



# ***Grossesse et boissons alcoolisées : quels messages et recommandations proposer ?***

**D. DOUMONT  
F. LIBION**

***En collaboration et pour le Centre d'Education du Patient***

**Août 2005  
Réf. : 05-35**

**Série de dossiers techniques**



**Service Communautaire de Promotion de la Santé  
avec le soutien de la Communauté française de Belgique**

## TABLE DES MATIERES

1° Introduction	3
2° Habitudes de consommation de boissons alcoolisées chez les femmes enceintes	4
A) Recherche d'une définition sur la notion « de consommation d'alcool »	4
B) Habitudes de consommation	5
C) Prévalence du SAF	9
3° Effets et conséquences suite à la consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse	12
4° Facteurs de risques maternels de consommation d'alcool durant la grossesse	14
5° Représentation et connaissance des effets de la consommation d'alcool pendant la grossesse (quantité absorbée, moment de consommation, effets néfastes, image sociale, ...) tant au niveau de la future maman, de son entourage que des professionnels de santé.	15
6° Comment diagnostiquer un risque de consommation ou une consommation d'alcool chez la femme enceinte ?	18
7° Campagne de prévention et activités mises en place	20
8° Recommandations des experts	26
9° Pistes et recommandations d'auteurs	30
10° Conclusions	35
11 ° Bibliographie	38
12 ° Annexes	41
1. Brochures et matériels d'information pour la campagne canadienne	41
2. Brochures d'information pour la campagne suisse	41

Dominique DOUMONT, France LIBION  
Unité RESO, Education pour la Santé, Faculté de Médecine, Université  
Catholique de Louvain <sup>1</sup>

**Grossesse et boissons alcoolisées :  
Quels messages et recommandations proposer ?**

Dans le cadre de la semaine de la promotion de la santé du nourrisson et de la famille (1<sup>er</sup> au 7 octobre 2005) et tout particulièrement de la mise sur pied d'une campagne « Alcool et Maternité », le Centre d'Education du Patient en partenariat avec l'ONE, l'ASBL Question Santé et autres, organise le 1<sup>er</sup> octobre une conférence destinée aux professionnels de la santé, de la petite enfance, du monde social et du monde de l'éducation.

« La conférence a pour objectif d'informer les professionnels afin qu'ils diffusent un message clair concernant la prise de boissons alcoolisées, même modérée durant la période de la grossesse. Elle sera l'occasion de faire le point, d'envisager la communication entre les professionnels, la femme enceinte et son entourage, de découvrir les initiatives de prévention possibles ». Parallèlement, des affiches, spots TV, folders et articles de presse seront destinés au tout public.

Le Centre d'Education du Patient sollicite l'unité RESO pour la réalisation d'un dossier technique qui servira de support à la préparation de cette conférence et qui fera partie d'un portefeuille de lecture distribué lors de cette journée.

Ce dossier technique s'intéresse tout particulièrement aux éventuelles campagnes de prévention déjà mises en place dans différents pays, aux recommandations proposées par les experts, aux dispositifs mis en place et aux stratégies développées.

Les recherches bibliographiques ont été menées sur différentes bases de données telles que Doctes (base de données partagées dans les domaines de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé), Medline (base de données bibliographiques produites par la National Library of Medicine et qui couvre tous les domaines biomédicaux) et Sciencedirect (base de données qui fournit les références d'articles provenant de périodiques de la collection Elsevier Science). Différents sites internet ont également été consultés. La date du document, son accessibilité, son degré de réponse et sa pertinence par rapport aux questions de recherche ont conditionné le choix des articles retenus.

Les mots clefs retenus sont alcohol consumption, ethanol, drinking, prenatal alcohol use, attitude, reproductiv, prevention, pregnancy, boissons alcoolisées, syndrome d'alcoolisation fœtale, programme de prévention, dépistage.

---

<sup>1</sup> L'analyse des publications a été réalisée par I. Aujoulat, J. Berrewaerts, D. Doumont, F. Libion, J. Pélicand, F. Renard, M. Steyaert.

Lorsqu'il s'agit d'évoquer le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF)<sup>2</sup>, la littérature regorge de documents scientifiques, programmes et autres manuscrits. Elle est beaucoup moins riche lorsque l'on cible les futures mamans n'ayant pas un « réel problème d'alcool » et les actions de sensibilisation et de prévention mises en place à leur égard.

35 articles ou documents ont été retenus et concernent principalement les cinq dernières années.

La recherche s'est articulée autour des questions suivantes :

- Prévalence, étiologie, risques liés à la consommation d'alcool (même minime) pour le fœtus, l'enfant à venir et la future maman.
- Représentation et connaissance des effets de la consommation d'alcool pendant la grossesse.
- Quelles recommandations auprès des futures mamans qui consomment (ou qui ont déjà consommé) de temps à autre une boisson alcoolisée?
- Qu'en est-il du principe de précaution « tolérance zéro » ?
- Comment les mamans ayant un « problème » avec l'alcool risquent-elles de réagir face à une campagne de prévention? (culpabilisation, rejet, prise en charge par un professionnel, structure d'aide, etc).
- Quelles sont les campagnes de prévention qui ont déjà été réalisées dans d'autres pays ? (impact, recommandations, évaluations,...).

## 1° Introduction

◆ Pour Rehm et al (2003), cités par **April** (2004), « l'alcool est une cause importante de mortalité et de morbidité dans le monde ».

Au Canada, en 1999, des organismes d'experts en toxicologie ont formulé des recommandations concernant la consommation d'alcool en général.

Ces organismes recommandent :

- aux femmes de ne pas boire de façon régulière plus de 9 consommations standard/semaine
- aux hommes de ne pas boire plus de 14 consommations standard/semaine
- personne ne devrait boire plus de 2 consommations standard/jour
- aux non buveurs de ne pas commencer à boire de l'alcool
- que les femmes qui souhaitent devenir enceintes ne boivent pas
- que les femmes enceintes ou qui allaitent leur bébé ne boivent pas

◆ De nombreuses études ont permis d'établir qu'une importante consommation d'alcool pendant la grossesse provoque des dommages graves et irréversibles au niveau du développement cérébral, moteur, hormonal, immunologique, comportemental et cognitif du fœtus et de l'enfant à venir et est responsable du syndrome d'alcoolisation fœtale (**Inserm 2001**)<sup>3</sup>, (**Ebrahim et al, 1998**), (**Loop et al, 2002**), (**Leutwyler et al, 2005**), (**Dotson et al, 2003**), (**Haynes et al, 2003**), etc.

---

<sup>2</sup> Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) = Fetal alcohol syndrome (FAS).

<sup>3</sup> Expertise Collective, Alcool : Effets sur la santé, (ouvrage qui présente les travaux d'un groupe d'experts réunis par l'Inserm dans le cadre d'une procédure d'expertise collective concernant les effets de la consommation d'alcool sur la santé (2001)).

Cependant, différentes études (Jacobson et al, (1994); Hunt et al, (1995); Laroque et al, (1995); Goldschmidt et al, (1996) ; cités par **Inserm** ) ont mis en évidence qu'une faible voire qu' une consommation modérée d'alcool pendant la grossesse peut induire des déficits intellectuels tels que ceux que l'on rencontre dans le cas du SAF.

◆ L'exposition à l'alcool durant la grossesse est donc une des principales causes non génétiques de retard mental. Selon **Loop et al** (2002), si une consommation modérée peut avoir des répercussions néfastes sur le fœtus, une consommation même faible d'alcool (2 ou 3 verres par semaine) peut être associée à des comportements agressifs chez les enfants.

◆ Dès lors, pour Tze et Lee (1975) et Sampson et al, (2000); cités par **Inserm** (2001), l'alcool apparaît comme « un agent tératogène pouvant entraver le développement normal du cerveau ». Pour Webster et al, (1980,1983) ; Bonthius et West, (1990); Goodlett et al, (1997); cités par **Inserm** (2001), ces effets tératogènes peuvent se manifester également après une seule forte alcoolisation maternelle et donc pas uniquement dans une situation d'alcoolisme maternelle chronique.

◆ Autti-Rämö (2000) et Kodituwakku et al (2001), cités par **Leutwyler et al**, (2005), partagent ces observations et précisent qu'un seul épisode important d'alcoolisation pendant le 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse (parfois même avant que la femme ne connaisse sa grossesse) peut engendrer des «effets néfastes» pour le fœtus.

Donc, une seule prise d'alcool importante peut suffire pour avoir une répercussion durable sur les capacités fonctionnelles cérébrales du futur bébé et ce quelque soit l'âge de gestation.

Les conséquences de l'exposition fœtale à l'alcool peuvent être très variables et dépendent :

- de la quantité d'alcool absorbée par la maman,
- de la fréquence de la consommation,
- de l'âge de la maman,
- de l'état de santé de la maman,
- des éventuelles habitudes tabagiques et consommation de drogues,
- du stade de développement du fœtus,
- de la capacité métabolique de la maman,
- de la sensibilité propre du fœtus influencée par son propre patrimoine génétique

◆ **Haynes et al** (2003) rappellent non seulement l'impact tératogène de l'alcool sur l'enfant en devenir mais pointent également les conséquences financières, physiques, psychosociales et, in fine, la diminution de la qualité de vie de ces futurs enfants et de leurs parents et entourage.

## **2° Habitudes de consommation de boissons alcoolisées chez les femmes enceintes**

### **A) Recherche d'une définition sur la notion « de consommation d'alcool »**

◆ **Nayak et al** (1999) déplorent le manque de définition consensuelle de ce qui est considéré comme une consommation à risque chez les femmes en âge de procréer. Une consommation excessive (heavy) d'alcool, définie comme la consommation d'au moins 5 mesures standard (équivalent 60 g d'éthanol pur), présente un risque élevé de SAF pour la mère et le nourrisson.

Toutefois, le niveau de consommation susceptible d'induire des effets moins sévères n'est pas clairement établi. Par conséquent, le niveau de consommation à partir duquel il existe un risque pour l'enfant ou la femme en âge de procréer est un sujet de controverse.

Voici quelques exemples de définitions pour illustrer l'absence de consensus :

- Une consommation hebdomadaire de 7 mesures ou plus (84 g ethanol) pendant le mois précédent ou des consommations ponctuelles mais importantes (au moins 5 mesures soit 60 g ethanol) pendant le mois précédent (Ebrahim et al, (1998) ; Centers for disease control and prevention (2002)).
- Hankin et al, (2000) qualifient de consommation abusive (alcohol abuse) une consommation moyenne de plus de 7 mesures standard par semaine, et de consommation à risque une consommation moyenne de 2 mesures standard par jour (une mesure standard = la quantité d'alcool qui fournit 12 g d'éthanol pur).
- D'autres auteurs suggèrent de tenir non seulement compte de la quantité absolue absorbée mais également des habitudes de consommation : quotidienne, hebdomadaire, fréquence des alcoolisations excessives (binge drinking)

◆ Les membres **NIGZ** (Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie) cités par **The Health Council of the Netherlands** (2005), décrivent la notion de consommation modérée d'alcool comme suit :

Il s'agit pour les femmes d'une consommation maximale de 14 verres standards horeca par semaine (en moyenne 20 g d'éthanol par jour et jamais plus de 3 verres en une seule occasion (30 g d'éthanol)) et d'une consommation maximale pour les hommes de 21 verres standards horeca pour les hommes par semaine (soit 30 g d'éthanol par jour et jamais plus de 5 verres en une seule occasion (soit 50 g d'éthanol)). Ils soulignent l'importance de ne pas boire 2 jours par semaine au moins (afin d'éviter le syndrome d'accoutumance), d'éviter toute consommation de boissons alcoolisées pendant les heures de travail, durant la pratique d'activités sportives, lors de la prise de médicaments, etc. Ils insistent bien évidemment sur l'abstention de consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse.

A côté de la notion de consommation modérée, les auteurs décrivent également d'autres notions de consommation de boissons alcoolisées (sévères, excessives, problématiques, etc), (p 31).

## **B) Habitudes de consommation**

◆ Selon **The Health Council of the Netherlands** (2005), 80 % des femmes en âge de procréer consomment de l'alcool. De nombreuses femmes arrêtent toute consommation d'alcool dès qu'elles sont enceintes, voire même plus tôt, lorsqu'elles ont un projet de maternité. Malgré tout, et selon une estimation, à peu près 35 à 50 % des femmes enceintes continuent aux Pays-Bas à consommer de l'alcool. Les grandes buveuses consomment en moyenne 6 verres horeca (voire plus) contenant un produit alcoolisé par jour (un verre standard horeca en Hollande contient à peu près 10 g d'éthanol). Lors du diagnostic de grossesse, les grandes buveuses arrêtent moins facilement la consommation d'alcool que les femmes qui boivent de façon modérée.

Concernant la consommation d'alcool, le « Health Council of the Netherlands » se pose une série de questions :

- Quels sont les effets d'une consommation modérée d'alcool avant la conception sur la fertilité et la grossesse ?
- Quels sont les effets d'une consommation modérée d'alcool pendant la grossesse sur le fœtus ?

- Quelle efficacité des mesures de prévention dans la diminution de la consommation d'alcool ?
- Comment doivent être formulés les messages à l'attention des femmes souhaitant être enceintes, enceintes et/ou qui allaitent ?

Les experts soulignent qu'à plusieurs reprises dans leur rapport, ils utilisent le concept de consommation modérée (matig alcoholgebruik) mais cette dénomination se prête à différentes interprétations et ne donne que peu d'indications sur la réelle consommation d'alcool. Ils proposent dès lors dans la poursuite du rapport d'éviter l'utilisation de ce concept et de le préférer, quand cela s'avère possible, à une évaluation chiffrée de la consommation d'alcool (g d'éthanol pur).

◆ **Haynes et al** (2003) citent une étude prospective qui a permis d'identifier les facteurs associés à la consommation d'alcool auprès d'adolescentes enceintes. Sur base des entretiens réalisés sur une période de 2,5 ans auprès de ces femmes enceintes (n=378), les chercheurs observent que la consommation d'alcool durant la grossesse est dépendante de déterminants importants tels que :

- la consommation d'alcool durant leur période de fertilité,
- la consommation d'alcool par le partenaire,
- du fait d'être ou ne plus être scolarisé,
- la consommation de tabac,
- être mexico-américain (étude réalisée aux Etats-Unis).

Selon l'enquête du NMIHS de 1998 (National and Maternal and Infant Health Survey), 20,7% des 9953 personnes de l'échantillon examiné déclarent avoir bu après avoir su qu'elles étaient enceintes mais moins d'1% a consommé 6 verres ou plus par semaine (consommation fréquente). La propension à boire augmentait avec l'âge, la race, l'éducation, le revenu et le fait de fumer des cigarettes.

◆ Pour les membres du **Project Choices Research Group (PCRG)** (2002), plus de la moitié de toutes les femmes américaines en âge d'avoir des enfants rapporte avoir consommé de l'alcool durant le dernier mois. Et 1 sur 7 rapporte avoir consommé au moins 5 boissons alcoolisées à une occasion (« prendre une cuite ») au moins 1 fois durant le mois dernier.

Les guidelines récents conseillent aux femmes de ne pas consommer plus d'une boisson alcoolisée par jour. On conseille aux femmes enceintes ou pouvant le devenir de ne pas boire du tout. L'usage d'alcool au-delà des niveaux recommandés comporte un risque élevé d'effets délétères.

