduisent significativement la sévérité des comportements de consommation, le nombre de jours de consommation et favorisent l'atteinte de l'abstinence. Par ailleurs, les auteurs observent une taille de l'effet de faible à élevée en faveur des programmes de traitement intégré lorsque ceux-ci sont comparés à des groupes d'usagères ne recevant aucun traitement. D'ailleurs, dans les études de cohortes, où des mesures sont prises au début, à la fin et quelques mois après un programme de traitement intégré, les résultats démontrent une taille

L'efficacité des interventions intégrées auprès des femmes enceintes et mères

de l'effet modérée, ce qui milite en faveur de l'efficacité des programmes intégrés. Enfin, lorsque l'efficacité des programmes intégrés est comparée aux programmes de traitement non intégré, les résultats de leur méta-analyse ne montrent aucune différence entre les groupes. Toutefois, les auteurs mentionnent que ces résultats pourraient s'expliquer par de nombreuses limites méthodologiques, dont le peu d'études comparatives, la faible qualité des études répertoriées et le nombre de données manquantes leur permettant d'évaluer les retombées de ces études.

L'efficacité de programmes de traitement intégré sur l'issue de la grossesse et les enfants nés de mères engagées dans ce type de traitement

En suivi à la méta-analyse précédente, Milligan et al. (2011) ont évalué l'efficacité de programmes de traitement intégré sur l'issue de la grossesse. À partir des mêmes critères d'inclusion, ils ont retenu dix études publiées entre 1990 à 2009. Les auteurs constatent que les études sélectionnées dans le cadre de leur méta-analyse comportent plusieurs distinctions sur le plan des devis de recherche (essai randomisé, quasi expérimental), sur le plan de l'échantillonnage (femmes enceintes ou mères) et sur le plan des mesures (poids à la naissance, circonférence de la tête, proportion d'enfants ayant un petit poids à la naissance, proportion d'enfants nés de façon prématurée, durée d'hospitalisation...). Ainsi, compte tenu de l'hétérogénéité des études, les auteurs ont calculé la taille de l'effet en les regroupant selon la similarité des mesures.

Tableau 3 : Études comparant des programmes de traitement intégré à l'absence de traitement sur l'issue de la grossesse

| Auteurs | N | Groupes | Devis | Mesures | Taille de l'effet (SE) | p | Qualité de l'étude |
|----------------------------|------------------------------------|--|--------------------|--|--|--|--------------------|
| Armstrong et al. (2003) | Traitement : 782 Contrôle : 610 | Soins prénataux et traitement pour abus de substances vs aucun traitement | Quasi-expérimental | Poids à la naissance Faible poids à la naissance Complication à la naissance (respiratoire) Naissance prématurée Admission à l'unité de soins intensifs néonataux Acouchement naturel | 0.07 (0.05) 0.34 (0.12) 0.50 (0.20) 0.24 (0.11) 0.17 (0.08) 1.36 (0.82) | 0.231 0.005 0.014 0.033 0.040 0.098 | 5/9 |
| Kyei-Aboagye et al. (1998) | Traitement : 30 Contrôle : 44 | Traitement résidentiel pour abus de substances incluant des soins prénataux, de l'éducation parentale et des lits pour les enfants plus âgés vs aucun traitement | Quasi-expérimental | Poids à la naissance Âge gestationnel Faible poids à la naissance Nombre de visites prénatales Durée d'hospitalisation après la naissance | 0.91 (0.25) 0.07 (0.24) 1.37 (0.62) -0.75 (0.23) 1.28 (0.26) | <0.001 0.756 0.027 <0.001 <0.001 | 3/9 |

