HAL
open science

Consommation d'alcool pendant la grossesse : état des lieux et prévention à l'officine

Mathilde Paquet

To cite this version:

Mathilde Paquet. Consommation d'alcool pendant la grossesse : état des lieux et prévention à l'officine. Sciences pharmaceutiques. 2019. dumas-02089872

HAL Id: dumas-02089872

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02089872

Submitted on 4 Apr 2019

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.

UFR de Pharmacie
UNIVERSITÉ Grenoble Alpes

BIBLIOTHÈQUES UNIVERSITAIRES Grenoble Alpes

UNIVERSITÉ Grenoble Alpes
Grenoble INP

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

UFR DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année : 2019

CONSOMMATION D'ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE : ETAT DES LIEUX ET PREVENTION A L'OFFICINE

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE

DIPLÔME D'ÉTAT

Mathilde PAQUET
[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Le 14/03/2019
DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

Pr. Benoît ALLENET	Professeur Universitaire – Pharmacien Hospitalier au CHU de Grenoble

Membres :

Dr. Lucie PENNEL	Praticien Hospitalo-Universitaire dans le service de Pharmaco-Addictologie du CHUG
Dr. Anne BRIANCON-MARJOLLET (Directrice de thèse)	Maître de conférences universitaire à l'UGA
Dr. Céline CLERC	Pharmacien d'officine

L'UFR de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs

Doyen de la Faculté : **M. le Pr. Michel SEVE**

Vice-doyen et Directrice des Etudes :
Mme Christine DEMEILLIERS

Année 2018 - 2019

ENSEIGNANTS - CHERCHEURS

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE
MCF	ALDEBERT	DELPHINE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheREx
PU-PH	ALLENET	BENOIT	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, ThEMAS
PU	BAKRI	ABDELAZIZ	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS
MAST	BARDET	JEAN-DIDIER	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, ThEMAS
MCF	BATANDIER	CECILE	LBFA – INSERM U1055
PU-PH	BEDOUCH	PIERRICK	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, ThEMAS
MCF	BELAIDI-CORSAT	ELISE	HP2, Inserm U1042
MAST	BELLET	BEATRICE	-
MCF	BOUCHERLE	BENJAMIN	DPM - UMR 5063 CNRS
PU	BOUMENDJEL	AHCENE	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF	BOURGOIN	SANDRINE	IAB – CRI INSERM U823
MCF	BRETON	JEAN	LCIB – UMR E3 CEA
MCF	BRIANCON-MARJOLLET	ANNE	HP2 – INSERM U1042
PU	BURMEISTER	WILHEM	UVHCI- UMI 3265 EMBL CNRS
MCU-PH	BUSSER	BENOIT	Institute for Advanced Biosciences, UGA / Inserm U 1209 / CNRS 5309
Professeur Emerite	CALOP	JEAN	
MCF	CAVAILLES	PIERRE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS
MCU-PH	CHANOINE	SEBASTIEN	CR UGA - INSERM U1209 - CNRS 5309
MCF	CHOISNARD	LUC	DPM – UMR 5063 CNRS
AHU	CHOVELON	BENOIT	DPM – UMR 5063 CNRS
PU-PH	CORNET	MURIEL	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheREx
Professeur Emérite	DANEL	VINCENT	-
PU	DECOUT	JEAN-LUC	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF Emérite	DELETRAZ-DELPORTE	MARTINE	LPSS – EAM 4129 LYON
MCF	DEMEILLERS	CHRISTINE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS
PU-PH	DROUET	CHRISTIAN	GREPI EA7408

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE
PU	DROUET	EMMANUEL	IBS – UMR 5075 CEA CNRS HIV & virus persistants Institut de Biologie Structurale
MCF	DURMORT	CLAIRE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS
PU-PH	FAURE	PATRICE	HP2 – INSERM U1042
MCF	FAURE-JOYEUX	MARIE	HP2 – INSERM U1042
PRCE	FITE	ANDREE	-
MCU-PH	GARNAUD	CECILE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX
PRAG	GAUCHARD	PIERRE-ALEXIS	-
MCU-PH	GERMI	RAPHAELE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS HIV & virus persistants Institut de Biologie Structurale
MCF	GEZE	ANNABELLE	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF	GILLY	CATHERINE	DPM – UMR 5063 CNRS
PU	GODIN-RIBUOT	DIANE	HP2 – INSERM U1042
Professeure Emérite	GRILLOT	RENEE	-
MCF Emérite	GROSSET	CATHERINE	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF	GUIEU	VALERIE	DPM – UMR 5063 CNRS
AHU	HENNEBIQUE	AURELIE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheREx
MCF	HININGER-FAVIER	ISABELLE	LBFA – INSERM U1055
MCF	KHALEF	NAWEL	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS
MCF	KOTZKI	SYLVAIN	HP2 – UMR S1042
MCF	KRIVOBOK	SERGE	DPM – UMR 5063 CNRS
PU	LENORMAND	JEAN-LUC	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheREx
PU	MARTIN	DONALD	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS
PRCE	MATTHYS	LAURENCE	-
AHU	MAZET	ROSELINE	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF	MELO DI LIMA	CHRISTELLE	LECA – UMR CNRS 5553
AHU	MINOVES	MELANIE	HP2 – INSERM U1042
PU	MOINARD	CHRISTOPHE	LBFA - INSERM U1055
PU-PH	MOSSUZ	PASCAL	IAB – INSERM U1209
MCF	MOUHAMADOU	BELLO	LECA – UMR 5553 CNRS
MCF	NICOLLE	EDWIGE	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF	OUKACINE	FARID	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF	PERES	BASILE	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF	PEUCHMAUR	MARINE	DPM – UMR 5063 CNRS
PU	PEYRIN	ERIC	DPM – UMR 5063 CNRS

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE
AHU	PLUCHART	HELENE	TIMC-IMAG – UMR 5525 CNRS, ThEMAS
MCF	RACHIDI	WALID	LCIB – UMR E3 CEA
MCF	RAVELET	CORINNE	DPM – UMR 5063 CNRS
PU	RIBUOT	CHRISTOPHE	HP2 – INSERM U1042
PAST	RIEU	ISABELLE	-
Professeure Emérite	ROUSSEL	ANNE-MARIE	
PU-PH	SEVE	MICHEL	LBFA – INSERM U1055
MCF	SOUARD	FLORENCE	DPM – UMR 5063 CNRS
MCF	SPANO	MONIQUE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS
MCF	TARBOURIECH	NICOLAS	IBS – UMR 5075 CEA CNRS
MCF	VANHAVERBEKE	CECILE	DPM – UMR 5063 CNRS
PU	WOUESSIDDJEWE	DENIS	DPM – UMR 5063 CNRS

AHU : Assistant Hospitalo-Universitaire
ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches
BCI : Biologie du Cancer et de l'Infection
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIB : Centre d'Innovation en Biologie
CRI : Centre de Recherche INSERM
CNRS : Centre National de Recherche Scientifique
DCE : Doctorants Contractuels Enseignement
DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire
HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire
IAB : Institute for Advanced Biosciences
IBS : Institut de Biologie Structurale
LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse des Microorganismes
LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée
LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux
LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie
LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine
LPSS : Laboratoire Parcours Santé Systémique
LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques
MAST : Maitre de Conférences Associé à Temps Partiel
MCF : Maitre de Conférences des Universités
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
PAST : Professeur Associé à Temps Partiel
PRAG : Professeur Agrégé
PRCE : Professeur certifié affecté dans l'enseignement
PU : Professeur des Universités
PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers
SyMMES : Systèmes Moléculaires et nanoMatériaux pour l'Energie et la Santé
TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation
UMR: Unité Mixte de Recherche
UVHCI: Unit of Virus Host Cell Interactions

Remerciements

A mon jury de thèse,

Madame le Docteur Anne Briançon-Marjollet, pour m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse. Vos remarques et critiques toujours constructives m'ont permis d'apprendre beaucoup de ce travail. Merci de votre accompagnement sans faille.

Monsieur le Professeur Benoît Allenet, pour m'avoir fait l'honneur de prendre la présidence du jury de cette thèse, et pour vos nombreux apprentissages tout au long de ces années d'études.

Madame le Docteur Lucie Pennel, pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail, et pour le regard spécialiste que vous apporterez.

Madame le Docteur Céline Clerc, pour m'avoir accueillie au sein de votre officine, pour l'expérience acquise à vos côtés, pour votre foi infaillible en notre métier, et pour votre implication dans l'accueil des étudiants et leur formation.