La consommation d'alcool chez les femmes enceintes reste une des principales causes sur lesquelles on peut agir pour prévenir le syndrome alcoolo-fœtal et les troubles neurodéveloppementaux liés à la consommation de boissons alcoolisées, responsables des déficits substantiels à long terme dans le fonctionnement intellectuel, cognitif et psychosocial du futur enfant.

Les membres du PCRG rappellent également que des niveaux faibles de consommation d'alcool (2 verres ou moins par semaine) ont été associés avec une augmentation du comportement agressif chez les enfants.

De ce fait, éviter l'exposition du fœtus à l'alcool est un problème important de santé publique. Les objectifs de « The Healthy People 2010 » concernant les femmes enceintes sont l'abstinence pour 94% et l'élimination à 100% du « binge drinking » pour la fin de cette décennie.

Bien que la plupart des femmes réduisent significativement leur consommation d'alcool une fois qu'elles connaissent leur grossesse, une grande proportion ne réalise pas qu'elles sont enceintes avant d'être bien avancées dans le premier trimestre de leur grossesse et peuvent continuer à consommer de l'alcool durant cette période cruciale pour le développement embryonnaire et fœtal. La prévention primaire devrait donc viser les changements de comportements des femmes dès avant la conception.

Enfin, les femmes à risque d'une grossesse exposée à l'alcool sont définies par les auteurs comme celles étant fertiles, sexuellement actives et en même temps consommant plus que les niveaux définis (consommation à risque) et n'utilisant pas une méthode efficace de contraception.

◆ Selon **Leonardson et al** (2003), environ 60% des femmes américaines consomment de l'alcool au moins occasionnellement. La plupart des femmes sont des consommatrices légères à modérées et ont peu de problèmes liés à leur consommation. Dans une étude nationale menée en 1991, 44% des femmes étaient considérées comme consommatrices légères, 12% comme modérées et 3% comme sévères. Les taux de consommation d'alcool sont plus élevés parmi les jeunes femmes et tendent à diminuer avec l'âge. La proportion de femmes qui boivent a augmenté entre 1940 et 1980. Les taux ont été relativement stables avec une légère augmentation dans les années 70, puis un modeste déclin depuis les années 80.

Pour les auteurs, les estimations du taux de femmes enceintes qui boivent varient selon les études de 13,2% à 50%. La majorité des enfants nés de ces femmes n'ont pas de séquelles. De toutes les substances addictives (alcool, cocaïne, héroïne, marijuana, etc.), l'alcool provoque les effets neuro-comportementaux les plus sévères pour le fœtus. L'exposition prénatale à l'alcool est la première cause prévisible de retard mental aux Etats-Unis.

◆ Suivant la définition que l'on donne à la notion de consommation à risque, on trouve une proportion de femmes classées comme étant à risque, qui varie de 2 à 33% suivant les études (**Nayak et al** (1999)).

L'étude proposée retient la définition du Center for Disease Control (consommation à risque si plus de 7 verres standard par semaine ou 5 verres en une fois dans le mois précédent). Dans cette étude, suivant cette définition, 5% des femmes enceintes et 7% des femmes non enceintes mais en âge de procréer ont été classées « à risque ».

La proportion des femmes enceintes ayant rapporté une consommation excessive occasionnelle dans le mois précédent était de 1,4% en 2000 (moins élevé que dans les études précédentes du CDC : 2,7 % entre 1988 et 1995 et 3,3% en 1999).

Les auteurs insistent sur les pics d'alcoolémie (forte concentration d'alcool dans le sang) qui sont particulièrement risqués pour le fœtus. Les auteurs suggèrent d'être particulièrement attentifs aux comportements susceptibles de produire des niveaux élevés d'alcoolémie (informations concernant le nombre de verres consommés « normalement » et dans les circonstances de consommation maximum, informations sur les circonstances qui entourent la consommation. Notons le risque diminué si l'alcool est consommé pendant le repas.

◆ **Lelong et al** (1995) ont réalisé une étude à la maternité de Roubaix en décembre 1988 et en janvier 1989. Cette étude avait pour objectif d'identifier les facteurs influençant les comportements de consommation d'alcool chez les femmes enceintes de manière à pouvoir prendre en considération ces facteurs lors de l'élaboration d'un programme de prévention (de consommation de boissons alcoolisées) en prénatal. En effet, selon les auteurs, de nombreuses études ont déjà été menées de manière à pouvoir identifier les « grandes buveuses » et les

« femmes à risques » mais peu d'études existent sur les facteurs influençant les comportements de consommation des femmes enceintes. Dans le cadre de ce travail, la consommation de tabac a également été étudiée de manière à pouvoir identifier les similitudes et les différences de comportements. Un groupe de 176 femmes a été interrogé via un questionnaire semi-structuré en pré ou en post natal. La plupart des femmes étaient conscientes du fait que la consommation d'alcool et de tabac pouvait être nocive pour leurs bébés et pour elles mêmes; toutefois les « grandes buveuses » semblaient être moins conscientes du danger que représente la consommation d'alcool que les autres. Soixante pour cent des femmes interrogées pensait que consommer deux boissons par jour (bière) représentait un niveau raisonnable de consommation (parmi ces femmes figuraient de faibles consommatrices et des non consommatrices de boissons alcoolisées). Lorsqu'on les interrogeait sur les personnes qui pourraient les aider pour diminuer une consommation d'alcool, elles mentionnaient, pour la plupart, leur mari/conjoint, leur médecin ou la sage femme. Enfin, la majorité des fumeuses et surtout les « grandes fumeuses » affirment avoir été conseillées par leur médecin ou leur entourage d'arrêter le tabac. Paradoxalement, peu de consommatrices d'alcool ont été avisées de réduire leur consommation.

Les auteurs rappellent que les livres et brochures français existants (1995) déconseillent la consommation d'alcool en général et insistent sur le fait de ne pas consommer d'alcool fort et de limiter la consommation d'autres boissons à une consommation pendant le repas.

En conclusion, les auteurs recommandent de concentrer les efforts auprès des professionnels de santé qui sont en première ligne pour aider à détecter les femmes à risques.

Les sages femmes de la maternité de Roubaix ont, au terme de cette enquête, pu bénéficier de formation complémentaire. Une brochure sur la grossesse et la consommation d'alcool était également distribuée en consultation. ( aucune information sur le processus d'évaluation).

♦ Selon **Leufwyler et al**, (2005) et **Lelong et al**, (1995), il n'y a que peu d'études réalisées en Europe sur les habitudes de consommation d'alcool chez les femmes enceintes. La plupart des auteurs font alors référence aux études canadiennes et américaines.

♦ L'étude **d'Ebrahim et al**, (2000) avait pour objectif d'évaluer les tendances dans la consommation conjointe de tabac et d'alcool chez les femmes enceintes. En utilisant les données du système de surveillance des facteurs de risque comportementaux de 1987 à 1997, les auteurs ont déterminé la prévalence de consommation conjointe de tabac et d'alcool parmi les femmes de 18 à 44 ans selon qu'elles étaient enceintes ou non et ont estimé indirectement les taux d'arrêt liés à la grossesse.

Les résultats ont montré que les femmes consommatrices de tabac et d'alcool ont significativement diminué de 1987 à 1990 parmi les femmes enceintes (5,4% à 3%) et chez les femmes non enceintes (17,6% à 14,2%), mais par après il n'y a pas de changement significatif. Les taux estimés d'arrêt de consommation de tabac et d'alcool liés à la grossesse ont augmenté de manière non significative de 70% en 1987 à 82% en 1997. Parmi les femmes consommatrices des deux substances, l'arrêt lié à la grossesse était légèrement plus grand pour l'alcool seulement (74%) que pour le tabac seulement (52%). Il n'y avait pas de déclin significatif dans la consommation conjointe de tabac et d'alcool entre 1987 et 1997 parmi les femmes de 18-20 ans (femmes enceintes: 4,4% à 3,6% ; femmes non-enceintes: 13,5 à 13,7%). Ce groupe d'âge montre un plus faible taux d'arrêt lié à la grossesse que le groupe de femmes plus âgées (en 1997, 74% versus 83%).

Pour conclure, les tendances actuelles concernant l'usage conjoint de tabac et d'alcool par les jeunes femmes soulignent le besoin d'améliorer les efforts pour réduire l'initiation à la consommation de tabac et d'alcool par les jeunes. Les femmes qui abusent de tabac et d'alcool devraient être dépistées et des interventions devraient être mises en place.

◆ **Ockene et al** (2002) ont étudié les facteurs liés à l'arrêt spontané de la consommation de tabac et d'alcool durant la grossesse auprès de 601 femmes de faible statut socio-économique. Un arrêt spontané de la consommation de tabac et d'alcool était rapporté respectivement par 28% et 80% des femmes; 25% ont spontanément arrêté les deux; et 15% n'ont arrêté aucun des deux. Leurs analyses indiquent que l'arrêt du tabac était moins élevé parmi les femmes qui avaient eu des naissances précédentes, qui avaient un mari ou un partenaire qui fumait, qui étaient nées aux Etats-Unis, qui étaient noires (non hispaniques et non portugaises), qui avaient moins qu'un diplôme de secondaire, qui étaient très dépendantes, qui percevaient moins les risques pour le fœtus et rapportaient « avoir trop d'autres problèmes dans leur vie que pour arrêter ». L'ethnicité hispanique, un âge plus jeune et davantage de soutien social pour arrêter de fumer étaient liés à l'abstinence spontanée d'alcool.

L'étude présente toutefois certaines limites. En effet, les auteurs n'ont pas mesuré le niveau de prise d'alcool avant ou durant la grossesse. De ce fait, il se peut que les femmes qui ont cessé de boire de l'alcool étaient des consommatrices légères ou modérées, et pas dépendantes (addicted).

L'observation d'une association entre le soutien social et l'arrêt spontané d'alcool suggère que les contacts fréquents que les femmes ont avec les professionnels de soin durant leur grossesse puissent être de bonnes opportunités pour discuter de la consommation de tabac et d'alcool et pour encourager et éduquer les femmes à propos des changements nécessaires de comportement de santé. Les soignants sont une source importante de soutien social.

Les messages de santé publique qui encouragent les femmes à cesser la consommation de tabac et d'alcool durant leur grossesse et à maintenir l'arrêt de tabac après la naissance doivent être conçus et communiqués de manière sensible et pertinente en fonction du contexte de vie des femmes, de manière à maximiser les bénéfices de santé pour elles-même et leurs enfants.

◆ Tous les auteurs cités dans ce dossier sont unanimes pour dire que le SAF est reconnu comme une des principales causes évitables de malformations congénitales et de retard de développement infantile dans le monde et qu'il peut être prévenu à 100%.

Au vu des constatations des auteurs déjà cités dans ce présent document, en termes d'habitudes de consommation d'alcool chez les femmes et surtout de répercussions qui en découlent sur la future santé des enfants, le SAF est considéré comme un problème de santé publique.

Des associations de professionnels de santé, des groupes autochtones et multiculturels se sont regroupés pour créer une « *Déclaration conjointe sur la prévention du SAF et EAF (effets alcool sur fœtus)* » Cette déclaration a pour objectif de fournir des informations pertinentes aux soignants qui sont appelés à conseiller et/ou traiter des femmes.

La mise sur pied de cette déclaration montre bien que ce n'est pas simplement l'affaire des soignants seuls mais que c'est une approche collective (politique, institutionnelle, associatives,...) qui est à privilégier si l'on veut aider concrètement ces femmes. **Déclaration conjointe 1997**, réapprouvée en 2004. in <http://cps.ca/francais>.

## C) Prévalence du SAF

◆ D'après May et al, (2001), cités par **April et al** (2004), de nos jours, en fonction des connaissances et de la mise en commun de l'ensemble des enregistrements et des études réalisées, il est permis d'estimer que le SAF touche 0,5 à 2 enfants/1000 naissances vivantes en Amérique du Nord

Sampson et al, (1997), cités par April et al (2004), estiment que la fréquence de l'ETCAF (ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale incluant le SAF) serait 3 fois plus élevée que celle du SAF seul. La prévalence de l'ETCAF est de 9,1 cas/1000 naissances vivantes à Seattle.

En l'absence de données statistiques fiables, le Canada retient les taux de prévalence généralement admis aux USA.

◆ Au Québec, la consommation d'alcool pendant la grossesse semble être responsable de près de 10% de naissances d'enfants souffrant de divers troubles mentaux.

En 2001, 3000 bébés sont nés avec des troubles dus à l'alcool et ayant entraîné un handicap permanent. Au Canada, 300.000 personnes sont atteintes de l'ETCAF et ce chiffre risque d'être sous-évalué vu les difficultés de diagnostic. Le coût financier qu'engendre chacune de ces personnes peut atteindre 1,5 millions de dollars canadien. in <http://www.canoe.qc.ca>.

◆ Il n'existerait pas de statistiques sur l'ampleur du phénomène SAF et ETCAF au Canada mais selon Coles (1993), Quinby et Graham (1993), cités dans la **Déclaration conjointe 1997**, réapprouvée en 2004, une estimation de 1 à 3 enfants/1000 seront atteints du SAF à la naissance dans les pays industrialisés. Le taux de ETCAF à la naissance devrait être beaucoup plus élevé mais il est difficile de donner des chiffres exacts vu la difficulté de calculer la fréquence des malformations congénitales qui:

- ne se détectent pas aisément à la naissance,
- peuvent être confondues avec d'autres problèmes de santé,
- doivent être diagnostiquées par un examen physique et en se référant aux antécédents médicaux de la mère et enfant,
- ne se diagnostiquent pas par examen de laboratoire.

Les auteurs confirment les effets néfastes de l'alcool sur le fœtus à n'importe quel âge de la grossesse et pas seulement au cours du 1<sup>er</sup> trimestre car « la construction et maturation cérébrale » se poursuit tout au long de la grossesse et jusqu'à l'âge de 2 ans de l'enfant. De plus si maman boit, le fœtus boit la même quantité qu'elle.

Selon Streissguth, (1989); Olsen, (1992), cités dans la déclaration, le risque de SAF est plus élevé en cas de consommation continue ou importante d'alcool pendant la grossesse

D'autres études de Steissguth, (1990); Day, (1994) et Jacobson (1994) ont montré que des enfants nés de mamans ayant consommé 1 ou 2 verres/jour, ou à l'occasion 5 verres ou plus à la fois, présentent une augmentation des risques de troubles de l'apprentissage, des troubles cognitifs et comportementaux.

Malheureusement, il n'existe aucune information définitive à donner aux femmes quant à la quantité d'alcool qui pourrait être consommée sans danger pour le fœtus. C'est pourquoi les auteurs de cette déclaration conjointe recommandent aux femmes qui sont enceintes ou qui pourraient le devenir de s'abstenir de consommer des boissons alcoolisées.

