



Dossier documentaire

Vous pouvez télécharger ce dossier documentaire ici :

<https://www.codes84.fr/documentation/dossiers-documentaires-et-bibliographies/les-dossiers-documentaires>

Ce dossier documentaire, non exhaustif, a été élaboré dans le cadre du programme « **Grossesse et alcool en Vaucluse. Programme de prévention du Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (TSAF) et des troubles liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse** » mené par le CoDES de Vaucluse et ses partenaires en 2022.

Il propose aux bénéficiaires de ce programme, professionnels de santé ou social amenés à accueillir des femmes enceintes et/ou futures femmes enceintes, pharmaciens, généralistes, spécialistes, gynécologues, sages-femmes, infirmiers et infirmières, assistantes sociales, puéricultrices, réseaux périnatalité, etc. un ensemble de références (fiches de techniques, bibliographie sélective, articles de revues...) pour renforcer leurs connaissances.

Sources interrogées :

BIB-BOP - Base de données bibliographiques / Base des outils pédagogiques des Comités d'éducation pour la santé de la région Paca, partagée avec les IREPS des régions Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et Poitou-Charentes.

<http://www.bib-bop.org>

Archive ouverte HAL

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion d'articles scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, et de thèses, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

<https://hal.archives-ouvertes.fr/>

CAIRN.INFO

Plateforme de versions électroniques d'articles édités dans des revues de sciences humaines, de médecine ou d'éducation

<http://www.cairn.info/>

SANTEPSY - Base documentaire du Réseau ASCODOCPSY, réseau de centres ressources documentaires en santé mentale

<http://www.ascodocpsy.org/santepsy/Base/FormulaireRecherche>

Et tous les sites *Internet* cités en page 55

Les documents ont été **sélectionnés** en fonction des critères suivants :

- . Pertinence par rapport au contenu du programme
- . Ouvrages, revues ou auteurs admis par les professionnels de l'éducation pour la santé comme faisant référence dans leur domaine de compétences
- . Accessibilité de l'information
- . Date de l'information

Ce dossier est **organisé** en 4 parties :

la première aborde les définitions et l'épidémiologie. La seconde partie présente un état de la science et des connaissances en 2022. La troisième partie aborde le repérage, le diagnostic et leurs outils. La 4^{ème} partie présente les postures professionnelles facilitantes pour aborder l'ETCAF avec les femmes enceintes et/ou en projet de grossesse. Une bibliographie sélective d'ouvrages, rapports, dossiers et articles ainsi qu'une sitographie complètent ce dossier.

Dossier réalisé par le service documentation du CoDES 84
documentation@codes84.fr

Sommaire

Définitions, épidémiologie	7
Syndrome d'alcoolisation fœtale : historique	9
Fiche mémo - Troubles causés par l'alcoolisation fœtale : repérage	11
Recommandations pour la pratique clinique : "Interventions pendant la période périnatale ". Chapitre 2 : Consommation de substances psychoactives et périnatalité	12
Etat de la science	13
Risques pendant la grossesse et effets embryo-fœtaux, risques pour le devenir de l'enfant	15
Passage de la barrière placentaire et toxicité sur le SNC de l'enfant à naître	19
Nouvelle étude JAMA sur l'impact des petites consommations d'alcool pendant la grossesse sur l'enfant à naître	23
Repérage	25
Le repérage systématique : pourquoi s'impliquer en tant que professionnel ?	27
Quelles sont les catégories professionnelles qui devraient repérer un mésusage de l'alcool ?	28
Quelles sont les personnes à risque ?	29
Comment repérer un mésusage de l'alcool chez la femme enceinte ?	30
La Consommation d'Alcool durant la Grossesse (Comprendre les attitudes, les pensées et les sentiments qui empêchent ou favorisent la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse)	31
Auto-questionnaire RPNA	36
Projet d'auto-questionnaire du GEGA	37
Questionnaire AUDIT	38
Questionnaire FACE	40
Posture professionnelle	41
Que peut-on faire ?	43
Comment aborder la consommation d'alcool avec une femme enceinte ?	44
La posture éducative en éducation pour la santé : Apports de la psychologie humaniste et de la psychologie positive	45
RPIB - Repérer le risque alcool et adapter son intervention	46
L'entretien motivationnel	47
Les guides	49
Troubles causés par l'alcoolisation fœtale. Guide pour les parents et les aidants	51
Grossesse et alcool : ce qu'il faut savoir	52
L'usage de l'alcool durant la grossesse : un bien mauvais « cocktail »	53
Alcool et grossesse, parlons-en. Guide à l'usage des professionnels	54
Sitographie	55
Sélection bibliographique	57

Définitions, épidémiologie

<i>Syndrome d'alcoolisation fœtale : historique</i>	<i>9</i>
<i>Fiche mémo - Troubles causés par l'alcoolisation fœtale : repérage</i>	<i>11</i>
<i>Recommandations pour la pratique clinique : "Interventions pendant la période périnatale".</i>	
<i>Chapitre 2 : Consommation de substances psychoactives et périnatalité</i>	<i>12</i>

1 Syndrome d'alcoolisation fœtale

1.1 Historique et premières descriptions :

Au cours de l'histoire les méfaits de l'alcool ont été suspectés et dénoncés depuis l'antiquité : ainsi on retrouve dans l'Ancien Testament, Diogène 400 ans avant J-C (6)

« Désormais, prends bien garde ! Ne bois ni vin, ni boisson fermentée, car tu vas concevoir et tu enfanteras un fils ».

En 1725, en Angleterre, les médecins du « Royal College of Physician of London » alertaient le Parlement anglais et réclamaient la réglementation de la production et la vente d'alcool. En effet ils avaient observé que *« les enfants nés de mères consommant du gin [étaient] difformes, faibles et débiles. »* (7).

Plus d'un siècle plus tard, **en 1835** la Chambre des Communes publiait un rapport dans lequel il était reconnu que *« les mères alcooliques [tendaient] à mettre au monde des bébés semblant mal nourris, malingres et difformes. »* (7).

Le Professeur Paul Lemoine, médecin français, est le premier à décrire les manifestations cliniques du syndrome **d'alcoolisation fœtale** en **1968**. Il nomme à l'époque ce tableau : *embryo-foetopathie alcoolique*.

Source : Thèse, MENNI Saphiya, **Facteurs de risque des troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale identifiés avant, pendant et après la grossesse : une revue de la littérature**, Médecine humaine et pathologie, 2017, pp. 13-14

À travers l'observation d'une cohorte de 127 enfants au profil singulier, ce pédiatre nantais relève l'existence de caractéristiques communes : « *J'ai été frappé par l'existence d'un syndrome associant un retard de croissance intra-utérin, une microcéphalie et une dysmorphie faciale particulière où prédomine l'ensellure nasale* » (8).

Ces enfants semblent tous issus de mères alcooliques. Néanmoins la publication de ces résultats d'analyse dans une revue locale, « *l'Ouest Médical* », aura peu d'écho. Confronté au scepticisme de ses pairs, la reconnaissance de la qualité des travaux du Docteur Lemoine viendra d'outre-mer.

En effet **en 1973**, D.-W. Smith et son élève K.-L. Jones sont frappés par l'aspect caractéristique de plusieurs enfants de mères alcooliques. Ignorant les travaux de Paul Lemoine, ils redécouvrent alors un tableau qu'ils intitulent **Fetal Alcohol Syndrome**. Leur première publication portait sur une dizaine de cas, mais le retentissement fut considérable avec de nombreux travaux épidémiologiques ou cliniques dans les suites. Dès lors l'école de Seattle ne cessera de publier et de démontrer la responsabilité de l'exposition prénatale à l'alcool (**EPA**) dans l'apparition du SAF et le devenir des enfants atteints.

En 1989 la « Research Society on Alcoholism » (7) (9) pose comme critères diagnostiques pour le SAF l'association :

- d'un retard de croissance pré ou post natal ;
- des anomalies du système nerveux central SNC ;
- et la présence d'une dysmorphie cranio-faciale.

Mais avec l'avancée des recherches, il est démontré que les conséquences de l'EPA sont polymorphes. À côté de la dysmorphie du SAF et des malformations liées à la toxicité de l'alcool, cette substance peut avoir des conséquences neurologiques à long terme.

Fiche mémo - Troubles causés par l'alcoolisation fœtale : repérage

Troubles causés par l'alcoolisation fœtale

- Les **troubles causés par l'alcoolisation fœtale** regroupent les manifestations qui peuvent survenir chez un individu dont la mère a consommé de l'alcool durant la grossesse. L'atteinte cérébrale en fait toute la gravité.
- Ces troubles forment un *continuum* allant de la forme la plus caractéristique et la plus sévère, le **syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF)**, à des formes incomplètes se traduisant par des difficultés dans les apprentissages et/ou un trouble des facultés d'adaptation sociale. Le SAF comporte :
 - une dysmorphie faciale parfois difficile à mettre en évidence (comprenant des fentes palpébrales raccourcies, un sillon naso-labial lisse, allongé, effacé et une lèvre supérieure mince) ;
 - un retard de croissance non spécifique (taille ou poids ou périmètre crânien) prénatal ou postnatal ou les deux ;
 - des troubles du développement neurologique s'exprimant :
 - parfois par un retard mental,
 - plus souvent par des difficultés d'apprentissage (avec troubles de l'attention, de la mémoire, du raisonnement abstrait), des troubles du calcul, des troubles du langage, une déficience sensorielle (surtout visuelle), des troubles du comportement, des troubles des facultés d'adaptation et des conduites sociales, source de difficultés d'insertion sociale.
- Les anomalies du système nerveux sont directement liées à l'effet de l'alcool et leurs effets s'expriment de manière variable avec l'âge.
- La forme clinique la plus fréquente est la forme partielle qui est responsable de troubles neurodéveloppementaux, d'échec scolaire, de troubles des conduites, de délinquance et d'incarcération, de consommation de produits à l'adolescence.

Données épidémiologiques

- L'incidence du syndrome d'alcoolisation fœtale en France serait de l'ordre de 1,3 ‰ naissances vivantes par an. Celle de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale dans les pays occidentaux serait de 9 ‰ naissances vivantes par an.
- L'exposition prénatale à l'alcool représente un facteur de risque d'anomalies à tous les stades de la grossesse, notamment à son début ; ce risque est commun à toutes les variétés de boissons alcoolisées (apéritif, vin, bière, cidre, spiritueux, etc.) et existe même lors de consommations ponctuelles.
- En France, l'Inpes conseille Zéro alcool pendant la grossesse³.

3. Cf. <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/06/dp060911.pdf>.

Liste des recommandations sources

- Directives cliniques canadiennes de consensus sur la consommation d'alcool et la grossesse (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada – 2010) ;
- Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale : lignes directrices canadiennes concernant le diagnostic (Santé Canada, Chudley AE, et al. – 2005) ;
- *Fetal Alcohol Syndrome: Guidelines for referral and diagnosis* (CDCP – 2004) ;
- Le syndrome d'alcoolisme fœtal (Société canadienne de pédiatrie – 2002) ;
- Les conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse (Société française d'alcoologie – 2002).



www.has-sante.fr

2 avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : +33 (0) 1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0) 1 55 93 74 00

Recommandations pour la pratique clinique : "Interventions pendant la période périnatale ". Chapitre 2 : Consommation de substances psychoactives et périnatalité

Femmes en âge de procréer

Dans l'enquête Baromètre santé 2017 incluant 4 169 femmes âgées de 18 à 39 ans, 77,6% ont déclaré avoir consommé au cours des douze derniers mois, et 21,5% au moins une fois par semaine ; 13,2 % ont signalé une API au moins une fois par mois au cours des douze derniers mois [4].

La consommation régulière concerne surtout les femmes plus âgées, alors que les plus jeunes déclarent davantage (en proportion et en fréquence) des ivresses récentes et des API répétées. Cette pratique du « binge drinking » (seuils de quatre verres ou plus d'alcool en moins de deux heures pour une fille et cinq pour un garçon) concerne la moitié des jeunes de 17 ans et ce phénomène ne cesse d'augmenter, notamment chez les filles [3].

Femmes enceintes

Dans l'enquête périnatale 2010, 23% des femmes enceintes ont déclaré avoir bu de l'alcool au moins une fois au cours de leur grossesse. Parmi elles, 19,7% ont consommé après les diagnostics de grossesse [5]. En 2012, parmi les 3063 femmes enceintes et allaitantes interrogées par téléphone lors d'une enquête nationale, 51,4% ont déclaré avoir consommé de l'alcool avant la grossesse, 8% avoir eu au moins un épisode de « binge drinking » en début de grossesse, 1,2% en fin de grossesse [6]. Dans le Baromètre Santé 2017, 11,7% des 1 614 mères d'enfants de cinq ans ou moins ont déclaré une consommation lors de leur dernière grossesse, réparties en 10,7% uniquement pour les grandes occasions, moins d'1% entre une fois par semaine et une fois par mois et moins d'1% une fois par semaine ou plus. Les femmes les plus âgées (35 ans ou plus) et les plus diplômées (niveau de diplôme supérieur au baccalauréat) étaient plus nombreuses à déclarer avoir consommé de l'alcool [4].

