

Trousse d'outils nationale

pour le dépistage des enfants et des adolescents identifiés et potentiellement affectés par l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale (ETCAF)



ACCSP



CAPHC

ASSOCIATION CANADIENNE DES CENTRES DE SANTÉ PÉDIATRIQUES
CANADIAN ASSOCIATION OF PEDIATRIC HEALTH CENTRES



Table des matières

SECTION DU LIVRET BROCHÉ

1. PRÉAMBULE	1
1.1 Raison d'être du projet	2
1.2 Qu'est-ce que l'ETCAF?	2
1.3 Les conditions du dépistage – Pourquoi dépister?	3
1.4 Processus de sélection et de développement des outils de dépistage	5
1.5 Objectif et utilisation de la Trousse d'outils 7	
2. LES OUTILS DE DÉPISTAGE	8
2.1 Caractéristiques des outils – Tableau	8
2.2 Outil de dépistage neurocomportemental – Feuille de données et outil	9
2.3 Test de méconium – Feuillet de données et outil	12
2.4 Guide de consommation d'alcool par la mère – Feuillet de données et outil	15
2.5 Outils de la roue de la médecine – Feuillet de données et introduction aux outils	26
2.6 Guide des agents de probation juvénile pour le dépistage de l'ETCAF et les renvois – Feuillet de données, table des matières du guide de l'utilisateur et outil	41
REMERCIEMENTS	49
ANNEXE A. CONSEILLERS NATIONAUX	50

OUTILS DÉTACHABLES DE LA TROUSSE D'OUTILS ET SECTION DU MATÉRIEL

1. OUTIL DE DÉPISTAGE NEUROCOMPORTEMENTAL (ODN)

- Matériel de soutien

2. TEST DE MÉCONIMUM

- Outil
- Matériel de soutien

3. GUIDE DE CONSOMMATION D'ALCOOL PAR LA MÈRE

- Diagramme et tableau des portions standards
- Guide de l'utilisateur

4. OUTILS DE LA ROUE DE LA MÉDECINE

- Description des outils
- Introduction aux outils

Les outils eux-mêmes, y compris l'index pour étudiant, les antécédents du développement, l'outil de développement communautaire et le jeu de cartes, sont inclus au Réseau d'échange des connaissances de l'ACCSP : <http://bit.ly/FASDScreening>

5. FORMULAIRE DE DÉPISTAGE ET DE RENVOI POUR LES AGENTS DE PROBATION JUVÉNILE

- Outil
- Guide de l'utilisateur

On peut avoir accès à la trousse complète d'outils de dépistage de l'ETCAF, aux références et aux publications, et les télécharger en se rendant au Réseau d'échange des connaissances de l'ACCSP : <http://bit.ly/FASDScreening>

Droits d'auteur

La Trousse d'outils nationale pour le dépistage des enfants et des adolescents identifiés et potentiellement affectés par l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF), incluant tous les outils individuels, est protégée par les lois sur le droit d'auteur au Canada et dans d'autres pays. L'Association canadienne des soins de santé pédiatriques (ACCSP) encourage les fournisseurs de services de santé, de services sociaux, d'enseignement et les services légaux/juridiques à utiliser et copier cette Trousse d'outils afin d'identifier les enfants et les adolescents courant un risque d'ETCAF.

Toutes les copies doivent conserver les mentions de droits d'auteur et autres ainsi que toutes les clauses de dénegation de responsabilité qui y sont contenues. Sauf dans les cas spécifiques indiqués ci dessus, aucune autre copie ou utilisation de la trousse d'outils ne sera permise, en entier ou en partie, sans le consentement écrit de l'ACCSP et(ou) des auteurs de l'outil de dépistage. Cette trousse d'outils ne pourra pas être utilisée à des fins commerciales. Aucune partie de son contenu ne sera interprétée comme octroyant une licence ou un droit quelconque dans le cadre des droits d'auteur de l'ACCSP.

Aucun contenu de cette Trousse d'outils ne devrait être utilisé comme substitut aux conseils, aux diagnostics et aux traitements médicaux de la part d'un professionnel autorisé des soins de santé.

1. PRÉAMBULE

Bienvenue à la Trousse d'outils nationale pour le dépistage des enfants et des adolescents identifiés et potentiellement affectés par l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF), la « Trousse d'outils ». L'élaboration de cette Trousse d'outils a constitué une exploration intéressante, parfois difficile, et toujours énergique, des développements les plus récents en matière de dépistage de l'ETCAF. Cette Trousse est un travail toujours en progrès! Y ont participé presque une centaine d'experts et de professionnels du Canada et des États-Unis, dirigés par notre comité directeur, qui ont travaillé inlassablement pour produire cette trousse. Tous les participants s'intéressent avec passion aux enfants et aux adolescents affectés par ce problème et sont engagés en matière de prévention, de dépistage, de diagnostic, intervention précoce et traitement. Par ce processus, les problèmes sociaux, économiques et culturels qui affectent profondément les familles et aboutissent à l'alcoolisme ont également été reconnus. Tous les participants continuent de militer vigoureusement en faveur de changements et de soutien pour ces familles.

Il est extrêmement important que le dépistage ne soit jamais utilisé comme substitut d'une évaluation complète et d'un diagnostic. Les outils de dépistage ne sont pas parfaits et ne peuvent que prédire la *probabilité* qu'un enfant ou un adolescent présente un risque élevé d'ETCAF. La mauvaise utilisation des outils de dépistage pourrait stigmatiser les individus et les familles. Elle est contraire aux principes éthiques de « ne pas nuire ».

De même, le dépistage ne devrait pas être effectué quand il n'y a pas d'accès à des services diagnostiques ou dans les régions où la capacité de diagnostic est si limitée qu'une personne devra attendre longtemps avant d'être vue. Dans ces situations, le dépistage deviendra probablement un diagnostic « de facto » et ne répondra pas aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent. Malheureusement, dans de nombreuses régions du Canada, l'accès à l'évaluation et au diagnostic est limité et des efforts sont nécessaires pour cerner et résoudre ce problème. On estime que la prévalence de l'ETCAF au Canada s'élève à 9.1 par 1 000^s naissances vivantes, ce qui souligne le besoin pressant d'augmenter la capacité d'évaluation et de traitement.

Le Comité directeur a toujours employé des critères d'évaluation et de choix des outils de dépistage et ce processus doit continuer, alors que de nouveaux outils émergent et que les outils existants sont raffinés. De plus, les outils de cette trousse doivent être mis appliqués plus largement pour que l'on puisse mieux tester leur efficacité. C'est dans ce contexte que nous présentons cette Trousse d'outils. Le Comité directeur invite les utilisateurs à contribuer au processus de développement de l'outil en fournissant des commentaires et des suggestions quant aux outils déjà utilisés. Ces commentaires peuvent être envoyés au bureau de l'ACCSP à dschleyer@ACCSP.org.

^s Les estimations de l'incidence et de la prévalence du SAF sont basées sur celles présentées dans *Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale : lignes directrices canadiennes concernant le diagnostic*

1.1 Raison d'être du projet

Le 1^{er} mars 2005, l'Agence de santé publique du Canada a appuyé le document Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale : lignes directrices canadiennes concernant le diagnostic, Chudley et al. (*Fetal Alcohol Spectrum Disorder: Canadian guidelines for diagnosis*). CMAJ • 1^{er} mars 2005; 172 (5 suppl) http://canadianmedicaljournal.ca/cgi/reprint/172/5_suppl/SF1. La capacité des cliniques de diagnostic continue d'être faible comparée à la prévalence de l'ETCAF. La validité et la fiabilité des outils de dépistage disponibles n'ont pas encore été systématiquement évaluées, ce qui limite la capacité des professionnels des soins de la santé et alliés du Canada à fournir un dépistage cohérent de l'ETCAF et de renvoyer leurs patients pour des évaluations et des diagnostics plus poussés.

En partenariat avec de nombreux experts en ETCAF, des chercheurs et des organismes, l'Association canadienne des soins de santé pédiatriques (ACCSP) a facilité une initiative nationale, soutenue par l'Agence de santé publique du Canada, intitulée : « *Developing a National Screening Tool Kit for Those Identified and Potentially Affected by FASD* ». Les D^{rs} Albert Chudley, Sterling Clarren, Gideon Koren, Christine Loock, Stuart MacLeod et Ted Rosales ont constitué les experts en matière de contenu qui ont dirigé le Comité directeur du projet. Des chercheurs et des fournisseurs de soins de première ligne ont contribué leur savoir et leurs compétences, en participant à chaque étape de l'évaluation et du développement de l'outil. Voir annexe A : Conseillers nationaux.

Les objectifs primaires de cette initiative ont été les suivants :

- évaluer de manière critique les outils et les méthodes d'évaluation de l'ETCAF utilisés au Canada pour les renvois ou l'acceptation dans les cliniques diagnostiques;
- évaluer les valeurs pratiques (sensibilité, spécificité et valeurs prédictives) de ces outils, et
- élaborer des lignes directrices pratiques (la Trousse d'outils), basées sur les outils identifiés et évalués.

1.2 Qu'est-ce que l'Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale?

L'Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) n'est pas un diagnostic mais un terme général décrivant la gamme d'effets qui peuvent être causés par l'exposition prénatale à l'alcool. Ces effets incluent à la fois des manifestations physiques et invisibles. L'exposition à l'alcool au cours des premières semaines de la grossesse peut aboutir à des traits faciaux caractéristiques (anomalies faciales) et l'exposition plus tard au cours de la grossesse peut causer une déficience sur le plan de la croissance. L'exposition à n'importe quel moment pendant la grossesse peut causer des dommages au cerveau qui se développe, des conséquences qui pourraient durer toute la vie.

L'alcool peut affecter le cerveau tout entier, y compris sa structure et son fonctionnement. La manière dont le cerveau est affecté par l'alcool est reliée à la quantité d'alcool consommée, au mode d'utilisation de l'alcool, au moment de la consommation et à la santé générale de la mère, y compris sa nutrition et sa génétique, ainsi que d'autres facteurs prénataux qui n'ont pas encore mal définis.

Bien que l'on reconnaisse le rôle important de l'exposition prénatale à l'alcool, il faut se garder d'attribuer à l'alcool tous les problèmes d'apprentissage et de comportement. D'autres facteurs prénataux peuvent affecter le développement, en particulier d'autres expositions (comme au tabac,

¹ Tiré de J. Conry et K. Asante Youth Probation Officers' Guide to FASD Screening and Referral 2010

à la cocaïne et à certains médicaments sur ordonnance), d'autres problèmes génétiques (comme le syndrome de Down) et autres caractéristiques génétiques (antécédents familiaux de problèmes d'apprentissage, THADA et troubles de santé mentale).

Les facteurs postnataux sont aussi importants à déterminer car ils contribuent aussi aux résultats développementaux de l'enfant. Les antécédents d'abus, de négligence et de placement dans des foyers multiples peuvent aussi affecter le comportement et le développement.

Au Canada, l'approche recommandée à l'évaluation et au diagnostic de l'ETCAF a été établie par des *lignes directrices*. L'ETCAF est un diagnostic médical préférablement posé par une équipe multidisciplinaire consistant d'un pédiatre (ou d'autres spécialistes ayant de l'expérience en dysmorphologie, problèmes génétiques et handicaps développementaux), un psychologue, un orthophoniste et d'autres professionnels de la santé pouvant interpréter les résultats selon l'optique de leur discipline respective. L'évaluation complète de l'ETCAF comporte l'évaluation des antécédents sociaux, éducatifs et médicaux, des examens médicaux et des évaluations neurocomportementales.

Le dépistage de l'ETCAF ne peut pas substituer une évaluation complète du diagnostic. Les outils de dépistage ne sont pas parfaits et ne peuvent que prédire la probabilité qu'un enfant va courir un risque d'ETCAF.

1.3 Les conditions du dépistage – Pourquoi dépister?

- L'Organisation mondiale de la santé et l'United Kingdom National Screening Committee Identification of Screening
- Critères de dépistage dans le contexte du dépistage de l'ETCAF, et
- Avantages et inconvénients du dépistage de l'ETCAF.

L'UK National Screening Committee définit le dépistage comme :

« Un service de santé publique où les membres d'une population définie, qui ne perçoivent pas nécessairement être exposés au risque ou qui sont déjà affectés par une maladie ou ses complications, sont interrogés ou reçoivent l'offre d'un test, pour identifier les individus qui seront probablement davantage aidés que gênés par d'autres tests ou traitements, pour réduire le risque d'une maladie et ou de ses complications. »

Bien que le dépistage permette de sauver ou d'améliorer la qualité de vie par le biais du diagnostic précoce de problèmes graves, il ne s'agit pas d'un processus garanti. Le dépistage peut réduire le risque de développer un problème ou ses complications, mais ne peut pas offrir une garantie de protection. Dans tout programme de dépistage, il y a un minimum irréductible de résultats faux positifs (personne signalée par erreur comme ayant le problème) et de faux résultats négatifs (personne signalée par erreur comme n'ayant pas le problème).

Un dépistage efficace est économique et administré rapidement. Un dépistage réussi identifiera plus que seulement les personnes pouvant être affectées par le problème. Dans la plupart des cas, ces personnes sont renvoyées en vue d'une évaluation plus poussée et d'un diagnostic visant à confirmer le problème. Un bon test de dépistage doit être à la fois très sensible et très spécifique. La sensibilité est la capacité d'identifier correctement les personnes ayant le problème dans une

population testée comme étant positive au dépistage. La spécificité et la capacité d'identifier correctement les personnes n'ayant pas le problème dans la population dépistée comme étant négative. Plus la sensibilité et la spécificité sont élevées, plus le test sera exact. La valeur prédictive positive (VPP) est la probabilité du problème parmi les individus ayant un test positif. La valeur prédictive négative est la probabilité de l'absence de problème chez les personnes ayant un test négatif. Une norme de référence, c'est-à-dire une méthode alternative, pour déterminer le problème indépendamment du test de dépistage, est nécessaire. À l'heure actuelle, une telle norme n'est pas disponible pour l'ETCAF à part un bilan diagnostique complet.

Critères de dépistage dans le contexte du dépistage de l'ETCAF

Selon l'Organisation mondiale de la santé, les conditions suivantes devraient être rencontrées pour mettre en vigueur avec succès un programme de dépistage :

- i. un test convenable devrait exister;
- ii. la maladie ou le problème dépisté devrait être important sur le plan médical, social ou économique;
- iii. l'histoire naturelle de la maladie devrait être comprise et la population à risque devrait être identifiable;
- iv. le test devrait être acceptable à la population;
- v. le problème devrait être reconnaissable à une phase précoce;
- vi. il doit y avoir un traitement accepté et efficace pour le problème;
- vii. il devrait y avoir des possibilités d'évaluation, de diagnostic et de réadaptation;
- viii. les interventions devraient être acceptables à la population;
- ix. le coût du dépistage ne devrait pas être beaucoup plus élevé que le coût des soins aux personnes affectées, et
- x. les programmes de dépistage devraient représenter un processus continu.

La raison d'être du dépistage de l'ETCAF répond à la plupart, mais pas à tous ces critères. Le dépistage universel de l'ETCAF devrait donc être envisagé avec soin dans le contexte de ces critères. Par exemple, les arguments en faveur du dépistage incluent :

Les avantages

- La prévalence de l'ETCAF au Canada est estimée à 9,1 pour 1 000^s naissances vivantes; le coût estimé sur toute la vie d'une personne ayant l'ETCAF est d'un million de dollars.
- L'histoire naturelle de l'ETCAF est assez bien comprise.
- Les tests de dépistage possibles de l'ETCAF sont non invasifs.
- Les interventions comme le diagnostic précoce, l'éducation spéciale, les ressources et le milieu ont été démontrées comme réduisant les effets des handicaps du développement chez les enfants qui ont un ETCAF.
- La réduction de ces handicaps peut aboutir à des économies pour la société pouvant contrebalancer les coûts de dépistage.

