Prévention secondaire de l'exposition prénatale à l'alcool : état des lieux

Clémentine Largeau

▶ **To cite this version:**

Clémentine Largeau. Prévention secondaire de l'exposition prénatale à l'alcool : état des lieux. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-01896847

HAL Id: dumas-01896847

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01896847

Submitted on 16 Oct 2018

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 LILLE 2

Ecole de Sages-femmes du CHRU de Lille

Prévention secondaire de l'exposition prénatale à l'alcool : état des lieux

Enquête auprès des professionnels du réseau OMBREL

Mémoire rédigé et soutenu par **Clémentine LARGEAU**

Sous la direction du **Dr Caroline MEZERETTE**

Promotion Baptiste BEAULIEU

Année 2018

Remerciements

Je remercie ma directrice le Dr Mezerette, qui a cru en mon projet dès nos premiers échanges. Motivée et enthousiaste, elle a su m'épauler dans toutes les étapes de la réalisation de ce mémoire.

Je remercie Mme Véronique Lehembre, ma guidante, pour ses conseils apportés tout au long de cette année.

Je remercie également Sophie Gaydenne de m'avoir partagé ses connaissances et fait découvrir l'A.N.P.A.A, notamment en me permettant de participer à une des journées de formation de l'association.

Je remercie le Dr Hammou pour sa disponibilité et ses éclaircissements sur le sujet apportés.

Je remercie la promotion, tout particulièrement mes amies, pour ces quatre années passées ensemble à râler, à rire et à se soutenir.

Enfin, mes plus vifs remerciements vont à ma famille pour leur soutien et leurs encouragements.

Sommaire

Glossaire .....

Introduction 1

Première partie .....

I. La vision de l'alcool en France 2
A. Aspect culturel de la consommation en France 2
B. Evolution de la consommation en France 4
II. La consommation des femmes 5
A. La consommation féminine en France 5
B. La vision de la société sur l'alcoolisation féminine 5
C. La femme enceinte et l'alcool 7
III. L'alcool 8
A. Le mécanisme de l'alcool 8
B. Les différentes façons de consommer 9
IV. L'alcool chez le fœtus 11
A. Les mécanismes de la tératogénicité 11
B. Les différents troubles causés 12
V. La prévention 13
A. Bref historique de la prévention des mésusages et de l'alcoolisation 13
B. La prévention primaire 15
C. La prévention secondaire 19
D. La prévention tertiaire 26

Deuxième partie .....

I. Présentation de l'enquête 28
A. Motivation et problématisation 28
B. Méthodologie de recherche 28
II. Résultats 30
A. Description de la population 31
B. Durant les consultations 34
C. Les difficultés 38
D. Les supports 40
E. Situation simple et situation complexe 40
F. Relais 42
G. Formation 43

Troisième partie .....

I. Points forts de l'étude 47

II. Limites de l'étude 47

A. La population 47

B. Le questionnaire 47

C. Le sujet 48

III. Analyse et discussion des résultats 48

A. La population 48

B. Hypothèse 1 : les professionnels abordent sans difficulté les pratiques de consommation de la femme enceinte et délivrent les informations appropriées sur l'alcool et la grossesse quelle que soit la patiente 48

C. Hypothèse 2 : les professionnels de santé connaissent et utilisent divers supports dans leur pratique en plus du dossier obstétrical 52

D. Hypothèse 3 : les professionnels savent prendre en charge et orienter si besoin de façon adéquate les patientes révélant une consommation 54

E. La formation 57

Conclusion 59

Bibliographie 60

Annexes .....

Glossaire

ACLA : Anomalies Congénitales Liée à l'Alcool

AD : Acétaldéhyde

AE : Accord d'Expert

ALDH : Aldéhyde Déshydrogénase

A.N.P.A.A. : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie

API : Alcoolisation Ponctuelle Importante

ARS : Agence Régionale de Santé

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CHR : Centre Hospitalier Régional

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

CPEF : Centre d'Education et de Planification Familiale

CPN : Consultation Pré-Natale

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DPC : Développement Professionnel Continu

DGS : Direction Générale de la Santé

EAF : Effets de l'Alcoolisation Fœtale

ESPIC : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

ETCAF : Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale

GRAA : Groupement Régional d'Alcoologie et d'Addictologie

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSERM : l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

InVES : Institut de Veille Sanitaire

MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

OMBREL : Organisation Maman Bébé de la REgion Lilloise

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RCIU : Retard de Croissance In Utéro

SAF : Syndrome d'Alcoolisation Fœtale

SF : Sage-Femme

SFA : Société Française d'Alcoologie

SPA : Substance Psycho-Active

T-ACE : Tolérance-Agacement Cessation Eveil

TNDLA : Troubles Neuro-Développementaux Liés à l'Alcool

UE : Unité d'Enseignement

Introduction (1–3)

Au niveau mondial, l'alcool est considéré comme étant le troisième facteur de risque de morbidité, après l'hypertension et le tabac. Etant responsable ou constituant un facteur de risque pour plus de 200 maladies, sa consommation peut avoir de graves conséquences sur la santé et est donc un enjeu de santé publique majeur.
En France, malgré une diminution régulière de la consommation de la population, l'alcool est la deuxième cause de décès prématurés et les conséquences d'une consommation excessive représentent le premier motif d'hospitalisation. Une difficulté avec la boisson est ainsi retrouvée chez 10% des adultes et concerne aussi bien les hommes que les femmes, la plupart entre 25 et 64 ans.

La femme en âge de procréer peut être concernée par cette problématique et par conséquent, les enfants également, du fait d'une consommation maternelle pendant la grossesse. En effet, l'alcool est une substance psycho-active (SPA) tératogène et neurotoxique qui induit des malformations notamment du système nerveux central. La conséquence la plus grave de cette consommation gestationnelle constitue le Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF) qui est la première cause de handicap mental non génétique et évitable.

Une politique de prévention est mise en place depuis les années 2000 pour diminuer la prévalence des effets de l'alcoolisation fœtale et concerne aussi bien le grand public que les professionnels.
Les professionnels de premier recours (médecin généraliste, gynécologue, sage-femme,…) sont les relais des politiques de santé publique et représentent souvent l'interlocuteur privilégié de la patiente. La grossesse apparaît comme une opportunité de soins à saisir pour ces professionnels car souvent l'arrivée d'une naissance constitue une motivation à l'arrêt de la consommation.
Il paraît donc important « que tout professionnel impliqué dans le suivi des femmes enceintes soit formé au repérage d'une consommation ainsi qu'aux risques potentiels sur le fœtus et l'enfant (grade B) et à l'orientation à proposer » comme le recommande la Société Française d'Alcoologie (SFA).

L'objectif de cette étude est de connaître l'attitude des professionnels de santé en matière de prévention de la consommation maternelle durant la grossesse afin d'analyser leurs pratiques de dépistage, de prise en charge et d'orientation.

Première partie

I. La vision de l'alcool en France

A. Aspect culturel de la consommation en France (4,5)

(Source : Legrand-Sebille C. Cours de PACES UE7, La médicalisation de l'existence : l'alimentation. Lille : Faculté de Médecine et de Pharmacie. oct 2013)

L'alcool a toujours été présent dans notre pays, notamment par le biais du vin, que ce soit d'un point de vue économique comme source non négligeable de revenus, notre pays étant producteur, sur nos tables lors des repas, ou servant à l'usage religieux du fait du passé catholique de la France. En outre, pendant longtemps, les autorités médicales ont encouragé la consommation « dans la mesure » pour des vertus diététiques et médicales supposées de certains alcools.

Il existe toutefois une situation particulière en France, comme dans tous les pays producteurs de vin, qui est l'opposition entre les boissons fermentées (bière, cidre, vin,…) ainsi que les boissons alcoolisées de qualité comme les liqueurs, les eaux de vie maison et les boissons distillées industrielles. Les premières étaient considérées comme naturelles, artisanales avec des vertus digestives, « ne pouvant faire de mal » et dont l'image positive était renforcée par la médecine de l'époque. Les secondes étaient vues comme artificielles, toxiques, trafiquées et donc mauvaises pour la santé. Ces représentations persistent toujours de nos jours avec la valorisation des grands vins ainsi que des alcools de qualité coûteux mais aussi avec ce clivage vin (par extension les boissons fermentées et autres associées) et alcool, le vin (et ses associés) n'étant pas ou peu perçu comme contenant de l'alcool et ne pouvant avoir les mêmes effets. Ce qui expliquerait cette longue histoire du « boire » et surtout cette récente dénonciation.

A partir du XIXème siècle, une autre représentation du buveur se répand, solitaire et malheureux. En même temps, apparait une dénonciation de la consommation excessive, appelée ivrognerie, déjà existante mais mieux acceptée dans la société. En effet, les temps sont durs et la misère économique et sociale voit la classe populaire boire pour « oublier son sort » (donc utiliser la boisson comme psychotrope) plutôt que pour festoyer, avec souvent ces alcools industriels stigmatisés bon marché, permettant le développement de stéréotypes associant précarité et alcoolisation excessive dont l'image de l'ouvrier buveur devenant une épave, violent et méchant largement représenté dans la littérature de l'époque (chez Zola dans L'assommoir et Maupassant dans Les contes de la bécasse par exemple) ainsi que dans d'autres domaines comme la peinture.

Le terme alcoolisme apparait dans la deuxième moitié du XIXème siècle et commence alors un combat contre celui-ci.
C'est ainsi qu'actuellement, l'alcool possède une position ambigüe car source de plaisir et associé à la festivité mais aussi signe du malheur social.

L'anthropologie de l'alimentation montre que le registre alimentaire joue un rôle central dans l'identité d'une société et contribue à sa spécificité, se manifestant dans la conscience collective. En France, on parle d'hédonisme alimentaire : l'alimentation est une source licite de plaisir. Le goût apparaît comme le but principal de l'alimentation française selon J-L Flandrin, historien de l'alimentation, étant au service du plaisir et du processus de différenciation sociale et de distinction. En effet, le repas gastronomique français ou l'art du « bien boire » et du « bien manger » est inscrit depuis 2010 au patrimoine culturel immatériel de l'humanité donnant un statut à notre reconnaissance sociale de l'alimentation et du partage de nourriture. Boire est une pratique à la fois culturelle et sociale en France.

La culture est l'ensemble des savoirs, savoir-faire et conduites d'un groupe humain ou d'une société selon la définition de François Laplantine. La notre est marquée par cette volonté de bien boire mais également par les gestes (trinquer, lever son verre, offrir un verre,…) ainsi que par les expressions associées (« à votre santé », eau de vie,…) qui sont des signes de succès, festifs et positifs.
Le boire social étant considéré comme « un dispositif communicationnel de transition », l'alcool est largement intégré dans les pratiques sociales rythmant nos vies (comme les anniversaires, les fêtes de fin d'année, des retrouvailles,…), marquant les succès, dans les rites de passage (la majorité, le départ à la retraite,..), scellant les alliances (familiales, professionnelles,…) même lorsque l'on ne boit pas soi-même. La boisson alcoolisée tient alors le rôle de « marqueur de réalité socialement positive de l'évènement ».

De plus, boire est associé à différentes notions. « Savoir boire » défini par Rolland Barthes en 1957 est une «technique nationale qui sert à qualifier le Français, à prouver son pouvoir de performance, son contrôle et sa sociabilité », cela renvoie à une image positive de maîtrise de soi. En revanche, la notion de « trop boire » est liée à une représentation négative de la personne fondée sur le jugement moral et social : elle représente l'échec de la normalité, de la modération et du savoir «bien boire».

On peut donc conclure que boire en France est une action complexe : même si la consommation est socialement valorisée et partagée, il existe encore un tabou sur les aspects négatifs de celle-ci et une stigmatisation de ceux qui font preuve de mésusage.

B. Evolution de la consommation en France (6–8)

En France, on observe ces cinquante dernières années une évolution de la consommation d'alcool de la population.

Tout d'abord, on constate une diminution régulière de la consommation moyenne annuelle d'alcool pur par habitant (de 26 litres en 1960 à 11,7 litres en 2016), ce qui ne fait plus de notre pays l'un des plus consommateurs d'Europe (mais toujours du classement) ainsi qu'une diminution de la consommation quotidienne d'alcool par les 15-75 ans (de 24 % en 1992 à 9.7 % en 2014).

A cela s'ajoutent, des modifications des habitudes de consommations de la population. En effet, nous ne sommes plus dans une consommation quotidienne en faible quantité pour la plupart de la population mais face à plusieurs tendances.

Ces nouvelles modalités de consommation engendrent des profils d'alcoolisation en lien avec l'âge : les plus jeunes ont tendance à boire moins fréquemment mais plus en une seule occasion ce qui les conduit plus souvent à l'ivresse et à une alcoolisation ponctuelle plus importante que leurs aînés. A ces pratiques se greffe celle du « binge drinking » ou conduite d'alcoolisation aigüe qui consiste en une consommation importante dans le but d'atteindre l'ivresse le plus rapidement possible et qui concerne peu les générations plus âgées. Ces habitudes chez les jeunes sont inquiétantes car celles-ci sont des facteurs de risque d'alcoolodépendance dans le futur. La consommation quotidienne existe toujours mais dans des quantités moins importantes qu'avant, augmentant au fur et à mesure de l'avancée de l'âge.

Cela fait donc de la population des femmes enceintes une population concernée par l'alcool étant jeunes et vivants dans un pays où la consommation d'alcool est fortement ancrée dans le paysage culturel.

II. La consommation des femmes

A. La consommation féminine en France (9–12)

A poids égal et à consommation identique, les femmes ont un taux d'alcoolémie supérieur à celui des hommes, elles sont donc plus vulnérables à l'alcool que ces derniers. Les explications sont multiples : des enzymes responsables de l'élimination de l'alcool moins efficace, une concentration de l'alcool dans les organes plus importante en raison d'une masse adipeuse supérieure à celle des hommes, les cycles hormonaux, … .
On constate également que la femme consomme moins que l'homme au niveau de la régularité et de la quantité. En 2014, la consommation de boissons alcoolisées était plus importante chez les hommes, ceux-ci étant trois fois plus nombreux à en être des buveurs quotidiens (15 % contre 5 % parmi les femmes) et près de deux fois plus nombreux à en faire un usage au moins hebdomadaire (63 % contre 36 %).

Certaines situations ou caractéristiques peuvent être des facteurs de vulnérabilité féminine de consommation et de dépendance.
Par exemple, on peut retrouver des liens entre violences subies et addictions. Les femmes sont plus à risque d'être victime de violence sexuelle et de violence conjugale que les hommes (elles sont 3,5 fois plus nombreuses à avoir subi des violences sexuelles dans leurs vies et trois fois plus concernées par les violences conjugales). De plus, les femmes sont plus souvent victimes de violences physiques, verbales et morales dans le milieu professionnel. Les abus et mauvais traitement subis pendant l'enfance sont aussi à prendre en compte. La consommation de certaines substances (principalement l'alcool et les médicaments) a une fonction thérapeutique (anesthésiante, anxiolytique,…) qui permettrait de supporter ces situations.
A cela s'ajoutent les troubles psychiques (dépression, troubles de la personnalité,…), les difficultés socio-économiques (chômage, précarité,…) et la consommation de l'entourage (parents, fratrie et conjoint).

B. La vision de la société sur l'alcoolisation féminine (5,7,9)

L'image du boire en société a longtemps été associée à la virilité, la vitalité et à la reconnaissance entre pairs pour l'homme alors que pour la femme, on lui associait la sobriété considérée comme étant une expression de sa féminité et donc lui donnant une rôle de sécurité faisant d'elle la garante du foyer et de la moralité de la famille. Sa place étant longtemps envisagée comme au sein du foyer

conjugal, la consommation d'une femme était surtout privée et celles buvant en public ont été longtemps vues comme un danger pour la famille, ne pouvant plus assumer leurs responsabilités.

Cependant ces dernières années, la consommation d'alcool chez les femmes a augmenté (même si l'écart reste important entre les hommes et les femmes), l'image d'une femme buvant dans la sphère publique étant mieux acceptée, renvoyant tout d'abord à une volonté d'indépendance, de liberté, puis se banalisant .
Cette diminution de la différence entre les hommes et les femmes se retrouve surtout chez les jeunes avec un pic de consommation à risque ponctuel se situant entre 15 et 25 ans (entre 26 et 34 ans chez les hommes) notamment chez les étudiantes et les classes favorisées, avec comme constat une augmentation de l'ivresse et de l'alcoolisation aigüe rapide.
Dans les professions supérieures, cette attitude de rapprochement serait en lien avec la masculinisation de la profession et donc des attitudes associées (par exemple les repas alcoolisés chez les commerciaux).
Il y a donc une évolution de la consommation d'alcool chez la femme, mieux acceptée publiquement avec une tendance au rapprochement des comportements d'alcoolisation entre homme et femme notamment pour les consommations ponctuelles.

Néanmoins, il existe encore dans notre société, un ancrage de la morale dans la consommation d'alcool chez la femme. En effet, elle sera plus stigmatisée qu'un homme parce que cette consommation excessive va à l'encontre des attentes sociétales encore souvent associées aux femmes (sobriété, retenue, moralité,…) et entrainant donc une réprobation sociale plus importante de la consommation féminine par les hommes et les femmes elles-mêmes (comme dit Sofus Rasmussen en 1904 dans "Kvinderne og drikkeriet" « quand une femme tombe, elle tombe toujours plus profondément qu'un homme »).
L'attitude d'excès chez la femme renvoie souvent une image de femme de « mauvaise vie », qui ne sait pas se tenir avec donc une perte symbolique de sa féminité (et de tous les idéaux associés à cette notion) ainsi qu'une perte de contrôle d'elle-même, contrairement à l'homme où ces excès renvoient en premier à la convivialité, au festif et à l'entrainement par les pairs.
La femme dépendante intègre souvent ces représentations réprobatrices plus importantes de la société et développe ainsi un sentiment de honte, renvoyant à une image de soi dégradée, ainsi que de culpabilité (sentiment intime d'avoir commis une mauvaise action, d'avoir une mauvaise conduite) en lien avec ce mésusage. Par conséquent, sa consommation sera plus facilement solitaire et clandestine que celle d'un homme.

Mais, ce jugement est moins présent chez les générations plus jeunes, ayant eux même une consommation de plus en plus élevée, où la consommation des femmes est largement acceptée et où les attitudes d'excès sont mieux vues car s'associant à des causes légitimant ce mésusage (le stress, la violence, la dépression,..).

Tout ceci montre la difficulté que peut rencontrer une femme à évoquer ses excès avec un tiers par peur du jugement, de réprobation mais aussi par honte. Il est donc important pour tout professionnel d'avoir ces notions afin d'éviter d'être dans le jugement ou d'avoir une approche teintée par des valeurs morales et des convictions de manière à aborder cette problématique de manière empathique avec les patientes pour installer une relation de confiance et ainsi les aider au mieux dans leur prise en charge.

C. La femme enceinte et l'alcool (13–21)

Selon les chiffres du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, l'Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale (ETCAF) concernerait 8000 enfants chaque année en France (1% des naissances) avec environ 1000 d'entre eux porteurs du Syndrome d'Alcoolisation Fœtale, la forme la plus grave.
Les régions les plus touchées seraient l'île de la Réunion, le Nord-Pas-de-Calais, la Normandie et la Bretagne. En 2009, sur 56 170 naissances dans le Nord-Pas de Calais, 560 enfants victimes d'une alcoolisation anténatale ont vu le jour (soit 1% des nouveau-nés) dont 393 enfants seraient touchés par les Effets de l'Alcoolisation Fœtale (EAF), 168 par le SAF.

En effet, même si la grossesse s'accompagne d'une diminution importante de consommation, on sait qu'environ 22,8% de femmes ont consommé au moins une fois pendant leur grossesse en 2010.
De plus, même si la recommandation d'abstinence est connue du grand public (87 % des personnes interrogées lors de l'enquête de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé ou INPES de 2008 pensent qu'il ne faut pas boire pendant la grossesse) seulement un quart des Français affirme que « toute consommation d'alcool pendant la grossesse comporte un risque pour l'enfant ».
En effet, celle-ci est encore soumise à des interprétations : 37 % des interrogés pensent que les risques pour le fœtus liés à une consommation d'alcool n'apparaissent que si celle-ci est quotidienne et 18% pensent qu'une femme enceinte peut boire quelques gorgées d'alcool de temps en temps sans prendre de risque pour son bébé.
Il paraît donc important que le message « zéro alcool pendant la grossesse » continue d'être diffusé sans ambiguïté notamment par les professionnels de santé afin de diminuer la prévalence d'enfants

atteints par les EAF en France, mettant fin aux idées reçues en informant les femmes durant leur grossesse.

L'article de 2010 de Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles, de Caroline Prunet et de Béatrice Blondel, se basant sur l'Enquête Nationale Périnatale de 2010, révèle que la consommation d'alcool pendant la grossesse est d'autant plus élevée que l'âge et la parité augmentent, ainsi que le niveau d'étude et le revenu. La consommation est plus fréquente chez les femmes de nationalité française, chez celles ayant un emploi, chez les conjointes de cadres supérieurs, de professions intellectuelles ou d'agriculteurs. Enfin cet article souligne également que les femmes consommant de l'alcool pendant leur grossesse étaient plus nombreuses à « ne pas être heureuses d'être enceintes maintenant ». De plus, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande une plus grande attention aux femmes avec des antécédents psychopathologiques, des antécédents personnels de mésusage, sous traitements de substitution aux opiacés, fumeuses ou vivant en grande précarité. Celles-ci seraient plus vulnérables à la consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse.

III. L'alcool

A. Le mécanisme de l'alcool (22,23)

L'alcool éthylique ou éthanol est une petite molécule (CH3-CH2-OH).
La cinétique métabolique varie selon le sujet, l'importance et la modalité de consommation.

La voie digestive est sa voie principale d'absorption par diffusion simple avec une activité importante au niveau du duodénum et du jéjunum, influencée par la vacuité de l'estomac, par la présence de gaz carbonique dans la boisson, de sucre, et du mode d'ingestion.

Sa distribution est rapide au niveau des tissus vascularisés comme les poumons, le foie et le cerveau et par conséquent, l'alcool passe aussi la barrière placentaire.
L'alcool est soluble dans l'eau mais beaucoup moins dans la graisse expliquant la répartition dans l'organisme différente entre les hommes et les femmes.

L'élimination de l'alcool peut se faire par différents mécanismes, soit excrété tel quel (dans les urines par le rein en faible quantité, dans la sueur, dans le lait maternel, dans l'air expiré), soit métabolisé (principalement dans le foie) via plusieurs étapes.

Tout d'abord, l'éthanol se transforme en acétaldéhyde grâce à l'enzyme Alcool Déshydrogénase (ADH). Ce métabolite attaque les membranes cellulaires et inhibe la synthèse de certaines enzymes causant de nombreux dégâts.

Puis l'acétaldéhyde est métabolisé en acétate par l'enzyme aldéhyde déshydrogénase (ALDH). Enfin, l'acide acétique est dégradé dans les tissus périphériques en eau, en CO2 ainsi qu'en acétylcoenzyme A qui joue un rôle dans le cycle des acides gras. En cas de consommation abusive, on peut retrouver une accumulation anormale d'acides gras au niveau du foie appelée stéatose.
S'il existe une consommation excessive, l'alcool éthylique peut être métabolisé en acétaldéhyde par une autre voie non spécifique correspondant au système microsomial d'oxydation de l'éthanol (MEOS) qui utilise cytochrome P450 P 2E1. Dans ce cas là, l'alcool est dégradé plus rapidement en acétaldéhyde avec apparition d'un phénomène d'accumulation car ce métabolite n'est pas pour autant plus rapidement transformé.
Il existe aussi deux autres voies accessoires : la voie de la catalase et la voie des radicaux libres. (Annexe 1)

B. Les différentes façons de consommer(24,25)

Il existe plusieurs façon de mesurer la consommation : en gramme d'alcool ou en verre standard.
La quantité d'alcool en gramme est égale au volume de la boisson multiplié en centilitre par le degré de l'alcool multiplié par la densité de l'alcool (0, 8).
Dans notre pays, un verre standard correspond à 10 g d'alcool pur et équivaut à 25 cl de bière à 5°, 10 cl de vin à 12°, 7 cl d'apéritif à 18°, 3 cl de spiritueux à 40° (Annexe 2).

Les mesures en verre-standard permettant de définir les seuils de risque en France 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 existe différents modes de consommations (Annexe 3) et les individus peuvent passer de l'un à l'autre et évoluer entre ceux-ci tout au long de leur vie.

- Non usage ou abstinence : absence de consommation

- Usage simple ou à faible risque : consommation asymptomatique et inférieure aux seuils recommandés en France
- Le mésusage rassemble les types d'usage qui sont à risque d'entraîner conséquences négatives et ceux qui en entraînent.

  On utilisera ici la classification de la CIM-10 proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), utilisée lors des recommandations de bonnes pratiques de la Société Française d'Alcoologie (SFA) de 2014.

  - L'usage à risque : est défini comme étant asymptomatique mais, par un niveau, une fréquence ou un schéma de consommation, susceptible d'entrainer de dommages à plus ou moins long terme
  - Les troubles liés à l'usage d'alcool : correspondent aux formes symptomatiques de l'usage et se traduisent par des conséquences visibles sur le plan social, psychologique ou médical. Ils sont définis par l'existence de symptômes, et non par un niveau de consommation spécifique.

    Leurs caractéristiques sont :

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

    Il existe deux niveaux de sévérité :

    - L'usage nocif est défini comme un mode de consommation préjudiciable à la santé entrainant des complications physiques ou psychiques en l'absence de critère d'alcoolodépendance.
    - L'usage avec dépendance ou alcoolodépendance : se définit comme un ensemble de phénomènes physiologiques, comportementaux et cognitifs au cours desquels la consommation d'alcool devient prépondérante et prioritaire sur les autres comportements jusqu'alors prédominants chez un individu donné.

      Le diagnostic de certitude se fait par la présence d'au moins trois éléments issus d'une liste précise (Annexe 4), simultanément au cours de la dernière année :

A cela s'ajoutent d'autres sortes de consommations que l'on peut retrouver associées à chaque type d'usage :

- Ivresse est un état de durée variable, au cours duquel on observe une atteinte fonctionnelle des performances psychologiques et psychomotrices induite par la présence d'alcool dans l'organisme (OMS) même si les quantités d'alcool ingérées sont très faibles. Elle peut être associée à n'importe quelle catégorie de conduite d'alcoolisation.
- Consommation épisodique massive ou conduite d'alcoolisation aigüe ou binge drinking ou alcoolisation ponctuelle importante (API) se définit comme une consommation d'au moins 60g d'alcool au cours d'une seule occasion. Elle peut être dommageable pour la santé.