◆ **Epiney** (2004) (Suisse) déclare lors d'une conférence de presse en octobre 2004 que, sur base de toutes les données disponibles dans la littérature, la consommation d'alcool touche au moins une femme enceinte sur cinq et qu'une consommation de 3 verres d'alcool par jour est clairement un comportement à risque de SAF »

◆ **L'institut suisse de prévention de l'alcoolisme (IPSA)** et autres toxicomanies a organisé en 2005 une campagne de prévention et d'information. Lors d'un communiqué de presse en juin 2005, il était rappelé « *qu'en Suisse, d'après les estimations de l'ISPA, 4,4% des femmes, soit environ 140'000 personnes, ont une consommation d'alcool à risque. Cette consommation à risque est particulièrement problématique pour le groupe de femmes en âge de procréer, soit*

66'000 personnes, dans la mesure où, si elles sont enceintes, nombre d'entre elles ne le savent pas avant la quatrième ou la cinquième semaine de grossesse. Les données sur l'ampleur des atteintes dues à l'alcool restent lacunaires. On estime toutefois en Suisse la fréquence du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF), la plus grave des atteintes dues à l'alcool, de 0,5 à 2 cas sur mille naissances. Les symptômes les plus caractéristiques sont un retard de croissance, un pourtour crânien inférieur à la moyenne, des anomalies faciales telles qu'un nez court et aplati, l'absence d'interstice entre la lèvre supérieure et le nez ainsi que de petites orbites oculaires. En font aussi partie des lésions du système nerveux central ainsi que des troubles du comportement et des déficits cognitifs. On parlera par contre d'effets fœtaux alcooliques (EFA) en présence de symptômes particuliers, généralement des dysfonctionnements du système nerveux central. La littérature scientifique la plus récente utilise la notion de Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD) qui recouvre l'ensemble des altérations dues à l'alcool, ce syndrome pouvant se manifester sous des formes très variables. En Suisse, un nouveau-né sur cent présenterait chaque année l'une ou l'autre lésion due à l'alcool. »

◆ En Belgique, dans le cadre d'une étude épidémiologique menée par la plate-forme psychiatrique liégeoise en 1998, il a été établi que 9% des femmes développent à un moment ou l'autre de leur vie un problème lié à la consommation d'alcool (abus pour 7% et dépendance pour 2%).

En ce qui concerne la prévalence du FAS, l'article rappelle une prévalence aux Etats-Unis en 1995 de 2,2 cas pour mille naissances et de 1 pour mille naissances en France.

Au niveau des « chiffres belges », l'estimation d'une fréquence de 2 naissances pour mille est proposée mais devrait être confirmée par une étude.

in [http://www.lasante.be/dossiers/alcool\\_grossesse.htm](http://www.lasante.be/dossiers/alcool_grossesse.htm) (maj 12/06/2004).

◆ Selon les résultats d'une étude réalisée par **Serreau et al** (2002), la prévalence du syndrome d'alcoolisation fœtale à la Réunion est comprise entre 7,1 et 14,1% (étude menée par la DDASS et l'observatoire régional de la santé (Lesure 1998). Notons toutefois que dans cette étude, la prévalence a été estimée auprès d'une population bien précise (enfants suivis dans des institutions médico-sociales).

Les auteurs citent les chiffres français de Dehaene et al (1977), (1981) qui ont déterminé sur une période de 1977 à 1980 une prévalence du SAF égale à 1,45/1000 naissances vivantes. La prévalence du SAF dans l'île de la Réunion est donc très supérieure à celle relevée dans la population générale. Cette différence de prévalence est liée à la consommation plus importante d'alcool dans cette île. Ceci traduit bien l'impact de l'alcool sur la santé des enfants (handicaps intellectuels et sociaux)

Les auteurs relèvent un taux de prévalence de 1,9/1000 naissances vivantes aux USA. Abel El et al, (1992) ont calculé ce taux à partir de 19 publications. Selon eux, aux USA, l'estimation de la prévalence varie de 0,26 à 2,20/1000 naissances vivantes en fonction de différents facteurs démographiques (non précisés).

◆ Pour **Dotson et al** (2003), le FAS (fetal alcohol syndrome) recouvre une constellation d'anormalités physiques, cognitives et comportementales très variables. La prévalence du FAS est de 0,5 à 2 cas sur 1000 naissances aux Etats Unis.

Mais il existe également un nombre important de cas d'enfants présentant des problèmes neurologiques (difficultés d'apprentissage et comportementales) causés par une exposition prénatale à l'alcool, mais qui ne présentent pas les manifestations physiques du FAS. Il s'agit alors du FAE (fetal alcohol effects). La prévalence du FAS et du FAE combinés est estimée à au moins 1% de toutes les naissances.

Selon les auteurs, la prévalence du syndrome alcoolo-fœtal est très variable selon les études, allant de 19% des enfants nés vivants selon une étude à moins de 1 cas pour 10.000 naissances vivantes.

◆ Pour **Kaskutas et al** (2001), la prévalence de SAF est estimée entre 0,3 et 2 cas pour 1000 naissances aux USA et le risque est particulièrement élevé quand la consommation d'alcool a lieu pendant le 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse.

◆ **April et al** (2004) émettent toutefois une mise en garde concernant les taux de prévalence. En effet, ces derniers sont souvent issus d'études cliniques réalisées dans des hôpitaux publics américains qui prennent en charge une population urbaine pauvre, ou des groupes ethniques minoritaires; les résultats ne seraient pas représentatifs de la population générale et certains résultats auraient tendance à surestimer la prévalence.

Il existe aux Etats Unis des structures de surveillance passive (le FASNET) mais les résultats obtenus pour le calcul de la prévalence entraînent une sous-estimation à cause de la faible qualité de l'enregistrement des diagnostics dans les fichiers administratifs.

Enfin, le système canadien de surveillance périnatale, via le Réseau canadien de surveillance des anomalies congénitales, enregistre bien les anomalies découvertes mais il rencontre probablement le même problème qu'aux USA.

◆ Pour le groupe d'experts **Inserm**, (2001), l'incidence (qui s'exprime en nombre de cas pour 1000 naissances) de la maladie est très difficile à établir car :

- le nombre de femmes concernées varient d'un endroit à l'autre,
- la consommation d'alcool par la mère est difficile à apprécier;
- et le diagnostic du SAF difficile à poser.

De plus, il est difficile d'obtenir des réponses exactes sur la consommation d'alcool des femmes enceintes et ce en raison de la mauvaise image sociale qui y est liée. Il y a donc une sous-déclaration qui peut conduire à une perte de puissance des tests statistiques. La sous-déclaration est vraisemblablement plus importante chez les buveuses excessives, mais la plupart des femmes savent qu'il vaut mieux éviter de boire de l'alcool pendant la grossesse.

### **3° Effets et conséquences suite à la consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse**

◆ Tous les enfants de femmes consommatrices excessives ne sont pas atteints du Syndrome d'alcoolisation fœtale, **Inserm** (2001). La fréquence se situe en dessous d'un tiers, mais il n'y a pas d'étude valable qui pourrait valider cette estimation. Des facteurs génétiques, nutritionnels ou environnementaux pourraient intervenir dans l'étiologie de ce syndrome. Les atteintes de l'enfant sont variables. Les enfants de mère consommatrice excessive peuvent être normaux ou atteint du SAF avec tous les stades intermédiaires possibles, appelés SAF partiels ou FAE (fetal alcohol effect). Les enfants atteints du SAF peuvent présenter un retard de croissance pré-ou post-natal des anomalies du système nerveux central et un visage caractéristique avec des petites anomalies crânio-faciales. En 1996, l'Institut de Médecine des Etats-Unis a défini de nouvelles catégories diagnostiques pour des tableaux incomplets classés comme SAF partiel, des anomalies congénitales (ARBD) ou des anomalies neurodéveloppementales (ARND) présentes chez des enfants exposés *in utero* à l'alcool mais ne présentant pas tous les critères diagnostiques du SAF.

Le risque de mortinatalité est aussi plus fréquent chez les enfants de femmes exposées à l'alcool pendant la grossesse : durée de gestation plus courte et prématurité (mais ces résultats sont peu convaincants car beaucoup d'études ne concordent pas).

Par contre, l'effet sur le poids à la naissance de l'enfant est quant à lui démontré. La moitié des études ont montré qu'il y avait un lien. Un périmètre crânien réduit souvent associé à un poids de naissance diminué a été observé dans plusieurs études.

En ce qui concerne les anomalies congénitales, quelques études ont trouvé une augmentation de la fréquence de malformations non spécifiques en lien avec une consommation modérée d'alcool chez les mères, mais la plupart des autres études n'en ont pas trouvé. Certaines études ont essayé de tester l'hypothèse qu'une consommation modérée d'alcool pourrait être associée avec une forme atténuée d'anomalies faciales caractérisant le SAF. Des études ont montré une association entre la consommation d'alcool et ces scores pour des consommations élevées. On peut s'attendre à ce qu'une consommation excessive occasionnelle à un stade critique soit plus à risque qu'une consommation régulière modérée.

En ce qui concerne les atteintes du système nerveux central, l'effet le plus grave de l'exposition prénatale à l'alcool apparaît seulement pour des consommations très élevées. Des risques pour le développement mental ou neurologique de l'enfant ont été observés à partir de 2 verres/jour. La consommation excessive occasionnelle d'au moins 5 verres/jour pendant la grossesse était liée à des déficits cognitifs dans deux études (Streissguth et al, 1992; Jacobson et Jacobson, 1999). D'un point de vue théorique, les consommations occasionnelles excessives à des stades critiques peuvent causer des dommages, même si la consommation générale est faible. Les données expérimentales, cliniques et épidémiologiques sont en accord et montrent que l'organisme humain est vulnérable à l'exposition à l'alcool pendant la période prénatale, celle-ci étant la cause de déficits à long terme sur le fonctionnement du SNC. Les données épidémiologiques montrent des effets négatifs pour des consommations à partir de 2 verres de boissons alcooliques par jour sur le poids de naissance et sur les fonctions cognitives.

◆ Des études (non citées par les auteurs suisses) montrent que les enfants nés de pères alcooliques présentent des inadaptations au niveau de leur capacité intellectuelle cognitive (difficultés d'apprentissage, troubles de l'attention ou de la mémoire, difficultés à résoudre des problèmes,...) et sont souvent des enfants hyperactifs. Selon ces auteurs, « on a donc la certitude que les facultés cognitives perturbées et l'hyperactivité ne sont pas imputables à l'environnement social ». Le comportement alcoolique du père influencerait la santé de son enfant via la détérioration du sperme par l'alcool. Il s'agit donc d'une problématique qui ne touche pas uniquement les femmes mais bien l'ensemble de la société. [in http : //www.prevention.ch/alcooletgrossesse.htm](http://www.prevention.ch/alcooletgrossesse.htm)

◆ Pour **Armstrong** (2005), l'impact des drogues et de l'alcool sur le développement du fœtus est beaucoup plus complexe que ce qui était initialement pensé. Premièrement, beaucoup d'autres caractéristiques des femmes consommant de l'alcool, tels l'âge élevé, un diplôme bas, sont également des facteurs de risque pour elles-mêmes et leurs enfants. Deuxièmement, les interactions entre les gènes, l'environnement et les éléments auxquels le fœtus est exposé sont complexes, et conditionnent l'état de santé du bébé à la naissance. Il est ainsi nécessaire de reconnaître la co-morbidité de l'addiction à l'alcool avec les maladies mentales mais également le stress, la pauvreté, l'isolement social et le manque matériel. Chacune de ces conditions est un facteur de risque pour les femmes et leur fœtus.

## 4° Facteurs de risques maternels de consommation d'alcool durant la grossesse

◆ **Leonardson et al** (2003) relèvent les facteurs de risques suivants :

- Avoir déjà eu un enfant atteint du SAF,
- La consommation d'alcool avant la grossesse,
- Le statut marital: être célibataire (existence de facteurs protecteurs présents chez les femmes mariées: support social et financier supérieur, plus grande possibilité de grossesses désirées),
- Le tabagisme, consommations d'autres substances toxiques,
- Les antécédents d'abus physique ou sexuel,
- La consommation d'alcool par le partenaire ou par la mère de la femme,
- Les facteurs individuels psychologiques,
- Le chômage et les facteurs socio-économiques.

◆ Selon **Ebrahim et al** (2000), la consommation de tabac ou d'alcool augmente le risque de consommer l'autre substance. La consommation des deux substances peut causer des effets synergiques sur le système reproducteur comme l'infertilité, une naissance prématurée, un avortement spontané.

◆ Pour **April et al** (2004), les troubles neurologiques du développement liés à l'alcool se rencontrent chez les enfants de :

- Mère polytoxicomane,
- Mère célibataire, peu scolarisée et sans emploi ,
- Mère victime de violence, d'abus sexuel ou psychologique, (motifs de l'alcoolisme ),
- On retrouve plus de SAF chez les enfants adoptés des pays d'Europe de l'Est suite au grave problème d'alcoolémie (prévalence du SAF en Russie: entre 100 à 200/1000 naissances et institutionnalisation d'environ 100.000 enfants /an),
- Le SAF est plus fréquent dans des communautés autochtones et dans certains groupes minoritaires (ex: SAF nettement plus élevé dans les populations noires de certains états américains, situation très préoccupante en Colombie-Britannique où l'on relève 22 cas/116 enfants examinés et où certaines mères ont mis au monde plusieurs enfants atteints de SAF ou de l'EAF).

◆ Sur 1081 femmes enceintes évaluées dans le North Dakota avec un outil d'évaluation du risque de consommation excessive pour la santé du bébé (TWEAK screening tool), 253 (soit 23,4%) des femmes ont été trouvées à risque. (TWEAK = échelle servant à évaluer le risque potentiel de consommation problématique d'alcool).

Les facteurs prédictifs d'un score positif au test TWEAK sont l'âge (plus de risque de consommation d'alcool chez femmes très jeunes), le statut marital (plus de risques chez femmes seules), l'avortement(s) passé(s) et le tabagisme (augmentent les risques de consommation d'alcool) (**Burd et al**, (2003)).

◆ L'étude de **Leonardson et al** (2003) avait pour but d'évaluer les facteurs de risque de consommation d'alcool durant la grossesse, grâce à l'utilisation du questionnaire PNQ (Prenatal Questionnaire) qui inclut des questions de dépistage de la consommation de substances. Les femmes enceintes (n=4676) étaient invitées à compléter le questionnaire de manière anonyme lors de la première visite prénatale. L'étude a montré qu'il y avait un certain nombre de facteurs de risque maternels présents. Les femmes à haut risque ont tendance à être

plus jeunes, moins éduquées, célibataires et sans emploi. Les facteurs protecteurs d'une consommation d'alcool durant la grossesse incluent le fait d'être mariée et femme au foyer. D'autres variables associées à un haut risque incluent les antécédents d'abus sexuels, les abus physiques passés ou présents, le tabagisme, la consommation d'autres drogues, vivre avec des consommateurs de substances et avoir des proches consommateurs de substances. D'autres facteurs contribuant à la classification parmi les personnes à haut risque incluent le sentiment de tristesse, croire que boire n'importe quelle quantité d'alcool est acceptable, et être capable de supporter 4 verres ou plus.

## **5° Représentation et connaissance des effets de la consommation d'alcool pendant la grossesse (quantité absorbée, moment de consommation, effets néfastes, image sociale, ...) tant au niveau de la future maman, de son entourage que des professionnels de santé.**

◆ D'après l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), une canadienne sur 10 déclare avoir consommé de l'alcool durant sa dernière grossesse et 4 québécoises sur 10 disent avoir bu pendant leur grossesse. On ignore si les québécoises consomment plus ou moins d'alcool que les autres canadiennes (**April et al**, (2004)).

Selon des résultats de l'enquête menée par Guillemette (2003), cité par **April et al**, 32% des femmes enceintes, vivant dans la région de Lanaudière au Québec, déclarent avoir bu pendant leur grossesse (données non généralisables à l'ensemble de la population car l'étude a été réalisée dans un seul hôpital de la région).

