

État des lieux des connaissances sur les risques de l'alcoolisation maternelle, du dépistage et de la prévention réalisés par les professionnels de périnatalité d'Auvergne

Marine Reboulet

▶ **To cite this version:**

Marine Reboulet. État des lieux des connaissances sur les risques de l'alcoolisation maternelle, du dépistage et de la prévention réalisés par les professionnels de périnatalité d'Auvergne. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01083550

HAL Id: dumas-01083550

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01083550

Submitted on 17 Nov 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

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

UNIVERSITE D'AUVERGNE – CLERMONT 1

Ecole de Sages-femmes de Clermont-Ferrand

Etat des lieux des connaissances sur les risques de l'alcoolisation maternelle, du dépistage et de la prévention réalisés par les professionnels de périnatalité d'Auvergne.

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR :

REBOULET Marine

Née le 29 mars 1989

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2014

UdA | Université d'Auvergne

MAÏEUTIQUE

UNIVERSITE D'AUVERGNE – CLERMONT 1

Ecole de Sages-femmes de Clermont-Ferrand

Etat des lieux des connaissances sur les risques de l'alcoolisation maternelle, le dépistage et la prévention réalisés par les professionnels de périnatalité d'Auvergne.

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR :

REBOULET Marine

Née le 29 mars 1989

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2014

UdA | Université d'Auvergne

MAÏEUTIQUE

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont aidée et soutenue dans la réalisation de ce mémoire :

Madame le docteur Audrey Schmitt, ma directrice de mémoire pour avoir accepté de me suivre dans ce projet ainsi que pour sa disponibilité, son investissement et ses conseils.

Madame Marie-Pierre Téjédor, ma sage-femme référente pour son soutien et sa disponibilité tout au long de ce travail.

Je souhaite également remercier :

Ma famille, mes parents, Lisa et Oriane pour leur soutien et leurs encouragements au cours de ces cinq années d'études.

Ma promotion pour ces quatre années passées ensemble.



« Quand la mère est gaie, son enfant est ivre »

Philippe Dehaene

GLOSSAIRE

ACLA: Anomalies congénitales liées à l'alcool

ANPAA: Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

CAMPS: Centre d'action médico-psycho-social

EAF: Effets de l'Alcool sur le Fœtus

ETCAF: Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale

ICOS : Dossier informatique

INPES : Institut National de Prévention et d'Education à la santé

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale.

InVS : Institut de Veille Sanitaire

MAP : Menace d'accouchement prématuré

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RCIU : Retard de croissance intra-utérin

SAF: Syndrome d'Alcoolisation Fœtale

SFA: Société Française d'Alcoologie

TNDLA: Troubles neuro développementaux liés à l'alcool

SOMMAIRE

INTRODUCTION……..1

REVUE DE LA LITTERATURE

I. La consommation d'alcool en France : entre identité culturelle et dérives…….3

II. Les effets de la consommation d'alcool pendant la grossesse……..16

III. Les mesures de prévention……31

MATERIEL ET METHODES

I. Type d'étude……45

II. Matériel……..45

III. Méthodes …….47

IV. Analyse statistique……...49

RESULTATS ET ANALYSE

I. Présentation de la population étudiée…….50

II. Connaissances des professionnels sur les risques de l'alcoolisation maternelle……...53

III. Dépistage de l'alcoolisation maternelle……62

IV. Prévention primaire de l'alcoolisation maternelle……..67

V. Avis des professionnels sur la prise en charge……72

DISCUSSION

I. Limites de l'étude…….77

II .Discussion des résultats……..78

III. Projet d'action……...94

CONCLUSION……..96

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....98

ANNEXES

INTRODUCTION

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en France [1].

C'est un toxique tératogène dont la consommation pendant la grossesse est susceptible d'entraîner des malformations et des troubles neurologiques chez l'enfant exposé.

Cette consommation représente la première cause de handicap mental d'origine non génétique chez l'enfant, en France.

Les effets de l'alcool sur le fœtus sont regroupés sous le terme d'Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale (ETCAF) regroupant un ensemble d'affections allant de la forme la plus caractéristique, la plus grave et la plus facile à dépister: le Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF), jusqu'aux formes dites « incomplètes » moins connues se révélant plus tardivement. Le SAF a aujourd'hui une incidence largement sous-estimée, principalement en raison de la difficulté de poser le diagnostic.

Cependant, en France 0,5 à 3 pour 1000 enfants seraient concernés par un SAF grave et 4 pour1000 enfants seraient atteints de l'ETCAF [2,3].

La consommation d'alcool pendant la grossesse constitue donc un important problème de Santé Publique, pour lequel le ministère chargé de la Santé a adopté une stratégie de lutte reposant sur diverses mesures réglementaires, professionnelles et actions d'information.

Ainsi, selon les recommandations de la Société Française d'Alcoologie (SFA) de 2002 : *« il est recommandé de s'enquérir des pratiques de consommation d'alcool chez toutes les femmes qui désirent une grossesse ou qui sont enceintes »* ainsi qu'*« il est recommandé de rappeler les risques d'une exposition prénatale à l'alcool aux femmes enceintes ou qui désirent l'être»* [4].

De plus, les connaissances actuelles ne permettent pas de définir un seuil de consommation d'alcool en deçà duquel il n'existe pas de risque pour l'enfant à naître. En vertu du principe de précaution toutes les femmes doivent donc recevoir un message clair, cohérent et identique de la part des professionnels de santé: une recommandation de « zéro alcool durant la grossesse » à partir du moment où un projet de conception est souhaité dans le couple [4].

Cependant la consommation d'alcool n'est pas toujours abordée par les professionnels de santé soit par sous-estimation du risque, soit par manque de temps ou par manque de formation [5].
Mais l'alcool reste aussi un sujet difficile à aborder car il suppose de surmonter un certain nombre de freins et de blocages.
L'alcool au féminin est une question d'autant plus taboue que l'alcool fait partie de la culture française et de notre vie courante. Il peut être difficile d'en parler par peur de ne pas savoir comment réagir face à une réponse affirmative.

Les objectifs de ce mémoire sont de faire un état des lieux des connaissances des acteurs de périnatalité sur les risques liés à une alcoolisation maternelle pendant la grossesse, du dépistage et de la prévention qu'ils pratiquent.

Dans la première partie, au travers de la revue de la littérature, nous allons voir ce que représente la consommation d'alcool en France: de sa composante culturelle à ses dérives, les répercussions d'une consommation d'alcool pendant la grossesse sur le fœtus seront ensuite exposées et enfin nous rappellerons les moyens de prévention mis en œuvre.

Dans la deuxième partie, via notre questionnaire, nous étudierons les connaissances des sages-femmes, gynécologues et médecins généralistes d'Auvergne sur les risques d'une alcoolisation maternelle, puis leur pratique du dépistage et de la prévention.

REVUE DE LA LITTERATURE

I. La consommation d'alcool en France: entre identité culturelle et dérives

1. Historique

La littérature a toujours rapporté la présence de l'alcool dans la vie sociale des Hommes.

La découverte de l'alcool date probablement de la Préhistoire, lors de la sédentarisation de l'Homme, au hasard d'une fermentation naturelle de fruits.

C'est en l'an 4 000 avant Jésus-Christ que les premières références à un produit alcoolisé sont retrouvées: une sorte de bière à base de miel en Mésopotamie.

Dans l'Antiquité, le mécanisme provoquant l'ivresse n'étant pas encore compris, les boissons alcoolisées revêtaient un aspect mystique. Ainsi, l'alcool était souvent consommé au cours de cérémonies rituelles et religieuses et l'ivresse était un moyen d'élargir la conscience et de permettre ainsi d'entrer en contact avec le monde des dieux.

L'expansion de l'empire romain et la propagation de la chrétienté étendirent le culte de la vigne.

Au Moyen Âge, les Croisés ramenèrent l'alambic, et avec lui ce fut l'apparition des boissons distillées, plus fortes.

Jusqu'à la fin du XV^{ème} siècle, l'alcool distillé était un remède précieux. En effet, l'eau de vie ou « l'eau ardente » était fabriquée par les moines ou les médecins qui lui reconnaissaient des vertus fortifiantes.

C'est au XVI^{ème} siècle, qu'apparut le mot alcool dans le langage courant. Provenant de l'arabe « AL-khôl », il désignait une très fine poudre d'antimoine, utilisée par les alchimistes mais également comme maquillage pour les yeux par les femmes. Le sens d' « élément très fin et très pur » évolua au fil du temps en « ce qui est subtil ». A cette époque, l'ivrognerie était présentée comme un phénomène individuel qui touchait toutes les couches sociales. L'image de l'ivrogne était sympathique même si en France l'ivresse était considérée comme un trouble à l'ordre public.

Durant les campagnes napoléoniennes, l'alcool trouva une autre utilité, puisqu'il était utilisé comme anesthésique.

C’est au XIX^{ème} siècle avec la Révolution Industrielle, que les spiritueux commencèrent à poser un problème social grave. En effet, l'alcool étant devenu moins rare et surtout moins cher, beaucoup de gens eurent de plus en plus recours à l’alcool pour supporter des conditions de travail et de vie difficiles.

C’est en 1849, que Magnus Huss, un médecin suédois employa pour la première fois le terme d’alcoolisme qui désignait « *les manifestations pathologiques de l’intoxication alcoolique »*, après avoir observé les conséquences viscérales et mentales d’une consommation excessive d’alcool chez des patients [6,7].

En 1872, naissait l’association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie (ANPAA).

En 1895, était rendu obligatoire l'enseignement à l’école des dangers de l'alcool au point de vue de l'hygiène, de la morale et de l'économie sociale et politique.

Après la Première guerre mondiale, la consommation de boissons distillées était déconseillée mais la consommation de vin restait préconisée, parfois dès le plus jeune âge.

C’est après la Seconde guerre mondiale que le vin fut pris en compte dans la politique de prévention. Des lois l’interdisaient alors dans les cantines, prohibaient la publicité et la vente d’alcool dans les stades, et instituaient le principe des boissons pilotes comme la limonade ou le lait, proposées à bas prix dans les cafés.

A partir de 1968, les campagnes gouvernementales de prévention apparaissaient mettant en avant les risques sanitaires et sociaux d’une consommation excessive d’alcool.

En 1971, l’alcoologie était introduite dans l’enseignement des étudiants en médecine, des élèves des professions paramédicales, ainsi que des juristes et des travailleurs sociaux [7].

2. La construction sociale du « boire »

En France, pays viticole, l'alcool est culturellement valorisé et il n'est pas toujours perçu, en particulier le vin ou le champagne, comme à risque.

L'alcool est largement associé à la convivialité entre amis ou en famille puisqu'il accompagne très souvent les événements marquants de la vie sociale comme la naissance, le mariage, le départ en retraite…
La première consommation d'alcool, « l'initiation » a d'ailleurs le plus souvent lieu en famille.

Boire permet la transition entre des espaces et des temps sociaux différents : le passage du lieu public et anonyme à la sphère privée et intime, le passage du temps de travail à celui de repos, de l'ordinaire à l'exceptionnel, se produisent le plus souvent autour de rituels et de lieux de consommation d'alcool.

En outre, la consommation d'alcool est une activité qui organise un mode de relations aux autres, c'est l'accomplissement d'un rite de socialisation.
Ainsi, en soirée, l'hôte est tenu de proposer à ses invités des boissons alcoolisées, ce qui leur permet de tester sa convivialité. Par ailleurs, un « bon invité » suppose encore souvent de faire honneur à son hôte en acceptant un ou plusieurs verres de boissons alcoolisées. Refuser de partager le verre (symbole de l'amitié), c'est prendre le risque de s'exclure du groupe [8,9].

L'usage de l'alcool ne peut pas seulement être perçu comme un acte individuel, il relève au contraire d'un fait social qui va prendre sens à travers les valeurs normatives collectives de la société.
Il est souvent associé à la valeur de modération elle-même définit selon des repères différents propres à chacun. Pour certains, ce sera « un ou deux verres » alors que pour d'autres ce sera « quelques verres ».
Ainsi, pour une personne, franchir les limites de ce qui représente les limites socialement acceptées de la consommation, c'est s'exposer à la réprobation sociale [10].

Le « savoir boire » était défini par Rolland Barthes en 1957 comme : *« une technique nationale qui sert à qualifier le Français, à prouver son pouvoir de performance, son contrôle et sa sociabilité »* [11].

La notion de « trop boire » quant à elle, est liée à une représentation négative de la personne alcoolo-dépendante. En effet, une des approches profane de l'alcoolisme est fondée sur le jugement moral et social : l'alcoolisme représente l'échec de la normalité, de la modération et du savoir « bien boire » et conduit à une dégradation, voire à une déchéance morale et intellectuelle de la personne. Sur le plan social, l'alcoolisme peut s'accompagner d'une désocialisation et d'une marginalisation [12,13].

3. La consommation d'alcool en France : un réel problème de Santé Publique

3.1. Quelques Définitions

3.1.1. L'alcool

L'alcool en chimie organique désigne un composé oxygéné dérivant des alcanes contenant un groupement OH de formule générale C_nH_{2n}+ 1 OH.

Dans le langage courant l'alcool pur est le nom employé pour désigner l'éthanol ou alcool éthylique de formule chimique C_2H_5OH. Il est obtenu par distillation ou fermentation de végétaux riches en glucose.
Il rentre dans la composition des boissons alcoolisées [14].

La concentration en éthanol dans une boisson est exprimée en pourcentage volumique. Une boisson est dite « alcoolisée » lorsque celle-ci contient plus de 1,2% de volume d'alcool (1,2°).
Ainsi, dans 1 Litre de Whisky à 40 % il y a 0,4 litre d'éthanol pur.

La consommation d'alcool peut être évaluée en nombre de verres standards ou unité d'alcool.
Un verre standard contient 10 g d'alcool pur, qui est la quantité « normalisée » dans les lieux de consommation publics. [15,16]. **(Figure 1)**
Figure 1 : Equivalences d'un verre standard en fonction de l'alcool contenu.



3.1.2. Les différentes conduites d'alcoolisation

Les différentes formes de conduites d'alcoolisation peuvent être classées en catégories sur un continuum allant de l'usage jusqu'aux différentes formes de mésusage, incluant les formes pathologiques. Ce sont :

- Le non-usage (non-consommateur)

Il est défini comme toute conduite à l'égard des boissons alcooliques caractérisée par une absence de consommation. Le non-usage peut être :
- primaire quand il s'agit d'un non-usage initial (enfants, pré-adolescents) ou d'un choix durable, voire définitif (préférences personnelles et/ou culturelles chez l'adulte).
- secondaire quand il advient après une période de mésusage, alors généralement désigné par le terme d'abstinence.

- L’usage (consommateur modéré)

C’est l'usage socialement admis où le risque, s'il n'est pas toujours nul, est considéré comme acceptable pour l'individu et la société.
Il correspond à toute conduite d'alcoolisation ne posant pas de problème pour autant que la consommation reste modérée, inférieure ou égale aux seuils définis et prise en dehors de toute situation à risque ou de risque individuel particulier.

Il existe des seuils de risque au-delà desquels la morbidité et la mortalité augmentent.

Ces seuils sont les suivants:
-jamais plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel
- pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l’homme (3 verres par jour en moyenne) ;
- pas plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme (2 verres par jour en moyenne).

Il est également recommandé de s'abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d’alcool.

Dans la littérature, toutes les sources faisant référence à ces seuils, expliquent qu’ils ont été définis par l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS), néanmoins aucune de ces données n’a été retrouvée dans les documents officiels de l’OMS [15, 16, 17, 18].

- Le mésusage

C’est une catégorie générique rassemblant toutes les conduites d'alcoolisation caractérisées par l'existence d'un ou plusieurs risques potentiels, ou par la survenue de dommages induits, incluant l’alcoolodépendance.

- Usage à risque (consommateur à risque)

Il est défini comme toute conduite d'alcoolisation où la consommation supérieure aux seuils définis et non encore associée à un quelconque dommage d'ordre médical, psychique ou social mais susceptible d'en induire à court, moyen et/ou long terme.

Cette catégorie inclut également les consommations égales ou inférieures aux seuils quand elles sont associées à une situation à risque (conduite de véhicule) et/ou un risque individuel particulier (situation physiologique telle que la grossesse.)

- Usage nocif (consommateur à problèmes)

Il correspond à toute conduite d'alcoolisation caractérisée par :

- l'existence d'au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social induit par l'alcool, quels que soient la fréquence et le niveau de consommation.
- l'absence de dépendance à l'alcool.

- Usage avec dépendance (consommateur alcoolodépendant)

Il signifie toute conduite d'alcoolisation caractérisée par la perte de la maîtrise de la consommation. L'usage avec dépendance ne se définit donc ni par rapport à un seuil ou une fréquence de consommation, ni par l'existence de dommages induits qui néanmoins, sont souvent associés.

- L’ivresse ou alcoolisation aiguë

L'ivresse ou alcoolisation aiguë (appelée «binge drinking» par les anglo-saxons) correspond à une consommation d’alcool épisodique massive. Elle est définie par une consommation d’au moins 60 g d’alcool au cours d’une seule occasion (soit une consommation supérieure à cinq verres standards).

Elle peut être associée à n'importe laquelle des catégories d'usage ou de mésusage [15, 16, 17, 18].

Un sujet donné a la possibilité au cours de sa vie de rester dans une même catégorie de conduite ou de passer à une autre hiérarchiquement inférieure ou supérieure en termes de sévérité et de gravité. Les conditions de ces évolutions sont encore mal établies mais rien n'est inéluctable. Il reste que l'évolutivité des conduites d'alcoolisation est telle qu'elle impose de procéder à leur réévaluation régulière chez les consommateurs.

3.2 Epidémiologie de la consommation d’alcool en France

3.2.1. Dans la population générale

Avec une consommation moyenne de 12 litres d’alcool pur par personnes chaque année, les français se situent au cinquième rang européen des consommateurs.

Chaque année, en France, l’alcool est responsable de 49 000 décès et il représente la deuxième cause de mortalité évitable après le tabac.

Le nombre de personnes ayant des difficultés médicales, psychologiques ou sociales liées à l’alcool est estimé à 5 millions.

De plus, 2 à 3 millions de personnes présentent un problème de dépendance dont 600 000 femmes [1].

Cependant, la consommation quotidienne d’alcool baisse régulièrement en

France depuis les années 1950.

En effet, elle est passée de 15% en 2005 à 11,7% en 2010, avec une stabilisation des niveaux de consommation occasionnelle avec 37,4% de personnes déclarant boire au moins une fois par semaine.

Par ailleurs, 12,6% déclaraient ne pas avoir consommé de boissons alcoolisées au cours des douze derniers mois.

Les hommes étaient trois fois plus nombreux que les femmes à consommer de façon quotidienne. Ils étaient, en effet 18% contre 6%.
De plus, 64% des hommes déclaraient une consommation hebdomadaire contre 35% des femmes.

Les ivresses régulières (au moins dix fois dans l'année) représentaient pour leur part 3% des personnes interrogées. Les ivresses étaient elles aussi plus masculines : 27% des hommes contre 11% des femmes.

Cependant, la survenue d'une ivresse au cours de l'année écoulée était en augmentation entre 2005 où elle concernait 15% des adultes et 2010 où elle en touchait 18,2%.

D'autre part, cette hausse a été plus importante chez les jeunes de 18 à 34 ans et en particulier chez les jeunes femmes de 18 à 25 ans. En effet, l'ivresse au cours de l'année passait de 20% à 34 % de 2005 à 2010.

L'augmentation des usages à risque ponctuel et chronique apparaissait, là encore, marquée chez les jeunes femmes de 18 à 25 ans avec un taux de 41% en 2010 alors qu'il était de 29% en 2005.

De 2002 à 2010, derrière une relative stabilité globale, se cachent des disparités d'évolution, notamment un accroissement marqué des usages à risque ponctuel chez les femmes jeunes [19].

3.2.2 Chez les femmes enceintes

Dans l'Enquête Périnatale 2010 menée auprès de 13 000 femmes, 23% d'entre elles déclaraient avoir consommé de l'alcool pendant leur grossesse dont plus de 2% plusieurs fois par mois.

Parmi celles ayant déclaré avoir consommé de l'alcool, y compris une fois seulement avant de se savoir enceintes, elles étaient presque 7% à avoir bu deux verres ou plus à chaque fois.

De plus, elles étaient 2% à avoir bu trois verres ou plus en une occasion.

Les résultats de cette étude montraient que la consommation d'alcool est plus fréquente chez les femmes de niveau social élevé, plus âgées et avec une plus grande parité. Par ailleurs, celles qui travaillent consommaient davantage d'alcool [20].

Dans l'étude DATA-Mater menée en Auvergne entre le mois de juin 2002 et juin 2003, sur 837 couples mère-enfant, 52% des femmes avaient consommé de l'alcool au moins une fois pendant la grossesse dont 13,7% avaient au moins eu un épisode aigu soit 7,1% de la population étudiée.

Enfin, 5,3% présentaient une consommation d'alcool régulière [21].

4. Regard porté sur l'alcool et les femmes

1.1. Spécificités biologiques et psychologiques

Les femmes présentent des différences physiques avec les hommes qui conditionnent une sensibilité plus importante à l'alcool. En effet, leur volume corporel est plus faible que celui des hommes et l'alcool est métabolisé différemment.

En outre, à poids égal et à consommation identique, leur alcoolémie est supérieure à celle des hommes.

Les explications sont multiples. Tout d'abord, l'enzyme responsable de l'élimination de l'alcool est moins efficace. De plus, la concentration de l'alcool dans les organes est plus importante en raison d'une masse adipeuse supérieure à celle des

hommes. Enfin, les cycles hormonaux jouent également un rôle dans ces spécificités. Pour les femmes, cette sensibilité biologique a comme conséquence l'apparition plus précoce de pathologies somatiques et psychiatriques liées à une alcoolisation excessive chronique [16, 22].

D'un point de vue psychologique, l'anxiété, la dépression et la solitude se retrouvent chez la majorité des femmes alcooliques.
Près de 80% des femmes justifient leur alcoolisme par des problèmes psycho-affectifs. En outre, l'absorption d'alcool par la femme peut s'inscrire dans une tentative de guérison. L'alcool est alors utilisé pour oublier et apaiser ses angoisses [22].

4.2. L'alcoolisme féminin: le poids des représentations sociales

4.2.1 Le concept de représentations sociales

En 1961, S Moscovici introduisait le concept de représentation sociale en psychologie sociale et la définissait comme « *un système de valeurs, de notions et de pratiques relatives à des objets, des aspects ou des dimensions du milieu social, qui permet non seulement la stabilisation du cadre de vie des individus et des groupes, mais qui constitue également un instrument d'orientation de la perception des situations et d'élaboration des réponses. »* [23].

Denise Jodelet définissait en 1994 les représentations sociales comme : « *des systèmes d'interprétation, régissant notre relation au monde et aux autres, qui orientent et organisent les conduites et les communications sociales* » ainsi que des *« phénomènes cognitifs qui engagent l'appartenance sociale des individus par intériorisation de pratiques et d'expériences de modèles de conduites et de pensée »* [24].

Les représentations sociales font partie intégrante de la vie en société, pour chaque individu elles sont comme un filtre interprétatif de la réalité.
Elles sont fondées sur nos croyances et sur nos perceptions d'autrui à partir d 'échanges sociaux.

4.2.2. Les représentations sociales de l'alcoolisme féminin

Historiquement, les représentations de la consommation d'alcool sont très différentes selon le sexe. La consommation d'alcool et plus particulièrement l'ivresse ont longtemps été considérées comme des comportements typiquement masculins. En effet, l'alcool est associé à une image de virilité.
L'image idéale de la femme est celle de la perfection, de la pureté. Elle représente à la fois la femme, l'épouse, la mère: garante de la cellule familiale.
Cette image détermine les standards de consommations d'alcool de la femme.

La vie en société est régie par des normes sociales qui limitent l'accession de la femme à l'alcool, parmi lesquelles:
- La norme de lieux : l'image de la femme qui boit est mieux acceptée si elle le fait en famille, en soirée plutôt que dans un bar.
- La norme de fréquence : une femme qui enchaîne les verres est mal vue.
- La norme de boissons : certains alcools sont plus mal perçus pour une femme, que d'autres.

Ainsi, lorsque la femme boit en dehors des rituels sociaux, elle s'exclut puisqu'elle transgresse de façon symbolique les normes. Avec cette transgression, la femme développe un sentiment de culpabilité qui entraîne une consommation solitaire et dissimulée [9].

4.2.3. Les représentations sociales de la consommation d'alcool pendant la grossesse

Deux études se sont intéressées aux représentations sociales des femmes enceintes sur le risque de consommer de l'alcool pendant la grossesse et ont cherché à connaître leur opinion sur l'abstinence d'alcool pendant la grossesse.

La première enquête, canadienne, abordait la relation à l'alcool des femmes enceintes.

Les femmes, peu consommatrices d'alcool en dehors de la grossesse, semblaient modifier leurs habitudes de consommation plutôt aisément. Malgré la pression exercée par l'entourage, elles parvenaient à affirmer leur choix sans difficulté. En revanche, certaines femmes issues de milieu plus favorisé décidaient de poursuivre une consommation modérée. Cette décision était liée au désir de *« garder quelques petits plaisirs* », de « *ne pas s'empêcher de vivre parce qu'on est enceinte* ». Il était ainsi justifié de boire « de la façon permise », de choisir « la modération » dans la mesure où elles étaient persuadées de faire ce qu'il y avait de mieux pour leur enfant [25].

La deuxième, était une étude française menée en 2007 sur la représentation que les femmes enceintes avaient des risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Les résultats complétaient ceux de l'étude canadienne et trois représentations émergeaient autour de la consommation d'alcool pendant la grossesse.

La première, concernait la consommation excessive d'alcool pendant la grossesse qui, pour les femmes interrogées était impossible en raison de la responsabilité de la femme enceinte envers l'enfant qu'elle porte et de l'image de la mauvaise mère que véhiculerait cette consommation.

Les deux autres représentations s'élaboraient à partir des perceptions du risque, des connaissances, du niveau d'études, du nombre d'enfants et de l'expérience de leur propre mère.

Pour celles ayant un niveau d'études supérieures ou secondaires avec des enfants ou dont la propre mère avait été consommatrice pendant la grossesse, la consommation modérée et occasionnelle était sans danger pour l'enfant à naître. Pour les abstinentes, toute consommation restait inconcevable car en contradiction avec l'image de la « bonne mère ».

Enfin, la recommandation d'abstinence n'était pas toujours perçue comme absolue et n'excluait pas de boire un verre de temps en temps, en particulier dans les milieux socio-économiques les plus favorisés.

En effet, les représentations de la consommation d'alcool pendant la grossesse opposent le « bien boire » - des alcools doux à l'occasion- au « mal boire » - des alcools forts tous les jours- lié à la représentation du « trop boire » [26].

II. Les effets de la consommation d'alcool pendant la grossesse

1. Physiopathologie

Le retentissement d'une exposition prénatale à l'alcool sur le développement du fœtus est difficile à évaluer précisément puisqu'il dépend de plusieurs facteurs dont la quantité d'alcool consommée, la durée d'exposition à l'alcool, le stade de la grossesse, les habitudes nutritionnelles de la femme, sa corpulence, la vulnérabilité génétique du fœtus.