IV. L'alcool chez le fœtus

A. Les mécanismes de la tératogénicité (26–29)

L'éthanol absorbé par la femme enceinte passe directement au fœtus par diffusion placentaire passive. L'élimination de l'alcool par le fœtus est longue et peut se faire par trois mécanismes :

- par détoxification maternelle via un retour vers la circulation maternelle grâce au placenta
- par une oxydation au niveau des hépatocytes fœtaux de façon imparfaite du fait de l'immaturité hépatique fœtale
- par excrétion d'urine fœtale dans le liquide amniotique

La détoxification maternelle et l'oxydation hépatocytaire ne métabolisant qu'une petite quantité de l'alcool ingéré, la majeure partie se retrouve dans le liquide amniotique qui est dégluti, injecté dans la circulation et excrété à nouveau dans le liquide de façon infinie. La poche amniotique devient un réservoir d'alcool pour le fœtus.
Or l'alcool est tératogène en période embryonnaire et neurotoxique durant toute la gestation. L'atteinte fœtale est difficile à prévoir mais il existe des variables corrélées aux risques : la dose ingérée, la durée d'exposition, le terme de la grossesse, les habitudes de consommation (ingestion de doses massives, chronicité de la consommation,…). A cela s'ajoute la susceptibilité individuelle du fœtus.

Le sang venant de la veine ombilicale se dirige vers le cerveau fœtal or l'éthanol et son métabolite l'acétaldéhyde ont une action sur les structures cérébrales à toutes les étapes du développement (multiplication cellulaire cérébrale, migration neuronale, synaptogénèse). Ils provoquent tous deux une vasoconstriction des vaisseaux induisant une ischémie chronique. De plus, l'acétaldéhyde diminue la méthylation de l'ADN.

Au niveau moléculaire, il existe une diminution de la synthèse des protéines à l'origine du retard de croissance. L'alcool inhibe aussi la synthèse de l'acide rétinoïque, cette carence serait en partie la cause des malformations observées lors de l'exposition prénatale à l'alcool.
Les différentes malformations que l'on peut retrouver sont directement en lien avec une exposition pendant la période d'organogénèse (de la 3ème à la 9ème semaine) avec un calendrier de périodes sensibles de risque de malformations en fonction de l'organe (Annexe 5). Par exemple, la dysmorphie crânio-faciale se constitue très précocement.

Les lésions au niveau du cerveau induites par l'alcool et ses métabolites sont possibles dès la 3ème semaine et jusqu'au terme de la grossesse. Il est démontré que l'exposition prénatale à l'alcool par des mécanismes cellulaires complexes dont certains ne sont pas encore pleinement compris, modifie les structures cérébrales sensibles en particulier l'hippocampe. Cela explique la survenue des troubles cognitifs, comportementaux et de la mémorisation chez les sujets exposés.

B. Les différents troubles causés (21,27,30,31)

L'alcool est l'un des tératogènes et fœtotoxiques les plus puissants existants, pourtant ces méfaits ont longtemps été méconnus. Les troubles associés à l'alcool sont toutefois bien réels et peuvent apparaître pour toute consommation.

La classification Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale de l'Institut of Medecine de 1996 regroupe l'ensemble du spectre des lésions liées à l'exposition in utero à l'alcool et se divise en cinq entités cliniques constituant un continuum:

- le SAF avec consommation d'alcool avérée
- le SAF avec consommation d'alcool non documentée
- le SAF partiel avec consommation d'alcool avérée
- les Anomalies Congénitales Liées à l'Alcool (ACLA)
- 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.
L'atteinte cérébrale en fait toute la gravité.
Les EAF se définissent par une exposition prénatale à l'alcool mais sans avoir les 3 caractéristiques du SAF (un retard de croissance, une dysmorphie faciale, une atteinte du système nerveux central) (Annexe 6). Le plus souvent les mensurations sont normales ou faiblement atteintes, s'y associent quelques éléments de la dysmorphie faciale et un dysfonctionnement cérébral.

Les EAF sont des formes plus fréquentes que celles du SAF mais beaucoup plus difficiles à diagnostiquer car ayant un tableau clinique moins spécifique mais des conséquences cognitives et comportementales qui se diagnostiquent au fur et à mesure du développement de l'enfant.

Pour décrire cette classification des ETCAF, nous nous baserons sur les critères de diagnostic du SAF, du SAF partiel, des TNDLA et ACLA proposés par l'Agence de santé publique du Canada en 2005 plus récents que ceux proposés par l'Institute of Medicine (1996) retenus par les recommandations « Troubles causés par l'alcoolisation fœtale : repérage » de l'HAS de 2013 (Annexe 7).

Aucun seuil de consommation sans risque n'ayant été clairement identifié, il est important de diffuser les messages de prévention concernant l'abstinence pendant la grossesse, surtout lorsque l'on sait que la consommation d'alcool pendant la grossesse est la première cause non génétique de retard mental évitable.

V. La prévention

A. Bref historique de la prévention des mésusages et de l'alcoolisation (10,14,32–35)

Selon l'HAS, la prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités.
La prévention de l'alcoolisation durant la grossesse et donc du SAF en France est une notion relativement récente.

En effet, la lutte contre l'alcoolisme elle-même commencera vraiment au XIXème siècle (avec par exemple la loi de 1873 sur la répression de l'ivresse publique) mais restera peu efficace, ne parvenant pas à endiguer la consommation.
Les années 60 voient notre pays connaître une accélération de mesures avec la réduction de l'offre, le début de la réglementation de la publicité, le début des campagnes anti-alcool, le développement de la prévention notamment routière et en milieu scolaire ainsi que la création en 1954 du Haut Comité d'Etudes et d'Informations sur l'Alcoolisme.
L'alcoologie ne sera enseignée qu'à partir de 1971 en fac de médecine, aux écoles des professions paramédicales, aux juristes et aux travailleurs sociaux.
La loi du 10 janvier 1991 dite Evin renforce la réglementation sur la publicité en interdisant la propagande ou la publicité en faveur des boissons alcooliques, notamment aux mineurs, à la télévision et au cinéma.

Mais ce n'est seulement qu'en 1999 que la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) reconnait l'alcool comme une substance psycho-active licite et y étend son champ d'action.
En 2006, le ministère de la santé et l'Institut de Veille sanitaire (InVS) ont mis en place un site internet (alcool info service) et numéro d'assistance (Ecoute alcool) afin de permettre à la population de se faire aider pour les problèmes en lien avec l'alcool.
En 2009, la loi HPST renforce l'encadrement de l'offre d'alcool en interdisant de vendre au forfait ou d'offrir gratuitement à volonté des boissons alcooliques dans un but commercial et interdit la vente d'alcool aux moins de 18 ans.
Enfin, la loi de modernisation de notre système de santé adoptée le 26 janvier 2016 indique l'importance de renforcer la lutte contre la consommation excessive notamment dans le cadre de bizutage.

On peut donc comprendre l'apparition tardive des mesures de prévention contre l'alcoolisation pendant la grossesse.
Ce n'est qu'en 1968 que le Dr Paul Lemoine par une étude de cohorte sur 127 enfants décrit un ensemble de malformations notamment faciales caractéristiques aux enfants nés de mères alcooliques démontrant la nocivité de la prise d'alcool pendant la grossesse sur le fœtus . Mais sa recherche rencontre le scepticisme de ses confrères de l'époque et est décriée.
Quelques années plus tard, en 1973, l'équipe formée par Smith, Ulleland et Streissguth font la même constatation et décrivent les mêmes anomalies en parlant de Fetal Alcohol Syndrome. Cette publication aura en revanche un retentissement entrainant des recherches et des publications sur le sujet.
Mais ce n'est seulement qu'en 2004 que les effets de l'alcoolisation fœtale sont reconnus par l'Académie de Médecine comme première cause de retard mental non génétique et qu'une nécessité de mettre en œuvre une politique de prévention a été soulevée suite à l'accusation portée contre le gouvernement de quatre femmes dans le Nord, ayant mis au monde un enfant porteur du syndrome d'alcoolisation fœtal, de ne pas les avoir informées des dangers potentiels de la consommation d'alcool pendant la grossesse.

B. La prévention primaire

La prévention primaire est : « l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire l'apparition de nouveau cas». (36)

1. Auprès du grand public (19,21,26,37–43)

Il s'agit, dans le cas de l'exposition prénatale à l'alcool, d'informer la population.

Des campagnes de prévention sont menées régulièrement par divers instituts, associations et par le gouvernement avec l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) en 2004 «0 alcool, 0 tabac pendant la grossesse» (Annexe 8) lors du lancement de la campagne de prévention de la consommation excessive de l'alcool , et l'InVES en 2017 avec le slogan « vous buvez un peu, il boit beaucoup » (Annexe 9) comprenant la diffusion de documents à but informatif (affiches, dépliants, guides,…) à l'adresse du grand public mais aussi de spots radio et télévisuels ainsi que des pages publicitaires dans la presse. Ces campagnes ont commencé à se répandre suite aux recommandations de la SFA (2002) et de l'HAS (2005) sur l'abstinence pendant la grossesse.

En 2004, la prévention de l'alcoolisation fœtale fait partie des objectifs de la loi n° 2004-806 relative à la politique de santé publique rendant notamment obligatoire les campagnes d'information et de prévention sur le SAF. Elle incite également les femmes enceintes à ne pas consommer, intègre au programme scolaire une information (au collège et au lycée) sur les risques sanitaires de la consommation d'alcool pendant la grossesse ainsi que dans la formation de tous les professionnels de santé et de professionnels du secteur médico-social aux EAF.

De plus, depuis octobre 2006, l'apposition de messages sanitaires ou de pictogrammes (Annexe 10) conseillant l'abstention pendant la grossesse est obligatoire sur les conditionnements de boissons alcoolisées et a pour l'occasion suscité une campagne de presse pour rendre le logo visible auprès de la population.

L'insertion de deux chapitres sur la consommation d'alcool et de tabac pendant la grossesse dans le carnet de maternité ainsi qu'un chapitre consacré à l'alcool dans le guide de nutrition pendant et après la grossesse délivré par l'INPES en 2007 sont aussi des mesures permettant d'informer plus spécifiquement la femme enceinte.

Discuter avec toute patiente en consultation pré-conceptionnelle des effets de l'alcool sur le fœtus fait aussi partie des mesures de prévention.

Enfin, l'instauration de la journée mondiale de la prévention du SAF le 9 novembre depuis 1999 permet au grand public d'être sensibilisé à l'existence de cette pathologie et donc à sa prévention par le biais d'intervention d'associations et d'évènements comme le SAFthon.

2. Auprès des professionnels de santé (14,19,21,26,38,44,45)

Ce partie de la prévention concerne aussi les professionnels.

En 2002, la SFA recommandait aux professionnels de santé de s'enquérir des pratiques de consommations des femmes enceintes. De plus, l'HAS a publié en 2005 et 2007 des recommandations auprès des professionnels afin de mieux informer les femmes enceintes ou désirant le devenir mais aussi en 2009 et en 2011 pour mieux suivre et orienter les patientes concernées par ce sujet.
L'INPES a, en parallèle, depuis 2006, réalisé une communication auprès des professionnels de santé pour les encourager à aborder le sujet alcool avec leur patiente durant toute la grossesse notamment via la presse médicalisée.

Les différentes campagnes de prévention et de sensibilisation menées les concernent aussi avec la diffusion par le gouvernement de guides, de dépliants, d'affiches à l'usage du professionnel pour aider à aborder le sujet auprès des patientes mais aussi comment réagir , comment les prendre en charge et les orienter selon les situations (comme le guide « Alcool et grossesse » depuis 2007).
Le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) a aussi diffusé des dépliants reprenant le même principe et l'INPES a élaboré et propagé des dépliants, des lettres bimestrielles d'informations sur les effets de l'alcool (Actualités Alcool), des kits (« Alcool : ouvrons le dialogue »), des guides formateurs afin d'aider les professionnels à dépister et à prendre en charge les consommateurs à risque dont les femmes enceintes.

Cela consiste aussi en la formation initiale et continue des professionnels de santé au contact de femmes enceintes, obligatoire depuis 2004.

3. Dans le Nord-Pas-de-Calais (46,47)

Plusieurs médecins dans notre région se sont fortement intéressés à la problématique de l'alcoolisation pendant la grossesse ainsi qu'à celle du SAF et donc à leur sensibilisation.
En effet, d'une part le pédiatre Philippe Dehaene de la maternité de Roubaix a su mobiliser de nombreux pédiatres et obstétriciens dont le Professeur Crépin sur cette thématique mais aussi développer des collaborations nationales avec l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale ou INSERM (notamment avec M. Kaminski) et internationales dont l'épidémiologiste américaine Ann Streissguth, auteure de nombreux travaux sur le SAF.

D'autre part, le Professeur Michel Fontan a réuni divers professionnels pour s'intéresser à l'alcoolisation de la femme, thème peu traité à cette époque et encore de nos jours.
Ces deux équipes se sont rencontrées une première fois à Nancy le 17 mars 1984 à l'occasion d'un colloque de la SFA pour échanger sur le sujet, puis une seconde fois quelques années plus tard à Lyon. On y retrouvait cette fois-ci les pédiatres Maurice Titran, directeur du Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) de Roubaix, Jean-Claude Semet du service de pédiatrie de Maubeuge, Mme Lemasson, sage-femme à la maternité de Roubaix, le Dr Jacques Yguel, addictologue ainsi que le Dr Didier Playoust, alcoologue au Centre Hospitalier de Tourcoing et président de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie (A.N.P.A.A.) 59 de 1994 à 2003.

Cette seconde rencontre a débouché, en vue des connaissances acquises peu à peu, sur l'idée de la nécessité de mettre en place des actions afin d'endiguer le problème, et donc sur la mise en place en 1994 d'un groupe de travail ayant pour objectif de programmer une action de santé publique en mobilisant les acteurs régionaux. Progressivement, le Groupement Régional d'Alcoologie et d'Addictologie (GRAA) du Nord-Pas-de Calais et le Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme du Nord ont pris le relais de ce groupe et ont mené de nombreuses actions dont :

- En 1996, à Lille, une journée scientifique sur le SAF
- En 1997, à Lille, un congrès « Travail social et conduites d'alcoolisation au féminin »
- En 1999, à Lille, une journée régionale « Grossesse et alcool »
- En 2002, à Paris, des journées scientifiques « Recommandations pour la pratique clinique : conduite d'alcoolisation au cours de la grossesse »

Suite à la journée régionale de 1999, le GRAA a décidé de l'importance des diffuser des infos au grand public ainsi qu'aux professionnels. C'est à partir de cette décision que l'A.N.P.A.A. 59, missionnaire de l'action régionale, a mené une réflexion sur comment aborder cette thématique

avec un projet de Recherche-Action. En effet, il ne suffisait pas d'énoncer des données cliniques mais savoir comment faire passer le message de prévention donc de savoir comment le professionnel de santé s'approprie le message et comment le public le reçoit, de faire connaître les prises en charge et par conséquent de s'adapter aux difficultés possibles de diffusion et de compréhension.
En outre, cela comprend la recherche d'actions à mettre en place notamment sur l'alcool, la grossesse et la santé des femmes mais aussi à réunir les différents acteurs autour de la femme enceinte et de l'enfant afin de leur permettre d'avoir une vision plus globale du couple mère-enfant et ainsi parler ensemble des différents axes de la problématique.

De cela découla une publication en 2005 annonçant la nécessité de sensibiliser les professionnels à la problématique. Cela permit aussi des rencontres entre professionnels concernés pour évoquer le sujet. Tout ceci a abouti à la mise en place d'un dispositif permettant des actions financées par l'Agence Régionale de la Santé (ARS) plus ou moins les conseils régionaux en insistant sur la dynamique de réseau et de formation afin de permettre aux différents professionnels de se rencontrer. Il a été montré qu'un praticien seul n'avait pas la capacité de penser le problème dans toute sa complexité d'où l'importance de cette notion de réseau « lieu d'échanges, de discussions, de confrontations qui permet aux moins qualifiés de se former davantage et aux plus qualifiés de s'ouvrir à d'autres pratiques, d'autres cultures professionnelles ».
A partir de 2011, la problématique s'est étendue à l'ensemble des conduites addictives pendant la grossesse tout comme à la question de la parentalité afin d'accompagner ces futurs parents avec des problématiques addictives.

La mission globale de l'A.N.P.A.A. est donc la prévention ainsi que la mise en place d' actions sur le thème addictions et périnatalité : elle organise des sessions de formations et de sensibilisation ouvertes à tous professionnels afin de toucher le plus de monde possible mais aussi dans l'accompagnement de mise en place de projets de prévention sur l'alcool et la grossesse comme par exemple par le partenariat de stands d'informations lors de la journée du 9 septembre.
De plus, elle a réalisé deux campagnes régionales de sensibilisation à destination du grand public (« Pour l'alcool, c'est NON MERCI ! » Annexe 11 et « 9 mois pour une vie ! » Annexe 12) quasiment ininterrompues, financées par l'ARS, avec une diffusion large dans tous les lieux où une femme enceinte pourrait se rendre. Une troisième campagne avec cette fois-ci l'ARS Haut de France est en cours d'élaboration et devrait être diffusée en 2018.
D'autre part, en 2007, l'Assurance Maladie a financé l'Union Régionale des Médecins libéraux du Nord Pas de Calais (URMEL) afin que des attachés d'informations proposent des rendez-vous individuels à tous médecins libéraux dans le but d'aborder les risques liés à l'alcoolisation fœtale ainsi que l'orientation dans le réseau de périnatalité.

Par conséquent, dans le Nord-Pas-de Calais, il existe de nombreuses actions coordonnées entre maternités et services d'addictologie, facilitant la prise en charge et l'accompagnement des femmes en difficulté avec l'alcool et s'appuyant sur les réseaux de périnatalités mis en place.

C. La prévention secondaire (14,21,24,25,27,28,30,48–56)

La prévention secondaire concerne « tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie, donc à réduire sa durée d'évolution » (36). Son but est de reconnaître les sujets à risque pour corriger le problème avant qu'il ne devienne grave ou persistant.

1. Aborder la consommation

Elle implique donc pour tout professionnel de santé en contact avec une femme enceinte de s'enquérir de ses pratiques de consommation d'alcool dès le début de la grossesse dans le but de dépister toute situation potentiellement à risque, que ce soit en Consultation Pré-Natale (CPN), en cours de préparation à la naissance, durant l'entretien du quatrième mois ou durant les échographies.
Aborder ses pratiques fait partie, rappelons-le, des recommandations de la SFA de 2002 et de l'HAS de 2005 et 2007, et le résultat de l'interrogatoire doit être noté dans le dossier obstétrical de la patiente.

L'abord de ce sujet peut se faire en se basant sur les items de renseignement à remplir du dossier obstétrical en demandant simplement le nombre de verres consommés avant et pendant la grossesse. Il est recommandé de traiter cette thématique de manière ouverte en évitant les questions fermées le plus possible, celles-ci limitant les informations spontanément fournies par la patiente. L'utilisation de questionnaires standardisés adaptés aux femmes enceintes, comme le T-ACE (Tolérance-Agacement Cessation Eveil) ou l'AUDIT-C (acronyme de Alcohol Use Disorders Test - Cut off), plus ou moins intégrés à un questionnaire de dépistage des vulnérabilités psychosociales révèlent une plus grande sensibilité et peuvent donc un être un atout dans ce dépistage précoce de l'alcoolisation maternelle.

Il est conseillé d'avoir une attention particulière aux femmes pouvant présenter une plus grande vulnérabilité à l'usage de boissons alcooliques comme des antécédents de troubles

psychopathologiques, des antécédents personnels de mésusage, une grande précarité, l'existence de violences,… .

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

2. Délivrer des informations

Toutes ces notions et recommandations devraient servir de base pour amorcer un dialogue avec la femme afin de la féliciter et la conforter dans son attitude si elle ne consomme pas ou plus, pour explorer ses habitudes, son histoire personnelle et son environnement si elle déclare une consommation tout en évitant de la stigmatiser et d'émettre un jugement.
Elles devraient aussi permettre d'informer toute patiente et son entourage des effets de l'alcool sur le fœtus de manière compréhensible et adaptée tout en rappelant le principe de précaution d'abstinence pendant la grossesse.

3. Repérer les patientes à risque

Lorsque l'usage d'alcool chez la femme enceinte est détecté, le professionnel de santé peut dans un premier temps, lui expliquer son mode de consommation, l'informer sur les risques si persistance de cet usage à risque, échanger sur l'intérêt de l'arrêt de la consommation, sur la motivation et les attentes de la patiente et prodiguer des conseils pour mettre un terme à celle-ci. Il peut lui expliquer les méthodes possibles d'arrêt de consommation, lui remettre des brochures explicatives et avec des cordonnées de relais spécialisés, lui indiquer l'adresse sites internet dédiés à cette thématique, ou l'orienter vers un professionnel adéquat. Le but serait de la dissuader de continuer à consommer.

Il est nécessaire de revoir la patiente 15 jours après et régulièrement pour réévaluer sa consommation afin de déterminer l'efficacité de l'intervention et d'évaluer sa difficulté ou non à l'arrêt.
En cas de difficultés retrouvées, ces éléments servent de base à la réalisation d'un entretien motivationnel qui peut déboucher sur une orientation vers un professionnel adéquat si la situation nécessite un sevrage progressif en milieu adapté.

Soutenir la femme enceinte dans sa démarche et être à l'écoute de ses demandes sont également des points importants de la prise en charge.

Il est important de distinguer les différentes situations rencontrées, la prise en charge proposée ne sera pas la même :

- Les situations simples : l'alcoolisation est soit non perçue dans sa dangerosité pendant la grossesse soit réalisée avant la connaissance de la grossesse. Dès que la femme est informée des risques, celle-ci arrête sa consommation. Cette situation est majoritaire et il est important de rassurer les patientes, de les informer que le risque malformatif est faible, d'indiquer que le suivi obstétrical sera bien attentif surtout lors des échographies et conseiller l'abstinence.
- Les situations complexes : la grossesse survient chez une femme alcoolodépendante. C'est une situation minoritaire où la grossesse accentue la nécessité d'évoquer et de prendre en charge le problème de l'alcool. En effet, si la consommation persiste, elle met en danger le développement du fœtus (avec un risque qui augmente à chaque grossesse). Il est important de rappeler que l'arrêt, à n'importe quel moment de la grossesse permet de stopper les dommages sur le développement du fœtus et de mettre en place un accompagnement de la patiente dans sa démarche.
- Les situations frontières : la femme enceinte cumule plusieurs difficultés où l'alcoolisation n'est qu'un problème parmi d'autres, qui sera aggravée si elle n'est pas prise en compte.

Les professionnels en première ligne de ce dépistage devraient donc être en capacité de reconnaître les patientes qui ont un mésusage d'alcool nécessitant une aide pour le stopper, ainsi que de pouvoir adresser celles-ci en urgence à d'autres professionnels ou à des structures spécialisées à cette problématique afin de proposer une prise en charge adéquate au besoin de la patiente tout en la soutenant dans sa démarche.
Il est aussi important de ne pas hésiter à reparler de l'alcool dans les consultations suivantes ou suite à l'apparition de nouveaux éléments pour réévaluer la consommation.

Ces trois étapes correspondent au repérage précoce formé d'un pan consommation déclarée et d'un pan évaluation du risque, accompagné de l'intervention brève qui a pour but la réduction ou l'arrêt de la consommation. Ces deux principes constituent une réponse individuelle aux patientes et sont efficaces pour réduire les problèmes des personnes ayant une consommation à risque sans dépendance. De plus, ces méthodes sont peu coûteuses à mettre en place.

Cette pratique du repérage précoce suivie d'une intervention brève en alcoologie a été diffusée nationalement auprès des médecins généralistes par le fait de la circulaire de la Direction Générale de la Santé du 12 octobre 2006 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).

1. Pouvoir orienter si besoin

(Source : Hammou Y. Cours d'ESMA 5 UE Obstétrique, Prise en charge des patientes toxicomanes. Lille, Ecole de Sages-Femmes du CHRU ; sep 2017)

Toute patiente révélant une consommation à problème nécessite une prise en charge pluridisciplinaire assurant des soins personnalisés. Sa grossesse entre dans la catégorie à risque et nécessite un suivi particulier (A1 ou A2 selon le terme de la grossesse).
Selon les recommandations de l'HAS de 2009, « Les femmes enceintes ayant une addiction à l'alcool doivent relever d'une prise en charge multidisciplinaire dans un réseau organisé. Ce réseau implique les différents intervenants (…). Ce réseau permet aux femmes enceintes de mener leur grossesse à terme en minimisant les complications pour l'enfant et la mère d'un ont de vue médical et social. ».
Il est donc important d'organiser le suivi de la grossesse au sein du réseau afin que la patiente bénéficie d'une prise en charge globale de sa pathologie.

a. La personne référente en addictions

Il est recommandé de mettre en contact la patiente avec la personne référente en addictions du secteur afin qu'elle puisse faire le point sur la situation et organiser le suivi de grossesse entre les différents intervenants.
Cette organisation comprend l'établissement d'un planning du suivi, proposer des aides si besoin (psychologue, addictologue, assistant social, Protection Maternelle et Infantile ou PMI,…), aider à prendre des rendez-vous mais aussi respecter leur choix, les soutenir dans leurs décisions, être attentif à leurs demandes et leurs craintes.

b. Le suivi

Durant les deux premiers trimestres de la grossesse, une consultation est prévue une à deux fois par mois entre différents intervenants (dont la personne réalisant le suivi obstétrical) avec possibilité d'hospitalisation de jour pour une rencontre avec différents spécialistes, couplée à une surveillance à domicile du bien être fœtal et de la mère (hospitalisation à domicile, passage de la sage-femme de PMI, d'une sage-femme libérale).
A partir du troisième trimestre, un rendez-vous est prévu tous les 15 jours avec évaluation de l'addiction et du bien-être fœtal.

c. Les différents intervenants

L'addictologue est un contact proposé systématiquement au premier rendez-vous. Il explique la prise en charge proposée aux patientes, clarifie les prescriptions et la délivrance des traitements et peut proposer un sevrage thérapeutique si nécessaire en hospitalisation.
Une rencontre anté-natale est proposée avec le pédiatre avant 35 semaines d'aménorrhée, afin d'expliquer les effets de l'alcool sur le fœtus, le nouveau-né et l'enfant de façon plus poussée, détailler la prise en charge néonatale, préparer le suivi médical de l'enfant, préciser les possibilités d'allaitement.