A ma famille,

Papa, Maman, vous m'avez transmis le goût du travail, vous n'avez pas cessé une seule seconde de croire en moi, c'est surtout grâce à vous si j'ai réussi. *« Hâtez-vous lentement, et sans perdre courage, vingt fois sur le métier remettez votre ouvrage… ».*

François, Julien, toujours là, pour rire, pour pleurer, quoi qu'il arrive.

A mes amis, de la faculté de Grenoble ou d'ailleurs,

A l'AMBG, Camille, Laura, Marion, Marlène, Morgane, à Armelle, mes copines de fac mais bien plus, à tout ce que nous avons partagé, nos quatre cent coups, nos grands moments d'intelligence. J'ai comme l'impression que tout ça n'est pas fini, loin de là.

A tous mes autres copains et copines de la fac, avec vous tous j'ai perdu au moins dix ans d'espérance de vie, mais je ne le regrette pas une seule seconde. Grâce à vous, je suis diplômée de pharmacie, oui, mais surtout diplômée en Fête. Et ça, ça fait de sacrées histoires à raconter.

Aux Tuches, il parait qu'après dix ans c'est plus de l'amitié, c'est la famille non ? Ça y est, je vais pouvoir vous vendre des capotes !

A tous ceux de qui j'ai croisé la route, de près ou de loin, et qui m'ont donné envie de faire ce métier.

Introduction 13

PARTIE 1. Contexte 15

1.1 Epidémiologie de la consommation d'alcool en France 15

1.1.1 Dans la population générale 15

1.1.2 Chez la femme 20

1.1.3 Chez la femme enceinte 22

1.1.4 Les méthodes de dépistage et leurs limites 26

1.2 Devenir de l'alcool dans l'organisme et conséquences sur le développement embryonnaire 28

1.2.1 Métabolisme de l'alcool 28

1.2.2 Rappel de développement et conséquences de la consommation d'alcool ... 30

1.2.3 Mécanisme de toxicité 32

1.3 Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale 35

1.3.1 Définitions et prévalence des troubles liés à l'alcoolisation fœtale 35

1.3.2 Prématurité et retard de croissance 37

1.3.3 Syndrome de sevrage du nourrisson 38

1.3.4 Troubles physiques 39

1.3.5 Troubles neurodéveloppementaux 42

1.3.6 Classification 44

1.4 Evolution à l'adolescence et à l'âge adulte 47

1.4.1 Des troubles physiques 47

1.4.2 Des troubles neurocomportementaux 49

1.5 Survenue des troubles et quantité d'alcool consommée 50

1.5.1 Notion d'unité d'alcool 50

1.5.2 Consommations légères à modérées 51

1.5.3 Consommation importante et « binge drinking » 53

1.5.4 Seuil de toxicité 54

1.5.5 Facteurs de risque d'apparition de troubles liés à l'alcool 54

PARTIE 2. Prévention de la consommation d'alcool pendant la grossesse et connaissances de la population générale 57

2.1 Comment prévient-on la consommation d'alcool pendant la grossesse en France ? 57

2.1.1 Les objectifs 57

2.1.2 Les moyens mis en œuvre 58

2.2 Une prévention perfectible 71

2.2.1 Etat des connaissances de la population et pratiques chez les femmes en âge de procréer 71

2.2.2 Intérêt financier de la prévention 75

2.3 Etat des connaissances en 2018 et comportements chez la femme enceinte : réalisation d'un questionnaire distribué à l'officine 76

2.3.1 Objectifs 76

2.3.2 Matériel et méthode 77

2.3.3 Résultats 78

2.3.4 Limites et discussion 97

PARTIE 3. La prévention à l'officine 102

3.1 L'officine : un lieu de choix pour faire de la prévention 102

3.1.1 La prévention : une obligation déontologique 102

3.1.2 Un lieu de proximité avec les patients 104

3.1.3 Une relation de confiance 106

3.2 La pratique officinale 107

3.2.1 Situation actuelle : constats 107

3.2.2 Remise d'un document d'information lors de l'achat d'un test urinaire de grossesse 109

PARTIE 4. Amélioration de la prévention de la consommation d'alcool pendant la grossesse 110

4.1 Auprès des femmes enceintes ou ayant un projet de grossesse 110

4.1.1 Pourquoi ouvrir le dialogue ? 110

4.1.2 Quel contexte pour ouvrir le dialogue ? 111

4.1.3 Comment aborder le sujet de l'alcool ? 113

4.1.4 Intervenir auprès des femmes enceintes et ayant un projet de grossesse 116

4.2 Mise à profit des sites internet des officines 143

4.3 Prévention dans les collèges et lycées 144

4.3.1 Dans une maison de santé pluridisciplinaire 145

4.3.2 Lors du service sanitaire 147

Liste des abréviations

Acétyl-CoA : Acétyl coenzyme A
ADH : Aldéhyde déshydrogénase
ADN : Acide désoxyribonucléique
ALDH : Acétaldéhyde déshydrogénase
API : Alcoolisation ponctuelle importante
ARE : Alcohol related effects
ARBD : Alcohol related birth defects
ARND : Alcohol related neurodevelopmental disorders
ARS : Agence régionale de santé
AUDIT : Alcohol use disorders identification test
BHE : Barrière hémato-encéphalique
CAM : Cell Adhesion Molecule
CESPHARM : Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française
CRAG : Centre ressources Alcool et Grossesse
CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
DGS : Direction générale de la Santé
ETCAF : Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale
FAEE : Fatty acid ethyl esters
FASD : Fetal alcohol spectrum disorder
GABA : Acide Gamma aminobutyrique
HAS : Haute Autorité de Santé
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
MEOS : Microsomal ethanol oxidizing system
MSP : Maison de santé pluridisciplinaire
NAD : Nicotinamide adénosine dinucléotide
NADH : Nicotinamide adénosine dinucléotide hydrogéné
NADP : Nicotinamide adénosine dinucléotide phosphate
NADPH : Nicotinamide adénosine dinucléotide phosphate hydrogéné
NMDA : Acide N-méthyl-D-aspartique
PMI : Centre de protection maternelle et infantile
QI : Quotient intellectuel
RCIU : Retard de croissance intra-utérin
RLO : Radicaux libres de l'oxygène
RR : Risque relatif
RSA : Résumés de sortie anonyme
SAF : Syndrome d'alcoolisation fœtale
SISA : Société interprofessionnelle de soins ambulatoires
SNC : Système nerveux central
TCAF : Troubles causés par l'alcoolisation fœtale
TDAH : Trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité

Liste des tableaux

Tableau I – Indicateurs de la consommation d'alcool parmi les 15-75 ans en 2010 et 2014

Tableau II - Indicateurs de la consommation d'alcool chez la femme de 15 à 75 ans en 2010 et 2014

Tableau III - Classification des syndromes en rapport avec une alcoolisation fœtale

Tableau IV - Obstacles à l'information et au dépistage par les professionnels de santé et pour les femmes enceintes de la consommation d'alcool pendant la grossesse

Tableau V - Caractéristiques de l'échantillon : sexe, âge, nombre d'enfant et catégorie socio-professionnelle, en nombre de réponses et en pourcentage de l'échantillon

Tableau VI - Source d'information, en nombre et pourcentage de l'échantillon

Liste des figures

Figure 1 - Evolutions de différents modes de consommation d'alcool parmi les 15-75ans, selon l'âge, en 2010 et 2014, en nombre d'évènement.

Figure 2 - Fréquence de consommation d'alcool lors de la dernière grossesse, après avoir appris être enceinte, en pourcentage des femmes interrogées.

Figure 3 - Outil T-ACE dans le dépistage des buveuses à risque pour le fœtus pendant la grossesse.

Figure 4 - Métabolisme de l'alcool.

Figure 5 - Vulnérabilité du fœtus aux malformations pendant les différentes périodes du développement.

Figure 6 - Caractéristiques faciales particulières chez l'enfant atteint du SAF.

Figure 7 - Nouveau-né de 38 semaines d'aménorrhée pesant 1800g, présentant une dysmorphie faciale complète dépistée en anténatal.

Figure 8 - Photo d'un enfant de 4 mois avec un SAF

Figure 9 - L'évolution des morphologies faciales de patients SAF, de l'enfance à l'adolescence.

Figure 10 - Une unité d'alcool dans les débits de boissons.

Figure 11 - Pictogramme figurant sur les unités de conditionnement des boissons alcoolisées, et recommandant l'absence de consommation par les femmes enceintes.

Figure 12 - "Vous buvez un peu, il boit beaucoup".

Figure 13 - "Par précaution, zéro alcool pendant la grossesse".