Tableau 3 : Études comparant des programmes de traitement intégré à l'absence de traitement sur l'issue de la grossesse (suite)

| Auteurs | N | Groupes | Devis | Mesures | Taille de l'effet (SE) | p | Qualité de l'étude |
|---------------------------------|----------------------------------|---|--------------------|---|--|--|--------------------|
| Little et al. (2003) | Traitement : 55 Contrôle : 55 | Traitement résidentiel pour abus de substances incluant des soins prénataux, de l'éducation parentale et des lits pour les enfants plus âgés vs aucun traitement | Quasi-expérimental | Poids à la naissance Âge gestationnel 1 minute Apgar 5 minutes Apgar Circonférence de la tête Durée de l'accouchement | 0.71 (0.20) 0.39 (0.19) -0.10 (0.19) 0.35 (0.19) 0.71 (0.20) 0.36 (0.19) | <0.001 0.043 0.609 0.068 <0.001 0.063 | 5/9 |
| Myers et al. (2003) | Traitement : 76 Contrôle : 18 | Traitement intégré incluant des soins médicaux, obstétricaux, pédiatriques et de l'éducation parentale sur l'interaction mère/enfant vs aucun traitement | Quasi-expérimental | Poids à la naissance Âge gestationnel 1 minute Apgar 5 minutes Apgar Circonférence de la tête | 0.21 (0.26) -0.24 (0.26) 0.12 (0.26) 0.00 (0.26) 0.24 (0.26) | 0.428 0.354 0.642 1.000 0.370 | 6/9 |
| Sweeney et al. (2000) | Traitement : 87 Contrôle : 87 | Traitement ambulatoire pour abus de substances incluant des soins prénataux, de l'éducation parentale et des services de suivi développemental auprès des enfants vs aucun traitement | Quasi-expérimental | Faible poids à la naissance Nombre de visites prénatales Dépistage toxicologique positive infantile Admission à l'unité de soins intensifs néonataux | 0.72 (0.19) 0.56 (0.16) 0.87 (0.19) 0.74 (0.21) | <0.001 <0.001 <0.001 <0.001 | 4/9 |
| Whiteside-Mansell et al. (1999) | Traitement : 27 Contrôle : 10 | Traitement intégré résidentiel et ambulatoire incluant des soins prénataux de l'éducation parentale, des services de suivi développemental auprès de l'enfant et des services de santé mentales vs aucun traitement | Quasi-expérimental | Poids à la naissance Âge gestationnel Durée de l'accouchement 1 minute Apgar 5 minutes Apgar Circonférence de la tête Dépistage toxicologique positive infantile Complications à la naissance Durée d'hospit. après la naissance Durée d'hospit. à l'unité de soins après la naissance Âge gestationnel 1 minute Apgar | 0.53 (0.40) 0.75 (0.41) -0.61 (0.41) 0.00 (0.40) -0.65 (0.41) 0.65 (0.41) 0.91 (0.72) -0.14 (0.42) 0.33 (0.40) 0.24 (0.40) -0.24 (0.26) 0.12 (0.26) | 0.190 0.068 0.134 1.000 0.112 0.109 0.204 0.745 0.410 0.548 0.354 0.642 | 2/9 |

Traduction libre. Milligan et al. (2011), p. 547

L'efficacité des interventions intégrées auprès des femmes enceintes et mères

Le Tableau 3 présente six études comparant l'issue de la grossesse de femmes engagées dans un programme de traitement intégré versus des femmes ne recevant aucun traitement. La plupart des programmes de traitement intégré, qu'ils soient de type ambulatoire ou résidentiel, entraînent de meilleurs résultats sur l'issue de la grossesse comparativement à l'absence de traitement. En effet, la taille de l'effet varie de faible à forte pour plusieurs aspects de la grossesse.

Tableau 4 : Taille de l'effet composé de programmes de traitement intégré comparés à l'absence de traitement