◆ Au Canada, et plus particulièrement au Québec :

- 41% des femmes connaissent les effets de l'alcool sur le développement du fœtus et sur le bébé,
- Les femmes qui connaissent les effets de l'alcool sur le fœtus «croient majoritairement, et à tort, que l'alcoolisation fœtale impliquent une dépendance du bébé à l'alcool »,
- 50% des grossesses ne sont pas planifiées
- De 17 à 25% des femmes déclarent avoir bu pendant leur grossesse

in « Enceinte pas d'alcool », in <http://www.canoe.qc.ca>

◆ **Burd et al** (2003) et **Kaskutas et al** (2001) recommandent de faire estimer par les femmes les quantités réelles absorbées, quantités qui ne correspondent pas aux mesures standards que les professionnels ont en tête. En bref, les professionnels et les consommateurs auraient une représentation différente de ce qu'est une mesure standard, ce qui pourrait créer une erreur dans le calcul du risque d'exposition fœtale.

◆ Une enquête a été réalisée en 1999 par **Environics Research Group Limited** à la demande de Santé Canada auprès de 1025 personnes (902 femmes et 303 hommes). Cette enquête avait pour but de tester :

- les connaissances,
- les croyances,
- les informations retenues ainsi que la source d'information préférée de celles-ci,
- les comportements que les femmes et les hommes pensaient adopter lors d'une future grossesse.

- de proposer, sur base des résultats, des recommandations pour des initiatives de communication de messages de prévention.

Cette enquête a été réalisée par questionnaires et en voici quelques résultats :

*1) Au niveau des comportements à favoriser spontanément en cas de grossesse :*

- Spontanément, 52% des répondants disent que boire moins ou cesser de boire est un des comportements les plus importants à adopter en cas de grossesse et permet ainsi d'augmenter les chances de mettre un bébé sain au monde. Les autres comportements importants cités spontanément sont par ordre décroissant: une nutrition correcte pour 75% des répondants, cesser ou diminuer le tabac pour 63%. Pour 25%, il faut maintenir voire faire plus d'exercices physiques. Pour 11%, il s'agit de consulter un médecin ou un professionnel de santé.
- A propos de l'alcool, les hommes ont « plus tendance à dire que boire moins ou consommer moins d'alcool est une chose importante que les femmes enceintes peuvent faire pour accroître la probabilité d'avoir un enfant en bonne santé »
- Les femmes de 25 à 29 ans, moins scolarisées et qui ont des revenus financiers plus faibles, ont moins tendance à mentionner spontanément ces comportements.

*2) Au niveau des connaissances des effets de la consommation d'alcool :*

- 98% des répondants déclarent « que plus une femme enceinte boit de l'alcool, plus il est probable que ce soit dangereux pour le bébé tandis que 66% des répondants croient que toute consommation d'alcool peut être dangereuse pour le futur bébé ».
- 39% croient qu'une consommation avant la grossesse peut être dangereuse pour le fœtus même si la mère est abstinente lors de sa grossesse tandis que 30% des répondants estiment qu'une consommation faible d'alcool ne pourrait jamais être dangereuse pour le bébé et pour 25% répondants, une consommation modérée d'alcool peut globalement être considérée comme sécuritaire. Les hommes ont plus tendance à croire qu'une faible ou qu'une consommation modérée d'alcool pendant la grossesse ne pourrait jamais nuire à la santé du futur bébé.

*3) Au niveau des effets de la consommation d'alcool pendant la grossesse :*

- a) Les croyances sur la consommation :
  - o Quasi unanimité des répondants (98%) pour déclarer que la consommation d'alcool est dangereuse pendant une grossesse et qu'elle risque de provoquer des handicaps définitifs chez l'enfant.
  - o 39% pensent qu'une consommation avant la grossesse peut provoquer des problèmes même si la femme arrête toute prise d'alcool pendant la grossesse.
  - o 30% des répondants pensent qu'une faible consommation pendant la grossesse ne pourra jamais nuire au bébé.
  - o Les hommes ont plus tendance à croire qu'une consommation faible à modérée d'alcool ne pourra jamais être dangereuse pour le bébé.
  - o Les femmes plus jeunes (âges non précisés par les auteurs) et qui ne boivent pas, ont tendance à dire qu'il faut éviter de boire pendant la grossesse. Les femmes qui ont fait des études universitaires et qui ne boivent pas « ont tendance à croire qu'une consommation modérée est sécuritaire ». Les femmes les plus scolarisées de 18 à 24 ans et n'étant pas encore mère, ont tendance à croire que toute prise d'alcool pendant la grossesse peut être dangereuse pour le bébé.
  - o Les femmes moins scolarisées croient que les effets de l'alcool sur le bébé disparaissent au fur et à mesure que l'enfant grandit.
- b) Les croyances sur la quantité d'alcool consommée :
  - o 69% des répondants croient qu'il n'est pas sécuritaire de boire une consommation/jour – ou 3 à 4 consommations /semaine - pendant la grossesse.

- Opinion divisée sur les effets de faible consommation (2 à 3 occasions sur toute la grossesse) : 47% disent que c'est sécuritaire et 52% disent que c'est dangereux.

4) *Par rapport à la rétention des informations/messages de prévention :*

- 72% des répondants déclarent se souvenir des informations entendues et/ou reçues. Les sources d'information les plus retenues sont les brochures/dépliants (pour 33% des répondants), les émissions TV (pour 24%), les professionnels de la santé (20%), les livres (pour 15%), les articles dans les magazines/ journaux (pour 11%).
- Les femmes ont tendance à se souvenir plus que les hommes des informations/messages éducatifs.

5) *Par rapport à la connaissance du syndrome d'alcoolisme :*

- 71% des répondants déclarent avoir entendu parler de ce syndrome.
- Pour 34% des répondants, ce syndrome fait référence aux effets de l'alcool sur le fœtus ; pour 22%, référence est faite à la dépendance/sevrage du bébé à l'alcool.
- 14% déclarent être au courant du SAF et ce sont surtout les femmes instruites et « riches » qui connaissent le mieux ce syndrome de SAF.

6) *Par rapport à la source d'informations :*

- Pour 47% des répondants, la meilleure source d'information sur ce syndrome et ses effets sur le bébé est le médecin, viennent ensuite les magazines (10%), les cliniques ou les hôpitaux (9%), les émissions télévisées (8%), etc.

7) *Par rapport aux initiatives prises pour informer le public :*

- 78% des répondants approuvent les initiatives d'information prises dans le domaine par le gouvernement sur les effets de la consommation de l'alcool en période de grossesse: par exemple : exigence d'une information sur les boissons alcoolisées, affichage dans les lieux de consommation des informations sur les effets de l'alcool en période de grossesse (pour 55% des répondants)

8) *Par rapport à l'influence des conjoints sur la consommation :*

- 39% des répondantes déclarent qu'elles seraient plus enclines à réduire leur consommation d'alcool si leur mari est bien présent pour les encourager dans ce sens. Pour d'autres répondantes (39%), ces encouragements de la part de leur conjoint ne modifierait en rien un changement éventuel de comportement de consommation
- Pour 69% des répondantes, la poursuite des comportements de consommation de leur conjoint n'influencerait pas leur propre comportement de consommation (pas d'effet pour 61% si le mari lui offre un verre ; et pour 57% des femmes, pas d'effet si le conjoint est prêt à stopper sa consommation d'alcool pendant la grossesse
- 71% des hommes seraient prêts à encourager leur femme enceinte à cesser de boire ou de consommer de l'alcool et 30% des hommes répondants déclarent être prêts à stopper eux même leur consommation pendant la grossesse

9) *Par rapport aux implications sur les messages préventifs :*

- Le principal défi à relever concerne les messages et informations à véhiculer à propos de la quantité d'alcool au delà de laquelle le bébé risque d'avoir des problèmes (idée d'une « consommation sécuritaire »)
- Les répondants déclarent avoir une connaissance des effets de l'alcool mais en fait lorsque l'on demande des précisions quant aux conséquences exactes, les réponses données sont peu précises et les degrés de gravité des conséquences sont sous-estimés. Dès lors, selon ces auteurs, en augmentant les connaissances de la population sur le SAF, on augmenterait probablement les connaissances générales sur les effets dangereux d'une consommation d'alcool pendant la grossesse.
- Les sources d'information retenues sont avant tout les professionnels de santé, les institutions de soins pour obtenir des informations sur les effets d'une consommation.

Cependant, les médias (brochures, dépliants, articles, émissions TV) sont aussi considérés comme des sources importantes d'information.

- De cette étude, il ressort que les hommes (les maris) ont un degré de compréhension plus faible que leur épouse à propos des effets d'une consommation d'alcool et les messages devraient insister sur l'importance pour l'homme d'apporter soutien et encouragements à sa compagne.

◆ L'objectif de l'étude menée par **Dielman et al** (2000) était d'examiner les connaissances, attitudes, pratiques cliniques et besoins éducationnels de gynécologues-obstétriciens par rapport à la consommation d'alcool par les patientes durant leur grossesse. Un questionnaire auto-administré comprenant 20 items sur la consommation d'alcool prénatale des patientes a été envoyé à 1000 membres actifs de l'American College of Obstetricians and Gynecologists. Parmi les 60% qui ont répondu à l'enquête, 97% disent demander à leurs patientes si elles consomment de l'alcool. Lorsqu'elles disent consommer de l'alcool, les médecins discutent toujours des effets néfastes et conseillent toujours l'abstinence. 20% des médecins rapportent l'abstinence comme étant la manière la plus sûre d'éviter les 4 conséquences néfastes citées (l'avortement spontané, l'atteinte du SNC, les malformations de naissance et le SAF); 13% des médecins ne sont pas sûrs quant aux niveaux d'association avec ces effets néfastes et 4% rapportent que la consommation de 8 verres ou plus par semaine ne pose pas de risque pour aucun des problèmes cités. Les 2 ressources que les médecins disent avoir le plus besoin pour améliorer l'évaluation de la consommation d'alcool sont de l'information sur le seuil provoquant des effets néfastes (83%) et des ressources pour référer les patients avec des problèmes d'alcool (63%).

## 6° Comment diagnostiquer un risque de consommation ou une consommation d'alcool chez la femme enceinte ?

◆ Selon **Leutwyler et al** (2005), il s'agit en 1<sup>er</sup> lieu de demander à la femme si elle boit de l'alcool, sa fréquence de consommation, le nombre de verres d'alcool consommés par jour, s'il lui arrive de boire plus de 4 verres (boissons) consécutivement.

Les auteurs proposent l'utilisation d'un outil spécifique (le T-ACE) pour évaluer la consommation d'alcool chez la femme enceinte.

Cet outil se compose de 4 questions :

- T « tolérance » = nombre de verres bus pour ressentir les effets de l'alcool
- A « annoyed » = inquiétude de l'entourage ou des soignants vis à vis de la consommation de la femme enceinte
- C « cut down » = essai de réduction de la consommation par la femme
- E « Eye opener » = consommation d'alcool au lever

Une seule réponse positive à l'une de ces questions suggère déjà une consommation importante. Pour ces auteurs, il est important de poser des questions également sur la fréquence, la quantité et s'il y a une (des) période(s) d'alcoolisation massive(s). Enfin, selon les auteurs, toutes ces questions seraient à poser à toutes les femmes enceintes.

### Comment collecter ces informations ?

- Par un bref entretien (environ 10 min) lors de la première visite prénatale où le professionnel de santé (accoucheuse, infirmière, médecin ayant reçu une brève formation à ce propos) engage l'entretien sur la consommation d'alcool de façon neutre, empathique et sans porter de jugement de valeur et où le soignant donne

quelques conseils pour aider la femme à modifier son comportement vis à vis de l'alcool ou encore à renforcer le comportement d'abstinence. A ce propos, les auteurs font référence à une étude randomisée (1 groupe témoin et 1 groupe où l'on propose cet entretien) menée à Boston par Chang et al (1999) qui a montré:

- Une diminution de la consommation d'alcool dans les 2 groupes sans pouvoir montrer une différence entre les 2 groupes. Ceci serait lié au nombre trop petit (n= 123). Mais, les résultats de cette étude montrent que les femmes abstinentes dès l'inclusion dans l'étude, consolident davantage ce comportement lorsqu'elles ont bénéficié de l'entretien. Ces résultats montrent tout l'intérêt d'un programme de prévention même pour les femmes qui ne boivent pas.
- Chez les femmes consommatrices d'alcool, une intervention brève et systématique et un suivi (prévention secondaire) avaient comme résultats positifs :
  - De motiver à diminuer ou arrêter la consommation chez les femmes soucieuses de mettre 1 enfant sain au monde et qui connaissaient le SAF
  - De mettre en évidence l'importance du soutien social à l'abstinence pour maintenir la motivation de ces femmes.

◆ **Pirie et al** (2000) évoquent les difficultés lors de la consommation multiple de substances non recommandées pendant la grossesse. On conseille bien souvent aux femmes d'arrêter la consommation des 3 substances (tabac, alcool et caféine). Elles se retrouvent alors souvent dans la situation difficile d'arrêter la triple consommation simultanément.

Peu d'études se sont intéressées aux individus dont on attend qu'il change simultanément plusieurs comportements: une théorie avance que la restriction d'une d'entre elles renforce la tendance à augmenter l'utilisation des autres.

Caractéristiques des consommatrices pendant la grossesse :

- de tabac: plus jeune, moins « éduquée », ayant moins souvent un travail, plus souvent blanche, moins souvent mariée ou vivant avec un partenaire et moins souvent pendant la première grossesse.
- d'alcool avant la grossesse: plus âgée, plus souvent blanche, emploi à plein temps, première grossesse et moins souvent mariée ou vivant avec un partenaire.

Les femmes qui avaient, pour chaque substance, un faible niveau de consommation avant la grossesse, ont plus facilement et significativement arrêté celle ci par rapport aux femmes qui avaient un haut niveau de consommation. Cette différence est encore plus importante pour la cigarette. (88% d'arrêt chez les femmes qui fumaient <5 cigarettes par jour, > 5 cigarettes 33% d'arrêt, et 25% ont diminué leur consommation à moins de 5 cigarettes par jour)

En ce qui concerne *l'arrêt d'alcool* :

- 84% de celles qui consommaient plus de 3 boissons par semaine ont arrêté, 94% de celles qui buvaient >3 boissons par semaine ont arrêté.

En ce qui concerne *l'arrêt de caféine* :

- 23% arrêt si >1 boisson par jour, 41% si <1 boisson par jour.

En ce qui concerne la consommation multiple de *substances toxiques* pendant la grossesse,

- les consommatrices multiples sont moins susceptibles d'arrêter une substance par rapport à celles qui en consomment une seule.

Exemple : arrêt chez 89% des femmes qui boivent de l'alcool, 86% si alcool et tabac (ou caféine), 75% si consommation des 3.

Les facteurs prédictifs d'arrêt de consommation d'alcool sont être non fumeur, de couleur blanche, n'avoir jamais été enceinte avant de prévoir d'arrêter l'alcool.

Des 3 comportements, les femmes sont les plus enclines à arrêter la consommation d'alcool pendant la grossesse (ensuite vient la cigarette et plus enfin la caféine).