Figure 14 - Extrait du carnet de maternité, informant les femmes enceintes de la recommandation "Alcool : consommation zéro" .

Figure 15 - Alcool et grossesse, vous avez des questions, nous avons des réponses

Figure 16 - Proportion parmi les répondants de chaque tranche d'âge, en pourcentage de l'échantillon.

Figure 17 - Nombre d'enfant pour chaque répondant, en pourcentage de l'échantillon.

Figure 18 - Connaissances de l'échantillon sur la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Figure 19 - Niveau de risque associé à chaque consommation.

Figure 20 - Connaissances des troubles causés par la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Figure 21 - Pourcentage de l'échantillon ayant déjà entendu parler du syndrome d'alcoolisation fœtale, en fonction de leur âge.

Figure 22 – Pourcentage de l'échantillon ayant déjà entendu parler du syndrome d'alcoolisation fœtale, en fonction de leur nombre d'enfant.

Figure 23 - Perception de la consommation d'alcool pendant la grossesse, en pourcentage de l'échantillon.

Figure 24 - Changement dans les comportements de consommation après l'annonce de la grossesse.

Figure 25 - Pourcentage de femme ayant déjà consommé de l'alcool pendant leur grossesse

Figure 26 - Période de consommation.

Figure 27 - Conseils que les femmes seraient le plus susceptibles de suivre pendant leur grossesse.

Figure 28 - Moyens d'information que les femmes ayant déjà été enceintes auraient aimé plus rencontrer.

Figure 29 - Présence pharmaceutique, territoires à moins de 15 minutes d'une pharmacie, en janvier 2018.

Figure 30 – Proposition de support d'information à disposer à côté des tests urinaires de grossesse.

Figure 31 - Questionnaire F-ACE

Figure 32 - Méthode FRAMES de l'intervention brève, ayant pour objectif de provoquer une prise de conscience, d'inciter un changement tout en respectant les choix de la patiente.

Figure 33 - Modèle de changement transthéorique de Prochaska.

Introduction

La consommation d'alcool, et notamment de vin, fait partie inhérente de la culture française. Nous sommes exposés dès le plus jeune âge à ces traditions, dans un contexte social, festif, parfois même quotidiennement. Dès lors, la consommation d'alcool rentre dans nos habitudes. Pourtant, devant ses multiples méfaits, l'alcool doit être consommé avec modération. Pendant la grossesse, c'est même une abstinence complète qui est recommandée.

Déjà dans la mythologie grecque et romaine est évoquée une association entre les troubles développementaux de l'enfant et l'alcoolisme maternel. A Carthage, il était interdit aux jeunes mariés de boire du vin pendant leur nuit de noce, de peur qu'ils conçoivent un enfant déficient. (1) Les effets néfastes de l'alcool sur l'enfant à naître sont donc admis depuis longtemps. Pourtant, malgré les recommandations « Zéro Alcool pendant la grossesse » émanant des instances publiques et des professionnels de santé, nombreuses sont les femmes qui continuent à boire de l'alcool pendant la grossesse, par méconnaissance des risques ou parce qu'elles connaissent de trop grandes difficultés à arrêter.

Le pharmacien, accessible à tous et sans délai, connaît un tournant important de son métier. Il délaisse peu à peu sa casquette de commerçant et devient un véritable professionnel de santé, maillon incontournable du parcours de soin et acteur essentiel dans la prévention et l'éducation sanitaire. Il semble donc être un interlocuteur de choix pour prévenir la consommation d'alcool pendant la grossesse. Néanmoins, le sujet de l'alcool reste difficile à aborder avec les patients, même dans un contexte de grossesse.

Ce travail aura pour objectif de fournir quelques pistes pour faciliter la prévention de la consommation d'alcool pendant la grossesse à l'officine. Nous verrons en introduction des éléments d'épidémiologie, le devenir de l'alcool dans l'organisme ainsi que ses effets sur

l’enfant à naître. Dans une seconde partie, nous verrons les moyens existants en France pour prévenir la consommation d’alcool pendant la grossesse et l’état des connaissances des français sur le sujet. La troisième partie rappellera les arguments qui placent le pharmacien comme acteur de choix dans la prévention. Enfin, la quatrième partie proposera des pistes d’amélioration de la prévention de la consommation d’alcool pendant la grossesse à l’officine, en donnant notamment aux équipes officinales des moyens concrets pour aborder le sujet avec les jeunes femmes.

PARTIE 1. Contexte

1.1 Epidémiologie de la consommation d'alcool en France

1.1.1 Dans la population générale

La consommation d'alcool fait partie intégrante des pratiques culturelles dans la société française. Dès l'adolescence, elle rentre dans les habitudes par son caractère festif et permet une sociabilisation. Pourtant, l'alcool est une substance psychoactive parmi les plus nocives ; c'est la deuxième cause de mortalité évitable en France (la première étant le tabagisme). Ses conséquences sont sévères : cancers (voies aérodigestives supérieures, colorectal, œsophage, foie, sein), cirrhose, troubles psychiatriques… Un mésusage d'alcool peut également avoir des conséquences au niveau personnel et professionnel : alcoolo-dépendance, absentéisme et accidents de travail, perte de productivité, baisse de concentration, violence… (2)

L'étude Baromètre Santé, conduite par l'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (INPES) en 2010 puis en 2014, a permis d'observer et quantifier les comportements d'alcoolisation en France. Les indicateurs de consommation d'alcool étudiés sont la consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois, les épisodes d'ivresse au cours des 12 derniers mois et l'alcoolisation ponctuelle importante (API), soit six verres d'alcool ou plus par occasion, au cours des 12 derniers mois.

Tableau I – Indicateurs de la consommation d'alcool parmi les 15-75 ans en 2010 et 2014. *Consommation d'alcool exprimée en % de la population ayant bu au moins une fois*
D'après La consommation d'alcool en France en 2014 ***(2)***

	2010	2014
Consommation d'alcool		
Alcool au cours de l'année	86,2	86,4
Nombre déclaré de verres bus par semaine	5,5	5,5
Alcool hebdomadaire	47,1	47,5
Vin	36,9	37,1
Bière	18,6	20,3
Alcools forts	15,7	15,2
Autres alcools	9,0	7,7
Alcool quotidien	11,0	9,7
Alcoolisation ponctuelle importante (API)		
API dans l'année	36,0	38,3
API mensuelle	17,8	17,4
API hebdomadaire	4,8	5,0
Ivresse		
Ivresse dans l'année	19,1	19,1
Ivresses répétées (>3 fois par an)	8,1	9,3
Ivresses régulières (>10 fois par an)	3,1	3,8

La consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois concerne 86,4% des personnes de 15 à 75 ans, avec une moyenne de 5,5 verres par semaine. La moitié de cette population (47,5%) consomme de l'alcool une fois par semaine tandis que seulement 10% consomment quotidiennement. Les chiffres de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) en 2010 et publiés au Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire sont comparables à ceux de l'INPES : 13% des 18-75 ans ont déclaré n'avoir jamais bu d'alcool au cours des 12 derniers mois, 37% en consommaient de façon hebdomadaire et 12% en consommaient quotidiennement. (3)

Le Baromètre Santé constate une diminution de la consommation quotidienne d'alcool (1,3% de consommateurs quotidiens en moins entre 2010 et 2014), ce qui suit la tendance des dernières décennies. On observe en effet depuis 50 ans une diminution de la

consommation moyenne annuelle d'alcool pur par habitant (concentration en éthanol en pourcentage volumique ramené au volume) avec 12 litres par an et par habitant en 2010, contre 26 litres en 1961. (4) Cette baisse peut s'expliquer en partie par la diminution de la consommation quotidienne de vin depuis les années 1960. Le vin reste cependant la boisson la plus consommée pour 72,6% des 15-85 ans, suivi par d'autres alcools (cidre, champagne, porto…) pour 69,2% de cette population, 54,4% consomment des alcools forts et 51,5% de la bière. (5)

En 2014, les boissons les plus consommées de façon hebdomadaire sont le vin pour 37,1% des buveurs, la bière pour 20,3% et les alcools forts pour 15,2%. (2)

Si l'on observe les variations régionales de la consommation d'alcool, c'est en région Midi-Pyrénées, dans le Languedoc-Roussillon et dans le Nord-Pas-De-Calais que les consommations quotidiennes d'alcool sont les plus répandues. Au contraire, en région Basse-Normandie, Pays de la Loire et Ile-De-France, les consommations quotidiennes sont moins fréquentes que dans le reste de la France. (6)

Quand on s'intéresse aux comportements d'alcoolisation aigue, et d'après le Baromètre Santé 2014, 19% des 15-75 ans ont connu un épisode d'ivresse dans les 12 derniers mois. Neuf pourcents ont connu l'ivresse au moins trois fois dans l'année, et 4% au moins dix fois. Ces chiffres mettent en évidence une hausse des ivresses répétées et régulières comparativement à l'année 2010.