1.1. Les effets tératogène et neurotoxique de l'alcool

L'alcool éthylique est catabolisé en acétaldéhyde, lui-même catabolisé en acide acétique. L'éthanol et l'acétaldéhyde sont les deux agents tératogènes.
Leur dégradation utilise des groupes enzymatiques qui sont naturellement destinés au métabolisme de l'acide rétinoïque, un dérivé de la vitamine A.
Cet acide rétinoïque est un « morphogène » capital puisqu'il est le modulateur de gènes architectes appelés les gènes HOX qui sont chez l'Homme à l'origine de la segmentation du cerveau primitif en prosencéphale, mésencéphale et rhombencéphale.

Dans ces différents segments, les cellules de la crête neurale migrent vers la face ventrale pour former les différents bourgeons constitutifs du visage. Les cellules destinées à la formation du cerveau et à celle du visage ont la même origine et subissent toutes les effets de l'acide rétinoïque.

Or par effet de compétition, l'alcool utilise pour son catabolisme les enzymes du métabolisme de l'acide rétinoïque et diminue fortement la production de ce morphogène.

Sur le plan biologique et cellulaire, les mécanismes impliqués dans l'embryofœtopathie alcoolique sont nombreux.

L'alcool a un effet direct sur les cellules gliales, il perturbe l'apoptose cellulaire,

inhibe certains neurotransmetteurs ainsi que la prolifération, la différenciation et la migration neuronale.

Il en résulte des hétérotopies, un amincissement du cortex, des anomalies de la giration dont l'agénésie du corps calleux est la forme la plus sévère et enfin une microcéphalie [2, 27, 28, 29, 30].

1.2. Les conséquences d'une alcoolisation sur la grossesse

Outre son effet tératogène, l'alcool a un effet sur la fonction placentaire et le métabolisme fœtal. Ainsi, il entraîne une vasoconstriction des vaisseaux ombilicaux en rapport avec un processus de stress oxydatif pouvant être un des mécanismes responsables du retard de croissance intra-utérin.

De plus, il est à l'origine de spasmes vasculaires et d'une diminution du flux placentaire pouvant être responsables de fausses couches spontanées, d'hématomes rétro placentaires et des morts fœtales in utero.

Enfin, la fréquence d'accouchements prématurés est plus élevée avec des conséquences plus importantes de la prématurité [28, 30].

1.3. Les facteurs influençant la toxicité de l'alcool

1.3.1 Les atteintes fœtales selon les différents stades de la grossesse.

Durant les quatorze premiers jours suivant la conception, si la mère a une consommation accrue, c'est la loi du tout ou rien qui s'applique : soit il y a réparation cellulaire, soit il y a fausse-couche.

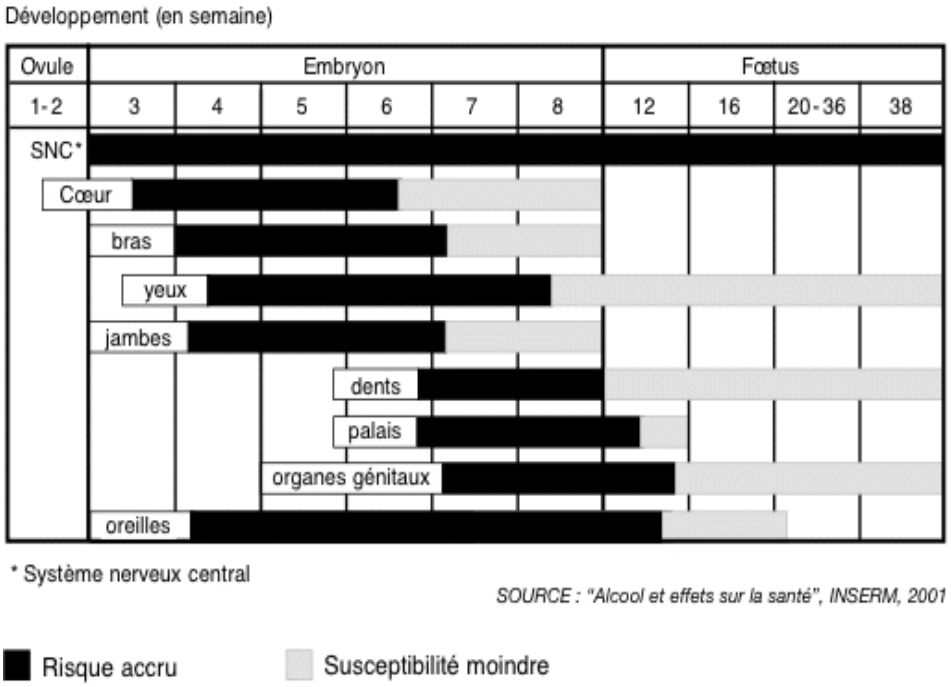
Le premier trimestre correspond à la phase d'organogenèse. La consommation d'alcool au cours de cette phase est susceptible de détruire les cellules de la crête neurale et d'engendrer des malformations cranio-faciales ainsi qu'au niveau d'autres organes en formation.

Le deuxième trimestre correspond à la période de différenciation des diverses aires cérébrales. Jusqu'au quatrième mois, les neurones continuent à proliférer dans le cerveau primitif, après quoi ils vont migrer vers la périphérie, en particulier dans le cortex cérébral. Une exposition à l'alcool perturbe la prolifération et la migration des neurones.

Le troisième trimestre est quant à lui représentatif d'une phase de croissance cérébrale intense, qui se traduit par une augmentation significative de la taille du cerveau. Les neurones grossissent et vont se différencier. C'est au cours de cette période que se développent les arborisations dendritiques et que se mettent en place les synapses nécessaires à la communication cellulaire.

La consommation d'alcool pendant cette période est capable d'engendrer une réduction de la synaptogenèse, une perte des neurones et un retard de myélinisation [2, 27, 28, 29, 30]. **(Figure 2)**

Figure 2: Périodes de développement des différents organes et sensibilité correspondants aux effets d'une exposition à l'alcool



1.3.2. Le lien dose-effet

Les conséquences sur le fœtus d'une consommation légère et occasionnelle d'alcool et une consommation importante et régulière ne sont pas les mêmes : c'est l'effet-dose.

L'effet pathogène de l'alcool a été démontré pour des consommations de 30 g par jour soit trois verres standards par jour.

De nombreuses études ont été menées afin d'évaluer les conséquences de consommations légères (2 à 6 verres par semaines) à modérées (7 à 10 verres par semaine) et de déterminer une dose seuil non toxique pour le fœtus.

Toutes ces études révélaient que des consommations modérées entraînent des troubles du comportement à type d'hyperactivité ou d'agressivité [28, 30, 31, 32, 34].

Cependant, ces résultats ont été récemment relativisés par deux nouvelles études.

La première, était présentée par des chercheurs australiens qui ont suivi des enfants à différents stades de leur développement (de 2 à 14 ans) et qui ont démontré

qu'une consommation modérée (7 à 10 verres par semaine) n'avait pas d'effets mesurables sur le comportement de ces enfants [35].

En octobre 2010 une étude britannique confirmait les précédents résultats en mettant en évidence que les enfants nés de mères ayant bu jusqu'à 2 verres d'alcool par semaine ne présentait pas à cinq ans de différences comportementales ou cognitives avec ceux issus de mères sobres durant leur grossesse [36].

En 2012 des chercheurs danois ont complété ces résultats en montrant qu'un épisode aigu d'alcoolisation (plus de cinq verres en une occasion) n'avait pas d'impact sur le développement comportemental à cinq ans [37, 38].

Cependant, il a été démontré qu'il existe une possibilité qu'une consommation aiguë provoque autant de dommages malformatifs et neurologiques que celle de deux verres de manière régulière [30, 31, 32].

Enfin, deux études menées en 2000 et plus récemment en 2012 ont permis de démontrer les bénéfices pour l'enfant à naître d'une diminution de la consommation d'alcool au cours de la grossesse [28- 39]

1.3.3. La fragilités du fœtus

Lorsqu'une femme enceinte s'alcoolise, l'alcool présent dans le sang maternel passe par voie transplacentaire dans le sang fœtal ainsi que dans le liquide amniotique. L'alcoolémie fœtale devient égale à l'alcoolémie maternelle et peut même devenir plus importante et durer plus longtemps.

En effet, compte tenu de son petit poids et de son immaturité hépatique la dégradation de l'éthanol en acétaldéhyde par le foie est deux fois moins rapide.

De plus, la poche amniotique forme une sorte de réservoir d'alcool, puisque le fœtus élimine ce toxique par les urines dans le liquide amniotique qui est déglutit par la suite [2, 28,40].

1.3.4. Le rôle des facteurs génétiques

Les fœtus ne sont pas tous égaux devant l'alcool et les atteintes peuvent être différentes pour une alcoolisation semblable.

Le rôle des facteurs génétiques a été mis en évidence avec l'étude de paires de jumeaux dizygotes et homozygotes. En effet, l'atteinte semble plus souvent discordante chez les jumeaux dizygotes alors qu'elle est la même chez les homozygotes.

Grâce à des études expérimentales animales, le rôle du génome maternel a été démontré par le biais de polymorphisme génétique de deux enzymes métabolisant l'alcool: l'alcool déshydrogénase (ADH) et l'acétaldéhyde déshydrogénase (ALDH) [2, 28, 30, 40]

1.3.5. Les autres facteurs

- La malnutrition

Elle peut être due à des conditions socioéconomiques défavorables, à la diminution des apports caloriques, et peut-être à l'altération par l'alcool des mécanismes de transferts intestinaux et transplacentaires. Son rôle n'est pas essentiel dans le déterminisme du retard de croissance intra-utérin.

- Les carences vitaminiques.

Les folates sont essentiels à la synthèse intracellulaire de l'ADN et sont parfois déficitaires chez les alcooliques chroniques, leur rôle a donc été suspecté dans le Syndrome d'Alcoolisation Fœtal (SAF).
Cependant, beaucoup de mères d'enfants présentant un SAF grave n'ont pas eu de déficit en folates et chez d'autres une supplémentassions systématique n'a pas empêché pas la survenue d'un SAF.

Une carence maternelle ou un défaut de transport transplacentaire du zinc, oligo-élément essentiel à la croissance cellulaire pourraient aussi intervenir.

Enfin, le rôle d'une diminution des réserves et de l'utilisation du glycogène fœtal a été évoqué [2, 4, 28, 30].

2. L'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF)

2.1. Historique

Les effets sur l'enfant à naître d'une alcoolisation maternelle n'est pas une préoccupation récente.

En effet, dans La Bible déjà, il y était fait référence lorsqu'un ange s'adressait à la mère de Sansom: «*Désormais, prends bien garde! Ne bois de vin, ni rien de ce qui peut enivrer [...] car tu vas concevoir et tu enfanteras un fils ».*

De même, dans la Grèce Antique, les jeunes mariés devaient s'abstenir de boire le soir de leur nuit de noces de peur de concevoir un enfant anormal [6, 7].

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

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

En 1900, Maurice Nicloux, un biologiste français fut le premier à étudier la diffusion de l'éthanol dans l'organisme maternel. Il mettait en évidence que l'alcoolémie du fœtus était sensiblement la même que celle de sa mère et qu'elle était proche de celle du liquide amniotique. Il parlait alors «d'alcoolisme congénital».

Malgré ces constatations, l'alcoolisme du père continuait à être mis en avant, l'alcool imprégnerait le sperme et diffuserait dans les cellules sexuelles et les spermatozoïdes en bouleversant leurs constituants. C'étaient les théories

de «blastotoxie» et de «blastophorie» reposant sur aucun argument scientifique.

En 1957, Jacqueline Rouquette dans sa thèse Influence de la toxicomanie alcoolique parentale sur le développement physique et psychologique des jeunes enfants constatait des retentissements sur l'enfant surtout lorsqu'il s'agissait d'alcoolisme maternel et elle donnait alors chez certains une description nette du tableau des fœtopathies alcooliques [7].

C'est en 1968, qu'un pédiatre français Paul Lemoine décrivait pour la première fois les effets de l'exposition in utero à l'alcool dans une étude portant sur 127 enfants nés de mères alcooliques. Cette étude, publiée dans un journal local, n'eut pas de retentissement international [4, 7, 41].

En 1973, à Seattle, D W Smith, K L Jones et Ann Streissguth décrivaient les mêmes effets sur sept enfants et introduisaient le terme de « Syndrome d'Alcoolisation Fœtale» [41].

La Ressearch Society on Alcoholism définissait en 1989 les critères du SAF comme l'association d'un retard de croissance pré ou post natal, des anomalies du système nerveux central et d'une dysmorphie faciale.
Avec l'avancée des recherches il fut démontré dans les années 1990 que les effets de l'alcool ne se réduisaient pas à la dysmorphie cranio-faciale et aux malformations visibles à la naissance mais que l'alcool avait aussi des conséquences neurologiques à long terme.
Celles-ci pouvant aller de du retard mineur de l'apprentissage à des anomalies neurocomportementales graves et être associées ou non à des anomalies morphologiques et de croissance dont le tableau le plus caractéristique est le syndrome d'alcoolisation fœtale.

Ainsi, en 1995 l'institut Nord-Américain de médecine proposait une classification de l'ensemble du spectre des lésions liées à l'exposition in utero à l'alcool sous le terme générique d'Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale [30, 34, 40].

Cette classification obtenait en 2000 l'aval de l'Académie américaine de pédiatrie.

Elle se divise en cinq entités cliniques constituant un continuum:

1) le SAF avec consommation d'alcool avérée
2) le SAF avec consommation d'alcool non documentée
3) le SAF partiel avec consommation d'alcool avérée
4) les anomalies congénitales liées à l'Alcool (ACLA)
5) les troubles neuro-développementaux liés à l'alcool (TNDLA)

Ces trois dernières entités sont regroupées sous le terme d'effets de l'alcool sur le fœtus [30, 34].

2.2. Le Syndrome d'Alcoolisation Fœtal (SAF)

2.2.1 Les critères diagnostiques

Le diagnostic de ce syndrome est avant tout clinique et il associe trois critères lorsqu'une alcoolisation maternelle est avérée pendant la grossesse:
- Un retard de croissance intra-utérin et/ou extra-utérin.
- Une dysmorphie cranio-faciale
- Une atteinte du système nerveux central

- Le retard de croissance intra-utérin (RCIU)

Il est présent dans 80 % des cas.
L'importance du retard de croissance est liée à la durée de l'exposition.
Il apparaît en deuxième partie de la grossesse.
Il est harmonieux puisqu'il atteint tous les paramètres biométriques qui se situent entre le troisième et le dixième percentile

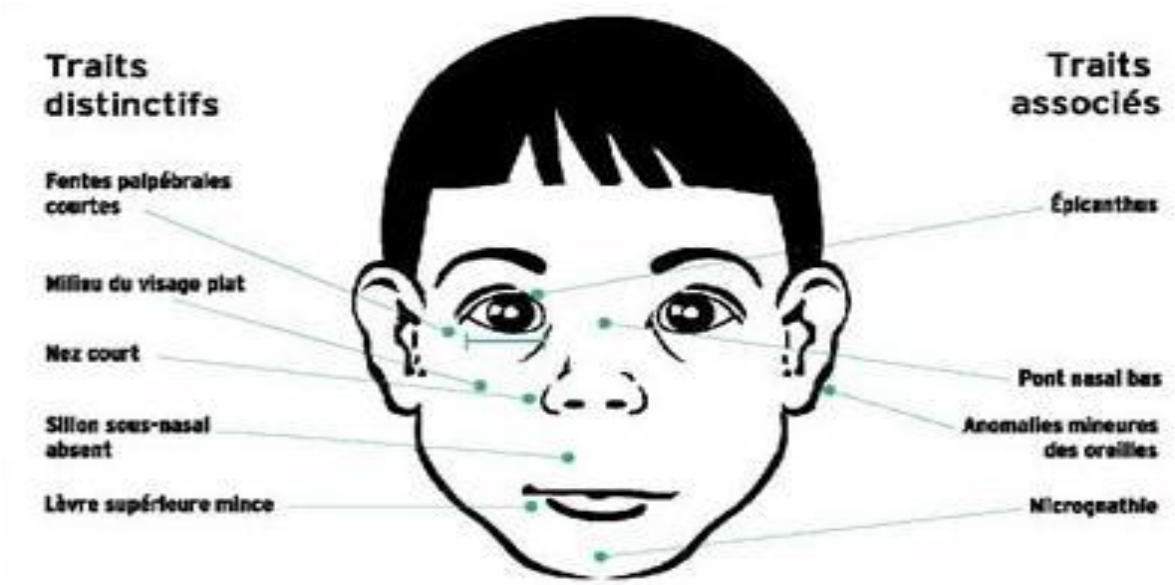
- La dysmorphie cranio-faciale

Les trois éléments principaux de la dysmorphie sont:

- les fentes palpébrales rétrécies
- le philtrum convexe vers l'avant et allongé
- une lèvre supérieure fine avec un effacement des piliers et de l'arc de Cupidon

D'autres anomalies sont possibles comme un nez court avec une ensellure nasale marquée et des narines antéversées, un front bombé et étroit avec des fosses temporales profondes, un maxillaire inférieur hypoplasique, des fentes labiales, un hypertélorisme, un strabisme ou encore des anomalies d'implantation et de formation des oreilles. (**Figure 3)**

Figure 3 : Traits caractéristiques de la dysmorphie cranio-faciale chez un enfant porteur de SAF.



- L'atteinte du système nerveux central

Elle est caractérisée par des anomalies neurologiques, un retard de développement, un dysfonctionnement comportemental et des troubles de l'apprentissage, de la mémoire, d'attention, de raisonnement, de jugement, de perception.

A cette triade sont associés dans 10 à 30 % des cas d'autres malformations telles que:

- des malformations cardio-vasculaires: des communications inter ventriculaires, des communications inter auriculaires, la tétralogie de Fallot.

- des malformations cérébrales: anomalies du tube neural, agénésie ou hypoplasie du corps calleux, hydrocéphalie, microcéphalie, anencéphalie.

- des malformations squelettiques: thorax en carène, anomalies vertébrales, camptodactylie, synostose radio-cubital.

- des malformations urogénitales: hypoplasies rénales, hydronéphroses, hypospadias, cryptorchidies.

- des anomalies tégumentaires: hirsutisme, angiomes tubéreux, fossette sacrée, implantation basse des cheveux [28, 30,42].

2.2.2. Epidémiologie

Le SAF a aujourd'hui une incidence largement sous-estimée en France et dans le reste du monde alors qu'il est identifié comme une des principales causes de morbidité néonatale évitable selon l'Académie américaine de pédiatrie [30].

Aujourd'hui 0,5 à 3 pour 1000 enfants seraient concernés par un SAF grave et 4 pour 1000 enfants seraient atteints de l'ETCAF.

Cette incidence est plus élevée sur l'île de la Réunion, dans le Nord-Pas-de-Calais, et en Bretagne [2, 43].

Selon l'enquête DATA-Mater menée en 2003 en Auvergne sur 837 couples mère-enfant, 2 enfants étaient atteints de SAF vrais soit 1,8 enfants pour 1000.

Un des SAF était survenu dans un contexte de consommation régulière tandis que l'autre dans une situation de consommation correspondant plutôt au phénomène de « binge drinking » [21].

2.3. Les effets de l'alcool sur le fœtus (EAF)

Les enfants exposés in utero à l'alcool peuvent être aussi atteints d'EAF suite à une consommation d'alcool plus faible de la mère.

Ces effets, vont des SAF partiels -où tous les critères diagnostiques du SAF ne sont pas présents- jusqu'à des effets congénitaux isolés ou des troubles neuro-développementaux dont l'expression clinique ne se manifeste parfois qu'au moment de l'acquisition des apprentissages scolaires [28, 30].

2.3.1. Anomalies Congénitales liées à l'Alcool (ACLA)

Les anomalies cardiaques et rénales sont les plus fréquentes mais il en existe aussi au niveau squelettique, urogénital et ophtalmique.

Ces anomalies sont les mêmes que celles présentent dans un SAF [28, 30].

2.3.2 Les troubles neuro-développementaux liés à l'alcool (TNDLA)

Les enfants atteints de TNDLA présentent une atteinte du système nerveux central avec au moins trois des troubles décrits chez des enfants porteurs de SAF.
La dysmorphie faciale n'est pas présente chez ces enfants [28, 30, 34].

3. Les conséquences à la naissance d'une alcoolisation maternelle pendant la grossesse

3.1. Le syndrome de sevrage

A la naissance, un syndrome de sevrage peut être constaté lorsque la mère a consommé de l'alcool dans les jours précédents l'accouchement.
Il peut également concerner les nouveau-nés de mères ayant eu une consommation modérée en fin de grossesse.
Il se manifeste dès les premières heures de vie par des apnées ou des bradypnées centrales, des hypoglycémies, une hyperexcitabilité, des trémulations, des troubles du sommeil, des troubles de la succion et de la déglutition, des pleurs inconsolables.
Sa durée peut être de quelques jours à plusieurs semaines.
Le traitement principal est le cocooning de l'enfant [28, 30,44].

3.2. L'allaitement maternel

La possibilité d'allaiter pour les femmes consommant de l'alcool est discutée. La tératogénicité de l'alcool demeure dans les premiers mois de vie. Les dosages d'alcool dans le sang et le lait maternels sont similaires et ont une cinétique de croissance et de décroissance voisines. Comme pour l'alcoolémie, la vitesse d'élimination de l'alcool dans le lait maternel dépend de la quantité ingérée et du volume de distribution. La variabilité individuelle du métabolisme de l'alcool intervient également.
La formule générale de décroissance du taux d'alcool serait une diminution de

90mg/L/h.

L'observation de nouveau-nés ayant consommé du lait contenant de l'alcool, montre que ceux-ci perçoivent une modification de son goût entraînant une tétée moins performante et une altération du sommeil dans les heures qui la suivent.

Cependant, la consommation d'alcool ne doit pas empêcher l'allaitement maternel qui permet le lien mère-enfant et doit donner lieu à des conseils adaptés comme d'essayer de boire pendant les repas, de tirer son lait en période de non prise d'alcool afin de pouvoir le donner à l'enfant pendant les périodes d'alcoolisation et d'attendre si possible deux à six heure après la prise d'alcool pour donner le sein [4, 28,44].

4. Devenir à long terme des enfants exposés in utero à une alcoolisation maternelle

Deux grandes études mirent en évidence le devenir des enfants exposés in utero à l'alcool.

La première fut celle menée par Paul Lemoine en France et la deuxième, celle réalisée par Ann Streissguth à Seattle.

4.1. La cohorte française de Lemoine

Cette étude publiée en 1992 fut l'une des premières à décrire le devenir à l'âge adulte des enfants atteints de SAF.

Elle fut menée sur 105 individus présentant un SAF, revus à l'âge adulte.

L'évolution des éléments du syndrome était décrite.

Ainsi, quand la dysmorphie faciale était présente elle se modifiait avec le temps et le visage était plutôt allongé avec une hypertrophie du nez et du menton.

Le retard de croissance s'atténuait alors que la microcéphalie persistait ou s'aggravait.

Les troubles neuropsychiques restaient chez l'adulte l'élément le plus grave du pronostic. Le déficit global allait d'un retard psychomoteur léger à un retard mental avec un quotient intellectuel inférieur à 75.

Enfin, de graves troubles du comportement et de socialisation étaient présents [45].

4.2. La cohorte de Seattle de Streissguth

Elle est considérée comme l'étude de référence sur les effets de la consommation d'alcool pendant la grossesse avec un suivi des enfants jusqu'à 14 ans.
Elle portait sur 415 sujets porteurs de SAF ou d'EAF issus de la cohorte initiale de 1972 avec de nouvelles inclusions prospectives.
Le développement psychomoteur a été évalué à 8 mois, 18 mois, 7 ans et 14 ans.

Comme dans la première étude, les enfants atteints de SAF présentaient un quotient intellectuel moyen de 68 avec un retard prononcé dans les acquisitions.

Chez les autres enfants exposés à l'alcool in utéro, en fonction du degré de l'alcoolisation, les troubles étaient plus ou moins marqués avec des troubles du tonus, de la motricité fine, de la vue, de l'attention, des acquisitions du langage entraînant des problèmes importants de scolarisation et socialisation.

A l'âge adulte les porteurs de SAF présentaient des problèmes pour s'intégrer dans la société avec des interruptions de la scolarité, des comportements violents, des troubles du comportement sexuel, des problèmes judiciaires, des dépendances à des produits stupéfiants.

Cependant, lorsque le diagnostic de SAF ou d'EAF était précoce et que l'éducation s'était déroulée au sein d'un environnement stable, le risque d'observer ces comportements était diminué par un facteur deux à quatre [31].

III. Mesures de prévention

La politique de santé pour prévenir l'alcoolisation pendant la grossesse s'inscrit dans la continuité et repose sur diverses mesures réglementaires, recommandations professionnelles et actions de formations et d'information.

1. La prévention primaire

1.1. Les recommandations professionnelles

1.1.1. Les recommandations de la Société Française d'Alcoologie (SFA)

En 2002, la Société Française d'Alcoologie, a émis des recommandations pour la pratique clinique sur les conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse.

Ainsi, les professionnels de santé doivent **se former** sur les conséquences d'une exposition prénatale à l'alcool afin **d'apporter une information juste et optimale** à la femme enceinte.

Les risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse **doivent être portés à la connaissance du grand public**. De plus, ces informations étant susceptibles de modifier le comportement de consommation, ces risques doivent être rappelés **aux femmes enceintes ou celles désirant l'être**.

N'existant **pas de seuil de consommation d'alcool sans danger** pour les femmes enceinte**s, l'abstinence totale** de la consommation d'alcool pendant la grossesse doit leur être recommandée [2].

1.1.2. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)

La Haute Autorité de Santé a publié en 2005 et 2007 des recommandations de bonnes pratiques concernant l'information à dispenser aux femmes enceintes dans lesquelles il est écrit : «L'alcool a une **toxicité embryofœtale** [....] 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. **Il n'est pas possible de définir une dose minimale d'alcoolisation sans conséquences sur le fœtus**» [46].

Par ailleurs, la HAS précise qu'il faut bien informer la femme enceinte c'est-à-dire : « lui consacrer **du temps à l'information**, délivrer une information orale fondée sur les **données scientifiques actuelles**, apporter **une écoute attentive**, utiliser un langage et/ ou un **support adaptés**, proposer, si nécessaire, une consultation supplémentaire, si le volume et/ou la nature de l'information à donner le requièrent, fournir des informations écrites » [46,47].

1.2. Les mesures législatives

Au plan législatif, l'article L3311-3 du Code de la Santé Publique paru au Journal Officiel le 09 août 2004 a rendu obligatoire:

-la formation de tous les professionnels du secteur médico-social aux effets de la consommation d'alcool pendant la grossesse

-des campagnes d'informations sur la prévention du Syndrome d'Alcoolisation Fœtal et l'incitation des femmes enceintes à ne pas boire d'alcool.

- une information au collège et au lycée sur les risques sanitaires de la consommation d'alcool pendant la grossesse [48].

En 2006, une mesure règlementaire importante a été prise afin d'améliorer l'information des femmes enceintes et du grand public sur les dangers de la consommation d'alcool pendant la grossesse.