| Résultat | Cohen's <i>d</i> | SE | <i>p</i> | <i>K</i> | Intervalle de confiance | Hétérogénéité |
|---|------------------|------|-------------|----------|-------------------------|--|
| Poids à la naissance | 0.46* | 0.20 | 0.024 | 5 | 0.60–0.86 | $Q = 20.92, df = 4$ $p < 0.001^{***}$ |
| Âge gestationnel | 0.20 | 0.12 | 0.438 | 4 | | $p = 0.117$ |
| 1 min. Apgar | -0.02 | 0.14 | 0.896 | 3 | | $p = 0.794$ |
| 5 min. Apgar | 0.12 | 0.15 | 0.418 | 3 | | $p = 0.074$ |
| Circonférence de la tête | 0.55*** | 0.15 | $p < 0.001$ | 3 | 0.26–0.84 | $p = 0.347$ |
| Petit poids à la naissance | 0.48** | 0.20 | 0.004 | 3 | 0.28–0.68 | $p = 0.085$ |
| Nombre de visites prénatales | 0.64 | 0.72 | 0.377 | 3 | | $p < 0.001^{***}$ |
| Complication à la naissance | 0.37* | 0.18 | 0.039 | 2 | 0.02–0.73 | $p = 0.172$ |
| Pourcentage de toxicologie négative | 0.87*** | 0.18 | $p < 0.001$ | 2 | 0.52–1.23 | $p = 0.951$ |
| Durée de l'accouchement | -0.06 | 0.48 | 0.902 | 2 | | $Q = 4.62, df = 1$ $p = 0.032^*$ |
| Durée d'hospitalisation | 0.85 | 0.47 | 0.070 | 2 | | $Q = 3.94, df = 1$ $P = 0.047^*$ |
| Prématurité | 0.46 | 0.25 | 0.067 | 2 | | $Q = 4.70, df = 1$ $p = 0.030^*$ |
| Admission aux soins intensifs néonataux | -0.42 | 0.29 | 0.137 | 2 | | $Q = 6.73, df = 1$ $p = 0.009$ |

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; *K* = nombre d'étude utilisant cette mesure; Traduction libre. Milligan et al. (2011), p. 550

Par ailleurs, les tailles de l'effet composé varient de faibles à fortes (0,37 à 0,87), plus spécifiquement en ce qui concerne le poids à la naissance, la circonférence de la tête, le taux de bébés ayant un faible poids à la naissance, les complications à la naissance et sur le taux de toxicologie négatif. Ces résultats permettent d'avancer que les programmes de traitement intégré comportent des avantages significatifs sur certains aspects de l'issue de la grossesse comparativement à l'absence de traitement. Enfin, les auteurs ont effectué une analyse permettant de connaître l'hétérogénéité des résultats de leur méta-analyse. Ainsi, ils observent une différence significative pour une variable en particulier, c'est-à-dire le poids à la naissance. Afin de savoir si cette différence est déterminée par la clientèle, le programme ou les caractéristiques du devis de l'étude, les auteurs ont réalisé des analyses comparatives. Ils concluent que les programmes résidentiels intégrés où les enfants peuvent être admis avec leur mère auraient un effet significativement plus favorable sur le poids du bébé à la naissance comparativement au programme de traitement intégré où les enfants ne seraient pas admis.

Tableau 5 : Études comparant des programmes de traitement intégré aux programmes de traitement non intégré

| Auteurs | N | Groupes | Devis | Mesures | Taille de l'effet (SE) | p | Qualité de l'étude |
|--------------------------|---------------------------------|--|---------------------|--|------------------------|-----------|--------------------|
| Barkauskas et al. (2002) | Traitement: 52 Contrôle: 73 | Programme résidentiel alternatif pour femmes enceintes incarcérées incluant des soins prénataux et post-partum et des lits pour les enfants après la naissance vs le programme de soins standard du centre de détention incluant des soins prénataux et la séparation de l'enfant après la naissance | Quasi-expérimentale | Poids à la naissance | 0.21 (0.24) | 0.370 | 5/9 |
| | | | | Âge gestationnel (semaine) | 0.05 (0.24) | 0.830 | |
| | | | | Pourcentage de complication à la naissance (difficulté respiratoire) | -0.11 (0.25) | 0.673 | |
| | | | | Petit pour l'âge gestationnel | -0.69 (0.91) | 0.447 | |
| Carroll et al. (1995) | Traitement: 7 Contrôle: 7 | Programme de traitement à la méthadone intégré incluant des soins prénataux et des soins aux enfants vs le programme de traitement à la méthadone standard et groupe de counseling | Essai randomisé | Poids à la naissance | 0.55 (0.54) | 0.315 | 1/5 |
| | | | | Âge gestationnel | 0.62 (0.55) | 0.257 | |
| | | | | Nombre de visites prénatales | 1.96 (0.65) | 0.003 | |
| | | | | Durée d'hospit. après la naissance | -0.20 (0.54) | 0.707 | |
| Chang et al. (1992) | Traitement: 6 Contrôle: 6 | Programme de traitement à la méthadone intégré incluant des soins prénataux et des soins aux enfants vs le programme de traitement à la méthadone standard et groupe de counseling | Quasi-expérimentale | Âge gestationnel (semaine) | 1.31 (0.61) | 0.033 | 3/9 |
| | | | | Nombre de visites prénatales | 2.57 (0.78) | p < 0.001 | |
| Watts (1999) | Traitement: 151 Contrôle: 96 | Traitement résidentiel intégré incluant de l'éducation parentale, des soins aux enfants et des lits pour les enfants vs traitement standard dans la communauté | Essai randomisé | Pourcentage de naissance prématurée | 0.35 (0.22) | 0.103 | 1/5 |
| | Traitement: 96 Contrôle: 96 | Traitement ambulatoire intégré incluant de l'éducation parentale, des soins aux enfants et des lits pour les enfants vs traitement standard dans la communauté | Essai randomisé | Pourcentage de naissance prématurée | 0.35 (0.24) | 0.132 | |