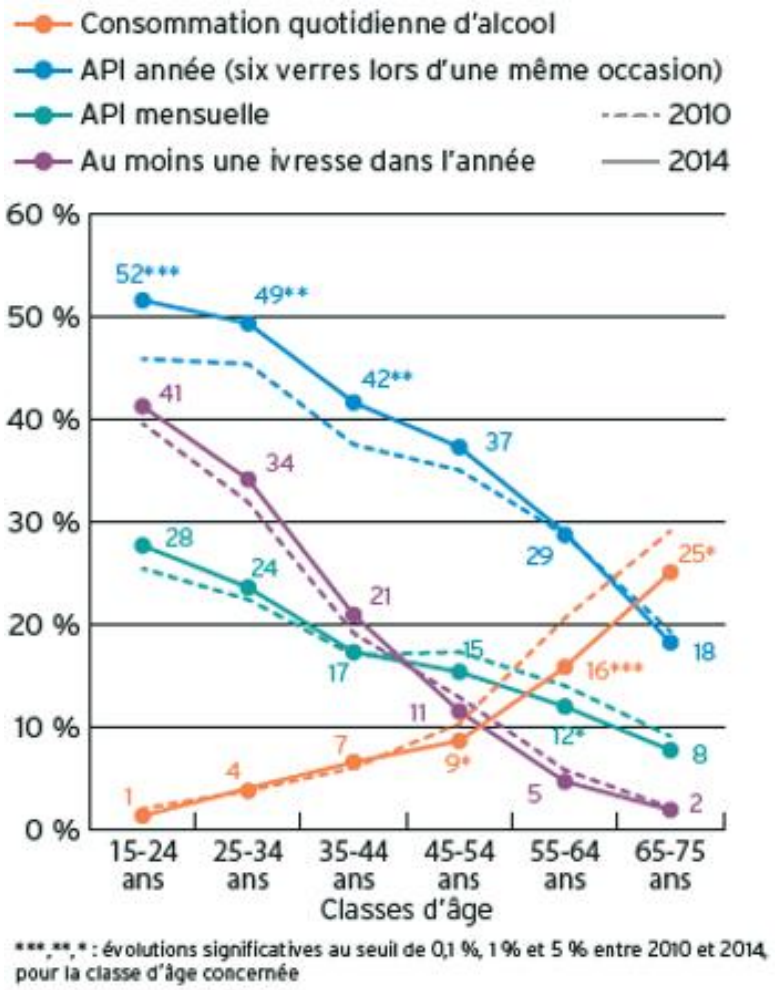
Selon l'INPES, 17% de la population âgée de 15 à 75 ans déclare une API mensuelle, tandis que 5% déclarent une API hebdomadaire. On constate une augmentation des API depuis 2010. Cette notion d'API, connue aussi sous le terme anglosaxon de *binge drinking* sous-

entend la recherche de l'ivresse : 13% des 15-75 ans déclarent avoir déjà bu de l'alcool dans le but d'être ivre.(2)

Quand on étudie les modes de consommation selon l'âge, on s'aperçoit que les chiffres obtenus dans la population générale peuvent être différents de ceux observés pour une tranche d'âge donnée. *(Figure 1)*

La consommation quotidienne d'alcool concerne majoritairement les personnes plus âgées (25% des plus de 65 ans) tandis qu'elle concerne seulement 1% des 15-24 ans.

Figure 1 - Evolutions de différents modes de consommation d'alcool parmi les 15-75ans, selon l'âge, en 2010 et 2014, en nombre d'évènement
D'après La consommation d'alcool en France en 2014 ***(2)***



A l'inverse, la consommation ponctuelle sous forme d'API diminue avec l'âge : plus de la moitié des jeunes de 15 à 24 ans ont connu au moins une API dans l'année et 28% des API mensuelles, contre respectivement 37% et 15% des 45-54 ans. Les ivresses suivent le même modèle avec 41% des jeunes de 15 à 24 ans qui connaissent au moins une ivresse dans l'année, contre 11% des 45-54 ans. Seulement 3% des plus de 55 ans déclarent avoir connu une ivresse dans l'année, et 24% déclarent une API.

Par ailleurs, les ivresses répétées (au moins trois dans l'année) sont en augmentation et concernent 27,8% des jeunes de 15 à 24 ans, soit une augmentation de plus de 2% en quatre ans. Parmi cette même tranche d'âge, 10,5% connaissent des ivresses régulières au moins dix fois dans l'année. D'autres publications observent les mêmes schémas. D'après Beck et Richard (5), la consommation quotidienne augmente aussi avec l'âge et concerne 5,5% des hommes et 0,3% des femmes de 20 à 25 ans, contre 47,6% des hommes et 19,3% des femmes chez les plus de 65 ans.

Les ivresses sont les plus fréquentes chez les 20-25 ans et diminuent ensuite chez les personnes plus âgées. Le nombre de verres bus est le plus important chez les jeunes adultes, et ce notamment en fin de semaine. (7)

D'après ces résultats, on observe donc dans la population générale une diminution globale de la consommation journalière mais dans un contexte de hausse des API et des ivresses répétées et régulières, surtout chez les adolescents et jeunes adultes. Ces modifications des comportements sont à prendre en compte dans les politiques de prévention, d'autant plus que chez l'adolescent, les intoxications massives ont des conséquences encore plus graves que chez l'adulte. L'alcool est neurotoxique, a *fortiori* quand il est consommé en grande quantité de façon rapide, et interfère avec la neurogénèse et donc les capacités d'apprentissage et la mémorisation. (2)

1.1.2 Chez la femme

Les schémas de consommation d'alcool chez la femme sont un peu différents de ceux qui existent dans la population générale, bien qu'on observe ces dernières années une modification des comportements de consommation qui ont tendance à se rapprocher de ceux des hommes, surtout dans les populations favorisées. (5) A l'heure actuelle et malgré cette tendance, les niveaux de consommation restent cependant encore bien différenciés.

Environ 80% des femmes non enceintes consomment de l'alcool occasionnellement, et 25% en consomment toutes les semaines. (8) Le Baromètre Santé 2014 confirme ces chiffres (84% des femmes consomment de l'alcool au moins une fois dans l'année), mais met en évidence une consommation hebdomadaire plus importante et qui concernerait 35,1% des femmes. La consommation mensuelle concerne beaucoup plus les femmes (47,5% des femmes) que les hommes (seulement 27,3%). (5)

Les femmes boivent en moyenne 2,8 verres par semaine (soit 3,5 fois moins que les hommes), et ne sont que 4,9% à avoir une consommation quotidienne. Comme dans la population générale, ce chiffre est en baisse par rapport à 2010.

Par ailleurs, il existe des variations régionales de la consommation d'alcool. En moyenne en France, 5,4% des femmes déclarent boire plus de trois verres par jour. Lorsqu'on s'intéresse uniquement au Nord-Pas-De-Calais, ce chiffre atteint 8,6%, et 43,4% des femmes de plus de 18 ans consomment au moins un verre par jour. Comme vu plus tôt, la même tendance s'applique à l'ensemble de la population du Nord-Pas-De-Calais. (9)

Si on s'intéresse aux données du Baromètre Santé concernant les ivresses, 12,1% des femmes ont connu au moins une ivresse dans l'année et 1,6% au moins dix fois dans l'année en 2014. Ce chiffre était de 0,9% en 2010, il a donc presque doublé en quatre ans. Les

ivresses régulières (trois fois par an) sont également de plus en plus fréquentes chez les femmes.

Tableau II - Indicateurs de la consommation d'alcool chez la femme de 15 à 75 ans en 2010 et 2014. Consommation d'alcool exprimée en % des femmes ayant bu au moins une fois
D'après La consommation d'alcool en France en 2014 ***(2)***

	2010	2014
Consommation d'alcool		
Alcool au cours de l'année	83,0	84,0
Nombre déclaré de verres bus par semaine	2,8	2,8
Alcool hebdomadaire	33,7	35,1
Vin	27,5	29,1
Bière	6,8	8,6
Alcools forts	7,2	6,8
Autres alcools	7,8	6,4
Alcool quotidien	5,5	4,9
Alcoolisation ponctuelle importante (API)		
API dans l'année	21,3	24,2
API mensuelle	8,0	8,9
API hebdomadaire	1,8	2,0
Ivresse		
Ivresse dans l'année	11,1	12,1
Ivresses répétées (>3 fois par an)	3,6	5,2
Ivresses régulières (>10 fois par an)	0,9	1,6

En ce qui concerne les API, elles sont également à la hausse et concernent 24% des femmes en 2014, dont 2% de façon hebdomadaire. La recherche de l'ivresse a déjà été pratiquée par 8% des femmes entre 15 et 75 ans.