En effet, l'arrêté du 2 octobre 2006 relatif aux modalités d'inscription du message à caractère sanitaire recommandant l'abstinence de consommation d'alcool par les femmes enceintes sur les unités de conditionnement des boissons alcoolisées, a obligé les producteurs d'alcool à faire figurer sur l'ensemble des contenants de boissons alcoolisées un pictogramme ou un message sanitaire.

Cette mesure a été possible grâce à un amendement parlementaire déposé par Anne-Marie Payet avec le soutien du ministre chargé de la Santé et adopté le 19 octobre 2004 lors de la seconde lecture devant le Sénat du projet de loi sur les droits des personnes handicapées [49].

Dans le même sens, le plan périnatalité 2005-2007 comporte un remaniement du carnet de santé dans lequel est diffusé depuis 2007 des informations de prévention ainsi qu'un pictogramme d'interdiction de consommation d'alcool pendant la grossesse [50]. **(Figure 4)**

Figure 4 : Pictogramme d'interdiction de la consommation d'alcool pendant la grossesse.



1.3.Les campagnes de prévention

En 2004, le Ministère de la santé et de la protection sociale et l'Institut National de Prévention et d'éducation à la santé (INPES) a diffusé une campagne d'information visant à sensibiliser le grand public aux problèmes d'alcoolisation et notamment pendant la grossesse. Elle a été réalisée à travers des annonces dans la presse et des dépliants Alcool : votre corps se souvient de tout comprenant notamment le message «Zéro alcool pendant la grossesse» [51].

Une autre campagne de communication a été réalisée en septembre 2006 pour informer le grand public et les femmes enceintes sur les dangers de la consommation d'alcool pendant la grossesse et aussi pour leur faire connaître le pictogramme et le message sanitaire qui figurent sur la plupart des contenants de boissons alcoolisées.

En parallèle une communication a été réalisée auprès des professionnels de santé via notamment des messages dans la presse médicale spécialisée afin d'encourager les professionnels à aborder le sujet de l'alcool avec leurs patientes (tout au long de la grossesse) et avec les femmes désireuses d'avoir un enfant.

En plus de cette campagne dans la presse, les gynécologues, sages-femmes et professionnels des centres de protection maternelle et infantile (PMI) ont reçu un courrier de sensibilisation à la problématique de la consommation d'alcool et de tabac pendant la grossesse ainsi que plusieurs exemplaires d'un document d'information à remettre à leurs patientes. Ce document sous forme de carte postale présente les messages sanitaires, rappelle les risques liés à la consommation d'alcool et de tabac pendant la grossesse ainsi que la recommandation « Zéro alcool/ Zéro tabac pendant la grossesse [52].

1.4. Connaissances du public de ces recommandations

L' INPES dans son étude Alcool et grossesse : connaissances du grand public en 2007 et évolution en trois ans comparait les connaissances de la population des recommandations sur la consommation d'alcool pendant la grossesse avant et après les campagnes d'information de 2004 et de 2006.

Si la recommandation d'abstinence de consommation d'alcool pendant la grossesse était mieux connue en 2007 (86,9% des enquêtés) qu'en 2004 (81,5% des enquêtés), le niveau de consommation d'alcool présentant un risque pour le fœtus quant à lui n'était pas bien intégré. En effet, 29,9% des enquêtés savaient que le risque existait dès le premier verre, ils étaient 35% à citer une consommation hebdomadaire ou mensuelle, et 32,1 % une consommation quotidienne.

De plus, par apport à 2004, les personnes interrogées en 2007 étaient significativement plus nombreuses à donner une réponse prudente et moins nombreuses à citer une consommation quotidienne.

En revanche, certaines idées fausses persistaient en 2007, puisqu'une personne sur deux estimait moins dangereux de consommer du vin ou de la bière plutôt que des alcools forts [53].

2. La prévention secondaire

2.1. Les recommandations professionnelles

La Société Française d'Alcoologie recommande aux professionnels de périnatalité de s'enquérir des pratiques de consommation d'alcool chez toutes les femmes enceintes ou qui souhaitent le devenir.

Elle ajoute que les questionnaires peuvent être des moyens complémentaires à l'entretien. Ainsi, elle recommande de définir la valeur du score prédictif du questionnaire AUDIT chez la femme enceinte ainsi que la validation en français du questionnaire T-ACE, considéré comme étant le questionnaire présentant les meilleures

sensibilité et spécificités pour le repérage des conduites d'alcoolisations chez la femme enceinte.
Par ailleurs, l'utilisation des marqueurs biologiques dans un dépistage systématique n'est pas recommandée [2].

La circulaire de la Direction générale de la santé (DGS) du 12 octobre 2006 relative au repérage précoce intervention brève visait la diffusion nationale de la pratique du repérage précoce intervention brève en alcoologie par les médecins généralistes, afin que toute consommation à risque d'alcool soit dépistée systématiquement par les médecins généralistes pour intervenir le plus tôt possible. L'évaluation nationale continue du dispositif est réalisée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) [52].

De plus, à la demande du ministre chargé de la Santé, l'Institut de veille sanitaire (InVs) a mis en place un protocole d'étude afin d'apprécier la faisabilité de la surveillance épidémiologique du SAF.

Pour améliorer la reconnaissance des enfants atteints de SAF, une formation spécifique a été mise en place en 2006 dans les services de maternité impliqués dans cette surveillance [52].

2.2.Le dépistage de la consommation d'alcool

Dans le cas d'une alcoolisation pendant la grossesse, plusieurs situations existent:
- l'alcoolisation non perçue dans sa dangerosité pendant la grossesse, dès que la femme est informée des risques, elle arrête sa consommation.
Cette situation est majoritaire, l'alcool n'est qu'un épiphénomène de la grossesse.

- la grossesse survenant chez une femme malade alcoolodépendante : situation très minoritaire (moins de 1 % des grossesses) où la grossesse devient alors un épiphénomène de la maladie, mais qui rend nécessaire d'évoquer le problème de l'alcool et permet de l'aborder plus facilement.

- les situations frontières : la femme enceinte cumule plusieurs difficultés.
L'alcoolisation n'est qu'un problème parmi d'autres, qui sera aggravé si elle n'est pas prise en compte.

2 .1.1. L'interrogatoire

L'interrogatoire est le moyen le plus efficace pour évaluer la consommation d'alcool.

Une attention particulière doit être portée auprès des femmes plus à risque de présenter des troubles liés à l'alcool: celles présentant actuellement ou dans le passé des troubles psychiatriques, des problèmes de violences pendant l'enfance ou actuellement, des antécédents de dépendance aux substances psychoactives dont la nicotine, les opiacés, des antécédents personnels ou familiaux de dépendance à l'alcool et à fortiori des séquelles d'exposition prénatale à l'alcool [2, 40].

Le thème de l'alcool peut être intégré aux questions sur le mode de vie: activité physique, sommeil, consommations alimentaires.

Les questions doivent être simples et claires, sans connotation morale.
L'utilisation de questions comme « *Avant la grossesse, est-ce que vous buviez du vin à table? De la bière de temps en temps? Des apéritifs? Et depuis que vous êtes enceinte, est-ce que vous buvez du vin, des apéritifs de la bière? »* est à privilégier plutôt que des questions fermées comme *« Vous ne buvez pas d'alcool ? »* ou *« Pas de tabac, ni alcool? »* [2, 40, 52].

Si des éléments cliniques orientent vers une consommation ou un usage à risque des questions comme *« Qu'est-ce qui vous fait penser qu'il faudrait que vous changiez votre consommation ? »* ou *« L'alcool est-il un problème pour vous? »* permettent une ouverture au dialogue.

Parler d'alcool nécessite une écoute empathique, une absence de jugement de valeur. Il faut dédramatiser sans banaliser [52].

2.1.2. Les questionnaires

Des questionnaires peuvent aussi être utilisés, intégrés ou non dans un questionnaire de santé. Ils font partie des méthodes de repérage des personnes qui présentent ou qui sont en voie de présenter des problèmes avec l'alcool.

- Le questionnaire MAST (Michigan Alcoholism Screening Test)

Il est efficace pour le repérage de l'alcoolodépendance.
Il est validé. Sa spécificité est de 97 % et sa sensibilité de 38 %.
Sa longueur fait qu'il est peu utilisé en pratique. [Annexe I]

- Le questionnaire CAGE (Cutdown, Annoyed, Guilty, Eyeopener) ou DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool) en français

Il est validé, avec une spécificité de 50 à 95 % et une sensibilité de 60 à 95%.
Il permet le repérage des patients dépendants plus que les patients à problèmes.
Il est facile et rapide d'utilisation. [Annexe II]

- Le questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification)

Il a été développé par 1'OMS et validé pour une utilisation dans la population générale ainsi que dans les populations spécifiques. Il est considéré comme l'un des meilleurs tests pour la détection de l'utilisation nocive d'alcool.
Il a une spécificité de 91 % et une sensibilité de 89 %.

Dans le cadre de l'obstétrique, il explore les habitudes de consommation d'alcool durant les douze derniers mois précédant la grossesse ainsi que depuis le début de celle-ci.

Le score aux dix premiers items permet d'évaluer le risque alcool chez la mère et les trois derniers, le risque fœtal.
Un score supérieur à 6 est signe d'une consommation à risque ou à problèmes sans

dépendance.
Un score supérieur à 12 signifie une dépendance.

L'inconvénient de ce questionnaire est sa longueur, c'est pourquoi une alternative peut être utilisée: l'AUDIT-C.
Il comprend uniquement les trois dernières questions du questionnaire précédent et permet donc uniquement de quantifier le risque fœtal qui est le plus important à ce moment de la vie. [Annexe III]

- Le questionnaire T-ACE

Comprenant quatre items (Tolerance, Annoy, Cut-down, Eye opener), il a été développé spécifiquement pour la pratique obstétricale.
Il est coté de 0 à 5 (1 point par item sauf pour le T qui est coté 2). Il est considéré comme positif pour un score égal ou supérieur à 2.

Il aborde de façon indirecte la consommation d'alcool puisqu'il s'enquiert de la tolérance quant aux effets de celui-ci, des conséquences psychologiques et de l'avis de l'entourage sur cette consommation.

Il est considéré comme la manière la plus efficace de détecter une consommation excessive d'alcool pendant la grossesse. Il présente en effet, une spécificité de 70 à 75% et une sensibilité de 83 à 85%, en faisant ainsi un moyen de repérage supérieur aux marqueurs biologiques [Annexe IV] [2, 5, 40, 52, 54].

2.1.3. Les marqueurs biologiques

Les marqueurs biologiques peuvent constituer, lors de la consultation, un élément diagnostic important par leur objectivité. La mesure d'alcool dans le sang ou dans l'air expiré, la gamma glutamyl transferase (γGT), le Volume Globulaire Moyen (VGM), la carbohydrate deficient transferrin (CDT) et les transaminases sont parmi les plus utilisés.
Ce sont des marqueurs d'alcoolisation et non des marqueurs de dépendance.

- Mesure de l'éthanol

Dans une situation aiguë, la prise d'alcool récente peut être dépistée par la mesure de l'éthanol présent dans l'air expiré, le sang ou les urines.

- Les transaminases (ASAT et ALAT)

Ces enzymes hépatiques sont utilisées comme marqueurs biologiques d'une alcoolisation chronique puisque leur concentration sérique augmente en cas d'alcoolisation. Elles sont plus considérées comme un indice de souffrance hépatique.

Le rapport ASAT/ALAT peut être utilisé pour distinguer une hépatopathie liée à l'alcool d'une autre hépatopathie. Comme la valeur de l'ASAT est souvent plus grande que celle de l'ALAT dans les hépatopathies alcooliques, un rapport supérieur à 1 suggère que l'alcool pourrait être à l'origine de celle-ci.

- Le volume globulaire moyen (VGM)

Ce marqueur augmente après deux mois de consommation régulière, excessive. Il présente une bonne spécificité (90 %) à l'inverse de sa sensibilité (30 à 40 %). Certains facteurs peuvent influencer ce VGM, tels que des carences en vitamine B12 ou en folates, une anémie, une pathologie hépatique, ce qui le rend difficile d'utilisation chez la femme enceinte.

- La gamma glutamyl transférase (γGT)

La γGT est une enzyme membranaire d'origine hépatique.
La fréquence, la durée et le profil de l'alcoolisation nécessaires pour entraîner une augmentation de la concentration des γGT ne sont toujours pas bien établis, même s'il est habituellement entendu qu'une alcoolisation quotidienne supérieure à 80 g par jour durant au moins trois semaines est nécessaire pour augmenter le taux de γGT sérique. Son dosage seul a une sensibilité qui reste faible entre 34% et 84% et une spécificité entre 60% et 70 %.

- La carbohydrate deficient transferrin (CDT)

La CDT est le meilleur marqueur biologique dans le dépistage d'un usage nocif d'alcool. Une consommation de 50 à 80g d'alcool pur par jour pendant huit jours augmente le taux de CDT. Après arrêt de la consommation d'alcool, la CDT diminue et se normalise en deux à trois semaines.
Son résultat est exprimé en pourcentage de transferrine totale est doit être inférieur à 2,3%.
Sa sensibilité est de 90% et sa spécificité est meilleure, de l'ordre de 90%.
Le dosage de la CDT est influencé par la grossesse, les hépatites chroniques ou la cirrhose. Il est plus performant associé à celui des γGT sous la forme d'un index γGT-CDT exprimé en pourcentage.

Afin de conclure sur une consommation d'alcool, l'ensemble de ces facteurs doit être analysé. Cependant, lorsque la consommation est modérée, les paramètres biologiques peuvent être normaux [2, 44, 52, 54].

3. La Prévention tertiaire

3.1. Les recommandations professionnelles

Lorsqu'une femme s'alcoolise l'arrêt de la consommation de boissons alcooliques est recommandé à tout moment de la grossesse.

Des entretiens motivationnels et des interventions brèves doivent être développés par les professionnels car ces méthodes sont susceptibles de modifier la consommation d'alcool de la femme enceinte.

Dans le cadre d'une prise en charge alcoolique l'utilisation des marqueurs biologiques est légitime en complément aux entretiens cliniques.

Le mésusage d'alcool durant la grossesse nécessite un accompagnement pluridisciplinaire. Idéalement il devrait pouvoir se faire dans le cadre d'un réseau formalisé fonctionnant en cohérence avec les réseaux préexistants de la petite enfance afin d'assurer les meilleurs soins à l'enfant et sa famille.

Le sevrage chez la femme enceinte qui présente un syndrome de dépendance à l'alcool doit être accompagné médicalement.

Les professionnels de l'addictologie doivent tout mettre en œuvre pour faciliter l'accès aux soins ambulatoires et résidentiels des femmes enceintes qui s'alcoolisent, qui, de fait, présentent une grossesse à risque.
De plus, elles doivent bénéficier d'un accès en urgence à la filière de soins.

La promotion des associations de femmes anciennes consommatrices est recommandée car elles peuvent aider à l'accès aux soins.

L'accompagnement avant, pendant et après la grossesse d'une femme ayant un mésusage d'alcool doit prendre en compte l'importance du lien mère-enfant tout en prenant aussi en compte la place du père, de la fratrie, et de l'entourage.

Quand il n'a pas été fait durant la grossesse, le diagnostic d'exposition prénatale à l'alcool doit être établi précocement après la naissance afin de procurer aux enfants et à leurs mères les soins les plus appropriés.

La formalisation de réseaux autour de la problématique des conduites d'alcoolisation durant la grossesse est recommandée. Ce fonctionnement en réseau doit

permettre d'assurer les meilleurs soins à l'enfant et sa famille.
Le travail pluridisciplinaire doit permettre, en organisant au mieux l'accueil de l'enfant, d'éviter les placements en urgence.

L'enfant alcoolisé in utero doit pouvoir compter dès avant sa naissance sur des soins de qualité, grâce à la sensibilisation du personnel médico-psycho-social et éducatif.

Enfin, l'entourage de l'enfant doit être aidé et soutenu.

Pour aider les équipes à organiser la prise en charge des femmes enceintes ayant une addiction, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a rédigé et diffusé un guide de bonnes pratiques pour les équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie (ELSA) comprenant une fiche de recommandations spécifiques [2, 52].

3.2. La prise en charge d'une femme enceinte qui s'alcoolise

Lorsqu'une femme enceinte présente des problèmes de dépendance à l'alcool, sa grossesse est considérée comme « à risque » est doit donc bénéficier d'un suivi particulier reposant sur une prise en charge pluridisciplinaire.

Ce travail en partenariat doit être individualisé et personnalisé avec notamment un professionnel de confiance désigné comme référent de proximité (souvent le médecin traitant) et/ou dans le cadre du réseau de santé en périnatalité un professionnel spécialiste référent pour la grossesse.

Le suivi obstétrical mensuel est réalisé par un gynécologue-obstétricien, une sage-femme ou un médecin généraliste.
Au cours de ces consultations, en dehors de l'examen clinique, le professionnel de santé doit mettre en confiance la femme en se montrant disponible, à l'écoute, bienveillant et en valorisant sa fonction de mère.

Les échographies doivent faire l'objet d'un examen attentif à la recherche de signes de syndrome d'alcoolisation fœtale, notamment d'un retard de croissance intra-utérin.
En fonction des signes diagnostiqués à l'échographie, d'autres échographies de

surveillance peuvent être nécessaires, ainsi qu'une surveillance par monitoring à domicile par une sage-femme libérale ou de protection maternelle et infantile (PMI).

Lorsqu'une consommation d'alcool chez la femme enceinte est détectée, le professionnel de santé, peut dans un premier temps, lui prodiguer des conseils et proposer une aide pour mettre un terme à sa consommation d'alcool. Par exemple: « *Vous et votre bébé vous porteriez mieux sans consommation d'alcool. Si cela vous est difficile, un accompagnement spécialisé est possible. Je vous propose de faire le point dans quinze jours, mais n'hésitez pas à m'appeler d'ici là si vous souhaitez qu'on se voie plus tôt ».*

Il est nécessaire de revoir la patiente 15 jours après, afin de réévaluer sa consommation et parler notamment de ses envies de boire.

Si elle a des difficultés pour arrêter sa consommation, une consultation en addictologie doit lui être proposée.

Ainsi, l'addictologue peut instaurer un protocole de sevrage adapté.

Parfois, une hospitalisation est nécessaire. La question du soin sans consentement doit alors être discutée entre professionnels chez une patiente qui ne parvient pas à stopper sa consommation. Même si le fœtus n'a pas de statut juridique, il s'agit d'un être vivant et aucune recommandation n'est écrite dans ce cadre-là, malgré la gravité de la situation. Des décisions collégiales doivent être prises dans les situations graves.

D'autre part, une consultation anténatale avec un pédiatre peut être réalisée.

Elle a pour objectifs:

- d'informer les parents sur les risques pour l'enfant, sur l'importance du suivi précoce et adapté de l'enfant par un pédiatre formé et par un centre d'action médico-social-précoce (CAMSP)
- de programmer un examen de l'enfant à la naissance par un pédiatre formé au dépistage du SAF et autres troubles causés par l'alcoolisation fœtale.
- la recherche des conséquences cliniques d'une éventuelle alcoolisation antérieure de la mère sur la fratrie existante afin de préciser un diagnostic éventuel et d'entamer une prise en charge spécialisée en cas de diagnostic positif
- de préparer le retour à domicile.

En cas de forte suspicion de SAF par le pédiatre, il peut préparer un suivi précoce et spécialisé sur le long terme de l'enfant avec les professionnels de proximité.

MATERIEL ET METHODES

I. Objectifs et type de l'étude

Une étude observationnelle transversale descriptive a été réalisée.

L'objectif principal de cette étude était d'établir un état des lieux des connaissances des professionnels de périnatalité sur les risques de l'alcoolisation maternelle pendant la grossesse.

Le premier objectif secondaire était d'évaluer la pratique du dépistage de la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Le deuxième objectif secondaire était d'en évaluer la prévention primaire réalisée.

Le troisième objectif secondaire était de connaître l'avis des acteurs de périnatalité sur la prise en charge des femmes enceintes consommatrices d'alcool.

II. Matériel

1. Critères d'inclusion

La population étudiée regroupait:

- Les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens exerçant en milieu hospitalier, en cliniques privées, ayant une activité en consultations prénatales de suivi de grossesse.

Cette population a été étudiée dans neuf maternités de la région Auvergne.
A savoir :

– Maternité de niveau III : Centre Hospitalier Universitaire Estaing à Clermont-Ferrand (63)

– Maternités de niveau II : Centres Hospitaliers d' Aurillac (15), Le Puy-en-Velay (43), Montluçon (03), Moulins (03), Vichy (03) et Clinique de la Chataigneraie à Beaumont (63)

– Maternités de niveau I : Centre Hospitalier d'Issoire (63), Saint-Flour (15).

- Les sages-femmes exerçant en cabinet libéral dans la région Auvergne.

- Les gynécologues-obstétriciens et médicaux exerçant en cabinet libéral dans la région Auvergne.

- Un échantillon de 132 médecins généralistes exerçant en cabinet libéral dans la région Auvergne.

La taille de cet échantillon correspondait à la moyenne des effectifs de sages-femmes et de gynécologues de notre population. L'échantillonnage s'est ensuite effectué par tirage au sort de 33 médecins dans chaque département constituant la région Auvergne.

2. Critères d'exclusion

Les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes ne pratiquant pas les consultations prénatales de suivi de grossesse ou travaillant en centre de protection maternelle et infantile étaient exclus de l'étude.

3. Règles éthiques

Le consentement des sages-femmes cadres de santé et/ou des médecins chefs de services a été préalablement recueilli à l'aide de formulaires d'autorisation de distribution datés et signés.

L'anonymat des professionnels ayant répondu au questionnaire a été respecté.

III. Méthodes

1. Critères de jugements

Le critère de jugement principal était le pourcentage de professionnels à connaître les risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Le premier critère de jugement secondaire était le taux de personnes posant la question d'une consommation d'alcool pendant la grossesse.

Le deuxième critère de jument secondaire était la fréquence de l'information donnée sur les risques d'une alcoolisation pendant la grossesse.

Enfin, le dernier critère de jugement secondaire était le niveau de facilité déclaré par les professionnels de périnatalité pour prendre en charge une femme enceinte s'alcoolisant.

2. Méthode d'intervention

L'étude a été menée du 17février 2014 au 17 mars 2014.

Les professionnels de santé ont été interrogés de façon anonyme par l'intermédiaire d'un questionnaire (Annexe VI) comportant 30 questions, nous avons tenté de rattacher chaque question à une dimension et nous avons obtenu le découpage suivant :

- I) Population étudiée : questions 1 à 5 incluse.
- II) Connaissances des professionnels sur les risques de l'alcoolisation maternelle : questions 6 à 13 incluse.
- III) Pratiques des professionnels du dépistage de l'alcoolisation maternelle pendant la grossesse : questions 14 à 20 incluse.
- IV) Réalisation de la prévention primaire de l'alcoolisation maternelle pendant la grossesse : questions 21 à 25 incluse
- V) Avis des professionnels sur sa prise en charge : questions 26 à 29 incluse.
- La question 30 était une question ouverte permettant aux professionnels de

s'exprimer librement sur le sujet.

Ces questionnaires ont été distribués soit par nous-même, soit par l'intermédiaire des cadres de services des différentes maternités.
Ceux qui étaient destinés aux professionnels libéraux ont été envoyés par courrier. Afin de faciliter leur retour, une enveloppe réponse affranchie était jointe au questionnaire.

Le nombre de questionnaires a été réparti en fonction des conseils communiqués par les cadres de chaque maternité sur le nombre de questionnaires à envoyer :

- 33 questionnaires à la maternité de Vichy
- 20 questionnaires à la maternité de la clinique de la Chataigneraie
- 25 questionnaires à la maternité d'Estaing
- 15 questionnaires à la maternité d'Issoire
- 15 questionnaires à la maternité de Montluçon
- 13 questionnaires à la maternité du Puy-en-Velay
- 8 questionnaires à la maternité de Thiers
- 8 questionnaires à la maternité d'Aurillac
- 8 questionnaires à la maternité de Saint-Flour
- 7 questionnaires à la maternité de Moulins

Soit :

25 questionnaires en niveau III

96 questionnaires en niveau II

31 questionnaires en niveau I

Des questionnaires ont également étaient envoyés par courrier :

- 81 questionnaires aux sages-femmes libérales
- 32 questionnaires aux gynécologues libéraux
- 132 questionnaires aux médecins généralistes

IV. Analyse statistique

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées avec le logiciel Microsoft Excel d'une part et le logiciel R d'autre part.

Afin de mettre en évidence un lien entre deux variables qualitatives, le test du Khi carré de Pearson a été utilisé lorsque les effectifs attendus sous l'hypothèse nulle étaient supérieurs à 5.

Une valeur de « p » nous permettait d'analyser si le lien observé entre ces deux variables était dû au hasard avec un seuil de 5%.

Ainsi, quand p était <0.05 la différence entre deux échantillons est statistiquement significative.

RESULTATS ET ANALYSE

Dans cette étude, 388 questionnaires ont été distribués et 209 ont été retournés. Le taux de réponse était donc de 53,8%.

I. Population étudiée.

La population étudiée était composée de 149 femmes (soit 71,3%) et 60 hommes soit (28,7%).

En ce qui concerne la profession exercée par les professionnels répondant, 90 étaient des sages-femmes (soit 43,1%), 41 étaient des gynécologues-obstétriciens (soit 19,6%) ; 7 étaient des gynécologues médicaux (soit 3,3%) et enfin, 71 étaient des médecins généralistes (soit 34%).

1. Lieu d'exercice

Tableau I : Répartition des professionnels selon le secteur d'exercice (n=209)

	Sages-femmes (n=90)	**Gynécologues (obstétriciens et médicaux (n=48)**	**Médecins généralistes (n=71)**
	n (%)	**n (%)**	**n (%)**
Maternité de niveau I	4 (1,9%)	9 (4,3%)	0
Maternité de niveau II	36 (17,2%)	18 (8,6%)	0
Maternité de niveau III	5 (2,3%)	8 (3,8%)	0
Libéral	40 (19,1%)	12 (5,7%)	71 (100%)
Milieu hospitalier et libéral	5 (2,3%)	1 (0,4%)	0

Au sein de la population de sages-femmes (n=90): 4,4% (n=4) exerçaient exclusivement dans un établissement de niveau I ; 40,0% (n=36) exerçaient exclusivement dans un établissement de niveau II ; 5,5% (n=5) exerçaient exclusivement dans un établissement de niveau III ; 44,4% (n=40) exerçaient en libéral et 5,5% (n=5) exerçaient à la fois en milieu hospitalier et en libéral.

Parmi les gynécologues (n=48) : 18,7% (n=9) exerçaient exclusivement dans un établissement de niveau I; 37,5% (n=18) exerçaient exclusivement dans un établissement de niveau II; 16,6% (n=8) exerçaient exclusivement dans un établissement de niveau III; 25,0% (n=12) exerçaient exclusivement en cabinet libéral; 2,0% (n=1) exerçaient à la fois en milieu hospitalier et en libéral.

2. Age de la population

Parmi les professionnels participant à l'étude :
- 18 avaient entre 20 ans et 29 ans soit 8,6% de la population
- 32 avaient entre 30 ans et 39 ans soit 15,3% de la population
- 46 avaient entre 40 ans et 49 ans soit 22,0% de la population
- 72 avaient entre 50 ans et 59 ans soit 34,4% de la population
- 41 avaient plus de 60 ans soit 19,1% de la population.