Cette diminution de déclaration de 23% à 11,7% pourrait traduire une évolution favorable des comportements possiblement en lien avec les actions de prévention mises en place depuis 2010 ; il peut également s'agir d'une différence de méthodologie entre les études, mais aussi d'un phénomène de sous-déclaration plus importante. Les estimations basées non plus sur des déclarations mais sur des données biologiques font état de consommations plus élevées (entre 15% dans l'étude de Abernethy et al. en Ecosse basée sur l'étude du méconium de 235 nouveaux-nés, et 62,7% dans les cheveux de 153 femmes dans l'étude Espagnole de Gomez-Roig et al.) [7-11].

Les estimations peuvent également être sous-évaluées car elles ne tiennent souvent pas compte de la consommation avant la découverte de la grossesse. Une étude australienne en 2017 a montré que 60% des femmes avaient consommé entre la conception et le diagnostic de grossesse, de façon importante et/ou sous un mode de « binge drinking ». Cette proportion était réduite à 18% après le diagnostic de grossesse [12].

Femmes allaitantes

Concernant l'allaitement, Haarstrup et al. en 2014 révèlent à partir de 41 publications sélectionnées qu'environ la moitié des femmes des pays occidentaux consomment de l'alcool pendant l'allaitement [13].

Dans une étude de 2017, 674 mères françaises allaitantes ont répondu à un questionnaire sur la fréquence de leur consommation d'alcool et de « binge drinking » pendant le mois précédent : 0,4 % des femmes avaient consommé quotidiennement de l'alcool pendant la grossesse et l'allaitement. Pendant l'allaitement, 6,8 % ont rapporté un épisode ou plus de binge drinking [6].

Source : Ouvrage, CHANAL Corinne, MAZURIER Evelyne, DORAY Bérénice (et. Al), **Recommandations pour la pratique clinique : "Interventions pendant la période périnatale ". Chapitre 2 : Consommation de substances psychoactives et périnatalité**, Collège National des Sages-Femmes de France, 2021, pp. 6-7

Etat de la science

<i>Risques pendant la grossesse et effets embryo-fœtaux, risques pour le devenir de l'enfant</i>	<i>15</i>
<i>Passage de la barrière placentaire et toxicité sur le SNC de l'enfant à naître</i>	<i>19</i>
<i>Nouvelle étude JAMA sur l'impact des petites consommations d'alcool pendant la grossesse sur l'enfant à naître</i>	<i>23</i>

Risques pendant la grossesse et effets embryo-fœtaux, risques pour le devenir de l'enfant

5.4 Risques pour la grossesse

Alcool pendant la grossesse

In vitro, une exposition courte et aiguë à l'éthanol au premier trimestre, affecte négativement la croissance des cellules placentaires. Chez le rat, l'exposition prénatale compromet la croissance et la placentation de façon dose-dépendante via une morphogénèse altérée dans la zone labyrinthique, la suppression des cellules précurseurs envahissantes et l'inhibition de l'adhérence et de la motilité des cellules trophoblastiques [56,57]. Les études chez la femme font état d'un excès d'anomalies d'implantation placentaire de type placenta accreta (OR = 3,10; IC95% 1,69-5,44) [58].

L'ensemble de ces anomalies morphogénétiques ainsi que la vasoconstriction placentaire dose-dépendante augmentent le risque de fausse-couche ou mort fœtale in utero, de saignements et de prématurité, d'hypertension artérielle gravidique et de retard de croissance intra-utérin (RCIU) et de rupture prématurée des membranes (RPM). Comparativement aux non-consommatrices, les femmes ayant consommé au moins cinq boissons alcoolisées par semaine présentent un risque de syndrome PAS (« Placenta Associated Syndrome » = entité caractérisée par un dysfonctionnement de la vascularisation placentaire) deux fois plus élevé, tandis que les femmes avec une consommation d'un à deux verres par semaine présentaient un risque augmenté de seulement 9% [59].

Ce risque majoré de fausse-couche est confirmé par une étude de 2014 (OR = 1,19 ; IC95% 1,12-1,18) [60].

Une revue systématique de 2019 couplée à une méta-analyse retrouve une association entre la consommation maternelle d'alcool, un fœtus petit pour l'âge gestationnel (PAG) et un risque de faible poids à la naissance. Chez les mères ayant consommé plus de 3 boissons alcoolisées par semaine, le risque d'avoir un enfant né avant terme augmente de 23% [61].

Les enfants des mères qui continuent à boire pendant la grossesse ont un poids de naissance plus faible que celui des mères qui ont diminué leur consommation [62].

5.5 Effets embryo-fœtaux

Alcool

L'éthanol est une petite molécule hydrophile et lipophile, qui diffuse rapidement à travers le placenta. L'équipement enzymatique de détoxification n'apparaît qu'en faible quantité après le deuxième trimestre de grossesse et le fœtus peut ingérer l'éthanol présent dans le liquide amniotique : il en découle que la concentration d'alcool est plus élevée chez le fœtus que chez la mère [83].

Les conséquences néfastes de l'exposition prénatale à l'alcool s'exercent via différents mécanismes :

1. Effets tératogènes : liés à l'alcool éthylique ou éthanol et son catabolite l'acétaldéhyde, à l'origine de malformations pouvant concerner tous les organes [83].
2. Effets neurotoxiques : majoration de l'apoptose neuronale, troubles inflammatoires, anomalies des neurotransmetteurs.
3. Effets vasculaires : troubles de l'angiogénèse cérébrale [84].
4. Effets épigénétiques : modifications de l'expression des gènes impliqués dans la croissance placentaire et embryo-fœtale [85], la morphogénèse, la neurogénèse et la migration neuronale [86-90].

Source : Ouvrage, CHANAL Corinne, MAZURIER Evelyne, DORAY Bérénice (et. Al), **Recommandations pour la pratique clinique : "Interventions pendant la période périnatale". Chapitre 2 : Consommation de substances psychoactives et périnatalité**, Collège National des Sages-Femmes de France, 2021, pp. 11, 13-15, 22-23

Risques en fonction de la période d'exposition

- Exposition préconceptionnelle :

La consommation préconceptionnelle induit des anomalies épigénétiques au niveau des spermatozoïdes : elles sont responsables de la perturbation de l'expression de gènes impliqués dans la régulation de la prolifération cellulaire, la croissance embryo-placentaire et le développement cérébral foetal à l'origine d'un phénotype équivalent au syndrome d'alcoolisation foetale [91-93].

Une méta-analyse publiée en 2020 a étudié le rôle de la consommation pré-conceptionnelle d'alcool chez l'homme. Selon cette étude, menée à partir des données de 55 études comprenant 41 747 bébés atteints de cardiopathie congénitale, la consommation d'alcool dans les trois mois précédant la conception est associée à un risque accru de cardiopathie congénitale de 44% en cas de consommation du père. La consommation occasionnelle et excessive d'alcool de type "binge drinking", est associée à une probabilité accrue de malformation cardiaque congénitale de 52%. Les auteurs préconisent un arrêt de toute consommation d'alcool au moins six mois avant la fécondation [94].

- Exposition précoce jusqu'à la 5ème semaine d'aménorrhée (3ème semaine de grossesse) :

Alors que la grossesse est habituellement ignorée à ce stade précoce, il existe un risque majeur concernant l'implantation (risque de placenta accreta, défaut d'invasion trophoblastique) et le développement du placenta (perturbations histologiques avec altération du nombre et de la taille des villosités responsables d'une diminution des échanges placentaires) [56-58].

L'administration d'alcool chez les souris gestantes lors de la période pré-implantatoire sur le développement ultérieur du fœtus est responsable d'un phénotype semblable au SAF incluant retard de croissance, anomalies cranio-faciales ainsi qu'un taux de mortalité accrue chez le fœtus [95]. L'exposition précoce entraîne une déméthylation au niveau placentaire des allèles d'origine paternelle des gènes H19 et Igf2 impliqués dans la croissance placentaire et embryonnaire [96].

- Exposition de 5 à 12 semaines d'aménorrhée :

Le risque malformatif est maximal au cours de cette période d'embryogénèse. Molécule tératogène, l'alcool perturbe, suivant un schéma chronologique déterminé, la mise en place des différents organes (face, extrémités, organes internes), via plusieurs mécanismes dont une majoration de l'apoptose, des anomalies de vascularisation précoce, des modifications épigénétiques de l'expression de certains gènes déterminants dans la formation embryonnaire [86].

Le tableau clinique le plus complet a été décrit pour la première fois dans la littérature scientifique en 1968 par le pédiatre français Paul Lemoine [97]. Le terme « syndrome d'alcoolisme fœtal » puis « syndrome d'alcoolisation fœtale SAF » a été introduit en 1973 par Jones et Streissguth [98]. Il désigne chez un enfant exposé à l'alcool un

retard de croissance intra-utérin avec classiquement une microcéphalie, une dysmorphie faciale caractéristique (fentes palpébrales étroites, philtrum long, lisse, bombé, lèvre supérieure fine avec effacement de l'arc de Cupidon), des malformations et des troubles neuro-cognitifs et comportementaux [99-100].

- Exposition après 12 semaines d'aménorrhée :
Ce type d'exposition n'engendre pas de risque de malformations viscérales ou de dysmorphie faciale. Le retard de croissance peut être présent, compte tenu de la vasoconstriction placentaire. Le risque majeur est neurocognitif et comportemental : la morphogénèse, l'histogénèse cérébrale et la construction des circuits neuronaux se déroulent au cours de l'ensemble de la grossesse pour se terminer chez le jeune adulte vers 25 ans. Certains de ces mécanismes présentent également un déterminisme épigénétique [90].

Risques en fonction de la quantité et de la durée de consommation

Plus la quantité d'alcool est importante et plus les épisodes de binge-drinking sont nombreux, plus la fréquence de la dysmorphie et des troubles cognitivo-comportementaux (en particulier un faible QI non verbal, et troubles de l'attention) sont rapportés. La survenue d'un Trouble du Spectre de l'Alcoolisation Fœtale (TSAF) est multipliée par 12 en cas de consommation au premier trimestre ($p < 0,001$), par 61 en cas de consommation aux premiers et deuxièmes trimestres, par 65 en cas de consommation au cours des 3 trimestres [101].

Une des questions les plus débattues concerne l'impact des faibles consommations. Une étude récente montre que la dysmorphie faciale typique est 2,5 fois plus fréquente chez les enfants ayant subi une seule exposition par rapport aux enfants sans exposition. Le risque est multiplié par 8,5 chez les enfants exposés à une moyenne de 1 à 4 verres / semaine [102].

Sur le versant cognitif, une série d'articles publiés en 2012 ne retrouvait pas de troubles neuropsychologiques en cas de consommation d'alcool hebdomadaire faible à modérée en début de grossesse [103-104]. Toutefois, ces résultats ont été mis en doute par S. Astley : les enfants étudiés ayant seulement 5 ans, il paraissait prématuré d'étudier le plein impact de l'exposition vis-à-vis de la réalisation de tâches complexes [105].

Le mode de consommation peut également moduler les conséquences chez l'enfant : une consommation simultanée de plusieurs verres au cours de la même journée semble rendre compte de conséquences plus importantes qu'une consommation fractionnée sur plusieurs jours, faisant considérer la pratique du binge drinking comme un sur-risque [106].

Risques en fonction du patrimoine génétique

Les effets sur l'enfant de la consommation pendant la grossesse sont également modulés par les capacités d'élimination de l'alcool tant maternelle que fœtale via les polymorphismes génétiques de l'alcool déshydrogénase [107].

5.9 risques pour le devenir de l'enfant

Alcool

Outre les répercussions physiques à long terme (troubles de croissance, conséquences physiques, esthétiques et fonctionnelles des malformations) du Syndrome d'Alcoolisation Foetale, l'exposition prénatale à l'alcool rend compte de troubles neuro-cognitifs et comportementaux [150-152].

Même une exposition modérée peut entraîner des troubles neurologiques dont les manifestations vont survenir chez le nourrisson, mais également chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte. Si le SAF représente la manifestation la plus visible des conséquences de l'exposition prénatale à l'alcool, le terme Troubles du Spectre de l'Alcoolisation Foetale (TSAF) se rapporte à toute une série de troubles présents chez des individus présentant ou non une dysmorphie faciale et des malformations [151, 153-155]. Ainsi, toute consommation d'alcool peut entraîner des conséquences neuro-anatomiques et cognitivo-comportementales. L'IRM peut révéler outre la microcéphalie, des anomalies du corps calleux, du cervelet et de l'hippocampe, ainsi que des troubles de migration neuronale et du volume de la substance grise (gyri cingulaire, médio-frontaux, noyaux caudés) [156-158]. Les conséquences fonctionnelles sont variées : retard des acquisitions psychomotrices, troubles neurocognitifs et comportementaux se révélant chez l'enfant voire l'adulte (difficultés d'apprentissage, déficit mnésique, diminution de la fluence verbale, troubles des fonctions exécutives, troubles psycho-comportementaux et psycho-affectifs, troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité) responsables de dysfonctionnements personnel, interpersonnel, scolaire, social et professionnel [106, 152, 154, 155, 159-167].

Sur le plan épidémiologique, les TSAF représentent la cause la plus fréquente de troubles cognitifs en Amérique du Nord, devant la trisomie 21 ou l'infirmité motrice cérébrale [162]. Une revue de la littérature entre 1973 et 2015 publiée par Popova et al. en 2017 fait état d'une prévalence mondiale du SAF de 14,6 pour 10 000 personnes (IC à 95 % 9,4-23,3) [168].