Cette différence, notamment pour la caféine, est due au peu d'attention portée pour ce comportement par les médias et par les messages concernant la santé chez les femmes enceintes, alors que l'alcool et le tabac sont souvent déconseillés pendant la grossesse et que le danger de ces 2 substances ont été bien décrits dans la population générale.

Les différences entre le tabac et l'alcool sont dues au fait que les effets de l'alcool pendant la grossesse sont plus décrits dans la publicité et qu'il existe une probabilité d'effet de dépendance à la substance.

Dans les consommations multiples, les résultats sont meilleurs en ce qui concerne l'arrêt de l'alcool chez les fumeuses qui arrêtent de fumer par rapport à celles qui continuent de fumer.

Ces données suggèrent que les femmes qui consomment plus d'une substance vont moins facilement arrêter la consommation par rapport à celles qui n'en consomment qu'une.

Faut-il dès lors promouvoir l'arrêt simultané ou progressif de ces différentes substances ?

L'arrêt de plusieurs substances n'est pas impossible. Mais il faudrait être plus sensible aux difficultés de changements de comportements. Des études seraient nécessaires pour connaître la meilleure voie pour arrêter plus d'une substance en une fois et les facteurs qui amènent à réussir.

## 7° Campagne de prévention et activités mises en place

◆ Une campagne provinciale de l'Ontario sur l'alcool et la grossesse a été mise en place en Ontario en mai 2004.

in <http://www.meilleurdepart.org>

Il s'agit d'une campagne de prévention intitulée « Ne prenez aucun risque: éviter l'alcool pendant la grossesse ».

Les stratégies mises en place pour cette campagne au niveau de toute la province sont les suivantes :

- Informations touchant toute la population via des messages de prévention affichés dans les bus, métro, véhicules publicitaires, à la radio, spot TV, dossiers de presse envoyés aux journaux, magazines, radio, TV.
- Tous les médecins de famille, gynécologues, accoucheuses de la province ont reçu du matériel de sensibilisation (feuilles d'information à distribuer aux femmes, dépliants et affiches) + informations spécifiques pour les soignants concernant le dépistage de patientes à risque, les soins et services d'aide offerts aux femmes toxicomanes et enceintes.
- Au niveau des bars, cafés, restaurants, points de vente d'alcool, etc. distribution de feuilles avec des conseils, des sous-verres, des sets de table,.. avec messages de prévention.
- Au niveau des associations, lieux de loisirs, etc., distribution d'affiches, de dépliants, d'autocollants, etc. Ces distributions se sont faites avec l'aide d'organismes locaux qui travaillent dans le champ de la promotion de la santé et de la prévention du SAF/ETCAF. Outre ces distributions, les organismes ont également assuré des conférences et ont organisé en collaboration avec les associations locales des concours de cocktails sans alcool, des barbecues, ...

(Extraits de brochures et matériels de la campagne en annexe 1).

Cette campagne a fait l'objet d'évaluations (évaluation formative, de processus et de résultats) par un groupe de recherche. Pour cela, réalisation d'un sondage par téléphone avant et après la campagne auprès de 340 femmes de 18 à 40 ans.

En voici quelques résultats en post campagne :

- Au niveau du degré de sensibilisation à la campagne :
  - taux de sensibilisation augmenté de 15% sur le message de l'abstinence de boire pendant la grossesse « une des décisions les plus importantes qu'une femme puisse prendre pour augmenter la probabilité d'avoir un enfant en bonne santé »
- Au niveau des connaissances :
  - des conséquences sociales
    - 97% des répondantes ont répondu que l'exposition à l'alcool pouvait provoquer des difficultés d'apprentissage,
    - pour 77% des répondantes, cette exposition pouvait également provoquer des difficultés relationnelles
  - des conséquences physiologiques
    - 87% des répondantes ont répondu que boire pendant la grossesse peut entraîner des invalidités permanentes chez l'enfant comme des troubles auditifs et/ou visuels, des anomalies congénitales
  - consommation d'alcool pendant la grossesse
    - pour 66% des femmes répondantes, les femmes doivent être abstinentes pour ne prendre aucun risque
    - 29% ont répondu qu'elles pouvaient boire de l'alcool en très petite quantité et pour 4% des répondantes, cette consommation doit être modérée
- En ce qui concerne la campagne :
  - 62% des répondantes déclarent avoir vu ou entendu récemment les messages de prévention diffusés dans le cadre de cette campagne
- Au niveau des messages de la campagne :
  - les éléments clés des messages ont été facilement assimilés
    - pour 60%, le message « s'abstenir de boire pendant la grossesse »
    - « l'alcool est nuisible pour le fœtus ou cause des anomalies congénitales » pour 34%
    - « la consommation d'alcool pendant la grossesse cause le syndrome de l'alcoolisation fœtale » pour 19%
- Au niveau de l'évaluation de la couverture médiatique
  - publications d'articles dans 33 quotidiens,
  - diffusions des messages de la campagne par 18 stations de radio
  - diffusions des messages de la campagne et réalisation d'émissions spéciales sur l'ETCAF par plusieurs chaînes de TV
  - affichage à grande échelle dans tous les lieux publics

L'impact de cette campagne se mesure aussi par :

- le fait que d'autres provinces du Canada ainsi que d'autres pays (non mentionnés par les auteurs) ont utilisé le matériel pédagogique de cette campagne
- la diffusion des messages de la campagne par d'autres médias que ceux d'Ontario,
- l'utilisation des images de la campagne pour de nouvelles applications comme des calendriers, des livres de recettes, des pancartes de mise en garde, ...

◆ **Dotson et al (2003)** présentent un programme pilote de prévention du FAS, mis en place en 2000 dans quatre communautés (rurale, urbaine, et réserve d'indiens) du Montana (Etats-Unis). Ce programme est intégré à un consortium FAS entre quatre états. Ce consortium a été formé pour améliorer la compréhension des facteurs de risques et financer des initiatives de prévention.

Le consortium a ainsi développé un modèle d'intervention préventive pour des femmes à risques, construit à partir des infrastructures de santé publique existantes. Il a été lié en particulier au programme MIAMI (Montana's Initiative for the Abatement of Mortality of Infants) qui fournit aux femmes enceintes avec des comportements à risques, des services et un suivis à domicile. Le MIAMI touche approximativement 20% de la population la plus à risque, à difficultés d'ordre environnemental, financier ou physique.

Le modèle de prévention s'inspire de trois théories :

- *L'écologie Humaine*, qui met l'accent sur l'influence du contexte social sur le développement humain.
- *La « Self-efficacy »*, dont les activités aident à augmenter la confiance en ses propres capacités de changement de comportements.
- *L'affection humaine*, pour guider les rapports futurs des clients avec leurs enfants, les autres membres de la famille et les amis.

Les stratégies de prévention peuvent être de trois types :

- Prévention universelle, qui promeut des comportements sains sans prendre en compte les risques et vise la population en général.
- Prévention sélective, qui vise les personnes à risque, telles les femmes enceintes qui ont eu des problèmes d'alcool par le passé.
- Prévention indiquée, qui vise les individus à plus hauts risques, telles les femmes dont on sait qu'elles ont de graves problèmes d'alcool ou ayant eu des enfants présentant le FAS.

Un programme individualisé de réduction des risques est prévu. Il comprend des visites hebdomadaires par une équipe de spécialistes durant la grossesse. En plus des infirmières en santé publique, des travailleurs sociaux et des nutritionnistes qui composent l'équipe de soutien du MIAMI, un spécialiste para professionnel a été ajouté dans le programme pilote. Il a la fonction essentielle de mettre les femmes concernées en lien avec les services proposés par les spécialistes. Il sert ainsi de mentor et d'éducateur à la santé, et il est supervisé par un professionnel de la santé.

Un coordinateur des informations a été désigné pour chacun des sites. Il est responsable du bon déroulement du protocole de recherche, ainsi que des évaluations pré et post-test.

L'idée d'intégrer à l'équipe de soutien des « conseillers » ayant une expérience passée d'abus d'alcool mais qui s'en sont sortis, a été reprise d'un autre programme d'assistance (le P-CAP). Ces conseillers doivent cependant être abstinentes de toute prise d'alcool depuis au minimum 6 ans et présenter les qualités suivantes : avoir une capacité d'empathie et de résolution de problèmes, être tenace et avoir une manière de faire directe et honnête mais non-jugeante.

L'ensemble de l'équipe a reçu une formation de 6 jours (10 la première année). Il s'agissait d'informer l'équipe sur les objectifs du programme: quels comportements sont à « changer » chez les femmes visées et comment évaluer ces changements? Mais aussi comment impliquer les familles ? Comment identifier les besoins prioritaires ? Il fallait également leur fournir les

informations nécessaires d'une part, sur l'alcoolisme et le FAS et d'autre part, sur certains aspects de santé plus généraux liés à la grossesse.

Un dispositif quasi expérimental est utilisé pour évaluer le programme pilote. Celui-ci inclut un groupe d'intervention et un groupe de contrôle, qui sont tous deux évalués par des mesures pré et post-test. Une évaluation des résultats est ainsi réalisée à 6 mois de grossesse et après la naissance, au sein de chacun des deux groupes.

Toutefois, les résultats du programme pilote ne sont pas présentés dans l'article.

◆ **L'IPSA** (Institut Suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies) a organisé tout récemment (juin 2005) une campagne de prévention et d'information afin de sensibiliser les professionnels et le tout public des risques liés à la consommation de boissons alcoolisées durant la grossesse.

Voici ci-dessous le communiqué de presse daté du 28/06/2005

### ***Maman boit, bébé aussi***

***"Puis-je boire de l'alcool pendant la grossesse ou cela met-il la santé de mon bébé en danger?" Cette question, quantité de femmes enceintes se la posent. Nombre de femmes, de même que leurs maris ou compagnons, connaissent mal les risques d'une consommation d'alcool durant la grossesse et ne savent donc que faire. Afin d'informer et de sensibiliser tant le grand public que les professionnels, l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) lance aujourd'hui, en collaboration avec la Fédération des médecins suisses (FMH) et la Société suisse des pharmaciens (SSPh), une campagne d'information assortie de recommandations concrètes.***

*Lorsqu'une femme enceinte boit de l'alcool, le fœtus en absorbe aussi. En effet, une fois ingéré, l'alcool se répand rapidement dans le sang et parvient, à travers le placenta et le cordon ombilical, au fœtus. Celui-ci mettant nettement plus de temps qu'un adulte à métaboliser l'alcool, il est donc plus longtemps exposé à ses effets néfastes et est encore alcoolisé lorsque sa mère est à nouveau à jeun. L'intensité des effets de la consommation d'alcool sur la santé de l'enfant varie en fonction des quantités d'alcool ingérées, de la fréquence des consommations, et du stade d'évolution de l'embryon ou du fœtus. Cette consommation peut affecter le développement des cellules et de divers organes, notamment du système nerveux central. Les conséquences qui peuvent en résulter sont des troubles du comportement, une intelligence déficiente et des retards de croissance, voire des malformations*

**Seul un tiers des futures mères est sensibilisé quant à sa consommation d'alcool**  
*Consommer de l'alcool durant la grossesse présentant un risque pour l'enfant à naître, les futures mères doivent bénéficier d'une information systématique à ce sujet. En effet, des connaissances et un comportement adéquats peuvent éviter de graves lésions à leurs enfants. Aujourd'hui pourtant, nombre de femmes et de leurs conjoints ne connaissent pas ou mal les effets d'une consommation d'alcool durant la grossesse. Si la grande majorité des femmes enceintes sont rendues attentives aux risques du tabagisme lors de consultations médicales, deux tiers des futures mères passent toute leur grossesse sans qu'aucun professionnel ne s'inquiète de leur consommation d'alcool; c'est ce que révèle une étude récente de l'Université de Berne. Or, gynécologues, médecins de famille et sages-femmes ont un rôle important à jouer en terme de prévention. Selon Ursula Steiner, vice-présidente de la Fédération des médecins suisses (FMH), "ils devraient systématiquement, quoique avec tact, questionner leurs patientes enceintes sur leur consommation d'alcool et les informer des risques que celle-ci comporte".*

*Afin de mieux sensibiliser les professionnels à cette problématique, l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) a élaboré, en collaboration avec la Fédération des médecins suisses (FMH), une brochure d'information sur les effets et les risques de la consommation d'alcool durant la grossesse. Une seconde brochure, éditée avec la FMH et la Société suisse des pharmaciens (SSPh), donne des conseils pratiques aux femmes enceintes, à leurs partenaires et à toute personne intéressée. Cette brochure aborde les principales questions et réponses relatives à la consommation d'alcool durant la grossesse et la période d'allaitement.*

**Un enfant sur 100 présente à la naissance des lésions dues à l'alcool** (cfr paragraphe concernant la prévalence du SAF – p 11).

### **Responsabilité de l'entourage social**

*Les dommages subis par l'enfant à naître du fait de l'alcool consommé par la femme enceinte ne dépendent pas uniquement de la quantité et de la fréquence des consommations, mais aussi de caractéristiques individuelles propres à la future mère et à l'enfant (prédisposition génétique, alimentation, conditions de vie). Les connaissances scientifiques actuelles ne permettent cependant pas de fixer une limite précise en deçà de laquelle consommer de l'alcool durant la grossesse serait sans danger. En effet, une seule consommation excessive peut déjà porter atteinte au futur bébé. Aussi l'ISPA recommande-t-il ce qui suit aux femmes enceintes: Ne buvez pas d'alcool.*

*Si vous décidez néanmoins d'en boire, n'en buvez pas plus d'un verre par jour, et pas tous les jours.*

*Évitez à tout prix les abus (même occasionnellement).*

*"Nous ne voulons pas faire peur aux femmes mais les informer et les aider à réduire autant que possible les risques encourus par leurs enfants", souligne Cornelia Waser, chargée de prévention à l'ISPA; selon elle, les femmes enceintes ne sont pas seules à devoir assumer cette responsabilité: "Les membres de leur entourage peuvent les y aider en ne leur offrant pas d'alcool et en limitant, en leur présence, leur propre consommation d'alcool." Enfin, en période d'allaitement aussi le principe "Pas d'alcool" devrait prévaloir. Si une mère décide néanmoins d'en consommer, elle devrait auparavant tirer du "lait sans alcool" pour le donner ensuite à son enfant dans un biberon, le nourrisson n'ayant pas encore la capacité de l'adulte à métaboliser l'alcool.*

### **Campagne nationale d'information**

*Dès aujourd'hui, les deux [brochures](#) d'information seront diffusées dans toute la Suisse dans le cadre de cette campagne. Sont visés l'ensemble de la population et tous les professionnels en contact avec des futures mères: corps médical, pharmaciens et sages-femmes, médecins cantonaux, centres de planning familial, consultations de grossesse, centres de consultation pour alcooliques et toxicomanes, délégués cantonaux en matière de toxicomanie, caisses-maladie et divisions d'obstétrique des grands hôpitaux.*

Ces deux brochures se trouvent à titre d'information en [annexe 2](#) du présent dossier.

Elles sont également téléchargeables sur le site de l'ISPA in <http://www.sfa-ipsa.ch>

◆ Les experts du **Health Council of the Netherlands** (2005) témoignent de la difficulté de faire de l'éducation pour la santé par rapport à la problématique de consommation d'alcool des femmes enceintes.