Le médecin généraliste est contacté systématiquement après la première rencontre avec la patiente. En effet, il est le référent en ville de la patiente. On l'informe de l'organisation et du suivi de la grossesse afin qu'il soit garant de la continuité de la prise en charge et qu'on puisse préparer l'après naissance et donc continuer un suivi pour la mère et pour l'enfant né.

Le professionnel qui suit la grossesse est bien sûr en lien avec maintien du professionnel référent dans le suivi obstétrical.

L'échographiste aura une attention accrue sur les signes d'appel d'altération fœtale.

S'il existe des difficultés ajoutées, d'autres professionnels peuvent être impliqués comme l'assistant social qui peut aider la patiente à stabiliser sa situation et à trouver des solutions ainsi que le psychologue ou la PMI si besoin.

d. Le sevrage thérapeutique

Le sevrage est l'arrêt de la consommation d'alcool, qu'il soit accidentel ou qu'il s'inscrive dans une perspective thérapeutique chez le patient présentant un mésusage de l'alcool. Il peut entraîner un syndrome de sevrage chez les personnes ayant une dépendance physique.

Celui-ci débute lorsque le taux d'alcoolémie diminue et habituellement d'intensité limité. Le patient durant cette période devient vulnérable au stress psychologique et physiologique.
Il traduit un état de manque psychique, comportemental et physique et recouvre des manifestations symptomatiques d'intensités variables survenant immédiatement ou de façon différées (jusqu'au dixième jour) et qui peuvent être de plusieurs types : subjectifs (anxiété, agitation, irritabilité, …), neurovégétatifs (sueurs, tremblements, tachycardie,…), digestifs (anorexie, nausées, vomissements, …). Ce tableau clinique peut, dans les heures qui suivent, régresser, s'aggraver ou se compliquer d'accidents de sevrage (hallucinations, convulsions, delirium).

Un sevrage thérapeutique chez une femme enceinte s'établit avec l'équipe pluridisciplinaire assurant le suivi et met en lien le réseau ville-hôpital et doit être intégré dans la prise en charge globale médico-psycho-sociale de la patiente.
Il permet une amélioration du suivi obstétrical et du bien être fœtal car tout arrêt est bénéfique pour le fœtus.

L'initiation du sevrage chez une femme enceinte ne peut se faire que dans un milieu spécifique hospitalier adapté à la demande et au besoin de la patiente : les unités mère-enfant dans le service d'addictologie, en maternité dans les services de pathologie materno-fœtale, au sein des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).

Souvent, l'arrêt ne requiert pas de traitement pharmacologique, le syndrome de sevrage n'étant pas systématique. L'objectif du traitement pharmacologique est de prévenir ou réduire les symptômes sévères du sevrage et les complications induites par la suppression de l'alcool. Selon les recommandations de bonnes pratiques de 2014 de la SFA, l'utilisation de benzodiazépines (Diazépam ou Oxazépam chez la femme enceinte) le temps de la durée du sevrage pour diminuer les symptômes de celui-ci, est recommandé (grade B), leur efficacité étant prouvée et leur utilisation ne semblant pas entraîner de malformation (niveau de preuve 1).
Par précaution, il n'est en revanche pas recommandé d'initier un traitement de maintien de l'abstinence pendant la grossesse ou l'allaitement (AE). De plus, tout patient débutant un sevrage doit bénéficier systématiquement de thiamine (vitamine B1).

On peut associer à ce sevrage thérapeutique des méthodes non pharmacologiques comme des ateliers thérapeutiques à médiation corporelle (activités physiques, relaxation,…), d'expression et de créativité (art, ergothérapie,…), et les activités sociothérapiques souvent considérés comme efficaces et permettant meilleure adaptation sociale, une meilleure estime de soi et un renforcement de l'engagement dans le changement d'habitudes de vie (Accord d'Expert ou AE) ainsi que de la remédiation cognitive, qui renforcerait modérément mais significativement l'efficacité des traitements du mésusage de l'alcool (grade C).

Enfin, « en cas de risque majeur de reprise d'alcool après sevrage, la possibilité d'une hospitalisation prolongée visant à protéger le fœtus peut être envisagée, si possible en unité mère-enfant de psychiatrie-addictologie (AE) ».
L'organisation du post-sevrage devra être systématiquement évoquée.

2. Grâce à des outils adéquats

Cette prévention secondaire prend aussi en compte la mise à disposition aux professionnels d'outils et de méthodes afin d'aider à mettre en œuvre cette aspect de la prévention. Nous avons déjà évoqué le dossier obstétrical, les auto-questionnaires qui peuvent servir de support ainsi que le repérage précoce combinée à l'intervention brève et les entretiens motivationnels.

L'entretien motivationnel, mis au point par Miller et Rollnick, est « un style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement » (Miller W.R., Rollnick S., L'entretien motivationnel - Aider la personne à engager le changement, trad. par Lecallier.D., Michaud.P., Paris, InterEditions, 2013), utilisé pour le traitement des patients initialement ambivalents ou réticents devant la nécessité de l'abandon d'un comportement à risque. Son principe consiste à encourager le patient à explorer et à résoudre son ambivalence concernant la modification de son comportement et se base sur l'écoute active et l'attitude empathique.

Il existe cependant divers autres supports qui peuvent intervenir à tout moment des temps d'échange avec la patiente ou le couple comme l'utilisation des deux chapitres sur la consommation d'alcool pendant la grossesse dans le carnet de maternité, les dépliants, les posters, des livres, des vidéos, des dessins,… .

D. La prévention tertiaire (14,21,28,30,48)

(Source : Hammou Y. Cours d'ESMA 5 UE Obstétrique, Prise en charge des patientes toxicomanes. Lille, Ecole de Sages-Femmes du CHRU ; sep 2017)

La prévention tertiaire regroupe « tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans la population, donc à réduire les invalidités fonctionnelles dues à la maladie » (36), c'est-à-dire dans notre cas, diagnostiquer les enfant atteints de troubles liés à l'alcoolisation durant la période prénatale ou à défaut le plus tôt possible durant la période postnatale (recommandations de le SFA de 2002) pour pouvoir mieux les orienter et commencer le plus précocement possible leur prise en charge afin de diminuer les éventuels retentissements sur leur vie future.
Cela signifie aussi qu'il faut continuer à soutenir les femmes suivies pendant leur grossesse ou sensibiliser celles qui n'ont pas pu l'être de manière à éviter la naissance d'un nouvel enfant atteint.

1. L'accueil et l'accompagnement de l'enfant

Il faudrait donc que les personnes de périnatalité soient sensibilisées au diagnostic des enfants atteints du SAF à la naissance, avec des atteintes notamment au niveau du faciès caractéristiques mais aussi pour les formes incomplètes moins caractéristiques donc plus difficiles à identifier. C'est pourtant celles-ci qui sont plus répondues et qu'une prise en charge précoce pourrait améliorer leur pronostic à long terme.
De plus, savoir dépister avant la naissance les enfants atteints ou exposés via par exemple l'échographie permet aussi une prise en charge optimale dès l'accouchement.
Enfin, une formation du personnel au contact des jeunes enfants permet de repérer ceux qui n'auraient pas été reconnus comme porteurs du SAF ou d'une forme partielle moins voyante mais ayant des conséquences cognitives et psycho-comportementales chez l'enfant.

Le fait d'avoir diagnostiquer une exposition prénatale à l'alcool et un éventuel retentissement fœtal permet de préparer son accueil dans les meilleures conditions possibles en proposant une intervention précoce avec un projet où les parents sont partenaires et acteurs.
Les objectifs immédiats sont d'essayer de séparer le moins possible le couple mère-enfant en favorisant l'hospitalisation en service de néonatalgie kangourou pour favoriser la mise en place du lien mère enfant, d'accompagner la mère et le couple dans les soins, de surveiller l'état de l'enfant et

proposer des soins et traitements adéquats, et pouvoir organiser précocement son suivi à long terme.
Ce suivi de l'enfant doit être multidisciplinaire et comporter notamment un suivi pédiatrique rapproché ainsi que pédopsychiatrique spécialisés dans les troubles de développement et peut impliquer les professionnels de PMI, de l'Aide Sociale à l'Enfance, des CAMPS ou le médecin généraliste.

Il est donc important de diagnostiquer le plus tôt possible une atteinte chez l'enfant car tout retard ou absence de diagnostic aggrave le pronostic de l'enfant en ne lui permettant pas d'avoir une prise en charge adéquat et ne permet pas de proposer à la mère un accompagnement spécialisé.

2. La continuité de la prise en charge des mères

Il ne faut pas interrompre la prise en charge et le suivi des femmes devenues abstinentes notamment par le relais avec le médecin traitant ou avec des structures comme le CSAPA, pour continuer à les soutenir dans leur choix et pour éviter une éventuelle rechute.

Cela consiste aussi à inciter les mères ayant une problématique avec l'alcool mais qui n'étaient pas en sevrage, à devenir abstinente pour éviter entre autre une nouvelle grossesse sous alcool.
Il faudrait par conséquent les orienter vers les structures et professionnels adéquats afin de leur proposer la prise en charge la mieux adaptée.

Enfin, il faut prendre en compte de l'importance du lien mère-enfant en évitant le plus possible les séparations, en privilégiant l'allaitement maternel et valorisant la mère en tant qu'actrice du bien-être de son enfant (par le nursing notamment).

Lors du suivi, un contact étant établi avec le médecin traitant permet de faciliter le relais et d'aider à programmer le suivi de la mère et de l'enfant entre les différents acteurs possibles (puéricultrice de PMI, travailleurs sociaux, pédiatre,…).

Deuxième partie

I. Présentation de l'enquête

A. Motivation et problématisation

L'objectif de l'enquête était de connaître les pratiques des professionnels au contact des femmes enceintes vis-à-vis de la prévention secondaire de l'exposition prénatale à l'alcool. Il s'agissait de faire un état des lieux de leurs connaissances en lien avec ce thème, de leur efficacité et de leur maitrise ressenties pour dégager ce qui pourrait être approfondi ou changé dans les moyens mis à disposition.

Je me pose donc la problématique suivante « les professionnels de santé rencontrent-ils des difficultés à gérer les différents pans de la prévention secondaire de l'exposition prénatale à l'alcool dans leur pratique ? » avec comme axes d'étude :

- Les professionnels abordent sans difficulté les pratiques de consommation de la femme enceinte et délivrent les informations appropriées sur l'alcool et la grossesse quelle que soit la patiente
- Les professionnels de santé connaissent et utilisent divers supports dans leur pratique en plus du dossier obstétrical
- Les professionnels savent prendre en charge et orienter si besoin de façon adéquate les patientes révélant une consommation

Il s'agit d'une étude multicentrique, transversale et descriptive via la diffusion d'un questionnaire auprès des professionnels de santé concernés sous format papier ou en ligne (google docs).

B. Méthodologie de recherche

1. La population

Il m'a paru judicieux de choisir comme moment de contact avec la femme enceinte la consultation prénatale afin d'avoir un maximum de professionnels diversifiés (l'entretien prénatal et les cours de préparations ne concernant le plus souvent que la sage-femme).
La population ciblée regroupe donc les professionnels réalisant des CPN (les sages-femmes, les médecins généralistes, les gynécologues obstétriciens et les gynécologues médicaux) quel que soit leur lieu d'exercice.

De plus, dans la partie précédente, nous avons constaté l'importance du réseau de périnatalité qui est « un ensemble organisé, de plusieurs personnes physiques ou morales dispersées dans une zone territoriale donnée, de compétences différentes et complémentaires, agissant pour un objectif commun selon des normes et des valeurs partagées sur la base d'une coopération volontaire pour améliorer la prise en charge d'une communauté de malades », et qui par conséquent intervient dans la mise en place et dans la continuité de la prévention de l'exposition prénatale à l'alcool. C'est pour cela que j'ai contacté Mme Sophie Carpentier du réseau de périnatalité OMBREL(Organisation Maman Bébé de la REgion Lilloise) de la métropole lilloise afin de diffuser mon questionnaire aux professionnels hors hospitalier y appartenant, ainsi que les cadres des services de CPN des maternités faisant parties du réseau et la responsable des PMI du Nord, Mme Radulesco, pour contacter celles du réseaux.

Sont donc inclus tous professionnels réalisant actuellement des CPN et appartenant au réseau OMBREL et sont exclus de l'enquête ceux ne réalisant pas ou plus des consultations ou n'étant pas adhérents à ce réseau.

2. Le déroulement de l'enquête

Il y a eu tout d'abord une diffusion de pré questionnaires au sein du service de CPN d'Arras du 27 septembre au 6 octobre 2017, ayant permis d'ajuster certaines questions.

J'ai pris contact comme indiqué ci-dessus avec le réseau OMBREL et Mme Radulesco pour diffuser par mail le lien google docs de mon questionnaire ainsi qu'avec les cadres du services de CPN des maternités de Jeanne de Flandre, Seclin, Hazebrouck, Armentières, Tourcoing, Roubaix (maternité Beaumont) et Saint-Vincent de Paul (Annexe 13) afin de diffuser mon enquête par leurs biais en version papier ou via un lien par mail. L'Hôpital Privé de Villeneuve d'Ascq et le Pavillon du Bois font également partie du réseau mais seuls des gynécologues obstétriciens et médicaux ayant également une activité libérale réalisent des CPN, je n'ai donc pas contacté les cadres des services concernés, ces médecins étant joints par mail via le réseau.

La diffusion du questionnaire (Annexe 14) s'est réalisée du 15 octobre au 15 décembre 2017. Une relance a été envoyée par mail via le réseau le 21 novembre 2017.

3. *L'outil d'analyse*

Les réponses aux questionnaires ont été enregistrées sous format Excel, transmises en grande partie à l'unité de biostatistiques du CHR de Lille et présentées en termes de fréquences, de pourcentages et de moyennes.

Pour comparer les variables quantitatives entre elles, le test du Chi-2 ou le test de Fisher lorsque les effectifs étaient trop petits ont été réalisés avec un niveau de significativité fixé à 5 %. Pour comparer les variables ordinales entre elles, le test de Ude Mann Whitney a été utilisé avec un niveau de significativité fixé à 5%.

II. Résultats

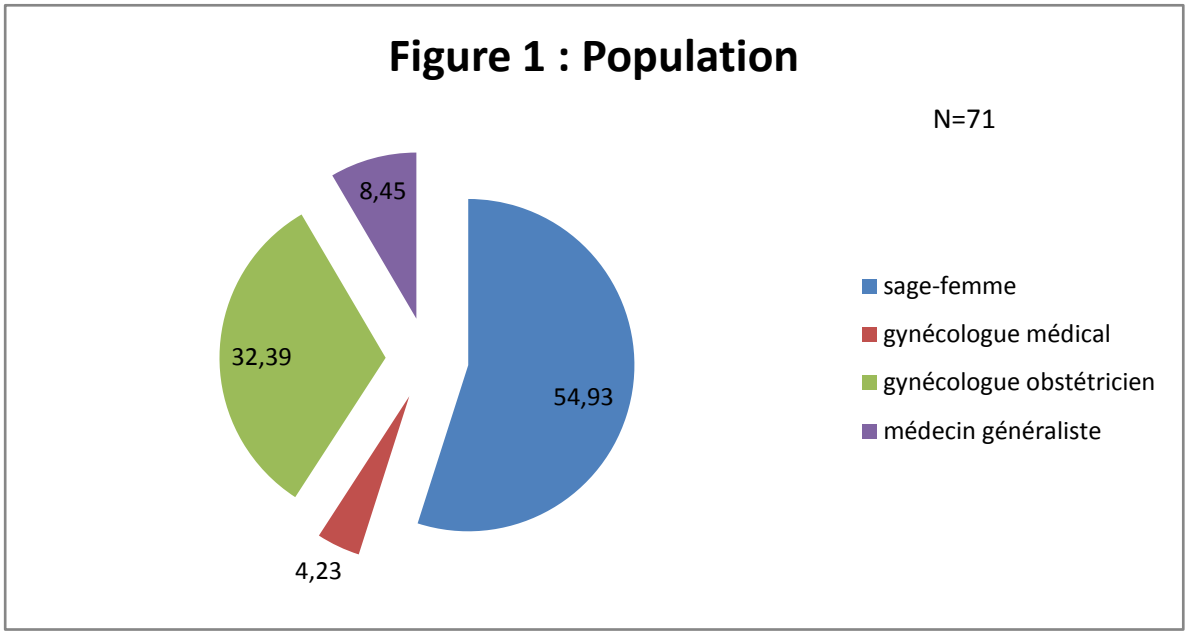
Le questionnaire a été diffusé à environ 120 professionnels en établissements publics ou privés à but non lucratifs et par le biais du réseau OMBREL à 110 médecins généralistes, 58 gynécologues médicaux, 18 gynécologues obstétriciens de maternités privées et à 146 sages femmes-libérales. Sont revenus 81 questionnaires remplis. 4 réponses n'ont pas été retenues, les professionnels entrant dans les critères d'exclusion (ne réalisant pas ou plus de consultations).

6 professionnels réalisaient à la fois des consultations en libéral et en hospitalier, rendant difficile une comparaison avec ceux n'exerçant qu'en ville et ceux qu'en établissement du fait du petit effectif et pouvant affecter les résultats obtenus si inclus dans l'un ou l'autre des groupes. J'ai donc choisi de les exclure de l'étude, ce qui revient à 71 questionnaires exploitables.

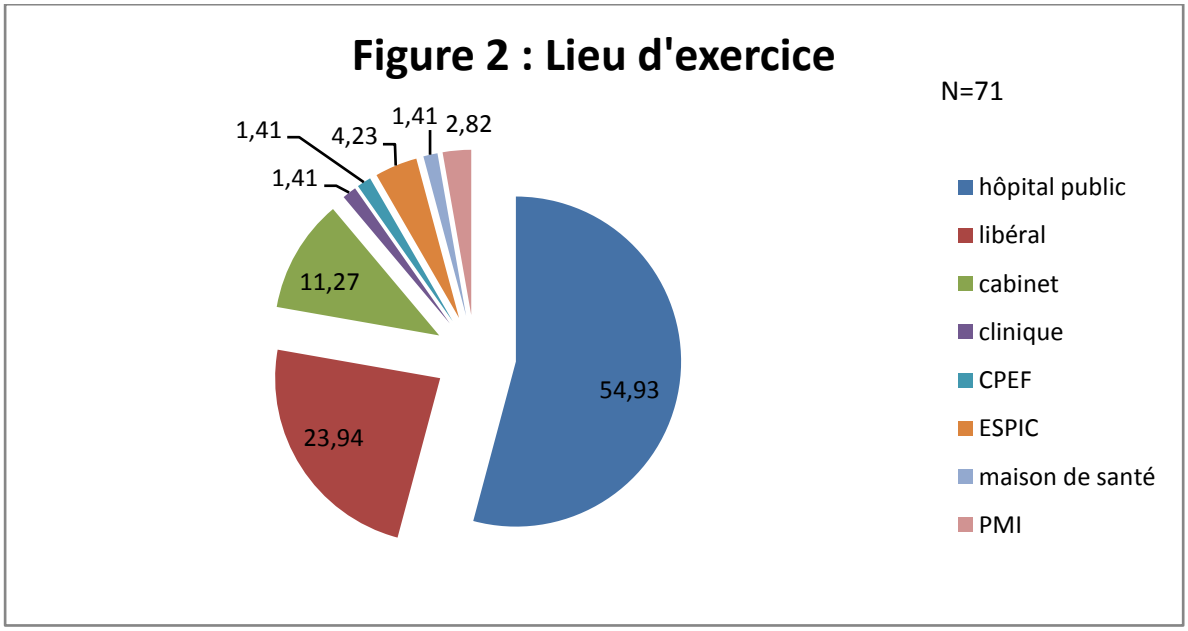
J'ai souhaité pour certaines questions de regrouper les professionnels en différents groupes : un groupe sage-femme et un groupe médecin (médecin généraliste, gynécologue obstétricien, gynécologue médical) afin d'avoir des effectifs équivalents pour comparer les variables, un groupe établissement (hôpital public, clinique, ESPIC) et un groupe ville (libéral, cabinet, PMI, CPEF, maison de santé).

A. Description de la population

Environ 55 % des répondants sont des sages-femmes contre environ 45 % de médecins.



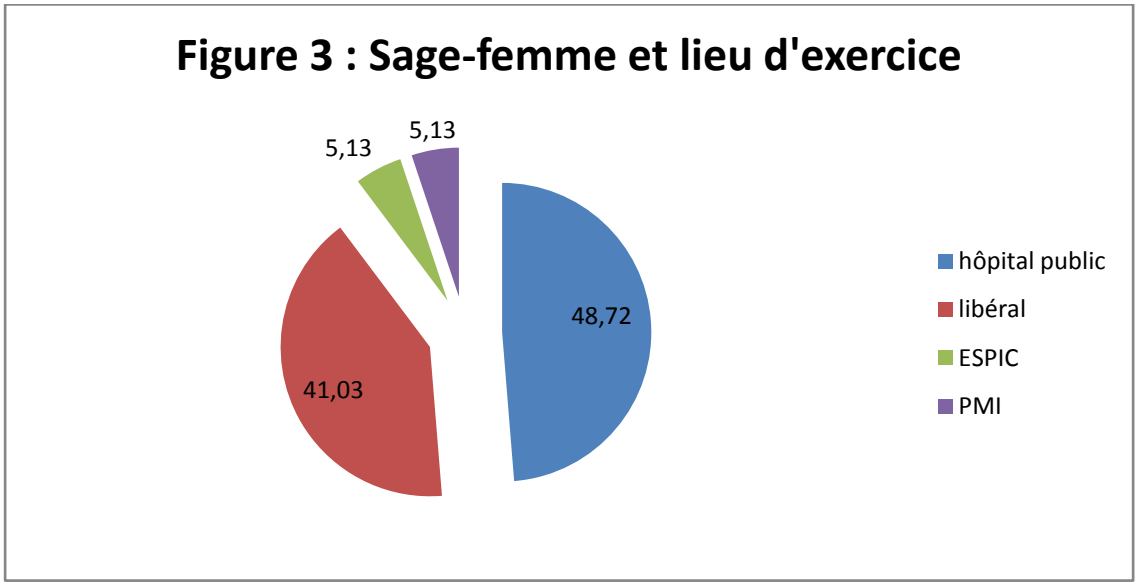
Plus de la moitié de la population de l'échantillon exerce en hôpital public, environ un quart en libéral et un peu plus de 10% en cabinet. Au final, environ 60 % exerce en établissement et 40 % en ville.

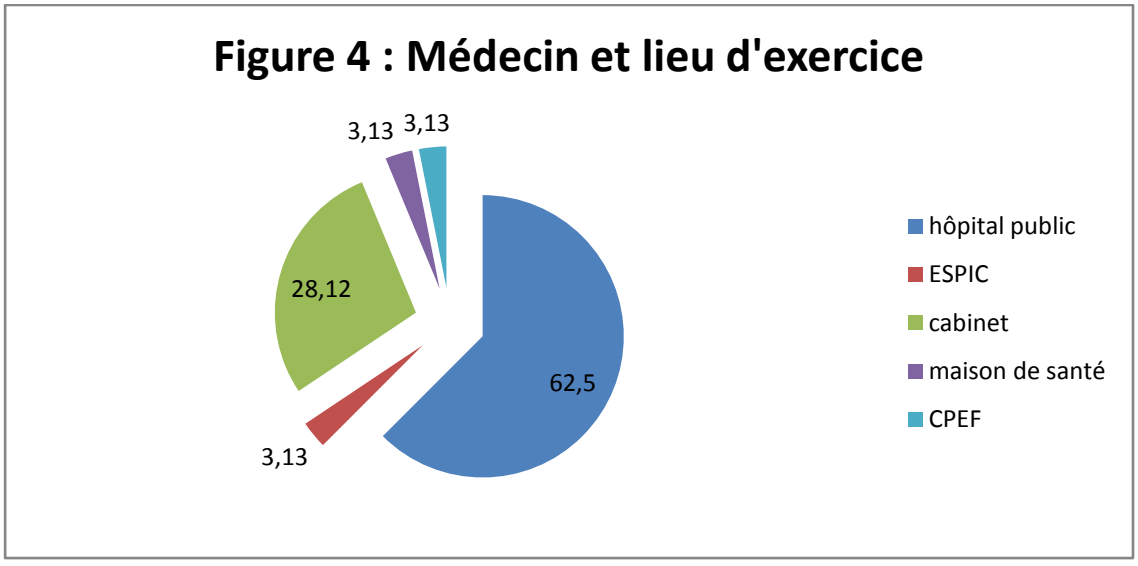


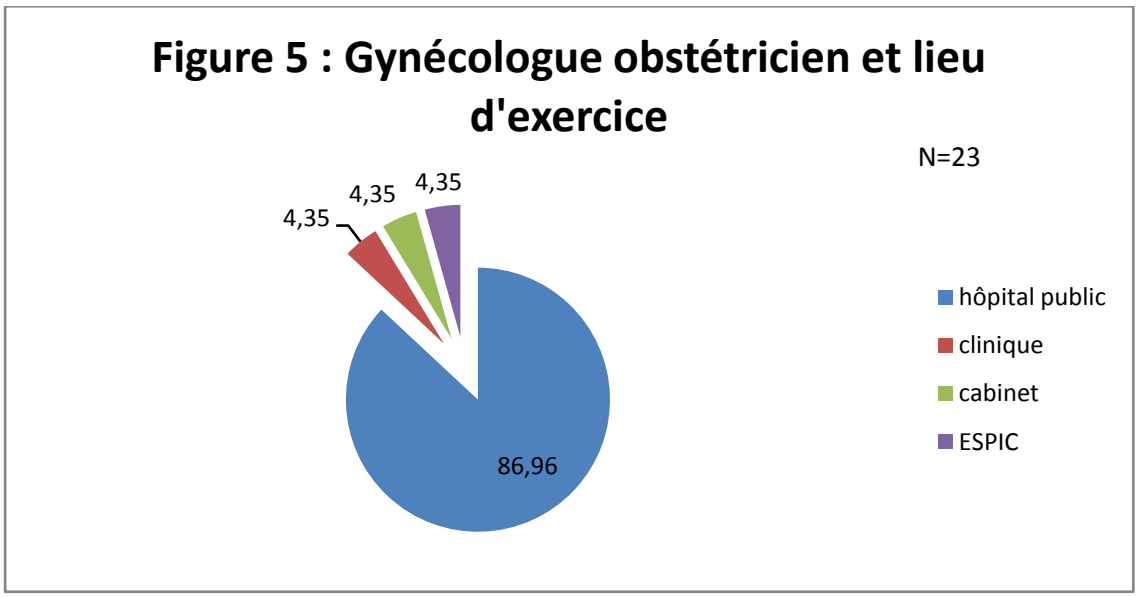
Plus précisément, environ la moitié des SF et plus de 60 % des médecins dont un peu moins de 90% des gynécologues obstétriciens exercent à l'hôpital public.