Les études en France sont peu nombreuses. En 2018, Santé Publique France dans son rapport de surveillance des TSAF par analyse des données du programme de médicalisation des systèmes d'information en France entre 2006 et 2014, indique une prévalence de TSAF rapportée de 0,48 cas pour 1 000 naissances, incluant 0,07 cas de Syndrome d'Alcoolisation Foetale (SAF) pour 1 000 naissances mais d'importantes disparités régionales, la région avec la plus forte prévalence étant l'Île de La Réunion (1,22 pour 1000) [169]. Ces résultats sous-estiment néanmoins l'importance des TSAF, notamment du fait de la difficulté à repérer les enfants présentant de tels troubles et de l'absence de données au-delà de la période néonatale.

Il est classiquement estimé que les TSAF concerneraient en France au moins 1% des naissances soit environ 8 000 nouveau-nés par an. Cela implique que près de 500 000 Français souffrent à des degrés divers de séquelles de l'alcoolisation foetale. La consommation d'alcool pendant la grossesse représente ainsi la première cause, évitable de surcroît, de handicap mental non génétique et d'inadaptation sociale de l'enfant en France. Son coût social est important, estimé en moyenne à 1,3 million d'euros pour toute une vie [170-171].

Passage de la barrière placentaire et toxicité sur le SNC de l'enfant à naître

1.2.2 Passage de la barrière placentaire et conséquences sur le fœtus

Le placenta est un amas de cellules d'origine fœtale, richement vascularisé et en évolution constante et progressive durant toute la grossesse. **Apparaissant dès la deuxième semaine de grossesse**, son rôle est majeur dans la régulation des échanges entre la mère et le fœtus.

Formé de 2 circulations parallèles non miscibles, il exerce une fonction :

- respiratoire (échanges O₂ et CO₂), 15 fois moins efficace qu'un poumon réel,
- endocrinienne,
- d'élimination des déchets métaboliques,
- nutritive avec le passage de différentes substances à travers la barrière placentaire.

Le placenta assure une protection pour le fœtus contre certains agents pathogènes. **Cependant les drogues et l'alcool peuvent échapper au contrôle de cette barrière**, provoquant dans certains cas des malformations (10).

Après ingestion, l'alcool traverse la barrière placentaire **par simple diffusion passive**, ou par mise en jeu d'un gradient de concentration avec équilibration des concentrations entre les compartiments maternel et fœtal.

Ni l'embryon, ni le fœtus, ni les annexes embryonnaires ne possèdent d'ADH (alcool déshydrogénase) pour assurer la dégradation de l'alcool. Son action sur le fœtus dure tant qu'il baigne dans un liquide amniotique « alcoolisé » (14)

On peut ici citer le Dr Philippe Dehaene qui résume ce phénomène ainsi : « Quand la mère est gaie, son enfant est ivre » (7).

Les effets de l'alcool sont multiples, polymorphes et souvent irréversibles. Ceux-ci lui confèrent le statut très probable de « toxique le plus tératogène en contexte de grossesse ».

Ces effets sont fonction de la *quantité d'alcool absorbée, du stade de la grossesse, des capacités métaboliques de la mère, et de la sensibilité individuelle du fœtus, laquelle est influencée par son propre patrimoine génétique.*

Le SAF à proprement dit, ne représente que la manifestation la plus extrême d'une exposition in utero à l'alcool, soit la partie visible de l'iceberg.

Source : Thèse, MENNI Saphiya, **Facteurs de risque des troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale identifiés avant, pendant et après la grossesse : une revue de la littérature**, Médecine humaine et pathologie, 2017, pp. 13-14

Le développement de **tous les organes** est susceptible d'être affecté par l'alcool, avec des différences notables selon la période d'exposition. Cependant on note que **l'essentiel** des manifestations liées à l'alcoolisation maternelle résulte en une atteinte du **système nerveux central**. Cette atteinte est continue tout au long de la gestation (figure 2).

1.2.2.1 Toxicité et tératogénicité sur le SNC de l'enfant à naître

On peut résumer ainsi les étapes du développement cérébral lors des différents trimestres de grossesse (9) :

➤ Le premier trimestre correspond à la phase d'organogenèse.

La première ébauche du cerveau apparaît au cours de la troisième semaine et se traduit par la formation de la plaque neurale. Lors de la quatrième semaine, cette structure s'incurve pour donner naissance au tube neural et à la crête neurale. Les neurones sont formés par la multiplication intense de cellules précurseurs dans les zones qui bordent le tube neural. Il a été rapporté que **la consommation d'alcool au cours de cette phase est susceptible de détruire les cellules de la crête neurale** et d'engendrer des **malformations cranio-faciales** telles que celles décrites à l'occasion d'un SAF (9).

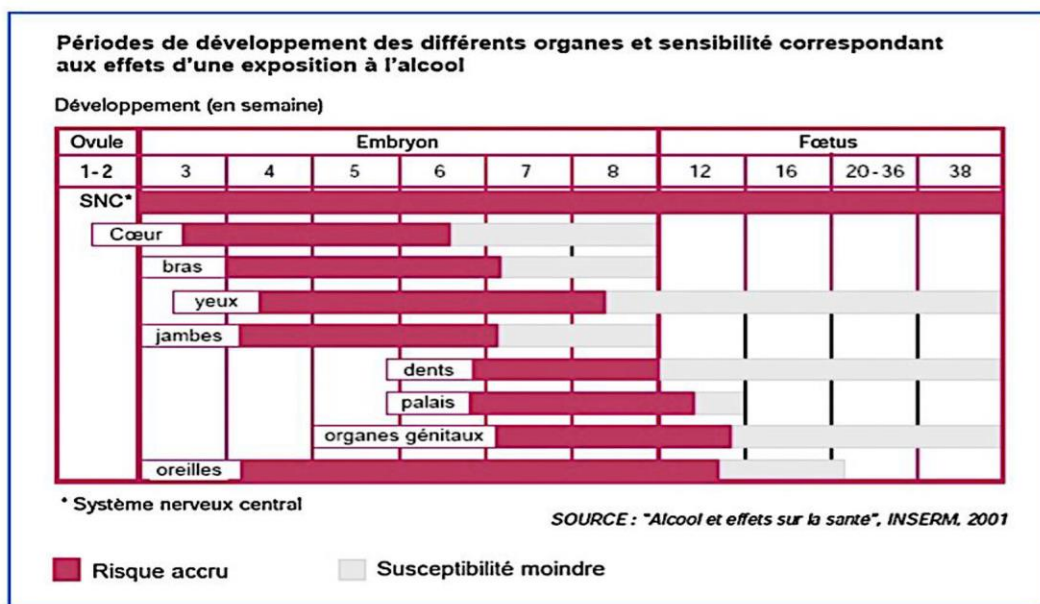


Figure 2 : Sensibilité des différents organes à l'alcool durant la grossesse (INSERM) (9)

➤ **Le second trimestre est la période de différenciation des aires cérébrales.**

Jusqu'au quatrième mois, les neurones continuent à proliférer dans le cerveau primitif, puis migrent vers la périphérie, en particulier dans le cortex cérébral. Cette migration se fait le long de cellules guides : les cellules gliales radiaires. **Une exposition à l'alcool perturbe la prolifération et la migration des neurones.**

Des altérations morphologiques des cellules gliales radiaires ont été décrites. Elles sont susceptibles d'entraver la migration des neurones et de conduire finalement à une mauvaise distribution des cellules (9).

➤ **Le troisième trimestre est une phase de croissance cérébrale intense.**

Les neurones grossissent et vont se différencier. C'est au cours de cette période que se développent les arborisations dendritiques et que se mettent en place les synapses nécessaires à la communication cellulaire. Par ailleurs, les astrocytes prolifèrent, de même que les oligodendrocytes à l'origine de la myéline qui viendra recouvrir d'une gaine les axones. **À ce stade, et comme cela a été démontré chez le rat ou la souris, une exposition à l'alcool est capable d'engendrer une réduction de la synaptogenèse (une perte des neurones, une gliose réactionnelle), c'est-à-dire une multiplication des cellules gliales compensatoire à la réduction du nombre de neurones et enfin un retard de myélinisation (9).**

Par ailleurs l'impact sur le SNC de l'exposition prénatale à l'alcool est plus important pour certaines structures. On parle de **vulnérabilité sélective de certaines régions du cerveau** (9).

Les études cliniques (observation d'enfants exposés in utéro), et les modèles expérimentaux principalement sur les rongeurs ou sur des cellules souches ont permis de mieux comprendre l'atteinte sélective de certaines régions cérébrales.

Concernant le cortex cérébral, ce dernier joue un rôle majeur dans l'analyse et la représentation sensorielle et motrice. Il intervient donc dans la **motricité volontaire, le langage, la perception et le raisonnement**. L'alcool endommage cette structure en réduisant le **nombre de neurones mais également en perturbant son architecture**. Ces modifications peuvent avoir des répercussions sur le comportement de l'enfant sur le long terme (9).

Une autre région particulièrement sensible est **l'hippocampe**. Cette structure intervient dans les *processus d'apprentissage et de mémorisation*. Les dysfonctionnements de l'hippocampe sont également liés à la **réduction neuronale**, ainsi qu'à une perturbation de la **neurotransmission glutaminergique**.

Enfin une autre région atteinte sélectivement par l'alcool est le **cervelet**. Il participe aux *fonctions motrices comme l'équilibre, le contrôle de la posture, le tonus musculaire ainsi que dans certaines fonctions cognitives telles que l'attention*. Une réduction de la taille du cervelet ainsi que des anomalies structurelles sont retrouvés chez les enfants dont la mère consommait de l'alcool (9).

Certains travaux sur les rongeurs suggèrent que la taille réduite du vermis retrouvée à la suite d'une alcoolisation unique durant la phase de croissance du cerveau pourrait être expliquée par une perte massive des cellules de Purkinje, lesquelles sont particulièrement sensibles à l'alcool.

Nouvelle étude JAMA sur l'impact des petites consommations d'alcool pendant la grossesse sur l'enfant à naître

Une nouvelle étude du JAMA publiée en avril 2022 auprès de 135 enfants exposés à un niveau modeste d'alcool in utero (comparé à un groupe témoin de 135 autres enfants n'ayant jamais été exposés) montre une anisotropie fractionnelle (mesure de la qualité des fibres nerveuses de la substance blanche) plus basse et davantage de problèmes comportementaux externalisés (agressivité et hyperactivité).

Ces résultats suggèrent qu'une exposition à l'alcool in utero, même de faible intensité, a des effets mesurables sur la structure du cerveau de l'enfant et appui les recommandations médicales actuelles de ne pas boire d'alcool durant la grossesse.

Cette nouvelle étude vient renforcer l'idée que pour faire respecter le droit des enfants à naître égaux, il faut mettre beaucoup plus de moyens dans l'information à l'école sur les dangers de l'alcool durant la grossesse, la prévention des futurs parents, le diagnostic et l'accompagnement des personnes porteuses de TCAF.

Rappelons que l'unique centre de diagnostic se trouve à La Réunion alors que ce problème touche 15 000 enfants chaque année partout en France et que près de 1,3 million de français vivent avec des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale le plus souvent sans diagnostic.

Le SAFTHON, campagne événementielle et solidaire, contribue par ses 260 actions annuelles, à faire avancer la connaissance de ce problème largement sous-estimé.

En soutenant SAF France, nous pouvons en 5 ans, réduire drastiquement le nombre d'enfants atteints et agir concrètement pour le droit des enfants et des femmes.

Source : Safthon Officiel - <https://www.facebook.com/hashtag/alcoolgrossesseagissons>

Repérage

Le repérage systématique : pourquoi s'impliquer en tant que professionnel ?	27
Quelles sont les catégories professionnelles qui devraient repérer un mésusage de l'alcool ?	28
Quelles sont les personnes à risque ?	29
Comment repérer un mésusage de l'alcool chez la femme enceinte ?	30
La Consommation d'Alcool durant la Grossesse (Comprendre les attitudes, les pensées et les sentiments qui empêchent ou favorisent la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse)	31
Auto-questionnaire RPNA	36
Projet d'auto-questionnaire du GEGA	37
Questionnaire AUDIT	38
Questionnaire FACE	40

Le repérage systématique : pourquoi s'impliquer en tant que professionnel ?

Dépister une consommation d'alcool pendant la grossesse renvoie à un triple enjeu de santé : le développement du fœtus pour limiter l'exposition et/ou en réduire ses effets, le déroulement de la grossesse et les conséquences de l'alcool sur la santé de la femme.

- Les TCAF (Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale) correspondent à un spectre entier de troubles dont la prise en charge permet d'en réduire uniquement les impacts et qui sont uniquement accessibles et évitables grâce une prévention efficace.
- Le risque existe depuis la conception et se prolonge jusqu'à la fin de la grossesse : la prévention est bénéfique quel que soit le moment de la grossesse ; il n'est jamais trop tard pour aborder le sujet.

Voir : **les mécanismes de toxicité**

Tous les professionnels peuvent relayer le message par l'ensemble des acteurs par exemple, à l'occasion de dosage d'HCG sanguins, à l'occasion de ventes de tests de grossesse ou d'ovulation, à l'occasion des démarches administratives (déclaration de grossesse...).