Traduction libre. Milligan et al. (2011), p. 549

Tableau 6 : Taille de l'effet composé de programmes de traitement intégré comparativement à des programmes de traitement non intégré

| Résultat | Cohen's <i>d</i> | SE | <i>p</i> | <i>K</i> | Intervalle de confiance | Hétérogénéité |
|------------------------------|------------------|------|----------|----------|-------------------------|---------------|
| Poids à la naissance | 0.27 | 0.22 | 0.221 | 2 | | 0.574 |
| Âge gestationnel | 0.27 | 0.21 | 0.185 | 3 | | 0.127 |
| Nombre de visites prénatales | 2.21** | 0.50 | <0.001 | 2 | 1.23–3.19 | 0.550 |
| Prématurité | 0.35* | 0.16 | 0.027 | 2 | 0.04–0.67 | 1.000 |

p* < 0,05; *p* < 0,01; ****p* < 0,001; Traduction libre. Milligan et al., (2011), p. 550

Le Tableau 5 rapporte quatre études comparant l'issue de la grossesse de femmes engagées dans un programme de traitement intégré à celles d'un programme de traitement non intégré. Globalement, les résultats montrent que les femmes engagées dans les programmes de traitement intégré présentent de meilleurs résultats sur l'issue de leur grossesse avec une taille de l'effet qui varie de faible à forte. Toutefois, les tailles de l'effet composé indiquent que les femmes engagées dans un programme de traitement intégré sont davantage présentes à leur suivi prénatal et tendent à moins donner naissance à leur bébé de façon prématurée (Tableau 6). Par ailleurs, bien que les programmes de traitement intégré ne présenteraient pas d'avantages significatifs en ce qui a trait au poids à la naissance, à l'âge gestationnel, aux complications à la naissance et à la durée d'hospitalisation après la naissance, favoriser la présence au rendez-vous de suivi prénatal des femmes enceintes correspond à un facteur déterminant sur l'issue de la grossesse.

Enfin, bien que les résultats de la méta-analyse de Milligan et al. (2011) mettent en lumière l'hétérogénéité des programmes destinés aux femmes enceintes et mères ayant une problématique de consommation, les tailles de l'effet composé montrent la supériorité des programmes de traitement intégré sur l'absence de traitement et quelques aspects de l'issue de la grossesse, lorsque comparés à des programmes de traitement non intégré.

L'efficacité de programmes de traitement intégré sur les pratiques parentales

En suivi à la méta-analyse plus large de Milligan et al. (2010), Niccols et al. (2012) ont évalué l'efficacité de programmes de traitement intégré sur les pratiques parentales. À partir des critères d'inclusion initiaux, ils ont retenu quatre essais randomisés publiés entre 1990 et 2011. Essentiellement, les auteurs ont constaté que ces études comportaient des distinctions en termes d'échantillonnage (femmes enceintes ou mères), de mesures (engagement dans les services de protection de l'enfant, risque de maltraitance, qualité de la relation parent/enfant, etc.) et des délais à l'intérieur desquels ces mesures ont été réalisées (début de traitement, fin de traitement, 6 semaines après le traitement, 6 ou 12 mois après le traitement).