L'âge moyen de la population était compris entre 40 et 50 ans.

3. Année d'obtention du diplôme

Les personnes interrogées ont été diplômées entre 1975 et 2013.

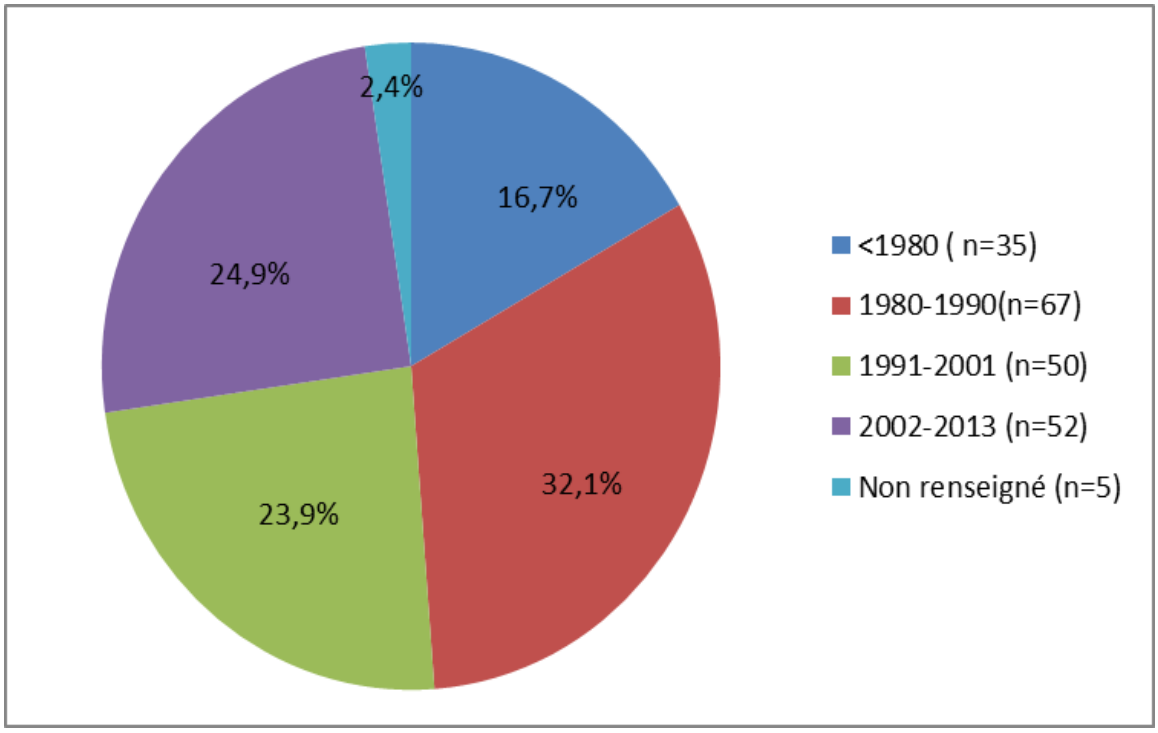


Figure 1: Année d'obtention du diplôme (n=209)

L'année moyenne d'obtention du diplôme était 1992.

II. Connaissances des professionnels sur les risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse.

1. Formation des professionnels sur l'alcoolisation maternelle

1.1. La formation initiale

La majorité des professionnels interrogés soit 52,1% (n=109) n'avaient pas reçu d'enseignement sur les risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse au cours de leur formation initiale tandis que 47,8% (n=100) en avaient reçu un.

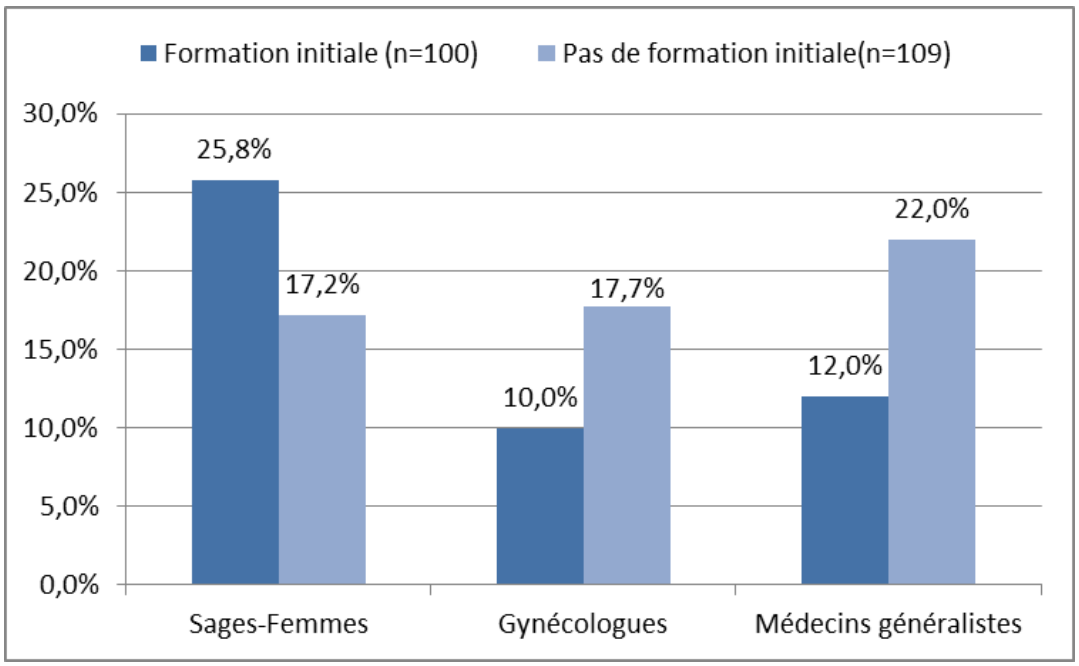


Figure 2 : Taux de personnes ayant eu une formation initiale sur l'alcoolisation maternelle pendant la grossesse en fonction de la profession (en %)

Les sages-femmes étaient 25,8% (n=54) à avoir reçu un enseignement au cours de leur formation initiale alors que ce n'était pas le cas de 17,2% (n=36) d'entre elles.

Les gynécologues-obstétriciens et médicaux quant à eux étaient 10,0% (n=21) à avoir bénéficié d'une formation contre 17,7% (n=37).

La majorité des médecins généralistes soit 22,0% (n=46) n'étaient pas formés à ce sujet contre 12,0% (n=25) qui l'étaient.

Entre la profession exercée et le fait d'avoir été formé sur les risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse il existe une différence significative, en effet le Khi carré était de 13,04 et le p = 0,0045.

De plus, cette formation était d'une durée comprise entre 30 minutes et 15 heures selon les réponses des professionnels.
La durée moyenne était de 2 heures et 30 minutes.

- Lien entre l'année d'obtention du diplôme et la formation initiale

Tableau II : Lien entre l'année d'obtention du diplôme et la formation initiale (n=209)

Année d'obtention du diplôme	**Formation initiale (n=100)** % (n)	**Pas de formation initiale (n=109)** % (n)
< 1980	5,7% (n=12)	11,0% (n=23)
Entre 1980 et 1990	10,5% (n=22)	21,5% (n=45)
Entre 1991 et 2001	12,0% (n=25)	12,0% (n=25)
Entre 2002 et 2013	19,6% (n=41)	5,2% (n=11)
Non renseigné	2,4% (n=5)	0

Le nombre de professionnels formés sur l'alcool et la grossesse au cours de leur formation initiale a été multiplié par 3,5 en 38 ans.

L'année d'obtention du diplôme était corrélée de manière significative avec le fait d'avoir bénéficié d'un enseignement au cours de la formation initiale, en effet le Khi carré valait 71,21 et p=0,000143.

- Avis des professionnels sur la qualité de leur formation initiale

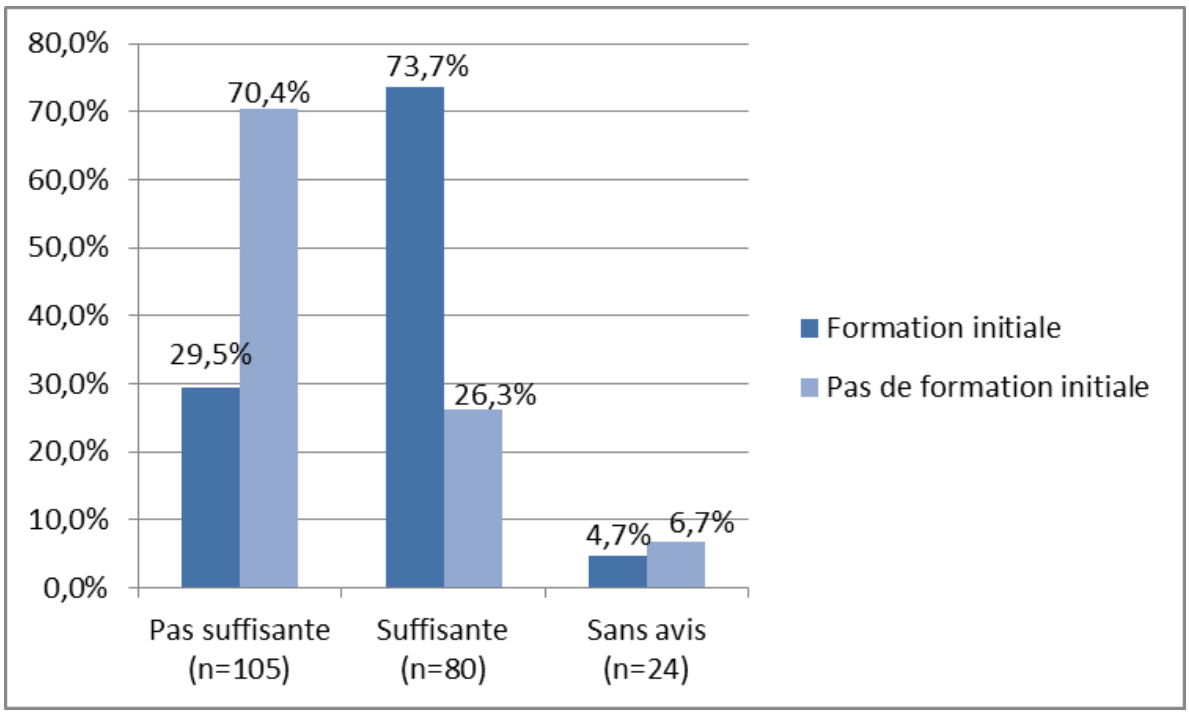


Figure 3 : Répartition de l'avis des professionnels sur la qualité de leur formation initiale pour leur pratique clinique (en %)

Parmi les professionnels interrogés 50,2% (n=105) considéraient leur formation initiale insuffisante pour leur pratique quotidienne dans le cadre du problème de la consommation d'alcool pendant la grossesse car soit ils n'avaient pas bénéficié d'enseignement sur les risques de l'alcoolisation maternelle, soit quand ils en avaient eu, celui-ci était jugé trop court et considéré comme purement théorique sans explications sur comment aborder la question de l'alcool, ni comment prendre en charge une femme enceinte qui s'alcoolise.

Par ailleurs, 70 ,4% (n=74) d'entre eux n'avaient pas bénéficié d'enseignement sur ce thème tandis que 29,5 % (n=31) si.

Au sein des 38,2% (n=80) qui trouvaient leur formation initiale suffisante; 73,7% (n=59) avaient reçu un enseignement et 26,3% (n=21) n'en avait pas reçu.

Enfin 11,4% (n=24) des personnes interrogées n'avaient pas d'avis sur la question

1.2. Le développement professionnel continu.

En ce qui concerne le développement professionnel continu, 106 professionnels étaient formés sur le thème « Alcool et grossesse » tandis que 103 ne l'étaient pas.

- Les moyens utilisés par les professionnels pour le développement professionnel continu.

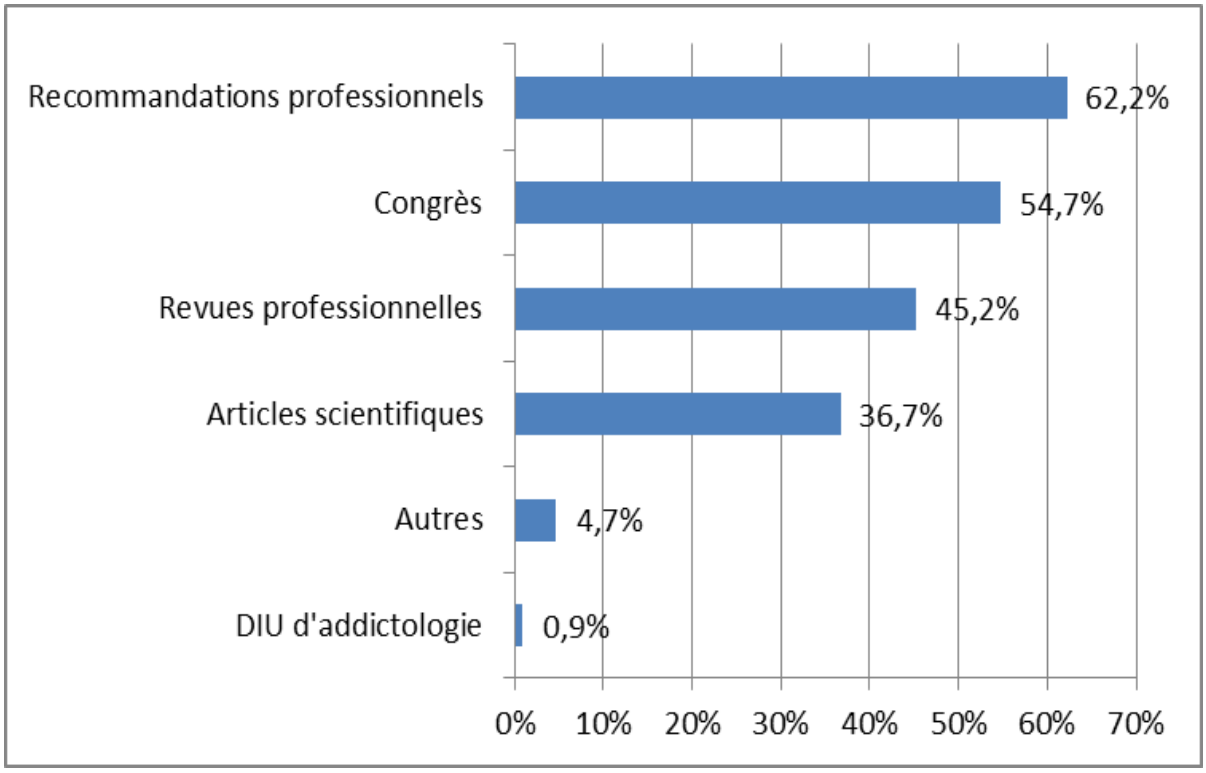


Figure 4 : Taux en pourcentage des outils les plus utilisés pour le développement professionnel continu (n=106)

Les outils utilisés par les professionnels pour se former sur le thème « Alcool et grossesse » étaient à 62,2% (n= 66) les recommandations professionnelles; à 54,7% (n=57) les congrès; à 45,2% (n=48) les revues professionnelles; à 36,7% (n=39) les articles scientifiques et à 0,9% (n=1) un diplôme en addictologie.

Les autres moyens utilisés à 4,7% (n=5) étaient pour 2,8% (n=3) une formation avec un addictologue; pour 0,9% (n=1) un DIU de psycho parentalité et pour 0,9% (n=1) la participation à une étude sur la consommation d'alcool des femmes enceintes.

- Raisons pour lesquelles les professionnels ne se sont pas formés

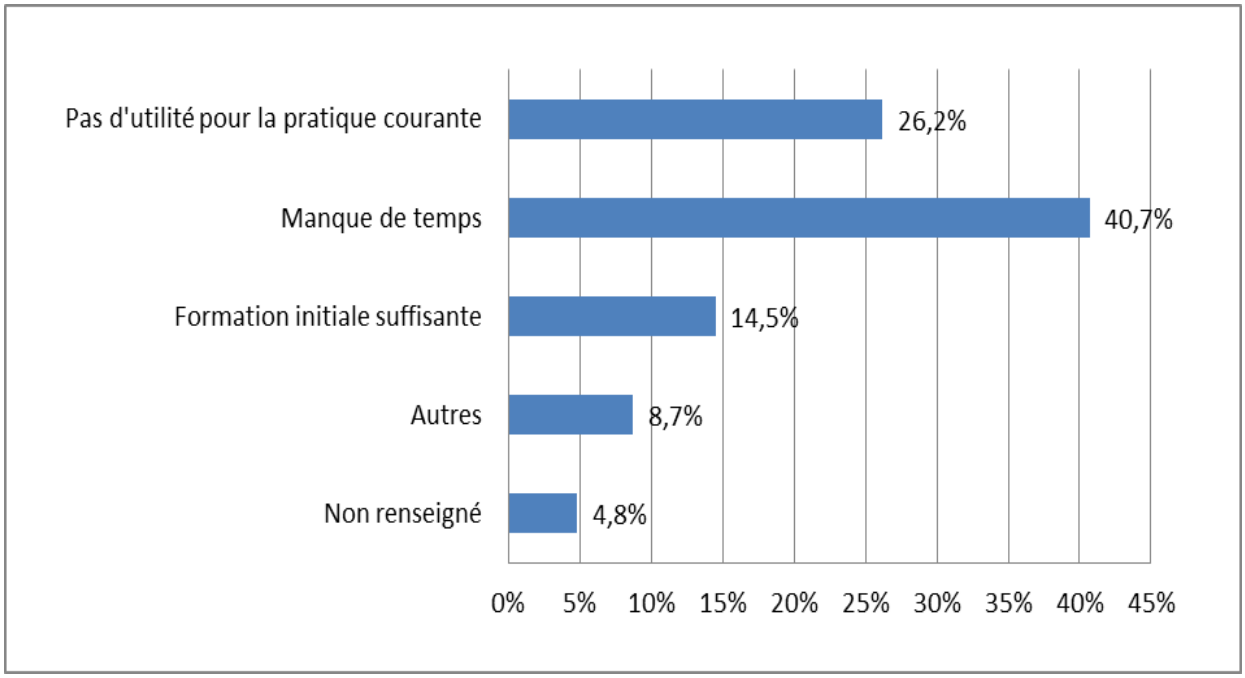


Figure 5: Taux en pourcentage des raisons pour lesquelles les professionnels ne se sont pas formés sur le thème « Alcool et grossesse » (n=103)

La figure 5 montre que 40,7% (n=47) des professionnels justifiaient le fait de ne pas s'être formé par un manque de temps; 26,2% (n=27) trouvaient que cela n'avait pas d'utilité pour leur pratique courante; 14,5% (=15) estimaient que leur formation initiale était suffisante; 8,7% (n=9) évoquaient d'autres raisons parmi lesquelles: le manque d'opportunités à 3,8% (n=4); l'obtention récente du diplôme à 2,9% (n=3) et d'autres formations privilégiées à 1,9% (n=2).

Et 4,8% (n=5) n'avaient pas répondu à cette question.

2. Connaissances des professionnels des risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse.

2.1. Connaissances des risques d'une alcoolisation maternelle : réponses aux questions

Le questionnaire distribué comprenait 12 affirmations sur les conséquences d'une consommation d'alcool pendant la grossesse.

Le taux de bonnes réponses était de 68,9% : avec un taux de réponses justes de 78,5% (n=71) parmi les sages-femmes, un taux de 78,4% (n=37) parmi les gynécologues et enfin un taux de 50,7% (n=36) parmi les médecins généralistes.

Tous connaissaient la recommandation d'abstinence d'alcool tout au long de la grossesse.

Toutefois, 36,8% (n=77) des professionnels de santé estimaient qu'il existait un seuil de consommation en dessous duquel l'alcool n'était pas toxique pour le fœtus.

De même, pour 40,2% (n=84) la diminution de la consommation d'alcool quel que soit le terme de la grossesse ne paraissait pas bénéfique pour l'enfant à naître.

Ils étaient 3,3% (n=7) à penser qu'en dessous d'une consommation de 3 verres d'alcool par jour il n'existait pas de risques pour le fœtus.

Enfin, 2,8% (n=6) des professionnels croyaient que l'alcoolémie fœtale restait inférieure à celle maternelle et 1,4% (n=3) d'entre eux pensaient que l'alcool n'était pas tératogène pour le fœtus.

Concernant, le syndrome d'alcoolisation fœtale :

Dans les praticiens interrogés 19,1% (n=40) pensaient que le SAF était la seule manifestation possible d'une consommation d'alcool pendant la grossesse; de même que 13,8% (n=29) des personnes interrogées ignoraient qu'une alcoolisation fœtale pouvait entraîner des troubles neuro-développementaux sans autres signes cliniques.

Enfin, pour 8,6% (n=18) d'entre eux, le SAF n'apparaissait que pour des consommations régulières d'alcool et pour 3,3% (n=7) pour des consommations massives.

2.2. Les signes cliniques du syndrome d'alcoolisation fœtale

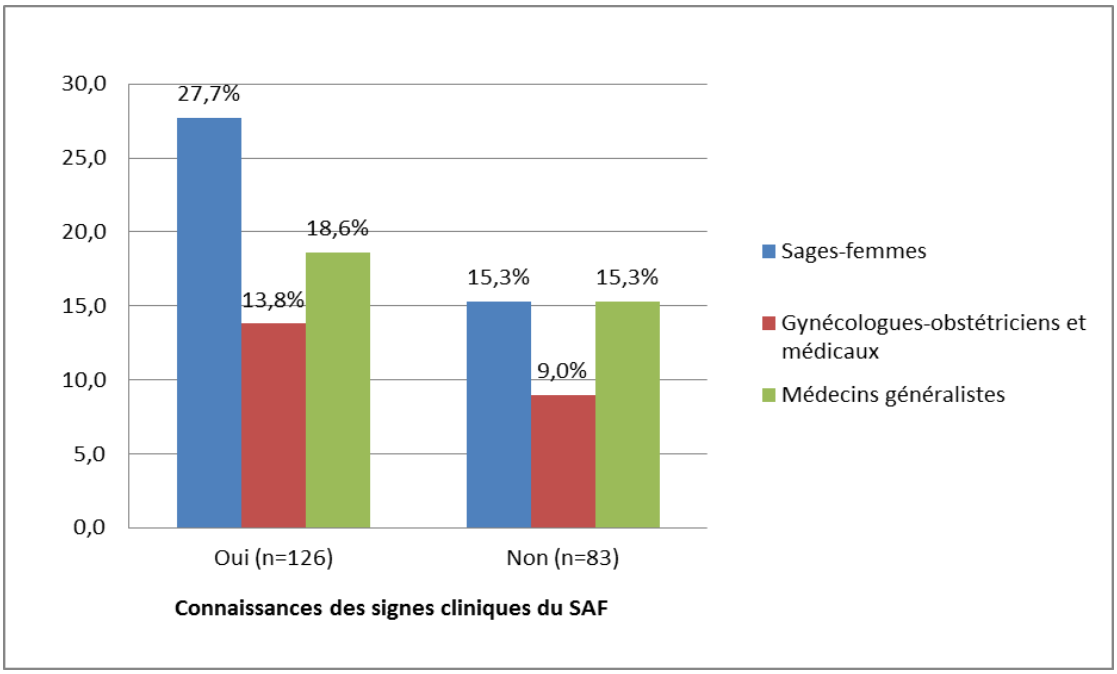


Figure 6: Taux de réponse des professionnels sur leurs connaissances des signes cliniques du SAF (n=209)

Les professionnels interrogés sur leurs connaissances des signes cliniques du syndrome d'alcoolisation fœtale complet étaient 60,2% (n=126) à savoir répondre à cette question tandis que 39,7% (n=83) ne savaient pas.

Les sages-femmes étaient 27,7% (n=58) à avoir répondu ; les médecins généralistes étaient 18,7% (n=39) et les gynécologues-obstétriciens et médicaux étaient 13,8 % (n=29).

Parmi ceux n'ayant pas répondu; 15,3% (n=32) étaient sages-femmes; 15,3% (n=32) étaient médecins généralistes et 9,0% (n=29) étaient gynécologues.

- Signes cliniques évoqués

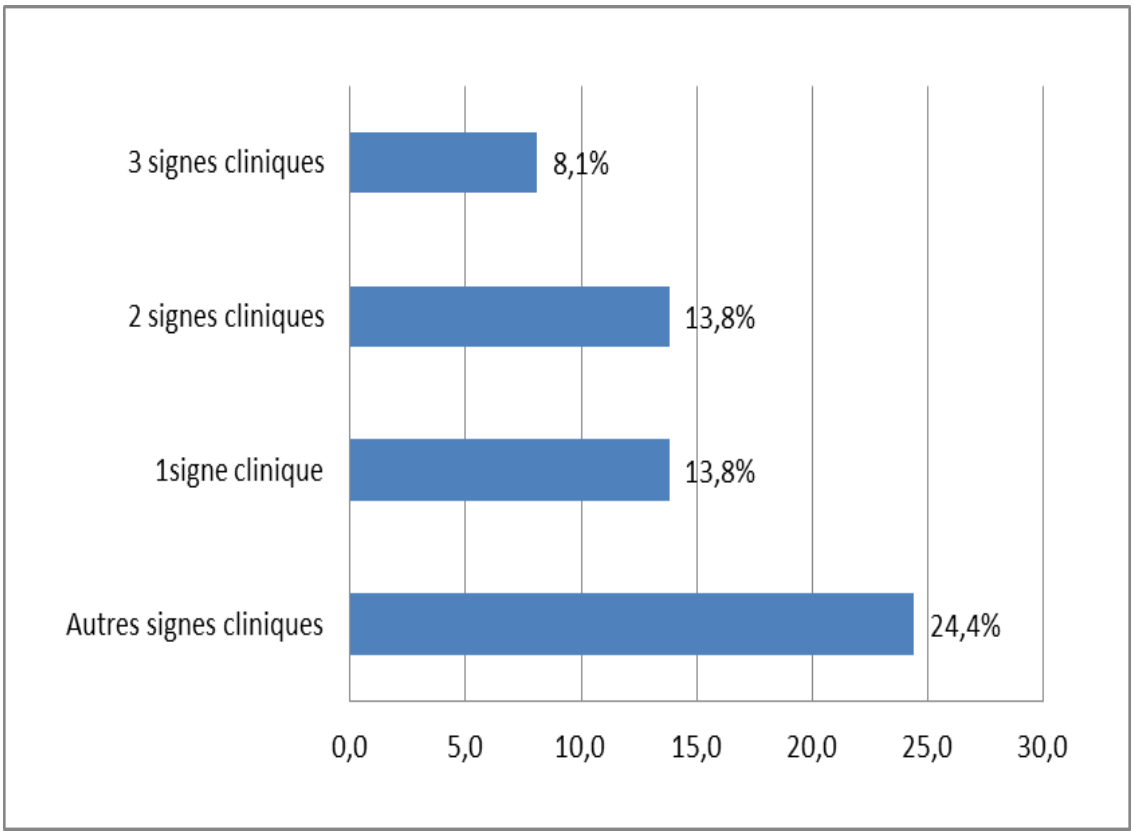


Figure 7 : Taux de professionnels connaissant les signes cliniques du SAF (n=209)

Dans cette question ouverte, pour laquelle les professionnels devaient citer les signes cliniques permettant de faire le diagnostic du syndrome d'alcoolisation fœtale complet, seulement 17 professionnels soit 8,1% ont cités les trois signes cliniques (le RCIU, la dysmorphie crânio-faciale et l'atteinte du système nerveux central).