Plus de 40% des sages femmes sont libérales et plus de 25 % des médecins sont en cabinet dont tous les gynécologues médicaux et 4 des 6 médecins généralistes.

Cela nous donne 54% des sages-femmes et 69 % des médecins faisant partie du groupe établissement.



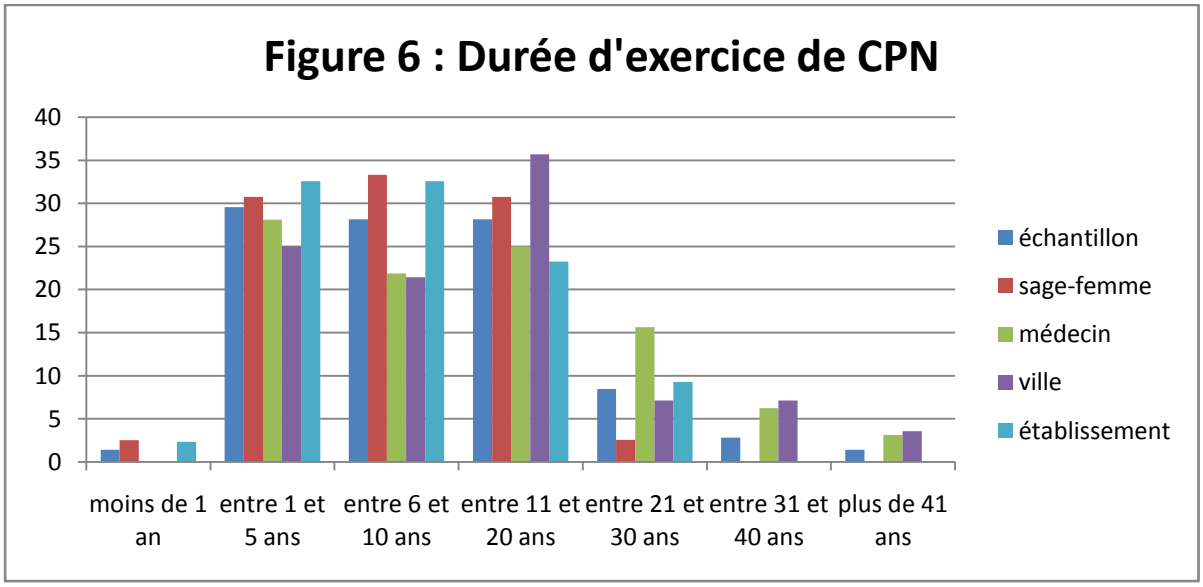




La moyenne d'exercice de CPN pour l'échantillon est située entre 6 et 10 ans. Environ 90 % des répondants ont dit avoir entre moins d'un an et 20 ans d'exercices dont pour environ 2/3 entre 1 et 10 ans.

Environ 90 % des professionnels du groupe établissement ont répondu entre moins d'un an et 20 ans dont environ 65 % entre 1 et 10 ans.
Plus de 80 % des professionnels du groupe ville ont répondu entre 1 et 20 ans et plus de la moitié déclare avoir plus de 10 ans d'expérience.

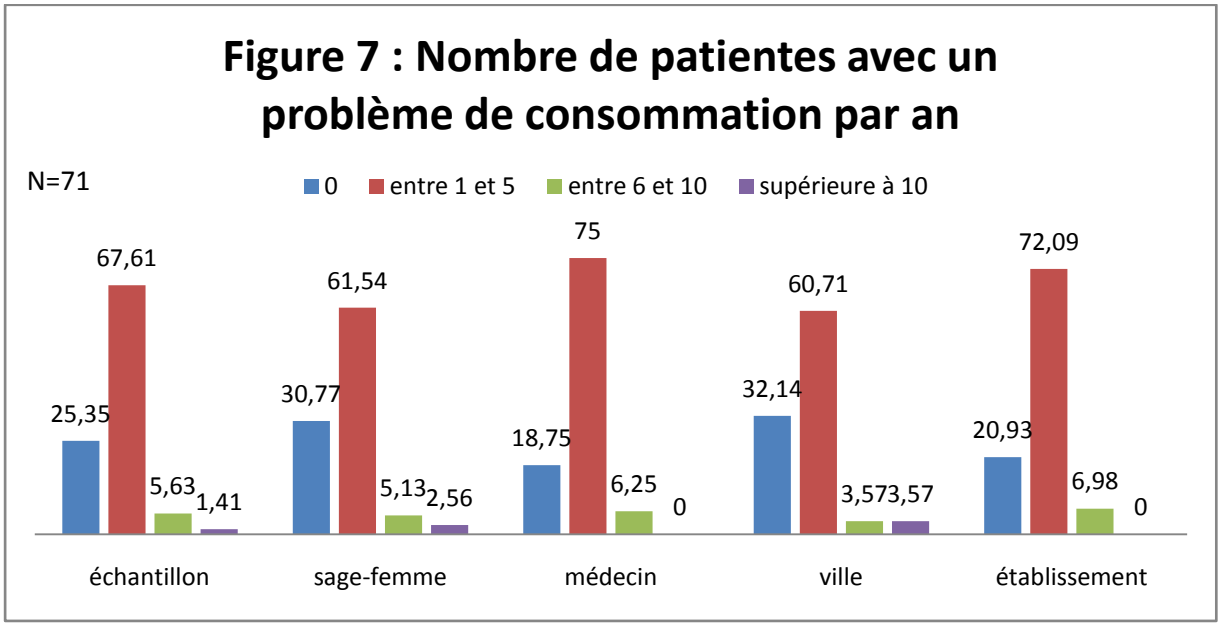
Environ 90 % des sages-femmes se situent entre moins d'un an et 20 ans d'exercices avec environ les 2/3 avec 10 ans ou moins d'expérience.
Pour les médecins, plus de 90 % se situent entre 1 et 30 ans dont environ la moitié entre 1 et 10 ans d'expérience.



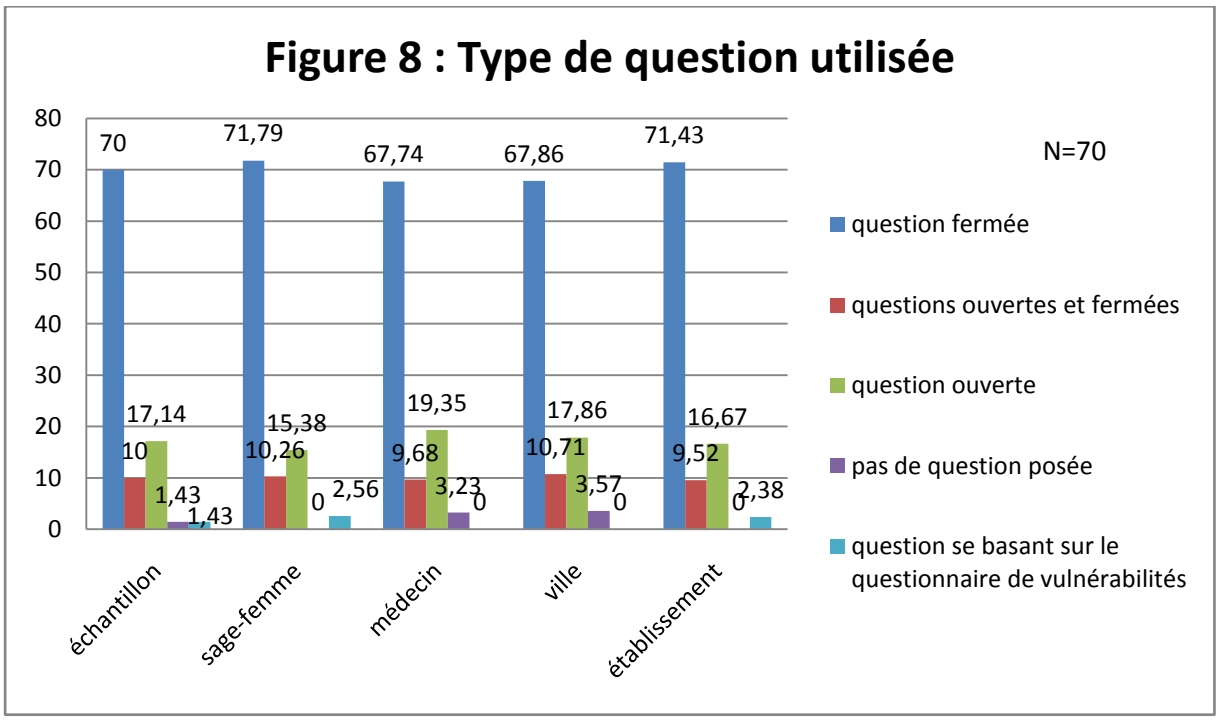
B. Durant les consultations

A la question 4, sur le nombre de patientes rencontrées par an avec un problème de consommation, environ 70 % des participants ont répondu entre 1 et 5 par an et environ un quart ont répondu qu'ils n'en rencontraient pas.

Selon le test de Ude Mann Whitney, il n'existe pas de différence significative entre les sages-femmes et les médecins (p=0,3869) ni entre le groupe ville et le groupe établissement (p=0.3901).
Les trois quarts des médecins ont répondu entre 1 et 5 ainsi que plus de 60 % des sages-femmes.
Environ 30 % des sages-femmes et environ 20 % des médecins n'en rencontrent pas.
72 % des professionnels du groupe établissements ont répondu entre 1 et 5 ainsi que plus de 60 % des professionnels de ville. Environ 20% du groupe établissement et environ 30 % du groupe ville n'en rencontrent pas.

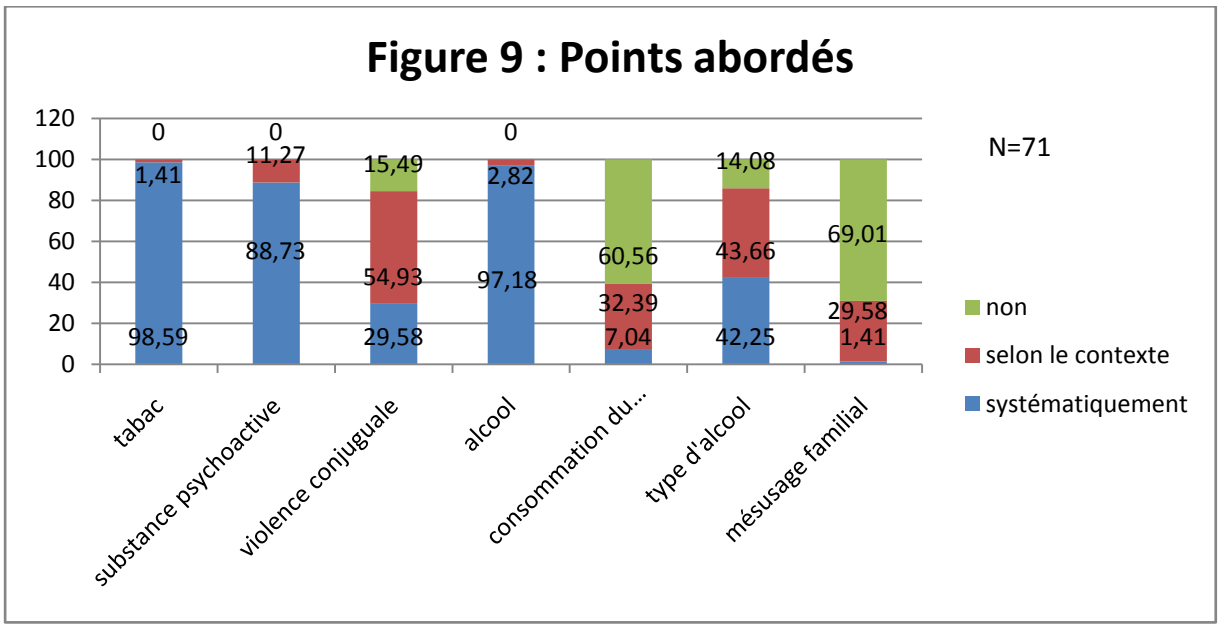


Pour la question 5 portant sur la phrase ou question type d'amorce du sujet, on constate que 70 % de l'échantillon aborde le thème de l'alcool pendant la grossesse avec une question fermée, environ 17% avec une question ouverte et 10% en alternant les deux.
Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les médecins et les sages-femmes ainsi qu'entre le groupe ville et le groupe établissement.
Une personne n'a pas répondu à cette question.



Pour la question 6 sur l'abord de certains points lors de l'ouverture du dossier obstétrical,

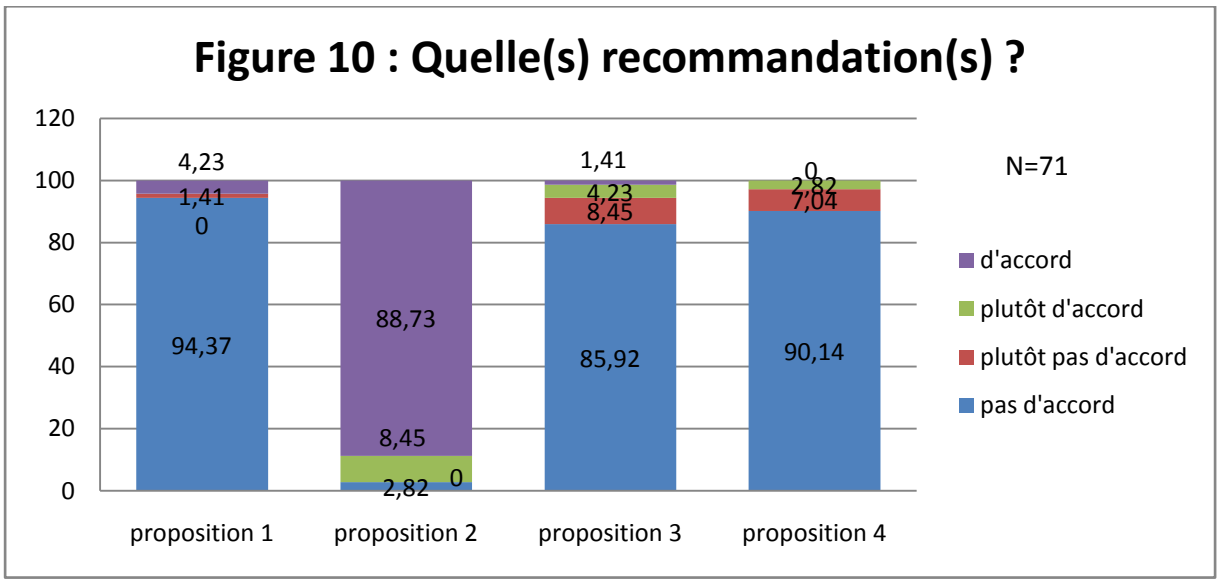
- un peu moins de 99% de l'échantillon aborde systématiquement le tabac
- environ 90 % aborde systématiquement la consommation de SPA
- un peu moins de 30% aborde systématiquement les violences conjugales et plus de la moitié selon le contexte, pour la moitié sans précision donnée. On relève pour les précisions données : le contexte social (six personnes), des signes physiques de violence (quatre personnes), les plaintes de la patiente (quatre), l'attitude de la patiente (trois), suspicion (deux), l'absence d'un tiers à la consultation (un), un antécédent de violence connue (un) et une dernière personne se base sur les réponses du questionnaire des vulnérabilités psychosociales.
- plus de 97 % aborderaient systématiquement la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse (quantité et fréquence)
- De plus, un peu plus de 40 % demande le type d'alcool systématiquement et un peu plus de 40% selon le contexte (le plus souvent si il existe une consommation pendant la grossesse), plus de 60% n'aborde pas la consommation du partenaire ni les antécédents de mésusages familiaux dans environ 70% des cas.



Plus de 70% de l'échantillon n'hésiterait pas à aborder de nouveau ces items plus tard dans la grossesse (question 7) selon certains critères évoqués qui sont : des facteur de risque de consommation (sevrage, consommation du partenaire, violence conjugale, difficultés psychologiques, entourage, antécédent de consommation), signes d'appel échographiques, impression ou doute, si consommation déclarée, comportement suspect de la patiente, élément cliniques maternels flagrants (ivresse, haleine alcoolisée), hors consultation, éléments indirects possibles, suspicion clinique (présence d'alcool à domicile, chute, traumatismes abdominales), anomalies biologiques et l'aspect physique.

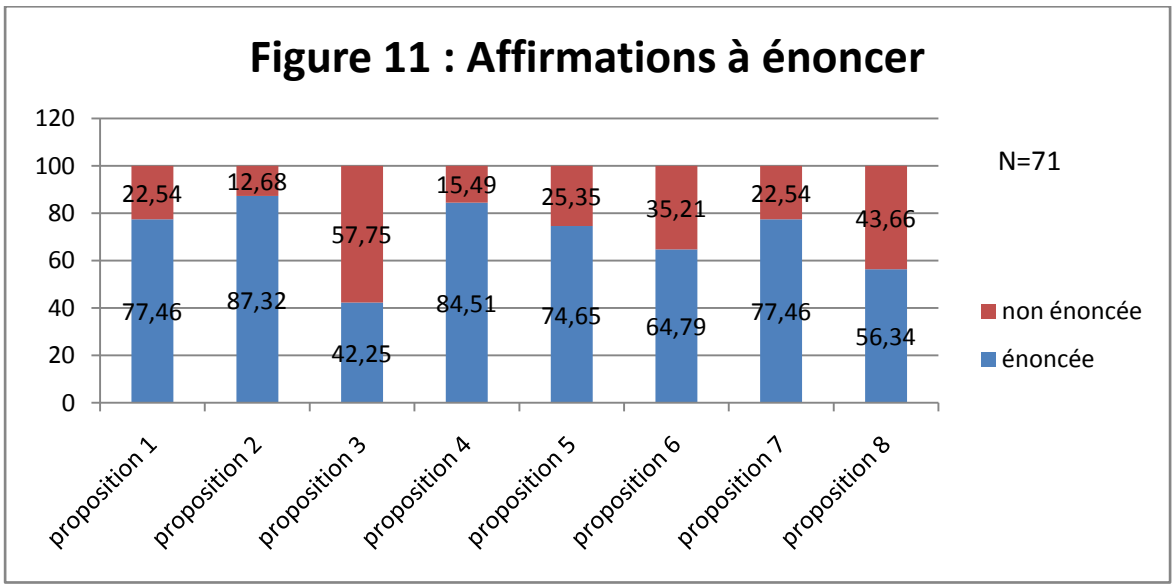
Pour la question 8,

- A la proposition 1 « seul un risque existe au premier trimestre de la grossesse », la plupart des interrogés ne sont pas d'accord avec cette affirmation
- A la proposition 2 « il est recommandé de ne pas prendre d'alcool durant la grossesse », la plupart des interrogés agréent cette affirmation
- A la proposition 3 « un verre de bière ou de vin de temps en temps est acceptable », la plupart des professionnels ne sont pas d'accord avec cette affirmation
- A la proposition 4 « une ivresse occasionnelle ne présente pas de risque pour le fœtus », la plupart des professionnels ne sont pas d'accord avec cette affirmation.



La question 9 propose des affirmations qui seraient utiles de dire aux patientes :

- affirmation 1 « La consommation d'alcool par la femme enceinte peut comporter un risque pour le fœtus dès le premier verre » : plus de 75 % des professionnels l'ont cochée
- affirmation 2 « L'alcool traverse librement le placenta » : plus de 85 % l'ont choisie
- affirmation 3 « L'alcoolémie du fœtus est égale à celle de la mère » : plus de 40 % l'ont coché/environ 60 % ne l'ont pas sélectionnée
- affirmation 4 « La prise d'alcool peut entraîner des perturbations dans la formation et dans la maturation du système nerveux central du fœtus » : un peu moins de 85 % l'ont cochée
- affirmation 5 « Une consommation d'alcool pendant la grossesse peut entraîner un retard de croissance in utéro » : un peu moins de 75 % l'ont cochée
- affirmation 6 « Une consommation d'alcool pendant la grossesse peut entrainer des malformations congénitales » : un peu moins de 65 % l'ont choisie
- affirmation 7 « Une consommation excessive pendant la grossesse peut entraîner l'apparition du syndrome d'alcoolisation fœtal composé d'une dysmorphie faciale, un retard de croissance et des troubles psycho-comportementaux » : plus de 75 % l'ont sélectionnée
- affirmation 8 « Le syndrome d'alcoolisation fœtale est la première cause de retard mental non génétique en France » : plus de 55% l'ont cochée



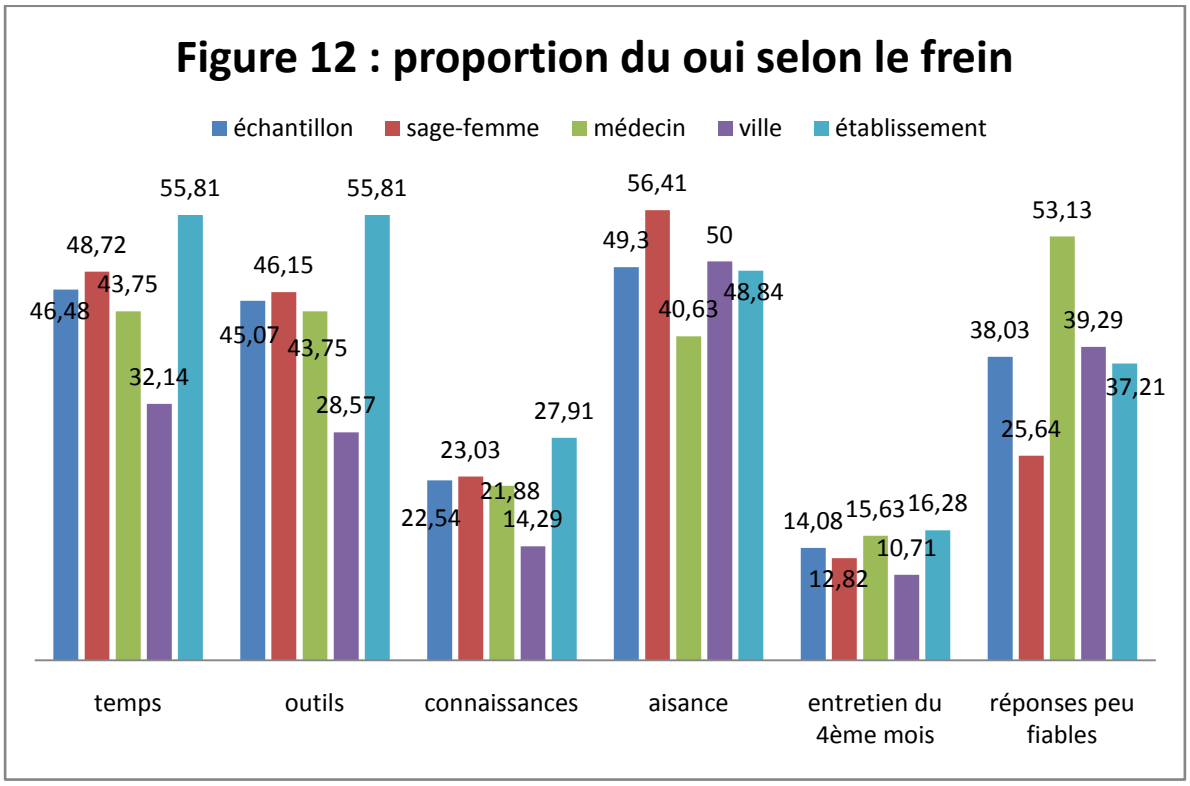
La question 10 portant sur la quantification de la difficulté à aborder le sujet avec une femme enceinte sur une échelle de 0 (aucune difficulté) à 10 (très grande difficulté) nous montre une moyenne de 3,20 de difficultés pour la population totale, une moyenne de 3,33 pour les sages femmes, une moyenne pour les médecins de 3,03, une moyenne pour le groupe ville à 3,32 et une moyenne pour le groupe établissement à 3,12.

C. Les difficultés

Pour la question 11,

- Un peu moins d'un praticien sur deux considère qu'un manque de temps existe et freine son approche. Il n'y a pas de différence significative relevée entre les médecins et les sages-femmes à ce sujet mais selon le test du Chi-2, les personnes du groupe établissement auraient tendance à ressentir le manque de temps comme un frein plus que celles du groupe ville ($p = 0.0507$)
- Un peu moins d'un praticien sur deux pense qu'il existe un manque d'outils reconnu comme un frein. Selon le test du Chi-2, il n'y a pas de différence significative relevée entre les médecins et les sages-femmes mais il en existe une entre le groupe établissement et le groupe ville ($p = 0.0242$), le pourcentage du groupe établissement (55.81) considérant qu'il existe un manque d'outils représente environ le double du pourcentage du groupe ville (28.57) pensant la même chose.
- Plus de 75 % des praticiens ne considèrent pas qu'il y aurait un manque de connaissances (il n'existe pas de différence significative entre les médecins et les sages-femmes ni entre le groupe ville et le group établissement)

- Environ un praticien sur deux pense qu'un manque d'aisance dans leur pratique est un frein à l'abord de la consommation d'alcool (il n'existe pas de différence significative entre les médecins et les sages-femmes ni entre le groupe ville et le groupe établissement).
- Plus de 85 % des praticiens ne considèrent pas que cela concerne l'entretien du quatrième mois (il n'existe pas de différence significative entre les médecins et les sages-femmes ni entre le groupe ville et le group établissement).
- Environ 40 % des praticiens considèrent qu'il existe un manque de fiabilité dans les réponses obtenues. Il n'existe pas de différence significative entre le groupe ville et le groupe établissement mais il en existe une entre les médecins et les sages-femmes (p=0.0176), le pourcentage de médecins (53.13) d'accord avec cette affirmation représente plus du double de celui des sages-femmes (25.64) pensant la même chose.