Tableau 7 : Essais randomisés comparant des programmes de traitement intégré à des programmes de traitement non intégré sur les pratiques parentales

| Études | N | Groupes | Mesures | Temps de mesure | Taille de l'effet (SE) | p | % groupe traitement | % groupe contrôle | Qualité de l'étude |
|-----------------------------|--|---|--|------------------------------|------------------------|-------|---------------------|-------------------|--------------------|
| Huber (1999) | Traitement: 82 Contrôle:77 | Traitement résidentiel intégré vs traitement standard ambulatoire | Engagement dans les services de la protection de l'enfant | Prénatal et 1 an post-partum | | | 22 46 | 14 47 | 1/5 |
| | Traitement:81 Contrôle:77 | Traitement intégré ambulatoire vs traitement standard ambulatoire | Engagement dans les services de la protection de l'enfant | Prénatal et 1 an post-partum | | | 17 46 | 14 47 | 1/5 |
| Luthar et Suchman (2000) | Traitement: 32 Contrôle: 20 Traitement: 28 Contrôle: 19 | Traitement standard à la méthadone + une psychothérapie marternelle de groupe vs traitement standard à la méthadone | Risque de maltraitance | Post-tx | 0.54 (0.29) | 0.063 | | | 3/5 |
| | | | | Suivi 6 mois | 0.57 (0.30) | 0.060 | | | |
| | | | Interaction affective | Post-tx | 0.94 (0.30) | 0.002 | | | |
| | | | | Suivi 6 mois | 0.54 (0.30) | 0.074 | | | |
| | | | Gestion des limites | Post-tx | 0.08 (0.29) | 0.779 | | | |
| | | | | Suivi 6 mois | 0.20 (0.30) | 0.502 | | | |
| | | | Autonomie | Post-tx | 0.13 (0.29) | 0.649 | | | |
| | | | | Suivi 6 mois | 0.33 (0.31) | 0.270 | | | |
| Soutien parental | Post-tx | 0.00 (0.29) | 1.000 | | | | | | |
| | Suivi 6 mois | 0.21 (0.30) | 0.481 | | | | | | |
| | Post-tx | 0.49 (0.29) | 0.090 | | | | | | |
| | Suivi 6 mois | 0.35 (0.30) | 0.242 | | | | | | |
| Luthar et Suchman (2007) | Traitement: 60 Contrôle: 67 | Traitement standard à la méthadone + une psychothérapie marternelle de groupe vs Traitement standard à la méthadone + développement des habiletés | Risque de maltraitance | Post-tx | 0.23 (0.18) | 0.206 | | | 3/5 |
| | | | | Suivi 6 mois | 0.13 (0.18) | 0.471 | | | |
| | | | Interaction affective | Post-tx | 0.11 (0.18) | 0.527 | | | |
| | | | | Suivi 6 mois | 0.15 (0.18) | 0.400 | | | |
| | | | Satisfaction parentale | Post-tx | 0.10 (0.18) | 0.590 | | | |
| | | | | Suivi 6 mois | 0.18 (0.18) | 0.313 | | | |
| Suchman et al. (2010; 2011) | Traitement : 23 Contrôle: 24 | Traitement pour abus de substance en externe + intervention fondée sur l'attachement parental vs traitement pour abus de substances en externe + de l'éducation parentale | Acceptation | Post-tx | -0.04 (0.29) | 0.886 | | | 2/5 |
| | | | Engagement | Post-tx | 0.13 (0.29) | 0.653 | | | |
| | | | Cohérence | Post-tx | 0.02 (0.29) | 0.949 | | | |
| | | | Ouverture | Post-tx | 0.04 (0.29) | 0.897 | | | |
| | | | Sensibilité | Post-tx | 0.50 (0.30) | 0.092 | | | |
| | | | Qualité de la représentation | Suivi 6 sem. | 0.22 (0.29) | 0.455 | | | |
| | | | Comportement de soins | Post-tx | 0.70 (0.30) | 0.020 | | | |
| | | | | Suivi 6 sem. | 0.12 (0.29) | 0.678 | | | |
| | | | Dével. parentale – fonctionnement réflexif | Post-tx | 0.61 (0.30) | 0.042 | | | |
| | | | | Suivi 6 sem. | 0.22 (0.29) | 0.452 | | | |
| | | | Dével. parentale – fonctionnement réflexif centré sur soi | Suivi 6 sem. | -0.22 (0.29) | 0.452 | | | |
| | | | Dével. parentale – fonctionnement réflexif centré sur l'enfant | Suivi 6 sem. | 0.03 (0.29) | 0.93 | | | |