On observe chez la femme les mêmes modèles de consommation par tranche d'âge que dans la population générale. Trente pourcents des jeunes femmes de 18 à 25 ans consomment de l'alcool toutes les semaines, notamment de la bière (16% en consomment de façon hebdomadaire).

Les jeunes femmes âgées de moins de 25 ans sont celles qui connaissent des API le plus fréquemment, 43% déclarent une API dans l'année, 19% tous les mois. Un tiers de ces

femmes ont connu au moins une ivresse dans l'année. Entre 15 et 24 ans, 11% des femmes ont déjà bu à des fins d'ivresse pendant l'année et 4% à un rythme mensuel.

De plus, les étudiantes connaissent en moyenne plus d'API : 28% des étudiantes s'alcoolisent de façon importante au moins une fois par mois, 28% connaissent des ivresses régulières et 11% des ivresses répétées.(2) Cette particularité peut être liée à la socialisation : les jeunes filles étudiantes qui sortent beaucoup sont aussi nombreuses que les garçons à boire de l'alcool régulièrement. (5)

On suit donc la même tendance que dans la population générale, avec une diminution de la consommation quotidienne et une augmentation des alcoolisations aigues et ivresses, ce changement de mode de consommation s'effectuant cependant beaucoup plus rapidement que dans la population générale.

Aux problèmes de santé publique qu'induisent ces changements de comportement dans la population générale s'ajoutent alors les problématiques liées à la femme en âge de procréer qui consomme de l'alcool de façon importante, notamment en cas de grossesse non connue au moment de la consommation.

1.1.3 Chez la femme enceinte

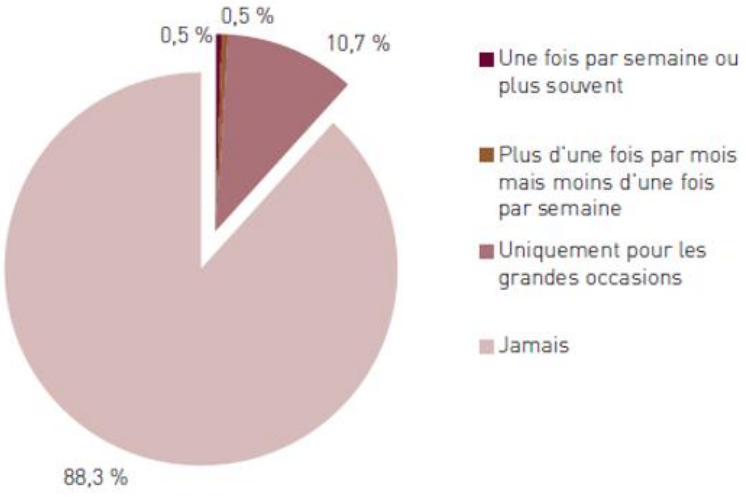
De nombreuses études épidémiologiques ont cherché à connaître les pratiques d'alcoolisation des femmes enceintes, mais les résultats restent imprécis non seulement du fait de l'existence d'une multitude de critères de mesure, mais aussi de par la sous-estimation de leur consommation par les futures mères, par crainte du jugement ou des conséquences que pourraient avoir leur déclaration. (10)

Pour Dumas et al., 60% des femmes qui consommaient de l'alcool avant la grossesse ont arrêté quand la grossesse a démarré, et passé le premier trimestre ce chiffre augmente jusqu'à 76%. Cependant, parmi les jeunes femmes âgées de moins de 25 ans ayant déjà été enceintes,

seulement 50% déclarent avoir arrêté complètement l'alcool pendant leur grossesse. (8) D'après Seror, 52% des femmes continuent à boire (au moins un verre) pendant leur grossesse. (11) Il est difficile d'obtenir un chiffre fiable parmi la multitude de données de consommation, et on considère traditionnellement qu'environ la moitié des femmes arrêtent de boire pendant leur grossesse. Dans la plupart des cas, la diminution est progressive, et connaître la consommation avant la grossesse peut être un indicateur plus fiable pour le début de la grossesse, notamment sur la consommation des premières semaines, avant que la mère ne se sache enceinte. (7)

L'INPES a publié en septembre 2018 les résultats du Baromètre Santé 2017, qui étudiait dans la continuité des études Baromètre Santé 2010 et 2014 les comportements d'alcoolisation des femmes enceintes et de celles ayant eu un enfant dans les cinq dernières années en France.

Figure 2 - Fréquence de consommation d'alcool lors de la dernière grossesse, après avoir appris être enceinte, en pourcentage des femmes interrogées
D'après Baromètre Santé 2017 (12)



Parmi les mères d'enfants de cinq ans ou moins, 11,7% déclarent avoir consommé de l'alcool pendant leur dernière grossesse. Parmi les femmes enceintes actuellement, 10,7% déclaraient avoir consommé de l'alcool depuis qu'elles avaient eu connaissance de leur grossesse.

Celles qui continuent à boire le font principalement pour les grandes occasions uniquement, et seulement moins d'un pourcent des femmes qui ont un enfant de moins de cinq ans ont bu plus d'une fois par semaine pendant la grossesse. Par ailleurs, 51% de celles qui ont consommé de l'alcool lors de grandes occasions ont déclaré n'avoir bu que quelques gorgées le jour où elles ont consommé. (12)

Les API restent relativement fréquentes : 14% des femmes qui ont bu pendant leur grossesse ont connu au moins une alcoolisation aigue pendant cette période. (11) Les chiffres donnés par l'enquête périnatale de 2010 rapportent que 2% des femmes enceintes ont bu plus de trois verres à la même occasion moins d'une fois par mois, et 0,3% l'ont fait une fois par mois ou plus souvent. (3) En 2017, aucune des femmes enceintes interrogées n'ont déclaré d'API depuis qu'elles ont connaissance de leur grossesse. (12)

Quand on compare les chiffres donnés par les études en France entre 2010 et 2017, on observe une nette diminution des consommations, avec 2% des femmes enceintes qui déclaraient avoir consommé de l'alcool plus d'une fois par mois pendant la grossesse en 2010 et 17% une fois par mois ou moins. (3) Ceci peut s'expliquer en partie par des campagnes de prévention importantes depuis 2010, et surtout depuis 2015. Mais une partie de cette diminution peut aussi être expliquée par un biais de désirabilité sociale, les campagnes de prévention ayant rendu plus difficile pour les femmes d'admettre leur consommation d'alcool pendant la grossesse et entrainant de ce fait une sous-déclaration.

Par ailleurs, l'étude Baromètre Santé 2017 n'a porté que sur un nombre restreint de femme et n'a donc qu'une puissance limitée. Les auteurs incitent à la prudence quant à l'extrapolation des résultats à la population générale. (12)

Si l'on cherche à définir les caractéristiques des femmes qui continuent à boire, elles sont globalement plus âgées (les femmes enceintes consommant plus de quatre verres par occasion sont majoritairement âgées de 25 à 34 ans, et deux tiers des femmes consommant plus de 14 verres par semaine sont âgées de 30 à 34 ans) et de populations plus défavorisées (7). Les jeunes filles qui deviennent enceintes avant la fin de leur scolarité font partie d'un groupe à très fort risque de consommation d'alcool. (7)

Concernant la catégorie socio-professionnelle, les informations sont contradictoires selon les études. Pour certaines, des revenus modestes sont plus à risque d'une consommation importante tandis que pour d'autres les niveaux de consommation seraient plus élevés quand la catégorie socio-professionnelle est plus élevée. Dans l'étude Baromètre Santé 2017, les femmes les plus diplômées ont une probabilité plus grande d'avoir déclaré une consommation d'alcool lors de leur dernière grossesse.

Même si l'on constate une nette diminution de la consommation d'alcool chez la femme enceinte, une partie des femmes continuent à boire même occasionnellement pendant leurs grossesses. Si l'on tient compte des chiffres les plus récents, environ une femme sur dix boira de l'alcool pendant sa grossesse, ce qui pourra entraîner des conséquences sur plusieurs dizaines de milliers de naissances. (12)

L’estimation des consommations repose presque uniquement sur la déclaration de la femme enceinte et est de ce fait biaisée. Toutefois, certaines méthodes de dépistage permettent de mettre en évidence la consommation d’alcool pendant la grossesse.