^s Les estimations de l'incidence et de la prévalence du SAF sont basées sur celles présentées dans *Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale : lignes directrices canadiennes concernant le diagnostic*

Les défis entourant le dépistage de l'ETCAF incluent :

- Bien que les établissements de diagnostic et d'évaluation de l'ETCAF existent au Canada, il y a une carence reconnue dans ce domaine et la capacité est limitée. Les temps moyens d'attente dans les cliniques diagnostiques vont de six mois à deux ans;
- L'acceptabilité des différentes méthodes de test n'a pas été entièrement explorée. Bien que les tests soient non invasifs, il pourrait y avoir des questions éthiques et de stigmatisation pour les mères et les enfants, ainsi que des questions de temps/coût pour les fournisseurs de services, et
- Dans certaines régions du Canada, le problème n'est pas reconnu de manière universelle et on pense qu'il ne se produit que dans certains secteurs de la population.

1.4 Processus de sélection et de développement de l'outil de dépistage

Un processus approfondi a été élaboré pour identifier, évaluer et développer des outils de dépistage de l'ETCAF pour les enfants et les adolescents, ainsi que fournir une méthodologie efficace pour l'évaluation et le développement continu de l'outil. Ce processus a inclus :

- Sondage auprès des cliniques diagnostiques du Canada
- Étude bibliographique critique
- Création d'un conseil consultatif national
- Ateliers pour les chercheurs et les fournisseurs de première ligne
- Pilotage des outils, et
- Processus pour l'évaluation future des outils.

Sondage auprès des cliniques diagnostiques de l'ETCAF :

Un sondage a été effectué auprès des cliniques diagnostiques d'ETCAF au Canada pour évaluer les outils et les méthodes de dépistage actuellement utilisés. Le sondage a révélé qu'il n'y avait pas d'outils utilisés de manière cohérente dans tous les centres diagnostiques pour l'acceptation des renvois. Les critères les plus courants utilisés étaient les antécédents d'exposition à l'alcool, et les types de problèmes cognitifs et comportementaux correspondant à un développement atypique du cerveau.

Étude bibliographique critique des articles nord-américains :

Une étude bibliographique critique des articles nord-américains sur les outils de dépistage de l'ETCAF et les méthodes utilisées dans ce domaine a été effectuée. La bibliographie a révélé que plusieurs outils de dépistage étaient utilisés pour identifier les personnes ayant un ETCAF. Il s'agissait du dépistage du phénotype facial de l'ETCAF, du manque de croissance intra-utérine, de l'échographie, de l'EEG, de l'IRM, de l'IDT, de l'analyse du méconium, des cheveux, du sang du cordon, des caractéristiques psychologiques/neurocomportementales et du dépistage au niveau du système judiciaire. Cette revue a conclu qu'une étude plus poussée sur les outils de dépistage de l'ETCAF était nécessaire. Des ressources devraient être consacrées à l'amélioration des outils actuels de dépistage ainsi qu'à l'identification d'outils de dépistage plus spécifiques. L'étude précisait aussi que l'identification d'un outil de dépistage réussi pourrait ne pas être tâche facile vu la complexité des caractéristiques neurocomportementales et développementales associées à l'ETCAF. De plus, les variables en matière de population, incluant l'origine ethnique, et la culture rendent difficile le choix d'un outil de dépistage approprié. http://www.caphc.org/documents/programs/fasd/final_fasd_lit_review.pdf

Conseil consultatif national

Un groupe de conseillers nationaux a été créé, regroupant des experts reconnus du Canada et des États-Unis ainsi que des fournisseurs de soins de première ligne venant de plusieurs horizons professionnels et juridictionnels, comme médecins, infirmières, enseignants, thérapeutes, conseillers, psychologues et intervenants en matière de justice des jeunes. Voir annexe A : Conseillers nationaux. Une série d'ateliers et de sessions pilotes a été effectuée afin d'évaluer, choisir et améliorer les outils de dépistage. Le compte rendu est disponible au site Web de l'ACCSP :

http://www.caphc.org/programs_fasd.html.

- **Atelier d'étude des outils** : des chercheurs et des experts en matière de contenu ont étudié de manière critique les outils et les méthodes de dépistage, et ont participé à un atelier en octobre 2007 pour offrir des suggestions quant à quel niveau les outils et méthodes identifiés sont adéquats
- **Atelier de faisabilité des outils** : atelier d'une journée pour les fournisseurs de services de première ligne, organisé en mars 2008 pour passer en revue les outils et les méthodes de dépistage identifiés, ainsi que pour évaluer la possibilité de la mise en vigueur de ces méthodes de dépistage dans le pays. À la suite de cet atelier, une session d'une demi-journée a été organisée pour les participants travaillant dans les communautés des Premières nations et des communautés inuites. Cette session a été soutenue et financée par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.
- **Ateliers pilotes pour les outils** : selon les résultats des ateliers précédents, les cinq outils et manuels choisis ont été testés auprès d'utilisateurs possibles (professionnels de première ligne) en février 2010, pour évaluer en plus grand détail leur application pratique dans différents milieux et dans différentes juridictions.

Ce processus complet a abouti à l'élaboration de cette Trousse d'outils. Ce processus peut être utilisé pour continuer d'évaluer les développements en matière de dépistage de l'ETCAF, alors que de nouvelles connaissances sont acquises, grâce à la mise en vigueur plus large des outils et alors que de nouveaux outils et de nouvelles méthodes émergent.

1.5 Objectif et utilisation de la Trousse d'outils

- Critères d'évaluation des outils
- Deux catégories d'outils : comportement mal adapté; exposition prénatale à l'alcool
- Gamme des âges et des populations visées
- Choix et utilisation des outils par les fournisseurs de services de première ligne
- Format de la trousse pour utilisation facile, et
- Développement plus poussé des outils.

La Trousse d'outils a été mise au point à l'aide d'un ensemble de critères pour évaluer les outils identifiés sur le plan de la sensibilité, de la spécificité, des valeurs prédictives positives et négatives et pour leur applicabilité pratique sur les plans suivants :

- facilité d'utilisation;
- accessibilité;
- coût;
- compétences nécessaires;
- relevance culturelle, et
- interprétation des résultats.

Les outils de dépistage de l'ETCAF se placent dans deux catégories principales : les outils qui dépistent chez les enfants et les adolescents le comportement mal adapté associé à l'ETCAF et les outils qui sont conçus pour obtenir des informations sur la consommation d'alcool chez la mère et confirmer l'exposition prénatale à l'alcool. La confirmation de l'exposition prénatale à l'alcool est d'une importance critique pour l'évaluation de l'ETCAF.

Un thème commun émerge des ateliers : *il n'existe pas de solution universelle*. Les différents âges, étapes et milieux, déterminent quel outil sera le plus approprié. La Trousse d'outils fournit un certain nombre d'options pour veiller à ce qu'il y ait de nombreuses façons de dépister l'ETCAF chez les enfants et les adolescents.

Les professionnels utilisant la Trousse peuvent choisir l'outil qui correspond le mieux au client et à l'objectif du dépistage, c'est-à-dire l'exposition prénatale à l'alcool ou le comportement mal adapté associé à l'ETCAF. Les outils et les manuels/instructions sont groupés séparément pour faciliter leur utilisation. Chaque outil et matériel relatif est également disponible au complet en format électronique au Réseau d'échange des connaissances de l'ACCSP : <http://bit.ly/ETCAFScreening>.

Veuillez noter qu'actuellement des outils de dépistage n'ont pas été identifiés pour tous les groupes d'âge d'enfants et d'adolescents. En particulier, il y a une lacune au niveau des groupes d'âge préscolaire, où une intervention précoce pourrait avoir des avantages significatifs. De même, les outils de dépistage pour les adultes n'ont pas été explorés. Le processus qui a été utilisé pour préparer cette Trousse d'outils pourrait aussi être employé pour explorer ces groupes d'âge.

2. LES OUTILS DE DÉPISTAGE

2.1 Caractéristiques des outils

Le tableau suivant résume les catégories d'outils de dépistage, leur population visée, ainsi que les milieux de mise en vigueur et les secteurs/juridictions associés.

OUTIL	TYPE DE DÉPISTAGE	POPULATION DÉPISTÉE	MILIEU	SECTOR
Outil de dépistage neurocomportemental (ODN)	Comportement mal adapté	6–18 ans	Écoles élémentaires et secondaires, soins actifs et santé mentale des enfants	Santé et Services sociaux, milieu scolaire
Test de méconium EEAG	Exposition prénatale	Nouveau-né Mère à risque	Hôpital/maison	Santé
Guide des antécédents maternels	Exposition prénatale	Femmes à risque	Soins primaires, soins prénataux, santé mentale de la femme, soins de santé spécialisés pour l'enfant	Santé, services sociaux
Roue de la médecine index des étudiants Roue de la médecine antécédents développementaux	Comportement mal adapté Exposition prénatale	4–14 ans Mères à risque	École élémentaire et moyenne Situation à la maison, services de conseil	Milieu scolaire Santé, services sociaux
Formulaire de dépistage et de renvoi pour l'ETCAF destiné aux agents de probation juvénile	Comportement mal adapté	Adolescents	Système de justice pour les jeunes	Justice

2.2 Outil de dépistage neurocomportemental – Feuille de données, outils et instructions

Description

L'Outil de dépistage neurocomportemental (ODN) identifie les articles de la Liste de pointage pour le comportement de l'enfant (LPCE), qui peuvent dépister le phénotype comportemental de l'ETCAF. Quand les enfants sont testés avec cet outil, de nombreux enfants ayant un ETCAF ont démontré des caractéristiques comportementales spécifiques. Quand on compare les enfants ayant un ETCAF aux enfants ayant un THADA et un trouble oppositionnel avec provocation/trouble des conduites, sept points de la LPCE associés aux troubles de conduite ont été observés chez les enfants ayant un ETCAF :

- l'enfant a un comportement trop jeune pour son âge;
- il ne peut pas se concentrer ou a une mauvaise capacité d'attention;
- il ne peut pas rester tranquille, il est agité, hyperactif;
- désobéissant à la maison;
- pas de culpabilité après un mauvais comportement;
- il agit de manière impulsive, sans penser, et
- il ment ou triche.

Avantages

- Un outil de dépistage permettant d'identifier les enfants qui pourraient avoir un ETCAF et établir la différence entre les enfants affectés par un THADA, un trouble oppositionnel avec provocation/trouble de conduite, et les enfants ayant un ETCAF, et
- Une simple liste de pointage pouvant être administrée au parent ou à un aidant par un professionnel de la santé ou des services sociaux.

Limites

- Cette recherche n'a pas été répétée dans une population importante. Des variances portant à confusion comme : âge, sexe, statut socioéconomique, situation à la maison et effets du QI, n'ont pas été examinées.

Population visée par le dépistage

Enfants et adolescents de 6 à 18 ans

Administration de l'outil

Le fournisseur de services de santé ou de services sociaux l'administre au parent ou à l'aidant

Temps nécessaire

Moins de cinq minutes

Coût

Gratuit pour utilisation au Canada (voir description du droit d'auteur)

Bibliographie

K. Nash, J. Rovet, R. Greenbaum, E. Fantus, I. Nulman, and G. Koren Identifying the behavioural phenotype in fetal alcohol spectrum disorder: sensitivity, specificity and screening potential. Arch Women's Mental Health (2006) 00: 1-6

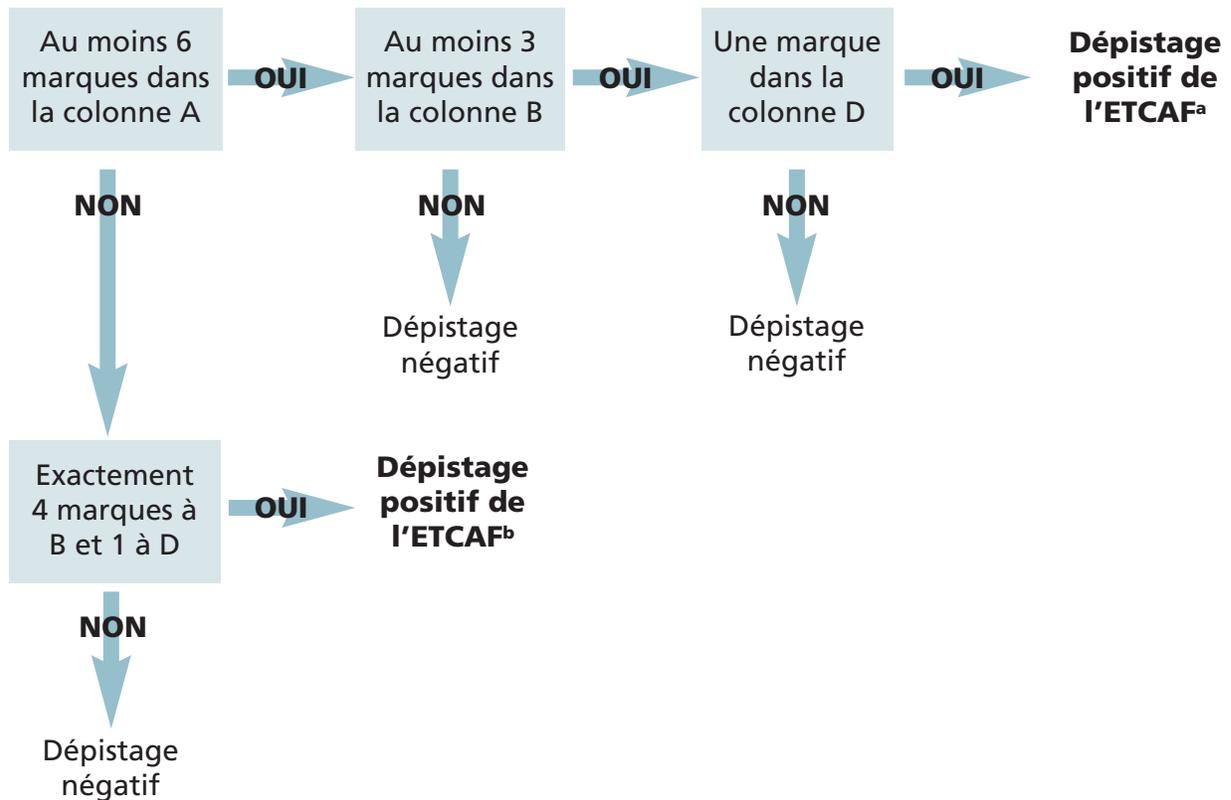
Outil de dépistage neurocomportemental (ODN) : Lignes directrices et scores

Ce formulaire d'ODN est conçu pour être administré aux aidants d'enfants et d'adolescents soupçonnés d'avoir un ETCAF, basé sur des observations sur le comportement. L'aidant devrait assez bien connaître l'enfant pour être en mesure de répondre à toutes les questions de ce formulaire. Le formulaire doit être administré au répondant par un professionnel qualifié de la santé ou des services sociaux, comme travailleur social, personnel d'application de la loi, psychologue ou travailleur des services à l'enfance et à la jeunesse, dans le contexte d'une entrevue clinique. Ce formulaire ne doit pas être rempli par l'aidant. L'utilisateur doit expliquer que son objectif, est de dresser un tableau du comportement de l'enfant au cours des six derniers mois.