En effet, pour certaines femmes, des recommandations (trop) strictes de non consommation d'alcool vont engendrer stress, sentiments de honte ou d'échec avec comme effet une

surconsommation de celle-ci. Un message plus nuancé sera sans doute plus efficace pour ces femmes. Faire passer des messages de prévention des risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse auprès des « grandes buveuses » n'aura sans doute guère d'effets, ces dernières ont plutôt besoin d'être guidée et aidée à réduire leur consommation en les soutenant au cas par cas (s'interroger sur leur consommation et adapter toute intervention d'éducation pour la santé en fonction de ce qui est réellement consommé). Malgré cela, elles n'arrivent pas à stopper complètement toute consommation d'alcool pendant cette période.

Les femmes sont également informées des dangers et risques d'une consommation d'alcool par d'autres voies comme par exemple les mass media, les brochures, internet. Les messages d'informations sur les bouteille d'alcool (aux Etats-Unis) non toutefois pas donné les effets escomptés.

Pour être efficaces, les messages de prévention doivent être clairs, simples, non anxiogènes, ils doivent permettent de comprendre quel comportement est correct et quel comportement ne l'est pas et enfin indiquer comment changer/adapter ces comportements.

Enfin, les messages de prévention ne doivent pas uniquement s'adresser aux femmes enceintes ou souhaitant le devenir mais également à leur partenaire et aux autres femmes en général.

Les messages devront être « consistants ». Pour l'instant, on ne peut que regretter le manque de consensus de la part des éducateurs pour la santé et des professionnels de santé sur la consommation d'alcool pendant la grossesse et l'allaitement.

Les recommandations actuelles formulées à ce propos varient de la consommation la plus faible possible à la recommandation de ne strictement rien consommer comme produit alcoolisé pendant la grossesse.

A l'avenir, il est crucial de s'assurer que ce soient les mêmes messages (au niveau du contenu) qui soient diffusés.

◆ Pour appréhender cette problématique de santé, **April et al** (2004) insistent sur la nécessité de bien définir le contexte social dans lequel une action de prévention sera menée. En effet, selon ces auteurs, les déterminants principaux qui conduisent à la prise de boissons alcoolisés sont, outre les facteurs personnels, la facilité d'achat, les normes sociales, le prix d'achat de l'alcool, l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux spécialisés dans la prise en charge de ce problème.

L'étude de ces différents éléments (déterminants) va permettre d'une part, d'appréhender cette problématique comme « *une responsabilité sociale et éviter de faire porter sur les femmes seules le poids des problèmes* ». D'autre part, « *cette compréhension permet d'identifier des stratégies de prévention* » adéquates en terme d'impact sur toute la population et donc sur les femmes.

En 2002, au Québec, le SAFERA (organisme privé fondé par un couple de parents adoptifs d'un enfant atteint de SAF et par une institutrice) a réalisé un projet de création d'une « boîte à outils » (dépliants, site web, bulletin, vidéo, conférence) sur le SAF, (**April et al**, (2004)).

Ce projet a abouti également à la réalisation de 2 documents de formation :

- le 1<sup>er</sup> intitulé « Comprendre le Syndrome d'alcoolisme fœtal » est destiné aux soignants et à des groupes de soutien aux parents. Cet outil est largement diffusé dans tout le Québec.
- le 2<sup>ème</sup> nommé « Faciliter le changement – Prévention et action pour une grossesse sans alcool » est destiné à des médecins qui désirent être formateurs d'autres médecins. Ce guide est disponible sur demande et les thèmes principaux qui y sont abordés traitent : l'intervention, le counseling et les approches médicales. Dans ses références bibliographiques, ce guide fait le lien avec des structures d'aides qui existent au Québec comme par exemple une « ligne d'aide téléphonique Motherisk » qui délivre des

informations à propos du SAF destinées tant au tout public qu'aux professionnels de santé et des services sociaux.

Ce même organisme entretient des contacts avec des chercheurs internationaux et publie un bulletin (site web <http://www.safera.qc.ca/menu.html>) et estime entre autre, que les soignants manquent de connaissances à ce sujet. C'est pourquoi, il souhaite développer davantage de formations pour les soignants ainsi que plus d'informations pour le grand public et le public cible.

En 2001, l'Autorité régionale CRIE réalise également des formations de 3 jours destinées aux soignants, aux élus, aux intervenants sociaux de la petite enfance, aux parents,...et ce pour les communautés (au nombre de 54) des Premières Nations et Inuits du Québec. Une demi-journée de ce programme de formation est destinée à la « réalisation d'un plan d'action communautaire adapté à la communauté visée et la formatrice propose également des rencontres individuelles en soirée. » Malheureusement, en fin de ce programme, il n'y a aucun suivi prévu en vue de consolider ce programme dans le temps.

Sur base des études de Babor (2003) et de Edwards (1994), cités par **April et al** (2004), des mesures de prévention efficaces ont pu être identifiées. Ces mesures sont :

- une hausse des taxes et donc des prix des boissons alcoolisées mais l'efficacité de cette mesure a des limites suite au risque de développement d'un marché noir,
- des mesures pour contrôler l'accessibilité légale et physique à l'achat d'alcool (ex : jours et heures de vente limités, diminution du nombre de point de vente, âge minimal pour l'achat, fixer un nombre maximal d'achat de boissons alcoolisées/par personne, ...
- etc ..

Toutefois, pour que ces mesures soient porteuses, elles doivent être mises en place avec l'accord de la population.

Selon les résultats des évaluations menés par Babor (2003) et Edwards (1994), les programmes d'information en milieu scolaire et dans les lycées ont peu d'effet sur les changements de comportement et habitudes de consommation. Ces mêmes auteurs signalent également que des mesures dissuasives telles que des amendes pour conduite de véhicule en état d'ébriété, l'étiquetage de messages de prévention sur les boissons sont également peu porteurs de changements

◆ **Dzakpasu et al** (2002) rappellent qu'au Canada, il existe un « Système canadien de surveillance périnatale (SCSP) » qui a pour mission de collecter des données de santé périnatale, de les analyser et de les interpréter et enfin d'apporter une réponse de la part du SCSP via la production et la diffusion de fiches d'information pour les soignants et tout public intéressé.

## 8° Recommandations des experts

◆ Selon **April et al** (2004), aux USA, en 1981, le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism diffuse comme recommandation à toutes les femmes enceintes ou prévoyant de le devenir, celle de ne pas consommer d'alcool durant la grossesse. Cet avertissement concerne également les produits alimentaires et les médicaments qui pourraient contenir de l'alcool. En 1989, une loi est votée concernant l'étiquetage obligatoire sur toute boisson alcoolisée en vue de sensibiliser l'ensemble de la population et le public cible concerné.

En ce qui concerne les recommandations officielles de consommation d'alcool dans différents pays (France, Autriche, Irlande, Suède, Allemagne), le message unanimement retenu est celui de l'abstinence.

Pour la Grande-Bretagne et le Danemark, ces pays suggèrent une « extrême modération ».

La Grande-Bretagne délivre 2 messages un peu différents :

- L'un du « Royal College of Obstetricians and Gynaecologists » « qui s'appuie sur une méthodologie d'evidence-based medicine » qui préconise de « se limiter à la consommation maximum d'un verre standard/jour »
- L'autre du « Department of Health » qui suggère un « maximum d'une à 2 unités d'alcool et au plus 2 occasions par semaine »

Pour le Danemark, ce pays préconise en cas de consommation que cette dernière ne dépasse pas 1 verre /jour et pas de manière quotidienne.

Le Canada privilégie le message d'abstinence puisque l'on ne connaît pas les risques de santé liés à la consommation d'alcool pour le fœtus.

◆ Le groupe d'experts du **Health Council of the Netherlands** (2005) a effectué une revue de littérature des mesures de prévention et des stratégies développées en termes de prévention de la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Suite à la revue de littérature déjà réalisée par Jepson, la commission d'experts a recensé trois études randomisées et contrôlées (Jepson (2000) ; Belizan et al (1995) et Calabro et al (1996)). Les experts insistent sur le fait que ces études évaluent la situation de consommation avant/après les campagnes d'information, ce qui est moins pertinent que dans le cas d'études/actions randomisées et contrôlées. En effet, il est difficile de savoir si le changement observé aurait vraiment eu lieu sans la campagne d'information.

Enfin, les membres de la Commission regrettent que la plupart des études disponibles soient réalisées aux Etats Unis où la culture est différente et où donc les résultats observés ne sont pas toujours interprétables sur le plan européen et tout particulièrement hollandais.

Les membres de la Commission distinguent trois types messages de prévention : ceux s'adressant plus particulièrement à la population en général (prévention primaire), ceux visant un public cible (prévention sélective) et enfin ceux destinés aux femmes enceintes présentant un risque de consommation d'alcool.

En ce qui concerne les messages préventifs destinés à la population en général, les membres de la Commission soulignent la difficulté d'évaluer l'impact des campagnes médiatiques à grande échelle du fait notamment de l'absence de groupe contrôle. Ils citent toutefois l'étude de Waterson et Murray-Lyon (1990) qui évoquent eux-même un travail de Kuzma et Kissinger (1981). Ces derniers auteurs ont mené leur étude auprès de 12.000 femmes en Californie sur une période de 4 ans et ont rapporté une augmentation dans le pourcentage de femmes qui pendant leur grossesse ne consommait pas d'alcool passant de 14,9 % en 1974 à 18,7 % en 1978. Il en va de même pour le pourcentage de femmes ne buvant pas du tout passant de 26,1 % à 33,7 %. Selon Waterson et Murray-Lyon (1990), de nombreuses publicités étaient réalisées concernant la consommation d'alcool sur le fœtus pendant cette période. Les messages de prévention ont peu d'effet sur les comportements des femmes (buveuses) présentant un haut risque d'avoir un enfant mal formé suite à la consommation d'alcool.

L'efficacité est liée au type de campagne. En effet, les campagnes publiques avec un discours non moralisateur semblerait avoir plus d'impact sur les comportements d'alcoolisation de femmes enceintes. Les messages de peur et les messages qui ne suggèrent que peu d'informations sur le comment changer/adopter son comportement semblent ne pas avoir beaucoup d'impact non plus.

Enfin, les auteurs concluent que les messages de prévention doivent être surtout facilement lisibles (et donc interprétables).

Ils évoquent également la décision des Etats Unis qui, depuis 1989, exigent que sur toutes les bouteilles contenant des boissons alcoolisées, un avertissement fasse mention de effets toxiques de la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Toutefois, cette démarche ne semble pas avoir été porteuse.

Pour les messages destinés à un public cible, en lieu et place de campagne médiatique à grande échelle, des messages de prévention peuvent être adressés à un public plus spécifique (femmes ayant un projet de grossesse, femmes enceintes ou non ayant une consommation d'alcool, femmes qui lors d'une grossesse précédente ont eu un problème d'alcool ou femmes ciblées FAS à risque).

Les auteurs insistent fort sur la nécessité de cibler les femmes ayant « un projet de grossesse » et/ou qui ne savent pas encore enceintes (les premières semaines de grossesse étant fort importantes).

Sur base des données scientifiques disponibles, les membres de la commission néerlandaise (**Health Council of the Netherlands**) recommandent aux femmes souhaitant être enceintes (ainsi qu'à leur partenaire) de ne pas/plus consommer d'alcool pendant la période de « conception ». Cette recommandation est bien entendu valable pendant toute la durée de la grossesse pour les futures mamans et pour les papas jusqu'au moment où la grossesse a été établie. C'est selon les experts la seule manière d'éviter les effets nocifs liés à la consommation d'alcool.

Ils soulignent également le fait qu'il n'y ait durant la grossesse aucune période où la consommation d'alcool ne soit pas dommageable. En effet, au cours du premier trimestre, l'absorption d'alcool peut interférer avec le développement fœtal mais reste préjudiciable pour le développement cérébral tout au long de la grossesse.

Les auteurs concluent enfin que toute diminution de la consommation d'alcool conduit à une diminution de risque et qu'à ce stade, comme il n'est toujours pas possible d'établir un seuil minimal d'alcoolisation sans risque pour le fœtus, l'absorption de boissons alcoolisées durant la grossesse est vivement déconseillée.

Ils font état des recommandations faites aux Etats Unis, en Australie, en Angleterre, au Danemark et au Canada.

◆ Aux Etats-Unis, bien qu'il existe quelques indications concernant une relation de « dose-effet », il n'est pas encore possible de déterminer avec certitude de valeur seuil pour prétendre qu'une consommation d'alcool est non tératogène.

Tenant compte des incertitudes concernant les effets d'une consommation faible ou modérée d'alcool, le "Surgeon General" (1981) recommande aux femmes enceintes de ne pas consommer d'alcool pendant toute la durée de leur grossesse.

◆ En Australie, le National Health and Medical Research Council a établi (2001) les recommandations suivantes pour les femmes enceintes et celles souhaitant le devenir :

- idéalement, il est préférable de ne pas consommer de boissons alcoolisées,
- le conseil le plus important est celui de ne pas être « saoul » (intoxicated),
- les femmes qui consomment de l'alcool ne doivent pas consommer plus de 7 verres standards par semaine et pas plus de 2 par jour,
- il est important également de tenir compte du fait que le risque le plus accru se situe en tout début de grossesse, juste après la conception alors que celle-ci n'est pas encore établie et donc connue.

◆ En Angleterre, le Département de Santé Britannique (juillet 2004) recommande aux femmes enceintes et à celles qui souhaitent le devenir de ne pas consommer plus de 1, voire 2 verres standards par semaine (8 à 16 g d'éthanol par semaine).

◆ Au Danemark, le Conseil Danois pour la Santé a également émis des recommandations (mars 1999) concernant la consommation d'alcool durant la grossesse. Toutefois, deux orientations se profilent :

-D'une part, comme il n'y a pas d'évidence suffisante des effets néfastes pour le fœtus d'une consommation faible d'alcool durant la grossesse, les femmes enceintes peuvent continuer de consommer de très petites quantités d'alcool pendant leur grossesse.

-D'autre part, comme il n'est pas prouvé que la consommation modérée d'alcool pendant la grossesse ne va pas porter préjudice au développement du fœtus, il est recommandé aux femmes enceintes de ne pas consommer de boissons alcoolisées durant toute cette période.

Dès lors, la Commission recommande aux femmes enceintes d'éviter la consommation de boissons alcoolisées durant cette période. Si toutefois, la femme enceinte consomme de l'alcool, sa consommation ne doit pas excéder un verre par repas et pas tous les jours.

◆ Le Canada propose des mesures de prévention (9) pour lutter contre le FAS et la FAE, celles-ci ont toutefois déjà été développées plus haut dans le paragraphe 7.

◆ Le **HAS** (Haute Autorité de Santé – Service de recommandations professionnelles– France) , en avril 2005 et en collaboration avec l'**ANAES**, a diffusé à l'attention des professionnels de santé un document de recommandations concernant l'information des femmes enceintes.

Ce document a pour objectif de permettre aux professionnels de santé d'informer la future maman et son entourage des modes de vie sains et notamment de sensibiliser et faire prendre conscience d'éventuels comportements à risque comme la consommation de boissons alcoolisées.

*« Il doit être recommandé aux femmes de ne pas consommer de boissons contenant de l'alcool pendant toute la durée de la grossesse. Les effets d'une consommation modérée sont insuffisamment déterminés. Par conséquent, il doit être conseillé aux femmes enceintes (et à celles qui désirent le devenir) d'éviter la prise d'alcool ».*

*« Selon les recommandations de la Société Française d'alcoologie (SFA), une dose minimale d'alcoolisation sans conséquences (sur le fœtus) n'étant pas aujourd'hui définie, le conseil quant à une dose minimale qui serait sans danger n'est pas recommandé ».* Il n'est donc à ce jour pas possible de définir une dose minimale d'alcoolisation.