Pour la question 12, 85,92 % des répondants ne voient pas d'autres freins à l'abord du thème alcool (il n'existe pas de différence significative entre les médecins et les sages-femmes ni entre le groupe ville et le groupe établissement). La présence d'un tiers revient le plus souvent comme frein évoqué après l'utilité d'une formation complémentaire (intervention brève, en addictologie), la peur de la patiente d'être stigmatisée, la crainte de perdre la confiance de la patiente, la difficulté de demander aux femmes de vivre leur grossesse comme un sacrifice , le nombre trop important d'intervenants, la peur de culpabiliser ou stresser la patiente ayant consommé avant de se savoir enceinte, la barrière de la langue et la réticence de la patiente.

D. Les supports

En réponse à la question 13, 76.06 % des professionnels estiment que les items du dossier obstétrical sont suffisants (il n'existe pas de différence significative entre les médecins et les sages-femmes ni entre le groupe ville et le groupe établissement).

Pour la question 14, 81.69 % des professionnels n'utilisent pas d'auto-questionnaire (il n'existe pas de différence significative entre les médecins et les sages-femmes et aucune personne du groupe ville ne l'utilise).
De plus, parmi les personnes utilisant le questionnaire (question 15), 84.62 % considèrent qu'il s'agit d'une aide à l'abord de la thématique alcool.
A la question 16, 88.73% des professionnels ont répondu qu'ils considèrent ne pas avoir besoin d'autres appuis (il n'existe pas de différence significative entre les médecins et les sages-femmes ni entre le groupe ville et le groupe établissement).
Seulement 5.88 % des personnes ne trouvant pas les items suffisants utilisent d'autres supports. En effet, 87.50 % des personnes utilisant d'autres appuis sont des personnes considérant les items comme suffisants.

Les autres supports cités sont les flyers, les affiches dans la salle d'attente, des adresses et informations sur les CSAPA en salle d'attente, l'orientation vers un CSAPA et l'utilisation de l'auto-questionnaire sur les vulnérabilités.

E. Situation simple et situation complexe

La question 17 correspond à une situation simple d'alcoolisation exceptionnelle avant la grossesse.
La plupart des professionnels acquiescent à discuter des effets néfastes à 78,87 % (proposition 2) ainsi qu'à conseiller de s'abstenir et à réévaluer la consommation à 90,14% (proposition 3).
En revanche, la majorité n'approuvent pas l'orientation vers une personne référente en addictions (proposition 1) à 73,24%, ni à faire passer un test de recherche de toxique (proposition 4) à 80,28% ainsi que l'orientation vers un service d'addictologie (proposition 5) à 73,24%.
La plupart des interrogés ne sont pas d'accord pour orienter vers un CSAPA (proposition 6) à 63,38 % mais 28,17 % ne savent pas quoi penser de cette proposition.
53,52% ne voient pas d'autres choses à faire dans cette situation et 33,80% ne savent pas s'ils proposeraient autre chose.

Les autres actions proposées à la question 18 sont : déculpabiliser, rassurer, orienter vers une personne référente en addictologie et en obstétrique, discuter de la situation en réunion psychosociale, poser des questions sur des antécédents de violences pendant l'enfance et obtenir des précisions si c'est une habitude.

La question 19 correspond à une situation dite complexe d'alcoolisations aigües répétées ou des alcoolisations quotidiennes malgré une grossesse connue.

La plupart des professionnels approuvent l'orientation vers une personne référente en addictions à 87,32 % (proposition 1), la discussion des effets néfastes à 95,72% (proposition 2), le conseil de l'abstention et la réévaluation de la consommation à 81.69 % (proposition 3), ainsi que l'orientation vers un service d'addictologie à 84,51% (proposition 5).

42,25% sont d'accord pour orienter vers un CSAPA (proposition 6) mais 38,03% ne savent pas quoi penser de cette proposition.

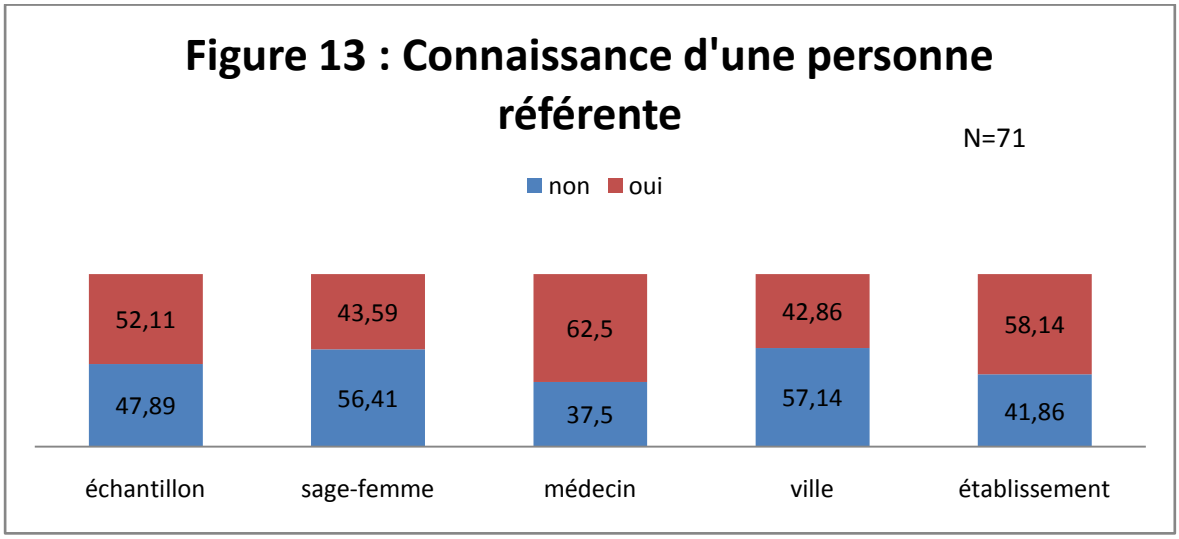
57,75 % sont contre l'utilisation d'un test de recherche de toxiques (proposition 4) et 22,54 % ne savent pas quoi penser de cette proposition.

46,48% ne voient pas d'autre chose à faire dans cette situation mais 45,07% ne savent pas s'ils proposeraient autres choses.

Les autres actions proposées à la question 20 sont confier le suivi de la grossesse à un obstétricien, conseiller une thérapie en hypnose, chercher à comprendre la raison de la consommation, faire un entretien motivationnel, rechercher d'autres consommations et faire un suivi échographique.

F. Relais

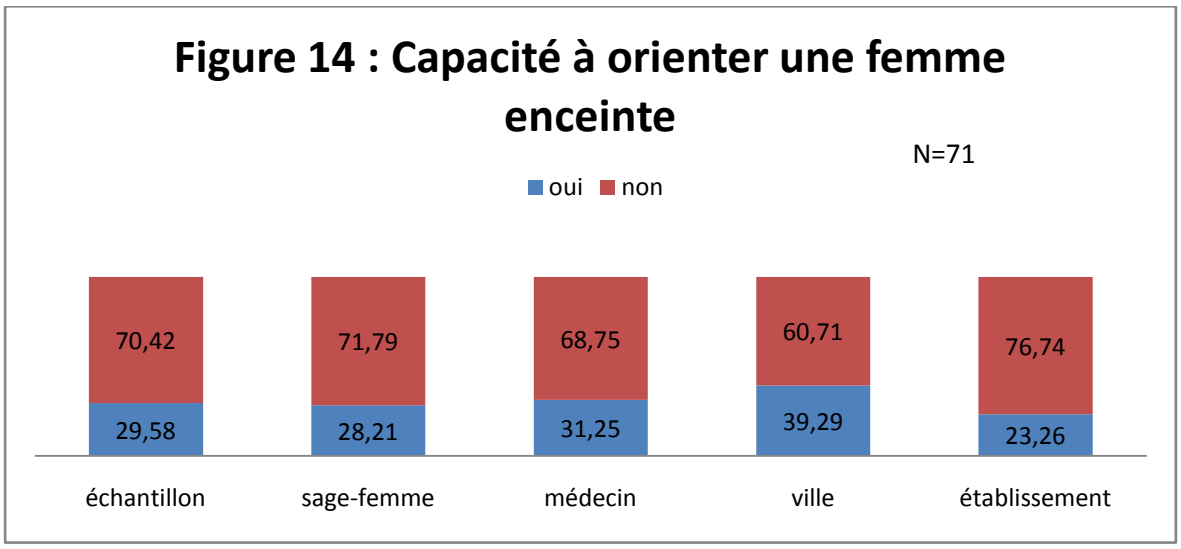
En réponse à la question 21, un peu plus de la moitié des professionnels ont dit connaitre une personne référente en addictions. Il n'existe pas de différence significative entre les médecins et les sages-femmes ni entre le groupe ville et le groupe établissement.



La question 22 reprend les relais connus évoqués par les professionnels. 13 personnes n'y ont pas répondu et sur les 58 réponses 5 personnes ne savent pas quoi citer (8.62%).
74, 65 % de l'échantillon a donc répondu et a pu déclarer plusieurs réponses.

Ces relais sont le service d'addictologie ou un centre d'addictologie ou un UAC pour 21 d'entre eux, le CSAPA pour 13 personnes, la maternité ou l'hôpital pour 9 personnes, la PMI pour 9 personnes, l'addictologue pour 8 personnes, un professionnel référent en addictions pour 7 d'entre eux, le médecin traitant pour 3 professionnels, une association pour 3 interrogés, et pour une personne à chaque fois le psychologue, l'utilisation réseau Ombrel, la maison dispersée de santé, un médecin généraliste formé, l' ANPAA, un pédiatre, un collègue, l'utilisation d'acupuncture ou d'homéopathie.

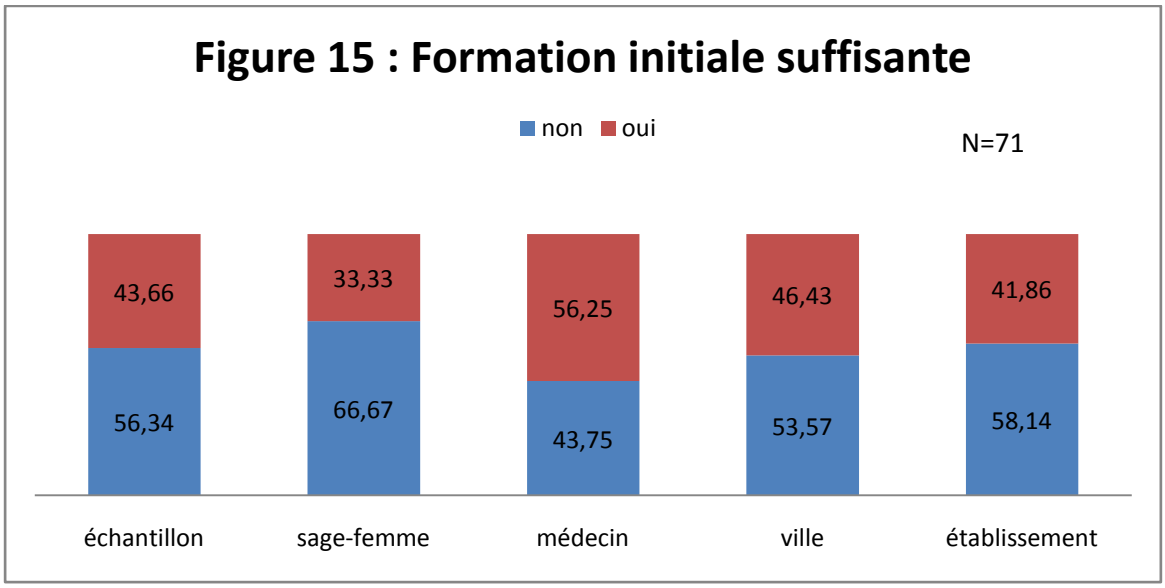
Pour la question 23, plus de 70 % des répondants se sentent capables d'orienter une femme enceinte si besoin. Il n'existe pas de différence significative entre les médecins et les sages-femmes ni entre le groupe ville et le groupe établissement.



G. Formation

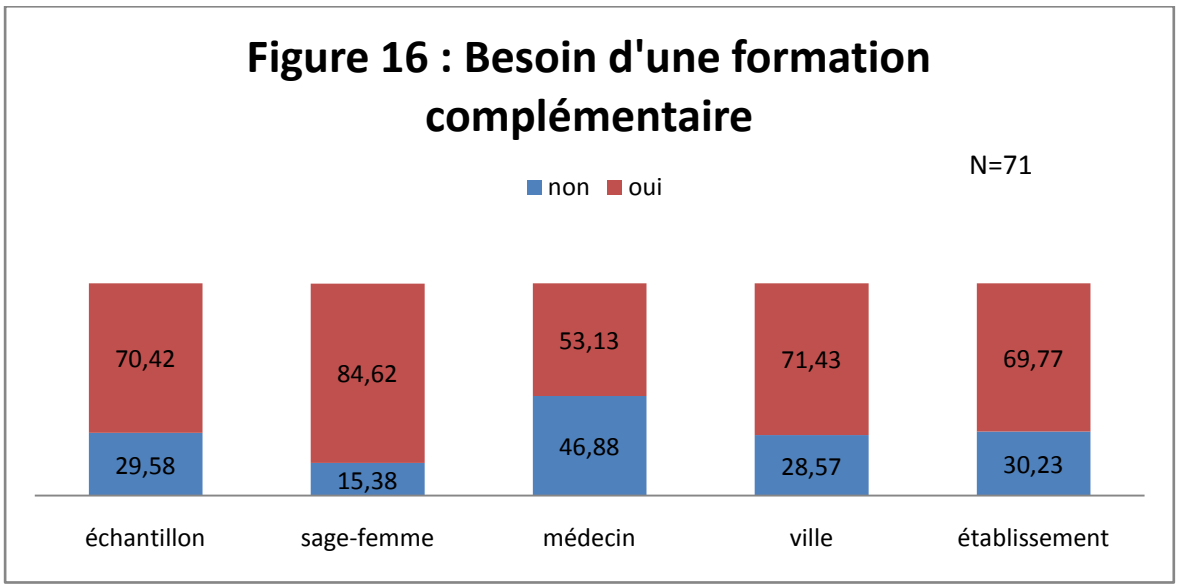
En réponse à la question 24, plus de 55 % des interrogés considèrent que leur formation initiale ne suffit pas.

Il n'existe pas de différence significative entre le groupe ville et le groupe établissement mais selon le test du Chi-2, on remarque que les sages-femmes auraient plus tendance à penser que leur formation initiale ne leur suffisent pas (p=0.0527).

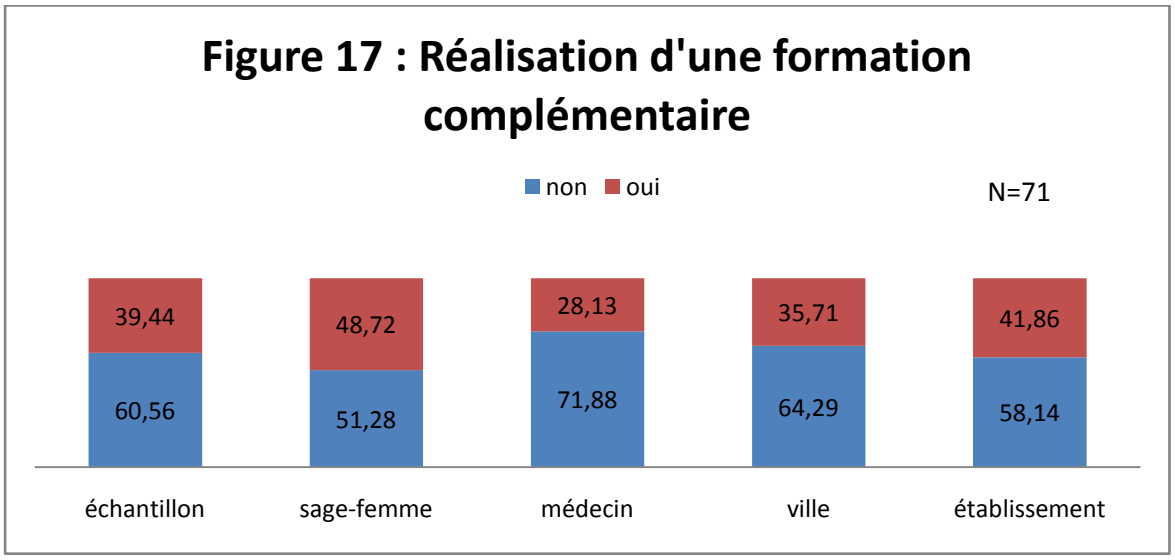


A la question 25, plus de 70 % des interrogés considèrent l'utilité d'une formation complémentaire. Il n'existe pas de différence significative entre le groupe ville et le groupe établissement mais il en existe entre les médecins et les sages-femmes selon le test du Chi-2 (p=0,0038).

En effet, environ 85 % des sages-femmes ressentent ou ont ressenti le besoin de formation complémentaire contre un peu plus de la moitié des médecins.



A la question 26, environ 40 % de l'échantillon a répondu avoir réalisé une formation complémentaire. Il n'existe pas de différence significative entre le groupe ville et le groupe établissement, mais selon le test du Chi-2, les sages femmes auraient plus tendance à réaliser des formations complémentaires que les médecins (p=0,0773).



Les formations complémentaires évoquées sont :

- un atelier dans un service d'addictologie,
- une formation généraliste et toxicomanie,
- une formation gynécologique annuelle au CHR,
- une formation en addictologie,
- un séminaire,
- une formation proposée par l'A.N.P.A.A.,

- une formation institutionnelle,
- la lecture d'articles scientifiques,
- une journée du réseau,
- un colloque,
- un DIU psychopathologie périnatale,
- un DIU périnatalité et addictions,
- une journée consacrée au SAF,
- un DU addictologie,
- une journée en addictologie sur le SAF,
- une formation en acupuncture.

De plus, 47,5 % des personnes considérant leur formation initiale insuffisante ont réalisé une formation complémentaire ainsi que 32,14 % des personnes la trouvant suffisante. 50 % des personnes ressentant le besoin de formation complémentaire en ont réalisé une et 89,29 % des personnes ayant réalisé une formation complémentaire en ont ressenti le besoin.

A la question 27 sur l'efficacité pour prévenir la consommation d'alcool pendant la grossesse graduée de 0 (pas du tout efficace) à 10 (très efficace), la moyenne de la population est de 5,21, de 5,28 pour les sages-femmes de 5,13 pour médecins, de 5,54 pour le groupe ville et de 5 pour le groupe établissement.

Les suggestions évoquées pour améliorer la prévention (question 28) sont :

- évaluer l'efficacité des différents types d'interventions sur les femmes enceintes,
- utiliser l'auto-questionnaire,
- agir sur la formation des professionnels,
- l'utilisation de documents sur les addictions en général avec des statistiques à mettre dans les dossiers maternité,
- participer à des groupes balint,
- le e-learning,
- mettre en place un annuaire de relais,
- avoir des dossiers de grossesse à disposition,
- avoir plus d'items de dépistage dans le dossier,
- avoir une meilleure connaissance du circuit/relais/ personnes identifiés pour orienter,
- empathie et non culpabilisation,
- plus d'informations auprès du grand public (spot télévisé, affiches),

- plus de flyers/brochures chez les professionnels,
- présenter des supports écrits aux patientes (livret sur l'alcool avec des exemples et des expériences de patients),
- suivi global par le même intervenant,
- consultation longue initiale dite d'orientation,
- plus de temps en consultation,
- y penser,
- mettre des affiches en salle d'attente avec message zéro alcool,
- mettre les coordonnées de centres en salle d'attente,
- s'impliquer,
- plus de consultations pour instaurer un climat de confiance, d
- e l'expérience,
- accorder plus d'importance à l'examen clinique.

Troisième partie

I. Points forts de l'étude

Cette enquête concerne tous les professionnels réalisant des consultations, ce qui permet de diversifier les réponses et les points de vue obtenus.
De plus, l'utilisation à la fois de questionnaires papiers et de questionnaires en ligne a selon moi, permis d'obtenir plus de réponses avec des profils de répondants différents.

II. Limites de l'étude

A. La population

Au vu du nombre de personnes ayant reçu mon questionnaire, 71 réponses exploitables semblent bien peu et permettent difficilement de généraliser les résultats obtenus.
Par ailleurs, la répartition inégale entre les différentes catégories professionnelles permet de dire que certaines catégories seront sous-représentées et le besoin de créer un groupe médecin afin de pouvoir comparer aux sages-femmes qui représentent à elles seules plus de la moitié de la population sont des biais possibles.
Il faut aussi considérer que les professionnels ayant répondu sont des personnes intéressées par ce sujet et peuvent donner des réponses différentes de celles non intéressées et n'ayant pas répondu.
Enfin, le choix des CPN exclut d'autres situations susceptibles de permettre aux professionnels de repérer des femmes ayant une consommation à risque comme l'entretien prénatal, les séances de préparations à la naissance ou les échographies.

B. Le questionnaire

La longueur du questionnaire a pu décourager certains professionnels à y répondre.
Pour les questions 17 et 19, il aurait été plus judicieux de ne pas mettre la proposition « autres » et se contenter des questions 18 et 20 qui reprennent la même idée afin de ne pas générer de la confusion.
De plus, l'ordre de certaines questions a pu influencer les réponses des questions suivantes ou fausser les réponses précédentes.

C. Le sujet

Ce sujet sur l'alcool renvoie à sa propre consommation et l'idée d'alcool est encore tabou et peut engendrer une peur du jugement et donc entrainer des réponses conformes à ceux que l'on attend mais non représentatives de la pensée.

III. Analyse et discussion des résultats

A. La population

Notre échantillon se compose de sages-femmes (représentant la moitié de la population interrogée) et de médecins (dont environ 30% de gynécologues obstétriciens).
Selon l'Enquête Nationale Périnatale de 2016 (57), le professionnel consulté dans les 6 premiers mois pour les consultations sont à 6,5 % les médecins généralistes, à 65,7% les gynécologues obstétriciens (libéraux et de maternité publique), à 23,3% les sages-femmes (libérales et en maternité publique).
L'échantillon n'est pas représentatif de la réalité des consultations en France avec une surreprésentation des sages-femmes.
La moyenne d'exercice de CPN est la même pour la population ainsi que pour les différents groupes et démontre une ancienneté d'exercice.

B. Hypothèse 1 : les professionnels abordent sans difficulté les pratiques de consommation de la femme enceinte et délivrent les informations appropriées sur l'alcool et la grossesse quelle que soit la patiente (11,12,14,16,28,35,57–60)

On constate que la population de l'enquête rencontre peu de femmes enceintes ayant une consommation pouvant être problématique : environ 70 % des professionnels ont répondu entre 1 et 5 par an et environ un quart ont répondu qu'ils n'en rencontraient pas, sans différence significative retrouvée entre les groupes.

Cependant, il ne faut pas oublier qu'il existe une sous-déclaration des femmes consommatrices hors grossesse par honte, culpabilité ou par peur du jugement, et qui pendant la grossesse augmente. On retrouve très souvent ce sentiment de culpabilité mais aussi une peur de la stigmatisation des professionnels alors qu'elles voudraient avant tout « être prises en compte comme des femmes enceintes » certainement par crainte de l'image de « mauvaise mère » véhiculée pour toute

consommation, par crainte d'un placement de leur enfants suite au repérage ou encore par peur d'un jugement négatif par la société et le personnel soignant renforcé puisque le bien-être de l'enfant à naître s'ajoute. Il est donc possible que le nombre de femmes repérées déclarées ne corresponde pas à la réalité, sachant que selon l'estimation de l'Enquête Nationale Périnatale de 2010, environ 20 % des femmes enceintes ont déclaré avoir au moins une fois consommé pendant leur grossesse.

De plus, pour aborder la thématique de l'alcool pendant la grossesse, l'utilisation de questions fermées est le plus souvent retrouvée or, comme nous l'avons dit dans la première partie, ces questions limitent les informations spontanément obtenues et ferment le dialogue. Les questions ouvertes permettent d'obtenir des réponses qualitatives non limitées ou influencées par des réponses prédéfinies donnant plus d'informations sur les pratiques et les représentations mais pouvant être floues.

A l'ouverture du dossier obstétrical, de manière quasi-systématique, les professionnels interrogés abordent les items du dossier (consommation de tabac, de substances psycho-actives et d'alcool) de manière à peu près égale. Si on compare aux données de l'Enquête Nationale Périnatale de 2016, où on relève que « les soignants n'abordent pas systématiquement la question de l'alcool et du tabac pendant la grossesse » et où « les professionnels de santé semblent prêter moins d'attention à la consommation d'alcool qu'à celle de tabac », notre population est exemplaire.

En revanche, la demande de précisions sur le thème de l'alcool n'est pas systématique, et dépend grandement du contexte.
Pour le type d'alcool, cette précision dépend le plus souvent d'une consommation déclarée pendant la grossesse or comme nous avons pu voir dans la première partie, il existe encore une distinction entre l'alcool et le vin (et ses associés : bière, cidre,…) dans la société française, où le vin n'est pas ou peu perçu comme contenant de l'alcool, et ne pas demander ce que l'on boit peut faire passer le professionnel à côté de cette consommation réelle.
La question des violences conjugales est abordée pour une personne sur deux environ selon le contexte avec comme raison le plus souvent citée des éléments physiques ou sociaux marquants. Cette question peut être aussi évoquée si la patiente mentionne des violences.
En sachant que les violences conjugales peuvent s'associer à des consommations de SPA dont l'alcool (fait évoqué dans la première partie), que lorsqu'un conjoint est dépendant à l'alcool, la proportion de violences conjugales augmente et qu'en moyenne 225 000 femmes par an de 18 à 75 ans subissent des violences au sein de leur couple, il parait intéressant d'évoquer systématiquement ce point avec toute femme enceinte.

De plus, la consommation de l'entourage proche (conjoint, famille) est aussi un facteur de vulnérabilité face au risque de mésusage et plus 60 % de l'échantillon ne l'aborde pas et seulement près de 30 % selon le contexte.