1. Votre enfant a-t-il jamais été vu ,accusé , ou considéré d'agir de manière plus jeune que son âge? <i>Cochez toutes les colonnes si oui est applicable.</i>	OUI	NON
2. Votre enfant a-t-il été vu,accusé, ou considéré d'être désobéissant à la maison? <i>Cochez les colonne « A » et « C » si oui est applicable.</i>	OUI	NON
3. Votre enfant a-t-il été vu, accusé, ou considéré de mentir ou tricher?	OUI	NON
4. Votre enfant a-t-il été vu,accusé, ou considéré de ne pas se sentir coupable après s'être mal comporté? <i>Cochez les colonnes « A » et « C » pour chaque « OUI ».</i>	OUI	NON
5. Votre enfant a-t-il été vu, accusé, ou considéré d'avoir de la difficulté à se concentrer, de ne pas pouvoir être attentif pendant longtemps?	OUI	NON
6. Votre enfant a-t-il été vu,accusé, ou considéré d'agir de manière impulsive, sans penser?	OUI	NON
7. Votre enfant a-t-il été vu,accusé, ou considéré d'avoir de la difficulté à rester tranquille. A-t-il été jugé hyperactif ou agité? <i>Cochez la colonne « A » pour chaque « OUI ».</i>	OUI	NON
8. Votre enfant a-t-il été vu,accusé, ou considéré de commettre des actes de cruauté, de harcèlement ou de ne pas être gentil avec les autres?	OUI	NON
9. Votre enfant a-t-il été vu, accusé, ou considéré de voler des objets à la maison?	OUI	NON
10. Votre enfant a-t-il été vu, accusé, ou considéré de voler des objets à l'extérieur de la maison? <i>Cochez la colonne « B » pour chaque « OUI » .</i>	OUI	NON

A	B	C	D
----------	----------	----------	----------

Les étapes du score : L'ODN doit être noté selon les étapes suivantes.



Caractéristiques statistiques

Dépistage positif (a) : Distingue l'ETCAF des enfants qui se développent typiquement avec un taux de faux positif de 14 % et de faux négatif de 18 % (sensibilité 86 % et spécificité 82 %) et des enfants ayant un THADA avec un taux de faux positif de 19 % et de faux négatif de 28 % (sensibilité 81 % et spécificité 72 %).

Dépistage positif (b) : Distingue l'ETCAF sans symptômes de THADA des enfants qui se développent typiquement avec un taux de faux positif de 30 % et de 20 % de faux négatif (sensibilité 70 % et spécificité 80 %).

N.B. : Si la case « D » n'est pas cochée, on ne peut pas distinguer l'ETCAF du ODD/CD.

2.3 Test de méconium – Feuillet de données et outil

Description

Cet outil de dépistage vise le nouveau-né. Le méconium, la première selle du bébé, est disponible seulement du premier au troisième jour de vie et les échantillons doivent donc être recueillis pendant cette période. Quand le fœtus est exposé à de grandes quantités d'alcool consommé par la mère, il accumule les produits de dégradation de l'alcool, les esters éthyliques d'acides gras (EEAG) qui peuvent être mesurés et on peut ainsi confirmer l'exposition fœtale à l'alcool.

Cet outil peut être utilisé pour identifier dans la population les taux d'exposition importante à l'alcool pendant la grossesse ou servir dans les cas individuels de risque élevé soupçonné.

Avantages

- Meilleure compréhension de l'épidémiologie de l'exposition à l'alcool pendant la grossesse;
- Amélioration des initiatives de santé publique pour aborder l'ETCAF;
- Amélioration du diagnostic précoce et résultant ainsi à des interventions précoces, et
- Identification des grossesses à risque élevé avec avantage possible tant pour la mère que pour l'enfant.

Limites

- Le test de méconium est limité car il reflète la consommation d'éthanol seulement après 12 semaines post-conception;
- En l'absence d'une interprétabilité complète, les résultats du test de méconium pourraient être mal utilisés par les tribunaux et les agences de services sociaux;
- L'impact possible sur l'individu, la famille et le groupe culturel nécessite une réflexion attentive, et
- Le test de méconium est relativement coûteux actuellement, ce qui sera réduit avec une mise en vigueur à plus grande échelle.

Population visée par le dépistage

Nouveau-nés, mères à risque

Administration de l'outil

Fournisseurs de soins de santé, comme : infirmières, médecins, sages-femmes

Temps nécessaire

Moins de 5 minutes (une fois que le consentement éclairé a été fourni)

Coût

150 \$ par échantillon, plus frais d'envoi et de manutention

Bibliographie

J. Gareri, H. Lynn, M. Handley, C. Rao, G. Koren. Prevalence of Fetal Ethanol Exposure in a Regional Population-Based on Meconium Analysis of Fatty Acid Ethyl Esters. *Ther Drug Monit* _ Volume 30, Numéro 2, avril 2008

Le test de méconium pour l'exposition à l'alcool *in utero*

Préambule :

Cet outil de dépistage concerne le nouveau-né. Comme le méconium (la première selle du bébé) n'est disponible que pendant la période du premier au troisième jour de la vie, ce test ne peut pas être fait sur les selles suivantes, car celles-ci ne contiennent plus de matière accumulée pendant la grossesse.

Cet outil peut être utilisé pour un dépistage de la population visant à déterminer les taux d'exposition importante à l'alcool pendant la grossesse ou dans les cas individuels de risque élevé soupçonné.

Un test de méconium positif permettra d'identifier deux patients courant un risque : le bébé, qui pourrait courir un risque plus élevé d'ETCAF, et la mère qui a bu de manière importante pendant la grossesse. Comme le méconium ne commence à se former que pendant le deuxième trimestre de la grossesse, un test de méconium positif est un marqueur de la dépendance à l'alcool, car la mère n'a pas pu arrêter de boire après avoir découvert qu'elle était enceinte. En fournissant de l'aide à la mère, on peut améliorer son état mais aussi veiller à ce que ses prochains enfants ne soient pas exposés à l'alcool.

Quand le fœtus est exposé à une grande quantité d'alcool par la mère, il peut accumuler les produits de dégradation de l'alcool, les esters éthyliques d'acide gras, qui peuvent être mesurés et permettre ainsi de confirmer l'exposition fœtale à l'alcool. Comme le méconium commence à se former pendant le deuxième trimestre de la grossesse, ce test peut cerner la consommation d'alcool qui a continué pendant le deuxième et le troisième trimestres.

Comment soumettre un échantillon en vue du test

Étape 1

Collecter un minimum d'un gramme de méconium dans une petite bouteille en plastique propre, étiquetée (comme un flacon de collecte d'urine). Garder l'échantillon réfrigéré. Si le premier échantillon de méconium est collecté pendant la fin de semaine, il faudra le garder réfrigéré et l'envoyer dès que possible le lundi matin. Si cela prend plus de 48 heures pour atteindre Motherisk, on devra congeler l'échantillon à -20 °C et l'envoyer sur de la glace sèche.

Étape 2

Inclure une lettre avec l'échantillon mentionnant ce qui suit :

- Pourquoi la consommation d'alcool est-elle soupçonnée?
- Où faut-il envoyer les résultats?
- Où faut-il envoyer la facture?

Envoyer à :

Joey Gareri, Laboratoire Motherisk, Hospital for Sick Children
555 University Avenue, Toronto (Ontario) M5G 1X8

Veillez noter : Il est absolument **essentiel d'inclure à la demande les informations suivantes** :

- Médecin qui a prescrit le test
- Date de naissance
- Date et heure de la collecte de l'échantillon

Comment l'échantillon est-il testé?

Une fois que nous aurons reçu l'échantillon, les esters éthyliques d'acide gras (EÉAG) sont extraits du méconium et analysés à l'aide de la méthode de chromatographie en phase gazeuse. Les calculs finaux sont basés sur des normes établies.

Les niveaux de FAEE dépassant 2 nm/g de méconium indiquent une exposition importante du fœtus à l'alcool pendant le 2^e-3^e trimestre (*c'est-à-dire, après que le méconium a commencé à se former*). Ce test ne peut donc pas détecter l'exposition à l'alcool pendant le premier trimestre.

Combien de temps le test prend-il?

Il faut deux jours pour analyser un échantillon de méconium. Cependant, les échantillons sont testés en groupes. Selon le nombre d'échantillons reçus, un nouveau groupe pourrait être testé toutes les une ou deux semaines.

Quels sont les avantages du test de méconium?

Comme le méconium commence à se former pendant le deuxième trimestre de la grossesse, cette analyse fournit des informations concernant l'exposition à l'alcool pendant le deuxième et le troisième trimestres.

Quelles sont les limites du test de méconium?

Ce test ne peut pas préciser le moment spécifique (jour, semaine ou mois) de la grossesse pendant laquelle la consommation d'alcool s'est produite. Bearer et al ont indiqué une corrélation importante entre le nombre de verres pris par la mère et la concentration des EÉAG dans le méconium.

Consignation et utilisation des résultats

Il est d'une importance critique de consigner ces résultats (positifs ou négatifs) pour qu'ils puissent être utilisés pour guider la thérapie, le suivi et le diagnostic d'ETCAF.

Éthique – consentement :

Vu la sensibilité accrue à la détection de consommation d'alcool pendant la grossesse, et pour respecter profondément les droits des parents, le test de méconium ne devrait être effectué qu'avec le consentement du gardien légal de l'enfant : généralement les parents ou les agences de protection de l'enfance.

Pour obtenir de plus amples informations ou une aide dans ce domaine, veuillez contacter :

Joey Gareri, Laboratoire Motherisk, Hospital for Sick Children
416-813 5780
jgareri@sickkids.ca

2.4 Guide de consommation d'alcool par la mère – Feuillet de données et outil

Description

L'objectif de cet outil est de déterminer si une femme boit ou a bu à un niveau d'alcoolisme posant problème pendant la grossesse. Il s'agit d'un guide destiné aux professionnels de la santé et des services sociaux dans le cadre de leurs pratiques, à titre d'évaluation globale de la santé.

Avantages

- Les méthodes ont été validées comme étant des moyens efficaces de se renseigner sur l'utilisation d'alcool par la mère;
- Fournit au praticien des options appropriées aux différents groupes et circonstances, et
- Les questions sont facilement intégrées dans une évaluation de la santé générale, fournissant une occasion d'enseignement, de réduction des dommages et de renvois.

Limites

- Les praticiens de la santé et des services sociaux sont souvent à cours de temps;
- Les services de renvoi et de suivi pourraient être limités ou pas entièrement connus des praticiens, et
- Les méthodes n'ont pas été validées pour utilisation visant à connaître la consommation d'alcool rétrospective pendant la grossesse.

Population visée par le dépistage

Toutes les femmes à risque

Administration de l'outil

Professionnels de la santé et des services sociaux

Temps nécessaire

Variable, selon le contexte

Coût

Gratuit au Canada (voir description des droits d'auteur)

Bibliographie

Sarkar M, Burnett M, Carrière S, Cox LV, Dell CA, Gammon H, Geller B, Koren G, Lee L, Midmer D, Mousmanis P, Schuurmans N, Senikas V, Soucy D, Wood R; Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale Advisory Workgroup. Screening and recording of alcohol use among women of child-bearing age and pregnant women. *Can J Clin Pharmacol*. 2009 Winter;16(1):e242-63. Epub 2009 16 avril. PubMed PMID

Sokol RJ, Martier SS, Ager JW. The T-ACE questions: Practical prenatal detection of risk drinking. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1989;160(4):863-870D: 19372602.

Projet d'élaboration d'un outil national de dépistage de l'ETCAF

Guide pour la consommation d'alcool par la mère

L'objectif de cet outil, c'est d'être en mesure de déterminer si une femme boit ou a bu à un niveau posant problème pendant la grossesse¹. L'outil est conçu pour être utilisé par les professionnels de la santé et des services sociaux, comme les médecins, les infirmières, les travailleurs sociaux, les intervenants. Un dépistage positif est une réponse « OUI » à la question : « la maman a-t-elle bu à un niveau posant problème pendant la grossesse? ». Selon un grand nombre de preuves scientifiques, la consommation excessive d'alcool par la mère prédit invariablement un risque d'ETCAF. Donc, les enfants dont la mère boit de manière excessive devraient subir des tests diagnostiques pour le dépistage de l'ETCAF. Comme il y a de nombreuses méthodes pour évaluer la consommation d'alcool par la mère, nous avons effectué une étude systématique de ces méthodes et nous vous offrons une liste des méthodes qui ont été validées. Vous devriez choisir à partir de cette liste la méthode qui donne les meilleurs résultats pour vous.

¹ Voir définition page 2

Dépistage de l'ETCAF : Comment se renseigner sur la consommation d'alcool par la mère à un niveau qui pose un problème

TABLE DES MATIÈRES

I.	Introduction aux outils et méthodes de dépistage de la consommation d'alcool par la mère et méthodes.....	1
	a. Objectif	
	b. Population cible	
	c. Qualifications/Savoir/Milieu	
II.	Les méthodes d'évaluation de la consommation d'alcool par la mère... 1	
	a. Définitions et glossaire	
	b. Types d'introduction efficace	
	c. Exemples de questions axées sur la pratique qui se sont révélées efficaces	
	d. Questions à éviter et <u>suggestions</u>	
III.	Outils pour l'évaluation de la consommation d'alcool par la mère à un niveau qui pose problème.....	3
	a. Utilisation de l'échelle TWEAK	
IV.	Les scores et l'interprétation des résultats	5
	a. Les scores de l'échelle TWEAK	
	b. Critères de renvoi	
	c. Problèmes/Questions	
V.	Tableau pour le dépistage de la consommation d'alcool par la mère.....	6
VI.	Tableau des portions standard d'alcool	7
VII.	Tableau résumant certaines drogues de la rue.....	8

I. Introduction aux outils et méthodes de dépistage de la consommation d'alcool par la mère

a) Objectif

Identifier les femmes qui courent un risque de consommation d'alcool pendant la grossesse. Ces connaissances sont essentielles pour 1) un diagnostic d'ETCAF à l'avenir et 2) des stratégies de réduction des effets négatifs

b) Population cible

Toutes les femmes en âge de procréer, spécialement celles qui sont enceintes ou prévoient le devenir.

c) Qualifications/savoir/et milieu

Bien qu'une compétence ou une formation spécifique ne soit pas nécessaire pour l'administration de cet outil, il faut dialoguer avec tact quand on pose des questions concernant la consommation d'alcool.

Les fournisseurs de soins de première ligne devraient intégrer de manière routinière ces questions à leur pratique normale pendant le processus de prise des antécédents. L'utilisation du questionnaire TWEAK peut suivre afin de dépister un comportement de consommation d'alcool à un niveau qui pose problème.

Un diagramme est fourni au chapitre V. comme guide pour le processus de dépistage.

II. Les méthodes d'évaluation de la consommation d'alcool par la mère - dépistage axé sur la pratique

a. Définition et glossaire

ETCAF : Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale

Consommation d'alcool à un niveau qui pose problème :

- Consommation d'alcool à un niveau qui pose problème : la consommation dépasse trois verres par occasion ou plus de sept verres par semaine
- Consommation de type « cuite d'un soir » = plus de trois verres par occasion

Si la femme est enceinte ou prévoit devenir enceinte, n'importe quelle quantité d'alcool pose un risque.

Dépistage axé sur la pratique : Utilisation d'une méthode à question unique pour identifier la consommation d'alcool

QDA : Questionnaire pour le dépistage de l'alcool, tel que TWEAK

b. Types d'introduction efficace

- **Pour les femmes en âge de procréer :**

« Je voudrais vous poser aujourd'hui une série de questions sur votre mode de vie. Je pose ces questions à toutes mes patientes parce que cela m'aide à mieux comprendre quelle est votre vie quotidienne (sur le plan de l'alimentation, de l'exercice et des autres aspects de votre mode de vie). Ceci m'aidera à mieux vous connaître et ainsi on pourra vous fournir de meilleurs soins. »

- **Pour les femmes enceintes :**

« Je vais commencer par vous poser une série standard de questions sur la santé que je pose à toutes mes patientes afin de pouvoir améliorer votre santé et la santé de votre ou de vos enfants (ou nom de l'enfant, au besoin).