Chez Le pharmacien

Si le professionnel veut dépister une consommation, c'est à lui de lever le tabou de l'alcool car il est rare que les femmes en parlent spontanément. Le professionnel doit savoir que :

La consommation existe dans toutes les catégories socio-professionnelles et dans toutes les régions ; l'alcool-dépendance existe chez la femme enceinte et concerne jusqu'à 1% d'entre elles (Chassevent-Pajot, 2011). Il peut s'agir d'une dépendance constituée ou en voie de constitution avec des femmes pas encore conscientes de leur dépendance ou qui n'arrivent pas à en parler.

L'angle de la consommation pendant la grossesse est une bonne manière de parler de la toxicité de l'alcool. C'est une porte d'entrée permettant d'introduire les bénéfices à la réduction de la consommation d'alcool en général.

Si le professionnel n'aborde pas la question de la consommation, la mise sous silence équivaut à dire que l'usage de l'alcool est anodin ou bien qu'on n'en parle pas « même à son professionnel de santé ».

Ainsi :

- Informer, c'est permettre une réduction de consommation et cela est bénéfique à tout moment pour la femme et son enfant
- Informer, c'est la responsabilité du professionnel de santé

Source : <https://www.alcool-info-service.fr/Alcool/Home-Professionnels/Alcool-et-grossesse/Le-reperage-et-le-depistage-de-la-consommation-maternelle/Le-reperage-systematique-pourquoi-s-impliquer-en-tant-que-professionnel>

Quelles sont les catégories professionnelles qui devraient repérer un mésusage de l'alcool ?

Recommandation de bonne pratique

dans les troubles liés à l'usage de l'alcool est aujourd'hui consensuelle (1-7, 9). Le système de classification faisant référence pour le codage des pathologies en France est la CIM de l'OMS. Celui-ci distingue l'usage nocif et la dépendance.

Question 1 – Recommandations

1.1. Le mésusage comprend trois catégories :

- l'usage à risque,
- l'usage nocif,
- l'usage avec dépendance.

Dans l'usage à risque, il n'existe pas – ou pas encore – de conséquences manifestes de l'usage. Les troubles liés à l'usage de l'alcool, représentés par l'usage nocif et l'usage avec dépendance, correspondent aux formes symptomatiques de l'usage.

1.2. Un verre-standard est défini par une quantité d'alcool pur de 10 grammes correspondant approximativement à 10 cl de vin, à 25 cl de bière à 5 % vol, ou à 3 cl d'alcool à 40 % vol.

1.3. L'usage à risque correspond à une consommation de plus de 21 verres par semaine pour les hommes, ou de plus de 14 verres par semaine pour les femmes ; plus de quatre verres par occasion de boire ; n'importe quelle consommation dans certaines circonstances (enfance, grossesse, conduite automobile ou travail sur machine, certaines maladies...).

1.4. Les troubles liés à l'usage de l'alcool sont un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et somatiques indiquant que le sujet continue à consommer de l'alcool malgré des problèmes significatifs liés à cette consommation. On peut retrouver des complications physiques, psychiques ou sociales de la consommation, un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de consommer, une perte de contrôle de la consommation, ou la poursuite de la consommation dans des situations dangereuses.

1.5. Il existe un gradient de sévérité dans les troubles liés à l'usage de l'alcool.

1.6. Selon la Classification internationale des maladies, les troubles liés à l'usage de l'alcool comprennent deux diagnostics hiérarchisés : l'usage nocif et la dépendance.

Question 2.

Quelles sont les catégories professionnelles qui devraient repérer un mésusage de l'alcool ?

Le repérage d'un mésusage de l'alcool est efficace et pertinent en médecine générale (13, 14) (niveau de preuve 1) et en pratique infirmière de soins primaires (15) (niveau de preuve 1).

Les médecins généralistes, comme tous les professionnels de santé, doivent donc être les acteurs privilégiés du repérage des problèmes d'alcool, tout au long de la vie d'un individu et de son parcours de santé (13) (grade A).

Le repérage d'un mésusage de l'alcool implique d'intégrer le savoir-faire relationnel nécessaire pour aborder la question de la consommation d'alcool avec un patient. Les professionnels de soins primaires qui s'estiment incompetents ou ont une réticence pour aborder les problématiques d'alcool avec les patients peuvent améliorer leur pratique par une formation spécifique (16) (niveau de preuve 1). Les professionnels concernés doivent donc se former au repérage du mésusage dans l'intérêt des patients (grade A).

L'utilisation des questionnaires standardisés chez des professionnels non-soignants n'a jamais été évaluée correctement (17). Par ailleurs, l'utilisation des questionnaires par ces professionnels peut être source de problèmes éthiques relatifs à la confidentialité de l'information médicale. Il est donc recommandé que les professionnels non-soignants ayant suspecté un problème d'alcool dirigent systématiquement le sujet vers un professionnel de santé approprié aux circonstances, c'est-à-dire : le médecin généraliste, des professionnels du champ médico-social pour le secteur socioéducatif, des médecins chargés d'appliquer les obligations de soins ou injonctions thérapeutiques pour le secteur judiciaire, des personnels de santé travaillant respectivement en prison pour le secteur carcéral, en médecine du travail pour le secteur professionnel, en santé scolaire pour le secteur scolaire, et des professionnels de la périnatalité pour les femmes enceintes (AE).

Quelles sont les personnes à risque ?

1. Les TCAF : définition, diagnostic et prise en charge

Quelles sont les personnes à risque ?

Les femmes confrontées à l'alcool sont souvent l'objet de stigmatisation. Il est important de ne pas porter de jugement ni de faire des suppositions hâtives sur la source des difficultés que pourrait éprouver un enfant. En particulier, les TCAF ne sont pas un problème propre à un pays ou à une région.

Les femmes de toutes cultures et de tous milieux socio-économiques peuvent subir les effets néfastes de la consommation d'alcool pendant la grossesse. Les TCAF sont un risque partout où il y a consommation d'alcool, comme l'attestent de nombreux travaux récents, pour lesquels les facteurs de risque de consommation d'alcool chez une femme enceinte sont les suivants : rites d'alcoolisation collective entre jeunes, études universitaires notamment soirées des grandes écoles, célibat, femmes-cadres, toxicomanie ou usage de tabac. En effet, la société a changé et le marketing de l'alcool cible de façon préférentielle et efficace de nouveaux marchés à conquérir (les jeunes, les femmes et pas seulement dans des groupes de populations défavorisées ou en difficulté). Autrement dit, est à risque toute femme en âge de procréer qui consomme de l'alcool.

Pour plus de détails, voir étude récente sur les facteurs de risque : « Baromètre santé jeunes INPES 2014 »

Source : Guide, BOURELY Antoine, METELSKI Catherine, TOUTAIN Stéphanie, **Troubles causés par l'alcoolisation fœtale. Guide pour les parents et les aidants**, Association Vivre avec le SAF, 2016, p. 19

Comment repérer un mésusage de l'alcool chez la femme enceinte ?

*Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement***Que faire lorsqu'un mésusage est repéré ?**

Le repérage d'un mésusage doit être consigné dans le dossier médical du patient. Il est nécessaire de rechercher les comorbidités addictologiques, somatiques, cognitives, psychiatriques et sociales du mésusage. Il faut ensuite planifier l'intervention en fonction du niveau de sévérité et des répercussions constatées : tous les degrés d'intensité de la prise en charge peuvent être envisagés, de l'intervention brève à l'intervention complexe en milieu hospitalier, en passant par l'intervention ambulatoire en centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Comment repérer un mésusage de l'alcool chez la femme enceinte ?

Chez une femme enceinte, toute consommation d'alcool doit être considérée comme un mésusage. Les risques sont doubles : pour elle-même, en fonction de sa consommation, et aussi pour son enfant à naître. Les conséquences, souvent méconnues des professionnels et du public, peuvent être graves en raison de la toxicité embryo-fœtale de l'alcool. Ces conséquences sont très variables d'un individu à l'autre, et sont regroupées sous le terme "ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale" (ETCAF – environ 1 % des enfants qui naissent en France), incluant le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF). L'exposition à l'alcool pendant la grossesse est la première cause de déficience mentale évitable en France.

Devant l'absence de consensus actuel concernant un éventuel seuil de toxicité de l'alcool sur le fœtus (37) (niveau de preuve 2), il est recommandé par précaution une abstinence à l'alcool pendant toute la durée de la grossesse (AE).

Le repérage d'un mésusage de l'alcool nécessite des bases que tous les professionnels du champ médical et du champ médico-social impliqués dans le suivi des femmes enceintes (gynéco-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes (38), médecins généralistes, autres professionnels œuvrant en périnatalité) ont besoin d'acquérir (AE). Il est donc recommandé que tout professionnel impliqué dans le suivi des femmes enceintes soit formé au repérage d'une consommation ainsi qu'aux risques potentiels sur le fœtus et l'enfant (grade B) et à l'orientation à proposer. L'attitude empathique du professionnel et sa capacité à établir une relation de confiance sont fondamentales dans le repérage. Le repérage se réalise avec des questions ouvertes similai-

res à celles utilisées en population générale. La question de la consommation doit être posée systématiquement lors de la première consultation prénatale dans l'interrogatoire médical, lors de l'entretien prénatal précoce et idéalement à chaque consultation ou lors du suivi à domicile. Le professionnel doit prendre en compte le contexte personnel, familial et environnemental (incitateur ou non).

Le dossier médical doit nécessairement être renseigné pour envisager, en cas de consommation repérée, la conduite à tenir au moment de la naissance, en secteur postnatal afin d'aider au mieux la jeune mère, porter une attention particulière au nouveau-né et favoriser un accompagnement continu coordonné pour la sortie.

Le professionnel devra être attentif si un retard de croissance intra-utérin (RCIU), sans autre cause connue, s'installe et si cette femme a déjà un (ou des) enfant(s) pour le(s)quel(s) un RCIU avait été diagnostiqué sans étiologie précise ou qui présente(nt) des troubles pouvant être causés par une alcoolisation fœtale.

Les questionnaires AUDIT et surtout AUDIT-C peuvent aussi être utilisés. Ils sont les plus validés (39) (niveau de preuve 1) et traduits en français. Ce sont donc les outils de dépistage complémentaire recommandés (grade A) qui peuvent être intégrés dans des auto-questionnaires.

Si la femme enceinte a une consommation d'alcool occasionnelle, les interventions brèves et répétées, pratiquées par tout professionnel, sont efficaces pour favoriser son abstinence (40) (niveau de preuve 1). Par contre, le repérage d'une consommation en cours ou arrêtée récemment nécessite une orientation très rapide de la future mère vers une prise en charge addictologique (AE). La connaissance des ressources locales est indispensable pour mettre en place un accompagnement multipartenarial médical, psychologique et social en fonction des besoins identifiés.

La consultation préconceptionnelle est à valoriser auprès des femmes et couples en âge de procréer. Elle permet d'apporter un certain nombre d'informations précocement, entre autres sur les risques liés à une consommation d'alcool pendant la grossesse et lors de l'allaitement. Un arrêt de contraception pour désir d'enfant est aussi un moment propice pour échanger (AE). Il est recommandé de diffuser largement l'information sur les risques potentiels dus à l'alcoolisation fœtale, particulièrement chez les jeunes en utilisant leur programme de prévention (AE).

La Consommation d'Alcool durant la Grossesse (Comprendre les attitudes, les pensées et les sentiments qui empêchent ou favorisent la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse)

Discussion

De fait, 70 % de nos participantes ont stoppé leur consommation durant leur grossesse, tandis que 30 % ont continué. Ce résultat coïncide avec l'étude de Brahic et al. (2015), selon laquelle 69 % des femmes enceintes ont stoppé leur consommation, tandis que 31 % ont continué à boire. Pour 5 % d'entre elles, la fréquence de la consommation était d'une fois par mois ou moins, un résultat qui concorde avec les résultats de l'étude de Xavier et al. (2015).

Le contexte le plus cité avant la grossesse est l'événement festif et il est effectivement le même pour les participantes ayant bu durant la grossesse, que ce soit à une soirée entre amis, lors d'un repas en famille ou pour une occasion particulière comme un mariage ou un anniversaire. Concernant le type de boissons consommées avant la grossesse, dans l'ordre d'importance sont cités, le vin, les cocktails, la bière, le champagne et le cidre. Durant la grossesse ce sont le vin, la bière et le champagne qui sont les plus consommés. Notre étude rejoint celle d'April et al. (2010) selon lesquels l'alcool, vin, champagne et bière jouissent

Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia, UCDE

ISSN: 2177-093X

Revista Psicologia e Saúde, v. 13, n. 1, jan./mar. 2021, p. 19-34

Source : Article, FRUSCIONE Margaux, RAUL XAVIER Maria, [La Consommation d'Alcool durant la Grossesse](#), Revista Psicologia e Saúde, vol. 13, n° 1, 2021, pp. 10-14

d'une meilleure réputation que les alcools forts, moins de danger à boire ces alcools selon certaines participantes qui n'ont pas toute la notion de verre standard et le seuil n'est pas reconnu, comme le corrobore l'étude de Brahic et al. (2015). La consommation d'alcool, a fortiori dans un pays à forte tradition vinicole, est largement associée à une notion de convivialité et de plaisir. Bien que le type de consommation soit dit « social », durant la grossesse, ceci correspond à un non-respect des préconisations de l'OMS (WHO, 2014) concernant l'abstinence, témoin qu'il y a encore des femmes qui boivent durant la grossesse, comme décrit dans l'étude de Nykjaer et al. (2014).