De plus, 29 professionnels soit 13,8% ont cité deux signes cliniques de la triade tandis que 29 autres soit 13,8% en ont cité un.

Ainsi, ce sont 24,4% d'entre eux (n=51) qui ne mentionnaient aucune des trois caractéristiques sur lesquelles se fondent le diagnostic du SAF. Cette proportion était de 64,1% (n=134) si toutes les personnes n'ayant pas répondu à la question étaient inclues).

- Fréquence des signes cliniques du SAF cités par les professionnels

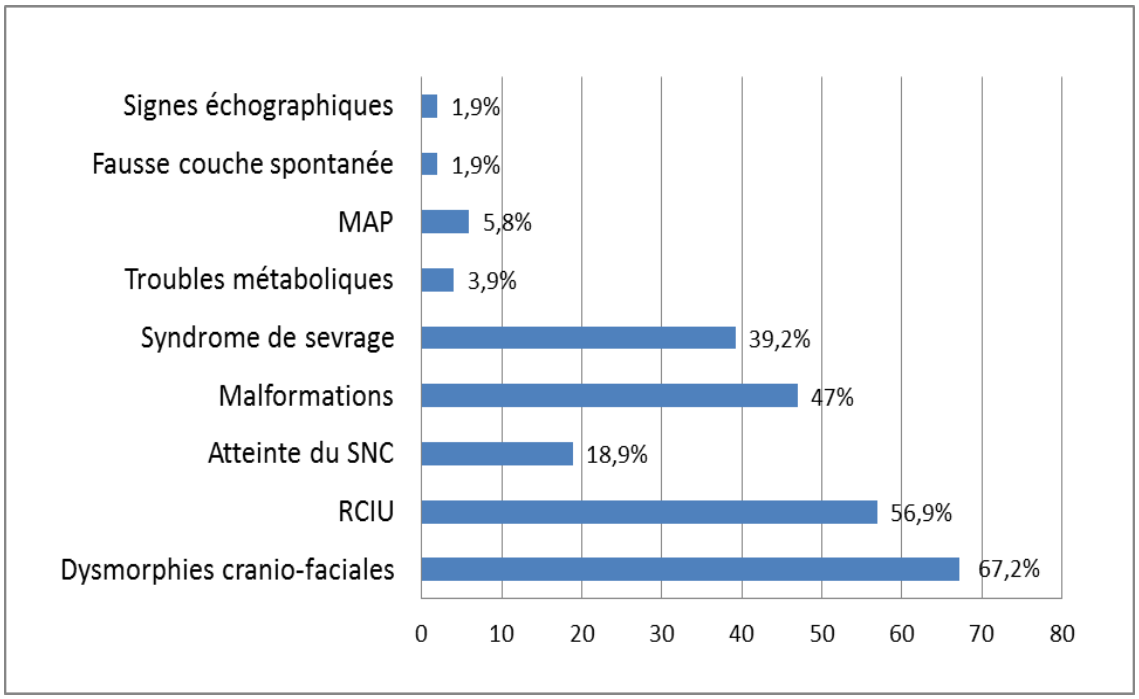


Figure 8: Fréquence des signes cliniques cités par les professionnels (en %)

Les signes de la triade les plus souvent cités étaient dans l'ordre : les dysmorphies cranio-faciales à 67, 2%; le RCIU à 56,9% et enfin, l'atteinte du système nerveux central à 18,9%.

Les autres signes cliniques les plus fréquemment cités étaient dans l'ordre : les malformations (retrouvées dans 47,0% des réponses) et le syndrome de sevrage (cité à 39,2%). De manière moins récurrente, les autres signes évoqués étaient la menace d'accouchement prématurée (citée à 5,8%); les troubles métaboliques à la naissance (retrouvés à 3,9%); les fausses couches spontanées et les signes échographiques sans autres précisions (cités dans 1,9% des réponses).

III. Le dépistage de l'alcoolisation maternelle pendant la grossesse.

1. Abord de la consommation d'alcool par les professionnels de santé

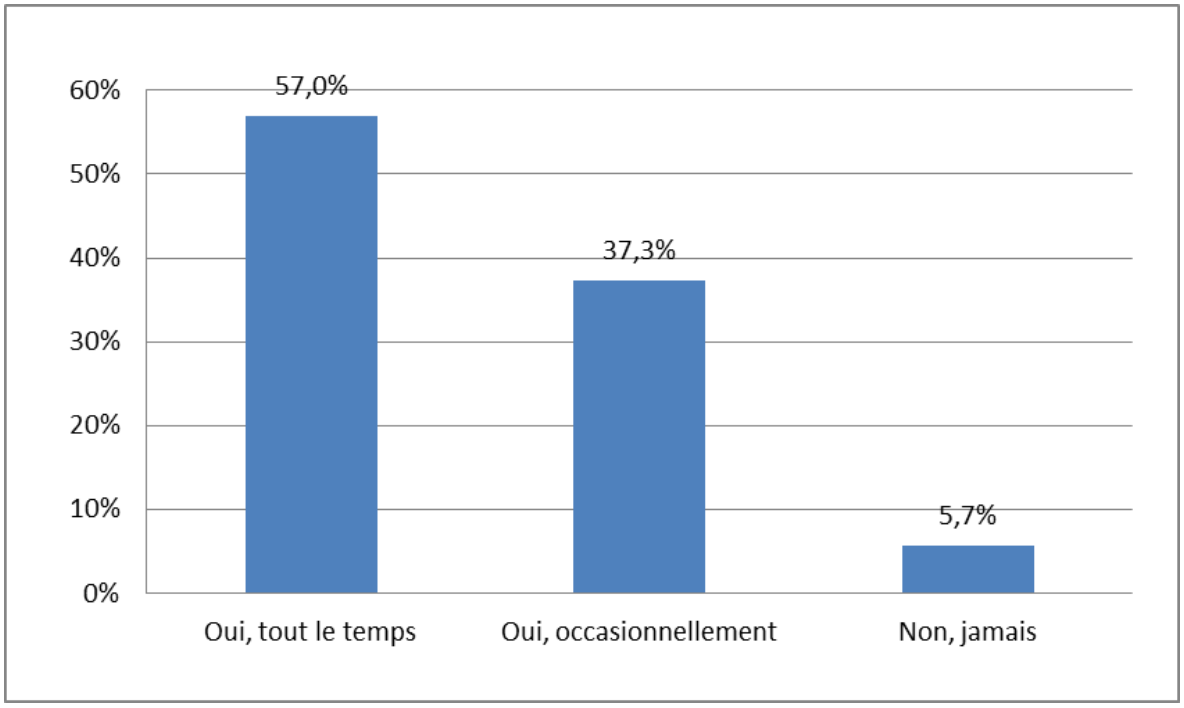


Figure 9: Fréquence en pourcentage du dépistage de la consommation d'alcool au cours de la grossesse (n=209)

Les professionnels interrogés, étaient 57,4% (n=119) à poser systématiquement la question de la consommation d'alcool à leurs patientes au cours de la grossesse.

Ils étaient 37,3% (n=78) à se renseigner sur la consommation d'alcool de façon occasionnelle et 25,6% (n=20) expliquaient qu'ils ne pouvaient pas toujours poser la question car ils étaient limités par le temps et qu'il y avait d'autres sujets à aborder en priorité. De plus, quelques professionnels avaient souligné le fait qu'un sujet comme celui-là nécessitait une mise en confiance pour obtenir une réponse sincère de la patiente et qu'il ne pouvait pas être abordé dès la première rencontre. Enfin, 14,1% (n=11) posaient la question en fonction de la patiente.

Pour terminer 5,7% (n=12) des personnes interrogées ne posaient jamais la question de la consommation. Pour un professionnel sur trois cela était difficile car ils n'intervenaient que très peu dans tout le suivi de grossesse de la patiente; le manque de temps était invoqué une fois sur quatre et enfin, un professionnel répondait : *« il paraît évident qu'il ne faut pas boire pendant la grossesse»* pour justifier le fait de ne pas poser la question.

- Lien entre la fréquence de l'abord de la consommation d'alcool avec le lieu d'exercice

Tableau II : Fréquence du dépistage de la consommation d'alcool selon le secteur d'exercice (n=209)

	Secteur hospitalier (n=86)	**Secteur libéral (n=123)**
	% (n)	**% (n)**
Systématiquement	23,4% (n=49)	33,4% (n=70)
Occasionnellement	12,4% (n=26)	24,9% (n=52)
Jamais	5,2% (n=11)	0,4% (n=1)

Dans le secteur hospitalier, 5,2% (n=11) des praticiens ne se renseignaient jamais sur la consommation d'alcool de leurs patientes alors que 23,4% (n=49) le faisaient de façon occasionnelle et 12,4% (n=26) systématiquement.

Dans le secteur libéral, ils étaient 0,47% (n=1) à ne jamais poser la question; 33,4% (n=70) à la poser occasionnellement et 24 ,9% (n=52) de façon systématique.

Le lien entre le fait de se renseigner sur la consommation d'alcool et le lieu d'exercice est significatif puisque le Chi carré est de 34,0 et p vaut 0,0006 ($p<0,5$).

2. Profils des femmes interrogées sur leur consommation d'alcool

Tout d'abord 7,1% (n=15) des professionnels n'ont pas répondu à la question.

Ils étaient 48,8% (n=102) à poser la question à toutes les femmes quelle que soit leur profil.

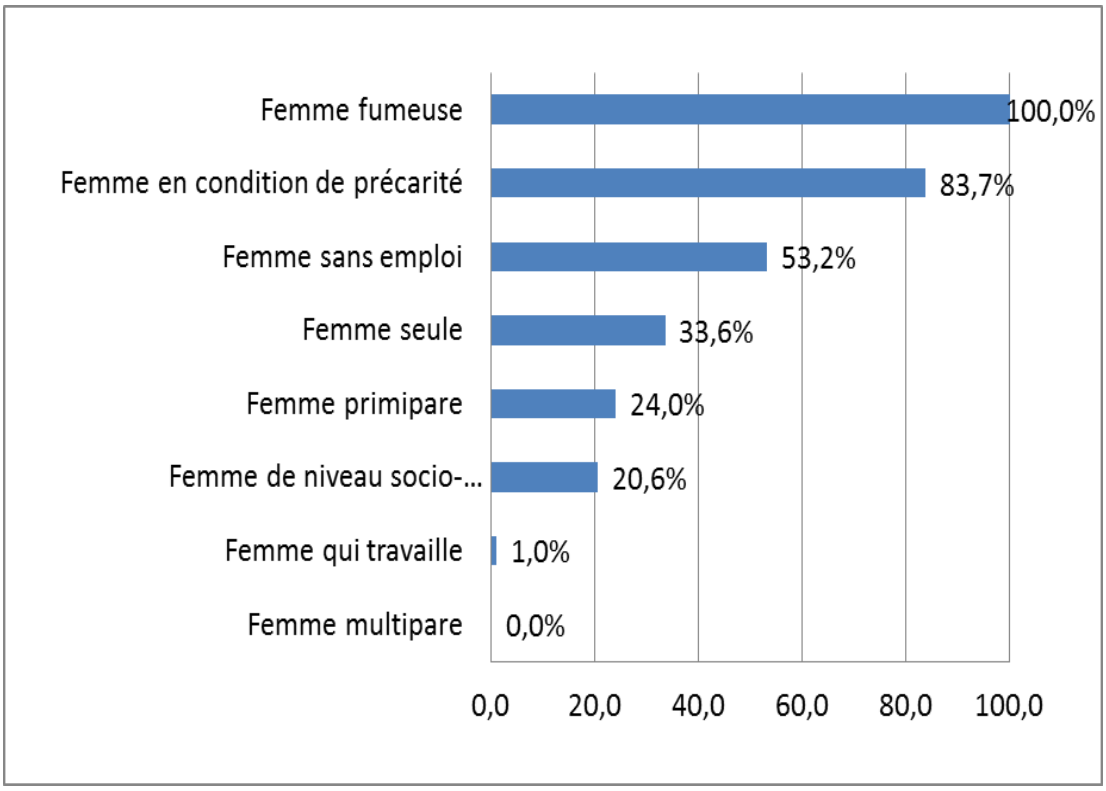


Figure 10 : Profils des femmes interrogées sur leur consommation d'alcool (en%)

Le reste des professionnels (n=92) soit 44,0% posaient la question seulement à certaines femmes avec en ordre de fréquence : les fumeuses (retrouvées dans 100% des questionnaires); les femmes en condition de précarité (retrouvées dans 83,7%); les femmes sans emploi (retrouvées dans 53,2%); les femmes seules (retrouvées dans 33,6%); les femmes primipares (retrouvées dans 24,0%); les femmes avec un niveau socio-économique élevé (retrouvées dans 20,6%) et enfin les femmes qui travaillent (retrouvées dans 1%).

3. Phrase utilisée pour poser la question

Pour aborder la consommation d'alcool avec leurs patientes, les professionnels étaient :

- 31,1% (n=65) à utiliser la phrase : *« Pas d'alcool depuis le début de la grossesse ? »*
- 19,1% (n=40) à dire : *« Pas de boissons alcoolisées depuis le début de la grossesse ? »*
- 15,8% (n=33) à demander : *« Est-ce que vous buvez ? »*
- 14,8% (n=31) à employer la phrase : *« Est-ce qu'avant la grossesse vous buviez de la bière, du vin à table, des apéritifs ? Et maintenant ? »*

Ils étaient 16,8% (n=35) à choisir d'autres phrases : 57,1% (n=20) proposaient *« Avez-vous consommé de l'alcool depuis que vous êtes enceinte ? »*; 28,5% (n=10) employaient la *phrase « Consommiez-vous de l'alcool avant la grossesse ? Et depuis que vous êtes enceinte ? »*; 14,2 % (n=5) se renseignaient sur les habitudes de consommation d'alcool et proposaient de faire un point sur cette dernière.

Enfin, 2,4% (n=5) n'ont pas répondu.

4. Connaissances et utilisation des outils de dépistage

Sur les 209 personnes interrogées, 4 d'entre elles (soit 1,9%) savaient qu'il existait des questionnaires pouvant être utilisés pour le dépistage de l'alcoolisation maternelle pendant la grossesse mais elles n'en connaissaient pas le nom.

Aucun des professionnels utilisaient ces questionnaires pour dépister une consommation d'alcool chez leurs patientes.

5. Aisance des professionnels pour aborder la question de l'alcool.

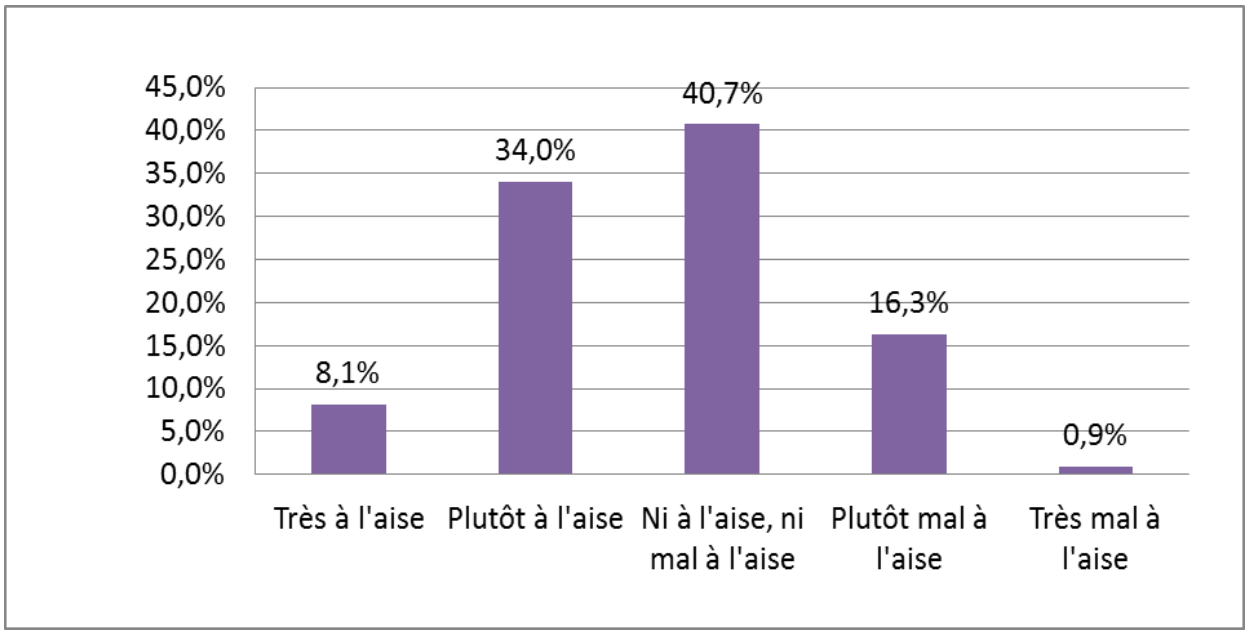


Figure 11 : Aisance des professionnels pour aborder la question de l'alcool (n=209)

Les personnes interrogées étaient 40,7% (n= 85) à déclarer se sentir ni à l'aise ni mal à l'aise pour aborder la question de l'alcool ; 34,0 % étaient plutôt à l'aise; 16,3% (n=34) se sentaient plutôt mal à l'aise; 8,1% (n=17) déclaraient être très à l'aise et 0,9% (n=2) très mal à l'aise.

L'expérience était évoquée par les professionnels se sentant très à l'aise ou plutôt à l'aise pour justifier leurs réponses.

Ceux ne se sentant ni à l'aise ni mal à l'aise pour poser cette question expliquaient qu'elle était obligatoire et que cela faisait partie de l'interrogatoire de « routine ».

La majorité de ceux se sentant plutôt mal à l'aise pour aborder la question de l'alcool, considéraient ce sujet comme tabou, ils avaient l'impression d'être intrusif et trouvaient la question culpabilisante. Ils avaient ainsi le sentiment que les femmes ne disaient pas toujours la vérité sur leur consommation.

Le manque de formation sur l'abord de la consommation d'alcool était également cité.

IV. La réalisation de la prévention primaire de l'alcoolisation maternelle chez les femmes enceintes.

1. Avis des professionnels sur les recommandations d'abstinence d'alcool pendant la grossesse.

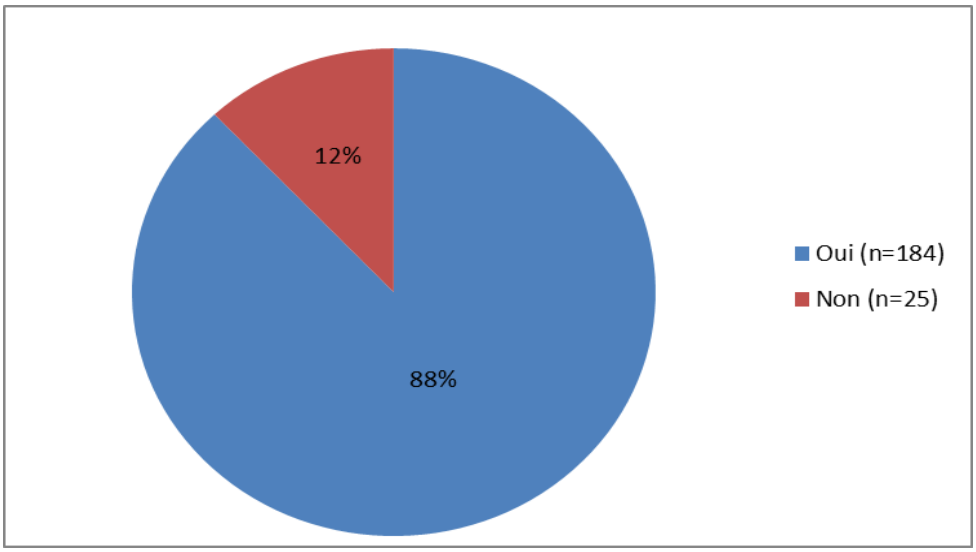


Figure 12 : Réponses des professionnels à la question : *« Les recommandations d'abstinence d'alcool pendant la grossesse sont-elles justifiées ? »* (en%)

Les professionnels étaient 184 soit 88,0% à trouver que les recommandations de « zéro alcool » pendant la grossesse étaient justifiées, évoquant à 11,9% le fait que même la consommation ponctuelle d'un verre pouvait être délétère pour le fœtus; 2,7% expliquaient qu'une quantification objective de la consommation n'était pas possible et qu'une autorisation même ponctuelle n'était pas contrôlable.

Les recommandations n'étaient pas justifiées pour 12,0% (n=25), qui expliquaient tous qu'une consommation faible et occasionnelle n'entraînait pas de retentissement sur l'enfant à naître.

2. Conseil d'abstinence pendant la grossesse donné

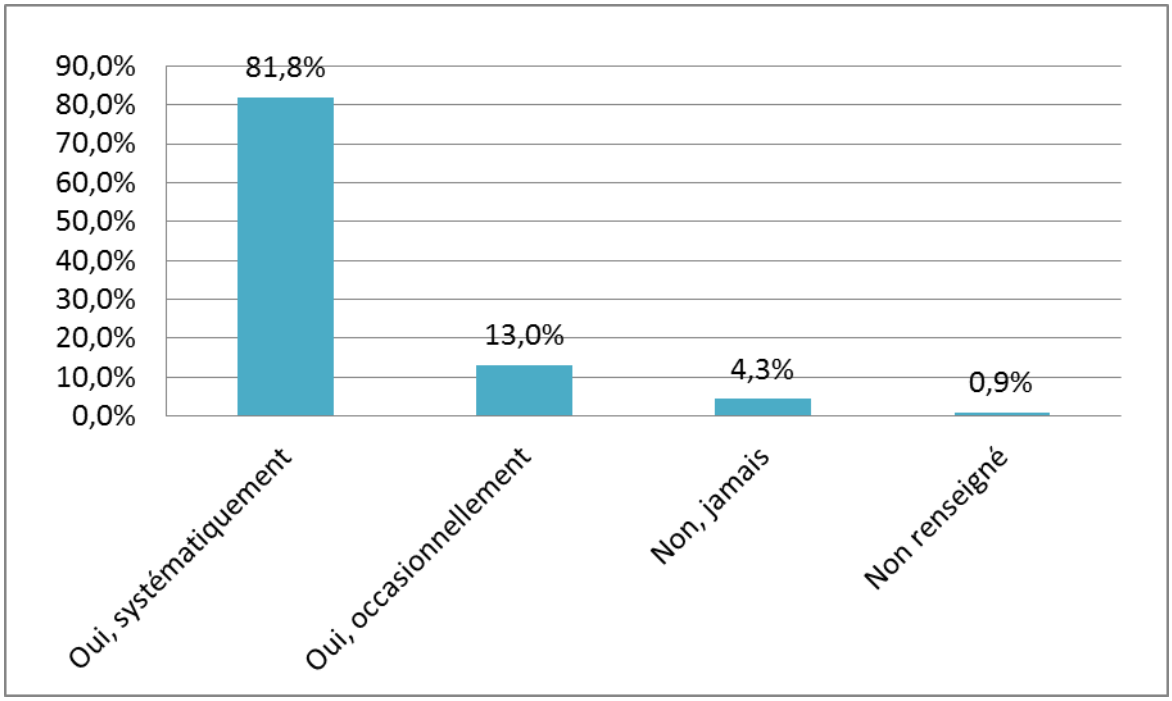


Figure 13 : Taux de professionnels conseillant l'abstinence d'alcool pendant la grossesse (n=209)

Pour ce qui était de l'information d'abstinence totale d'alcool pendant la grossesse; 81,8% (n=171) des professionnels délivraient cette information à leurs patientes et justifiaient leur réponse principalement par le fait qu'*« il n'existe pas de dose-seuil en deçà de laquelle l'alcool n'est pas tératogène pour l'embryon ou le fœtus* » et que « *ce sont les recommandations actuelles* ».

Ils étaient 13,0% (n=27) à donner l'information de façon occasionnelle. Pour 33,3% d'entre eux, ils adaptaient leur discours en fonction de la patiente et autorisaient parfois la consommation ponctuelle d'alcool *(« une coupe de champagne à certaines occasions »).* Tandis que pour 11,0% c'était en fonction des conditions de travail et de temps.

Enfin, 4,3% (n=9) des professionnels n'informaient jamais leur patientes sur ces recommandations.

3. Information des femmes enceintes sur les effets de l'alcool pendant la grossesse

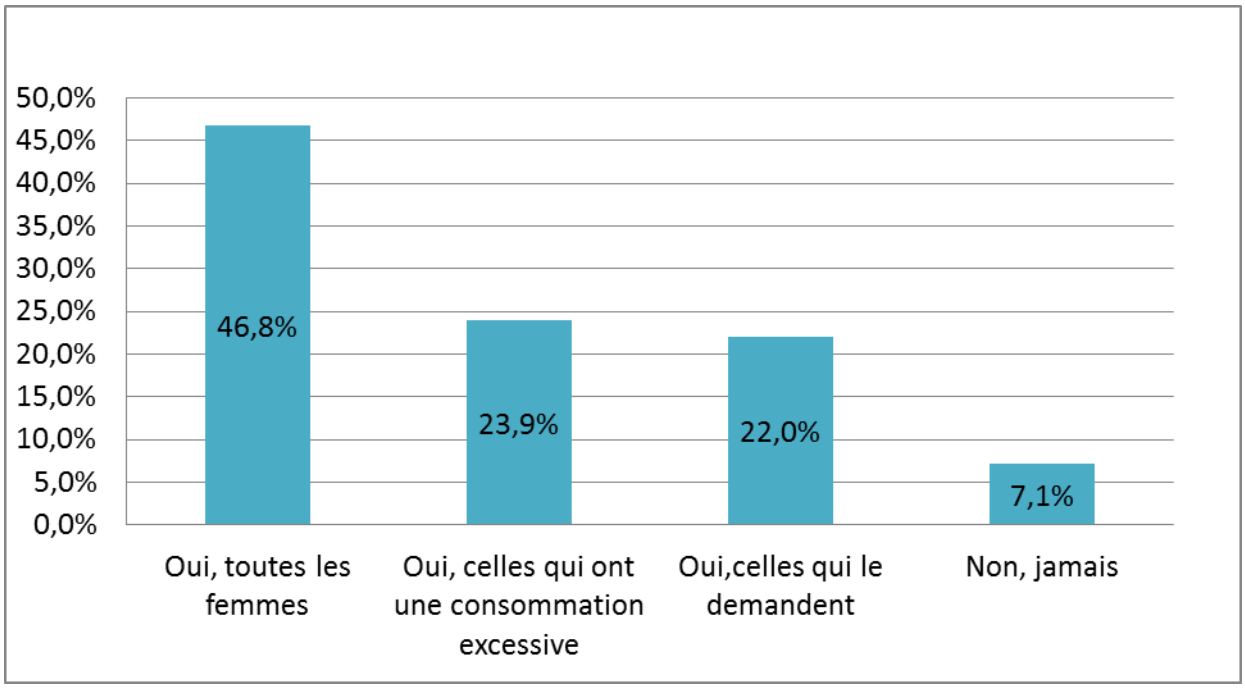


Figure 14: Taux de professionnels informant leurs patientes sur les effets de la consommation d'alcool pendant la grossesse (n=209)

A la question *« Informez-vous les femmes sur les effets de la consommation d'alcool durant la grossesse ? »* : 46,9% (n=98) répondaient de façon affirmative pour toutes les femmes tandis que 24,0% (n=50) n'informaient que celles présentant une consommation excessive et 22,0% (n=46) uniquement celles qui en faisaient la demande; 7,1 % (n=15) ne donnaient jamais d'informations.