Après la brève introduction ci-dessus, on recommande au professionnel de ne pas commencer par des questions reliées à l'alcool comme indiqué ci-dessous mais plutôt, de poser une série de questions moins importantes sur le mode de vie (p. ex., Prenez-vous des médicaments sur ordonnance ou en vente libre? Prenez-vous des suppléments vitaminiques? À quelle fréquence êtes-vous en mesure de faire de l'exercice si vous en faites? À quelle fréquence prenez-vous des produits homéopathiques ou des remèdes à base de plantes?). La recherche bibliographique a indiqué que les réponses les plus exactes sont obtenues quand les questions sur l'alcool sont intégrées à des questions portant sur d'autres comportements et pratiques de mode de vie.

c. Exemples de questions axées sur la pratique qui se sont révélées efficaces :

Les options suivantes de questions ont été validées par différents expertsⁱ :

« Quand avez-vous pris de l'alcool pour la dernière fois? »

« Est-ce que vous aimez prendre un verre ou deux à l'occasion? »

« Est-ce que vous buvez parfois de la bière, du vin ou des autres boissons alcoolisées? »

« Est-ce que vous consommez parfois de l'alcool? »

« Au cours du dernier ou des deux derniers mois, avez-vous pris un verre ou deux? »

Questions spécifiques à la grossesse :

« Pourriez-vous me parler un peu de la façon dont vous avez bu de l'alcool avant de savoir que vous étiez enceinte? »

« Avez-vous pu arrêter ou diminuer votre consommation d'alcool depuis que vous savez être enceinte? »

Questions spécifiques aux adolescents/jeunes :

« Qu'est-ce que tu fais quand tu fais la fête? » OU « Comment tes amis font la fête? »

Suggestions utiles :

- **Pour encourager des réponses plus exactes, on pourrait suggérer une consommation élevée d'alcool ou de drogue :**

« Et ces jours-là, est-ce que vous buviez quelque chose comme trois à quatre verres ou plutôt huit à dix boissons? »

- Dans les cas d'**antécédents confirmés ou soupçonnés de dépendance/abus passé d'alcool**, on suggère les questions suivantes :
« Est-ce que vous avez déjà eu un problème d'alcool? » suivi par une question axée sur la pratique comme : « Quand avez-vous pris votre dernier verre d'alcool? »

d) Questions à éviter et suggestions :

- **Évitez les questions comme :**
« Buvez-vous souvent de l'alcool? »
« Combien d'alcool buvez-vous? »
- **Évitez les questions nécessitant une réponse « oui » ou « non ».** Il est préférable de poser des **questions ouvertes** pour entamer le dialogue, comme : « Que savez-vous sur les effets de l'alcool pendant la grossesse? »
- **Évitez les déclarations qui augmentent la culpabilité** chez les femmes qui admettent continuer de consommer de l'alcool :
« Vous avez peut-être déjà fait du mal à votre bébé »
Utilisez plutôt une déclaration pouvant être plus constructive comme :
« Vous pouvez avoir un bébé en meilleure santé si vous arrêtez de boire de l'alcool pendant le reste de votre grossesse. »

III. Outils pour l'évaluation de la consommation d'alcool par la mère à un niveau qui pose problème (référez-vous au diagramme, chapitre V.)

a. Utilisation de l'échelle TWEAK

L'échelle TWEAK a été validée auprès de nombreuses populations diverses et elle est recommandée comme le premier choix de QDA. L'échelle T-ACEⁱⁱ est une autre option pour le dépistage.

L'échelle TWEAK :

L'échelle TWEAK (Tolerance, Worry, Eye-opener, Amnesia, Cut down) est une échelle en cinq points utilisée pour dépister la consommation dangereuse d'alcool pendant la grossesse. C'est un acronyme des questions reliées à T : Tolérance, W : Souci (Worried, en anglais), E : facteurs révélateurs (Eye-openers, en anglais) A : Amnésie (Amnesia) et K(C) : Réduire (en anglais, Cut down). À la question sur la tolérance, deux points sont accordés si une femme signale qu'elle peut consommer plus de quatre verres sans s'endormir ou sans s'évanouir (version tolérance) ou signale avoir besoin de trois verres ou plus pour sentir les effets de l'alcool (version « high »). Une réponse positive à la question sur les inquiétudes donne deux points, alors que des réponses positives aux trois dernières questions donnent un point chacune.

TWEAK	QUESTIONS	Points
Tolérance (3 ou plus = 2 pts) 5 ou plus = 2 pts)	Combien de verres devez-vous prendre pour sentir le premier effet (version high)? _____ OU Combien de verres pouvez-vous tolérer (version tolérance)? _____	
Inquiétude (Worry) (oui = 2 pts)	Des amis intimes se sont-ils inquiétés de votre consommation d'alcool ou s'en sont-ils plaints pendant l'année dernière?	
E (facteur révélateur) (oui = 1 pt)	Prenez-vous parfois un verre le matin quand vous vous levez?	
Amnésie (oui = 1 pt)	Un ami ou un membre de votre famille vous a-t-il déjà parlé de choses que vous avez dites ou faites pendant que vous buviez et dont vous ne pouviez pas vous souvenir après?	
Réduire (Cut Down) (oui = 1 pt)	Sentez-vous parfois le besoin de réduire votre consommation d'alcool?	

Source : Russell M. New assessment tools for risk drinking during pregnancy: T-ACE, TWEAK and Others. Alcohol Health and Research World 1994;18(1):55-61

b. Questions sur la quantité- fréquence (questions Q-F)

Les questions reliées à la quantité et à la fréquence de la consommation d'alcool et(ou) de drogue à usage récréatif sont une méthode plus directe de dépistage de l'utilisation par la mère. Après avoir confirmé la consommation d'alcool ou de drogue, à l'aide de questions axées sur la pratique, on peut en déterminer la quantité et la fréquence en demandant :

« En moyenne, combien de verres de mesure standard contenant de l'alcool buvez-vous en une semaine? »

« Quand vous buvez, quel est le nombre maximum de verres standard que vous consommez en une occasion? »

Si une femme signale une consommation d'alcool de plus de sept verres standard pendant la semaine OU de plus de trois verres standard en même temps, elle boit à un niveau représentant un problème. Pour déterminer le nombre de verres standard consommés, référez-vous au diagramme des verres standardisés.

Source : National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA).

c. Utilisation de tests de laboratoire

Dans certains cas, la confirmation par un laboratoire de l'exposition chronique à l'alcool est possible par l'analyse de cheveux en recherchant le produit de dégradation de l'ester éthylique, un acide gras. Ceci, quand effectué avec consentement, peut corroborer ou réfuter l'exposition à l'alcool par la femme.

IV. Les scores et l'interprétation des résultats

a) Les scores de l'échelle TWEAK :

Une femme qui obtient un total de deux points ou plus à une échelle en sept points sera probablement une personne qui court un risque de boire.

b) L'interprétation des verres standard et(ou) de l'utilisation de substances illicites :

Un tableau de la consommation d'alcool a été inclus pour déterminer le nombre de verres standard bus.

Un tableau d'information sur les substances illicites, leurs noms de rue et leurs propriétés pharmacologiques, peut être utilisé comme référence dans les cas de consommation de drogues par la mère.

b) Critères de renvoi

Les preuves de consommation d'alcool par la mère à un niveau posant problème peuvent être considérées comme un « dépistage positif » nécessitant des tests pour le diagnostic de l'ETCAF chez l'enfant, au besoin.

Etant donné que l'utilisation de drogues illicites par la mère est un facteur hautement prévisible de consommation d'alcool à un niveau posant problème, la preuve de consommation de drogues illicites par la mère peut aussi être considérée comme un dépistage positif et nécessiter les mêmes tests diagnostiques.

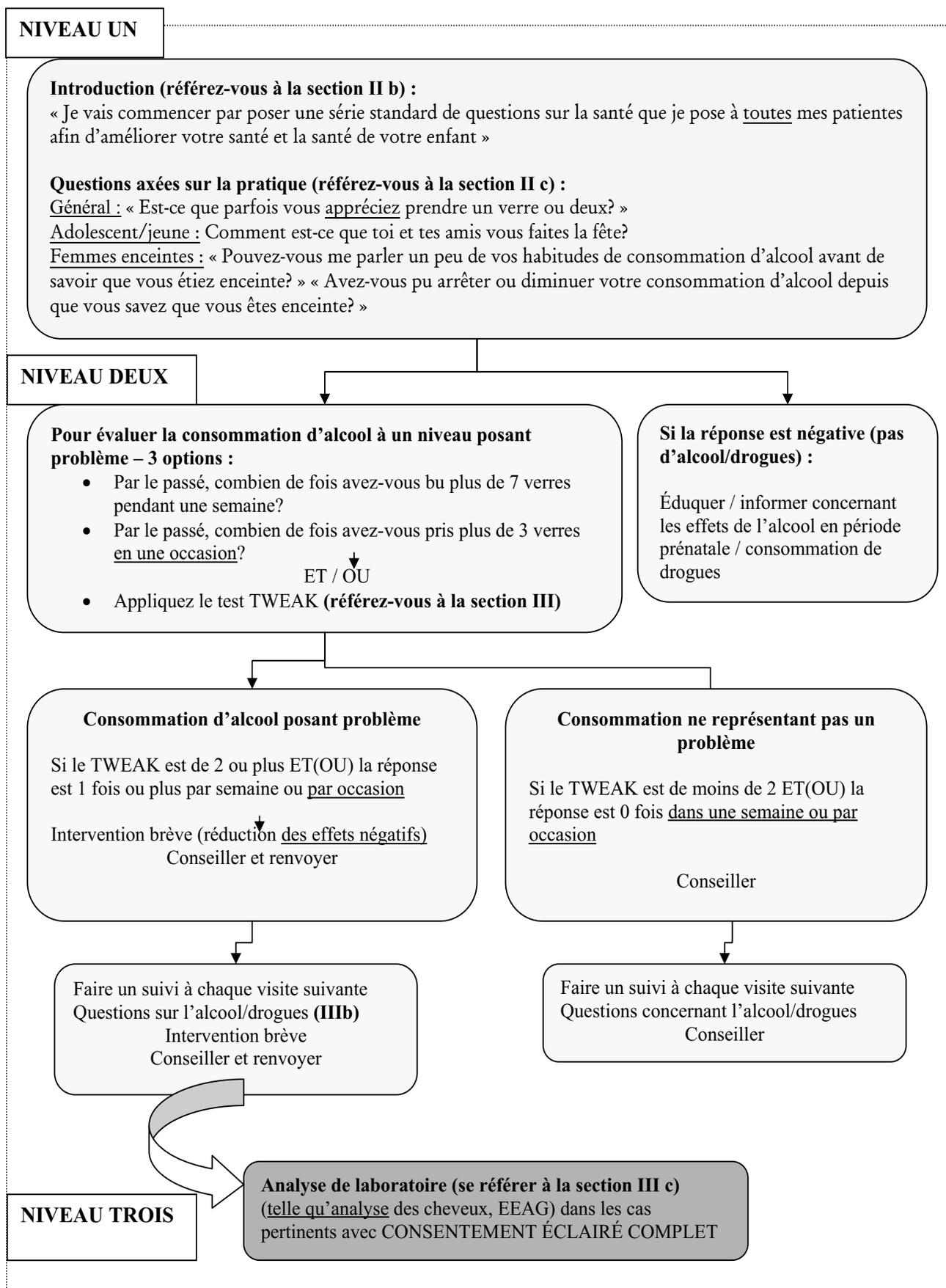
c) Problèmes/questions :

1. Il n'existe pas actuellement d'outil validé pour la collecte d'informations rétrospectives sur leur consommation d'alcool pour les mères d'enfants ou d'adolescents qui ont été identifiés comme courant un risque d'ETCAF.
2. Le type de question axée sur la pratique ou l'échelle TWEAK peut être modifié par le professionnel pour adresser la grossesse spécifique en question.
3. Les questions sur la quantité et la fréquence devraient être modifiées quand une consommation de drogues illicites est signalée

ⁱ Sarkar M, Burnett M, Carrière S, Cox LV, Dell CA, Gammon H, Geller B, Koren G, Lee L, Midmer D, Mousmanis P, Schuurmans N, Senikas V, Soucy D, Wood R; Fetal Alcohol Spectrum Disorder Advisory Workgroup. Screening and recording of alcohol use among women of child-bearing age and pregnant women. *Can J Clin Pharmacol*. 2009 Winter;16(1):e242-63. Epub 2009 Apr 16. PubMed PMID: 19372602.

ⁱⁱ Sokol RJ, Martier SS, Ager JW. The T-ACE questions: Practical prenatal detection of risk drinking. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1989;160(4):863-8

Diagramme pour évaluer la consommation d'alcool par la mère



Un verre standard = 0,5 oz d'alcool



Canette de bière
de 12 oz (341 mL)
= 0,5 oz d'alcool



Verre de vin de
5 oz (142 mL)
= 0,5 oz d'alcool



Bouteille de 12 oz
(341 mL) de cooler
= 0,5 oz d'alcool



Portion de vin fortifié
(sherry ou porto)
de 3 oz (85 mL)
= 0,5 oz d'alcool



Spiritueux distillés
de 1,5 oz (43 mL)
= 0,5 oz d'alcool

TABLEAU RÉSUMÉ de CERTAINES DROGUES DE LA RUE

Bibliographie

DRUG	NOMS DE LA RUE [1]	TYPE DE DROGUE [2]	VOIE D'ADMINISTRATION	DURÉE DES EFFETS [3]
Cocaïne [2]	Numbies, gummers, cocoa puffs (voie orale) Crack ou cocaïne freebase (fumée) Cocaïne + héroïne = Speedball (iv) Blotter, blow, neige, C dust, coke	Stimulant du SNC	On les « sniffe », fume, injecte ou voie orale ou topique	15-30 minutes
Héroïne [2]	Héroïne : - Lady, white girl, horse, black tar, sucre b run, brown sugar, smack, goods, H, junk, Harry Morphine : - M, blanc, cube, morf, mud, nasty	Opiode semi-synthétique	Inhalation, voie intraveineuse, voie orale, intranasal, rectal, intramusculaire	1-6 heures (selon la voie d'administration)
Phéncyclidine (PCP) [3]	Angel dust, poussière d'ange, hog, pilule de la paix, rocket fuel, Squeeze, eau, poussière, Ozone, Zoot, « Fumer mouillé » = fumer des cigarettes ou des joints trempés dans le PCP. Space Base (PCP mélangé avec Crack)	Anesthésiant dissociatif	On la fume, on la « sniffe »	4-6 heures
GHB [3]	G, Georgia home boy, ecstasy liquide	Dépresseur du SNC	Voie orale	2-4 heures
Ketamine Hydrochloride [3]	K, Ket, Special K, vitamine K	Anesthésiant dissociatif	« Sniffé », injecté	½ à 2 heures selon la voie d'administration)
LSD [3]	Acide, blotter, boomers, cubes, microdot, soleil jaune, yellow sunshine	Hallucinogène	Voie orale, on le « sniffe », on l'injecte	2-12 heures
Mescaline [3]	buttons, cactus, mesc, peyote	Hallucinogène	Voie orale, on la fume, on l'injecte	1-18 heures (faibles doses)
Méthamphétamine (Crystal meth) [3]	chalk, crank, crystal, fire, glass, ice, meth, speed, vitesse, feu, verre, glace, craie	Stimulant du SNC	On la « sniffe », voie orale, on la fume, on l'injecte	4-8 heures (fumé)
MDMA (Ecstasy) (3,4-méthylènedioxy-méth-amphétamine) [3]	XTC, X, Adam, hug, beans, love drug	Stimulant hallucinogène	Voie orale	3-5 heures
Psilocybin [2]	champignon magique, purple passion, mushrooms	Hallucinogène	Voie orale, on l'injecte	Plusieurs heures
Flunitrazepam (Rohypnol) [3]	forget-me pill, valium mexicain, R2, Roche, roofies, roofinol, rope, rophies	Dépresseurs	Voie orale, on l'injecte	8-12 heures
T & R [3] (Talwin et Ritalin)	Kibbles et bits	Stimulant	On le « sniffe », on l'injecte	1-2 heures