Plus de 70% des professionnels seraient prêts à réaborder ces points durant la grossesse s'il existe une apparition d'éléments cliniques, sociales ou obstétricaux évocateurs, ce qui laisse penser que ceux-ci sont attentifs à leurs patientes et à l'évolution de leur situation.
La majorité des professionnels ont intégré l'information qu'il n'existe pas de seuil au-dessous duquel il n'y aurait aucune conséquence sur le fœtus et cela durant toute la grossesse et délivreraient un message homogène.
Par ailleurs, la plupart sont d'accord sur l'importance d'énoncer des informations sur cette notion de risque, sur le rôle non protecteur du placenta et sur les conséquences les plus connues d'une alcoolisation pendant la grossesse (perturbations dans la formation et dans la maturation du système nerveux central, RCIU, anomalies congénitales et le tableau du SAF).
Stéphanie Toutain, dans son enquête en 2007 sur internet auprès de femmes enceintes, constatait que le discours des professionnels de santé pendant la grossesse était contradictoire et que ces femmes avaient peu de connaissances sur les conséquences de la consommation d'alcool pendant la grossesse. On voit donc une évolution du discours des professionnels, et si on compare à nouveau aux données de l'Enquête Nationale Périnatale de 2016 où il ressort que « moins d'un tiers (des femmes enceintes) disent avoir reçu la recommandation de ne pas consommer d'alcool pendant leur grossesse », notre population semble diffuser le message « zéro alcool pendant la grossesse » à toutes leurs patientes.

Malgré ces bons résultats, il existe des freins relevés à la bonne diffusion de ce message de prévention. Le manque de temps (plutôt pour les professionnels exerçant dans le groupe établissement), d'aisance, de fiabilités dans les réponses obtenues (surtout pour les médecins) et d'outils (surtout pour les professionnels exerçant dans le groupe établissement), sont ceux qui ressortent parmi la liste proposée.

La rémunération des établissements de santé est régie par la T2A ou tarification à l'acte où les ressources attribuées à un établissement sont calculées à partir d' « une mesure de l'activité produite conduisant à une estimation des recettes ». Cela peut déboucher sur une idée de rendement où le nombre d'actes sur un patient serait valorisé et non le temps lui étant consacré pour sa prise en charge. A son compte, le praticien est libre de choisir de passer plus de temps avec certains patients sans besoin de se justifier même si leur rémunération dépend aussi du paiement à l'acte.

Parmi les suggestions d'amélioration de la prévention, certaines sont en lien avec ce problème posé (consultation longue initiale dite d'orientation, plus de temps en consultation, plus de consultations pour instaurer un climat de confiance) traduisant vraiment une demande des professionnels et méritant réflexion.

Notre échantillon déclare qu'il n'est pas forcément facile d'aborder ce sujet .Parler de cette thématique renvoie à une peur d'être intrusif, de blesser, culpabiliser la patiente voir rompre la relation de confiance établie avec elle pour les professionnels, évoquée dans les réponses pour d'autres freins (question 12), mais aussi à la crainte de ne savoir quoi faire en cas de en cas de réponse positive.
On retrouve cette idée aux propositions 7 et 8 de la question 9.
En effet, la notion d'alcoolémie fœtale équivalente à celle de la mère n'intéresse que 40 % des professionnels et un peu moins de la moitié ne trouve pas important d'énoncer que le SAF est la première cause non génétique de retard mental en France
On peut se demander si évoquer ces données peut paraitre choquant à dire à une femme enceinte, lui faire peur, être culpabilisant voir blessant et pouvant potentiellement faire perdre le contact avec elle.
Néanmoins, la proposition sur le SAF ne fait qu'énoncer le résultat des conséquences sur le fœtus alors que celles-ci séparément paraissent primordiales à dire pour ces professionnels. Partager cette information chiffrée mal connue permettrait pourtant de montrer l'impact de la consommation concrètement.

Environ 40 % de notre groupe de professionnels évoque qu'un manque de fiabilité dans les réponses obtenues serait un autre frein possible, surtout pour les médecins. On sait qu'il existe un risque de sous-déclaration de consommation voir de déni et que par conséquent on passe à côté de certaines situations. Cela peut être décourageant, frustrant voir démotivant pour les praticiens. Cette notion apporte aussi une connotation négative au discours de la femme enceinte et par extension à celle qui consomme. Il ne faut pas oublier de faire abstraction de ses représentations sociales et morales, surtout lorsque l'on aborde l'alcool qui fait partie intégrante de notre héritage culturel et social, afin de ne pas émettre de jugement, d'attitudes réprobatrices pouvant induire un mutisme chez certaines patientes.

Pour environ un praticien sur deux, ces obstacles sont évoqués pourtant, notre échantillon ne semble pas rencontrer de difficulté pour parler de ce sujet avec une femme enceinte, ce que démontre la moyenne d'auto-évaluation de la difficulté estimée à 3,20.

Nous pouvons être surpris de cette discordance entre le peu de difficulté ressentie et les nombreux freins évoqués pour plus de la moitié des professionnels.
Peut-être que pour cette question 11, les interrogés ont compris des freins pour tous les professionnels en général et non pour eux même, ce qui peut expliquer cette discordance. Il est aussi possible que les professionnels se soient surnotés et qu'ils aient en suivant la suite du questionnaire, réfléchi à ce qui les gêne dans leur pratique grâce aux exemples. Il aurait été donc plus judicieux de ma part de mettre cette auto-évaluation après l'abord des freins.

Face à cela, on peut dire que notre échantillon de professionnels aborde systématiquement la thématique de l'alcool en général pendant les consultations et trouve important d'énoncer des informations sur l'abstinence pendant la grossesse et les risques d'une consommation. En revanche, parler de la consommation personnelle de la patiente parait encore difficile.

C. Hypothèse 2 : les professionnels de santé connaissent et utilisent divers supports dans leur pratique en plus du dossier obstétrical (14,21,28,49,56,61–64)

De nombreux supports existent pour aborder ce thème (comme on a pu le voir dans la première partie), pourtant une carence en outils est ressentie, surtout pour les professionnels du groupe établissement. Paradoxalement, plus des trois quart des interrogés considèrent que l'abord du sujet alcool avec les items du dossier obstétrical est suffisant et une grande majorité a répondu qu'elle n'utilisait pas d'autres supports. De plus, la majorité des personnes utilisant un autre support considère ne pas en avoir besoin.
On peut penser, face à cette incohérence, qu'une bonne partie de la population interrogée ressent effectivement le besoin d'utiliser d'autres supports mais qu'elle ne les connait pas ou ne sait pas comment les utiliser dans sa pratique.

Effectivement, parmi les suggestions d'amélioration de la prévention secondaire relevées, il en existe plusieurs sur les outils notamment sur la création de supports écrits pour les professionnels et les patientes, d'affiches ou encore augmenter les items à remplir dans le dossier obstétrical. La plupart existent déjà et peuvent être utilisés en complément pour par exemple illustrer des propos théoriques, vulgariser des principes scientifiques afin de rendre le message d'abstinence compréhensible et à la portée de toutes les patientes.
On peut donc se poser la question si malgré les différents programmes d'informations menés, ces outils sont assez visibles et accessibles aux professionnels.

Il serait intéressant d'identifier les outils connus et savoir pourquoi certains ne sont pas utilisés. De cela pourrait découler l'organisation par les différents établissements ou par les organismes distribuant ces items des mises au point sur les différents types de supports existants et comment les intégrer à sa pratique. L'A.N.P.A.A. 59 organise par exemple des journées de présentations de ces différents outils d'aide et le catalogue de l'INPES permet de commander des dépliants et affiches gratuitement.

Une grande partie de l'échantillon n'utilise pas d'auto-questionnaire dans leur pratique.
L'utilisation d'un questionnaire de vulnérabilités psychosociales où se mêlent les questions du test T-ACE durant les consultations ne concernerait que les établissements de Jeanne de Flandre et Dumont (anciennement Paul-Gellé). Ce questionnaire ne serait pas non plus utilisé en PMI et après échanges de mails avec Mme Deroo, présidente de l'Association des sages-femmes libérales de la métropole lilloise, serait non utilisé par les sages-femmes libérales.
Pourtant, l'utilisation de questionnaires standardisés adaptés aux femmes enceintes (comme le T-ACE ou l'AUDIT-C) apparaît comme étant efficace et est souvent évoquée dans les guides à l'attention des professionnels ou dans les différentes recommandations.
Dans l'article « Dépistage des situations de vulnérabilité psychosociale et toxicologique pendant la grossesse : évaluation d'un auto-questionnaire par comparaison aux données du dossier médical » reprenant une étude réalisée dans les maternités de Jeanne de Flandre et de Paul-Gellé, il ressort que l'utilisation d'un auto-questionnaire sur les vulnérabilités où est intégré le questionnaire T-ACE serait plus efficace pour dépister les consommations d'alcool à risque pendant la grossesse que celle du dossier obstétrical.

Par conséquent, l'utilisation d'un auto-questionnaire pour aborder cette thématique fait partie intégrante des déroulés des CPN dans d'autres régions.
En effet, celui a été repris par le réseau Naître et Grandir du Languedoc Roussillon dans le cadre d'un projet du réseau financé par la Direction Générale de la Santé (DGS) « Conduites addictives pendant la grossesse chez les femmes en situation de vulnérabilité : repérage précoce en maternité » avec une étude démontrant encore une fois qu'il est plus efficace pour dépister les consommations d'alcool à risque pendant la grossesse qu'en utilisant le dossier obstétrical seul. Il a été modifié selon les besoins des professionnels et de la population locale et est actuellement utilisé dans au moins la moitié des maternités du réseau. De plus, le principe de cet auto-questionnaire a été repris et révisé par le Groupe d'Etudes Grossesse et Addictions (GEGA).
Le questionnaire T-ACE a été repris dans un projet de diffusion d'un auto-questionnaire de vulnérabilités psychosociales, élaboré lors d'un mémoire sage-femme de 2013, au sein du Réseau

Périnatal Lorrain. Son utilisation a aussi démontré son efficacité dans le repérage des situations d'alcoolisation pendant la grossesse et il serait cours de diffusion au sein de plusieurs maternités.
A cela s'ajoute que pour la plupart des utilisateurs de questionnaires de notre étude les considèrent comme une aide à l'abord du sujet, ce qui renforce l'utilité d'une utilisation plus répandue pendant les CPN. Cette suggestion est aussi évoquée par certains professionnels de l'enquête mais aussi par les maternités de Tourcoing et d'Hazebrouck et par la présidente de l'Association des sages-femmes libérales de la métropole lilloise.
On peut donc dire que notre population connaît et utilise le support principal des CPN qu'est le dossier obstétrical mais aurait un grand manque de connaissance et donc d'utilisation des autres supports existants pourtant parfois sujet d'étude dans la métropole.

D. Hypothèse 3 : les professionnels savent prendre en charge et orienter si besoin de façon adéquate les patientes révélant une consommation (1,14,25,28,54,61,65,66)

La question 17 correspond à une situation simple type d'alcoolisation exceptionnelle avant la grossesse reprise dans les guides à l'usage des professionnels « Alcool et grossesse : parlons en » du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé et « Alcool et grossesse : comment en parler ? » de l'A.N.P.A.A. 59.
Les propositions de conduites à tenir des ces deux guides sont informer la patientes sur les conséquences de l'alcool sur la grossesse, conseiller l'abstinence, réévaluer au rendez-vous suivant et avoir un suivi obstétrical attentif notamment durant les échographies. Cela correspond aux réponses obtenues auprès de notre population, qui ajoute l'importance de rassurer la patiente et de la déculpabiliser.
Cette situation est une préoccupation de plus en plus importante des femmes enceintes comme le montre S.Toutain dans son enquête où l'API avant de se savoir enceinte inquiète une grande majorité de ces interrogées avec pour bon nombre d'entre elles une culpabilisation de cette alcoolisation. Une grande partie de ces femmes se tournent vers leur gynécologue (seule profession mentionnée dans l'article) afin d'échanger sur le sujet et les rassurer.
On voit donc l'importance pour les praticiens réalisant des CPN d'avoir une réponse adéquate à cette situation.

La question 19 reprend une situation dite complexe de soit d'alcoolisation aigüe répétée ou soit d'alcoolisations quotidiennes (malgré une grossesse connue) évoquée elle aussi dans le guide « Alcool et grossesse : parlons en ».

Les propositions de prise en charge sont toujours d'informer la patiente sur les conséquences de l'alcool sur la grossesse, conseiller l'abstinence, réévaluer la consommation mais aussi considérer la grossesse comme à haut risque (comme dans les recommandations de l'HAS) et assurer le suivi obstétrical en lien avec, organiser une consultation en addictologie.
De plus, mettre en contact avec un professionnel référent pour les situations « grossesse et alcool » paraît utile pour assurer la continuité et la globalité de l'accompagnement. En effet, il pourra coordonner la prise en charge entre les différents partenaires, préparer la période post-natale et la prise en charge précoce de l'enfant. Cela correspond aussi aux réponses obtenues auprès de notre population.
Environ 40% des répondants penseraient à faire passer un test de toxiques et environ 20% ne savent pas quoi en penser. Mais « l'utilisation de marqueurs biologiques dans le cadre d'un dépistage systématique et de masse n'est pas recommandée car aucun des marqueurs biologiques d'alcoolisation n'a montré à ce jour sa supériorité par rapport à l'entretien et aux questionnaires bien utilisés. (grade B) ». En revanche, « L'utilisation habituelle des marqueurs biologiques au cours de la prise en charge alcoologique est légitime (grade A) et une extension de leur utilisation en complément de l'entretien clinique est à recommander chez la femme enceinte (Accord Professionnel) ».
De plus, une analyse toxicologique doit être réalisée après avoir recueilli le consentement de la patiente et « l'analyse toxicologique devrait être conduite quand elle est cliniquement indiquée et quand elle est considérée comme appropriée par le clinicien responsable du plan de gestion clinique de l'usage de substances psycho-actives du patient », concernerait plutôt un addictologue.
On peut dire que l'utilisation d'un test de toxiques n'est pas recommandée pour le dépistage mais plutôt pour le suivi d'une prise en charge déjà établie, donc inappropriée dans cette situation.
Environ 40 % seraient d'accord pour orienter vers un CSAPA mais environ le même pourcentage ne savent pas quoi en penser.
Pourtant, la majorité n'hésiterait pas à orienter vers un service d'addictologie et les CSAPA sont évoqués par certaines maternités comme orientation privilégiée pour un suivi spécifique et cités par notre population pour la question 22 sur les relais connus pour orienter une patiente. Cela laisse penser que la définition et les missions d'un CSAPA sont mal connues par notre population d'où cette hésitation.
Les Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, ou CSAPA, sont des structures pluridisciplinaires s'adressant aux personnes ayant des difficultés avec des consommations de substances psycho-actives mais également souffrant d'addictions sans substance (jeux pathologiques, achats pathologiques, addictions sexuelles,…). Ils proposent une prise en charge globale (psychologique, sociale, éducative et médicale) au patient et un accompagnement qui peut se poursuivre au-delà du sevrage.

Concernant les relais, après enquête, je rapporte que la plupart des services de CPN ont soit une personne référente en addictions (sage-femme ou médecin) soit un établissement privilégié (CSAPA) vers qui orienter des patientes en cas de besoin.
Par conséquent, plus de la moitié de la population connaitrait une personne référente en addictions pourtant celle-ci n'apparait pas comme une référence en matière d'orientation. Néanmoins, au sein de réseau de santé en périnatalité, l'intervention d'un professionnel spécialiste référent coordonnant les différents intervenants autour de la femme enceinte pour une prise en charge pluridisciplinaire et individualisé est conseillée.
Par exemple, le réseau de périnatalité de la région Languedoc Roussillon a fait le choix de former des sages-femmes référente « vulnérabilités et addictions » (financées par l'ARS) qui sont des professionnels ressources des maternités organisant pour les patientes repérées et adressées leur prise en charge avec tous les professionnels concernés.

Environ 75% des interrogés connaitraient un relais vers qui orienter (principalement en lien direct avec l'addictologie), ce qui concorde avec les 70% des professionnels se sentant capable d'orienter une patiente avec une consommation à risque.
Cependant, en suggestion d'amélioration de la prévention, plusieurs personnes souhaiteraient avoir une meilleure connaissance des relais possible à proposer aux patientes pour orienter, ce qui laisse penser que ceux-ci ne sont pas assez visibles dans la métropole et que les professionnels n'ont pas forcément un choix à proposer. Il faut aussi noter que plusieurs personnes citent différentes orientations précises alors que d'autres renvoient vers des structures globales non spécifiques, et ne pas oublier qu'environ ¼ de notre population ne sait pas quoi répondre ou n'a rien répondu pour cette question 23.
Plusieurs personnes suggèrent de créer un annuaire de professionnels ou structures vers qui se tourner, ce qui pourrait être une bonne alternative. Le réseau Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon en a mis au point un, toujours suite au projet du réseau et aussi établi une fiche technique sur les différentes conduites à tenir lors de l'abord de la consommation d'alcool pendant les CPN avec les orientations conseillées en fonction des informations recueillies auprès de la patiente.

On peut dire que notre échantillon fait bien la distinction entre les situations simples et les situations plus complexes en lien avec l'alcool rencontrées durant les CPN et adaptent leur prise en charge en tenant compte de cela. A première vue, environ les trois quart seraient capable d'orienter si nécessaire mais pas toujours vers un interlocuteur précis.

E. La formation (25,64,67–75)

Une personne sur deux de notre population considère que sa formation initiale ne lui fournit pas suffisamment de connaissances sur les effets de l'alcool sur le fœtus et sur la prévention associée. On retrouve une tendance chez les sages-femmes.

Selon le bulletin officiel de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation n°30 du 25 août 2001 sur le diplôme de formation générale en sciences maïeutiques, les études de maïeutique doivent comprendre dans les unités d'enseignement de tronc commun une unité « Santé publique, démarche de recherche » représentant 6 ECTS qui dans la partie Santé publique contient un pan « Pharmacodépendance, conduites addictives » en L2-L3.

Dans les études de médecine, dans le programme du second cycle au niveau l'Unité d'Enseignement (UE) 3 Maturation-Vulnérabilité-Santé Mentale-Conduites addictives, on trouve l'item 74 Addictions à l'alcool qui comprend une partie sur les troubles causés par l'alcoolisation fœtale. On trouve aussi au niveau de l'internat dans l'UE Obstétrique à l'item 26 Prévention des risques fœtaux, une partie sur l'alcool et la grossesse.
On peut penser pour expliquer cette tendance, que le fait que les gynécologues-obstétriciens abordent ce thème à différentes étapes de leurs études leur permet de penser que leur formation initiale leur apporte suffisamment.

En conséquence, plus de 70% de la population a ressenti un besoin d'avoir une formation complémentaire avec une différence entre les sages-femmes et les médecins.
De plus, seulement environ 40% de la population en a réalisé une, avec toujours une tendance chez les sages-femmes.
On peut en déduire que les sages-femmes ont plus tendance à penser avoir des lacunes dans leur formation initiale, ressentent donc un besoin plus important de formation complémentaire et seront un peu plus nombreuses à y participer.

De manière générale, notre population pense avoir une formation initiale insuffisante qui entraine un grand besoin de formation complémentaire qu'elle ne réalise pas toujours.
La différence entre le besoin et la réalisation de ces formations en complément pourrait s'expliquer par différents facteurs : manque de temps pour les praticiens, de visibilité de ces formations, du nombre de ces formations et de places disponibles, … . Il aurait été intéressant de poser la question.

La réalisation de formation complémentaire paraît être une thématique importante car plusieurs sont suggérées comme idées d'amélioration. Cela peut être utile dans la pratique puisque la SFA indique dans ces recommandations que « les professionnels de soins primaires qui s'estiment incompétents ou ont une réticence pour aborder les problématiques d'alcool avec les patients peuvent améliorer leur pratique par une formation spécifique (niveau de preuve 1)». De plus, la réalisation de formation complémentaire entre dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC).
Le DPC est obligatoire pour tout professionnel de santé car il permet de maintenir et actualiser ses connaissances, ses compétences et ses pratiques. Il comprend un temps de formation qui dans le secteur hospitalier correspond à 21 heures par an prise en charge financièrement par l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC).

Il existe dans notre région plusieurs formations évoquées lors de la question 26, par exemple la formation généraliste et toxicomanie, les journées du réseau, les sessions de formations gratuites de 1 à 3 jours sur le thème périnatalité et alcool proposée par l'A.N.P.A.A. 59.
De plus, on retrouve au niveau national des formations complémentaires comme celles sur l'intervention brève, le repérage précoce et l'approche motivationnelle proposées par la RESPAAD (Réseau des Établissements de Santé pour la Prévention des ADDictions), les différents diplômes existants comme le Diplôme Inter-Universitaire (DIU) « Périnatalité et addictions » dispensé par les facultés de Paris VII, Strasbourg, Montpellier et Nantes.
A Lille, le Diplôme Universitaire « Psychologie et Psychopathologie Périnatale : Approche pluridisciplinaire et travail en réseau » aborde un pan addictions.
Au Centre Hospitalier du Cateau-Cambrésis, des formations ainsi que des campagnes de sensibilisation ont été récemment réalisées auprès des professionnels locaux (équipe soignante et les partenaires médico-sociaux). En effet, depuis 2015, l'ARS y finance le projet HANDISAF qui se complète par une campagne d'information auprès grand public local.

Au décours de ce questionnaire, l'avis sur l'efficacité de la prévention d'une consommation d'alcool pendant la grossesse est mitigé avec une moyenne générale de 5,21. Nos professionnels énoncent ce message de prévention mais ne se sentent pas réellement efficace. Peut-être pensent-ils ne faire qu'effleurer le sujet avec les patientes et par conséquent passer à côté de certaines situations.

Conclusion

L'importance de la prévention de l'alcoolisation durant la grossesse ainsi que du SAF a été clairement admise peu de temps après la parution de l'article de Smith, Ulleland et Streissguth dans la région et la mise en place d'actions en lien avec cette thématique (réunion, formation, campagne d'information,…) s'est accélérée après la publication des recommandations de 2002.

Cela se confirme dans notre enquête. En effet, les professionnels interrogés n'hésitent pas à aborder le sujet et savent reconnaître ainsi que distinguer les différentes situations à risque.
De plus, il semblerait que la prise en charge proposée soit adaptée à chaque situation et qu'une orientation éventuelle n'entrainerait pas de difficulté même si parmi les relais évoqués, certains ne sont pas spécifiques.
Cependant, il ressort que ces professionnels ne s'estiment pas eux-mêmes assez efficaces et il existerait donc un besoin de formation supplémentaire sur ce sujet, lequel toutefois ne conduit pas au moyen de le satisfaire dans la majorité des cas.

Il serait intéressant de synthétiser tous ces projets menés de même que les conclusions obtenues dans des protocoles communs au réseau afin d'harmoniser les pratiques et clarifier certaines situations notamment pour l'orientation en rappelant le rôle de chacun.
De plus, réaliser à nouveau des formations et des sessions d'informations ouvertes à tous les professionnels du réseau de périnatalité et faire mieux connaître ces réunions d'échanges entre les différents acteurs de la prise en charge du couple mère-enfant permettraient aux professionnels de se rassurer sur leur pratique et d'en améliorer l'efficacité.

Bibliographie

1. Whittaker A. Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse - un ouvrage de référence pour les professionnels [Internet]. Paris: RESPADD; 2013 [cité 2 févr 2018]. 336 p. Disponible sur: http://www.respadd.org/wp-content/uploads/2015/08/Guide-complet-BAT2-MD.pdf

2. INSERM, Naassila M, Nalpas B. Alcool & Santé [Internet]. Inserm. 2018 [cité 9 avr 2018]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alcool-sante

3. Ministère des Solidarités et de la Santé. L'addiction à l'alcool [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015 [cité 9 avr 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/l-addiction-a-l-alcool

4. INSERM. Alcool : dommages sociaux, abus et dépendance - Chapitre 3: Dimensions historiques, culturelles et sociales du « boire » [Internet]. Institut National de la Santé Et de la Recherche médicale (INSERM); 2003 [cité 2 déc 2017] p. 55-87. Disponible sur: http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/154/expcol_2003_alcool_03ch.pdf?sequence=11&isAllowed=y

5. Taschini E, Urdapilleta I, Verlhiac J-F, Tavani JL. Représentations sociales de l'alcoolisme féminin et masculin en fonction des pratiques de consommation d'alcool. Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale. 2015;(107):435-61.

6. Richard J-B, Palle C, Guignard R, Nguyen-Thanh V, Beck F, Arwidson P. La consommation d'alcool en France en 2014. Evolutions [Internet]. avr 2015 [cité 4 juin 2017];(32). Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1632.pdf

7. Beck F, Richard J-B. La consommation d'alcool en France. La Presse Médicale. 30 sept 2014;43(10P1):1067-79.

8. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Alcool : évolution des quantités consommées par habitant [Internet]. 2017 [cité 27 déc 2017]. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/alcool-evolution-des-quantites-consommees-par-habitant/

9. Beck F, Legleye S, Peretti GD. L'alcool donne-t-il un genre ? Travail, genre et sociétés. 2006;(15):141-60.

10. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Alcool - Synthèse des connaissances [Internet]. 2017 [cité 28 déc 2017]. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/

11. INPES. La consommation de substances psychoactives-Fiche action n°7 [Internet]. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES); 2010 [cité 15 févr 2018]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3g.pdf

12. Fédaration Addiction. Femmes et addictions. Accompagnement en CSAPA et en CAARUD [Internet]. Fédération Addiction. Fédération Addiction; 2016 [cité 11 mars 2018]. (Repère(s). Disponible sur: https://www.federationaddiction.fr/parution-du-guide-femmes-et-addictions-de-la-federation/

13. Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie. Rapport au Premier Ministre-Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 [Internet]. La Documentation Française; 2008 févr [cité 6 mai 2017]. (Collection des rapports officiels). Disponible sur: http://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_gouvernemental_2008-2011-fre.pdf

14. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Alcool et grossesse, parlons-en : guide à l'usage des professionnels [Internet]. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé; 2007 [cité 6 nov 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/alcool_et_grossesse_parlons-en2-2.pdf

15. Agence Régionale de Santé Nord-Pas-de-Calais, URPS Médecins libéraux Nord-Pas-de-Calais, l'Assurance Maladie, MSA, RSI, Filieris. Dossier de Presse. Conférence de presse du 8 septembre 2011: Zéro Alcool pendant la grossesse [Internet]. Agence Régionale de la Santé Nord-Pas-de-Calais; 2011 [cité 6 nov 2017]. Disponible sur: http://doc.hubsante.org/doc_num.php?explnum_id=12011

16. Blondel B, Kermarrec M. Enquête Nationale Périnatale 2010 : Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale; Unité de Recherche Epidémiologique en Santé Périnatale et Santé des Femmes et des Enfants; Direction Générale de la Santé; Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques; 2011 mai.