Traduction libre. Niccols et al., (2012), p. 7

L'efficacité des interventions intégrées auprès des femmes enceintes et mères

Les résultats du Tableau 7 montrent que les tailles de l'effet varient de faibles à fortes et que certains programmes de traitement intégré obtiennent significativement de meilleurs résultats comparativement aux programmes de traitement non intégré. C'est le cas notamment des programmes évalués par Luthar et Suchman (2000) et de Suchman et al. (2010 ; 2011). D'une part, les femmes exposées au programme de traitement intégré incluant le traitement standard de substitution à la méthadone et la participation à un groupe de psychothérapie relationnelle pour les mères axé sur le fonctionnement de la mère (gestion de la colère, de la dépression) et les capacités parentales (discipline en fonction de l'âge de l'enfant, alternatives aux punitions physiques) ont significativement amélioré leur interaction affective (Luthar et Suchman, 2000). D'autre part, les femmes exposées au programme de traitement intégré incluant le traitement ambulatoire standard pour abus de substance et une intervention fondée sur l'attachement ont significativement amélioré leur comportement affectif, leur fonctionnement et tendent à être plus sensibles à leur enfant après 3 mois de traitement. Toutefois, au suivi 6 mois plus tard, aucune différence n'a été observée entre les groupes (Suchman et al., 2010 ; 2011).

Enfin, au terme de leur méta-analyse, Niccols et al. (2012) concluent que les programmes de traitement intégré obtiennent de meilleurs résultats que les programmes de traitement non intégré sur certaines pratiques et attitudes parentales. Ces résultats soutiennent l'importance d'intervenir auprès des parents ayant une problématique de consommation afin de réduire les risques auxquels peuvent être exposés les enfants en brisant le cycle de la dépendance et en améliorant le fonctionnement parental.

Discussion

L'objectif du présent article est d'effectuer une synthèse des constats actuels relativement à l'efficacité des modèles d'intervention favorisant l'intégration des services auprès des femmes enceintes et des mères consommatrices de psychotropes. Quatre constats se dégagent de la présente synthèse :

1. L'abondance d'écrits scientifiques se rapportant à la parentalité et à la toxicomanie met en lumière les nombreux efforts déployés pour répondre aux besoins complexes de cette clientèle.
2. Lorsque l'on s'intéresse à l'efficacité des programmes de traitement intégré, il devient plus difficile d'identifier des études comparables en raison des nombreuses distinctions méthodologiques. Citons par exemple la taille des échantillons, la composition des échantillons (femmes enceintes/mères), les devis d'études (essai randomisé, quasi expérimental) et la qualité de ceux-ci évaluée à l'aide de grilles validées, la variété des programmes de traitement évalués (résidentiel, ambulatoire, traitement de substitution) ou encore la variété de mesures utilisées pour évaluer l'efficacité des programmes de traitement intégrés (consommation, issue de la grossesse, pratique parentale).
3. Malgré les nombreuses limites méthodologiques relevées, les experts du domaine ont établi des lignes directrices et des recommandations qui soutiennent les programmes de traitement intégré.
4. Les résultats observés dans le cadre de méta-analyses portent à croire que les programmes de traitement intégré présentent un effet supérieur comparativement à l'absence de traitement ou au programme non intégré en ce qui a trait aux aspects suivants :
 - a. Lorsque comparés à l'absence de traitement, les programmes de traitement intégré indiquent des résultats supérieurs sur la réduction de la consommation de substances et les femmes sont significativement plus nombreuses à obtenir un résultat négatif à leur test toxicologique

L'efficacité des interventions intégrées auprès des femmes enceintes et mères

(indiquant l'abstinence). Les programmes de traitement intégré contribuent également à un meilleur poids à la naissance, à la circonférence de la tête et à la réduction des complications à la naissance.