Une loi récente (août 2004) relative à la politique de santé publique française propose les mesures suivantes :

- Informer dans les lycées et les collèges des conséquences de la consommation d'alcool chez les femmes enceintes et surtout des effets sur le développement fœtal.
- Réaliser des campagnes d'information et de prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale en sensibilisant particulièrement les futures mamans à ne pas consommer de boissons alcoolisées.
- Réaliser des formations à l'attention de tous les professionnels du secteur médico-social et sanitaire (effets de l'alcool sur le fœtus, prévention via l'information, identification des personnes à risques, diagnostic, réorientation vers les services spécialisés, etc.).

Les professionnels de santé se doivent donc de fournir aux femmes enceintes et à celles qui souhaiteraient le devenir des informations sur les effets néfastes de la consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse.

## 9° Pistes et recommandations d'auteurs

◆ Pour **Loop Kq et al** (2002), il s'agit de bien définir chaque terme en ne laissant pas de possibilités d'interprétation personnelle.

Les auteurs notent aussi l'importance de transmettre ces recommandations aux futurs cliniciens (étudiants en médecine et praticiens) qui prendront en charge les patientes lors de la grossesse.

◆ Pour **April et al** (2004), il s'agit de sensibiliser toute la population, les familles d'accueil et/ou adoptives « aux troubles liés à l'exposition prénatale à l'alcool ».

Les messages de prévention doivent véhiculer un seul message (pas de contradiction entre les messages), être clairs (ne pas dire par ex: « une consommation modérée » car que signifie une consommation modérée ?). Il serait plus intéressant de connaître un taux d'alcool, établi scientifiquement, à faible risque pour le fœtus (mais ce taux ne semble pas encore connu actuellement), et ainsi permettre aux femmes en âge de procréer de pouvoir faire un choix éclairé en ce qui concerne leur consommation d'alcool.

Les messages de prévention ne doivent pas être dramatisants, culpabilisants pour les femmes qui ont consommé des boissons alcoolisées en début de grossesse.

Il ne faut pas perdre de vue et accepter, que malgré des messages de prévention clairs, sans équivoque, ces derniers ne puissent pas être porteurs de changements de comportement de consommation auprès des femmes les plus à risque. Pour ces femmes, des services de santé spécialisés devraient encore davantage les encourager à diminuer la boisson. C'est pourquoi, des messages spécifiques de prévention et d'information doivent être créés mais il est aussi important de mieux les informer de l'existence de soignants et de structures de soins qui peuvent les aider. C'est pourquoi, il est nécessaire :

- De faire connaître et soutenir les organismes qui diffusent des informations sur cette problématique de santé dans le public mais aussi qui s'occupent des « buveuses ».
- Au niveau des soignants :
  - De mettre à disposition des professionnels de la santé, des services sociaux s'occupant de la petite enfance, des « outils d'aide clinique » permettant de détecter un éventuel problème de boisson chez la femme,
  - D'offrir des formations dans le domaine pour les professionnels de santé afin d'une part, de leur permettre de mieux identifier les femmes à risque et d'autre part, de proposer et de travailler avec eux des stratégies d'interventions brèves,
  - De mettre à leur disposition des guides de pratiques ainsi que des listes de traitements et de personnes ressources en alcoologie.
- D'améliorer les connaissances et susciter la recherche :
  - Faire des études sur la perception des femmes en ce qui concerne les messages de prévention/information concernant l'abstinence d'alcool pendant la grossesse,
  - Mieux connaître le profil de consommation des femmes enceintes,
  - Faire des études pour mieux connaître la fréquence du SAF et autres troubles liés à l'alcoolisation fœtale,
  - Sur la prise en charge et les besoins des enfants/familles atteints de SAF.
- Pour la coordination des actions :
  - Mettre en place une coordination unique des services et programmes tant pour les actions SAF que EAF

◆ Au niveau des actions de prévention, les auteurs canadiens de la **déclaration conjointe 1997**, (réapprouvée en 2004) proposent comme stratégie pour :

- La prévention primaire :
  - Informer la population et surtout les jeunes des dangers de l'alcool pendant la grossesse ainsi que les femmes en âge de procréer et qui ne présentent pas de consommation à risque,
  - De tenir compte des déterminants de la santé.
- La prévention secondaire :
  - Prendre des mesures pour reconnaître les sujets à risque,
  - Les stratégies devraient comprendre des programmes de dépistages et d'intervention précoce auprès des femmes enceintes et celles qui sont en âge de procréer afin de limiter le risque de naissances d'enfants SAF ou EAF ; et ce auprès des femmes qui présentent ou non une consommation à risque.
- La prévention tertiaire :
  - Les stratégies qui devraient comprendre le diagnostic et la mise en place de programmes spécifiques pour les enfants atteints et pour les personnes qui s'occupent de ces enfants,
  - Réaliser des interventions auprès des femmes enceintes et de leur partenaire qui ont déjà un enfant atteint et qui envisage une nouvelle conception,
  - Intervenir auprès des femmes « à risque » aussi pour éviter la consommation pendant la grossesse.

Les professionnels de la santé ont un rôle important à jouer dans la réduction du risque de SAF et de EAF d'autant plus que les femmes enceintes sont généralement réceptives aux idées de prévention de problèmes pour leur enfant et donc aussi par rapport à la consommation d'alcool. La détection de l'alcoolisme chez les femmes enceintes et les conseils judicieux sont les « *pierres angulaires du traitement* ».

Les recommandations émises sont :

- Avoir des messages de prévention destinés :
  - Aux femmes avant et pendant la période de procréation
  - Aux personnes qui ont une influence sur les femmes (conjoint, famille, entourage,..) et donc ces messages doivent tenir compte du contexte familial mais aussi culturel
  - Les messages préventifs doivent reposer sur une démarche intégrée sur le plan social, économique et affectif
- Informer tous les professionnels de santé du risque de SAF et EAF liés à la consommation d'alcool en vue de faciliter le dépistage précoce des comportements à risque et de mettre en place des interventions précoces.
- Étendre et évaluer des programmes de formation continue des soignants en vue d'améliorer leurs compétences de counseling. D'autre part, les soignants devraient connaître et se familiariser avec les services/organismes disponibles dans leur secteur et ainsi assurer un suivi d'aide pour les « buveuses/buveurs » à risque.
- Les soignants doivent informer et transmettre aux femmes et partenaires un message uniforme qui est « *il est plus prudent de ne pas boire pendant la grossesse* ».
- Les soignants ont un rôle essentiel à jouer en dépistant les femmes dont la consommation d'alcool pourrait être un risque pour elle et pour le fœtus et en les orientant vers des structures adéquates.
- Il faudrait que les services d'alcoologie et de toxicomanie tiennent compte des besoins des femmes enceintes dans la planification de leurs programmes (ex : service de

transport et garderie); ces structures devraient accorder la priorité aux femmes enceintes et qui s'adressent à eux.

- Les soignants devraient informer les femmes ayant consommé de faibles quantités d'alcool pendant leur grossesse des risques encourus pour leur bébé. Ils devraient informer les femmes que ce risque dépend :
  - o De la quantité ingérée,
  - o De la morphologie,
  - o De la santé nutritionnelle et autres facteurs liés au mode de vie (tabac, ..),
  - o Informer les femmes qui boivent que l'arrêt de l'alcool à n'importe quel stade de la grossesse sera bénéfique pour le bébé et pour elle-même.
- Tous les professionnels de la santé (médecins, pédiatres, sage femme, ....) doivent travailler ensemble et être mieux sensibilisés à cette problématique afin de :
  - o Pouvoir mieux déterminer les causes possibles de malformations congénitales et autres troubles du développement,
  - o Mieux reconnaître et prévenir les risques possibles lors des futures grossesses.
- Les chercheurs et soignants doivent travailler ensemble pour trouver et évaluer plus efficacement les moyens de prévention primaire, secondaire et tertiaire

◆ **Leutwyler et al** (2005) (Suisse) signalent que la recommandation internationale de la communauté médicale à propos de la consommation d'alcool pendant la grossesse est l'abstinence complète pendant toute la grossesse même si aucune étude menée à ce sujet n'a permis de mettre en évidence une différence significative entre l'abstinence et la consommation d'un verre de vin/jour.

Pour ces auteurs, une étude sur les habitudes de consommation d'alcool chez les femmes enceintes serait à faire en Europe car les seules études réalisées à ce propos concernent l'Amérique du Nord où les modes de vie sont différents de l'Europe. Ces études européennes permettraient de créer des programmes de prévention adaptés et qui pourraient être intégrés au suivi obstétrical habituel. Enfin, une étude va bientôt démarrer dans les hôpitaux universitaires de Genève afin d'évaluer l'impact d'une brève intervention (entretien) sur la consommation d'alcool lors de la grossesse et ainsi permettre de mettre en place des interventions de prévention pour toutes les femmes suisses enceintes.

Ces recommandations rejoignent celles déjà émises par le « Health Council of the Netherlands ».

◆ Les membres d' **Environics Research Group Limited** (1999) soulignent l'importance de fournir des efforts d'une part, pour réaliser des brochures, des dépliants, etc qui seraient à distribuer aux soignants et aux institutions de soins et d'autre part, pour créer du matériel et mettre en place des stratégies afin d'augmenter la connaissance de cette problématique au sein de la population en général. Les gouvernements, les fabricants d'alcool, etc devraient également s'associer à la diffusion de ces informations. Il serait important de créer des messages, des stratégies de suivi et d'aide spécifiques pour les femmes qui boivent. Il ne faut pas oublier l'importance de réaliser des messages adaptés aux groupes socioéconomiques et au niveau de scolarité des femmes.

◆ Pour **Ebrahim et al** (1998),

- La grossesse et le suivi régulier avec des professionnels de santé sont une opportunité pour atteindre les femmes qui ont un problème d'alcoolisme et offrir des interventions préventives et curatives.

- En général, les femmes qui boivent pendant leur grossesse, buvaient avant et boiront après et lors des futures grossesses. (problème pendant l'allaitement...).
- Il faut éduquer les femmes sur les risques de la consommation d'alcool. Les interventions par les praticiens de soins de santé primaires ont été montrées comme efficaces dans la réduction des problèmes de « boissons ».
- Des efforts à long terme sont à fournir pour augmenter la participation aux programmes de traitement pour l'alcoolisme.
- Il faut proposer une contraception aux femmes consommatrices d'alcool.
- Il faut favoriser l'accessibilité des interventions aux femmes en âge de procréer et ayant une consommation fréquente d'alcool.

◆ Selon **Leonardson G et al** (2003),

*« L'identification des facteurs de risque est importante pour cibler les femmes à haut risque et mettre en place des programmes d'intervention appropriés. L'utilisation d'un instrument tel que le PNQ est essentiel. Il devrait être administré aussitôt que possible durant la grossesse pour maximiser le temps à partir duquel les conseils et autres interventions peuvent être implantés »*

Un certain nombre d'études ont montré le succès d'interventions brèves auprès des femmes enceintes.

◆ Au moment de la première consultation prénatale, il faut selon **Burd et al** (2003) évaluer de manière précise le comportement de consommation d'alcool de la mère AVANT la grossesse, afin d'établir un « profil de risque », l'idée étant que les comportements antérieurs à la grossesse (chez les personnes à risque) ont des chances de se poursuivre pendant la grossesse. Rechercher toujours de manière précise des informations sur les quantités absorbées. En effet, les mesures « standard » pour les professionnels telles que 1 verre de vin = 1 verre de bière = 1 mesure d'alcool fort converties en g d'alcool pur ne correspondent pas aux consommations réelles des gens. Plutôt que de demander « combien de verres ? », il faudrait demander « quelles quantités et combien de fois ? ». A partir de ce recueil d'informations, on pourrait calculer une quantité cumulée pour faire prendre conscience à la mère de la quantité réelle d'alcool à laquelle elle expose son bébé pendant la grossesse. Par exemple : 280 jours de grossesse (40 semaines x 7) x 4 verres (si la consommation d'alcool habituelle est de 4 verres par jour) = 1120 verres d'alcool pour la mère mais aussi pour le fœtus sur la durée totale de la grossesse. Selon les auteurs, l'estimation de la quantité cumulée permet aux femmes de mieux prendre conscience du risque auquel elles exposent leur bébé.

◆ Pour **Kaskutas et al** (2001) également, il faut se faire une idée des comportements antérieurs à la grossesse (pendant l'année qui précède) et en plus, se faire une idée précise des quantités réelles ingérées. Par exemple, en invitant les femmes à déterminer elles-mêmes les quantités habituellement ingérées; la taille habituelle d'un verre d'alcool fort était supérieure de 307% à la taille standard (habituellement dans les têtes des professionnels). En se basant sur les quantités réelles estimées par les femmes elles-mêmes, on estime plus précisément le risque de FAS qu'en se tenant à des quantités standard pour le calcul du risque. Les quantités standard sont calculées de manière à contenir 12 g d'éthanol pur. Dans cette recherche, les quantités standard estimées par les femmes contenaient en réalité 31g d'éthanol pour un verre de « malt liquor », 35 g pour un verre de « fortified wine », 88 g pour un verre d'alcool fort (spirit).

◆ Comme les comportements antérieurs ont des chances de perdurer après la grossesse (**Nayak et al** (1999), il est pertinent d'informer du risque de SAF toute femme en âge de procréer, qu'une grossesse soit programmée ou non. L'estimation de la quantité moyenne consommée à

elle seule ne suffit pas à renseigner sur le risque. Il faut prendre en considération aussi les comportements: prise d'alcool quotidienne, occasions de consommation élevée. Les estimations de quantités moyennes seules peuvent conduire à une confusion entre les femmes à petit risque (qui consomment tous les jours un ou deux verres) et les femmes à risque élevé (qui consomment occasionnellement mais au moins 5 verres en une fois). Il convient d'estimer la consommation dans l'année qui précède le début de la grossesse, afin de mieux dépister les femmes à risque. En estimant la consommation sur un mois seulement, on risque de passer à côté de risques qui pourraient survenir au cours des 9 mois de grossesse. Dans cette étude, qui a évalué les comportements sur toute une année, 1/3 des femmes en âge de procréer dépassaient les normes recommandées par le CDC (Attention, il est important de distinguer les femmes en âge de procréer des femmes enceintes !!... l'idée étant que la sensibilisation des femmes doit se faire en amont !)

En ce qui concerne les messages de prévention, les auteurs soulignent que le seul message généralement émis est celui de l'abstention complète et les auteurs regrettent qu'il n'y ait pas de communication sur les possibilités de réduire les risques liés à une consommation d'alcool, par exemple en diminuant la consommation et en consommant de l'alcool uniquement accompagné d'un repas. Ces comportements n'éliminent pas le risque mais le réduisent. Les professionnels doivent interroger les femmes non seulement sur les quantités consommées mais aussi sur le « quand » et le « comment » elles boivent, ceci afin de mieux adapter les messages de prévention.