Toutes les participantes interrogées ont signalé la grossesse comme raison de ne pas boire d'alcool ou de diminuer leurs consommations, montrant que les raisons invoquées par les femmes sont principalement liées à la santé du fœtus. La plupart des participantes de notre étude ayant arrêté de boire durant la grossesse, estiment qu'il est facile de ne pas boire d'alcool pendant la grossesse. Cependant, une participante signale une grande difficulté et une autre avoue se sentir un peu frustrée surtout lors de festivités. Quant aux raisons de la consommation pendant la grossesse, ont été énumérées plusieurs raisons : rester maîtresse de ses choix de consommer ou pas, le fait que la grossesse décuple les sensations, pour avoir le goût du vin, boire si on en a envie serait moins nocif que de ne pas boire et transmettre sa frustration au bébé. Ceci inclut la notion de négociation des risques qui vise la cognition conditionnelle en légitimant certains risques comparés au stress qui pourrait être provoqué en ne buvant pas, vécu comme plus nocif pour certaines participantes (April et al., 2010). Cette rationalisation est également présente pour la consommation de tabac, effectivement trois participantes continuent à fumer depuis leur grossesse, le stress étant la justification principale et étant évalué par ces femmes comme un moindre mal (Brahic & al., 2015). Qu'il s'agisse d'alcool ou de tabac, il existe une forte dévaluation des risques associés à une faible consommation (Toutain, 2010). Concernant la pression sociale explicite à la consommation, 12 des 20 participantes se sont vues offrir de l'alcool au cours de la grossesse, principalement par la famille, des amis, un serveur ou/et un collègue de travail. Une participante rapporte l'expérience répétée d'avoir subi des pressions par la famille pour boire et s'être sentie à la fois vexée et coupable si elle n'acceptait pas. Du coup, elle a bu un fond de verre pour faire plaisir à la famille. D'autres préfèrent faire semblant de boire pour ne pas à avoir à se justifier.

La pression sociale a donc été identifiée comme un important facteur de vulnérabilité. En l'occurrence les facteurs familiaux peuvent à la fois contribuer à prévenir la consommation mais aussi, à l'inverse, la provoquer. De même, nous avons pu observer que les événements sociaux sont des situations à risque de consommation d'alcool souvent rapportés par les participantes. La grossesse est invoquée comme la principale raison d'être abstinentes durant la grossesse, mais rester abstinentes lors des événements festifs est associé à un sentiment de « manque ».

Concernant la consommation d'autres femmes enceintes, la plupart des participantes de notre étude (45 %) ne désapprouvent pas les femmes enceintes qui consomment de l'alcool « modérément ». Les participantes admettent pour la plupart qu'elles pourraient aborder une autre femme enceinte afin de la prévenir des risques encourus si cette dernière était une amie mais pas s'il s'agissait d'une inconnue. L'idée qui ressort également est celle de ne pas vouloir juger les autres, dans un souci de tolérance où finalement chacune est libre de faire ce qu'elle veut et doit prendre ses responsabilités. Deux participantes ont précisé

qu'elles se sentiraient choquées de voir une femme enceinte boire et une autre participante a dit qu'elle se sentirait gênée, mais moins si la femme en question buvait une bière, plutôt qu'un cocktail. La fréquence et le type d'alcool ont une grande influence dans le discours des femmes interrogées.

Selon plusieurs discours, il ressort une certaine permissivité de la part des professionnels de santé, ainsi que des amis et de la famille. A la question : « Quelqu'un de l'équipe soignante qui suit votre grossesse vous a-t-il questionné concernant la quantité d'alcool consommée ? », 5 participantes émettent un doute sur l'information qu'elles ont reçu, ne sachant plus si elles l'ont vraiment reçu, par qui et à quel moment, contre 9 participantes qui expliquent avoir juste répondu à une question très standardisée et finalement assez superficielle : « Vous buvez ? Vous fumez ? ». La démarche ne va pas plus loin, il n'y a pas d'approche individualisée, ce qui peut augmenter les sous- déclarations, voire les non-déclarations. Nos résultats ici corroborent l'étude de Brahic et al. (2015) et montrent que la prévention sélective est encore peu explorée en France. Seulement trois participantes expriment le fait d'avoir reçu un message clair de la part de la personne suivant la grossesse par rapport au fait de ne pas consommer; zéro alcool; durant la grossesse et quand même 3 participantes disent explicitement ne pas avoir été interrogées à propos de leur potentielle consommation d'alcool. Deux d'entre-elles ajoutent qu'elles ont eu une question uniquement sur le tabac. Concernant la question : « Le médecin / infirmière qui accompagne votre grossesse vous a-t-il déjà parlé des conséquences de boire de l'alcool pendant la grossesse? », dix huit participantes reconnaissent n'avoir reçu aucune explication sur les conséquences, contre deux participantes qui disent avoir reçu un papier explicatif, sans discussion supplémentaire autour de ce document avec la personne suivant la grossesse. Ce qui apparaît ici, c'est le doute et l'incertitude entourant les questions sur la consommation posées par les médecins, qui visiblement évoquent le sujet sans aller plus loin une fois cette question passée, sans chercher à en savoir davantage ou même donner des explications qui pourraient freiner la consommation d'une femme qui n'oserait pas dire en face à son médecin qu'elle boit. La plupart des participantes ont d'ailleurs exprimé le besoin d'avoir plus d'explications et connaître les raisons de la préconisation de l'OMS « Zéro alcool » (April et al., 2010).

En ce qui concerne les médias en tant que source d'information sur la consommation d'alcool pendant la grossesse, les participantes ont évoqué la littérature, les publicités télévisées, les dépliants donnés par les médecins dans les salles d'attente et internet. Mais, les autres sources d'informations proviennent de la famille, des amies ayant déjà des enfants et elles font parfois référence à des sources non spécifiées, surtout comme intériorisation des normes circulant dans la société. L'étude de Toutain (2010) rapporte que les informations factuelles obtenues par les professionnels de santé peuvent être totalement discréditées par l'influence de la famille ou des amis. Toutes les participantes ont indiqué que la population générale devrait avoir des informations sur le sujet, principalement les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes et leurs conjoints. En ce qui concerne la disponibilité de l'information, la majorité des répondantes estiment qu'il est facile d'obtenir des informations sur la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Selon les facteurs personnels, la grossesse est invoquée comme la principale raison concernant l'abstinence. Concernant les facteurs de vulnérabilité pour la consommation d'alcool pendant la grossesse, la pression sociale est mentionnée, les facteurs familiaux

peuvent contribuer à prévenir la consommation (Toutain, 2010) ou au contraire la provoquer (Dupraz, Graffa, Baraschi, Etterb, & Boulvain, 2013).

Un autre facteur personnel associé à la consommation d'alcool est la difficulté à rester abstinente lors de moments festifs. Le manque d'information et la minimisation des risques liés à la consommation occasionnelle représentent des facteurs non protecteurs pour les femmes enceintes. L'attitude de référence est la dévaluation des risques associés, qui se manifeste pour neuf participantes. La notion de culpabilité (Peadon, 2011) est également évoquée.

Le doute émis par les participantes quant à la quantité acceptable d'alcool qu'une femme enceinte puisse consommer met en évidence le manque d'information sur le sujet et peut contribuer à une consommation pendant la grossesse. Le fait d'être sur une deuxième grossesse peut aussi être un facteur potentiel contribuant à la consommation d'alcool. Dans notre étude deux participantes ont dit ne pas avoir bu pour leur première grossesse, mais la pression et les restrictions sont telles qu'elles se sont autorisées un verre de temps de temps pour la seconde.

Les vingt participantes de notre étude ont reçu un suivi pour la grossesse. En revanche aucune n'a été dépistée pour l'alcool. L'interrogation se pose sur la qualité du suivi de la grossesse, sachant qu'il existe des études montrant que le dépistage de la consommation d'alcool est, en soi, un facteur qui inhibe la consommation d'alcool pendant la grossesse (e.g., Gray & Henderson, 2006). L'étude de Campos et Ribeiro (2012) montre elle aussi qu'au Portugal le niveau de dépistage des soins de santé primaire en générale n'est pas effectué comme il devrait l'être. Onze des participantes interrogées disent pourtant qu'elles accepteraient de faire une prise de sang pour évaluer leur taux d'alcool. L'étude de Campos et Ribeiro (2012) confirme ces données, car l'analyse a montré que plus de 80 % des participantes (pas enceintes) étaient réceptives au dépistage (soit par questionnaire ou biochimique). Passant à la question de la prévention sélective, neuf des participantes ont été soumises à la prévention sélective sous forme d'intervention standardisée. Une des participantes ayant bu au début de sa grossesse sans savoir qu'elle était enceinte en a parlé avec sa gynécologue qui l'a fortement déculpabilisée. Les onze participantes qui ont été soumises à la prévention sélective disent n'avoir reçu aucune information concernant les risques et les conséquences de la consommation d'alcool durant la grossesse. Nos résultats sont soutenus par l'étude de Lopez (2013), qui montre que les médecins n'ont suivi la consommation d'alcool durant la grossesse de leurs patientes que dans 45 % des cas et seulement 17,2 % des femmes enceintes ont reçu une information quant à la quantité d'alcool qu'il est acceptable de consommer durant une grossesse.

En ce qui concerne l'appréciation critique que les participantes font de la prévention, la plupart estiment que les préventions universelles et sélectives sont importantes pour tout le monde. L'idée qui est plusieurs fois ressortie, c'est que les explications sur les dangers de l'alcool durant la grossesse devraient faire partie de l'éducation au collège et au lycée, pour que tout le monde, garçons et filles y aient accès le plus tôt possible.

Concernant la réflexion sur les stratégies de prévention hypothétiques que les participantes jugent efficaces, il y a les spots publicitaires, dans la rue et surtout à la télévision, les campagnes, une participante ayant suggéré de mettre plus d'images « choc ». Parmi les femmes interrogées, 14 sur 20 pensent que les professionnels de santé suivant leur

grossesse ne sont pas d'accord avec la consommation d'alcool modérée. Cinq ne savent pas quoi penser et une fait la supposition que son gynécologue serait d'accord car il lui a dit oui pour la cigarette mais modérément. En ce qui concerne les points de vue sur les stratégies de prévention, toutes les participantes aimeraient obtenir de l'aide par des professionnels pour arrêter la consommation d'alcool si elle devait devenir problématique. Ce qui est important pour les participantes c'est la discussion, le suivi, apporter de l'aide, expliquer les risques et les conséquences, parler, écouter, orienter vers des spécialistes en addictologie et vers des psychologues afin de comprendre la part psychologique.

Projet Autoquestionnaire Bien Naitre en Nouvelle Aquitaine



Annexe 9 : auto-questionnaire version 2

Ressources

rpna
Réseau Périnatal Nouvelle Aquitaine

BIEN NAÎTRE EN NOUVELLE-AQUITAINE

AUTO QUESTIONNAIRE

- » Cet auto-questionnaire est destiné à mieux vous accompagner pendant votre grossesse et préparer l'arrivée de votre bébé.
- » Merci de répondre aux questions suivantes.
- » Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

**MA GROSSESSE EST UNIQUE
JE MÉRITE UNE ATTENTION PARTICULIÈRE**

contact@rpna.fr | www.rpna.fr

1 À quel mois de grossesse êtes-vous ? (cochez la case)

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐

2 Avez-vous au moins une personne dans votre entourage sur qui vous pouvez compter ?

oui ☐ non ☐

3 Pendant la grossesse avez-vous eu des difficultés psychologiques persistantes ?

oui ☐ non ☐

4 Au cours du mois écoulé, vous êtes-vous sentie :

- » triste, déprimée ou désespérée ?
oui ☐ non ☐
- » sans intérêt ou sans plaisir à réaliser des activités de la vie quotidienne ?
oui ☐ non ☐

5 Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez des difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, logement, factures...), à pouvoir vous soigner et/ou à faire vos démarches administratives ?

jamais ☐ parfois ☐ souvent ☐

6 Consommez-vous ou avez-vous déjà consommé plusieurs fois depuis le début de cette grossesse ?

- » les substances suivantes ?
- tabac ☐ oui ☐ non ☐
- cannabis ☐ oui ☐ non ☐
- alcool ☐ oui ☐ non ☐
- cocaïne ☐ oui ☐ non ☐
- héroïne ☐ oui ☐ non ☐
- autres :
- » des médicaments ?
- pour la douleur ☐ oui ☐ non ☐
- pour vous calmer ☐ oui ☐ non ☐
- pour dormir ☐ oui ☐ non ☐
- pour le moral ☐ oui ☐ non ☐
- pour la dépendance ☐ oui ☐ non ☐
- autres :

7 Au cours de votre vie, y compris pendant votre enfance, avez-vous été victime de violences verbales, physiques, sexuelles, psychologiques (harcèlement, humiliation, menace, contrôle...), économiques (privation des papiers, d'argent...) ... ?

jamais ☐ parfois ☐ souvent ☐

8 Vous sentez-vous en sécurité avec votre partenaire ?

tout le temps ☐ pas toujours ☐ rarement ☐

pas de partenaire ☐

9 Avez-vous des préoccupations ou des inquiétudes dont vous aimeriez parler ?

contact@rpna.fr | www.rpna.fr

Madame, Mademoiselle,

Nous vous proposons de répondre à ce questionnaire afin de mieux vous connaître et de mieux vous accompagner pendant votre grossesse. Il est à remettre au médecin ou à la sage-femme avec qui vous avez rendez-vous aujourd'hui pour en discuter avec lui (elle).