1.1.4 Les méthodes de dépistage et leurs limites

La consommation d’alcool est le plus souvent évaluée par le médecin gynécologue obstétricien dans les premières semaines de grossesse, par le biais d’un questionnement basique et sur simple déclaration de la femme enceinte. Il est fréquent que les femmes sous-estiment leur consommation, par crainte d’être jugées et stigmatisées, notamment dans les cas de conduites à risque, ou simplement par méconnaissance des risques liés à la consommation d’alcool.

Dans ce contexte, les soignants ont besoin de méthodes fiables pour permettre un dépistage primaire de la consommation d’alcool et ainsi en limiter les conséquences.

A l’heure actuelle, il n’existe pas de marqueur biologique utilisé en pratique courante assez sensible et spécifique pour détecter en amont l’exposition maternelle à l’alcool. Quelques études suggèrent de mesurer la quantité de *Fatty Acid Ethyl Esters* (FAEEs) dans les cheveux de la mère, mais aucun résultat ne permet une utilisation fiable. (13)

Ces FAEEs peuvent également être dosés dans le méconium du nouveau-né et peuvent être marqueurs de la consommation d’alcool de la mère pendant la grossesse. Ils sont reflets de la consommation aux deuxièmes et troisièmes trimestres. (14) Le principal défaut de cette méthode est qu’elle ne détecte la consommation de la mère qu’après la naissance et donc ne permettra aucune action de prévention pendant la grossesse. Les conséquences sur l’enfant à naître seront inchangées.

Souvent utilisé dans les pays anglo-saxons et mis en place pour la première fois dans une étude de 2007 sur un échantillon de la population française, l'outil T-ACE permettrait d'identifier plus de 90% des potentiellement buveuses à risque. (13) Par l'intermédiaire de quatre items, notés de 0 à 5 points, il évalue certains éléments déterminants de la consommation d'alcool.

Avec une sensibilité de 70% (10), ce questionnaire de dépistage permet d'identifier une grande partie des buveuses excessives avec un risque de conséquences sur fœtus. Cependant, même des consommations plus faibles, non mises en évidence par ce questionnaire, peuvent entrainer des dommages irréversibles.

Figure 3 - Outil T-ACE dans le dépistage des buveuses à risque pour le fœtus pendant la grossesse
D'après Sokol et al (1989) et adapté par Varescon et al ***(9)***

- ***Tolerance*** : évalue la tolérance à l'alcool, c'est-à-dire les quantités à ingérer pour en sentir les effets : « Combien devez-vous consommer de verres pour sentir l'effet de l'alcool ? »
Réponse < 2 verres = 1 point, ≥ 2 verres = 2 points

- ***Annoyed :*** évalue les réactions négatives de l'entourage par rapport à la consommation d'alcool : « Les gens vous ont-ils déjà agacé en critiquant votre consommation d'alcool ? »
Réponse positive = 1 point

- ***Cut Down :*** « Avez-vous déjà eu l'impression que vous devriez réduire votre consommation d'alcool ? »
Réponse positive = 1 point

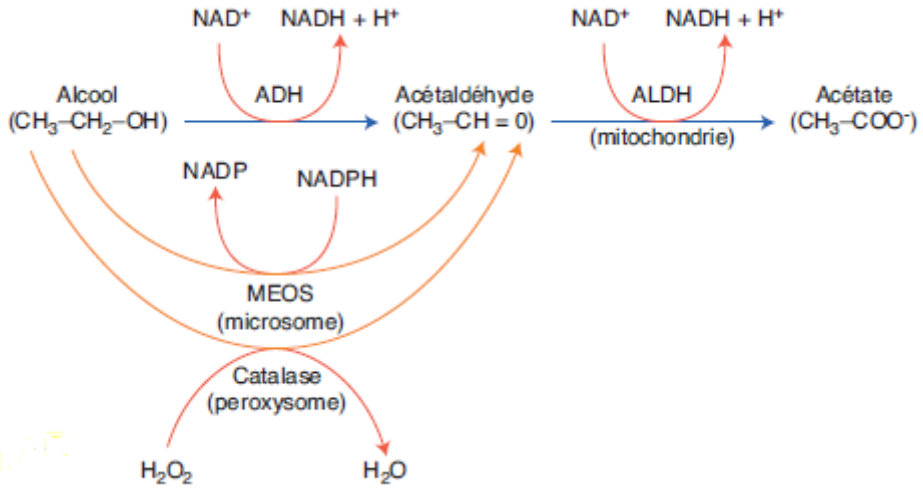
- ***Eye Opener :*** évalue les conséquences de la consommation, notamment le fait de devoir boire le matin pour ne pas se sentir mal : « Vous est-il déjà arrivé de prendre un verre en vous levant pour calmer vos nerfs ou vous débarrasser d'une « gueule de bois » ? »
Réponse positive = 1 point
Il existe très probablement une consommation à risque pour le fœtus à partir d'un score de 2 points.

1.2 Devenir de l'alcool dans l'organisme et conséquences sur le développement embryonnaire

1.2.1 Métabolisme de l'alcool

Dans l'organisme adulte, l'éthanol (CH_3CH_2OH) ingéré est absorbé au niveau de l'estomac et franchit toutes les barrières par un mécanisme de diffusion passive. Il est ensuite métabolisé principalement dans le foie (et minoritairement dans l'estomac, le pancréas, le cerveau) par des mécanismes d'oxydation.

Figure 4 - Métabolisme de l'alcool
NAD : Nicotinamide adénosine dinucléotide ; NADH : NAD hydrogéné ; ADH : aldéhyde déshydrogénase ; ALDH : acétaldéhyde déshydrogénase ; MEOS : microsomal ethanol oxidizing system ; NADP : NAD phosphate ; NADPH : NADP hydrogéné
D'après Métabolisme de l'alcool ***(15)***



La première étape consiste en une transformation de l'alcool en acétaldéhyde, par trois voies métaboliques distinctes. La voie principale du métabolisme de l'alcool passe par l'alcool déshydrogénase (ADH) une enzyme permettant l'oxydation de la molécule d'éthanol via l'utilisation de NAD^+. L'utilisation du NAD^+, disponible en quantité limitée, aura pour conséquence de retarder l'oxydation des lipides et favorisera la stéatose hépatique et les dyslipidémies. Le système de transformation du pyruvate en lactate, permettant la

réoxydation du NADH en NAD^+, sera très sollicité, conduisant à une augmentation des lactates et donc à l'acidose.

En parallèle le système MEOS (microsome) utilise le NADPH et libère au passage des radicaux libres de l'oxygène (RLO) responsables d'une augmentation de la toxicité hépatique et d'un stress oxydatif. La voie des catalases (peroxysome) quant à elle n'est que rarement mise en jeu dans des conditions physiologiques et dépend entre autres de la disponibilité en peroxyde.

Ces trois voies concourent à produire l'acétaldéhyde qui sera le principal toxique pour l'organisme. Outre son caractère carcinogène, il est tenu responsable des effets neuropsychiatriques de l'alcool et de ses conséquences (« gueule de bois »).

C'est l'acétaldéhyde déshydrogénase (ALDH) qui permet de détoxifier l'organisme en oxydant l'acétaldéhyde en acétate. Ce dernier sera ensuite utilisé en partie dans le cycle de Krebs pour produire de l'acétyl coenzyme A (AcétylcoA). (15)

Même si ces mécanismes de détoxifications sont efficaces chez un adulte ayant une consommation d'alcool raisonnable, ni l'embryon no le fœtus ne sont équipés de tels systèmes enzymatiques et subissent par conséquent une intoxication bien plus massive que la mère qui consommera de l'alcool, et ce pendant bien plus longtemps. En effet, le liquide amniotique constitue un réservoir d'alcool qui sera ingéré par le fœtus, et dont la clairance est bien plus faible que celle du sang de la mère, entretenant donc l'intoxication. (16)

1.2.2 Rappel de développement et conséquences de la consommation d'alcool

L'alcool est une petite molécule qui passe la barrière placentaire de façon passive pour aller dans le liquide amniotique. Sa concentration dans le sang fœtal sera dix fois supérieure à celle dans le sang de la mère du fait de mécanismes de détoxification encore immatures, et notamment l'équipement enzymatique, actif de façon très faible à partir du deuxième mois de la grossesse. (17)