◆ **Edwards** (2001) met en évidence qu'une information de la population sur les méfaits de l'alcool est nécessaire mais qu'il est avant tout indispensable de susciter, de consolider et de maintenir dans le temps le soutien de la population vis à vis de toute information sanitaire. En effet, par rapport à toute consommation d'alcool, « *les gens ont besoin de mieux comprendre que l'alcool peut nuire à leur santé et à leur bonheur de manière directe mais aussi que la consommation d'autres personnes peut également avoir des conséquences négatives sur eux.* » C'est pourquoi, une politique en matière d'alcool voulant tirer parti pleinement du soutien de la population, doit faire prendre conscience et faire comprendre à toute la population qu'une consommation d'alcool est :

- Un acte individuel qui engage une responsabilité individuelle
- Un comportement modelé par la société
- Et donc, qu'en partie toute la société peut être considérée comme responsable.

Dès lors, pour cet auteur, il est contre-productif de créer et mettre en place des politiques de santé basées exclusivement sur des personnes sans tenir compte des aspects de santé publique, de décisions politiques prises par un état pour lutter contre la consommation d'alcool (par exemple: les mesures qu'un état peut prendre pour limiter l'accès à l'alcool). Bref, une politique vis-à-vis de l'alcool ne doit pas se limiter à l'alcoolisme et aux graves conséquences sur la santé, à la dépendance à l'alcool mais doit aussi inclure les problèmes que pose l'alcool au sein de familles, dans la société, etc.

Dans une telle dynamique, « *La stratégie générale d'une politique en matière d'alcool doit créer un environnement qui aide les gens à faire des choix sains et rend les choix malsains plus difficiles ou plus onéreux.* ». Pour cela, les interventions éducatives doivent :

- Etre courtes dans le temps,
- Développer des messages, des conseils clairs pour permettre à la personne de réduire sa consommation. A ce propos, l'auteur pointe le danger de parler « *d'une limite sûre* » de consommation d'alcool car cela pourrait encourager les « faibles » consommateurs à boire davantage jusqu'à la limite indiquée comme « sûre »,
- Créer et utiliser des outils/supports d'informations (brochure,, livrets, ..),
- Fournir des informations sur ce qu'est une consommation dangereuse et nocive,

- Tirer parti des ressources locales (ex. : liste de professionnels de la santé, liste d'organismes d'aide, etc).

◆ **Loop** et al (2002) ont réalisé une revue de littérature concernant des articles issus de revue d'obstétrique afin d'identifier les « tendances » en ce qui concerne les recommandations de consommation d'alcool pendant la grossesse. Ils ont ensuite effectué un classement des articles ou textes selon les critères suivants :

- Cohérence de l'abstinence : si recommandations claires pour abstinence totale d'alcool pendant la grossesse et absence de contradiction ailleurs dans le texte
- Cohérence de la consommation d'alcool : la consommation d'alcool est permise pendant la grossesse sans contradiction ultérieure dans le texte
- Incohérence : consommation d'alcool permise et recommandation d'abstinence
- Seulement discussion : résultats de littérature présentés mais sans recommandation
- Silence : aucune mention sur la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Cette revue de littérature a permis de montrer que :

- 14/81 textes (17%) contiennent des recommandations cohérentes sur la consommation d'alcool pendant la grossesse, plus de la moitié autorise la consommation d'alcool.
- 34% des textes lancent une discussion sans recommandation.
- 6% n'en parlent pas.
- Depuis le rapport du « General Surgeon » en 1981, le nombre de textes autorisant la consommation d'alcool diminue ( 67% avant contre 50% après cette date)  
Cependant le nombre est faible : sur les 29 textes publiés entre 1991 et 2000, seulement 7 (21%) recommandent l'abstinence.
- 39 textes sur 81 donnent des recommandations incohérentes. Souvent un chapitre ou une partie recommande l'abstinence alors qu'à un autre endroit, un certain niveau de boisson est permis. Dans 2 textes, ces différentes positions se retrouvent dans la même phrase.
- 38 des 43 textes qui permettent la consommation d'alcool, précisent des niveaux qualitatif ou quantitatif : minimale , modérée ou occasionnelle sans définition exacte de ces termes dans 22 textes. Le risque est de laisser à des interprétations différentes de ces termes selon les normes sociales de chacun.
- Malgré le rapport du « General Surgeon », les recommandations du collège américain d'obstétrique et de gynécologie, l'association américaine de pédiatrie et les autorités publiques, peu de textes d'obstétrique recommandent de façon claire et univoque l'abstinence d'alcool pendant la grossesse, même si les articles récents (24% après 1990) recommandent plus fréquemment.
- Il n'existe pas d'étude montrant un niveau sain de consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse. Pourtant, les articles ont tendance à dire qu'il n'existe pas de « niveau sain » , permettant ainsi l'interprétation d'un faible niveau de boissons comme « sain ».

Rappelons qu'aux USA, l'abstinence durant la grossesse est un important objectif de santé publique du « Healthy people 2010 ».

## 10° Conclusions

Tous les auteurs consultés dans cette revue de littérature témoignent de l'importance du syndrome d'alcoolisation foetale (SAF) et le reconnaissent comme étant un problème important de santé publique. En Belgique, on « estime » la prévalence à 2 cas pour mille naissances.

En effet, contrairement à beaucoup d'autres malformations de naissance, il est possible de prévenir le SAF à 100%, par des changements dans les comportements maternels. Ce qui n'est pas toujours simple cependant, étant donné les fortes interactions entre les facteurs sociaux, physiques et environnementaux qui interviennent dans la consommation d'alcool.

De plus, il n'est pas toujours facile d'y voir clair. A ce jour, il existe toujours un manque de consensus des experts quant aux recommandations proposées et donc aux messages de prévention diffusés. La question très controversée concerne le « seuil minimal d'alcoolisation ».

Comme il n'y a pas d'« evidence based » des effets nocifs d'une consommation modérée d'alcool pendant la grossesse, on suggère aux femmes enceintes une consommation modérée ou, à l'inverse, comme aucune information précise n'existe quant aux effets délétères d'une consommation modérée d'alcool pendant la grossesse, on recommande une tolérance zéro au risque parfois de générer stress, culpabilité et angoisse auprès des futures mamans. Rappelons qu'une seule consommation très importante en début de grossesse fait courir des risques au fœtus et c'est pourquoi, la plupart des auteurs recommandent une abstinence complète d'alcool pendant toute la grossesse.

Des difficultés surgissent également lorsqu'il s'agit d'évoquer la notion de consommation modérée, qui aux yeux des professionnels de santé n'est pas toujours la même que celle véhiculée par le grand public, voire par la femme enceinte. Il serait plus judicieux d'apprendre à évaluer cette consommation plutôt en terme de quantité réellement absorbée (g d'éthanol pur).

Il est également dommage que la plupart des études disponibles actuellement soient des études réalisées surtout aux Etats Unis et dont les résultats ne sont pas toujours transférables à la problématique européenne. De plus, peu d'évaluations concernant les campagnes de prévention menées récemment sont disponibles pour l'instant.

Les messages de prévention doivent être clairs, précis, ne générer aucun sentiment de peur, de culpabilité. Ils doivent tenir compte de la diversité des publics cibles : les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes ou souhaitant le devenir, l'entourage de la femme, les groupes de femmes à risque, le grand public mais aussi les professionnels de santé comme les médecins, gynécologues, sages femmes.

Les messages devraient faire partie intégrante des consultations de suivi de la grossesse. Rappelons qu'une courte intervention d'une dizaine de minutes peut influencer favorablement la réduction d'une consommation d'alcool chez la future maman.

Il faut également veiller à proposer des formations pour les soignants qui encadrent la future maman en les sensibilisant et en les formant à la prise en charge de cette problématique. Il est aussi nécessaire voire indispensable que ceux-ci apprennent à travailler en s'appuyant sur les réseaux locaux existants de soignants experts en alcoologie et autres services psycho-sociaux.

Il existe à ce jour trop peu de programmes de prévention structurés, cohérents, impliquant non seulement les soignants et les femmes mais aussi les pouvoirs publiques, les comités de quartiers, les mouvements associatifs.

Outre TOUS les programmes de prévention visant les femmes enceintes, les professionnels de la santé ne devront pas oublier de concevoir et créer des programmes de sensibilisation destinés

prioritairement aux femmes et à leurs partenaires qui souhaitent vivre une future maternité et ce au vu des éventuels préjudices que peut provoquer une consommation d'alcool dès avant la conception d'un enfant.

La consommation d'alcool pendant la grossesse est l'affaire de toute une société et pas seulement une affaire de femmes !

## 11 ° Bibliographie

*Alcool et grossesse*, 9 pages, in <http://www.prevention.ch/alcooletgrossesse.htm>

April N., Bourret A., Morin R., Hamel D., *Etat de la situation sur le syndrome d'alcoolisation fœtale au Québec*, Institut Nationale de Santé Publique du Québec - Juin 2004, 59 pages.

Burd L, Martsolf J, Klug MG, O'Connor E, Peterson M., (2003), *Prenatal alcohol exposure assessment : multiple embedded measures in a prenatal questionnaire*, Neurotoxicology and Teratology, 25, pp 675-679.

Calabro K., Taylor W.C., Kapadia A., (1996), *Pregnancy, alcohol use and the effectiveness of written health education materials*, Patient Education and Counseling, 29, pp 301-309.

*Combien d'alcool pendant la grossesse ?* Santé Canada – septembre 2000, in <http://www.hc-sc.gc.ca/francais>

Déclaration conjointe (1997), *Prévention du syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) et des effets de l'alcool sur le fœtus (EAF) au Canada*, (1997), Déclaration conjointe avec 17 autres co-signataires, in Pediatrics & Child Health 1997, 2(2), pp 146-149, réapprouvée en mars 2004, in <http://www.cps.ca/francais>

Diekman S., Floyd L., Decouffle P., Schulken, Ebrahim S., (2000), *A survey of obstetrician-gynecologist on their patients' alcohol use during pregnancy*, Obstetrics and Gynecology ; 95, pp 756-763.

*Dossier Alcool et grossesse* in La santé, Portail santé, juin 2004, in [http://www.lasante.be/dossiers/alcool\\_grossesse](http://www.lasante.be/dossiers/alcool_grossesse).

Dotson J., Henderson D., Malgraw M., (2003), *A public health program for preventing fetal alcohol syndrome among women at risk in Montana*, Neurotoxicology and teratology, 25, pp 757-761.

Dzakpasu S., Mery L.S., Trouton K. , (2002), *L'alcool et la grossesse – Système canadien de surveillance périnatale – Section de la santé maternelle et infantile*, in <http://www.phac-aspc.gc.ca>

Ebrahim S., Luman E., Floyd L., Murphy C., Bennett E., Boyle C.,(1998), *Alcohol consumption by pregnant women in the united states during 1988-1995*, Obstetrics et Gynecology, Vol 92, n°2, august, pp187-192.

Ebrahim S., Decouffle P., Palakathodi S., (2000), *Combined tobacco and alcohol use by pregnant and reproductiveaged women in the US*, Obstetrics and gynecology, 96, pp 767-771.

Edwards G., (2001), *Politique en matière d'alcool : assurer un impact positif sur la santé*, L'alcool dans la Région Européenne : consommation, méfaits et politiques, OMS, pp 85-93.

Elizabeth M. Armstrong,(2005), *Drug and alcohol use during pregnancy: we need to protect, not punish, women*, Women's Health Issues, 15, pp 45-47.

*Enceinte pas d'alcool*, in <http://www.canoe.qc.ca>

Environics Research Group Limited, (2000), *La connaissance des effets de la consommation d'alcool pendant la grossesse et du syndrome d'alcoolisme fœtal. Résultats d'un sondage national*, Rapport final préparé pour Santé Canada, et rédigé par Environics Research Group Limited, Janvier, 27 pages.

Epiney M., (2004), *Conférence de presse du 29 octobre 2004*, Hôpitaux Universitaires de Genève, in [http://www.geneve.ch/dass/alcool\\_grossesse-intervention](http://www.geneve.ch/dass/alcool_grossesse-intervention)

HAS (2005) , *Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé*, Haute Autorité de Santé, (HAS), Avril 2005, 134 pages.

Haynes G., Dunnagan T., Christopher S., (2003), *Determinants of alcohol use in pregnant women at risk for alcohol consumption.*, *Neurotoxicology and Teratology*,25, pp 659-666.

Health Council of the Netherlands, *Risks of alcohol consumption related to conception, pregnancy and breastfeeding*, The Hague : Health Council of the Netherlands, 2005, publication n° 2004/22, 150 pages.

Inserm (2001) : *Exposition prénatale à l'alcool : données biologiques*, in Inserm, *Alcool, Effets sur la santé*, Expertise collection, pp 119-142.

Inserm (2001), *Exposition prénatale à l'alcool: données épidémiologiques*, in Inserm, *Alcool, Effets sur la santé*, Expertise collection, pp 143-163.

Kaskutas LA, Graves K., (2001), *Pre-pregnancy drinking : how drink size affects risk assessment*, *Addiction*, 96, pp 1199-1209.

Lelong N., Kaminski M., Chwalow J., Bean K., Subtil D., (1995), *Attitudes and behavior of pregnant women and health professionals towards alcohol and tobacco consumption*, *Patient Education and Counseling*, 25, pp 39-49.

Leonardson G., Loudenburg R., (2003), *Risk factors for alcohol use during pregnancy in a multistate area*, *Neurotoxicology and teratology*, 25, pp 651-658.

Leutwyler J., Daepfen J-B., Gerber S., Hohlfeld P., (2005), *Grossesse et consommation d'alcool*, *Bulletin des médecins suisses*, 86, n° 25, pp 1512-1516.

Loop K., Nettleman M., (2002), *Obstetrical textbooks : recommendations about drinking during pregnancy*, *Am J Prev Med*, 23(2), pp 136-138.

Meschke L., Holl J.A., Messelt S., (2003), *Assessing the risk of fetal alcohol syndrome : understanding substance use among pregnant women*, *Neurotoxicology and Teratology*, 25, pp 667-674.

*Maman boit, bébé aussi*, Communiqué de presse, 28.06.2005, in <http://www.sfa-ipsa.ch>

Meilleur départ – Campagne provinciale de l'Ontario sur l'alcool et la grossesse, *Ne prenez aucun risque : évitez l'alcool pendant votre grossesse*, mai 2004,

in <http://www.meilleurdepart.org>

Nayak MB, Kaskutas LA, (2004), *Risky drinking and alcohol use patterns in a national sample of women of childbearing age*, *Addiction*, 99, pp 1393-1402.

Ockene J., Yunsheng M., Zapka J., Pbert L., Goions K., Stoddard A., (2002), *Spontaneous cessation of smoking and alcohol use among low-income pregnant women*, *Am J Prev Med*, 23(3), pp 150-159.

Pirie P., Lando H., Curry S., Mc Bride C., Grothaus L., (2000), *Tobacco, alcohol, and caffeine use and cessation in early pregnancy*, *Am J Prev Med*, 18(1), pp 54-61.

Project CHOICES Research Group, (2002), *Alcohol-Exposed Pregnancy: Characteristics Associated with Risk*, *Am J Prev Med*, 23(3), pp 166-173.

Serreau R., Maillard T., Verdier R., Bouchara L., Catteau C., Hervé C., Fourmaintraux A., Lamblin D., Lesure J.F., Jacqz-Aigrain E., (2002), *Etude clinique et prévalence du syndrome d'alcolisation fœtale pris en charge dans les établissements médicosociaux de l'île de la Réunion.*, *Archives Pédiatriques*, 9, pp 14-20