 1. Erowid Psychoactive Vaults - www.erowid.org

2. CAMH- Brochure du Centre de santé mentale et de toxicomanie

 3. NIDA - www.drugabuse.gov

2.5 Outils de la roue de la médecine – Feuillet d'information et introduction aux outils

Description

Les outils de la roue de la médecine ont été élaborés pour fournir une évaluation sensible sur le plan culturel ou un outil de dépistage ayant une vision assez large pour prendre en considération les besoins et les points forts existants dans une école autochtone et système communautaire. À l'heure actuelle, il n'existe pas d'outil de dépistage scolaire sensible sur le plan culturel pour déterminer quels enfants devraient faire l'objet d'un renvoi en vue d'une évaluation des conditions qui nuisent sérieusement à leur comportement et à leur apprentissage, comme les traumatismes ou les expositions prénatales à l'alcool et(ou) aux drogues. Ces outils ont été mis au point pour aider les éducateurs et les autres professionnels fournissant des services à déterminer les points forts et les points faibles collectifs d'une école autochtone et d'un système communautaire. Les outils utilisent une approche globale pour combler les besoins des enfants et des familles et devraient donc être utilisés ensemble. Ces outils ont été adaptés pour utilisation dans les communautés inuites : les Outils du cercle polaire, qui sont actuellement à l'étape d'essai . La trousse complète d'outils est disponible auprès du Réseau d'échange des connaissances de l'ACCSP

<http://bit.ly/ETCAFScreening>.

Avantages

- Les outils ont été développés dans un contexte culturel, spirituel et familial;
- Les outils ont été testés dans un contexte des Premières nations et sont également adaptés aux cultures inuites;
- Les outils correspondent aux pratiques traditionnelles, et
- L'outil d'index pour étudiants est utile pour identifier et suivre les comportements et changements spécifiques au niveau de ces comportements au fil du temps.

Limites

- Les outils nécessitent une validation plus poussée;
- Les ressources humaines pourraient être gravement limitées dans certaines communautés autochtones;
- Des services de renvoi et d'évaluation pourraient ne pas être disponibles, et
- Les besoins et ressources en matière de formation pour la mise en vigueur des outils n'ont pas été entièrement évalués.

Population, administration de l'outil, temps nécessaire

- **Outil de développement communautaire** – un outil d'évaluation communautaire pour identifier les points forts de la communauté, les défis et les priorités; facilité par un animateur ou intervenant communautaire, une demie à une journée entière.
- **Outil d'index pour étudiants** – administré en milieu scolaire par les enseignants pour évaluer les besoins et les points forts des étudiants et initier des renvois; temps d'administration : 15–30 minutes, après une session de formation.
- **Index individuel des adolescents non scolarisés** – un outil conçu pour obtenir des informations semblables à celles de l'index pour étudiants pour les jeunes non scolarisés; administré typiquement par un travailleur communautaire à un parent ou un tuteur; le temps d'administration est d'environ 15 minutes.
- **Outil d'antécédents développementaux** – outil d'interview auprès d'un parent/tuteur par un travailleur communautaire concernant les étudiants identifiés comme ayant des problèmes d'apprentissage, pour passer en revue les antécédents et l'exposition prénatale possible à l'alcool; temps d'administration d'approximativement 45 à 60 minutes; une excellente capacité à interviewer est nécessaire.
- **Cartes du jeu de la différence** – un outil interactif pour aider les parents à établir leurs priorités quant à leurs besoins et formuler des objectifs; processus dirigé par un travailleur communautaire; temps approximatif : 30-45 minutes.

Coût

L'utilisation des outils est gratuite (voir description des droits d'auteur)

Introduction à la trousse d'outils de la roue de la médecine



La tortue de la roue de la médecine

Cette tortue de la roue de la médecine a été dessinée par Dawn Augustine, élève de l'École élémentaire de la Première nation Elsipogtog. La tortue et la couleur verte symbolisent la Terre, notre mère et tout ce qui vit.

La carapace circulaire de la tortue est divisée en quatre cadrans colorés en jaune, rouge, blanc et noir. Ceci symbolise les quatre aspects de l'approche de la roue de la médecine : éducation du cœur, de la main, du cerveau et de l'esprit.

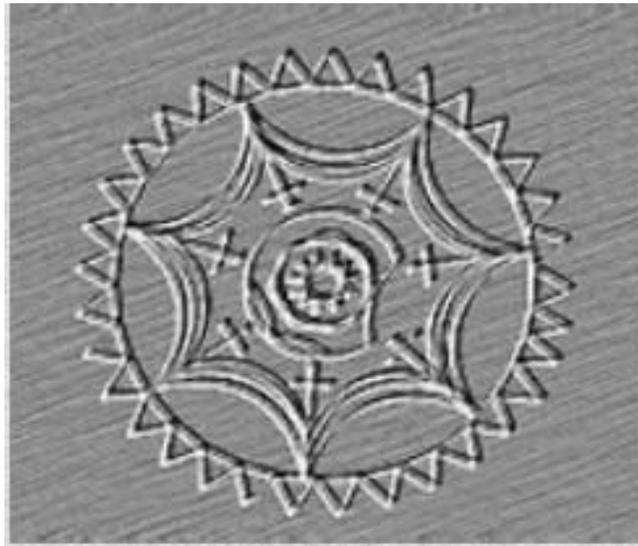
Le cœur symbolise la sagesse dans le domaine émotionnel

La main symbolise la force du domaine physique

Le cerveau symbolise la connaissance du domaine mental

L'esprit symbolise le pouvoir de la guérison dans les domaines spirituel et social



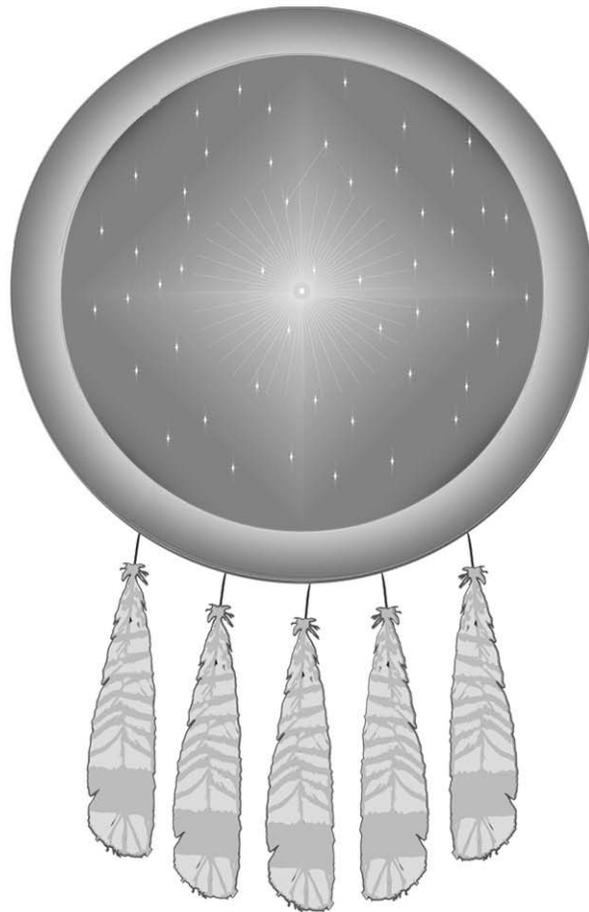


Pétroglyphe Mi'gmaq

Les archéologues du Musée Royal Alberta ont recensé 40 constructions différentes de roue de la médecine en Alberta. Selon les anciens de la Première nation Elsipogtog, du Nouveau-Brunswick, le peuple Mi'gmaq utilisait les modes symboliques comme la roue de la médecine pour fournir un enseignement. On ne les appelait pas roues de la médecine mais ils contenaient une sagesse semblable.

Le cercle

Le cercle est sacré pour les peuples traditionnels du monde entier. Le cercle nous rappelle que tout ce qui est en vie est relié et continu, sans rupture. Aucun point du cercle n'est meilleur que les autres. Le cercle implique mouvement et flot. Le cercle nous aide à comprendre et respecter la relation entre toutes les choses au sein d'un système et aussi le besoin d'équilibre.



L'approche de la roue de la médecine

Une ancienne Autochtone, Murdena Marshall, a parlé de regarder avec deux yeux : un œil regarde par une lentille traditionnelle et l'autre œil regarde par une lentille scientifique. Si nous utilisons deux yeux pour regarder au lieu d'un seul, notre vision change et notre perspective aura plus de profondeur. Dans cette approche, la sagesse des anciens informe la perspective scientifique des professionnels qui travaillent dans les systèmes scolaire et communautaire.

Les outils et les interventions de la roue de la médecine ont été élaborés dans une communauté autochtone, avec l'aide des anciens et d'autres membres de la communauté, ainsi qu'avec des professionnels de l'enseignement et des agences de service. Ces personnes font preuve d'une approche holistique mais pratique à la compréhension des besoins, pour tirer parti des points forts des adolescents et des familles dans une petite communauté, afin de semer les germes d'une croissance et d'un développement futurs.

La culture et l'apprentissage

Les communautés autochtones présentent des défis culturels et sociaux uniques en leur genre pour combler les besoins de leurs enfants sur le plan de l'enseignement. L'héritage du passé a laissé les communautés autochtones du Nord et du Sud avec des taux élevés de chômage, d'alcoolisme et d'abus de substances, de maladies chroniques, de crimes, de suicides, de logements inadéquats, de violence familiale et d'abus. Les enfants peuvent apporter tous ces problèmes en classe.

Les enfants ne peuvent pas apprendre s'ils sont fatigués, s'ils ont faim ou s'ils ont froid, s'ils ne peuvent pas voir le tableau noir ou s'ils ne font pas attention. Les enfants ne peuvent pas apprendre s'ils n'ont aucun lien avec ce qui est enseigné et ne parlent pas la langue de l'enseignant. Ils ne peuvent pas apprendre s'ils ont été abusés ou s'ils ne reçoivent pas d'amour, s'ils présentent des problèmes d'apprentissage non reconnus ou des problèmes de développement non diagnostiqués, comme l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, l'ETCAF. Souvent, les individus ayant des besoins uniques en matière d'éducation, qui présentent des comportements difficiles et ont du mal à apprendre, sont perçus comme représentant un problème et non perçus comme ayant un problème.

Dans les communautés autochtones, les enfants ont aussi un héritage de points forts, de techniques de survie et de résistance. Ils apportent les points forts de leurs communautés à l'école tout autant que leurs problèmes. Mais les systèmes scolaires, dans les communautés autochtones, sont organisés pour refléter les valeurs de la société en général. Le succès à l'école est mesuré principalement par le rendement scolaire de l'enfant en classe, sans tenir compte de toutes les autres dimensions de la culture communautaire. Dans le cadre d'une évaluation scolaire normale, l'accent est mis sur le niveau de lecture ou de mathématiques et de la mécanique d'apprentissage de ces processus. On se préoccupe peu des autres déterminants ou aspects de l'apprentissage : les dimensions émotionnelles, sociales, spirituelles ou même physiques.

Ceci a été indiqué par les parents, les enseignants et les membres de la communauté d'une communauté autochtone du Nouveau-Brunswick vers la fin des années 1990, dans le cadre d'une série de réunions

parents/communautés organisées par l'école. Les gens de la communauté s'inquiétaient de l'éducation de leurs enfants. On a enregistré un niveau élevé de problèmes d'apprentissage et de problèmes de comportement à l'école. De nombreux enfants ont présenté un décrochage scolaire avant d'avoir terminé leurs études secondaires ou l'école intermédiaire. Au début des années 1990, on a aussi noté un nombre élevé de suicides parmi les adolescents. Lors des réunions de parents, de nombreux membres de la communauté ont suggéré que les problèmes des enfants dans la famille et dans la communauté en général interféraient avec leur fonctionnement en classe. Ils ont aussi déclaré que les valeurs traditionnelles de la communauté n'étaient pas transmises aux enfants à l'école.

Traditionnellement, les adolescents apprenaient dans le contexte des familles et des communautés auprès des anciens. Le processus éducationnel était relié à la vie des gens, à leur place dans la communauté et aux activités qui étaient significatives et importantes. Les relations entre les gens au sein de la communauté étaient renforcées, les connaissances étant transmises d'une génération à l'autre. Il n'était pas nécessaire de rendre l'enseignement obligatoire car elle faisait partie naturellement de la croissance de la personne, l'enfant se développant en un homme ou une femme. Il y avait une intégration véritable du cœur, de la main, du cerveau et de l'esprit. Dans cette approche, la sagesse des anciens et les manières de connaître traditionnelles informent la perspective scientifique des professionnels travaillant en milieu scolaire et communautaire.

Les outils de la roue de la médecine

Ces outils ont été élaborés pour fournir une évaluation culturellement sensible ou un outil de dépistage, possédant une lentille assez large pour prendre en considération la gamme variée des besoins et des points forts existants dans les systèmes scolaire et communautaire des Autochtones. Actuellement, il n'existe pas d'outil de dépistage scolaire sensible sur le plan culturel pour déterminer quels enfants devraient recevoir une évaluation des conditions qui nuisent sérieusement au comportement et à l'apprentissage, comme les traumatismes ou les expositions prénatales à l'alcool et(ou) aux drogues. Il existe aussi peu de modèles pédagogiques ou d'interventions appropriées à un système scolaire et communautaire autochtone moderne. Ces outils ont été mis au point pour aider les éducateurs et les autres professionnels offrant des services à déterminer les points forts et les besoins individuels et collectifs dans le système scolaire et communautaire autochtone.

Les outils de la roue de la médecine comportent des éléments suivants :

- **Index des étudiants de la roue de la médecine** – une échelle de cotes de l'enseignant ou inventaire recouvrant sept domaines : mental, social, émotionnel, physique, domaines d'apprentissage, enfants non scolarisés, services spéciaux reçus.
- **Antécédents développementaux de la roue de la médecine** – conçus pour étudier tous les facteurs des antécédents de l'enfant qui pourraient avoir une influence sur son apprentissage et son développement
- **Cartes du jeu de la différence de la roue de la médecine** – pour l'établissement d'objectifs et l'évaluation des besoins
- **Développement communautaire de la roue de la médecine** – pour l'évaluation communautaire et la formulation des problèmes

Les outils de la roue de la médecine n'ont pas été normalisés pour de vastes échantillons de population. Ils sont utiles pour le dépistage, les renvois, l'évaluation des besoins et la formulation des objectifs en milieu communautaire, en relation avec les problèmes affectant le comportement et/ou l'apprentissage, comme l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, les troubles de déficit de l'attention, les difficultés de lecture, le chagrin, l'abus, etc. Ils ne devraient cependant pas être utilisés comme seuls critères pour déterminer les incapacités spécifiques. Les personnes ayant un haut niveau de besoins devraient être renvoyées vers des professionnels de services appropriés et, si possible, mises en rapport avec des anciens de la communauté.