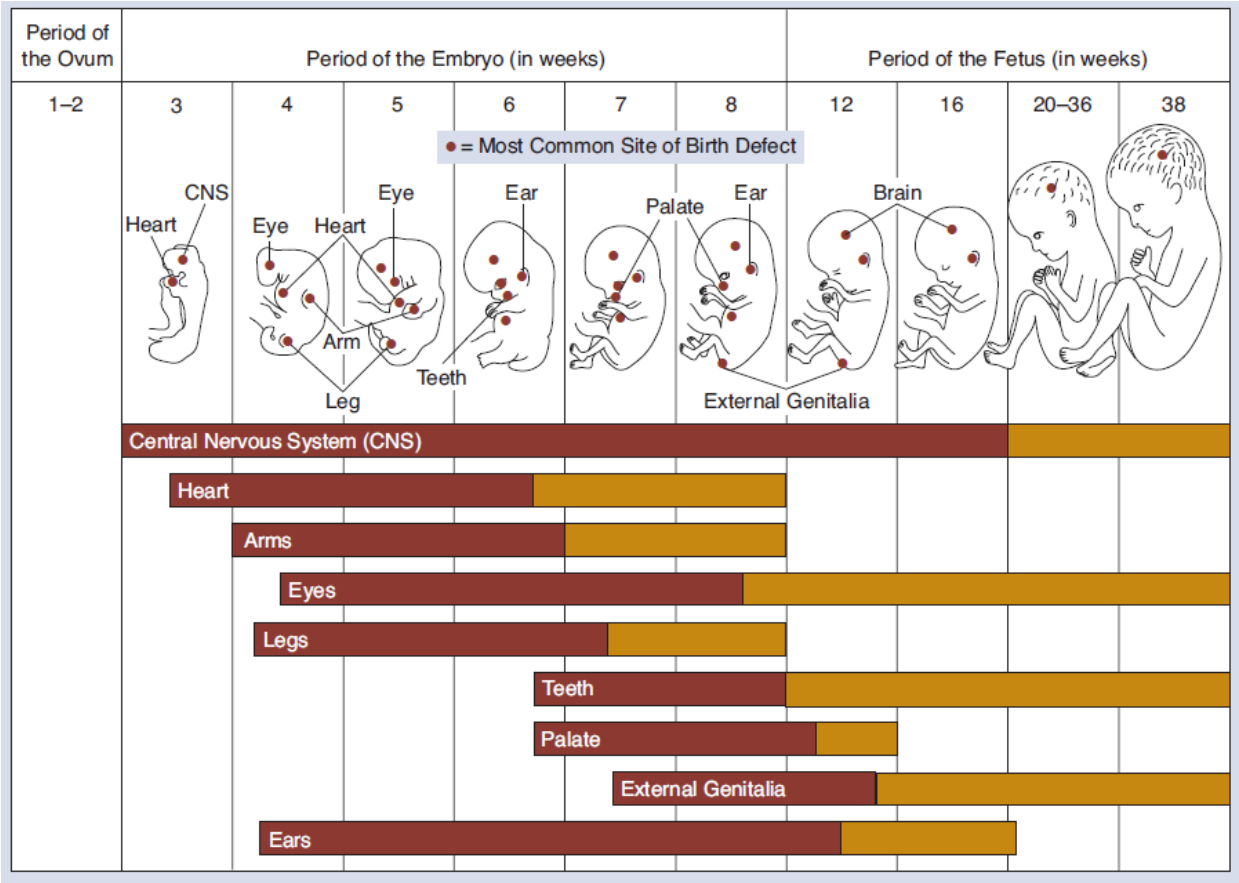
Pour comprendre toute l'étendue des effets de l'alcool sur le fœtus, il faut reprendre les étapes du développement embryonnaire et fœtal.

Les douze premiers jours du développement correspondent à la période implantatoire. Pendant cette période, l'avenir de la grossesse est soumis à la loi du « tout ou rien » : l'agent exogène, en l'occurrence l'alcool, entraine soit la mort embryonnaire, soit n'a pas d'effet sur l'embryon qui continue de se développer.

La période embryonnaire, qui s'étend du 13ème au 56ème jour, est celle de l'organogénèse. C'est à ce moment-là que se mettent en place tous les organes, et la présence d'un agent tératogène pourra entraîner des malformations variées selon le moment il a été consommé. Par exemple, des études sur l'animal montrent que des fœtus femelles peuvent subir des malformations génitales si elles sont exposées aux androgènes (hormone sexuelle mâle) aux environs de la 10ème semaine de gestation. (18) En revanche, un tératogène responsable d'anomalies de la fermeture du tube neural n'aura aucune conséquence si l'exposition a lieu après sa fermeture. (19)

Contrairement à d'autres tératogènes, l'alcool peut entraîner des malformations à tous les stades de l'organogénèse, et la typologie des malformations sera dépendante du moment de la consommation. *(Figure 4)*

Figure 5 - Vulnérabilité du fœtus aux malformations pendant les différentes périodes du développement.
La partie rouge des barres représente la période la plus sensible du développement, pendant laquelle les effets tératogènes sur les organes nommés résulteraient en des anomalies structurelles majeures chez l'enfant. La partie jaune des barres représente la période du développement durant laquelle les malformations physiologiques et les anomalies structurelles mineures peuvent apparaître.
D'après Critical Periods for Prenatal Alcohol Exposure (18)



Une consommation au début de la grossesse, lors de la période embryonnaire pourra donc entrainer des anomalies aussi variées qu'une dysmorphie crânio-faciale, des malformations des organes, une microcéphalie…

Après l'organogénèse vient la période fœtale, lorsque tous les organes sont pratiquement formés. Lors de cette période, qui s'étend du 57ème jour à l'accouchement, les organes vont croître, maturer et finir de se différencier pour devenir opérationnels. Les agents exogènes, dont l'alcool, peuvent interférer avec la maturation et avoir des effets foetotoxiques. Il n'y aura à ce stade plus de malformations spécifiques d'organes, mais la toxicité sera beaucoup plus semblable à celle qu'on observe chez l'adulte. (19)

Dans une étude conduite en 1999, les chercheurs Day et al. ont cherché à mettre en évidence un lien entre la consommation d'alcool pendant la grossesse et les mensurations des enfants à dix ans. Il existe une relation significative entre l'exposition prénatale à l'alcool et un poids plus faible des enfants, et ce pour une exposition à n'importe quel trimestre de la grossesse. Cependant cet effet sur le poids est maximal au deuxième trimestre de la grossesse. La consommation d'alcool est aussi prédictive d'une plus petite taille avec un effet maximal quand l'exposition a lieu au premier trimestre. Une consommation à ce moment-là est également prédictive d'un périmètre crânien plus faible. Les chercheurs ont également mesuré l'épaisseur du pli cutané pour mettre en évidence qu'il était plus faible lors d'une consommation au troisième trimestre.

Il existe une réduction du nombre de cellules embryonnaire lors d'une exposition tôt dans la grossesse, ce qui explique la diminution de la taille et du périmètre crânien, alors qu'une exposition plus tard lors du développement entraine une réduction de la taille des cellules, ce qui entraine un poids plus faible. Ensuite, au troisième trimestre, on observe en temps normal un dépôt de gras dans les cellules du fœtus. L'exposition à l'alcool à cette période altère l'adiposité et donc le pli cutané. (20)

On constate donc qu'en théorie, une consommation à un moment précis de la grossesse peut avoir des conséquences sur l'enfant à naître, et ce même si la consommation globale pendant la grossesse est faible. (21)

1.2.3 Mécanisme de toxicité

1.2.3.1 Toxicité par induction de l'apoptose

L'alcool agit sans spécificité sur plusieurs récepteurs dont le récepteur Acide Gamma aminobutyrique A ($GABA_A$), délivrant des potentiels d'action inhibiteurs. Il bloque le récepteur Acide N-méthyl-D-aspartique (NMDA) au glutamate, qui délivre des potentiels

d'action excitateurs. L'inhibition de libération de glutamate et l'augmentation de libération du GABA a pour conséquences une activation des mécanismes d'apoptose. (22) Ce phénomène sera crucial à partir du sixième mois de grossesse en induisant une neurodégénérescence, et particulièrement dans des cas d'alcoolisations massives avec pic d'alcoolémie élevé. (11)

Par ailleurs, la libération de RLO entraine un stress oxydatif au niveau des cellules fœtales. Leurs enzymes antioxydantes étant immatures, cela les rend d'autant plus sensibles et provoque des dommages sur l'acide désoxyribonucléique (ADN) cellulaire et mitochondrial, favorisant également l'apoptose. Une autre conséquence du stress oxydatif sera la diminution de la production de NO (monoxyde d'azote), entrainant une vasoconstriction et donc une diminution des échanges d'oxygène avec le fœtus (16)