- b. Lorsque comparés aux programmes de traitement non intégré, les programmes de traitement intégré indiquent des résultats supérieurs concernant la présence des femmes à leur suivi prénatal. Elles tendent à moins donner naissance à leur bébé de façon prématurée. Elles tendent à davantage améliorer leur interaction affective et leur sensibilité auprès de leur enfant ainsi que leur fonctionnement.

Retombées, limites et pistes de recherche future

La présente synthèse fournit un accès aux connaissances actuelles concernant l'efficacité de programmes de traitement intégré auprès des femmes enceintes et mères consommatrices de psychotropes. Ces connaissances peuvent être utiles pour guider les prestataires de services notamment en leur fournissant différents modèles de traitement à déployer afin de mieux répondre aux multiples besoins de cette clientèle. Les différentes cibles d'intervention (consommation, issue de la grossesse, pratiques parentales) utilisées afin de documenter l'efficacité des programmes peuvent également inspirer les professionnels œuvrant auprès de cette clientèle dans l'élaboration de leur plan d'intervention ou toutes autres stratégies favorisant l'engagement de ces femmes dans leur traitement.

En contrepartie, peu d'études permettent de documenter l'efficacité des programmes de traitement intégré. En effet, l'hétérogénéité des programmes rend difficile le cumul de preuves. Ultérieurement, il serait souhaitable de réaliser davantage d'études utilisant des devis plus robustes de type essai randomisé afin de mieux documenter le potentiel des programmes de traitement intégré. Il serait également approprié d'évaluer l'efficacité de la combinaison de services nécessaires ou le moment où les dispenser afin d'assurer le succès de la grossesse. Il serait finalement pertinent de s'intéresser à la sévérité des comportements de consommation, aux types de substances consommées ainsi qu'aux caractéristiques des femmes enceintes et mères sur l'issue de leur grossesse.

Conclusion

L'objectif du présent article était d'effectuer une synthèse des constats actuels relativement à l'efficacité des modèles d'intervention favorisant l'intégration des services auprès femmes enceintes et mères consommatrices de psychotropes. La présente synthèse indique que les programmes de traitement intégré contribuent significativement au changement de comportement de consommation, sur l'issue de la grossesse ainsi que sur les pratiques parentales. Par ailleurs, compte tenu du peu d'études comparables et des nombreuses distinctions méthodologiques entre les études répertoriées, il apparaît justifié de poursuivre les travaux permettant de documenter davantage le potentiel des programmes de traitement intégré.

Références

- Agence de la santé publique du Canada (2009). *Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. Ottawa.
- April, N., Ouimet, A. M., Venne, M., Gagnon, H., et Hein, S. (2011). *Regards sur les activités en matière d'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale au Québec, de 2004 à 2010*. INSPQ : Gouvernement du Québec.
- Beaucage, B. (1999). *Le point sur la situation de la toxicomanie au Québec*. Gouvernement du Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Blaquière, L. J., et Paquet, C. (2009). *Le programme Jessie : ensemble pour protéger les tout-petits âgés de 0 à 5 ans*. Communication orale présentée au Colloque conjoint de l'Association des centres jeunesse du Québec et de la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanies, Montréal.
- Brousselle, A., Lamothe, L., Mercier, C., et Perreault, M. (2007). Beyond the limitations of best practices: How logic analysis helped reinterpret dual diagnosis guidelines. *Evaluation and Program Planning*, 30, 94-104.
- Carson, G., Vitale Cox, L., Crane, J., Croteau, P., Graves, L., Kluka, S., Koren, G., ...et Wood, R. (2010). Directive clinique de consensus sur la consommation d'alcool durant la grossesse. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 32(8), S1-S36.
- Center for Substance Abuse Treatment (2009). *Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 51*. HHS Publication No. (SMA) 09-4426. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Touati, N., et Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre, *Ruptures*, 8(2), 38-52.
- Couture, S., Fillion-Bilodeau, S., Kokin, J., Legault, L., et Brown, T. (2008). *La consommation de substances psychoactives pendant la grossesse et chez les mères et les pères d'enfants de 0 à 5 ans : une revue de la littérature*. Montréal : Pavillon Foster et Programme de recherche sur les addictions de l'hôpital Douglas.
- Desrosiers, P., et Ménard, J.-M. (2010). *Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance. Guide de pratique et offre de services de base*. Montréal : ACRDQ.
- Finnegan, L. (2013). *Consommation de drogues licites et illicites pendant la grossesse : Répercussions sur la santé maternelle, néonatale et infantile*. Série Toxicomanie au Canada. Ottawa : Ontario, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.
- Fleury, M.-J., Perreault, M., et Grenier, G. (2012). L'intégration des services pour les troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. Dans M. Landry, S. Brochu et C. Patenaude, *L'intégration des services en toxicomanie* (p. 9-33). Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Gouvernement du Québec (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018. Un projet porteur de vie*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec : Gouvernement du Québec.