- Informations données sur les effets de l'alcool

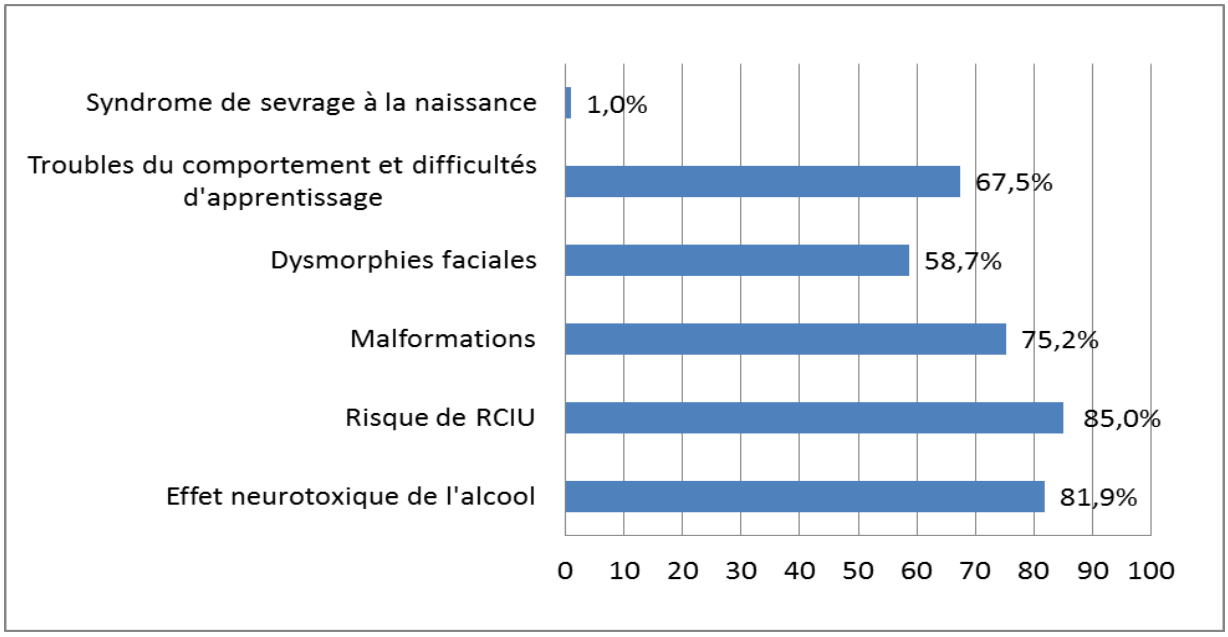


Figure 15 : Fréquence des informations données sur les effets de l'alcool pendant la grossesse (en %)

Les informations données sur les effets de l'alcool pendant la grossesse étaient par ordre de fréquence : le risque de RCIU à 85,0%; l'effet neurotoxique à 81,9% ; les malformations à 75,2% ; les troubles du comportement et les difficultés d'apprentissage à 67,5%; les dysmorphies faciales à 58,7 % et enfin le syndrome de sevrage à 1,0%

- Raisons pour lesquelles l'information n'est pas donnée

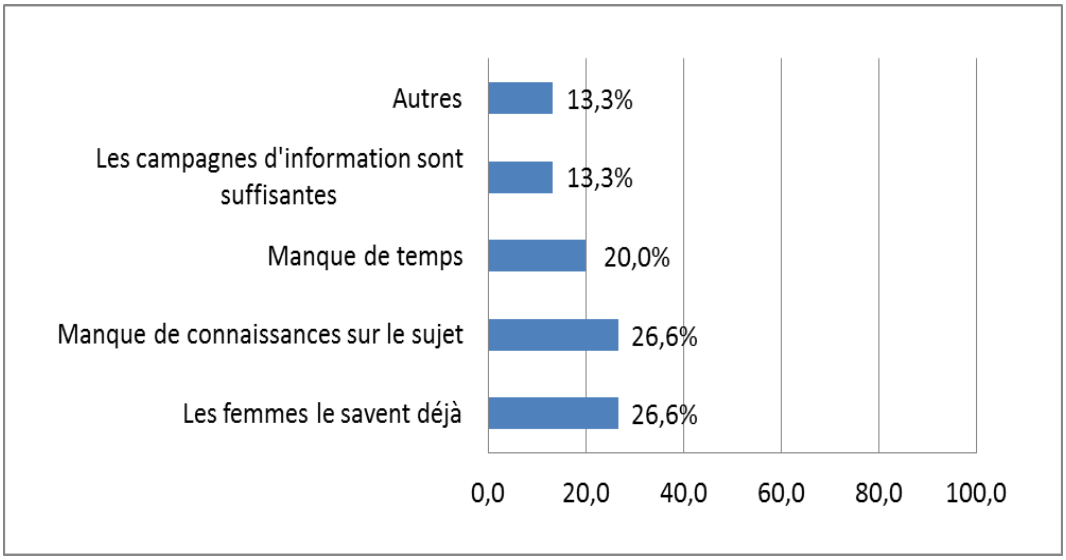


Figure 16: Fréquence des raisons pour lesquelles les professionnels ne donnent pas l'information (en %)

Parmi les 15 professionnels n'informant pas les femmes enceintes des risques d'une alcoolisation maternelle, 4 exprimaient leur manque de connaissances sur le sujet (soit 26,6%); pour 4 autres (soit 26,6%), les femmes connaissaient déjà ces risques; ils étaient 3 (soit 20,0 %) à le justifier par un manque de temps; et 2 d'entre eux (soit 13,3%) considéraient que les campagnes d'informations étaient suffisantes.

Parmi les 2 personnes restantes (soit 13,3%), l'une précisait qu'elle n'avait pas de patientes consommatrices d'alcool et la dernière expliquait qu'il ne servait à rien de faire peur en expliquant tous les risques possibles.

V. Avis des professionnels sur la prise en charge d'une alcoolisation maternelle

1. Nombre de femmes enceintes présentant des problèmes avec leur consommation d'alcool rencontrées par les professionnels chaque année

Tableau III : Nombre de femmes enceintes présentant des problèmes avec leur consommation d'alcool rencontrées par an selon la profession

Nombre de femmes par an	Sages-femmes (n=90) % (n)	Gynécologues (n=48) % (n)	Médecins généralistes (n=71) % (n)
Aucune (=40)	9,6% (n=21)	3,8% (n=8)	5,2% (n=11)
Entre 1 et 5 (n=150)	24,8% (n=52)	18,1% (n=38)	28,7% (n=60)
Entre 6 et 10 (n=5)	2,3% (n=5)	0	0
Plus de 10 (n=2)	0,5% (n=1)	0,5% (1)	0
Autres (12)	5,2% (n=11)	0,5% (1)	0

La majorité des professionnels (71,7%) déclaraient rencontrer entre 1 et 5 femmes par an.

Les 12 personnes ayant répondu « autres » expliquaient pour certaines qu'elles n'avaient pas assez de recul car elles étaient jeunes diplômées; pour les autres elles ne pouvaient pas quantifier le nombre de femmes consommant de l'alcool car elles n'en pratiquaient pas de dépistage.

Il n'existait pas de lien significatif ente la profession exercée et le nombre de femmes rencontrées par an (p=0,82).

2. Nombre de femmes présentant des problèmes avec leur consommation d'alcool par an selon le secteur d'exercice

Tableau IV : Fréquence de femmes avec des problèmes d'alcool par secteur d'exercice.

Nombre de femmes par an	**Secteur hospitalier**	**Secteur libéral**
	% (n)	**% (n)**
Aucune (=40)	5,7% (n=12)	13 ,3%(n=28)
Entre 1 et 5 (n=150)	29,6% (n=62)	42,1% (n=88)
Entre 6 et 10 (n=5)	2,3% (n=5)	0
Plus de 10 (n=2)	0	0,9%(n=2)
Autres (12)	0,5% (n=1)	5,2% (n=11)

Le lien entre le secteur d'activité et le nombre de femmes par an présentant des problèmes d'alcool était significatif avec un Khi carré de 3,59 et $p = 0,001$

3. Avis des professionnels sur leur aisance à prendre en charge une femme avec des problèmes liés à l'alcool

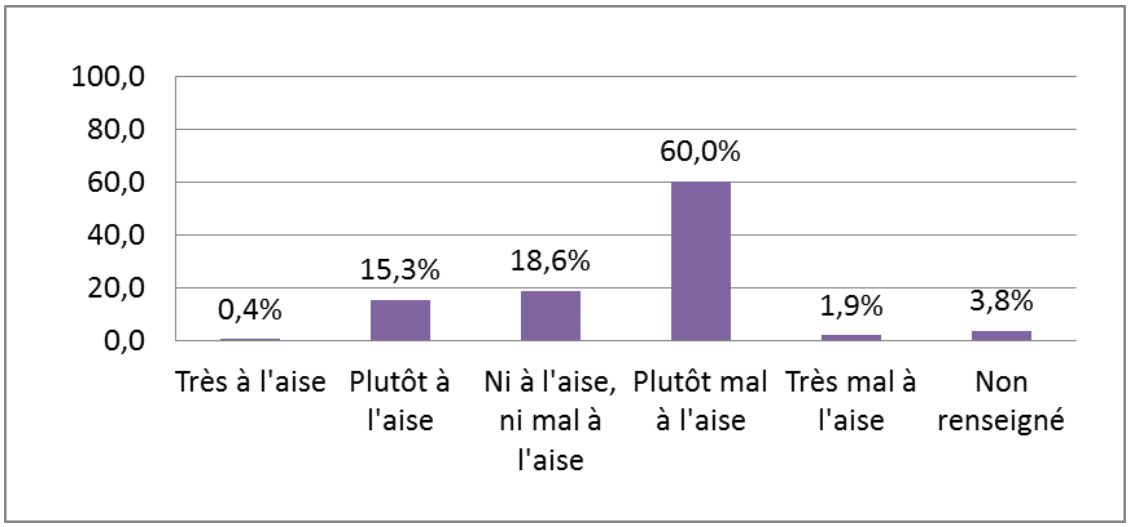


Figure 17 : Avis des professionnels sur leur aisance pour la prise en charge d'une alcoolisation maternelle (n=209)

Concernant la prise en charge d'une femme présentant des problèmes avec sa consommation d'alcool; 60,2% (n=126) des professionnels interrogés se sentaient plutôt mal à l'aise et 12,6% d'entre eux expliquaient que c'était parce qu'ils n'étaient pas assez formés sur la prise en charge et les moyens de sevrage à mettre en place; 6,2% avaient le sentiment que le sevrage était difficile à mettre en place et le suivi avec un addictologue leur semblait inefficace; enfin 2,3% exprimaient leur honte ressentie pour la patiente.

Par ailleurs 18,1% (n=38) des professionnels interrogés se sentaient ni à l'aise ni mal à l'aise pour prendre en charge une femme enceinte s'alcoolisant et évoquaient le fait qu'ils dirigeaient directement la femme vers un médecin addictologue pour 21,0% d'entre eux.

Ils étaient 15,3% (n=32) à être plutôt à l'aise dont 25,0% parce qu'ils avaient un relais avec un addictologue pour la prise en charge

Enfin, 1,9%(n=4) des personnes interrogées se sentaient très mal à l'aise et 0,4% (n=1) se sentait très mal à l'aise.

Notons que 3,8% (n=8) n'ont pas répondu.

4. Existence d'une structure d'addictologie avec laquelle les professionnels peuvent collaborer.

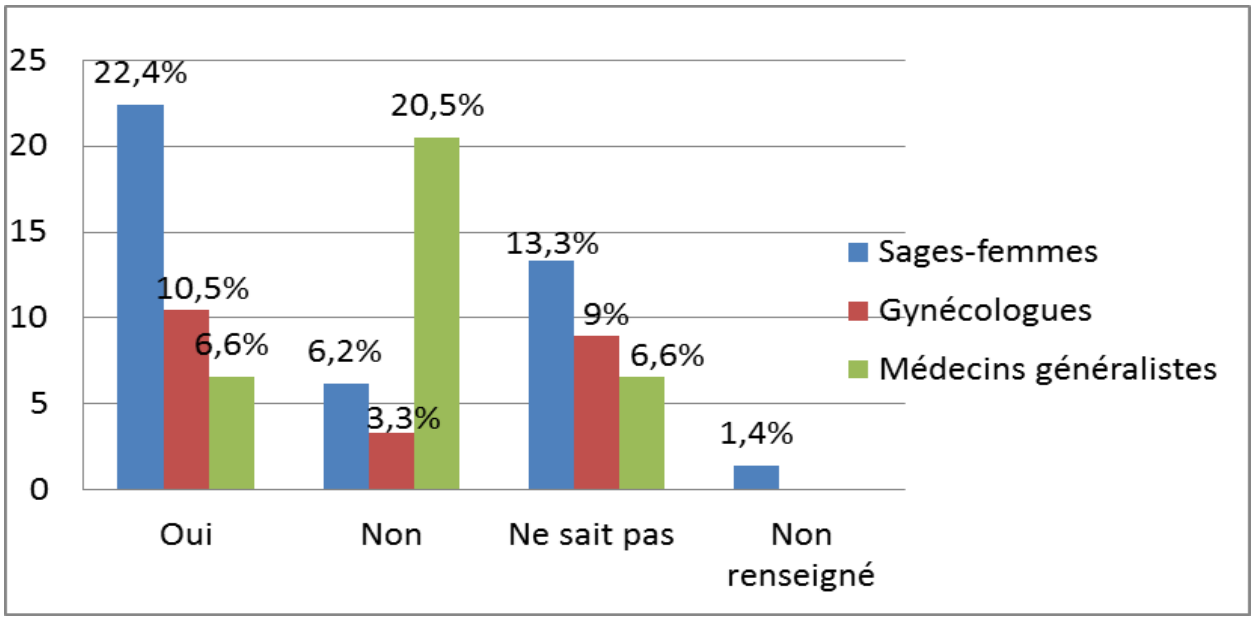


Figure 18: Existence de structure d'addictologie avec laquelle peuvent collaborer les professionnels (n=209)

Parmi les sages-femmes; 22,4% (n=47) collaboraient avec une de ces structures; elles étaient 6,2% (n=13) à ne pas collaborer avec une équipe d'addictologie; 13,3% (n=28) à ne pas connaître ce type de structure et 1,4% (n=3) n'a pas répondu.

En ce qui concerne les gynécologues, ils étaient 10,5% (n=22) à travailler avec une équipe pluridisciplinaire prenant en charge les addictions; ce n'était pas le cas de 3,3% (n=7) d'entre eux et enfin 9,0% (n=19) n'en avaient pas connaissance.

Les médecins généralistes étaient 6,6% (n=14) à travailler avec ces structures; 20,5% (n=43) à ne pas travailler avec elles et 6,6% (n=14) à ne pas les connaître.

Les professionnels ayant répondu « oui » à la question ont tous cité le service d'addictologie d'un centre hospitalier et une personne a ajouté un centre de protection maternelle et infantile et le CMP.

Il n'existait pas de lien significatif entre la profession exercée et la collaboration avec une structure d'addictologie (p= 0.280).

5. Avis des professionnels sur la qualité de la transmission des informations entre eux

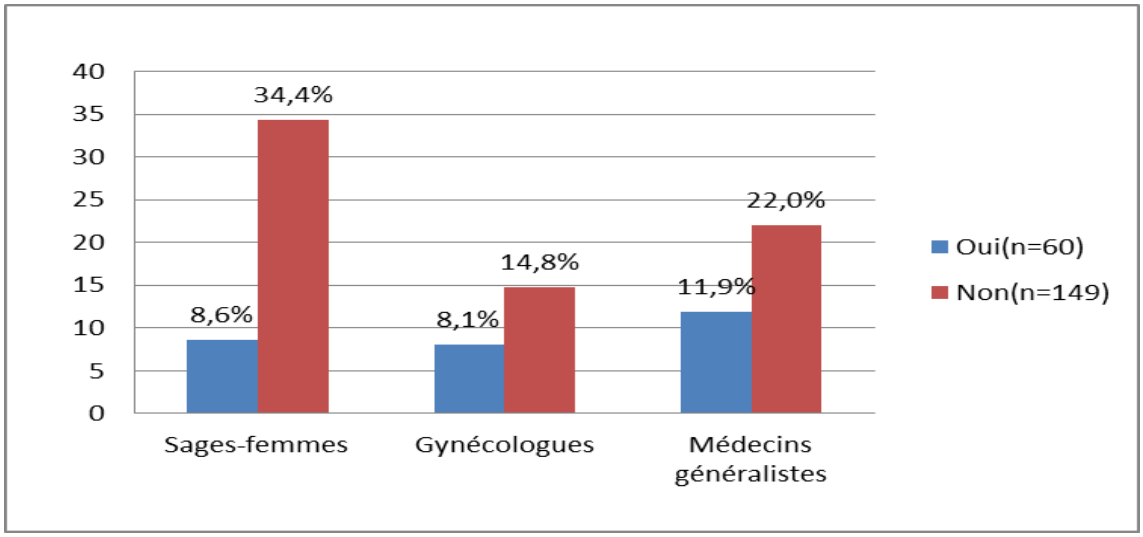


Figure 19 : Réponses des professionnels (n=209) à la question :

« L'information est-elle bien transmise entre vous ? »

La transmission entre les professionnels de santé sur la consommation d'alcool par une patiente était considérée comme mauvaise par 149 d'entre eux soit 71,2%. Parmi eux, il y avait 34,4% (n=72) de sages-femmes; 14,8% (n=31) de gynécologues et 22,0% (n=46) de médecins généralistes.

La majorité des professionnels (10,7%) expliquaient que la question n'avait pas toujours été posée avant eux par les autres professionnels intervenant auprès de leur patiente; 5,3% déploraient le fait que les informations étaient mal retranscrites dans les dossiers (écrit et informatique) et enfin 4,0% décrivaient une mauvaise collaboration et communication entre les différents praticiens suivant une même patiente.

En revanche, 28,7% (n=60) des professionnels considéraient que les informations étaient bien partagées entre eux grâce au dossier informatique (ICOS).
Les professionnels étaient à 8,6% (n=18) des sages-femmes; à 8,1% (n=17) des gynécologues et à 11,9% (n=25) des médecins généralistes.

Le lien entre la profession exercée et l'avis sur la qualité de la transmission des informations n'était pas significatif (p=0,2918).

DISCUSSION

I. Limites de l'étude

La principale limite de l'étude réside dans un manque de puissance lié à des effectifs relativement réduits au sein de notre population avec 397 questionnaires distribués et 209 retournés soit un taux de participation de 52,6%.
Ce taux de participation peut être expliqué par une période de recueil des questionnaires restreinte à un mois et aurait pu être amélioré en allongeant cette période.

Par ailleurs, il existe un biais de sélection puisque notre étude s'est intéressé aux professionnels de périnatalité d'Auvergne tels que les médecins généralistes mais pour des raisons de moyens nous n'avons pas pu tous les inclure dans notre population, un échantillonnage de 132 praticiens a donc été réalisé.
De plus, notre population comprenait exclusivement les sages-femmes et gynécologues réalisant des consultations prénatales dans des établissements de santé publics ou privés ainsi qu'en cabinet libéral. Les sages-femmes exerçant en centre de protection maternelle et infantile ont donc été exclues de l'étude. Or elles jouent un rôle essentiel dans le dépistage et la prévention de l'alcoolisation maternelle pendant la grossesse ainsi que dans sa prise en charge autant sur le plan médical que social.

De surcroît, les personnes participant à l'enquête ont été sélectionnées sur la base du volontariat.
Le fait que l'enquête soit déclarative, peut entraîner une sous ou sur déclaration des pratiques et donc influencer les résultats.

II. Discussion des résultats

1. Caractéristiques de la population étudiée

Dans notre étude le secteur libéral parmi les sages-femmes était surévalué puisqu'elles étaient 44,4% alors qu'en France, seulement 19,3% des sages-femmes travaillent en libéral. Cependant, le suivi de grossesse est réalisé par 82,7% des sages-femmes libérales contre 48,6% pour les sages-femmes hospitalières [55].

En ce qui concerne le secteur hospitalier, la majorité des réponses soit 26,7% provenaient des sages-femmes et gynécologues-obstétriciens travaillant dans des maternités de niveau II, ce qui est représentatif des maternités en Auvergne.

Concernant l'âge moyen de notre population, il était compris entre 40 et 50 ans ce qui correspond aux moyennes nationales pour l'âge des gynécologues (49,6 ans) mais pas à celui des médecins généralistes dont la moyenne nationale et légèrement supérieure (52ans) [56].
En revanche, plus d'une sage-femme sur deux en France est âgée de moins de 40 ans [55].

L'expérience professionnelle moyenne de notre population était de 22 ans, ce qui correspond à la tendance dans la population générale des professionnels [55, 56].

2. Connaissances des professionnels sur les risques d'une alcoolisation maternelle

2.1. Formation

- Formation initiale

Dans notre population, 52,1% des professionnels n'avaient pas reçu d'enseignement sur les risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse au cours de leur formation initiale tandis que 47,8% en avaient reçu un.

Il existait un lien significatif entre la formation initiale et la profession exercée. Ainsi, les sages-femmes étaient 25,8% à avoir été formées; les gynécologues-obstétriciens et médicaux quant à eux étaient 10,0% et les médecins généralistes étaient 12,0%.

De plus, le nombre de praticiens ayant bénéficié de cet enseignement était multiplié par 3,5 entre 1975 et 2013. L'année d'obtention du diplôme était corrélée de manière significative avec la formation initiale.

Ces derniers résultats révèlent une évolution dans la prise de conscience du problème que représente la consommation d'alcool pendant la grossesse car même si ses effets pour des consommations importantes sont connus la découverte du SAF, les conséquences d'une exposition moindre à l'alcool ne sont recherchées que depuis une trentaine d'années et ce n'est qu'en 2002 que des recommandations officielles ont été émises pour la diffusion -autant auprès du grand public que des professionnels- des connaissances des risques liés à l'exposition prénatale à l'alcool. C'est à cette date-là que la notion de seuil de consommation sans danger pour l'enfant à naître s'est diffusée et avec elle, la recommandation d'abstinence d'alcool pendant la grossesse [2].

Néanmoins, 31% des praticiens ayant bénéficié d'enseignement sur les risques de l'alcoolisation maternelle pendant la grossesse, estimaient que celui-ci était insuffisant En effet, ils trouvaient que c'était un enseignement théorique sur les effets de l'alcool pendant la grossesse mais il n'y avait aucune notions sur la réalisation du dépistage ou de la prise en charge d'une femme enceinte qui s'alcoolise. De plus, ils estimaient que

cet enseignement n'avait pas représenté suffisamment d'heures.

Le nombre d'heures que représente cet enseignement est très inégal entre les différents professionnels puisqu'il est compris entre 30 minutes et 15 heures avec une durée moyenne de 2 heures et 30 minutes.

Enfin, même si l'enseignement sur le thème « alcool et grossesse » s'est développé dans la formation initiale des professionnels de santé, il reste des améliorations à apporter et notamment dans le domaine de l'addictologie.

- Développement professionnel continu

Bien que le développement continu soit une obligation pour les professionnels, ils étaient 49,2% soit 103 praticiens à ne pas s'être formés sur le thème « Alcool et grossesse ».

La raison évoquée par 40,7% était le manque de temps. En effet, le contexte actuel de la pratique médicale ne permet peut-être pas aux professionnels de suivre des formations comme ils le souhaiteraient. Cependant, d'autres moyens peuvent être utilisés pour se former, tels que des articles scientifiques ou les recommandations pour les pratiques professionnelles.

C'est d'ailleurs cet outil qui est le plus utilisé (à 62,2%) par les praticiens interrogés (n=106). En effet, il représente le moyen le plus facile d'accès pour des connaissances dans le cadre du développement professionnel continu.

Enfin, 26,2% ont répondu qu'une formation sur la consommation d'alcool pendant la grossesse ne représentait pas d'intérêt pour leur pratique clinique. Or, la réalisation du dépistage de l'alcoolisation maternelle pendant la grossesse et l'explication de ses risques pour l'enfant à naître est obligatoire pour tous les professionnels de périnatalité et il semble important qu'ils soient formés même si pour certains le suivi de grossesse ne représente pas la majorité de leur activité

2.2. Connaissances des risques d'une alcoolisation maternelle: réponses aux questions

Le taux de bonnes réponses était de 68,9% : avec des taux sensiblement équivalents entre les professions de sages-femmes (78,5%) et de gynécologues (78,4%). En revanche, seul un médecin sur deux a bien répondu (50,7%).
La différence de réponses justes entre les médecins généralistes et les autres professionnels (sages-femmes et gynécologues) s'explique peut-être par le fait que le suivi de grossesse n'est pas l'activité principale des médecins, ils sont donc peut-être moins formés et sensibilisés aux risques de l'alcoolisation maternelle pendant la grossesse.

Les recommandations d'abstinence d'alcool tout au long de la grossesse étaient connues de tous [2, 46, 47].

Toutefois, 36,8% des professionnels de santé estimaient qu'il existait un seuil de consommation en dessous duquel l'alcool n'était pas toxique pour le fœtus.
Ce taux était deux fois supérieur à celui retrouvé dans une étude de 2004 menée en Isère auprès de sages-femmes, gynécologues et médecins généralistes où il était de 18% [57].

En revanche, dans cette dernière étude, 24% des praticiens interrogés pensaient qu'en dessous d'une consommation de 3 verres d'alcool par jour la toxicité de l'alcool n'était pas démontrée, ce taux était huit fois moins élevé dans notre population (3,3%).

La notion de seuil de trois verres d'alcool par jour reste présente dans la pensée collective car les premières études réalisées sur les effets de l'alcool pendant la grossesse révélaient que les conséquences pour le fœtus apparaissaient à partir de ce seuil. Puis, en 1985 une étude a été menée pour comparer le devenir à trois ans d'enfants dont les mères avaient consommé plus de deux verres d'alcool par jour contre moins de deux verres par. Les résultats ont permis de définir un seuil de non dangerosité en dessous d'une consommation journalière de deux verres. Néanmoins, ces études ont relativisées quelques années plus tard quand des troubles de l'apprentissage ont été retrouvés à six ans chez ces mêmes enfants. Ainsi, depuis 2002, les experts internationaux s'accordent à dire qu'il n'existe pas de seuil de consommation pouvant

être sans danger.

Ce taux (3,3%) plus faible dans notre population peut s'expliquer par le fait que l'étude menée en Isère date de dix ans et que les campagnes d'information sur l'abstinence totale d'alcool pendant la grossesse débutaient justes.

D'autre part, pour 40,2% la diminution de la consommation d'alcool quel que soit le terme de la grossesse ne paraissait pas bénéfique pour l'enfant à naître alors qu'une de récente étude de 2012 a mis en évidence les bénéfices d'une diminution de la consommation d'alcool pendant la grossesse quand le sevrage n'était pas possible [39] .