17. INPES. Alcool pendant la grossesse : des risques encore trop mal connus des Français [Internet]. 2015 [cité 18 déc 2017]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/cp/15/cp152908-alcool-grossesse-risque.asp

18. Guillemont J, Léon C, Direction des Affaires Scientifiques, INPES. Alcool et grossesse: connaissances du grand public en 2007 et évolutions en trois ans. Evolutions [Internet]. juin 2008 [cité 12 oct 2017];(15). Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1117.pdf

19. Santé Publique France. Note de présentation : Campagne Grossesse & Alcool [Internet]. Santé Publique France; 2016 [cité 30 déc 2017]. Disponible sur: http://www.anpaa5962.org/_docs/Fichier/2016/5-160905033711.pdf

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-BEH. 7 mai 2013;(16-17-18):180-5.

21. Haute Autorité de Santé. Troubles causés par l'alcoolisation foetale : repérage [Internet]. Haute Autorité de Santé (HAS); 2013 juill [cité 11 déc 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/troubles_causes_par_lalcoolisation_foetale_reperage-_rapport_delaboration.pdf

22. SFA, ISPA, éducation + santé-Réseau Suisse. Outil pédagogique destiné aux enseignants du degré secondaire avec suggestions d'animation-L'alcool dans le corps: effet et élimination [Internet]. Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies; 2004 [cité 1 juill 2018]. (Les jeunes et l'alcool; vol. 2). Disponible sur: http://www.prevention.ch/alcoolecole2.pdf

23. INSERM. Alcool : effets sur la santé - Chapitre 2 : Enzymes du métabolisme de l'éthanol [Internet]. Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM); [cité 15 janv 2018] p. 11-34. Disponible sur: http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/168/?sequence=7

24. Anderson P, Gual A, Colom J, INCa (trad). Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves [Internet]. Paris: Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES); 2008 [cité 20 déc 2017]. 141 p. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1146.pdf

25. Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement : Recommandation de bonne pratique. Alcoologie et Addictologie. 2015;37(1):5–84.

26. Académie Nationale de Médecine. L'Alcoolisation Foetale [Internet]. Académie Nationale de Médecine; 2016 mars [cité 2 avr 2017]. Disponible sur: http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2016/03/Rapport-alcoolisation-foetale-d%C3%A9finitif-14-3-16.pdf

27. Dano C, Fournié A, Geay FL, Lefebvre-Lacoeuille C, Fanello S, Descamps P. Alcool et grossesse. EMC-Obstétrique. 10 sept 2012;7(4):1-8.

28. Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie 59. Alcool et grossesse: comment en parler- Actualisation des connaissances; Repères pour la pratiques professionnelle pour une démarche d'information auprès d toute les femmes, un accompagnement des femmes enceintes présentant des conduites d'alcoolisation à risques. A.N.P.A.A.59; 2009.

29. Teixeira C. Le syndrome d'alcoolisme fœtal. La Revue Sage-femme. mai 2006;5(2):54-63.

30. Lejeune C. Addiction et grossesse. EMC-Obstétrique. janv 2015;10(1):1-10.

31. Collet M, Beillard C. Grossesse et alcoolisation. Vocation Sage-femme. juillet 2012;11(97):10-3.

32. Thomas M. Histoire de l'alcool [Internet]. 2007 [cité 10 oct 2017]. Disponible sur: http://hepatoweb.com/Alcoolisme-historique.php

33. Sénat. Santé: Loi de modernisation de notre système de santé [Internet]. 2016 [cité 12 déc 2017]. Disponible sur: https://www.senat.fr/dossier-legislatif/pjl14-406.html

34. Fédération Alcool Assistance. Historique du SAF [Internet]. [cité 21 déc 2017]. Disponible sur: https://www.alcoolassistance.net/historique-saf

35. Toutain S. Ce que les femmes disent de l'abstinence d'alcool pendant la grossesse en France. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire-BEH. 3 oct 2009;(10-11):100-2.

36. Flajolet A. Rapport Flajolet Annexe 1- La prévention: définition, notions générales sur l'approche française, et comparaisons internationales [Internet]. Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative; 2008. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf

37. INPES. Alcool, votre corps se souvient de tout [Internet]. 2004 [cité 19 déc 2017]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/cp/04/cp041104.asp

38. Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé [Internet]. Haute Autorité de Santé (HAS); 2005 [cité 28 déc 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf

39. Chirac J. LOI n °2004- 806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique [Internet]. Journal Officiel de la République Française; 2004 [cité 19 déc 2017]. Disponible sur: http://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=9891

40. Ministre de la Santé et des Solidarités, Xavier B. 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 [Internet]. févr 10, 2006. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000422967&categorieLien=id

41. Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Arrêté du 21 juin 2007 relatif au modèle et au mode d'utilisation du carnet de grossesse dit « carnet de santé maternité » [Internet]. juin 21, 2007. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2007/6/21/SJSP0757856A/jo

42. Haute Autorité de Santé. Document d'information pour les professionnels- Projet de grossesse: informations, messages de prévention, examens à proposer [Internet]. Haute Autorité de Santé (HAS); 2009 [cité 20 déc 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/projet_de_grossesse_informations_messages_de_prevention_examens_a_proposer_-_fiche_de_synthese.pdf

43. INPES. Grossesse et alcool [Internet]. 2013 [cité 19 déc 2017]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2012/028-grossesse-alcool.asp

44. Santé Publique France. Alcool et professionnels de santé : outils pour en parler et repérer [Internet]. 2017 [cité 15 déc 2017]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/alcool/professionnels-sante.asp

45. INPES. Compte-rendu de la session « Prévention de l'alcool pendant la grossesse » [Internet]. Paris-Centre Universitaires des Saints Pères; 2013. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/jp/cr/pdf/2013/SYNTHSE_ALCOOL_GROSSESSE.pdf

46. CPAM Tourcoing. Unis autour du SAF en Nord-Pas-de-Calais [Internet]. CPAM Tourcoing; 2008 [cité 19 déc 2017]. Disponible sur: http://eclat-graa.org/wp-content/uploads/2013/09/cpam_tg_saf.pdf

47. Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie 59. Alcool, grossesse et santé des femmes [Internet]. A.N.P.A.A.59; 2005 [cité 15 déc 2017]. 160 p. Disponible sur: http://www.anpaa5962.org/_docs/Fichier/2016/4-160726092844.pdf

48. Collet M, Beillard C. Prise en charge de la femme enceinte s'alcoolisant. Vocation Sage-femme. 7 sept 2012;11(97):20-5.

49. Collet M, Beillard C. Dépistage des conduites d'alcoolisation gravidique. Vocation Sage-femme. 7 sept 2012;11(97):14-9.

50. Haute Autorité de Santé. Fiche mémo-Troubles causés par l'alcoolisation foetale: repérage [Internet]. Haute Autorité de Santé (HAS); 2013 [cité 25 mars 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/troubles_causes_par_lalcoolisation_foetale_reperage_-_fiche_memo.pdf

51. Haute Autorité de Santé. Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte [Internet]. Haute Autorité de Santé (HAS); 2014 [cité 27 déc 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_rpib_v2.pdf

52. Ministère de la Santé et des Solidarités. CIRCULAIRE N°DGS/SD6B/2006/449 du 12 octobre 2006 relative à la diffusion de la formation au repérage précoce et à l'intervention brève en alcoologie [Internet]. 2006 [cité 19 déc 2017]. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/circurpib.pdf

53. Groupe de pilotage régional Périnatalité et addictions du Languedoc-Roussillon. Fiche technique: consommation d'alcool pendant la grossesse [Internet]. Naître en Languedoc-Roussillon; 2008 [cité 6 juin 2017]. Disponible sur: http://www.nglr.fr/images/naitre/pdf/referentiels/addictions/FICHE-TECH-alcool-et-grossesse.pdf

54. Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles- Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées [Internet]. Haute Autorité de Santé (HAS); 2016 [cité 15 sept 2017]. Disponible sur: https://www.has-

sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf

55. Association francophone de diffusion de l'entretien motivationnel. Entretien motivationnel [Internet]. AFDEM - Association francophone de diffusion de l'entretien motivationnel. [cité 28 déc 2017]. Disponible sur: https://www.afdem.org/

56. Fline-Barthes M-H, Vandendriessche D, Gaugue J, Urso L, Therby D, Subtil D. Dépistage des situations de vulnérabilité psychosociale et toxicologique pendant la grossesse : évaluation d'un auto-questionnaire par comparaison aux données du dossier médical. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 25 avr 2015;44(5):433-42.

57. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Enquête Nationale Périnatale-Rapport 2016- Les naissances et les établissements: Situation et évolution depuis 2010. Ministère des Solidarités et de la Santé; Ministère du Travail; Ministère de l'Action et des Comptes Publics; Santé Publique France; Direction Générale de la Santé; Direction Générale de l'Offre de Soins; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale; Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques; 2017 oct.

58. De Sangly F. Chapitre 4 - La fabrication du questionnaire : les règles du questionnement. In: Le questionnaire. 4ème. Armand Colin; (128 Tout le savoir).

59. stop-violence-femmes, Secrétariat d'état en charge de l'égalité entre le femmes et hommes. Chiffres clés - Les chiffres de référence sur les violences faites aux femmes [Internet]. stop-violence-femmes. [cité 30 mars 2018]. Disponible sur: http://stop-violences-femmes.gouv.fr/les-chiffres-de-reference-sur-les.html

60. Direction de l'Information Légale et Administrative. Qu'est-ce que la tarification à l'activité (T2A) ? - [Internet]. vie publique -Au coeur du débat public. 2016 [cité 30 mars 2018]. Disponible sur: http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/etablissements-sante/qu-est-ce-que-tarification-activite-t2a.html

61. Naître et Grandir en Languedoc Roussillon. Périnatalité et addictions [Internet]. [cité 9 déc 2017]. Disponible sur: http://nglr.fr/les-actions-naitre/perinatalite-et-addictions-naitre

62. INPES, Santé Publique France. Catalogue des documents d'éducation pour la santé [Internet]. [cité 9 avr 2018]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/rech_doc.asp

63. Fidalgo A. Mémoire sage-femme - Un auto-questionnaire pour dépister les situations de vulnérabilité pendant la grossesse : Enquête action menée à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy en 2013 [Internet]. Université de Lorraine - École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz; 2013 [cité 4 févr 2018]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MESF_2013_FIDALGO_ALINE.pdf

64. Groupe d'Etude Grossesse et Addictions (GEGA). AutoQuestionnaire - GEGA [Internet]. GEGA. [cité 9 avr 2018]. Disponible sur: http://www.asso-gega.org/-AutoQuestionnaire-

65. Toutain S. Concilier « zéro alcoolpendant la grossesse » et alcoolisation ponctuelle importante des premières semaines. Une étude ualitative sur des forums de discussion. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire-BEH. 16 mai 2017;(11):207-2012.

66. Alcool Info Service. L'aide spécialisée [Internet]. Alcool Info Service. [cité 3 avr 2018]. Disponible sur: http://www.alcool-info-service.fr/alcool/aide-alcool/specialisee

67. Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024454241&categorieLien=id

68. Haute Autorité de Santé. Epreuves Classantes Nationales (ECN) - UE 3 : Maturation - Vulnérabilité - Santé mentale - Conduites addictives (53-78) [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2017 [cité 9 avr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2608438/fr/ue-3-maturation-vulnerabilite-sante-mentale-conduites-addictives-53-78

69. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Item 26 : Prévention des risques fœtaux – Alcool et grossesse [Internet]. Université Médicale Virtuelle Francophone. 2016 [cité 2 avr 2018]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item20_5/site/html/1.html

70. Haute Autorité de Santé. Développement professionnel continu (DPC) [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2017 [cité 3 avr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2808961/fr/developpement-professionnel-continu-dpc

71. Foult M. Le DPC révise son modèle : 21 heures de prise en charge par médecin, 45 euros par heure en 2017. Le Quotidien du médecin. 25 janv 2017;

72. Faculté de Médecine - Université Lille 2 - Droit et Santé. Formation Médicale Continue (FMC) [Internet]. [cité 9 avr 2018]. Disponible sur: http://medecine.univ-lille2.fr/fmc/?L=1%27A%3D0

73. RESseau de Prévention des ADDictions (RESPADD). RESPADD - Nos formations [Internet]. [cité 3 avr 2018]. Disponible sur: http://www.respadd.org/nos-formations/

74. Centre Hospitalier de Le Cateau-Cambrésis. PROJET HANDISAF [Internet]. Centre Hospitalier Le Cateau-Cambrésis. [cité 3 avr 2018]. Disponible sur: http://www.ch-lecateau.fr/projet-handisaf.html

75. Senez D. Le Centre Hospitalier du Cateau Cambrésis porte le projet Handisaf [Internet]. Hautsdefrance-addictions.org. 2015 [cité 3 avr 2018]. Disponible sur: https://hautsdefrance-addictions.org/le-centre-hospitalier-du-cateau-cambresis-porte-le-projet-handisaf/

Annexes

Annexe 1 : Le métabolisme de l'alcool (schéma issu du rapport d'expertise collective de l'INSERM « Alcool : effets sur la santé - Chapitre 2 : Enzymes du métabolisme de l'éthanol »)

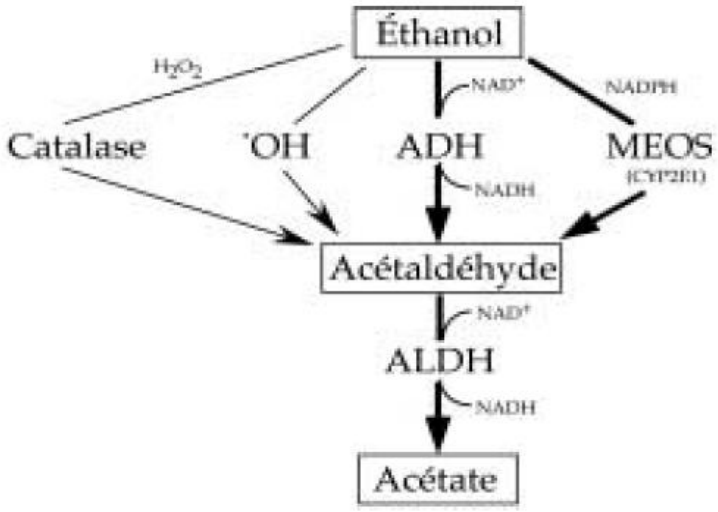


Figure 2.1 : Métabolisme hépatique de l'éthanol
ADH : alcool déshydrogénase ; ALDH : aldéhyde déshydrogénase ;
MEOS : voie microsomale ; CYP : cytochrome P450

Annexe 2 : Équivalence en alcool des différentes boissons selon la quantité

Disponible sur https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/themes/alimentation-adulte-types-aliments/alcool

Annexe 3 : Classification des usages (schéma issu de la recommandation de bonne pratique de la Société Française d'Alcoologie « Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement : Recommandation de bonne pratique »)

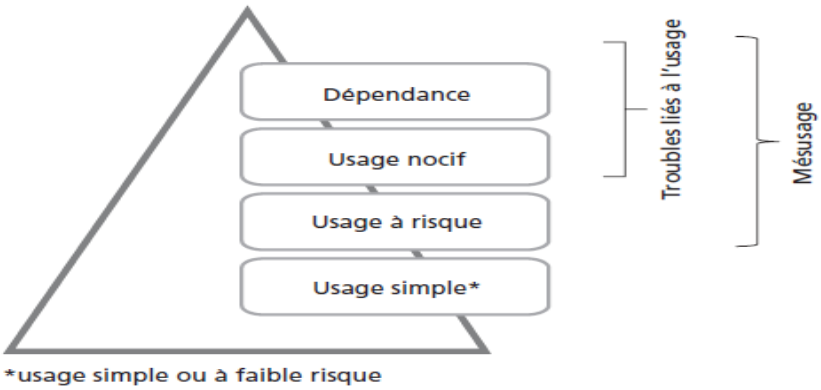


Figure 1. – Usage, mésusage, troubles liés à l'usage : un continuum.

Annexe 4 : Les critères de dépendance (texte issu de la recommandation de bonne pratique de la Société Française d'Alcoologie « Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement : Recommandation de bonne pratique »)

1.7. – Syndrome de dépendance – CIM-10

Pour un diagnostic de certitude, au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

a) Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive.

b) Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation).

c) Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

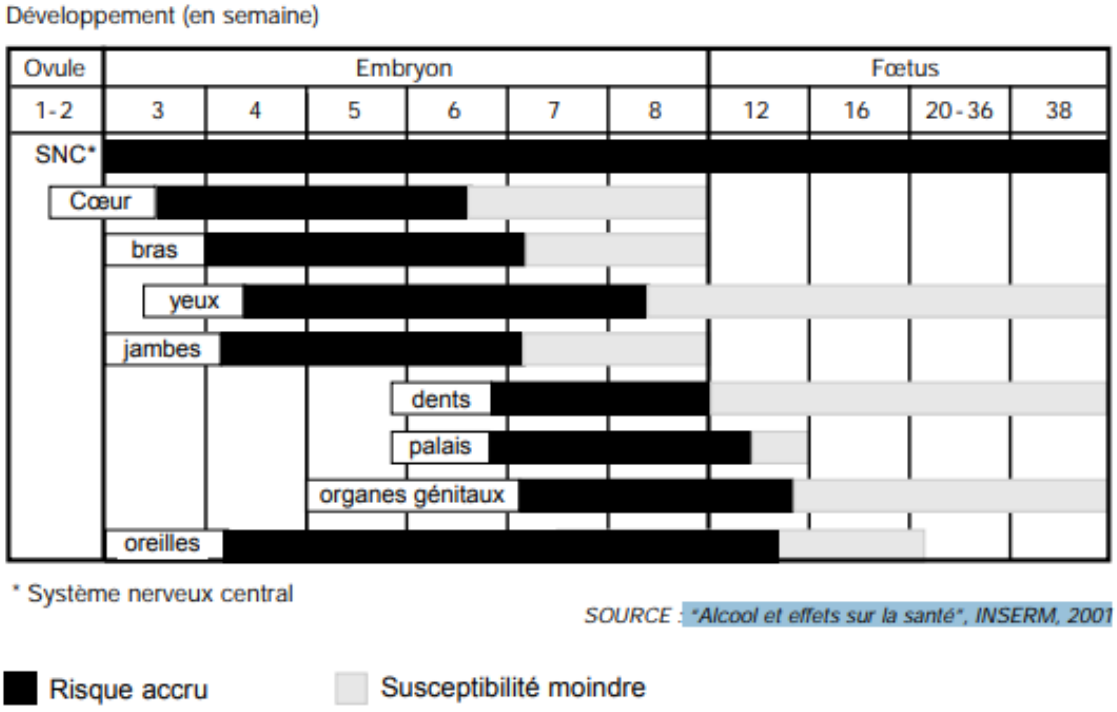
d) Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré (certains sujets dépendants de l'alcool ou des opiacés peuvent consommer des doses quotidiennes qui seraient létales ou incapacitantes chez les sujets non dépendants).

e) Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets.

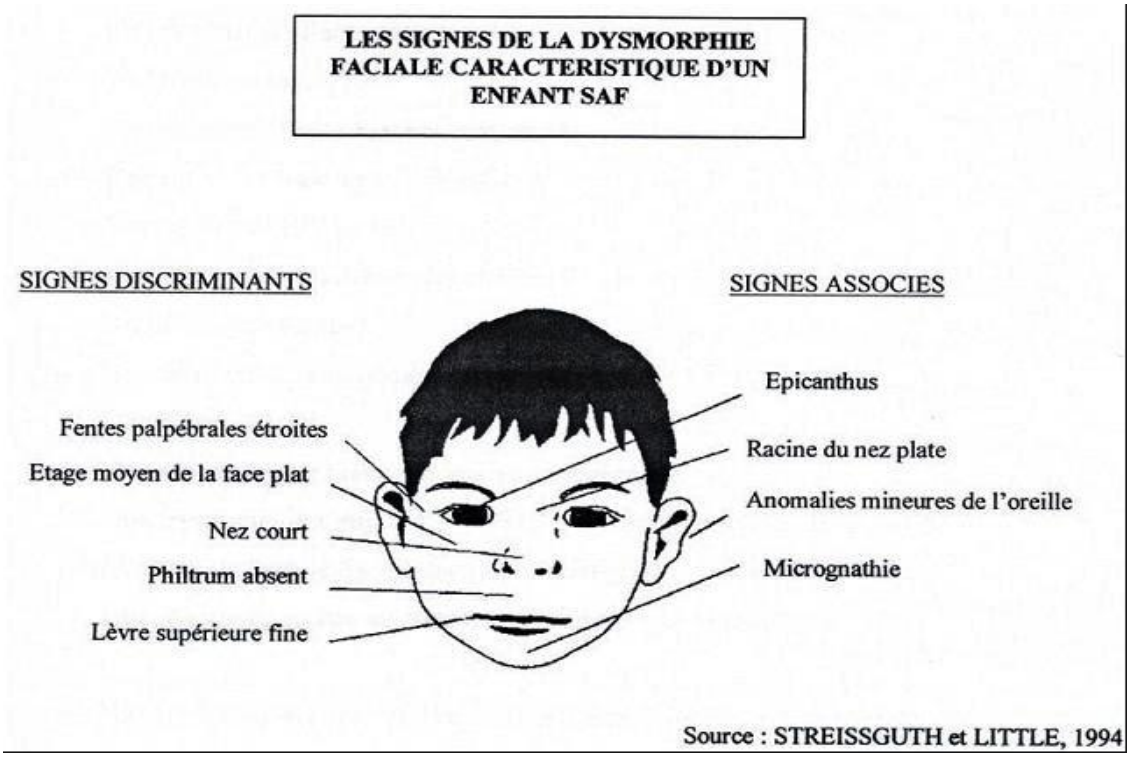
f) Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives (par exemple atteinte hépatique due à des excès alcooliques, épisode dépressif après une période de consommation importante ou altération du fonctionnement cognitif liée à la consommation d'une substance). On doit s'efforcer de préciser que le sujet était au courant, ou qu'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

Annexe 5 : Le calendrier de sensibilité des différents organes

Périodes de développement des différents organes et sensibilité correspondant aux effets d'une exposition à l'alcool



Annexe 6 : Le tableau clinique du SAF



Annexe 7 : Les différentes classifications des troubles (texte issu du rapport d'élaboration de l'HAS « Troubles causés par l'alcoolisation fœtale : repérage »)

► Critères de diagnostic du SAF, du SAF partiel et des TNDLA de l'Agence de santé publique du Canada, 2005

Lignes directrices canadiennes, 2005 (10)

Tableau 4. Critères de diagnostic du SAF, du SAF partiel et des TNDLA, d'après les Lignes directrices canadiennes (10)

Critères de diagnostic
1. Les critères de diagnostic du **syndrome d'alcoolisation fœtale**, après avoir exclu d'autres diagnostics, sont les suivants : A. preuve d'un retard de croissance prénatal ou postnatal dans au moins un des aspects suivants : a. poids ou taille à la naissance égal ou inférieur au 10ème percentile pour l'âge fœtal, b. taille ou poids égal ou inférieur au 10ème percentile pour l'âge, c. rapport poids-taille trop faible (égal ou inférieur au 10ème percentile) ; B. présence simultanée, à n'importe quel âge, des trois des anomalies faciales suivantes : a. fentes palpébrales raccourcies (d'un écart-type de 2 ou plus au-dessous de la moyenne), b. sillon naso-labial lisse et aplati (coté 4 ou 5 selon le Guide d'évaluation de la lèvre et du sillon naso-labial), c. lèvre supérieure mince (cotée 4 ou 5 selon le Guide d'évaluation de la lèvre et du sillon naso-labial) ; C. preuve d'une atteinte du système nerveux central dans trois domaines ou plus, notamment : les troubles neurologiques légers et sévères ; la morphologie cérébrale ; la cognition ; la communication ; le rendement

Critères de diagnostic
scolaire ; la mémoire ; le fonctionnement exécutif et le raisonnement abstrait ; le déficit de l'attention et hyperactivité ; le comportement adaptatif ; les compétences sociales ; la communication sociale ; D. exposition de la mère à l'alcool confirmée (ou non confirmée).
2. Les critères de diagnostic du **syndrome d'alcoolisation fœtale partiel**, après avoir exclu d'autres diagnostics, sont les suivants : A. présence simultanée, à n'importe quel âge, de deux des anomalies faciales suivantes : a. fentes palpébrales raccourcies (d'un écart-type de 2 ou plus au-dessous de la moyenne), b. sillon naso-labial lisse ou aplati (coté 4 ou 5 selon le Guide d'évaluation de la lèvre et du sillon naso-labial), c. lèvre supérieure mince (cotée 4 ou 5 selon le Guide d'évaluation de la lèvre et du sillon naso-labial) ; B. preuve d'une atteinte du système nerveux central dans trois domaines ou plus, notamment : les troubles neurologiques légers et sévères ; la morphologie cérébrale ; la cognition ; la communication ; le rendement scolaire ; la mémoire ; le fonctionnement exécutif et le raisonnement abstrait ; le déficit de l'attention et hyperactivité ; le comportement adaptatif ; les compétences sociales ; la communication sociale ; C. exposition de la mère à l'alcool confirmée.
3. Les critères de diagnostic des **troubles neurologiques du développement liés à l'alcool**, après avoir exclu d'autres diagnostics, sont les suivants : A. preuve d'une atteinte du système nerveux central dans trois domaines : les troubles neurologiques légers et sévères ; la morphologie cérébrale ; la cognition ; la communication ; le rendement scolaire ; la mémoire ; le fonctionnement exécutif et le raisonnement abstrait ; le déficit de l'attention et hyperactivité ; le comportement adaptatif ; les compétences sociales ; la communication sociale ; B. exposition de la mère à l'alcool confirmée.
4. L'expression **anomalies congénitales liées à l'alcool (ACLA)** ne devrait être utilisée ni comme une expression générique ni comme un terme de diagnostic, pour désigner l'ensemble des effets causés par l'alcool. Les ACLA constituent une série d'anomalies congénitales, incluant des malformations et des dysplasies, et il faut s'assurer d'utiliser l'expression à juste titre.