L'efficacité des interventions intégrées auprès des femmes enceintes et mères

Gouvernement du Québec (2009). *Grossesse, alcool et drogues. Ce qu'il faut savoir. Document de soutien à l'intention des personnes qui interviennent auprès des femmes enceintes ou en âge de procréer.* Service des toxicomanies et des dépendances du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Lavergne, C., et Morissette, P. (2012). Nouvelle maternité en contexte de consommation abusive d'alcool et de drogue : ampleur, enjeu pour l'aide aux femmes enceintes et aux mères et pratique d'intervention. Dans M. Landry, S. Brochu et C. Patenaude, *L'intégration des services en toxicomanie* (p. 159-197). Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Marsch, J.-C., Smith, B.-D., et Bruni, M. (2011). Integrated substance abuse and child welfare services for women: A progress review. *Children and Youth Services Review*, 33, 466–472.

Millegan, K., Niccols, A., Sword, W., Thabane, L., Henderson, J., Smith, A., et Liu, J. (2010). Maternal substance use and integrated treatment programs for women with substance abuse issues and their children: a meta-analysis. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, (5)21, 1-14.

Millegan, K., Niccols, A., Sword, W., Thabane, L., Henderson, J., et Smith, A. (2011). Birth outcomes for infants born to women participating in integrated substance abuse treatment programs: A meta-analytic review. *Addiction Research and Theory*, 19(6), 542–555.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). *Plan d'action interministériel en toxicomanie, 2006-2011.* Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Niccols, A., Milligan, K., Sword, W., Thabane, L., Henderson, J., et Smith, A. (2012). Integrated programs for mothers with substance abuse issues: A systematic review of studies reporting on parenting outcomes. *Harm Reduction Journal*, 9(14), 1-11.

Ordean, A., et Kahan, M. (2011). Comprehensive treatment program for pregnant substance users in a family medicine clinic. *Le médecin de famille canadien*, 57(11), 430–435.

Organisation mondiale de la santé (2014). *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy.* Geneva : Switzerland.

Pepler, D.-J., Motz, M., Leslie, M., Jenkins, J., Espinet, S.-D., et Reynolds, W. (2014). *The Mother-Child Study: Evaluating Treatments for Substance-Using Women. A Focus on Relationships.* Canada : Mothercraft/Breaking the Cycle.

Poole, N. (2000). *Evaluation report of the Sheway Project for high-risk pregnant and parenting women.* Vancouver : British Columbia Centre of Excellence for Women's Health.

Potvin, S. (2014). La métaanalyse : Illustration pour déterminer si la toxicomanie aggrave les déficits cognitifs chez les personnes avec une schizophrénie. Dans M. Corbière et N. Larivière, *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé.* Presse de l'Université du Québec.

Rush, B., Fogg, B., Nadeau, L., et Furlong, A. (2008). *On the integration of mental health and substance use services and systems : Main Report.* Canada, Canadian executive council on addiction.

Santé Canada (2002). *Meilleures pratiques : Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie.* Ottawa : Santé Canada.

L'efficacité des interventions intégrées auprès des femmes enceintes et mères

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2014). *Addressing Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD)*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 58. HHS Publication No. (SMA) 13-4803. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2014a). *Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*, NSDUH Series H-48, HHS Publication No. (SMA) 14-4863. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.