Concernant, le syndrome d'alcoolisation fœtale : 19,1% pensaient que le SAF était la seule manifestation possible d'une consommation d'alcool pendant la grossesse; de même que 13,8% des personnes interrogées ignoraient qu'une alcoolisation fœtale pouvait entraîner des troubles neuro-développementaux sans autres signes cliniques.

Enfin, ils étaient 8,6% à penser que le SAF n'apparaît que lors de consommations régulières d'alcool et pour 3,3% lors de consommations massives.

En effet, le SAF est la conséquence la plus caractéristique d'une alcoolisation maternelle et la première d écrite mais les études menées depuis ont révélé qu'une alcoolisation maternelle même minime pouvait être responsable de SAF incomplets ou de troubles neurologiques non visibles à la naissance et se révélant plus tardivement [28, 30, 42].

- Les signes cliniques du SAF

Pour cette question ouverte, où les professionnels devaient donner les signes cliniques qui permettaient d'affirmer la présence d'un syndrome d'alcoolisation fœtale lorsque la consommation d'alcool chez la mère était avérée, ils étaient 60,2% à répondre tandis que 39,7% ne répondaient pas.

Par ailleurs, seulement 8,1% étaient capables d'énoncer les trois signes demandés (le RCIU, les dysmorphies cranio-faciales et l'atteinte du système nerveux central). Ce taux était de 15,3% dans une étude de l'ORS menée auprès des praticiens de toutes les maternités de Haute-Normandie [58].

Ils étaient 13, 8% à égalité à pouvoir citer un ou deux signes sur trois. Là encore, les résultats de la précédente étude étaient meilleurs puisque 35,9% des professionnels interrogés connaissaient au moins deux signes et 27,4% en connaissaient un.

Le signe le plus souvent évoqué était à 67,2 % la dysmorphie cranio-faciale, le RCIU venant ensuite dans 56,9% des réponses et l'atteinte du système nerveux été citée dans 18,9% des cas.

Nous pourrions penser que les professionnels connaissent plus les signes physiques visibles caractéristiques du SAF et que les conséquences plus tardives sur les troubles neuro-développementaux sont moins évidentes pourtant cette tendance était totalement inversée dans l'étude normande puisque l'atteinte nerveuse était évoqué en priorité (76,5%) suivie par le RCIU (41,5%) et enfin la dysmorphie cranio-faciale (27,1%).

L'étude précédente incluait en plus des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens des praticiens spécialisés à l'enfance comme des pédiatres et des infirmières-puéricultrices, ce qui peut expliquer les meilleurs taux de réponses.

Enfin, ils étaient donc, 24,4 % à ne mentionner aucune des trois caractéristiques sur lesquelles se fondent le diagnostic du SAF. Cette proportion était de 64,1% (n=134) si toutes les personnes n'ayant pas répondu à la question étaient inclues).

Néanmoins, ces 24,4% évoquaient des signes pouvant être retrouvés dans un syndrome d'alcoolisation fœtales tels que les malformations citées à 47 %. Le syndrome

de sevrage du nouveau-né à la naissance qui peut être le témoin d'une alcoolisation maternelle sans que l'enfant ne présente de SAF était évoqué dans 39,2 % des réponses.

3. Le dépistage de l'alcoolisation maternelle pendant la grossesse.

3.1. Abord de la consommation d'alcool par les professionnels

La recommandation émise par la Société Française d'Alcoologie de s'enquérir des pratiques de consommation d'alcool de toute femme enceinte ou souhaitant le devenir était appliquée par plus de la moitié des professionnels interrogés puisque 57,4% d'entre eux posaient systématiquement la question de la consommation d'alcool à leurs patientes [2].

Cependant 37,3 % ne se renseignaient que de façon occasionnelle; une partie (14,1%) le faisaient en fonction de la patiente mais la raison la plus souvent évoquée (à 25%) était le manque de temps. Cette raison est retrouvée dans la littérature [5, 59].
De plus, quelques professionnels avaient souligné le fait qu'un sujet comme celui-là nécessitait une mise en confiance pour obtenir une réponse sincère de la patiente et ne pouvait pas être abordé dès la première rencontre.

Pour les 5,7% n'abordant jamais la question de la consommation, là encore le manque de temps était évoqué par un tiers d'entre eux mais un professionnel sur quatre invoqué le fait de ne pas être l'unique intervenant auprès de la patiente pour le suivi de sa grossesse et de ne la voir qu'une fois ou deux.

Ce problème de manque de temps et de suivi parfois seulement ponctuel de la grossesse peut être expliqué par les conditions de travail imposées par le secteur d'exercice. En effet, les consultations en secteur hospitalier sont d'une durée qui ne permettent pas toujours d'aborder tous les sujets souhaités ni d'installer un climat de confiance nécessaire dès la première consultation. De plus, les femmes suivies en milieu hospitalier n'ont pas toujours le même interlocuteur à chaque consultation prénatale.

D’ailleurs dans notre étude le lien entre le fait de dépister systématiquement la consommation d'alcool et le secteur d'exercice était significatif (p=0,0006).
En effet, la question était posée systématiquement par 33,4% des professionnels exerçant en libéral contre 23,40% en secteur hospitalier et dans 5,2% des cas la consommation d'alcool n'était jamais interrogée par les praticiens hospitaliers contre 0,47% des cas en cabinet libéral. En revanche, la question est plus souvent posée de façon occasionnelle dans le secteur libéral (24,9%) que dans l'hospitalier (12,4%).

3.2. Profils des femmes interrogées

Alors, que 57,4% des professionnels disaient interroger systématiquement leurs patientes au sujet de leur consommation d'alcool, ils étaient 48,8% à répondre qu'ils posaient la question quel que soit le profil de la femme enceinte.

Ils étaient 44,0% à interroger la femme en fonction de différents facteurs. La question était abordée à chaque fois lorsque la patiente présentait un tabagisme; à 83,7% lorsque celle-ci était en condition de précarité; à 53,2 % lorsqu'elle était sans emploi.

Même si ces situations sont en effet plus à risque d’entraîner une dépendance à l’alcool, ces réponses mettent en évidence que les représentations sociales que peuvent avoir certains praticiens du produit « alcool » consommé pendant la grossesse, se limitent à l’alcoolodépendance et n’incluent pas la consommation occasionnelle, festive [20, 59].

Or, deux études menées au Québec et en France en 2007 concernant l'avis des femmes sur l'abstinence d'alcool pendant la grossesse révélaient que celles qui travaillaient ou avaient déjà des enfants se permettait plus souvent de maintenir une consommation modérée ainsi que celles issues d'un milieu socio-économique plus favorisé [25, 26]. Pour ces dernières, seulement 20,6% des professionnels interrogés posaient la question.

Mais le profil type de la consommatrice d'alcool n'existe pas et il est donc indispensable d'interroger toutes les femmes.

3.3. Phrase utilisée pour poser la question

La phrase la plus utilisée par les professionnels pour se renseigner sur les habitudes de consommation d'alcool était à 31,1% : « Pas d'alcool depuis le début de la grossesse ? »

Ce type de question ne permet pas de dépister toutes les femmes qui s'alcoolisent car elle n'invite pas au dialogue. De plus, la notion du mot alcool n'est pas toujours perçue de la même façon par la patiente et par le praticien [2].

Ils étaient 14,8% à se renseigner sur les habitudes de consommation avant la grossesse et à préciser ce que sous-entendait le mot alcool (bière, vin, apéritif).

3.4. Connaissances et utilisation des outils de dépistage

Si l'utilisation de questionnaires standardisés en complément à l'entretien pour dépister une alcoolisation maternelle est courante dans les pays anglo-saxons [28, 54], ce n'est pas le cas en France, bien qu'elle soit recommandée par la société française d'alcoologie [2]. En effet, dans notre étude, quatre personnes (sur 209) connaissaient l'existence de questionnaires sans pour autant pouvoir les nommer et aucunes d'entre elles ne les utilisaient en consultation. Cette tendance n'est pas spécifique à la région Auvergne puisque dans l'étude menée Haute-Normandie; 13,5% des praticiens avaient connaissances de ces questionnaires et seulement 0,6% les utilisaient [58].

3.5. Aisance des professionnels pour aborder la question de l'alcool.

La majorité des praticiens interrogés (soit 40%) déclaraient se sentir ni à l'aise ni mal à l'aise à aborder ce sujet et 34,% étaient plutôt à l'aise puisque c'était pour eux un sujet obligatoire à aborder et pour beaucoup d'entre eux l'expérience professionnelle leur permettait de poser la question sans difficulté.
Toutefois, pour 16,3% le sujet restait tabou c'est pourquoi ils se sentaient plutôt mal à l'aise. Ainsi, ils exprimaient le sentiment d'être intrusif et trouvaient la question culpabilisante pour la femme qui s'alcoolise et qui de ce fait ne dira pas la vérité sur sa consommation.
Ces dernières explications se retrouvent dans la littérature [5, 59].

4. La réalisation de la prévention primaire de l'alcoolisation maternelle chez les femmes enceintes.

4.1. Avis des professionnels sur les recommandations d'abstinence d'alcool pendant la grossesse.

Les recommandations actuelles conseillant l'abstinence totale d'alcool pendant la grossesse [2,46, 47] semblaient justifiées pour 88,0% des personnes répondantes car une dose minimale d'alcool sans conséquences pour le fœtus n'étant pas définie à ce jour, le principe de précaution paraissait indispensable.

Cependant, 12,0% des praticiens pensaient que l'abstinence totale était exagérée et qu'une consommation modérée et ponctuelle n'était pas forcément délétère pour le fœtus comme peuvent le démontrer, deux études menées en Australie et en Angleterre en 2010 et une menée au Danemark en 2012. En effet, ces trois études ont révélé qu'il n'y avait pas de différences sur le développement comportemental entre les enfants nés de mères abstinentes ou consommatrices modérées d'alcool [35-36-37].

4.2. Conseil d'abstinence pendant la grossesse donné

Bien qu'étant 12,0% à trouver que les recommandations d'abstinence totale étaient exagérées, les praticiens étaient seulement 4,3% à ne jamais donner ce conseil tandis que 81,8% le donnaient de façon systématique.

Sinon, 13, 7% des professionnels prodiguaient le conseil « zéro alcool pendant la grossesse » de façon occasionnelle avec une adaptation du discours en fonction de la patiente. Ainsi 33,3% d'entre eux autorisaient une consommation occasionnelle.

Le problème de temps limité de la consultation était à nouveau évoqué pour 11,0% d'entre eux.

Ainsi, les professionnels de périnatalité ne diffusent pas une information univoque sur la consommation occasionnelle d'alcool pendant la grossesse. Ce constat est retrouvé dans l'étude de S Toutain dans laquelle les femmes interrogées déclaraient qu'elles avaient reçu des informations contradictoires de la part des professionnels de santé quant à la consommation occasionnelle d'alcool pendant leur grossesse [26].

Par ailleurs un nombre non négligeable de femmes enceintes consomment encore de l'alcool ponctuellement, ce qui peut être expliqué par le discours parfois contradictoire des professionnels de santé [20].

Il faudrait que le message des praticiens sur la consommation occasionnelle d'alcool pendant la grossesse soit uniforme pour une prévention primaire plus efficace.

Cependant, cela est difficile car au sein de la communauté scientifique les avis sont partagés sur la recommandation d'abstinence totale et des études récentes viennent nuancer ces recommandations [35,36,37]. Ce sont sur ces études que s'appuient certains professionnels pour autoriser une consommation occasionnelle.

De plus, la définition du terme « occasionnel » reste subjective et peut être perçu différemment par le praticien et par sa patiente.

C'est pour cette raison que d'autres professionnels choisissent de diffuser un

message de restriction totale pour ne pas prendre le risque d'une consommation non maîtrisable.

4.3. Information des femmes enceintes sur les effets de l'alcool pendant la grossesse

Dans notre étude, les professionnels étaient 46,8% à suivre les recommandations de la Société française d'alcoologie et de la HAS sur l'information à donner aux femmes enceintes des effets de l'alcool pendant la grossesse [2- 46, 47].
Ce taux est presque équivalent à celui retrouvé dans l'étude_menée par l'Observatoire Régional de la Santé de Haute-Normandie [58] où 45,6% des praticiens délivraient une information sur les effets de l'alcool à toutes les femmes enceintes. En revanche, ils étaient 37,9% à le faire lorsque la patiente présentait une consommation excessive contre 24,0% dans notre étude et 10,9% à ne jamais informer contre 7,1% dans notre étude.

- Informations données sur les effets de l'alcool

Dans ses recommandations la Société française d'alcoologie (SFA) ne précise pas le contenu de l'information à délivrer, c'est alors au praticien qu'appartient le choix de son discours sur les effets de la consommation d'alcool pendant la grossesse. Cependant, la SFA précise qu'il n'est pas nécessaire de focaliser l'attention sur la dysmorphie, ce signe étant parfois que partiellement présent voire absent en fonction du degré de sévérité de l'atteinte fœtale.

Les professionnels de notre population délivraient principalement l'information sur le risque de RCIU, sur les effets neurotoxiques de l'alcool et sur les malformations.
Ces risques correspondent à ceux les plus retenus par les femmes enceintes [53].

- Raisons pour lesquelles l'information n'est pas donnée

Voici les explications principales sur les raisons de cette absence d'information : certains professionnels ne possédaient pas assez de connaissances sur les effets de l'alcool pendant la grossesse pour pouvoir délivrer des informations à ce sujet. Cette raison est retrouvé dans la littérature [5, 55].
D'autres considéraient que l'information était déjà connue et assimilée par leurs patientes ou que les campagnes de prévention étaient suffisantes.
Pourtant, plusieurs études révélaient que beaucoup de femmes ne connaissent pas encore les risques d'une consommation d'alcool pendant la grossesse [20].

Par ailleurs, Laëtitia Belin dans son mémoire sur la connaissance des femmes enceintes sur les risques d'une alcoolisation maternelle expliquait que 80% des femmes interrogées souhaitaient recevoir une information sur ces risques au cours de la grossesse [60].

Enfin, un praticien précisait qu'il n'y avait pas de femmes consommatrices d'alcool parmi sa patientèle, le déni de certains professionnels de santé peut expliquer les difficultés à parler d'alcool [55].

Devant, le nombre encore important de femmes qui ont consommé de l'alcool pendant leur grossesse (une femme sur quatre) il semble nécessaire de rappeler le rôle des professionnels de santé comme acteur principal de la prévention primaire de l'alcoolisation maternelle [20].

5. Prise en charge des femmes enceintes s'alcoolisant

5.1. Nombre de femmes enceintes présentant des problèmes avec leur consommation d'alcool rencontrées selon les professionnels et le lieu d'exercice chaque année

La majorité des professionnels (71,7%) déclaraient rencontrer entre une et cinq femmes par an.

Il n'existait pas de lien significatif ente la profession exercée et le nombre de femmes rencontrées par an (p=0,82).

En revanche, le lien entre le secteur d'activité et le nombre de femmes enceintes s'alcoolisant était significatif avec un Khi carré de 3,59 et p = 0,001.

En effet, la situation de femmes enceintes présentant des problèmes de consommation d'alcool était plus fréquente chez les praticiens du secteur libéral. Ce qui peut être surprenant car la grossesse d'une femme qui s'alcoolise est considérée comme à risque et nécessite donc une compréhension de l'addiction, un soutien psycho-social mais également une surveillance obstétricale plus importante et donc un suivi préférentiellement en centre hospitalier.

5.2. Avis des professionnels sur leur aisance à prendre en charge une femme avec des problèmes liés à l'alcool

Si la majorité des professionnels de santé n'avait pas trop de difficultés à poser la question d'une consommation d'alcool, ils étaient 60,2% à se sentir plutôt mal à l'aise pour prendre en charge une alcoolisation maternelle. Parmi les explications données, la première était celle de ne pas être formé aux moyens de prise en charge et à l'accompagnement du sevrage. Ce sentiment, n'est pas uniquement ressenti par les professionnels de périnatalité d'Auvergne puisque dans l'étude menée en Haute-Normandie, ils étaient 80,0% à souhaiter avoir plus d'informations sur la prise en charge maternelle [58].

Enfin, la littérature fait référence au fatalisme évoqué par certains praticiens face

à une future mère présentant des problèmes avec sa consommation d'alcool [5, 55]. Ce sentiment est exprimé par 6,2% de notre population qui expliquait que la prise en charge était difficile car elle semblait inutile.

Néanmoins, la collaboration possible avec un médecin addictologue permet à 33,4% des professionnels de périnatalité de se sentir ni à l'aise ni mal à l'aise voire plutôt à l'aise concernant la prise en charge d'une alcoolisation maternelle.

5.3. Existence d'une structure spécialisée avec laquelle les professionnels peuvent collaborer.

La prise en charge multidisciplinaire est indispensable dans le suivi des femmes enceintes qui s'alcoolise. C'est pourquoi il est important que les acteurs de périnatalité connaissent des structures spécialisées dans les addictions avec lesquelles ils peuvent collaborer.

A la question « Existe-t-il une structure spécialisée avec laquelle vous pouvez travailler si besoin? »; 39,7% des personnes interrogées répondaient par l'affirmative en citant le service d'addictologie d'un centre hospitalier, le CMP et la PMI; 30% répondaient non dont 20,5% de médecins généralistes et presque le même nombre (29%) ne savaient pas si une telle structure existait.

Néanmoins il n'y avait pas de différence significative entre la profession exercée et le fait de connaître ce type de structure (p=0,28).

Ces résultats montrent que les services d'addictologie au sein des centres hospitaliers sont les structures de références pour la majorité des professionnels.

En revanche, les autres structures d'addictologie le sont moins puisqu'une seule personne interrogée a cité un CMP ou un centre de protection maternelle et infantile.

De plus, au vue du nombre de praticiens ne connaissant aucunes structures, des efforts restent à faire sur la diffusion des adresses de ces lieux de prise en charge.

5.4. Avis des professionnels sur la qualité de la transmission des informations entre eux

Tout au long de sa grossesse la femme enceinte est amenée à rencontrer différents acteurs de périnatalité, c'est pourquoi la communication des informations entre eux est primordiale et à fortiori lorsqu'il existe une alcoolisation.

Or, dans cette étude seulement 28,7% des personnes interrogées considéraient que les informations médicales (et particulièrement celles sur la consommation d'alcool) étaient partagées de façon optimale entre les différents professionnels de santé, grâce notamment au dossier informatique (ICOS).

Cependant, 71,2% des professionnels estimaient le contraire. Les raisons avancées étaient pour la majorité le fait que la question de la consommation d'alcool ne soit pas toujours posée par le praticien qui aurait pu voir la patiente avant eux. Ou lorsque c'est le cas l'information n'est pas ou mal retranscrite dans le dossier médical papier ou informatique.

Le fait que certains praticiens n'aient pas de dossier informatique, représentait pour certains, un obstacle pour la bonne collaboration entre professionnels.

Le problème de retranscription de la consommation d'alcool dans le dossier médicale est retrouvé dans le mémoire de C. Magne où 27% des dossiers médicaux ne sont pas remplis à l'item « alcool » alors qu'ils le sont tous concernant le tabac [61].

Le lien entre la profession exercée et l'avis sur la qualité de la transmission des informations n'était pas significatif (p=0,29).

III. Projet d'action

Dans cette étude nous avons pu constater que le dépistage de l'alcoolisation maternelle pendant la grossesse est réalisé par la majorité des professionnels de périnatalité.
Néanmoins, très peu connaissent les questionnaires pouvant être une aide au dépistage et aucun d'entre eux ne les utilise.

Il pourrait donc être intéressant de recueillir l'avis des praticiens (sages-femmes, gynécologues-obstétriciens et médicaux exerçant en établissement de santé ou en cabinet libéral sur l'utilisation du questionnaire T-ACE recommandé par la SFA [2]. Il pourrait servir d'aide dans l'entretien et permettre l'ouverture du dialogue entre le praticien et sa patiente.

Ce questionnaire pourrait être rempli par les patientes seules avant de rencontrer le praticien. Il pourrait être distribué à l'arrivée de la femme au secrétariat pour les consultations en établissement de santé, ou donné par le praticien à la première rencontre (si l'occasion d'aborder la question de l'alcool ne s'est pas présentée au cours de la consultation) et à remplir chez elle pour le rendez-vous suivant.
Car les professionnels n'ont pas toujours le temps de poser toutes les questions et leur présence peut influencer les réponses données par les femmes.

Il serait cependant nécessaire aux professionnels de discuter ensuite des réponses avec leurs patientes. Ceci demandant une écoute attentive et donc du temps, ce n'est pas toujours réalisable selon les conditions de travail.
C'est pourquoi il faudrait développer l'entretien prénatal précoce qui représente un moment privilégié pour aborder la question de la consommation d'alcool.

Cependant, l'utilisation de ces questionnaires nécessite une formation des professionnels et notamment sur les interventions brèves recommandées par la SFA.
L'entretien motivationnel fait partie des interventions brèves développées dans le champ de l'alcoologie et consiste à faire réfléchir le patient par lui-même sur ses comportements et à le faire changer en prenant ses propres décisions.

Par ailleurs, si pour beaucoup de professionnels l'abord de la question d'alcool ne pose pas de problème, la prise en charge d'une femme enceinte consommatrice

d’alcool quant à elle, est plus difficile.
En effet, les professionnels ont exprimé leurs lacunes dans ce type de prise en charge.
Il semblerait donc important de former les professionnels de manière plus générale en addictologie ainsi que sur la culture du travail en partenariat, nécessaire dans la prise en charge de ces patientes.

Pour cela il faut former et informer les praticiens sur le dépistage des conduites addictives et la nécessité de leur prise en charge précoce. Cette formation peut se réaliser à l’initiative et en lien avec les équipes de liaisons et de soins en addictologie ou les centres de soins d’accompagnement et de prévention en addictologie.
Cette formation peut se réaliser lors de staff multidisciplinaires ou même via le réseau de santé de périnatalité de la région sous forme de journée d'information et de formation.

Dans le cadre du travail en partenariat, il est nécessaire de mettre en place une équipe multidisciplinaire au sein des maternités regroupant des professionnels de périnatalité tels que des sages-femmes; des gynécologues-obstétriciens; des pédiatres mais également des spécialistes de l’addictologie, des psychologues, des assistantes sociales. Cette équipe ayant pour objectif la mise en confiance de la patiente permettant ainsi l’établissement d’un lien mère (parents)-enfant solide et durable tout au long de la grossesse.

De plus, ce travail multidisciplinaire nécessite un travail en réseau Ville-Hôpital permettant d’établir un lien de communication, d’information et de confiance avec les praticiens libéraux (sages-femmes, gynécologues, médecins généralistes) ou les centres spécialisés qui suivent la grossesse de ces femmes mais permettant également la mise en place d’un soutien médico-psycho-social à domicile avant et après l’accouchement.

La connaissance des structures d’addictologie par les praticiens libéraux est donc indispensable. C’est pour cela qu’une carte de la région Auvergne comprenant la liste de ces structures pourrait être diffusée aux professionnels de périnatalité du réseau.

Enfin, l’article issu de ce mémoire sera communiqué aux professionnels qui en ont fait la demande afin d’établir un retour des conclusions de cette étude.

CONCLUSION

La grossesse chez une femme consommatrice d'alcool est une situation à risque pour la patiente et évidemment pour son enfant.
Le rôle de la sage-femme en tant qu'acteur de la périnatalité est de prévenir, de dépister toute conduite addictive et de proposer et participer à sa prise en charge.

Il est donc essentiel que les professionnels de santé possèdent les connaissances nécessaires.

Les résultats de l'étude ont révélés que les professionnels de santé interrogés connaissent les principaux risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse puisque le taux de bonnes réponses est de 68,9%. Cependant, les médecins sont seulement un peu plus de la moitié à connaître ces risques.

Le constat est un peu plus nuancé en ce qui concerne la connaissance du syndrome d'alcoolisation fœtale. En effet, seulement un praticien sur huit a pu citer les signes cliniques diagnostiques de ce syndrome.
Le perfectionnement des connaissances passent par l'amélioration et l'uniformisation de la formation initiale dans le cursus des différentes professions ainsi que par le développement professionnel continu des professionnels de santé.

Ce travail nous a permis d'identifier que, les recommandations de la Société française d'alcoologie sur le dépistage ne sont pas respectées puisque la question de la consommation d'alcool n'est pas posée de façon systématique à toutes les femmes.

En effet, certains professionnels n'abordent la question qu'avec certaines femmes en fonction de leur profil.

De plus, il a été mis en évidence que pour certains professionnels, le sujet de l'alcool reste encore difficile à aborder notamment par le manque de formation qui constitue donc un obstacle à la bonne réalisation du dépistage.

Nous avons également constaté que les outils d'aide au dépistage comme les questionnaires ne sont pas connus par les professionnels de santé. Leur diffusion pourrait permettre un meilleur taux d'utilisation et peut-être une amélioration du dépistage.

Par ailleurs, nous avons réalisé que les professionnels de périnatalité ont conscience des enjeux d'une prévention de l'alcoolisation maternelle. Néanmoins, les messages d'information et de conseils d'abstinence ne sont pas délivrés de façon uniforme à toutes les femmes.
Là encore, le manque de temps est évoqué pour le justifier.

Enfin, ce travail a permis de mettre en évidence que la majorité des professionnels sont très peu formés sur la question « alcool et grossesse » mais plus généralement en addictologie et qu'ils ont une grande méconnaissance par les acteurs de périnatalité des réseaux d'aide à la prise en charge des addictions.

De plus, la communication entre ces différents professionnels n'est pas optimale. Or, le travail multidisciplinaire qui constitue le meilleur mode de prise en charge et d'accompagnement d'une femme enceinte qui s'alcoolise nécessite une communication efficace entre les différents intervenants au sein du réseau de périnatalité d'Auvergne.

Il paraît donc essentiel que les professionnels de la périnatalité soient informés et surtout formés sur les enjeux du dépistage et de la prise en charge adaptée des femmes enceintes présentant des problèmes avec leur consommation d'alcool. Ceci, tout en renforçant les liens entre les services d'addictologie et les professionnels de périnatalité qui ont un rôle primordial dans cet accompagnement.

Pour conclure, afin d'améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge de l'alcoolisation maternelle pendant la grossesse, il serait intéressant de comprendre quelles sont les difficultés rencontrées par les acteurs de périnatalité.
Ces difficultés ne résidant pas forcément dans la consommation d'alcool en elle-même mais dans la représentation sociale qu'ils peuvent avoir de la femme enceinte qui s'alcoolise et de ses capacités maternelles.

Ainsi, une étude pourrait être réalisée auprès des professionnels de santé sur les représentations sociales qu'ils se font de l'alcool, et de sa consommation par la femme enceinte.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Drogues chiffres clés. Observatoire des drogues et des toxicomanies 2013 ; 5 : 6-7.

[2] Expertise collective INSERM. Alcool : effets sur la santé. Paris : Editions INSERM ; 2001. p. 119- 143.

[3] Lamblin D. Les enfants porteurs de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale et leur devenir. Recherche Action, Alcool, grossesse et santé des femmes 2005.

[4] Société Française d'Alcoologie. Les conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse. Alcoologie et addictologie 2003 ; 25 (Suppl 2) : 47S- 50S.