Annexe 8: La campagne INPES de 2004

Annexe 9 : La campagne InVES de 2017

Annexe 10: le pictogramme

Zéro alcool pendant la grossesse

La consommation d'alcool pendant la grossesse peut comporter des risques pour l'enfant à naître. Il est donc recommandé aux femmes enceintes de s'abstenir de toute consommation d'alcool dès le début de la grossesse et pendant toute sa durée. Afin d'informer le plus grand nombre de cette mesure de précaution, un pictogramme ou la mention " La consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse, même en faible quantité, peut avoir des conséquences graves sur la santé de l'enfant " figure désormais sur les conditionnements d'alcool. Si vous vous posez des questions sur votre consommation d'alcool, n'hésitez pas à en parler à votre médecin traitant.

Vous pouvez également appeler Écoute Alcool au 0 811 91 30 30 (7 j / 7, 14 h / 2 h. Anonyme. Coût d'un appel local depuis un poste fixe).

inpes www.inpes.sante.fr

L'Assurance Maladie

MILDT

Annexe 11 : campagne d'information auprès du grand public de l'A.N.P.A.A. n°1

Annexe 12 : campagne d'information auprès du grand public de l'A.N.P.A.A. n°2

Annexe 13 : les autorisations de recherche

CHRU de LILLE

DEMANDE D'AUTORISATION

pour diffusion d'une enquête dans le cadre du mémoire de fin d'études

Etude de dossiers

Enquête auprès des professionnels

DATE de la demande d'autorisation: 26/09/2017

Identification de l'**ETUDIANT** :

Nom : LARGEAU	Prénom : Clémentine

Veuillez agrafer obligatoirement l'outil de recherche à cette demande (questionnaire, guide d'entretien, grille de recueil de données…)

THEME de la recherche :

La prévention secondaire de l'exposition prénatale à l'alcool dans le réseau Ombrep

PROBLEMATIQUE étudiée et descriptif de l'enquête :

"Etat des lieux des connaissances et des pratiques des professionnels de santé réalisant des consultations prénatales dans le cadre de la prévention secondaire de l'exposition prénatale à l'alcool au sein du réseau Ombrep"

Le but de cette enquête sera de répondre à trois problématiques en lien avec la définition de prévention secondaire

1°: les professionnels de santé abordent sans difficulté les pratiques de consommation de la femme enceinte et délivrent des informations appropriées sur l'alcool et la grossesse quelque soit la patiente

2°: les professionnels de santé connaissent et utilisent divers supports dans leur pratique en plus du dossier obstétrical

3°: les professionnels de santé savent prendre en charge et aiguiller de façon adéquate les patientes révélant une consommation.

Ce sera donc une étude quantitative transversale et descriptive.

DIRECTEUR de mémoire :

Nom et qualité	Modalités de l'enquête	Signature pour validation de l'outil de recherche
Dr C. NEZERETTE Psychiatre - PH CHRU Lille	☒ questionnaire ☐ guide d'entretien ☐ recueil de données	

LIEU(X) de l'enquête : Maternité Jeanne de Flandre

service(s) concernés(s)	Période de diffusion	Signature du (ou des) cadre(s)
Consultations prénatales	de octobre à decembre 2017	

Date et signatures :

Sage-femme Coordinatrice
Christine LESOT

Pôle Femme, Mère, Nouveau-né
Hôpital Jeanne de Flandre
CHU de Lille

Autorisation du chef de pôle :

Autorisation du cadre supérieur de pôle :

Elisabeth TRECA
Sage femme cadre supérieur

Pr SUBTIL Damien
10002239258

CHRU de LILLE

DEMANDE D'AUTORISATION

pour diffusion d'une enquête dans le cadre du mémoire de fin d'études

Etude de dossiers

Enquête auprès des professionnels

DATE de la demande d'autorisation:

Identification de l'**ETUDIANT** :

Nom : LARGEAU	Prénom : Clementine

Veuillez agrafer obligatoirement l'outil de recherche à cette demande (questionnaire, guide d'entretien, grille de recueil de données…)

THEME de la recherche :

La prévention secondaire de l'exposition prénatale à l'alcool au sein du réseau Ombrel

PROBLEMATIQUE étudiée et descriptif de l'enquête :

"Etat des lieux des connaissances et des pratiques des professionnels de santé réalisant des consultations prénatales dans le cadre de la prévention secondaire de l'exposition prénatale à l'alcool au sein du réseau Ombrel"

Le but de cette enquête sera de répondre à trois problématiques en lien avec la définition de prévention secondaire

1 : les professionnels de santé abordent sans difficulté les pratiques de consommation de la femme enceinte et délivrent des informations appropriées sur l'alcool et la grossesse quelle que soit la patiente

2 : les professionnels de santé connaissent et utilisent divers supports dans leur pratique en plus du dossier obstétrical

3 : les professionnels de santé savent prendre en charge et arrêter si besoin de façon adéquate les patientes révélant une consommation

Ce sera une étude quantitative, transversale et descriptive.

DIRECTEUR de mémoire :

Nom et qualité	Modalités de l'enquête	Signature pour validation de l'outil de recherche
Dr C. MEZERETTE Psychiatre . PH CHRU Lille	☐ questionnaire ☐ guide d'entretien ☐ recueil de données	

LIEU(X) de l'enquête :....Maternité Saint Vincent de Paul.....

service(s) concernés(s)	Période de diffusion	Signature du (ou des) cadre(s)
Consultations prénatales	d'octobre à décembre	GCS - GHICL HÔPITAL SAINT VINCENT DE PAUL Mme C. TITRE Sage-Femme Coordinatrice N° RPPS : 10000264951 Service de Gynécologie - Obstétrique Bd de Belfort - BP 387 - 59020 LILLE Cedex Tél. : 03 20 87 48 29

Date et signatures :

Autorisation du chef de pôle :

Autorisation du cadre supérieur de pôle :

CHRU de LILLE

DEMANDE D'AUTORISATION

pour diffusion d'une enquête dans le cadre du mémoire de fin d'études

Etude de dossiers
Enquête auprès des professionnels

DATE de la demande d'autorisation: 17/10/2017

Identification de l'**ETUDIANT** :

Nom : LARGEAU	Prénom : Clémentine

Veuillez agrafer obligatoirement l'outil de recherche à cette demande (questionnaire, guide d'entretien, grille de recueil de données…)

THEME de la recherche :
La prévention secondaire de l'exposition prénatale à l'alcool dans le réseau Ombrel

PROBLEMATIQUE étudiée et descriptif de l'enquête :
"État des lieux des connaissances et des pratiques des professionnels de santé réalisant des consultations prénatales dans le cadre de la prévention secondaire de l'exposition prénatale à l'alcool au sein du réseau Ombrel"
Le but de cette enquête sera de répondre à trois problématiques en lien avec la définition de prévention secondaire :
1 : les professionnels de santé abordent sans difficulté les pratiques de consommation de la femme enceinte et délivrent des informations appropriées sur l'alcool et la grossesse quelle que soit la patiente
2 : les professionnels de santé connaissent et utilisent divers supports dans leur pratique en plus du dossier obstétrical
3 : les professionnels de santé savent prendre en charge et orienter si besoin de façon adéquate les patientes révélant une consommation
Ce sera une étude quantitative, transversale, descriptive

DIRECTEUR de mémoire :

Nom et qualité	Modalités de l'enquête	Signature pour validation de l'outil de recherche
Dr C. NEZERETTE Psychiatre PH CHRU Lille	☐ questionnaire ☐ guide d'entretien ☐ recueil de données	[signature]

LIEU(X) de l'enquête : Maternité de Tourcoing

service(s) concernés(s)	Période de diffusion	Signature du (ou des) cadre(s)
Consultations prénatales	d'octobre à décembre	[signature]

Date et signatures :

Autorisation du chef de pôle :

Autorisation du cadre supérieur de pôle :

CHRU de LILLE

DEMANDE D'AUTORISATION

pour diffusion d'une enquête dans le cadre du mémoire de fin d'études

Etude de dossiers

Enquête auprès des professionnels

DATE de la demande d'autorisation: 16/10/2017

Identification de l'**ETUDIANT** :

Nom : LARGEAU	Prénom : CLEMENTINE

Veuillez agrafer obligatoirement l'outil de recherche à cette demande (questionnaire, guide d'entretien, grille de recueil de données…)

THEME de la recherche :

La prévention secondaire de l'exposition prénatale à l'alcool dans le réseau Ombrel

PROBLEMATIQUE étudiée et descriptif de l'enquête :

"Etat des lieux des connaissances et des pratiques des professionnels de santé réalisant des consultations prénatales dans le cadre de la prévention secondaire de l'exposition prénatale à l'alcool au sein du réseau Ombrel"

Le but de cette enquête sera de répondre à trois problématiques en lien avec la définition de prévention secondaire

1°: les professionnels de santé abordent sans difficulté les pratiques de consommation de la femme enceinte et délivrent des informations appropriées sur l'alcool et la grossesse quelle que soit la patiente

2°: les professionnels de santé connaissent et utilisent divers supports dans leur pratique en plus du dossier obstétrical

3°: les professionnels de santé savent prendre en charge et aider au besoin de façon adéquate les patientes révélant une consommation

Ce sera donc une étude quantitative, transversale et descriptive

DIRECTEUR de mémoire :

Nom et qualité	Modalités de l'enquête	Signature pour validation de l'outil de recherche
Dr C. NEZERETTE Psychiatre - PH CHRU Lille	☐ questionnaire ☐ guide d'entretien ☐ recueil de données	

LIEU(X) de l'enquête : Maternité d'Armentières

service(s) concernés(s)	Période de diffusion	Signature du (ou des) cadre(s)
Consultations prénatales	d'octobre à décembre	le 20/12/17

Date et signatures :

Autorisation du chef de pôle :

Autorisation du cadre supérieur de pôle : le 20/12/17

Mme BOIDIN Corinne
Sage Femme FFC

CHRU de LILLE

DEMANDE D'AUTORISATION

pour diffusion d'une enquête dans le cadre du mémoire de fin d'études

Etude de dossiers

Enquête auprès des professionnels

DATE de la demande d'autorisation: 22/10/2017

Identification de l'**ETUDIANT** :

Nom : LARGEAU	Prénom : Clémentine

Veuillez agrafer obligatoirement l'outil de recherche à cette demande (questionnaire, guide d'entretien, grille de recueil de données…)

THEME de la recherche :

La prévention secondaire au sein du réseau Ombrel, de l'exposition prénatale à l'alcool

PROBLEMATIQUE étudiée et descriptif de l'enquête :

"Etat des lieux et des connaissances et des pratiques des professionnels de santé réalisant des consultations prénatales dans le cadre de la prévention secondaire de l'exposition prénatale à l'alcool au sein du réseau Ombrel"

Le but de cette enquête sera de répondre à trois problématiques en lien avec la définition de prévention secondaire

1° les professionnels de santé abordent sans difficulté les pratiques de consommation de la femme enceinte et délivrent des informations appropriées sur l'alcool et la grossesse quelle que soit la patiente

2° les professionnels de santé connaissent et utilisent divers supports dans leur pratique en plus du dossier obstétrical

3° les professionnels de santé savent prendre en charge et orienter si besoin, de façon adéquate les patientes ayant une consommation

Ce sera donc une étude quantitative, transversale et descriptive

DIRECTEUR de mémoire :

Nom et qualité	Modalités de l'enquête	Signature pour validation de l'outil de recherche
Dr C. NEZERETTE Pyschiatre - PH CHRU Lille	☐ questionnaire ☐ guide d'entretien ☐ recueil de données	

LIEU(X) de l'enquête : Maternité de Seclin

service(s) concernés(s)	Période de diffusion	Signature du (ou des) cadre(s)
Consultations prénatales	octobre à décembre	D Nacirdi

Date et signatures : le 27/12/17

Autorisation du chef de pôle :

Autorisation du cadre supérieur de pôle :

CHRU de LILLE

DEMANDE D'AUTORISATION

pour diffusion d'une enquête dans le cadre du mémoire de fin d'études

Etude de dossiers
Enquête auprès des professionnels

DATE de la demande d'autorisation:

Identification de l'**ETUDIANT** :

Nom : LARBEAU	Prénom : Clémentine

Veuillez agrafer obligatoirement l'outil de recherche à cette demande (questionnaire, guide d'entretien, grille de recueil de données…)

THEME de la recherche :
La prévention secondaire au sein du réseau Ombul de l'exposition prénatale à l'alcool

PROBLEMATIQUE étudiée et descriptif de l'enquête :
"Etat des lieux des connaissances et des pratiques des professionnels de santé réalisant des consultations prénatales dans le cadre de la prévention secondaire de l'exposition prénatale à l'alcool au sein du réseau Ombul"
Le but de cette enquête sera de répondre à deux problématiques en lien avec la définition de prévention secondaire
1°) les professionnels de santé abordent sans difficulté les pratiques de consommation de la femme enceinte et délivrent des informations appropriées sur l'alcool et la grossesse quelle que soit la parité
2°) les professionnels de santé connaissent et utilisent divers supports dans leur pratique en plus du dossier obstétrical
3°) les professionnels de santé savent prendre en charge et orienter si besoin de façon adéquate les patientes révélant une consommation
Ce sera une étude quantitative, transversale et descriptive

DIRECTEUR de mémoire :

Nom et qualité	Modalités de l'enquête	Signature pour validation de l'outil de recherche
Dr C. NEZERETTE Psychiatre - PH CHRU Lille	☐ questionnaire ☐ guide d'entretien ☐ recueil de données	

LIEU(X) de l'enquête : Maternité de Roubaix

service(s) concernés(s)	Période de diffusion	Signature du (ou des) cadre(s)
Consultations prénatales	octobre à décembre	Centre Hospitalier de Roubaix 59 678 242 1 Christelle WAUTRAIN Sage Femme

Date et signatures : Mai 10 n° RPPS : 10000258169

Autorisation du chef de pôle :

Autorisation du cadre supérieur de pôle :

CHRU de LILLE

DEMANDE D'AUTORISATION

pour diffusion d'une enquête dans le cadre du mémoire de fin d'études

Etude de dossiers
Enquête auprès des professionnels

DATE de la demande d'autorisation: 22/10/2017

Identification de l'**ETUDIANT** :

Nom : LARGEAU	Prénom : Clémentine

Veuillez agrafer obligatoirement l'outil de recherche à cette demande (questionnaire, guide d'entretien, grille de recueil de données…)

THEME de la recherche :
La prévention secondaire au sein du réseau Ombul, de l'exposition selon prénatale à l'alcool

PROBLEMATIQUE étudiée et descriptif de l'enquête :
"Etat des lieux et des connaissances et des pratiques des professionnels de santé réalisant des consultations prénatales dans le cadre de la prévention secondaire à l'exposition prénatale à l'alcool au sein du réseau Ombul"
Le but de cette enquête sera de répondre à trois problématiques en lien avec la définition de prévention secondaire
1° les professionnels de santé abordent sans difficulté les risques de consommation de la femme enceinte et délivrent des informations appropriées sur l'alcool et la grossesse quelle que soit la période
2° les professionnels de santé connaissent et utilisent divers supports dans leur pratique en plus du dossier obstétrical
3° les professionnels de santé savent prendre en charge et orienter, de façon adéquate les patientes ayant une consommation
Ce sera donc une étude quantitative, transversale et descriptive

DIRECTEUR de mémoire :

Nom et qualité	Modalités de l'enquête	Signature pour validation de l'outil de recherche
Dr C. NEZERETTE Psychiatre - PH CHRU Lille	☐ questionnaire ☐ guide d'entretien ☐ recueil de données	

LIEU(X) de l'enquête : Maternité de Hazebrouck

service(s) concernés(s)	Période de diffusion	Signature du (ou des) cadre(s)
Consultations prénatales	octobre à décembre	

Date et signatures :

Autorisation du chef de pôle :
Autorisation du cadre supérieur de pôle :

Annexe 14 : le questionnaire

Questionnaire

1. Etes-vous :
    a) Sage femme
    b) Gynécologue médical
    c) Gynécologue obstétricien
    d) Médecin généraliste
2. Où exercez-vous (hôpital public, clinique, cabinet,…) ? plusieurs réponses sont possibles:
   _____
3. Depuis combien de temps réalisez-vous des consultations prénatales ?_____
4. Approximativement, combien de femmes enceintes présentant des problèmes avec leur consommation d'alcool rencontrez-vous par an ?
    a) 0
    b) Entre 1 et 5
    c) Entre 6 et 10
    d) Supérieure à 10
    e) Supérieure à 20
5. Quelle phrase/question type utilisez-vous en général pour aborder cette thématique lors de vos
   consultations ?_____
   _____
6. Abordez-vous ces points lors de l'ouverture d'un dossier obstétrical?

	Systématiquement	Selon le contexte : à préciser dans la case	Non
Une consommation de cigarette			
Les antécédents de consommation de substances psychoactives			
Un antécédent de violence conjugale			
Une consommation d'alcool (quantité et fréquence) avant et pendant la grossesse			
La consommation du partenaire			
Le type d'alcool consommé			
Des antécédents familiaux de mésusage d'alcool			

7. Vous arrive-t-il de les (ré)aborder plus tard dans la grossesse ? Si oui, selon quels critères ?
    a. Oui :_____
    b. Non

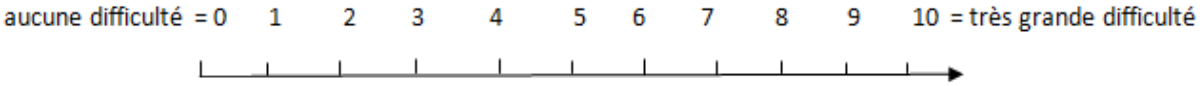
8. Quel(le)s recommandations/messages/informations sur l'alcool donneriez-vous à une femme enceinte ?

	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Sans avis
Seul un risque existe au premier trimestre de la grossesse					
Il est recommandé de ne pas prendre d'alcool durant la grossesse					
Un verre de bière ou de vin de temps en temps est acceptable					
Une ivresse occasionnelle ne présente pas de risque pour le fœtus					

9. Quelle (s) affirmations vous paraît/paraissent elle(s) importantes à énoncer à toute femme enceinte ?
    a) La consommation d'alcool par la femme enceinte peut comporter un risque pour le fœtus dés le premier verre
    b) L'alcool traverse librement le placenta
    c) L'alcoolémie du fœtus est égale à celle de la mère
    d) La prise d'alcool peut entraîner des perturbations dans la formation et dans la maturation du système nerveux central du fœtus
    e) Une consommation d'alcool pendant la grossesse peut entraîner un retard de croissance in utéro
    f) Une consommation d'alcool pendant la grossesse peut entrainer des malformations congénitales

g) Une consommation excessive pendant la grossesse peut entraîner l'apparition du syndrome d'alcoolisation fœtal composé d'une dysmorphie faciale, un retard de croissance et des troubles psycho-comportementaux
h) Le syndrome d'alcoolisation fœtale est la première cause de retard mental non génétique en France

10. Evaluer votre difficulté à aborder ce sujet avec une femme enceinte ?



11. Cibler le(s) item(s) qui selon vous peu(ven)t être un (de)s frein(s) à l'abord de ce thème ou (des) raison(s) de ne pas l'aborder.

	Oui	Non
Manque de temps à consacrer		
Manque d'outils		
Manque de connaissances		
Manque d'aisance		
L'abord de ce sujet concerne plutôt l'entretien du quatrième mois		
Les réponses obtenues ne sont pas fiables		

12. Voyez-vous d'autres freins ou raisons ? Si oui, complétez
    a) Oui : _____
    b) Non

13. L'utilisation des items à aborder présents dans le dossier obstétrical lors de la première consultation vous parait-il suffisant pour aborder l'alcool chez les femmes enceintes ?
    a) Oui
    b) Non

14. Il existe différents auto-questionnaires permettant le repérage précoce de la consommation d'alcool comme le T-ACE par exemple (composé de quatre questions : « Combien de verres prenez-vous avant d'en ressentir l'effet? », « Est-ce que les gens vous dérangent en critiquant votre consommation d'alcool? » « Avez-vous déjà pensé que vous devriez diminuer votre consommation d'alcool? » « Avez-vous déjà eu le réflexe de prendre un verre dès votre réveil pour stabiliser vos nerfs ou éliminer votre gueule de bois? »)
    Utilisez-vous des auto-questionnaires pour repérer les femmes à risque d'alcoolisation pendant la grossesse en complément de l'entretien?
    a) Oui
    b) Non

15. Si vous avez répondu oui, l'utilisation d'un auto-questionnaire vous aide t-elle à aborder le sujet de l'alcool?
    a) Oui
    b) Non

16. Vous arrive-t-il d'utiliser d'autres supports pour intervenir sur le sujet ? Si oui, précisez
    a) Oui : _____
    b) Non

17. Quelle(s) mesure(s) prendriez-vous devant une femme enceinte déclarant avoir eu consommation égale ou moins de 4 verres standards en une occasion festive avant de se savoir enceinte?

	D'accord	Pas d'accord	Ne sais pas
Vous l'orientez vers la personne référente addictions			
Vous discutez des effets néfastes avec elle			
Vous lui conseillez de s'abstenir et vous réévaluez régulièrement sa consommation en consultation			
Vous lui faites passer un test de recherche de toxiques			
Vous l'orientez vers le service d'addictologie			
Vous l'orientez vers un CSAPA			
Autres			

18. Si vous avez répondu autres, pouvez-vous précisez :_____

19. Quelles mesures prendriez-vous devant une femme enceinte déclarant une consommation supérieure ou égale à 2 verres standards par jour ou supérieur ou égale à 4 verres standards en une occasion festive, plusieurs fois pendant vos consultations ?

	D'accord	Pas d'accord	Ne sais pas
Vous l'orientez vers la personne référente en addictions			
Vous discutez des effets néfastes avec elle			
Vous lui conseillez de s'abstenir et vous réévaluez régulièrement sa consommation en consultation			
Vous lui faites passer un test de recherche de toxiques			
Vous l'orientez vers le service d'addictologie			
Vous l'orientez vers un CSAPA			
Autres			

20. Si vous avez répondu autres, pouvez-vous préciser ?_____

21. Connaissez-vous une personne référente en addictions ?
    a. Oui
    b. Non
22. Quels relais possibles connaissez-vous si vous jugez devoir orienter une femme enceinte consommatrice ?

    _____
    _____
    _____

23. Vous sentez-vous capable d'orienter une femme enceinte avec une consommation à risque ?
    a. Oui
    b. Non = pourquoi ?_____

24. Vos connaissances obtenues lors de votre formation initiale sur les effets de l'alcool sur le fœtus ainsi que sur la prévention vous apparaissent-elles suffisantes pour l'exercice de votre pratique ?
    a. Oui
    b. Non

25. Ressentez vous / Avez-vous ressenti le besoin d'avoir une formation complémentaire ?
    a. Oui
    b. Non
26. Avez-vous réalisé une/ des formation(s) complémentaire(s) ? Si oui sous quelles formes ?
    a) Oui : _____
    b) Non

27. Actuellement, comment évaluez-vous votre efficacité pour prévenir la consommation d'alcool pendant la grossesse ?

pas du tout efficace = 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 = très efficace

28. Au vu de votre expérience, avez-vous des suggestions pour améliorer cette prévention en consultation ?

_____
_____
____

Prévention secondaire de l'exposition prénatale à l'alcool : état des lieux - Enquête auprès des professionnels du réseau OMBREL

Résumé :
En France, l'alcool est la substance psycho-active la plus consommée et ces dernières années ont vu l'écart de la consommation entre les hommes et les femmes se réduire progressivement. De ce fait, les femmes consomment plus souvent et en plus grandes quantités qu'autrefois. Cela induit que de plus en plus de femmes en âge de procréer peuvent être concernées par une problématique avec l'alcool durant la grossesse qui dans les cas les plus sévères peut conduire à la naissance d'un enfant porteur du Syndrome d'Alcoolisation Fœtal.
Le gouvernement mène depuis les années 2000 une politique de santé publique afin d'aider les mères en difficulté avec pour objectif indirect de diminuer la prévalence d'enfants atteints par les Effets de l'Alcoolisation Fœtale. Le département du Nord a été réactif pour relayer ces actions notamment dans la région de la métropole lilloise.

Cette étude concerne la prévention secondaire de l'alcoolisation durant la grossesse et a pour but de faire le point sur les pratiques des professionnels du réseau OMBREL durant les consultations pré-natales.

Il en ressort que notre échantillon admet l'importance de cette problématique et l'évoque systématiquement en se basant, pour la majorité, seulement sur le dossier obstétrical.
De plus, il saurait reconnaître, distinguer et prendre en charge les différentes situations à risque ainsi qu'orienter les patientes si besoin.
En revanche, un besoin de formation complémentaire ressort clairement et paradoxalement, peu de professionnels interrogés en ont réalisée une.

Mots clés : prévention – alcool – grossesse – professionnels – réseau OMBREL – pratiques

Summary :
In France, alcohol is the most consumed psychoactive substance and in recent years the gap in consumption between men and women has gradually narrowed. As a result, women are consuming more often and in greater quantities than before. This means that more and more women of childbearing age may be affected by a problem with alcohol during pregnancy which in the most severe cases can lead to the birth of a child carrying Fetal Alcohol Syndrome.
Since 2000, the government has pursued a public health policy to help mothers in difficulty, with the indirect objective of reducing the prevalence of children affected by the effects of foetal alcoholization. The Nord department has been responsive to relay these actions, particularly in the Lille metropolitan region.

This study concerns the secondary prevention of alcohol use during pregnancy and aims to review the practices of professionals in the OMBREL network during prenatal consultations.

It emerges that our sample acknowledges the importance of this theme and systematically evokes it based, for the majority, only on the obstetrical file.
Furthermore, it will be able to recognize, distinguish and manage the different risk situations as well as refer patients if necessary.
On the other hand, there is a clear need for additional training and, paradoxically, few of the professionals interviewed have done so.

Keywords : prevention – alcohol – pregnancy – professionals – OMBREL network – practices

Auteur : LARGEAU Clémentine

Diplôme d'Etat de Sage-femme - année 2018