Si vous le désirez, une aide pourra vous être proposée.

	oui	non
1- Dans la semaine qui vient de s'écouler, vous est-il arrivé de vous sentir inquiète ou soucieuse sans en identifier la raison ?		
2- Dans la semaine qui vient de s'écouler, avez-vous eu des problèmes pour bien dormir ?		
3- Dans la semaine qui vient de s'écouler, vous êtes-vous sentie dépassée par les événements ?		
4- Avez-vous ou avez-vous déjà eu un problème avec votre poids ou votre alimentation ?		
5- Dans votre vie, avez-vous tendance à contrôler votre poids (restriction alimentaire, activité physique intensive, vomissements provoqués...) ?		
6- Qu'aviez-vous l'habitude de boire avant la grossesse? (plusieurs réponses possibles) ☐ eau ☐ soda ☐ cidre ☐ bière ☐ vin ☐ alcool fort ☐ café ☐ autre :		
7- Depuis le début de votre grossesse, vous est-il arrivé de boire de l'alcool (bière, vin, champagne, etc.) au cours d'une soirée, d'une fête ou d'une autre occasion ?		
8- Combien de cigarettes fumiez-vous par jour en moyenne avant la grossesse ? ☐ 0 ☐ 1-10 ☐ 11-20 ☐ 21-30 ☐ +30		
9- Fumez-vous actuellement ?		
10 - Avez-vous déjà consommé l'une de ces substances : cannabis, ecstasy, amphétamines, MDMA, crack, LSD, cocaïne, héroïne ou une autre drogue?		
11- Vous est-il arrivé d'en consommer ces derniers mois ?		
12- Ces derniers mois, avez-vous pris un de ces médicaments: tranquillisants, antidépresseurs, benzo, somnifères, méthadone, Subutex®, antidouleurs, autres ?		
13- Dans votre vie avez-vous été victime de violences psychologiques et/ou physiques ?		
14- Vous sentez-vous en sécurité dans votre environnement familial ?		
15- Avez-vous au moins une personne dans votre entourage sur qui vous pouvez compter ?		
16- Avez-vous des difficultés à faire face à vos besoins : alimentation, logement, accès aux soins, factures, démarches administratives... ?		
17- Après l'accouchement serez-vous seule pour vous occuper du bébé ?		
18- Bénéficiez-vous d'une aide extérieure : assistant social, éducateur, psychologue, tuteur, autre personne ou structure?		



QUESTIONNAIRE

QUESTIONNAIRE AUDIT**(ALCOHOL USE DISORDERS TEST)**

REPÉRAGE DES CONSOMMATIONS PROBLÉMATIQUES

Les dix questions qui suivent doivent être de préférence posées sans reformulation, et cotées selon les réponses spontanées des patients. En cas d'hésitation, proposer les modalités de réponses, en demandant de choisir « la réponse la plus proche de la réalité ».

Questions	Points					Score
	0	1	2	3	4	
1. À quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine	
2. Combien de verre d'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus	
3. À quelle fréquence buvez-vous six verres ou plus en une même occasion ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
5. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
6. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	



QUESTIONNAIRE AUDIT

Questions	Points					Score
	0	1	2	3	4	
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
9. Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	
10. Un parent, un ami, un médecin ou autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	

TOTAL

INTERPRÉTATIONS DU RÉSULTAT

- Un score supérieur ou égal à 7 chez l'homme et à 6 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool
- Un score supérieur à 12 chez l'homme et chez la femme serait en faveur d'une dépendance à l'alcool

Société Française d'Alcoologie, 2015.

Point d'attention : Ce test a pour but de repérer les personnes présentant des troubles de l'usage d'alcool et n'est pas basé sur les repères de consommation qui visent eux à présenter un seuil de consommation d'alcool à moindre risque pour la santé. Pour en savoir plus, rendez-vous sur le site alcool-info-service.fr

Source : <https://www.alcool-info-service.fr/Alcool/Home-Professionnels/Alcool-et-grossesse/Le-reperage-et-le-depistage-de-la-consommation-maternelle/Quels-sont-les-outils-pour-evaluer-la-consommation>



QUESTIONNAIRE

QUESTIONNAIRE FACE

(FAST ALCOHOL CONSUMPTION EVALUATION)

REPÉRAGE DES CONSOMMATIONS PROBLÉMATIQUES

Les cinq questions qui suivent doivent être de préférence posées sans reformulation, et cotées selon les réponses spontanées des patients. En cas d'hésitation, proposer les modalités de réponses, en demandant de choisir « la réponse la plus proche de la réalité ».

Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois.

Questions	Points					Score
	0	1	2	3	4	
1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine	
2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus	
3. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?	Non				Oui	
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?	Non				Oui	
5. Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?	Non				Oui	

TOTAL

INTERPRÉTATIONS DU RÉSULTAT

- Pour un score égal ou supérieur à 5 chez l'homme et 4 chez les femmes, un mésusage est à suspecter.
- Pour les deux sexes, un score supérieur ou égal à 9 est en faveur d'une dépendance.

Société Française d'Alcoologie, 2015.

Point d'attention : Ce test a pour but de repérer les personnes présentant des troubles de l'usage d'alcool et n'est pas basé sur les repères de consommation qui visent eux à présenter un seuil de consommation d'alcool à moindre risque pour la santé. Pour en savoir plus, rendez-vous sur le site alcool-info-service.fr

Source : <https://www.alcool-info-service.fr/Alcool/Home-Professionnels/Alcool-et-grossesse/Le-reperage-et-le-depistage-de-la-consommation-maternelle/Quels-sont-les-outils-pour-evaluer-la-consommation>

Posture professionnelle

<i>Que peut-on faire ?</i>	<i>43</i>
<i>Comment aborder la consommation d'alcool avec une femme enceinte ?</i>	<i>44</i>
<i>La posture éducative en éducation pour la santé : Apports de la psychologie humaniste et de la psychologie positive</i>	<i>45</i>
<i>RPIB - Repérer le risque alcool et adapter son intervention</i>	<i>46</i>
<i>L'entretien motivationnel</i>	<i>47</i>

Que peut-on faire ?

La façon la plus simple et directe de prévenir l'ETCAF est d'éradiquer la consommation d'alcool chez les femmes qui sont enceintes, planifient une grossesse ou pourraient devenir enceintes. Cependant, malgré les recommandations provenant du milieu de la santé, les taux de consommation d'alcool des femmes en âge de procréer sont restés stables. De plus, les informations contradictoires données aux femmes et les diverses idées concernant la quantité d'alcool jugée sécuritaire pendant la grossesse contribuent à la confusion. Un consensus clair basé sur une revue systématique de la recherche sur l'EPA est absolument nécessaire et devrait guider les recommandations et la pratique des professionnels.

La stratégie de prévention la plus efficace à ce jour a été le dépistage de la consommation d'alcool par des professionnels de la santé auprès de femmes enceintes ou en âge de procréer, jumelé à de brèves interventions ou des interventions brèves complètes. L'efficacité de ces traitements est améliorée lorsque le partenaire ou le conjoint de la femme est impliqué dans l'intervention. Les professionnels de la santé doivent donc être très bien informés des effets néfastes de la consommation d'alcool durant la grossesse et formés quant aux manières d'offrir des interventions brèves aux femmes concernées.

Une classification des profils spécifiques au syndrome faciliterait le diagnostic en l'absence de caractéristiques faciales distinctives chez les enfants exposés à l'alcool. Ces profils pourraient aussi assurer une identification et une intervention précoces, qui prédisent, selon des études scientifiques, un développement positif dans cette population. Les pédiatres, infirmières, éducateurs et consultants en santé mentale de la petite enfance devraient tous être formés pour reconnaître les différents signes de l'EPA et suivre la consommation d'alcool maternelle pendant la grossesse.

Des résultats provenant d'études animales suggèrent aussi que certaines substances pourraient atténuer l'impact négatif de l'alcool sur le fœtus. Par exemple, alors que des carences nutritionnelles (par ex., de faibles niveaux de zinc et de fer) peuvent aggraver les effets néfastes de l'alcool sur le développement fœtal, la prise de certains suppléments (par ex., la choline, le zinc, les vitamines C et E et la bêta-carotène) pourrait protéger contre ces effets. L'exposition à d'autres substances, comme le lithium et les peptides neuroprotecteurs, a aussi été efficace pour réduire la sévérité des effets de l'EPA chez les animaux, mais ceci reste à démontrer chez les humains.

Comment aborder la consommation d'alcool avec une femme enceinte ?

Les campagnes de santé publique sur la consommation d'alcool chez la femme enceinte se heurtent encore aux idées reçues véhiculées par la société : « *Boire une petite coupe de champagne pour une occasion quand on est enceinte c'est sans danger !* » ; « *En fin de grossesse je peux boire de l'alcool car mon bébé est déjà formé !* »

Ces messages ambivalents accompagnés de différents freins chez la femme enceinte (peur des mesures sociales, méconnaissance des risques, minimisation des consommations, etc.) comme chez certains professionnels de santé (peur de ne pas savoir quoi faire, d'être intrusif, de choquer, etc.) font des **Troubles du Spectre de l'Alcoolisation Fœtale (TSAF)** un problème de santé publique sous-estimé.

Il est recommandé de demander systématiquement aux femmes désirant une grossesse, enceintes ou venant d'accoucher, leurs habitudes de consommation concernant les boissons alcoolisées. Une formulation simple, sous forme de question ouverte et non orientée peut être utilisée par l'ensemble des professionnels :

« A quand remonte votre dernière consommation d'alcool ? ».

Tous les professionnels de santé sont légitimes pour repérer et conseiller !

Cette question unique permet déjà de s'engager dans le repérage et pourra être reposée tout au long du suivi, au fur et à mesure que la relation de confiance s'établit. C'est une façon simple et empathique de lancer la discussion.

La prévention des troubles liés à l'alcoolisation fœtale passe par le repérage de la consommation d'alcool chez la femme enceinte.

Quelques principes simples pour aborder le sujet :

- Intégrer la consommation d'alcool aux questions sur le mode de vie,
- Poser des questions au passé,
- Interroger la consommation avant la grossesse,
- Citer les différentes boissons alcoolisées,
- Éviter les questions fermées, surtout négatives, du type : « *Vous ne consommez ni tabac ni alcool ?* » « *Comme vous êtes enceinte, vous ne consommez pas d'alcool ?* »

Il est important de garder en tête que ce n'est pas la dépendance de la mère qui est dangereuse mais la consommation d'alcool. L'entretien de repérage doit avoir une approche centrée sur la patiente et ses préoccupations :

- « *Que pouvez-vous me dire au sujet de vos habitudes de consommation d'alcool avant de savoir que vous étiez enceinte ?* »
- « *Avez-vous été en mesure de stopper ou réduire votre consommation depuis votre grossesse ?* »
- « *Votre consommation d'alcool vous préoccupe-t-elle ?* »

Il est indispensable de tracer la consommation dans le dossier médical afin de faciliter la coordination des intervenants dans le parcours de soin et d'en informer la patiente pour ne pas rompre la relation de confiance.

Tester la question unique, c'est déjà s'engager dans le repérage !

Source : <https://www.coreadd.com/post/comment-aborder-la-consommation-alcool-avec-une-femme-enceinte>

REPÈRES

Les professionnels agissant pour la promotion de la santé œuvrent souvent dans le champ de la formation et de l'ingénierie éducative. Bien que les méthodes et pratiques professionnelles s'inscrivent dans des modes de pédagogies actives, les références scientifiques dont elles sont issues demeurent souvent floues pour les acteurs.

Cette fiche a pour objectif de fournir un éclairage théorique à partir de savoirs en **psychologie humaniste**¹ et en **psychologie positive**² qui peuvent soutenir et renforcer les postures éducatives en promotion de la santé. Elle s'adresse à tout acteur éducatif, qu'il soit parent, enseignant, animateur ou encore formateur. On notera que les publics visés par ces démarches éducatives peuvent tout autant être des enfants, des jeunes, ou des adultes (parents, professionnels, bénévoles, etc.).

Une posture éducative en promotion de la santé : de quoi parlons-nous ?

1. S'inscrire dans les stratégies d'action de la charte d'Ottawa :

La charte d'Ottawa définit en 1986 des stratégies d'actions pour promouvoir la santé et donc "donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer". L'acquisition d'aptitudes individuelles est l'une de celles-ci, et elle introduit la notion d'éducation pour la santé. Elle place ainsi l'éducation au cœur des pratiques des professionnels de la promotion de la santé.