Effacité

À Elsipogtog, les outils sont utilisés pour le dépistage, les renvois, la formulation d'objectifs, la résolution des problèmes, le financement, et comme base pour la conception des interventions systémiques comme : le programme des dîners chauds, les classes à effectifs réduits, le soutien paraprofessionnel quotidien pendant 30 à 45 minutes, le programme d'alphabétisation, le programme de mentorat pour les adolescents, le programme de langue traditionnelle, le camp d'été alternatif, les programmes alternatifs jeunes à risque pour les adolescents décrocheurs scolaires, le programme de soutien en orthophonie et le programme de counseling.

En 1996-1997, l'année avant les interventions, 80 % des enfants de première à troisième année d'école communautaire lisait au-dessous du niveau normal pour le placement scolaire. Depuis l'année 1997-1998, une année après la mise en vigueur des interventions, 70 à 90 % des enfants de première à troisième année lisait au niveau de leur année scolaire ou au-dessus. Les enfants de l'école sans besoins éducatifs spéciaux uniques obtiennent maintenant des résultats aussi bons que ceux des enfants des écoles provinciales ou nationales lors des examens. Les enfants ayant un niveau élevé de besoins individuels font maintenant des progrès réguliers. Il y a eu un déclin dramatique sur le plan des problèmes de discipline à l'école, le taux de criminalité juvénile a beaucoup diminué et moins d'enfants quittent l'école avant d'avoir terminé la huitième année, dernière année de l'école communautaire.

Ces outils et interventions sont fondamentaux et pratiques et ils ont été élaborés sur le terrain. Ils ont plus en commun avec un compas, un râteau ou un filet qu'avec le GPS ou Loran C. Ensemble, cependant, ils peuvent nous aider à comprendre les besoins et développer les points forts des adolescents et des familles d'une communauté autochtone, ainsi que préparer le terrain en vue d'une croissance et d'un développement futurs.

Nouvelles directions

Développant le succès remporté par les outils de roue de la médecine à Elsipogtog, des membres d'autres communautés de tout le Canada se sont rassemblés pour évaluer l'applicabilité de ces outils à d'autres Premières nations et aussi aux communautés inuites. Par conséquent, une version inuite, les outils de roue de la médecine, a été élaborée avec l'aide de membres de la communauté inuite du Nord.

L'approche de roue de la médecine – principes d'intervention

Dans l'approche de la roue de la médecine, le dépistage aboutit à un renvoi pour une évaluation et un diagnostic au besoin. L'objectif du processus de dépistage est une intervention qui aidera l'individu à se développer, à guérir et à retrouver un lien avec ses propres possibilités.

Une approche autochtone : l'accent mis sur les relations

Les principes directeurs de cette approche à l'éducation sont ancrés dans le concept du respect de tous les nombreux cercles de relations au sein d'un système : des relations respectueuses et équilibrées avec soi-même, la famille, la communauté, le créateur et toute la création.

Les enfants apprennent par le biais des relations qu'ils ont une famille, une école et un système communautaire. Cette approche vise à équilibrer et renforcer les relations au sein des systèmes scolaire et communautaire pour que les individus puissent se développer et guérir.

Il s'agit d'une approche basée sur les besoins et les points forts. Elle suppose un modèle d'apprentissage basé sur le bien-être plutôt que sur le déficit. Si les besoins de l'enfant sont comblés et que ses points forts sont développés, il grandira et apprendra.

Hypothèses de base

1. Les enfants apprennent naturellement et chacun d'eux est doué.
2. Avant que l'apprentissage ne puisse avoir lieu :
 - a. les besoins sociaux, émotionnels, physiques et mentaux de base doivent être comblés;
 - b. la douance doit être reconnue.
3. Les relations saines au sein de la famille et de l'école sont essentielles à l'apprentissage. Les enfants ayant un niveau élevé de besoins devraient avoir l'occasion de former des relations vigoureuses à l'école.
4. L'école est responsable de découvrir les besoins et les points forts des enfants qui pourraient affecter leur apprentissage, et travailler avec d'autres agences communautaires pour combler leurs besoins et cultiver leurs points forts.
5. Dans le bon milieu d'apprentissage, ce qui est à l'origine perçu comme une faiblesse, peut en fin de compte devenir un point fort.

Les principes directeurs – les 4R

Relation, respect, routine, répétition

Relation

Développer une excellente relation avec l'enfant. Ceci est d'une importance cruciale tant pour l'enseignement que pour l'apprentissage.

Traditionnellement, les enfants des communautés autochtones apprenaient par le biais de leurs **relations** avec les anciens. Ils apprenaient au moyen d'interactions avec les anciens qui transmettaient la culture communautaire tout en la vivant.

Respect

Respecter les différences sur le plan de l'apprentissage en commençant par vous placer du point de vue de l'enfant et non pas du point de vue qu'il devrait adopter selon vous.

Il y avait un **respect** mutuel dans le processus traditionnel d'enseignement. Les anciens possédaient le savoir et les connaissances pratiques mais la survie de la culture communautaire dépendait des jeunes. Traditionnellement, les enfants étaient inclus dans toutes les activités quotidiennes de la communauté, selon leur stade d'apprentissage.

Routine et structure plutôt que punition

Créer une routine et une structure pour le milieu d'apprentissage. Ceci soutient le développement de l'enfant qui se sent en sécurité, sait à quoi s'attendre et comment interagir.

Traditionnellement, les enfants observaient et apprenaient par le biais de **routines** et de **rituels** de la vie quotidienne plutôt que par un contrôle externe. Ceci encourageait le développement d'une forte discipline intérieure plutôt que la passivité qui caractérise la situation où la volonté de l'individu est forcée.

Répétition et préparation

Présenter de nouveau le matériel jusqu'à ce que l'enfant comprenne et avant d'introduire de nouveaux concepts, il faut les préparer à les apprendre.

Traditionnellement, les enfants avaient l'occasion de **répéter** et de **pratiquer** leurs connaissances pratiques avant de prendre leur place comme hommes et femmes de la communauté.

Les outils de roue de la médecine et l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, ETCAF

Récemment, l'école a collaboré avec le Centre de santé en créant un centre pour le diagnostic, les interventions et la prévention de l'ETCAF et autres troubles causés par les expositions prénatales.

L'ETCAF est un handicap du développement affectant le comportement et l'apprentissage d'environ 1 % de la population de l'Amérique du Nord. Les taux de prévalence sont plus élevés dans toutes les communautés où il est normal pour les femmes en âge de procréer qui n'utilisent pas un moyen de contraception, de boire régulièrement, surtout lors des cuites d'un soir, c'est-à-dire consommation de plus de trois à quatre verres à la fois.

L'ETCAF n'est pas seulement un problème autochtone mais c'est une grave question de santé dans de nombreuses communautés autochtones. L'accès aux services d'ETCAF en termes de dépistage, de diagnostic et d'intervention reste extrêmement limité et, dans certaines communautés autochtones, non existant.

Le dépistage en vue d'un renvoi diagnostique

Le dépistage de l'ETCAF se produit rarement en système scolaire et est rarement envisagé dans le cadre d'une évaluation psycho-éducationnelle scolaire. Et cependant, l'ETCAF peut déterminer la capacité d'un enfant à apprendre à l'école. L'*Index des étudiants de la roue de la médecine* et les *Antécédents développementaux de la roue de la médecine* ont été élaborés au sein d'un système scolaire communautaire pour étudier tous les besoins de l'enfant qui pourraient nuire à son apprentissage, y compris l'ETCAF et d'autres problèmes développementaux reliés aux expositions prénatales et aux traumatismes. Ces outils se sont avérés très utiles pour le dépistage en vue de renvoi diagnostique pour l'ETCAF. Le dépistage de l'ETCAF se classe dans le cadre du processus de dépistage en plusieurs étapes.

Le dépistage scolaire en plusieurs étapes pour l'ETCAF

Première étape- L'Index des étudiants de la roue de la médecine

L'*Index des étudiants de la roue de la médecine* est conçu pour le dépistage des enfants d'âge scolaire, afin de déterminer leurs problèmes dans les domaines physique, social, émotionnel ou cognitif pouvant interférer avec leur apprentissage. Pendant la première étape du dépistage, les enseignants remplissent l'*Index des étudiants* en dressant la liste des enfants de leur classe ayant des problèmes particuliers dans ces domaines. Ils indiquent aussi la gravité de ces problèmes, 1 étant léger, 2, modéré et 3, grave. Dans la section suivante, « Domaines d'apprentissage », les enseignants sont priés de dresser la liste de tous les enfants de leur classe qui ont des problèmes graves et multiples. Tous les enfants identifiés par les enseignants dans le sous-domaine « Besoins multiples » sont adressés à des spécialistes appropriés en vue d'une évaluation plus poussée. Si l'enfant a un résultat positif au dépistage de première étape en ce qui concerne un ETCAF possible, son nom est associé à un drapeau rouge et il passe à la deuxième étape du dépistage. Les critères de dépistage positif lors du dépistage de première étape sont indiqués ci-dessous.

Critères de dépistage positif de l'ETCAF

A. L'enfant est identifié par l'enseignant dans le sous-domaine des besoins multiples comme ayant des problèmes graves et multiples

et

B. L'enfant est identifié comme présentant un mélange de problèmes modérés et graves (score 2 ou 3) pour trois items ou plus des domaines et sous-domaines suivants. Les items des deux sous-domaines cerveau doivent toujours être inclus. Les items peuvent inclure :

Domaine cerveau **Sous-domaine :** Items de capacité et réussite

Capacité générale

Numératie – réussite

Littératie – réussite

Langage (communication sociale)

Sous-domaine : Items neurocomportementaux

Capacité d'attention courte

Hyperactivité

Impulsivité (autorégulation)

Manque de concentration

Problèmes de mémoire

Problèmes d'organisation

Difficulté à entamer une tâche

Difficulté en matière de transitions

Items des domaines social et physique

Ment, vole, détruit

A un comportement plus jeune que celui correspondant à son âge

Coordination

N.B. : Il ne s'agit que de lignes générales pour le dépistage. Elles doivent être appliquées avec beaucoup de jugement. À ce point, la sensibilité dans le processus de dépistage est plus importante que la spécificité.

Deuxième étape- Antécédents développementaux de la roue de la médecine

Les *Antécédents développementaux de la roue de la médecine* est une entrevue semi-structurée conçue pour collecter des informations auprès de la mère ou du tuteur concernant les antécédents développementaux de l'enfant ainsi que son exposition prénatale et postnatale à l'alcool, aux drogues et aux traumatismes. Pendant la deuxième étape du dépistage, on demande à la mère ou au tuteur d'enfants identifiés de venir à une réunion ou une interview permettant de collecter des antécédents complets sur le développement de l'enfant. L'interview fournit l'occasion pour la mère de commencer à participer à la résolution des problèmes de son enfant et ouvre la porte au développement d'une relation en vue de résoudre les problèmes de la mère elle-même. Si les informations collectées d'après les antécédents du développement indiquent une exposition prénatale à l'alcool ou des facteurs de risque associés concernant les antécédents familiaux, le résultat du dépistage d'un ETCAF possible chez l'enfant est positif. L'enfant est alors renvoyé en vue d'une évaluation diagnostique. Un enfant obtient un résultat positif au dépistage lors de cette deuxième étape si la mère biologique ou des sources proches de l'enfant indiquent au moins l'une des situations suivantes :

La mère biologique ou une source proche de l'enfant révèle qu'elle pourrait avoir :

- consommé de l'alcool pendant la grossesse;
- consommé de l'alcool avant de savoir qu'elle était enceinte;
- consommé des drogues pendant la grossesse;
- consommé des drogues avant de savoir qu'elle était enceinte;
- a participé à un programme de traitement pour l'alcool ou la toxicomanie
- a déjà eu un enfant diagnostiqué comme ayant un ETCAF

N.B. : Si la mère biologique n'est pas disponible pour l'interview, cette information est obtenue auprès de membres de la famille connaissant bien les antécédents prénatals ou selon les dossiers des services sociaux (si l'enfant a été adopté ou a un tuteur).

Troisième étape- Renvoi diagnostique et évaluation

Les enfants qui ont un résultat positif à la deuxième étape du dépistage sont renvoyés vers une équipe diagnostique multidisciplinaire en vue d'une évaluation et d'un diagnostic complet de l'ETCAF.

Les membres de l'équipe diagnostique multidisciplinaire incluent : médecin, psychologue éducationnel, infirmière praticienne, orthophoniste, ergothérapeute, travailleur social, ancien de la communauté – guérisseur de médecine traditionnelle, enseignant de méthodes et ressources, clinicien de la santé mentale, intervenant de soutien familial.

Tous ces services professionnels participent à l'évaluation et aux recommandations en découlant, ce qui fournit la base d'un plan d'intervention ou de traitement pour la famille et l'école. L'intervenant de soutien familial fournit un soutien à la famille de l'enfant pour l'aider à mettre en vigueur les recommandations de l'équipe.

Si une équipe multidisciplinaire n'est pas disponible, le processus diagnostique doit être coordonné par un professionnel des services sociaux, de l'enseignement ou de la santé. Des évaluations provenant de différents professionnels de service sont collectées et utilisées par un pédiatre formé à cette tâche ou un médecin de famille pour le diagnostic et le plan d'intervention qui en découlera.

La prévention et la réponse communautaire à l'ETCAF

Prévention/intervention

Cartes du jeu de la différence de la roue de la médecine

Les *Cartes du jeu de la différence de la roue de la médecine* sont utilisées pour formuler des objectifs, évaluer les besoins et encourager la motivation dans le travail avec les femmes enceintes qui sont connues pour consommer de l'alcool et avec les mères biologiques qui ont eu un enfant diagnostiqué comme ayant un ETCAF. Youth Pack est aussi utilisé à l'école pour les interventions avec les adolescents à haut risque.

La stratégie communautaire pour l'ETCAF

Outil de développement communautaire de la roue de la médecine

Les membres de la communauté de différents groupes peuvent utiliser l'*Outil de développement communautaire* dans le cadre d'un processus communautaire visant à cerner les lacunes au niveau des services et également à développer une stratégie communautaire pour l'ETCAF.

Efficacité

Ces outils se sont révélés comme étant très efficaces à Elsipogtog, la communauté des Premières nations où ils ont élaborés. Au cours des deux premières années d'utilisation de ces outils, 237 enfants ont été dépistés et 23 % de ces enfants ont été dirigés vers une clinique diagnostique¹. Soixante-cinq pour cent (65 %) de ceux-ci ont été diagnostiqués comme ayant un ETCAF. Dans une population d'école communautaire autochtone de première à huitième années, comportant 187 enfants, environ 20 % ont été diagnostiqués comme ayant un ETCAF à la fin de l'année scolaire 1999-2000.

Les enfants de la communauté qui ont été diagnostiqués comme ayant un ETCAF ont été en mesure de recevoir un soutien approprié à l'école. Grâce à ce soutien, les adolescents diagnostiqués ont pu aller à l'école et obtenir leur diplôme de fin d'études secondaires. Un petit nombre d'entre eux ont continué leurs études dans un collège et dans le cadre d'une formation postsecondaire.

¹ Il a été décidé d'attendre la première année pour les renvois diagnostiques d'ETCAF. Ceci a changé la taille des échantillons à 187. Si on considère que N=187, plus de 29 % ont été renvoyés en vue d'un diagnostic.