[5] Le Masson C. Abord systématique de la consommation d'alcool pendant la grossesse : une aide au dépistage. Profession Sage-Femme 2006 ; 128 : 20-22.

[6] Sournia J-C. Histoire de l'alcoolisme. Paris : Collections Flammarion ; 1986. p. 5-40.

[7] Flandrin J-L, Montanari M. Histoire de l'alimentation. Paris : Fayard ; 1996. p. 24-28.

[8] Chapuis R. L'alcool, un mode d'adaptation social ?. Paris : L'Harmattan ; 1989. p. 44.

[9] Bernand C. Désirs d'ivresse : Alcool rites et dérives. Paris : Edition Autrement ; 2000. p. 194.

[10] Gaussot L. Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du « bien boire ». Sciences sociales et santé 1998 ; 16 : 5- 42.

[11] Barthes R. Mythologies. Paris : Editions du Seuil ; 1957. p. 55.

[12] Caro G. De l'Alcoolisme au savoir-boire. Paris : Editions L'Harmattan ; 2007. p. 35.

[13] Ancel P, Gaussot L. Alcool et alcoolisme, pratiques et représentations. Paris : L'harmattan ; 1998. p. 45- 60.

[14] Dehaene P. La grossesse et l'alcool. Paris : Presses Universitaires de France ; 1995. p. 3- 94.

[15] Jayle D, Lamoureux P. Drogues et dépendances. Paris : Editions INPES ; 2007.

[16] Société Française d'Alcoologie. Les mésusages d'alcool en dehors de la dépendance. Alcoologie et addictologie 2003 ; 25 (suppl 4) : 43- 45.

[17] Anderson P, Gual A, Colom J. Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Paris : Editions INPES ; 2008. p. 4- 73.

[18] Société Française d'Alcoologie. Les conduites d'alcoolisation. Alcoologie et addictologie 2001 ; 23 : 1-7.

[19] Richard J-B, Beck F, Spilka F. La consommation d'alcool des 18-25 ans en 2010 en France : spécificités et évolutions depuis 2005. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 2013 ; 16-17-18 : 176-179.

[20] Saurel-Cubizolles M-J, Prunet C, Blondel B. Consommation d'alcool pendant la grossesse et santé périnatale en France en 2010. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 2013 ; 16-17-18 : 180- 184.

[21] De Chazeron I, Llorca M, Ughetto S, Venditelli F, Boussiron D, Sapin V et al. Is Pregnancy the Time to Change Alcohol Consumption Habits in France?. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 2008 ; 32 : 868- 873.

[22] Simmat-Durand L. Femmes et addictions dans la littérature internationale : sexe, genre et risques. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 2009 ; 10-11 : 86- 89.

[23] Moscovici S. Psychologie sociale. Paris : Éditions Presses Universitaires de France ; 2008. p. 55.

[24] Jodelet D. Les représentations sociales. Paris : Editions Presses Universitaires de France ; 1994. p. 36.

[25] April N, Audet C, Guyon L, Gagnon H. Représentations de la consommation d'alcool pendant la grossesse et perceptions des messages de prévention chez les femmes enceintes. Drogues, santé et société 2010 ; 9 : 17- 48.

[26] Toutain S. Ce que les femmes disent de l'abstinence d'alcool pendant la grossesse en France. . Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 2009 ; 10-11 : 99.

[27] Fallet-Bianco C, Bazin A, Daumas-Duport C. Conséquences de l'exposition prénatale à l'alcool sur le système nerveux central. Médecine Fœtale et Échographie en Gynécologie 2001; 47 : 17–27.

[28] Serror E, Chapelon E, Bué M, Garnier-Lengliné H, Lebeaux-Legras C, Loudenot A et al. Alcool et grossesse. Archives de Pédiatrie 2009 ; 16 : 1364- 1373.

[29] Subtil D. Alcool pendant la grossesse : tératogène et neurotoxique. Vocation Sage-Femme 2004 ; 25 : 12-17.

[30] Salonne C, Fournié A, Biquard F, Gillard P, Descamp P. Alcool et grossesse. EMC Gynécologie-Obstétrique 2004 ; 1 : 88- 96.

[31] Streissguth A, Samson P, Olson H. Maternal drinking during pregnancy : attention and short-term memory in 14-year-old offspring . A longitudinal prospective study. Alcoholism : Clinical and Experimental Ressearch 1994 ; 18 : 202-218.

[32] Subtil D., Fourmaintraux A., Danel T. Alcool pendant la grossesse : tératogène et neuro-toxique. CNGOF ; 2003. p. 307.

[33] Sood B, Delenay-Black V, Covington C. Prenatal alcohol exposure and childhood behavior at age 6-7 years : dose response effect. Pediatrics 2001 ; 108 : 34-45.

[34] Therby D. Le syndrome d'alcoolisation fœtale. Les dossiers de l'obstétrique 2004 ; 326 : 23- 24.

[35] Robinson M, Oddy W, McLean N, Jacoby P, Pennell C, De Klerk N et al. Low–moderate prenatal alcohol exposure and risk to child behavioural development : a prospective cohort study. BJOG 2010; 117 : 1137- 1150.

[36] Kelly Y, Sacker A, Gray R, Kelly J, Wolke D, Head J et al. Light drinking during pregnancy: still no increased risk for socioemotional difficulties or cognitive deficits at 5 years of age?. Journal of Epidemioly Community Health 2010; 66 : 41- 48.

[37] Kesmodel U, Bertrand J, Støvring H, Skarpness B, Denny C, Mortensen E. The effect of different alcohol drinking patterns in early to mid pregnancy on the child's intelligence, attention, and executive function. BJOG 2012 ; 119 : 1180- 1190.

[38] Underbjerg M, Kesmodel U, Landrø N, Bakketeig L, Grove J, Wimberley T et al. Theeffects of low to moderate alcohol consumption and binge drinking in early pregnancy on selective and sustained attention in 5-year-old children. BJOG 2012 ; 119: 1211– 1221.

[39] Toutain S, Simmat-Durand L, Crenn-Hebert C, Simonpolis A-M, Vellut N, Genest L et al. Conséquences pour l'enfant à nître du maintien de la consommation d'alcool pendant la grossesse. Archives de Pédiatrie 2010 ; 17 : 1273- 1280.

[40] Streissguth A, Dehaene P. Fetal alcohol syndrome in twins of alcoholic mothers: concordance of diagnosis and IQ. Am J Med Genet 1993 ; 47 : 857– 861.

[41] Dehaene P. Une grande aventure clinique à la française. Les Dossiers de l'Obstétrique 1998 ; 257.

[42] Lemoine P. Les enfants des parents alcooliques.Anomalies observées à propos de 127 cas. Ouest Médical 1968 ; 25: 476- 482.

[43] Bloch J, Cans C, De Vigan C, De Brosses L, Dorray B, Larroque B et al. Faisabilité de la surveillance du syndrome d'alcoolisation fœtale. Archives de Pediatrie 2008 ; 15 : 507- 509.

[44] Provost C. Le syndrome d'alcoolisation fœtal. Vocation Sage-Femme 2008 ; 63 : 8- 16.
[45] Lemoine P. Avenir des enfants de mères alcooliques: étude de 105 cas retrouvés à l'âge adulte. Annales de pédiatrie 1992 ; 39 : 226- 235.

[46] Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé ; 2005.

[47] H.A.S. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiée. Recommandations pour les professionnels de santé ; 2007.

[48] République française. Loi du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique concernant le SAF. JO le 11août 2004.

[49] République française. Arrêté du 2 octobre 2006 relatif aux modalités d'inscription du message à caractère sanitaire préconisant l'absence de consommation d'alcool par les femmes enceintes sur les unités de conditionnement des boissons alcoolisées. JO le 03 octobre 2006.

[50] République française. Arrêté du 21 juin 2007 relatif au modèle et au mode d'utilisation du carnet de grossesse dit « carnet de santé maternité ». JO le 28 juillet 2007.

[51] I.N.P.E.S. Dossier de presse :Alcool : votre corps se souvient de tout ; 2004.

[52] Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Alcool et grossesse, parlons-en. Guide à l'usage des professionnels ; 2007.

[53] GuilleMont J, Léon C. Alcool et grossesse : connaissances du grand public en 2007 et évolution en trois ans. Evolutions 2008 ; 15 : 1- 6.

[54] Vandendriesche D, Alt-Menguelet S, Auguet P, Urso L, Therby D, Subtil D. Alcool et grossesse. Profession sage-femme 2013 ; 197 : 21- 32.

[55] Charrier P. Les sages-femmes en France. Rapport de recherche. Lyon : CNRS ; 2011. p. 137.

[56] Conseil National de l'Ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2013.[consulté le 20/03/2014]. Disponible à partir de : URL : <http://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/Atlas _national_2013.pdf>

[57] Gateil-Barrier G. Alcool et grossesse : L'état actuel des connaissances. Mémoire de Diplôme Universitaire d'alcoologie. Grenoble 2004.

[58] Villet H, Lefebvre A, Yon A, Mazure G. Normandie Alcool et grossesse. Enquête auprès des professionnels des maternités et services de néonatologie. Rouen : Observatoire régional de la santé ; 2007 .p. 19- 51.

[59] Subtil D, Therby D, Danel T. Repérage et suivi des grossesses exposées à l'alcool. Société Française de médecine périnatale. Alcool et grossesse.35ème journées nationales de médecine périnatale. Reuil-Malmaison : Arnette ; 2005.p 23- 29.

[60] Belin L. Alcool et grossesse : Impact de la campagne de prévention 2007. Mémoire sage-femme : université de Clermont-Ferrand. 2008. MSF04.

[61] Magne C, Simon B, Lebdiri B, Paulard I. Abord de la consommation d'alcool en consultation prénatale. Enquête au CHRU de Brest. La revue sage-femme 2012 ; 11 : 113- 119.

ANNEXES

Annexe I : Le questionnaire MAST

Annexe II : Le questionnaire DETA/CAGE

Annexe III : Le questionnaire AUDIT

Annexe IV : Le questionnaire T-ACE

Annexe V : Questionnaire distribué aux professionnels pour l''étude

Annexe I : Le questionnaire MAST

1. *Pensez-vous que vous consommez de l'alcool en quantité plus que la normale ?*	**Oui=2**	**Non=0**
2. *Vos proches vous ont-ils déjà fait des reproches au sujet de votre consommation d'alcool ?*	**Oui=1**	**Non=0**
3. *Vous êtes-vous déjà senti coupable au sujet de votre consommation d'alcool ?*	**Oui=1**	**Non=0**
4. *Est-ce que vos amis et vos proches parents pensent que vous êtes un buveur normal ?*	**Oui=0**	**Non=2**
5. *Arrivez-vous toujours à stopper votre consommation d'alcool quand vous le voulez ?*	**Oui=0**	**Non=2**
6. *Avez-vous assisté à une réunion d'anciens buveurs (Alcooliques Anonymes) pour un problème d'alcool ?*	**Oui=5**	**Non=0**
7. Est-ce que l'alcool à déjà créé des problèmes entre vous et votre conjoint(e) ?	Oui=2	Non=0
8. *Avez-vous déjà eu des problèmes professionnels à cause de votre consommation d'alcool ?*	**Oui=2**	**Non=0**
9. *Avez-vous déjà négligé vos obligations, votre famille ou votre travail pendant deux jours de suite ou plus en raison de votre consommation d'alcool ?*	**Oui=2**	**Non=0**
10. *Avez-vous demandé de l'aide ou des conseils à autrui au sujet de votre consommation ?*	**Oui=5**	**Non=0**
11. *Avez-vous déjà été hospitalisé en raison de votre consommation d'alcool ?*	**Oui=5**	**Non=0**
12. *Avez-vous déjà été arrêté, ne serait-ce que quelques heures en raison d'un état d'ivresse ?*	**Oui=2**	**Non=0**
13. *Avez-vous déjà été inculpé d'ivresse au volant ?*	**Oui=2**	**Non=0**

Un total égal ou supérieur à **3** suggère fortement une alcoolodépendance.

Annexe II : Le questionnaire DETA/CAGE

1) Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? Oui/Non

2) Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ? Oui/Non

3) Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? Oui/Non

4) Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin ? Oui/Non

Une réponse positive à deux questions sur quatre est un bon critère prédictif d'un problème de consommation d'alcool.

Annexe III : Le questionnaire AUDIT

A. **U. D. I. T.** (**Alcohol Use Disorders Identification Test**)

Une boisson standard = 10 g d'alcool pur

(Ce questionnaire interroge votre consommation d'alcool de l'année écoulée. Attention à ce que vos réponses reflètent cette unité de temps et non pas les dernières semaines)

1/ Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?									
Jamais	**0**	Une fois par mois ou moins	**1**	2 à 4 fois par mois	**2**	2 à 3 fois par semaine	**3**	4 fois ou plus par semaine	**4**
2/ Combien de boissons standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?									
Une ou deux	**0**	Trois ou quatre	**1**	Cinq ou six	**2**	Sept à neuf	**3**	Dix ou plus	**4**
3/ Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire six boissons standard ou plus ?									
Jamais	**0**	Moins d'une fois par mois	**1**	Une fois par mois	**2**	Une fois par semaine	**3**	Chaque jour ou presque	**4**
4/ Dans l'année écoulée, combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?									
Jamais	**0**	Moins d'une fois par mois	**1**	Une fois par mois	**2**	Une fois par semaine	**3**	Chaque jour ou presque	**4**
5/ Dans l'année écoulée, combien de fois le fait d'avoir bu de l'alcool, vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?									
Jamais	**0**	Moins d'une fois par mois	**1**	Une fois par mois	**2**	Une fois par semaine	**3**	Chaque jour ou presque	**4**
6/ Dans l'année écoulée, combien de fois, après une période de forte consommation, avez-vous du boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?									
Jamais	**0**	Moins d'une fois par mois	**1**	Une fois par mois	**2**	Une fois par semaine	**3**	Chaque jour ou presque	**4**
7/ Dans l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?									
Jamais	**0**	Moins d'une fois par mois	**1**	Une fois par mois	**2**	Une fois par semaine	**3**	Chaque jour ou presque	**4**
8/ Dans l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?									
Jamais	**0**	Moins d'une fois par mois	**1**	Une fois par mois	**2**	Une fois par semaine	**3**	Chaque jour ou presque	**4**
9/ Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?									
Non	**0**	Oui, mais dans l'année passée			**2**	Oui, au cours de l'année dernière			**4**
10/ Est-ce qu'un ami ou un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?									
Non	**0**	Oui, mais dans l'année passée			**2**	Oui, au cours de l'année dernière			**4**

Annexe IV : Le questionnaire T-ACE

T – *Combien de verres d'alcool consommez-vous avant d'en ressentir l'effet ? (TOLÉRANCE)*

A – *Vous est-il arrivé d'être AGACÉE quand quelqu'un vous a dit que vous devriez diminuer votre consommation d'alcool ?*

C – *Avez-vous déjà pensé que vous devriez DIMINUER votre consommation ?*

E – *Vous arrive-t-il de BOIRE AU RÉVEIL pour vous aider à démarrer ou à vous remettre des conséquences d'une soirée trop arrosée ?*

Interprétation du score :

- T : 2 points s'il faut plus de 2 verres pour que la patiente atteigne un état « euphorique »
- A, C, E : 1 point pour chaque réponse « oui ».

Un total de 2 points ou plus indique que la femme a probablement un problème d'alcool (un diagnostic exige une évaluation plus approfondie).

Annexe V : Questionnaire distribué pour l'étude

REBOULET Marine
Bât A 812, Clos St-Jacques
25, rue Etienne Dolet
63037 Clermont-Ferrand cedex 1

E-mail: marine.reboulet@etu.udamail.fr

Madame, Monsieur,

Je suis actuellement étudiante en cinquième année de cursus Maïeutique à l'université de Clermont-Ferrand.
Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études je réalise une enquête sur « La connaissance des risques d'une alcoolisation maternelle pendant la grossesse, son dépistage et sa prévention par les professionnels de périnatalité. »
Pour réaliser ce travail, je sollicite votre participation au travers de ce questionnaire de 34 questions.
Il est strictement anonyme.

Je vous remercie d'avance de votre collaboration et du temps que vous consacrerez aux réponses.

Veuillez agréer Madame, Monsieur, l'expression de mes sincères salutations.

REBOULET Marine

Informations générales

1) Etes-vous:
☐ Un homme
☐ Une femme

2) Quel âge avez-vous?
☐ Entre 20 et 30 ans
☐ Entre 30 et 40 ans
☐ Entre 40 et 50 ans
☐ Entre 50 et 60 ans
☐ Plus de 60 ans

3) Etes-vous:
☐ Sage-femme
☐ Gynécologue-obstétricien
☐ Gynécologue médical
☐ Médecin généraliste
☐ Interne

4) En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme?……

5) Où exercez-vous? (Plusieurs réponses possibles)
☐ Maternité de niveau I
☐ Maternité de niveau II
☐ Maternité de niveau III
☐ En cabinet libéral

Formation initiale

6) Au cours de votre formation initiale, avez-vous reçu un enseignement sur l'alcoolisation maternelle pendant la grossesse (les risques, le dépistage, la prise en charge….)?
☐ Oui
- Combien d'heures a représenté cet enseignement?: ……
☐ Non

7) Votre formation initiale vous semble t- elle suffisante pour votre pratique clinique?
☐ Oui
☐ Non
☐ Sans avis

8) Si vous avez répondu « non » à la question précédente, pourquoi?
…….....

Développement professionnel continu

9) Dans le cadre de la formation continue, vous êtes-vous formé sur le thème « Alcool et grossesse » ?

- ☐ Oui
  - ❖ Par quel(s) moyen(s) ?
    - ☐ Congrès
    - ☐ Articles scientifiques
    - ☐ Recommandations professionnelles
- ☐ Diplôme Inter Universitaire d'addictologie
- ☐ Revues professionnelles
    - ☐ Autres :

    ……

- ☐ Non
  - ❖ Pour quelles raisons?
- ☐ La formation initiale est suffisante
- ☐ Par manque de temps
- ☐ Car cela n'a pas d'utilité pour votre pratique courante
- ☐ Autres: …….....

10) Cochez la (les) proposition(s) qui vous semble justes:

- ☐ L'alcool n'est pas tératogène pour l'embryon ou le fœtus.
- ☐ Lors d'une alcoolisation maternelle, l'alcoolémie fœtale reste inférieure à l'alcoolémie maternelle.
- ☐ La consommation d'alcool au troisième trimestre peut être autorisée car il n'y a pas conséquences pour le fœtus.
- ☐ Il n'existe pas de seuil en dessous duquel l'alcool n'est pas toxique.
- ☐Aucune des réponses précédentes n'est juste

11) Cochez la (les) proposition(s) qui vous semble juste(s):

- ☐ La diminution de la consommation d'alcool est bénéfique pour l'enfant à naître quel que soit le terme de la grossesse.
- ☐ Il est recommandé de conseiller aux femmes l'abstinence d'alcool tout au long de la grossesse.
- ☐ Une alcoolisation fœtale peut entraîner des troubles neuro-développementaux sans autres signes cliniques.
- ☐ Il est recommandé d'informer toutes les femmes enceintes ou souhaitant le devenir des effets d'une consommation d'alcool pendant la grossesse.
- ☐ Aucune des réponses précédentes n'est juste.
- ☐

12) Donner la ou les affirmation(s) vraie(s) concernant le Syndrome d'Alcoolisation Fœtale:

- ☐ Le SAF n'apparaît que pour des consommations régulières d'alcool
- ☐ Le SAF n'apparaît que pour des consommations massives d'alcool
- ☐ En dessous d'une consommation de 3 verres d'alcool par jour, il n'existe pas de risques pour l'embryon ou le fœtus.
- ☐ Le SAF est la seule manifestation possible d'une consommation d'alcool pendant la grossesse.
- ☐ Aucune des réponses précédentes n'est juste

13) Lorsque la consommation maternelle d'alcool est avérée, quels sont les critères permettant de poser le diagnostic d'un Syndrome d'alcoolisation fœtale dit «complet » ?

…….....
.....

Expérience professionnelle

14) Lors des consultations prénatales, posez-vous la question de la consommation d'alcool :

- ☐ Oui, à toutes les femmes
- ☐ Oui, si j'ai le temps
- ☐ Oui, avec celles qui présentent des facteurs de risques
- ☐ Non, jamais
- ☐ Autre: …….

15) Si vous avez répondu non, pourquoi?

…….....

Si vous avez répondu « Non » à la question précédente vous pouvez passer directement à la question 20 .

16) Parmi ces profils de femmes, lesquelles allez-vous interroger sur leur consommation d'alcool ?:

- ☐ Femme sans emploi
- ☐ Femme seule
- ☐ Femme primipare
- ☐ Femme qui travaille
- ☐ Femme multipare
- ☐ Femme avec un niveau socio-économique élevé
- ☐ Femme en condition de précarité
- ☐ Femme fumeuse

17) Quelle phrase utilisez-vous pour poser la question ?

- ☐ « Est-ce que vous buvez ? »
- ☐ « Pas d'alcool depuis le début de la grossesse? »
- ☐ « Pas de boissons alcoolisées depuis le début de la grossesse? »
- ☐ « Est-ce qu'avant la grossesse vous buviez de la bière, du vin à table, des apéritifs? Et maintenant? »
- ☐ Autres: …….....

18) Connaissez-vous les questionnaires qui peuvent être utilisés en complément de l'entretien ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, lesquels? .....

19) Si oui, les utilisez-vous lors de vos consultations ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si, non pourquoi ?

…….....

20) Vous sentez-vous à l'aise pour aborder la question de l'alcool ?

- ☐ Très à l'aise
- ☐ Plutôt à l'aise
- ☐ Ni à l'aise ni mal à l'aise
- ☐ Plutôt mal à l'aise
- ☐ Très mal à l'aise

Pourquoi?

…….....

21) Au vu des connaissances scientifiques actuelles, pensez-vous qu' une recommandation d'abstinence totale d'alcool pendant la grossesse soit justifiée?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Pourquoi ?:……

22) Conseillez-vous à une femme enceinte ou souhaitant le devenir une abstinence totale d'alcool pendant la grossesse:

- ☐ Oui, systématiquement
- ☐ Oui, occasionnellement
- ☐ Non, jamais
- ☐ Autre: …….....

Pourquoi? …….....

23) Abordez-vous les effets de la consommation d'alcool durant la grossesse ?

- ☐ Oui avec toutes les femmes
- ☐ Oui mais seulement celles qui ont une consommation excessive
- ☐ Oui, avec celles qui le demandent
- ☐ Non

24) Si vous avez répondu "oui", quelle(s) information(s) donnez-vous?

- ☐ L'effet neurotoxique de l'alcool
- ☐ Le risque de RCIU
- ☐ Les malformations
- ☐ Les dysmorphies faciales
- ☐ Les troubles comportementaux et difficultés d'apprentissage
- ☐ Autres : ……

25) Si vous avez répondu « Non », pourquoi?

- ☐ Par manque de temps
- ☐ Les femmes le savent déjà
- ☐ Par manque de connaissances sur le sujet
- ☐ Les campagnes de prévention sont suffisantes
- ☐ Autres…….....

26) Combien de femmes enceintes présentant des problèmes avec leur consommation d'alcool rencontrez-vous par an?

- ☐ Aucune
- ☐ Entre 1 et 5
- ☐ Entre 6 et 10
- ☐ Plus de 10
- ☐ Autres: …….....

27) Vous sentez-vous à l'aise dans la prise en charge de ces femmes?

- ☐ Très à l'aise
- ☐ Plutôt à l'aise
- ☐ Ni à l'aise ni mal à l'aise
- ☐ Plutôt mal à l'aise
- ☐ Très mal à l'aise

- ➢ Pourquoi?

…….....

28) Existe-t-il, une structure avec une équipe pluridisciplinaire consacrée aux femmes enceintes présentant des problèmes avec l'alcool, avec laquelle vous pouvez travailler?

- ☐ Oui
- ➢ Laquelle?…….....
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

29) Trouvez-vous que l'information sur la consommation d'alcool d'une patiente est bien transmise entre les différents professionnels? :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Pourquoi

<u>Vos attentes</u>

30) Avez-vous des propositions, des commentaires ?:

……
……

RESUME

Introduction : La consommation d'alcool pendant la grossesse est un problème majeur de Santé Publique puisqu'elle représente la première cause de déficit intellectuel d'origine non génétique en France.
Malgré la mise en œuvre d'une politique de prévention contre les dangers de la consommation d'alcool pendant la grossesse, de nombreuses femmes continuent d'en consommer.
Matériel: L'objectif principal de cette étude était de réaliser un état des lieux des connaissances des professionnels de périnatalité sur les risques de l'alcoolisation maternelle pendant la grossesse.
Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la réalisation du dépistage, de la prévention primaire et de la prise en charge réalisés par ces professionnels.
Méthode : Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive transversale. Un questionnaire a été distribué aux sages-femmes et aux gynécologues-obstétriciens hospitaliers et libéraux ainsi qu'aux médecins généralistes.
Résultats et Discussion : L'étude a montré que les professionnels possèdent de bonnes connaissances des risques d'une alcoolisation maternelle au cours de la grossesse. Néanmoins, très peu connaissent les trois signes cliniques de SAF. Le dépistage systématique est pratiqué par 57,4% des professionnels.
Ils sont 81,1% à donner le conseil de « zéro alcool » à toutes les femmes comme le voudrait la Société Française d'Alcoologie. En revanche, seulement 46,8 % des praticiens informent des risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse. Le manque de temps est cité comme principale raison.
Enfin, nous avons mis en évidence que 62% se sentent mal à l'aise pour la prise en charge de l'alcoolisation maternelle car ils ne se sentent pas assez formés sur ce sujet.
Conclusion :Il est nécessaire que les professionnels soient mieux formés en addictologie pour un meilleur dépistage et une meilleure prise en charge

Mots clés : **Alcool, grossesse**, **connaissances, professionnels, dépistage, prévention, prise en charge**

SUMMARY

Introduction: *Alcohol consumption during pregnancy is a major cause of mental retardation in France. In spite of the implementation of a prevention policy on the dangers of alcohol consumption during pregnancy; many pregnant women continue to consume alcohol.*
Material: *The main objective of the study was to establish an inventory of perinatal professionals' knowledge concerning the risks related to alcohol consumption during pregnancy.*
The secondary objective was to evaluate their practice of the screening, primary prevention and care to maternal alcoholization during pregnancy.
Methods: *It was a descriptive observational study. A questionnaire was distributed to hospital and liberal midwives and obstetricians and general practitioners in Auvergne.*
Results and Discussion: *Professionals have good knowledge about risks to consume alcohol during pregnancy. Nevertheless, their knowledge about the three clinical signs of fetal alcohol syndrome. The screening is realized by 57,4% practitionners.*
They are 81,1% to give the advice "zero alcohol" during pregnancy systematically to all pregnant women whithout distinction, as recommended by the Société française d'alcoologie.
On the other hand, only 46, 8% inform their patient about the risks related to maternal alcoholization. The lack of time was mainly mentioned as the main reason.
At the end, we brought to light that 62% are ill at ease to care of a pregnant woman who consumes alcohol.
Conclusion: *Professionals have to have a better formation in addiction studies to improve the screening and the care.*

***Keywords**: Alcohol, pregnancy, knowledge, professionals, screening, prevention, care*