2. Au cœur : la notion d'éducation :

On pourra retenir pour la suite de cette fiche la définition de l'éducation que propose Philippe Meirieu en 1997 : "L'éducation est une relation dissymétrique, nécessaire et provisoire, visant à l'émergence d'un sujet". Cette définition a pour intérêt de poser la relation entre deux personnes comme premier principe de l'éducation. De ce fait, elle est un point de départ vers des travaux sur la relation éducative, et donc sur la posture éducative.

3. Mais de quoi parle-t-on quand on parle de "posture" ?

On pourra définir la posture comme une manière d'être dans la relation à autrui, dans un contexte et à un moment donné. Les termes de posture et d'attitude sont parfois



Focus sur le développement des compétences psychosociales

Nombreux sont les acteurs aujourd'hui investis pour le développement des compétences psychosociales.

En effet, cette démarche, promue par l'OMS depuis les années 1990, a donné de nombreuses preuves de son efficacité en matière de santé et particulièrement de santé mentale. Les compétences psychosociales sont un ensemble d'aptitudes individuelles qui nous permettent de "faire face avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne" (OMS 1993).

Classées en 3 catégories (émotionnelles, cognitives et sociales) elles sont une formalisation non exhaustive des aptitudes individuelles évoquées dans la charte d'Ottawa. Nous savons aujourd'hui que leur développement repose sur l'expérimentation et la généralisation d'expériences en lien avec ces compétences ; mais également sur la posture des adultes de la communauté éducative et plus largement sur la mise en place d'environnements favorables.

La formation des adultes sur le développement des compétences psychosociales, se doit donc d'intégrer nécessairement des éléments sur la posture éducative, peut-être plus encore que d'autres thématiques en éducation pour la santé.



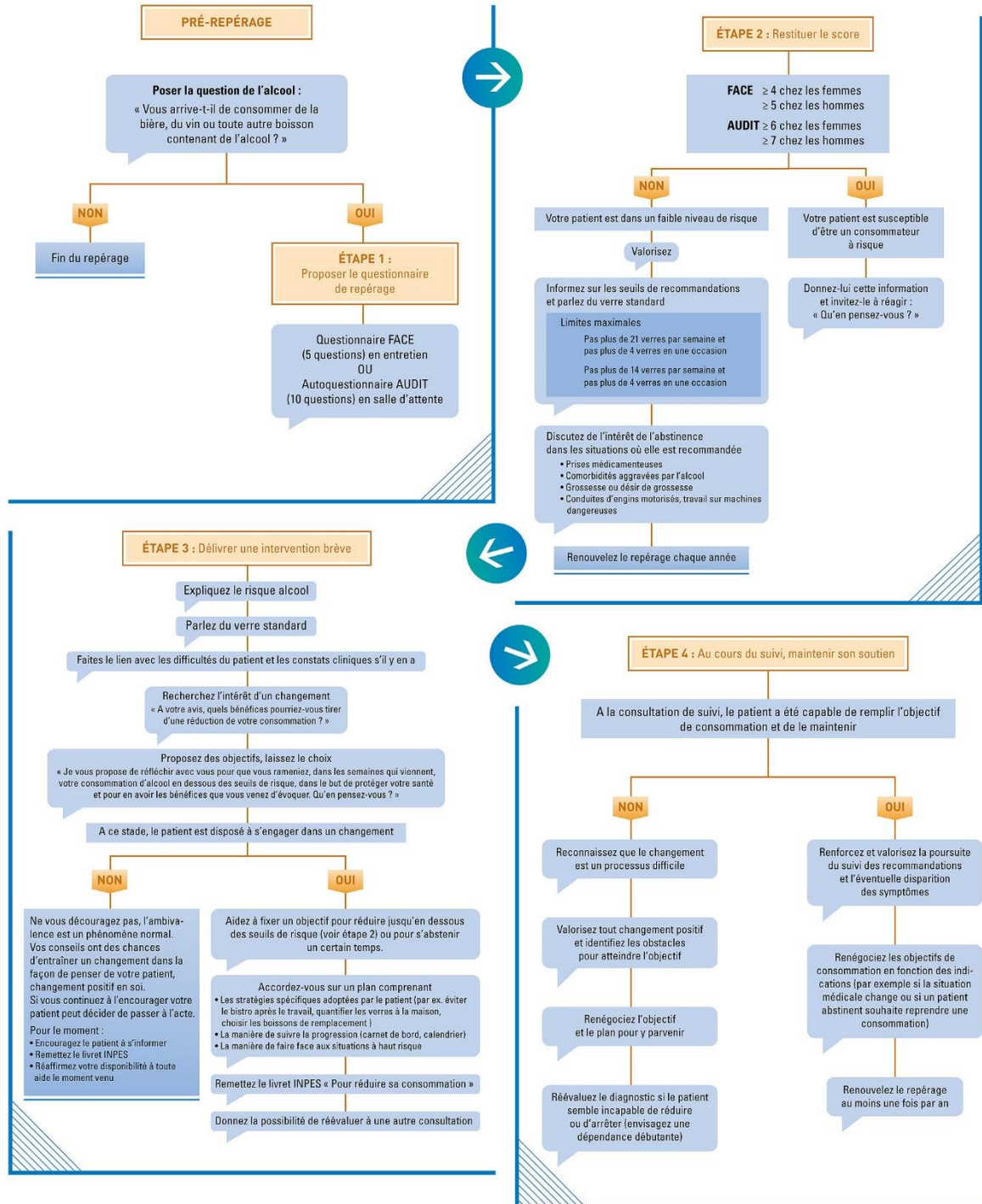
utilisés indifféremment. Notons tout de même que l'attitude indique plutôt ce que l'on en pense, notre état d'esprit vis-à-vis de certaines démarches éducatives. La posture, elle, intégrerait en plus la traduction de cette attitude en termes de comportement, de pratiques éducatives.

4. L'apprentissage par l'expérience

Par ailleurs on sait dès 1980, grâce aux travaux du psychologue Albert Bandura sur l'apprentissage social, que les comportements sont influencés d'une part par l'expérience directe que chacun fait et d'autre part par l'observation de l'entourage. Les acteurs éducatifs, tous autant qu'ils sont : parents, enseignants, animateurs, éducateurs sportifs, etc. participent à la santé des personnes auprès desquels ils interviennent, en leur donnant des clés de construction de leur propre bien-être. Cet apprentissage passe autant par les activités proposées que par la posture et les pratiques adoptées par ces derniers.

1 et 2 : définitions page 6.

Repérer le risque alcool et adapter son intervention



Source : Affiche, **Repérer le risque alcool et adapter son intervention**, RESPAAD, 2018, 1 p.

LES ÉCRITS

L'entretien MOTIVATIONNEL

Un article de Pierre Sonnier et Benoît Saugeron, CRES Provence-Alpes-Côte d'Azur *

L'entretien motivationnel (EM) est un style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement (William R. Miller et Stephen Rollnick)⁽¹⁾. Dans la discussion, c'est le patient, et non l'intervenant, qui verbalise les arguments en faveur du changement, et qui se convainc lui-même de changer.

Cette approche a été développée dans un premier temps dans le cadre du traitement des dépendances puis s'est étendue à d'autres sujets. Une méta-analyse⁽²⁾ a permis de montrer un effet global statistiquement significatif modeste pour cette technique. Elle a aussi affiché des résultats particulièrement prometteurs dans des domaines tels que :

- ✓ la charge virale du VIH
- ✓ les résultats dentaires
- ✓ le taux de mortalité
- ✓ le poids corporel
- ✓ la consommation d'alcool et de tabac
- ✓ la sédentarité
- ✓ l'autosurveillance
- ✓ la confiance dans le changement
- ✓ et l'approche de traitement.

Accompagner au changement : s'appuyer sur l'ambivalence

« Je dois faire quelque chose pour mon poids, mais j'ai absolument tout essayé et ça n'a jamais marché. »
Être ambivalent face à un changement consiste pour un patient à avoir identifié les raisons de changer et

les raisons de ne pas le faire. L'ambivalence est l'étape qui se situe entre le moment où le patient n'est pas conscient du problème ou n'a pas du tout l'intention de changer (par exemple, une personne qui mange beaucoup d'aliments gras et sucrés, et n'en a pas conscience ou n'a pas conscience des conséquences), et le moment où le patient a modifié quelque chose dans son comportement (par exemple, une personne qui a réduit sa consommation d'aliments gras et sucrés). Miller et Rollnick parlent « d'expérience humaine normale ». Il est donc normal d'être ambivalent face à tous les changements auxquels nous sommes confrontés. Ce qui l'est moins, c'est de rester bloqué à cette étape d'ambivalence, car c'est elle qui mène vers le changement. Plus vite est résolue l'ambivalence dans laquelle un patient se trouve, plus vite il mettra en place quelque chose en faveur de lui-même. Dans le discours d'un patient, l'ambivalence se manifeste généralement sous le terme « mais » : « Je sais que je dois perdre du poids, mais j'ai déjà tout essayé ».

Dans cette ambivalence, on perçoit deux types de discours :

- ✓ Le Discours Changement (DC) : les éléments en faveur du changement
- ✓ Le Discours Maintien (DM) : les arguments de la personne pour ne pas changer

« Je dois faire quelque chose pour mon poids (DC), mais j'ai absolument tout essayé et ça n'a jamais marché (DM). »

Le réflexe correcteur

Un réflexe de l'intervenant pourrait être de vouloir convaincre la personne en listant les arguments pour le changement de comportement, en la culpabilisant ou en lui faisant peur. C'est ce qu'on appelle le réflexe correcteur. Cette façon d'intervenir peut augmenter la résistance du patient face au changement et nuire à la relation de confiance patient-intervenant.



Favoriser le Discours-Changement

Dans le cadre de l'EM, l'intervenant va pouvoir poser des questions favorisant l'expression du Discours Changement et non du Discours Maintien.

Par exemple :

- ✓ « Pour quelles raisons voudriez-vous faire ce changement ? »
- ✓ « Quelles sont les trois meilleures raisons pour faire ce changement ? »
- ✓ « A quel point est-ce important pour vous de faire ce changement ? »
- ✓ « Qu'est-ce qui serait différent si vous décidiez de le faire ? »

Lorsque la motivation de la personne augmente, il est possible de

⁽¹⁾ MILLER R. William, ROLLNICK Stephen. L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement. 2e édition
Référence : InterEditions, 2013, 434 p.

⁽²⁾ Lundahl B, Moleni T, Burke BL, Buers R, Tollefson D, Butler C, Rollnick S. Motivational interviewing in medical care settings : A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials, Patient Education and Counseling (2013).

l'accompagner à élaborer un plan d'action. L'intervenant suscite alors l'engagement de la personne sur des actions concrètes à court et moyen terme.

Attention :

La personne peut être totalement opposée au changement. Dans ce cas, les techniques de l'EM ne sont pas pertinentes, car il n'y a pas présence d'ambivalence. L'objectif n'est peut-être plus de vouloir que la personne change, mais plutôt de conserver une relation de qualité entre la personne et l'intervenant.

L'esprit de l'EM (Miller et Rollnick)

Non-jugement :

le non-jugement reconnaît la valeur inhérente et le potentiel de tout être humain. Cela ne nécessite pas d'approuver les actes de la personne.

Valeur inconditionnelle :

l'acceptation de l'autre comme personne. La croyance que l'autre est fondamentalement digne de confiance.

Empathie approfondie :

l'effort conscient et actif pour essayer de comprendre le point de vue interne de l'autre, pour voir son monde à travers ses yeux.

Soutien de l'autonomie :

le non-jugement implique de valoriser et de respecter l'autonomie de chacun, sa capacité à se diriger lui-même.

Valorisation :

consiste à rechercher et à reconnaître les capacités et les efforts de la personne.

Donner de l'information dans le cadre d'un Entretien Motivationnel

La stratégie Demander-Fournir-Demander (DFD) : cette manière de partager de l'information avec la personne permet d'augmenter la réceptivité de celle-ci en favorisant sa participation.

Etapes de la stratégie DFD	Exemple
Demander ce que le patient connaît déjà	Intervenant : <i>J'ai reçu vos résultats de prise de sang. Votre taux de sucre dans le sang est normal. Mais le cholestérol, le gras dans le sang, est légèrement élevé. Que savez-vous à propos du cholestérol ?</i> Patient : <i>J'imagine que c'est normal, je suis pas le seul dans la famille. Et puis mon poids doit pas aider. Et j'imagine que c'est pas bon pour ma santé.</i>
Fournir l'information en lui demandant la permission de compléter ou d'ajuster, et en évitant l'argumentation	Intervenant : <i>Oui vous avez raison, Est-ce que cela vous intéresse que je complète ces informations ?</i> Patient : Oui Intervenant : <i>L'âge peut aussi faire augmenter le taux de cholestérol mais on peut difficilement le modifier. L'alimentation, par contre, est un élément sur lequel on a plus de contrôle. Manger certains types d'aliments riches en gras peut faire en sorte que le cholestérol s'accumule dans nos artères, ce qui peut finir par causer des problèmes de santé.</i>
Demander ce que le patient comprend ou pense de l'information transmise	Intervenant : <i>Qu'est-ce que vous en pensez ?</i> ...

« N'essayons pas de convaincre.

Contentons-nous de *faire réfléchir* »

Georges Braque

POUR ALLER PLUS LOIN :

Formation de 2 jours proposé par le CRES

La pratique de l'EM repose sur une méthodologie rigoureuse et qui n'est pas naturelle pour tout le monde. Il est recommandé aux professionnels de se former pour s'approprier ces méthodes. De nombreux organismes en France proposent des formations initiales et approfondies à l'EM.