2.6 Outil des agents de probation juvénile pour le dépistage de l'ETCAF et le renvoi

Description

Il a été prouvé que les adolescents et les adultes ayant un ETCAF sont surreprésentés au sein du système judiciaire. L'outil des agents de probation juvénile pour le dépistage de l'ETCAF et le renvoi et Guide de l'utilisateur a été mis au point par l'Asante Centre for Fetal Alcohol Syndrome de Colombie-Britannique. Il vise à dépister le risque d'ETCAF chez les jeunes délinquants et les renvoyer le cas échéant en vue d'une évaluation plus poussée.

Avantages

- Comble les besoins d'un groupe à haut risque;
- Le formulaire de renvoi est simple et clair;
- Le manuel est écrit clairement, incluant la recherche pertinente;
- Le formulaire de gestion de cas est très pratique et utile;
- Les critères de renvoi en vue d'une évaluation plus poussée sont clairs, et
- L'outil est utilisé largement avec la population de la justice pour les jeunes en Colombie-Britannique.

Limites

- L'accès aux informations sur les antécédents maternels varie d'une juridiction à l'autre;
- Temps limité des agents de probation et besoin d'acceptation au niveau de gestion supérieure;
- Les services d'évaluation et de diagnostic sont gravement limités dans certaines régions, et
- L'outil nécessite la mise en vigueur dans d'autres juridictions et une validation plus poussée.

Population visée par le dépistage

Les jeunes au sein du système judiciaire

Administration de l'Outil

Agents de probation dans le système de justice pour les jeunes

Temps nécessaire

5 à 10 minutes

Coût

Pas de frais pour l'utilisation de l'outil (voir la description des droits d'auteur)

Bibliographie

Pour avoir accès au Guide complet d'utilisateur et à la bibliographie, voir la section amovible.



ASANTE CENTRE

GUIDE DES AGENTS DE PROBATION JUVÉNILE POUR LE DÉPISTAGE DE L'ETCAF ET LES RENVOIS

Julianne Conry, Ph.D.

Kwadwo Ohene Asante, MBChB, FRCPC

Subventionné par le Ministère de la Justice Canada

Soutenu par le Ministère du Développement des enfants et des familles

Créé par le Asante Centre for Fetal Alcohol Syndrome, 2010

Outil de dépistage de l'ETCAF et de renvois pour les agents de probation juvénile

Droits d'auteur ©2010

Les opinions exprimées dans cette publication sont celles des auteurs et des participants aux sondages, et ne reflètent pas nécessairement les opinions du Ministère de la Justice Canada ni du Ministère du Développement des enfants et des familles. Rien de ce qui est contenu dans ce document n'est ou ne devrait être utilisé comme substitut aux avis médicaux, aux diagnostics et aux traitements par un professionnel des soins de santé autorisé. Ce document ne constitue pas la pratique de la médecine et ne constitue pas non plus des conseils, un diagnostic ou un traitement médical, infirmier ou autre.

Une version gratuite PDF de cette ressource est disponible à www.asantecentre.org.

Pour obtenir de plus amples informations ou des copies supplémentaires de ce document, veuillez contacter :

The Asante Centre for Fetal Alcohol Syndrome

103—22356, avenue McIntosh

Maple Ridge (C. - B.) V2X 3C1

Téléphone : 604-467-7101

Télécopieur : 604-467-7102

Numéro sans frais : 1-866-FAS-7101

Le Asante Centre offre des services de diagnostic, d'évaluation et de soutien familial axés sur l'approche en équipes multidisciplinaires pour les enfants, les adolescents et les adultes vivant avec un trouble causé par l'alcoolisation foétale.

Tous droits réservés. Toute modification ou utilisation de ce travail sous n'importe quelle forme, par n'importe quel moyen y compris, sans s'y limiter, la xérogaphie, la photocopie et l'enregistrement dans tout système connu d'emmagasinage et d'extraction, est interdite pour des objectifs autres que ceux visés, sans permission des auteurs.

Table des matières



L'ETCAF et le système de justice pour les jeunes	1
Qu'est-ce que l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF)?	3
L'importance du dépistage de l'ETCAF	10
Comment utiliser l'Outil de dépistage de l'ETCAF et de renvoi pour les agents de probation juvénile.	19
Bibliographie.	27
Annexe A : Sondage des résultats de la formation des agents de probation juvénile.	29
Annexe B : Formulaire de dépistage et de renvoi pour les agents de probation juvénile. .	40
Annexe C : Étude de cas : L'utilisation de l'Outil de dépistage de l'ETCAF et de renvoi pour les agents de probation juvénile.	46

Outil de dépistage et de renvoi pour l'ETCAF à l'intention des agents de probation juvénile

Nom de l'agent de probation : _____ Date : _____

N° de téléphone : _____ N° de télécopieur : _____

Adresse : _____

Courriel : _____

A reçu le consentement obligatoire du **gardien** pour renvoyer l'adolescent pour une évaluation de l'ETCAF

Informations générales

Nom de l'adolescent : _____

Date de naissance : _____ Âge _____ Sexe : Masculin Féminin

Origine éthnique : Caucasienne Autochtone Asiatique Asiatique du Sud Noire

Autre : _____

L'adolescent a-t-il été évalué pour ce qui suit?

	Nom de l'agence	Date de l'évaluation
Évaluation psycho-éducationnelle	_____	_____
Évaluation psychiatrique en hôpital ou privée	_____	_____
Évaluation psychiatrique médico-légale des adolescents	_____	_____
Évaluation de la santé mentale	_____	_____
Autre établissement spécialisé	_____	_____

Gardien légal

Parent(s) biologique(s) Parent(s) adoptif(s) Travailleur social Autre : _____

Nom : _____

Adresse : _____

N° de téléphone : _____ N° de télécopieur : _____

L'adolescent réside actuellement avec :

sa mère biologique son père biologique son ou ses parents adoptifs Parent nourricier

Foyer de groupe Centre de détention Autre : _____

Nom de l'aidant : _____

Adresse : _____

N° de téléphone : _____ N° de télécopieur : _____

Guide pour les agents de probation juvénile pour le dépistage de l'ETCAF et les renvois

Liste de pointage du dépistage Veuillez cocher toutes les cases des sections A et B qui s'appliquent à cet adolescent.

A. FACTEURS SOCIAUX

- L'adolescent est adopté
- L'adolescent a été dans un foyer nourricier ou a reçu des services de protection de l'enfance
- L'adolescent a un frère ou une sœur ayant reçu un diagnostic documenté d'ETCAF/SAFp/TNDLA
- Il a été documenté que l'adolescent est *souçonné* de présenter un ETCAF/SAFp/TNDLA
- La mère de l'adolescent a des antécédents d'alcoolisme ou utilisation connue d'alcool pendant la période prénatale

B. FACTEURS PERSONNELS

- Retard du développement pendant la petite enfance (par exemple, a eu besoin de services d'orthophonie, d'ergothérapie ou de développement de l'enfance avant l'entrée à l'école)
- Difficultés d'apprentissage scolaire (par exemple, a eu besoin d'une aide pour apprendre, d'un programme modifié ou spécial, a connu un échec scolaire ou a décroché pour des raisons scolaires)
- Manque de croissance (c'est-à-dire taille courte ou poids faible)
- Diagnostic de THADA ou HDA
- Autre diagnostic de santé mentale
 - Anxiété
 - Dépression
 - Trouble de conduite
 - Trouble de l'attachement
 - Autre _____
 - Trouble de stress post-traumatique
 - Trouble oppositionnel avec provocation
 - Trouble de mauvaise utilisation des substances
 - Inconnu

En utilisant les informations déjà obtenues à A et B, renvoyez l'adolescent pour une évaluation de l'ETCAF s'il répond aux critères suivants :

- Un facteur social (section A) PLUS au minimum deux facteurs personnels (section B) **OU**
- Pas de facteurs sociaux (section A) PLUS au minimum trois facteurs personnels (section B)

Existe-t-il une documentation dans les dossiers médicaux, des services sociaux ou des tribunaux, que l'adolescent a déjà reçu un diagnostic d'ETCAF/SAFp/TNDLA ou EAF.

- Oui
- Non

Si oui, qui a posé le diagnostic? _____

Date du diagnostic : _____

Lieu : _____

Gestion de cas

L'adolescent a-t-il été détenu? Oui Non

Date de la prochaine comparution devant les tribunaux : _____

Date d'expiration de la probation : _____

Quels délits l'adolescent a-t-il commis (Veillez cocher tout ce qui s'applique et date) :

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Introduction par effraction | <input type="radio"/> Vol de moins de 5 000 \$ |
| <input type="radio"/> Vol qualifié | <input type="radio"/> Vol de plus de 5 000 \$ |
| <input type="radio"/> Voies de fait | <input type="radio"/> Meurtre/homicide involontaire coupable |
| <input type="radio"/> Possession/utilisation d'une arme | <input type="radio"/> Recel |
| <input type="radio"/> Conduite automobile dangereuse | <input type="radio"/> Sollicitation/prostitution |
| <input type="radio"/> Infraction sexuelle | <input type="radio"/> Dommages à la propriété privée |
| <input type="radio"/> Incendie criminel | <input type="radio"/> Méfait public |
| <input type="radio"/> Fraude | <input type="radio"/> Manquement aux obligations |
| <input type="radio"/> Kidnapping | <input type="radio"/> Obstruction de la justice |
| <input type="radio"/> Voies de fait causant des lésions corporelles/voies de fait graves | <input type="radio"/> Possession d'instruments pour introduction par effraction |
| <input type="radio"/> Accusations liées à la drogue | <input type="radio"/> Vol de véhicule |
| <input type="radio"/> Menaces de causer la mort/des lésions corporelles | <input type="radio"/> Autre : _____ |

L'adolescent reçoit-il les services d'un intervenant du PSSI ou autre intervenant sur une base individuelle? :

- Oui Non

Nom de l'intervenant : _____

Agence : _____ N° de tél. : _____

L'adolescent a-t-il un travailleur social non tuteur? Oui Non

Nom du travailleur social : _____ N° de tél. : _____

L'adolescent est-il actuellement scolarisé? Oui Non

Si oui, l'adolescent est-il dans :

- une école régulière? une école alternative? enseignement à la maison?

L'adolescent a-t-il reçu un traitement pour l'alcool et les drogues? Oui Non

L'adolescent a-t-il reçu des conseils en santé mentale? Oui Non

L'adolescent prend-il actuellement des médicaments? Oui Non

Si oui, veuillez en dresser la liste : _____

Liste de pointage du comportement :

Lesquels des comportements suivants caractérisent cet adolescent (Veillez cocher tout ce qui s'applique)? :

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Demande de l'attention, parle à voix forte | <input type="radio"/> Est impulsif |
| <input type="radio"/> Mauvaise utilisation d'alcool et d'autres drogues | <input type="radio"/> A un problème de maîtrise de la colère |
| <input type="radio"/> Est facilement manipulé par les autres | <input type="radio"/> Est inepte ou immature sur le plan social |
| <input type="radio"/> A un besoin élevé d'acceptation | <input type="radio"/> Pense de manière concrète et littérale |
| <input type="radio"/> Mauvaise compréhension des limites personnelles | <input type="radio"/> Manque ses rendez-vous de manière chronique |
| <input type="radio"/> A peu d'inhibition concernant le partage des informations personnelles | <input type="radio"/> A de la difficulté à suivre les règles ou exigences |
| <input type="radio"/> A de la difficulté à prendre des décisions, résoudre des problèmes, manque de jugement | |
| <input type="radio"/> Ne comprend pas les effets de ses actions sur les autres | |
| <input type="radio"/> A besoin de supervision et d'une gestion de son temps et de son argent | |

Nom de la personne qui remplit le formulaire (s'il ne s'agit pas de l'agent de probation juvénile) :

_____ Date: _____

N° de tél. : _____ N° de téléc. : _____

Adresse : _____

Renvoi pour une évaluation de l'ETCAF

Agence : _____

Contact _____

Date d'envoi du renvoi : _____

Rien de ce qui est contenu dans ce document ne doit ou ne devrait être utilisé comme substitution à des conseils médicaux, à un diagnostic ou à un traitement de la part d'un professionnel des soins de santé autorisé. Ce document ne constitue pas la pratique de la médecine et ne constitue pas de conseil de diagnostic ou de traitement médical, infirmier ou d'une autre discipline de la santé.

REMERCIEMENTS

La création de la *Trousse d'outils nationale pour le dépistage des enfants et des adolescents identifiés et potentiellement affectés par l'ETCAF* a été facilitée par l'Association canadienne des centres de santé pédiatrique (ACCSP). Ce travail a été guidé par un comité directeur de chefs de file dans le domaine de l'ETCAF :

D^r Albert Chudley, professeur, Département de pédiatrie et de santé de l'enfant, biochimie et génétique médicale, Université du Manitoba, Centre des sciences de la santé

D^r Sterling Clarren, professeur clinique de pédiatrie, Université de la Colombie-Britannique – Faculté de médecine, PDG, Canada Northwest FASD Research Network

D^r Gideon Koren, professeur de pédiatrie, Pharmacologie, pharmacie, médecine et génétique médicale, Université de Toronto, chef national – Programme Motherisk du Hospital for Sick Children et Fetal Alcohol Canadian Expertise – FACE

D^{re} Christine Lock, pédiatre du développement, Hôpital pour enfants de la Colombie-Britannique et professeure agrégée au Département de pédiatrie de l'Université de la Colombie-Britannique

D^r Stuart MacLeod, professeur, Pédiatrie, Institut de recherche sur l'enfant et la famille, Faculté de médecine, Université de la Colombie-Britannique

D^r Ted Rosales, Programme de génétique médicale, pédiatre, généticien, Département de pédiatrie, Université Memorial, St. John's (Terre-Neuve)

Direction administrative :

M^{me} Elaine Orrbine, présidente-directrice générale, Association canadienne des centres de santé pédiatrique (ACCSP)

Responsable de projet sénior :

M^{me} Charlotte Rosenbaum – Charlotte Rosenbaum Consulting

Étudiantes chercheuses :

Ingrid Goh, PhD, Université de Toronto, Hospital for Sick Children

Ce projet a été rendu possible grâce à une entente de contribution entre l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) et l'Association canadienne de centres de santé pédiatrique (ACCSP) (6789-15-2008/8040774) et grâce au soutien continu du personnel de l'Agence de santé publique du Canada :

Mary Johnston, chef d'équipe de l'ETCAF, Agence de santé publique du Canada

Holly MacKay, chef d'équipe et analyste de politique sénior, Agence de santé publique du Canada

Debbie Hull, consultante de programme, équipe d'ETCAF, Agence de santé publique du Canada

L'ACCSP reconnaît également le soutien de Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

ANNEXE A. CONSEILLERS NATIONAUX

Des experts, des chercheurs et des fournisseurs de soins de première ligne ont contribué leur temps, leurs connaissances et leur expérience pour choisir et améliorer ces outils de dépistage.

D^{re} Gail Andrew, MDCM, FRCP(C) directrice médicale, FASD Clinical Services Glenrose Rehabilitation Hospital AB

Dr Kwadwo Ohene Asante, Pédiatrie, MSM, B.Sc., MB.ChB., FRCPC, DABP, directeur médical, Asante Centre for FAS, Vancouver (C.-B.)

D^{re} Susan Astley, FAS DPN, Center on Human Development & Disability, Seattle, WA

Geri Bailey, gestionnaire intérimaire, Santé de la mère et de l'enfant, Pauktuutit

Winnie Banfield, coordinatrice FASD/ECD, Services de santé et services sociaux du gouvernement de Nunavut

Andrealisa Belzer, BSc., M.A., conseillère sénior en évaluation, Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, région des Maritimes

D^{re} Kathy Bigsby, pédiatre, Hôpital Queen Elizabeth, Charlottetown (Î.-P.-É.)