Finalités

À la fin de la session de formation, les participants auront développé des compétences permettant d'expérimenter différents styles relationnels favorisant le changement chez le patient. Cette formation fait particulièrement appel aux jeux de rôle et aux capacités des participants à mettre en scène leurs situations professionnelles.

Objectifs pédagogiques

1. Définir les principes fondamentaux de l'entretien motivationnel
2. Comprendre et utiliser la balance décisionnelle et l'ambivalence du patient face à un changement
3. Identifier les résistances, les discours changement et savoir comment les utiliser
4. Soutenir la motivation du patient
5. Négocier un plan de changement avec le patient

* Relecture de l'article : Stéphanie Marchais, Lisbeth Fleur, Zeina Mansour (CRES) Vanessa Pezé (Aix-Marseille Université), Aurore Lamouroux (AP-HM), Dr Marie-Aude Créach (Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées).

Les guides

<i>Troubles causés par l'alcoolisation fœtale. Guide pour les parents et les aidants</i>	<i>51</i>
<i>Grossesse et alcool : ce qu'il faut savoir</i>	<i>52</i>
<i>L'usage de l'alcool durant la grossesse : un bien mauvais « cocktail »</i>	<i>53</i>
<i>Alcool et grossesse, parlons-en. Guide à l'usage des professionnels</i>	<i>54</i>

ANTOINE BOURELY

CATHERINE DARTIGUENAVE

VÉRONIQUE FAUDOU-SOURISSE

DAVID GERMANAUD

CATHERINE METELSKI

STÉPHANIE TOUTAIN

Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale

GUIDE POUR LES PARENTS & LES AIDANTS



**Association
Vivre avec
le SAF**

Source : Guide, BOURELY Antoine, METELSKI Catherine, TOUTAIN Stéphanie, **Troubles causés par l'alcoolisation fœtale. Guide pour les parents et les aidants**, Association Vivre avec le SAF, 2016, 160 p.



GROSSESSE ET ALCOOL: CE QU'IL FAUT SAVOIR

**Informations pour les femmes
enceintes ou qui souhaitent le
devenir, leur partenaire et leur
entourage**

20.0483

L'usage de l'alcool durant la grossesse : un bien mauvais « cocktail »

Coup d'œil sur



PARENTS

L'usage de l'alcool
durant la grossesse :
un bien mauvais « cocktail »



Centre d'excellence
pour le développement
des jeunes enfants

RESEAU INTERNATIONAL
DE COMMUNAUTÉS
POUR LE DÉVELOPPEMENT DES

jeunes enfants

Source : Guide, **L'usage de l'alcool durant la grossesse : un bien mauvais « cocktail »**,
Centre d'excellence pour le développement du jeune enfant, 2015, 4 p.

Alcool et grossesse, parlons-en

Guide à l'usage des professionnels



Source : Guide, **Alcool et grossesse, parlons-en. Guide à l'usage des professionnels**,
Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 2015, 4 p.

Sitographie

Vivre avec le SAF

<https://www.vivreaveclesaf.fr>

Centre ressources des troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale

<https://www.favron.org/centre-ressources-des-troubles-du-spectre-de-lalcoholisation-foetale-tsaf/>

SAF France

<https://safrance.com>

CISMEF

<https://www.cismef.org/page/troubles-du-spectre-de-alcoholisation-foetale#:~:text=Parmi%20les%20causes%20de%20troubles,donc%20d%27un%20probl%C3%A9me%20%C3%A9vit%20able.>

ANSES

<https://www.anses.fr/fr>

Alcool Info Service

<https://www.alcool-info-service.fr/Alcool/Home-Professionnels/Alcool-et-grossesse>

TSAF Justice

<https://tsaf-justice.com>

Enfant Encyclopédie

<https://www.enfant-encyclopedie.com/syndrome-dalcoholisation-foetale-saf>

Safthon Officiel

<https://www.facebook.com/hashtag/alcoolgrossesseagissons>

Coordination régionale addictions Nouvelle Aquitaine

<https://www.coreadd.com>

Groupe d'étude Grossesse et Addictions

<http://www.asso-gega.org>

Réseau de périnatalité Occitanie

<https://www.perinatalite-occitanie.fr>

Sélection bibliographique

***Cette sélection n'est pas exhaustive. Elle est présentée de manière antechronologique.
Les documents ne comportant pas de liens sont disponibles en consultation ou en prêt au CoDES 84***

Ouvrage

TAMISIER Sabine, **Malou Hibiscus Flamant, parlons du SAF**, Les Editions Théâtrales, 2022, 96 p.

Article

FRUSCIONE Margaux, RAUL XAVIER Maria, **La Consommation d'Alcool durant la Grossesse**, Revista Psicologia e Saúde, vol. 13, n° 1, 2021, pp. 10-14
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v13n1/v13n1a03.pdf>

Ouvrage

CHANAL Corinne, MAZURIER Evelyne, DORAY Bérénice (et. Al), **Recommandations pour la pratique clinique : "Interventions pendant la période périnatale " . Chapitre 2 : Consommation de substances psychoactives et périnatalité**, Collège National des Sages-Femmes de France, 2021, np.
<https://www.cnsf.asso.fr/pratiques-professionnelles/rpc-du-cnsf/interventions-periode-perinatale/>

Rapport

MILAN Hélène, SAUGERON Benoît, SONNIER Pierre, **Comment susciter et soutenir la motivation d'un patient à prendre soin de soi dans le cadre de l'ETP ?**, CRES Provence-Alpes-Côte d'Azur, ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2020, 4 p.

Cette fiche pratique a vocation à aider les soignants dans leur accompagnement de la motivation du patient : les facteurs psychosociaux qui influencent le changement de comportement sont évoqués, ainsi que les notions de motivation interne, externe et d'autodétermination, mais aussi la posture motivationnelle et l'entretien motivationnel.

http://www.cres-paca.org/_depot_arkcms_crespaca/_depot_arko/articles/2820/consulter-la-fiche-motivation_doc.pdf

Article

SONNIER Pierre, SAUGERON Benoît, **L'entretien motivationnel**, Priorités santé, n° 56, 2020-01, pp. 18-19,

L'entretien motivationnel (EM) est un style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement.

http://www.cres-paca.org/_depot_arkcms_crespaca/_depot_arko/articles/2359/priorites-sante-56-bat_doc.pdf

Rapport

COSTE Alice, **La posture éducative en éducation pour la santé : apports de la psychologie humaniste**, IREPS Auvergne Rhône-Alpes, 2019-03, 6 p.

Cette fiche a pour objectif de fournir un éclairage théorique à partir de savoirs en psychologie humaniste et en psychologie positive qui peuvent soutenir et renforcer les postures éducatives en promotion de la santé. Elle s'adresse à tout acteur éducatif, qu'il soit parent, enseignant, animateur ou encore formateur. On notera que les publics visés par ces démarches éducatives peuvent tout autant être des enfants, des jeunes, ou des adultes (parents, professionnels, bénévoles, etc.). [Résumé auteure]

<http://ireps->

[ara.org/actualite/action_dl.asp?action=999&idz=492c3e325e3c1e8aaa53416c3b6834f9](http://ireps-ara.org/actualite/action_dl.asp?action=999&idz=492c3e325e3c1e8aaa53416c3b6834f9)

Article

BELAID Amel, **Les troubles causés par l'alcoolisation fœtale**, ADSP, n° 105, 2018-12, pp. 5-7

Rapport

LAPORAL Stella, DEMIGUEL Virginie, COGORDAN Chloé (et al.), **Surveillance des troubles causés par l'alcoolisation fœtale : analyse des données du programme de médicalisation des systèmes d'information en France entre 2006 et 2013. Synthèse**, Santé publique France, 2018-09, 16 p.

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'importance du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) et des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (TCAF) dans les séjours hospitaliers des enfants durant la période néonatale aux niveaux national et régional. Les données d'hospitalisations du programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie et obstétrique couvrent l'intégralité du territoire français et permettent ainsi des comparaisons régionales.

<https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/225073/2481758?version=1>

Rapport

ANDLER Raphaël, COGORDAN Chloé, RICHARD Jean-Baptiste (et al.), **Baromètre santé 2017. Alcool et tabac. Consommation d'alcool et de tabac pendant la grossesse**, Santé publique France, 2018-09, 8 p.

Ce document présente les résultats concernant l'estimation des consommations d'alcool et de tabac des femmes enceintes à partir des données de l'enquête Baromètre santé 2017. Les informations et conseils spécifiques donnés par le médecin ou la sage-femme pendant la grossesse sont également étudiés. La consommation d'alcool et de tabac des femmes en âge de procréer et la connaissance du pictogramme « femme enceinte » obligatoirement apposé sur toute boisson alcoolisée font aussi l'objet d'un encadré.

<https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/197602/2365108?version=1>

Article

NGUYEN-THANH Viêt, ANDLER Raphaël, COGORDAN Chloé (et al.), **Consommation d'alcool et grossesse**, La Santé en action, n° 445, 2018-09, pp. 49-50

Thèse

MENNI Saphiya, **Facteurs de risque des troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale identifiés avant, pendant et après la grossesse : une revue de la littérature**, Médecine humaine et pathologie, 2017, pp. 13-14

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01601347/document>

Guide

Grossesse et alcool : ce qu'il faut savoir, Addictions Suisse, 2016, 9 p.

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiM-c_Lv7f6AhVUw4UKHdbbCI0QFnoECAQQAww&url=https%3A%2F%2Fshop.addictionsuisse.ch%2Ffr%2Falcool%2F115-263-grossesse-et-alcool-tabac-ce-qu-il-faut-savoir.pdf&usg=AOvVaw2v2wRZIKViBJV4lQdpq1Wc

Guide

BOURELY Antoine, DARTIGUENAVE Catherine, FAUDOU-SOURISSE Véronique (et al.), **Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale. Guide pour les parents et les aidants**, Association Vivre avec le SAF, 2016, 160 p.

Après un rappel des aspects médicaux et de prise en charge, l'ouvrage présente les bases de ce qu'il faut savoir pour élever un jeune enfant atteint de Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale (TCAF), puis traite de l'intégration à l'école, et enfin aborde les questions de vie en société pour les adolescents et les adultes.

<https://vivreaveclesaf.fr/wp-content/uploads/2020/09/Guide-pour-familles-SAF-28juillet2016.pdf>

Recommandation de bonne pratique

Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement, Société française d'alcoologie, 2015, 80 p.

<http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf>

Guide

L'usage de l'alcool durant la grossesse : un bien mauvais "cocktail", Centre d'excellence pour le développement du jeune enfant, 2015, 4 p.

<https://www.enfant-encyclopedie.com/sites/default/files/saf-usage-de-l-alcool-durant-la-grossesse-info.pdf>

Guide

Alcool et grossesse, parlons-en. Guide à l'usage des professionnels, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 2015, 48 p.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Alcool_et_grossesse_parlons-en2.pdf

Article

DUMAS Agnès, LEJEUNE Claude, SIMMAT-DURAND Laurence, **Tabac, alcool et cannabis pendant la grossesse : qui sont les femmes à risque ?**, Santé publique, vol. 26 n°5, 2014, pp. 603-612

<https://doi.org/10.3917/spub.145.0603>

Article

May PA, Baete A, Russo J (et al.), **Prevalence and characteristics of fetal alcohol spectrum disorders**, *Pediatrics*, 134(5):855-66, 2014

(synthétisé sur <https://www.enfant-encyclopedie.com/syndrome-dalcoholisation-foetale-saf>)

Rapport

Fiche mémo - Troubles causés par l'alcoolisation fœtale : repérage, HAS, 2013-07, 46 p.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/troubles_causes_par_lalcoolisation_foetale_reperage_rapport_delaboration.pdf

Article

COUSIN Françoise, REBOLLEDO Hernando, **L'entretien motivationnel est-il cohérent avec la promotion de la santé ?**, Education santé, n° 271, 2011-10, pp. 2-4

<http://educationsante.be/article/lentretien-motivationnel-est-il-coherent-avec-la-promotion-de-la-sante/>

Guide

ANGLADE Cécile, BICHERON Françoise, BLOCH Juliette (et al.), **Alcool et grossesse, parlons-en. Guide à l'usage des professionnels**, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 44 p., 2011

L'objectif de ce guide est d'aider les professionnels à prévenir l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale en intervenant auprès des femmes enceintes. Ce document propose des éléments de réponse pour aborder la consommation d'alcool et accompagner la femme enceinte dans une démarche d'abstinence, et d'inscrire son action dans une continuité et une cohérence des prises en charge de la mère et de l'enfant.

<https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2011/06/guide-alcool-et-grossesse.pdf>

Article

APRIL Nicole, AUDET Chantale, GUYON Louise (et al.), **Représentations sociales et consommation d'alcool pendant la grossesse**, Drogues, santé et société, vol. 9 n° 2, 2010-12, pp. 17-48

Cette étude québécoise vise à explorer les représentations des femmes enceintes au regard de la consommation d'alcool pendant la grossesse, en tenant compte des différents contextes socioéconomiques.

http://droguess.whc.ca/wp-content/uploads/2012/10/vol9_no2_1.pdf