Diane Boswall, coordinatrice, PEI Reproductive Care Program, Charlottetown (Î.-P.-É.)

Dr James Brien, professeur de pharmacologie et toxicologie, Directeur de la recherche à la Faculté des sciences de la santé de l'Université Queen's, Kingston (Ont.)

Brian Broskie, travailleur des services à l'enfance en détention, Kilburn Hall Youth Center Saskatoon (Sask.)

Teresa Brown, coordinatrice du projet ETCAF, Programme de justice pour les jeunes, ministère de la Justice du Manitoba

Sarah Carrière, (anciennement) coordinatrice du projet Inuit Tapiriit Kanatami

Ashley Chafe, BSW, RSW, travailleuse sociale à l'accueil et à l'évaluation, Services aux enfants, aux adolescents et à la famille et adoptions, Corner Brook (NL)

Tanya Churchill, gestionnaire de l'Unité de programmation stratégique ETCAF, Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

D^{re} Julianne Conry, Ph.D., R. Psych. Asante Centre for FAS, Vancouver (C.-B.)

D^{re} Jocelynn L. Cook, gestionnaire, Unité de coordination de la recherche, Information de la santé, Section analyse et recherche, Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

D^{re} Lori Vitale Cox, coordinatrice de la psychologie éducationnelle – section de l'éducation – Eastern Door FASD Diagnostic Team & Pop Var. and Eastern Door Centre, Big Cove (N.-B.)

Elizabeth C. Dawson, infirmière spécialisée, Early Childhood Development Labrador Health Secretariat, Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Goose Bay (NL)

Lisa Doran, gestionnaire, Foster Care Family & Children's Services, région de Waterloo

D^{re} Kim Dow, néonatalogue, Département de pédiatrie, Université Queen's, Hôpital Général de Kingston

Petra Duschner, gestionnaire de Safe Schools & Caring Schools, Conseil scolaire d'Ottawa

Kristen Eisinga, infirmière autorisée, St. Joseph's Health Care (SJHC) London, Family Birthing Centre

Bonney Elliot, BScN IA (EC) infirmière praticienne, Centre de santé communautaire Sandy Hill, Ottawa (Ont.)

Karen Elliott, BScN IA (EC) infirmière praticienne, Centre de santé communautaire Sud-Est d'Ottawa

ANNEXE A. CONSEILLERS NATIONAUX

Laura Elliott, travailleuse d'approche pour l'ETCAF, McMan Youth, Family & Community Services Association (Alb.)

Charlotte Etue, infirmière clinicienne spécialisée, Hôpital Grand River, Kitchener (Ont.)

D^{re} Ellen Fantus, psychologue, Hospital for Sick Children, Toronto (Ont.)

Mary Ferreira, agente de probation, ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, Services de justice pour les jeunes, Toronto (Ont.)

Valerie Flynn, gestionnaire, Unité de programmation stratégique ETCAF, Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

Stephen Fraser, Edmonton North Community Corrections Office, Young Offender Branch, Correctional Services Division, Alberta Solicitor General and Public Security

Joey Gareri, M.Sc., gestionnaire de laboratoire, Motherisk Program Division of Clinical Pharmacology & Toxicology, Hospital for Sick Children

Frank Gavin, Réseau consultatif canadien des familles

Marilyn Gosselin, psychologue autorisée, File Hills Qu'Appelle Tribal Council Qu'Appelle (Sask.)

Evike Goudreault, chef des Services des besoins spéciaux, Cree Board of Health and Social Services of James Bay; directrice/consultante, Supporting Wings

Cindy Guay, responsable de programme, Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Section de l'ETCAF chez les enfants et les adolescents

Phat Ha, analyste statistique, Santé publique, Secrétariat de la santé publique, Secrétariat de la santé et des services sociaux, Assemblée des premières nations

Bessie Hagen, étudiante monitrice en ETCAF pour Tuktoyaktuk, Section de développement communautaire Corporation régionale d'Inuvialuit, Inuvik (NT)

Ray Hartley, gestionnaire de programme, PLEA Community Services of British Columbia

D^r Shabih U. Hasan, MD, FRCPC, néonatalogue membre du personnel, Alberta Health Services/Calgary Zone, professeur, Département de pédiatrie, Faculté de médecine

Betty Wiebe Hosein, conseillère de programme, Interagency FASD Program Winnipeg (Man.)

Mary Hutchings, directrice adjointe, Services aux enfants et aux adolescents, Société d'aide à l'enfance de Toronto

D^r Bushan M. Kapur, Section de pharmacologie et toxicologie clinique, Hospital for Sick Children, Toronto (Ont.)

D^{re} Michelle Keightley, Ph.D., C.Psych., professeure adjointe, Département de la science de l'ergothérapie et de l'ergothérapie, Département de la science de la réadaptation, Université de Toronto

Lee Kimmett-Hopper, conseillère communautaire, Pathways For Children and Youth, Kingston (Ont.)

D^r Michael Kramer, directeur scientifique de l'Institut du développement humain, de la santé de l'enfant et de l'adolescent (IHDCYH), Département de pédiatrie, Université McGill, Montréal (Qué.)

Elena Labranche, directrice adjointe du Service de santé publique, Nunavik Regional Board of Health and Social Services Kuujuaq (Qué.)

Claudette Landry, MN IA, conseillère de programme sénior, Bureau du médecin hygiéniste en chef, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

D^{re} Carolyn A. Lane, MD, CCFP, FCFP, professeure clinique adjointe, Département de médecine familiale, Université de Calgary

ANNEXE A. CONSEILLERS NATIONAUX

Henny Laurin, Senior Services Managers and Family & Children's Services of the Waterloo Region.

Margaret Leslie, directrice, Programmes d'intervention précoce Mothercraft (Breaking the Cycle), Toronto

Lisa Lum, infirmière autorisée, infirmière membre du personnel, St. Joseph's Health Care London, coordinatrice de la recherche, Étude sur le méconium, Programme Motherisk

Patricia MacPherson, M.Sc., gestionnaire sénior intérimaire de la recherche, Centre de recherche en toxicomanie, Service correctionnel Canada, Montague (Î.-P.-É.)

George Maringapasi, coordinateur de l'ETCAF, Commission de la santé Mushuau Innu, Natuashish (NL)

David Martin, consultant, ministère de l'Éducation, gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador

Jenelle McMillan, consultante/éducatrice/conseillère en ETCAF, Consultation et formation en ETCAF affiliées au Hey Way Noqu Healing Circle for Addictions Society, Clearwater (C.-B.)

Rita Nadasdi, agente de probation, Community Corrections, ministère de la Justice de la Nouvelle-Écosse

Dr^e Jo Nanson, psychologue, professeure auxiliaire, Université de la Saskatchewan (Saskatoon)

Kelly Nash, M.A. étudiante en doctorat, Ontario Institute for Studies in Education/Programme de neuroscience et de santé mentale de l'Université de Toronto

Seth Nepon, conseiller juvénile, Manitoba Youth Center, the Differential Needs Unit

Dr^e Irena Nulman, professeure agrégée, Département de pédiatrie, Université de Toronto, codirectrice du Programme Motherisk, Hospital for Sick Children

Sharon O'Brien, M'ikmaq Family Resource Centre, Île-du-Prince-Édouard

Carla Pamak, travailleuse en santé mentale, gouvernement Nunatsiavut, ministère de la Santé et du Développement social, Nunatsiavut

Elizabeth Paquette, psychologue en chef, Conseil scolaire des Écoles catholiques d'Ottawa

Kayla Patterson, assistante, Clinique des troubles de l'alcoolisation foetale, Hôpital St. Michael's, Toronto

Marilyn Perley, agente de probation, Community & Correctional Services Nouveau-Brunswick

Wayne Peter Podmoroff, PhD, psychologue, Baffin Correctional Centre, ministère de la Justice, gouvernement de Nunavut, Iqaluit (Nunavut)

Garry Prediger, directeur, Saskatoon Provincial Correctional Centre (Sask.)

Lois Roberts, directrice, Aboriginal Family Centre Happy Valley–Goose Bay (NL)

Dr Peter Rosenbaum, codirecteur, CanChild Centre for Childhood Disability Research, Université McMaster, Faculté des sciences de la santé

Gary Rusnak, superviseur, Probation juvénile, Justice pour les jeunes, gouvernement territorial du Yukon (YTG)

Hazel Russell, MSW, RSW, travailleuse sociale, Services à l'enfance, à l'adolescence et à la famille, Western Health (NL)

Dave St Amour, Neuroscientifique, CHU Sainte-Justine, Université de Montréal

Audrey Salahub, directrice générale, Société d'Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) de la Colombie-Britannique, The Asante Centre for Fetal Alcohol Syndrome

Moumita Sarkar, candidate au doctorat, Pharmacologie clinique et Toxicologie, Hospital for Sick Children

Gillian Saunders, coordinatrice de l'ETCAF, Nunatsiavut Dept. of Health & Social Development, Happy Valley–Goose Bay (NL)

ANNEXE A. CONSEILLERS NATIONAUX

Dorothy Schwab, ergothérapeute autorisée (Man.) Clinique pour les enfants exposés à l'alcool et aux drogues, Liaison communautaire et travailleuse de suivi

D^{re} Vita Senikas, vice-présidente générale associée, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Renata Sharkey, analyste des politiques de santé, Unité de programmation stratégique pour l'ETCAF, Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

D^{re} Brenda Stade, PhD, APN, chercheuse clinique, Services de soins infirmiers, Pédiatrie, chef, chercheuse clinicienne clinique, Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, Nursing St. Michael's Hospital, Toronto (Ont.)

Paula Stanghetta, coordinatrice de projet, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

Darin Strain, gestionnaire régional, Services de probation, Yellowknife (NT)

Nancy Taylor, coordinatrice de l'enseignement pendant la petite enfance, Services des programmes en anglais, ministère de l'Éducation, Halifax (N.-É.)

Stacy Taylor, consultante en santé, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, Fredericton (N.-B.)

Janet Thompson, enseignante soutien, The Winnipeg School Division Special Education Department

D^{re} Suzanne Tough, professeure agrégée, Université de Calgary, et directrice scientifique, The Alberta Centre for Child, Family and Community Research

Marilyn Van Bibber, Inter Tribal Health Authority, île de Vancouver (C.-B.)

Bev Wahl, directrice, École communautaire David Livingston, Winnipeg (Man.)

Su-Ping Walther, MA, conseillère sénior en politique, Aboriginal Health Transition Fund, Métis National Council

Sharon Wazney-Prendergast, travailleuse sociale, Clinique pour les enfants exposés à l'alcool et aux drogues, Winnipeg (Man.)

Mary Werba, spécialiste en ETCAF, Premières nations du Nord du Manitoba, Child and Family Services Authority Winnipeg Sub-Office

Richard Willier, spécialiste en probation juvénile des Autochtones pour le gouvernement de la C.-B. à Vancouver, ministère du Développement des enfants et de la famille

Irene Zelner, étudiante d'études supérieures à l'Université de Toronto, Hospital for Sick Children

Publications disponibles au site web de l'ACCSP :
http://www.caphc.org/programs_fasd.html

FASD Screening Tool Development Project
FASD Screening in Children and Youth: A Review of the Literature

FASD National Screening Tool Development Project
Workshop Proceedings October 29 & 30, 2007

FASD National Screening Tool Development Project
Workshop # 2 Proceedings March 6th & 7th, 2008

FASD National Screening Tool Development Project
February 2010 FASD Tool Kit Pilot Workshop

Concernant l'ACCSP – www.caphc.org

L'Association canadienne des soins de santé pédiatrique (ACCSP) a été cofondée en 1968 par les directeurs des hôpitaux pour enfants du Canada. Au cours des trois décennies qui ont suivi, de nombreux organismes de soins de santé des enfants et des adolescents de tout le Canada ont entamé des changements structurels et opérationnels, créant une nouvelle donne quant à l'accès et à la prestation des soins de santé pour les enfants, les jeunes et leurs familles.

L'ACCSP a été créée et constituée en société en 2001, afin de mieux relever ces nouveaux défis liés aux soins de santé, suite à un processus de transformation et de renouvellement organisationnel de l'Association canadienne des hôpitaux pédiatriques. Depuis 2001, l'ACCSP a fortement diversifié la composition de ses membres, de ses partenariats et de ses programmes, pour refléter l'accent mis sur la prestation des soins de santé tout au long du continuum des soins. Neuf ans après la transformation de l'ACHP en ACCSP, cet organisme a accusé une croissance importante, a obtenu des succès en matière de mise en vigueur d'un certain nombre de programmes nationaux et a contribué à l'harmonisation des services de santé aux enfants et aux adolescents du Canada.

Aujourd'hui, l'ACCSP est fière d'aider quarante-quatre organismes membres incluant des hôpitaux de soins de niveau tertiaire et quaternaire, des hôpitaux communautaires et régionaux, des centres de réadaptation et des agences de soins à domicile de tout le Canada. Tous les hôpitaux pour enfants du Canada, ainsi que leurs fondations respectives, sont membres de l'ACCSP, ce qui permet de forger des liens étroits entre les soins cliniques, l'enseignement et la recherche.

Énoncé de vision de l'ACCSP

L'Association canadienne de soins de santé pédiatriques est un chef de file reconnu qui promeut l'avancement des soins de santé pour les enfants et les adolescents du Canada.

Énoncé de mission de l'ACCSP

La mission de l'Association canadienne de centres de santé pédiatriques est de soutenir les membres et les partenaires par le biais de l'enseignement, de la recherche et des initiatives d'amélioration de la qualité, pour améliorer la prestation des services de santé aux enfants et aux adolescents du Canada.

Nous effectuons ceci en :

- militant pour le caractère unique et l'importance de la santé des enfants et des adolescents;
- identifiant et répondant aux questions émergentes et aux tendances qui ont un impact sur nos communautés;
- développant une communauté de pratique pour partager les recherches, les connaissances et les compétences;
- développant des partenariats stratégiques et en facilitant la collaboration;
- tirant parti d'occasions visant l'avancement des priorités en matière de prestation des soins de santé, par le biais de l'enseignement, de la recherche et des soins de santé améliorés; et en
- promouvant de meilleures pratiques en matière d'amélioration de la qualité et de sécurité des patients.

Priorités stratégiques pour 2009-2014

- i. Lancer des programmes et des activités abordant les priorités actuelles et émergentes sur le plan des soins de santé des enfants et des adolescents;
- ii. Militer pour la transformation de la prestation des services de santé aux enfants et aux adolescents du Canada;
- iii. Relier les fournisseurs de services et les partenaires clés pour atteindre les buts communs en matière de soins de santé des enfants et des adolescents;
- iv. Encourager les recherches, partager les connaissances, faciliter les occasions éducatives et rehausser les échanges d'information pour les membres et les partenaires, au sein de la communauté des soins de santé aux enfants et aux adolescents, ainsi qu'avec les partenaires externes; et
- v. Développer la capacité et améliorer la santé des organismes, pour veiller à ce que l'ACCSP atteigne les objectifs organisationnels et comble les besoins des organismes membres.



Association canadienne des centres de santé pédiatriques

Pour de plus amples informations, veuillez contacter :

Elaine Orrbine
Présidente-directrice générale
Association canadienne
des centres de santé
pédiatriques (ACCSP)
613-738-4164
eorrbine@caphc.org

Doug Maynard
Directeur associé
Association canadienne
des centres de santé
pédiatriques (ACCSP)
613-738-4164
dmaynard@caphc.org

Debra Schleyer
Adjointe exécutive
Association canadienne des
centres de santé
pédiatriques (ACCSP)
613-738-4164
dschleyer@caphc.org