Comme vu précédemment, l'alcool est métabolisé par l'ADH en acétaldéhyde. L'ADH est aussi l'enzyme qui permet la transformation du rétinol en acide rétinoïque, élément majeur de l'embryogénèse et de la différenciation cellulaire. La compétition entre l'alcool et le rétinol entraine une diminution de la formation d'acide rétinoïque, pourtant essentiel dans le développement des vertébrés. Son déficit entraine l'apoptose des cellules de la crête neurale et des anomalies de la migrations cellulaire. (23)

L'adhésion cellule-cellule neuronales sera également perturbée par l'éthanol, qui affecte directement les protéines d'adhésion cellulaires CAM (et notamment CAM*L1*) et influence leur expression génique. (16)

L'acétaldéhyde passe dans le sang du fœtus et exerce sa toxicité comme chez l'adulte. Il passe la barrière hémato encéphalique (BHE) et interfère avec les étapes de multiplication cellulaire cérébrale, de migration neuronale et de synaptogénèse. La conséquence sera également la mort cellulaire neuronale. (23)

On constate donc que le système nerveux central est la cible de prédilection de l'alcool et de ses métabolites, la conséquence principale étant la mort cellulaire. Quand l'apoptose touche les neurones sérotoninergiques, ce qui est souvent le cas en cas d'intoxication à l'éthanol, on peut observer lors du développement chez les enfants un taux plus bas de sérotonine et des taux plus élevés de dopamine, rappelant les signes biologiques des troubles déficitaires de l'attention et hyperactivité (TDAH). C'est ce qui est observé chez les enfants atteints du Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF), qui présentent souvent une hyperactivité et des troubles de l'attention.

L'apoptose est également responsable des dysmorphies et critères faciaux reconnaissables chez le nouveau-né quand elle touche les cellules de la crête neurale. (16)

1.2.3.2 L'épigénétique

L'épigénétique décrit le processus selon lequel l'environnement impacte l'expression des gènes. Cela peut être le résultat de méthylation de l'ADN (modification de l'expression des gènes via une méthyltransférase), qui peut être activateur ou inhibiteur de la transcription des gènes, ou d'une modification des histones qui rendent la chromatine et l'ADN plus ou moins accessible pour la transcription.

Lors du développement du système nerveux central, chaque tissu a son modèle spécifique de méthylation, ce qui leur permet de se différencier. La consommation d'alcool pendant le développement affecte la méthylation des gènes et donc leur expression, par exemple en augmentant la durée du cycle cellulaire. Ce mécanisme peut être un de ceux par lequel l'alcool altère le développement du cerveau. (24)

1.3 Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale

1.3.1 Définitions et prévalence des troubles liés à l'alcoolisation fœtale

En 1968, Paul Lemoine, un pédiatre nantais, et son équipe font partie des premiers à décrire précisément les effets de l'alcool sur les nouveau-nés. Une étude conduite sur 127 enfants a permis de constater un spectre d'anomalies similaire chez les enfants nés de mères alcooliques : ce sont des enfants au faciès très particulier, avec une hypotrophie staturo-pondérale, une fréquence élevée de malformations et chez qui on retrouve fréquemment un retard psycho-moteur. (25)

Depuis ces premières observations, de nombreux chercheurs ont essayé de qualifier et de quantifier ces troubles, pour les regrouper sous le terme d'« Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale » (ETCAF) ou « *Fetal Alcohol Spectrum Disorder* » (FASD). Cette appellation a été choisie en raison du caractère polymorphe des troubles, chaque nouveau-né né de mère ayant consommé de l'alcool ayant un panel de troubles différent.

Le terme « Syndrome d'alcoolisation fœtale » a été proposé en 1973 par Jones et Smith pour décrire les caractéristiques d'enfants nés de mères ayant consommé de l'alcool pendant la grossesse et regroupe quatre éléments principaux : retard de croissance, dysmorphies crânio-faciales, malformations congénitales et déficits cognitifs et comportementaux. Le SAF décrit l'atteinte la plus sévère, et il peut être complet ou partiel.

En France l'incidence du SAF complet est estimée à 0,5 à 3 naissances pour mille, et l'ETCAF, qui décrit un éventail d'effets beaucoup plus large concernerait 9 naissances pour mille. (26) Pour comparaison, un des taux les plus alarmants est observé en Afrique du Sud où l'incidence du SAF est estimée à 68 à 89,2 naissances sur mille. (14)

A l'occasion de la Journée Mondiale de sensibilisation au SAF du 9 septembre 2018, Santé Publique France a publié pour la première fois une estimation nationale des troubles causés par l'alcoolisation fœtale chez les nouveau-nés. L'étude a recueilli les résumés de sortie anonyme (RSA) des séjours dans les hôpitaux du territoire français et d'outre-mer entre 2006 et 2013, et analysé ceux dont le dossier médical incluait les codes « Syndrome d'alcoolisation fœtale avec dysmorphie » (SAF) ou « Fœtus et nouveau-nés affectés par l'alcoolisme de la mère » (Troubles neurodéveloppementaux liés à l'alcool). L'objectif était de décrire la fréquence de ces codes à la naissance et dans le premier mois de vie. Dans l'étude, ces deux catégories sont regroupées sous le terme de Troubles causés par l'alcoolisation fœtale (TCAF).

Sur la période étudiée, 3207 enfants ont présenté un TCAF, soit 0,48 cas pour 1000 naissances, dont 0,07 cas sur mille naissances vivantes étaient codifiés SAF, et 0,41 cas sur mille présentaient des troubles neurodéveloppementaux liés à l'alcool.

Cette étude de données a permis de mettre en évidence une fréquence plus élevée des enregistrements dans certaines régions : La Réunion présente un taux cinq fois plus élevé de codifications SAF que la moyenne du territoire (0,36 cas pour mille naissances) et une fréquence plus élevée des troubles neurodéveloppementaux (0,86 cas pour mille naissances). C'est également le cas pour la Haute-Normandie avec une prévalence des codifications SAF de 0,21 cas pour mille naissances et des troubles neurodéveloppementaux chez 1,02 cas pour mille naissances. Le Nord-Pas-De-Calais suit la même tendance.

Au contraire, en Corse et en Franche-Comté aucun cas de SAF n'a été déclaré. Sa prévalence est également très faible (0,01 cas pour mille naissances) en Pays-De-La-Loire. (27)

Malgré un nombre d'études récentes de plus en plus important, il est difficile d'obtenir des chiffres précis devant la grande variabilité des signes et la difficulté de détecter les

symptômes d'alcoolisation fœtale à la naissance et dans les premiers mois de la vie. En effet, la majeure partie des signes neurodéveloppementaux ne se manifeste que beaucoup plus tard dans l'enfance. (26) Le SAF complet concernerait en France environ 700 à 2000 nouveau-nés par an. (21)

1.3.2 Prématurité et retard de croissance

La consommation d'alcool pendant la grossesse semble avoir un impact sur la prématurité des nouveau-nés avec une augmentation des cas de prématurité en cas de maintien de la consommation d'alcool durant la grossesse. C'est ce que montrent plusieurs études, (9) (28), bien qu'il existe de nombreux facteurs confondants (consommation de tabac, d'autres toxiques). Toutain et son équipe ont montré qu'il existe 30% de risque de donner naissance à un enfant prématuré (né à moins de 37 semaines d'aménorrhée) en cas de maintien de la consommation d'alcool quotidienne ou occasionnelle pendant toute la grossesse contre 20% en cas de diminution de la consommation (sans précision des niveaux de consommation ou des moments d'arrêt ou diminution).(28) En comparaison, le taux de naissances prématurées en moyenne en France est d'environ 7,4% ce qui correspond à environ 60 000 naissances par an. On observe donc que la diminution de la consommation d'alcool n'est pas suffisante pour observer un taux de prématurité normal. (29)

Cependant, d'autres études ne mettent pas en évidence de différence statistiquement significative dans le taux de prématurité. (3) On comprend d'ores-et-déjà avec cet exemple la difficulté de faire la liste des troubles imputables à l'alcool.

Chez les enfants nés de mère ayant consommé de l'alcool pendant la grossesse, on observe également un retard de croissance intra-utérin (RCIU) homogène qui touchera proportionnellement la taille, le poids et le périmètre crânien. (26) On constate des

mensurations médianes plus faibles, un périmètre céphalique plus faible témoin d'une microcéphalie (d'après Houchi, plus de 80% des enfants nés avec un SAF ont une microcéphalie) (26), (28), et un faible poids de naissance même en tenant compte de l'âge gestationnel (22), (30). D'après la description de Lemoine en 1968, les nouveau-nés atteints d'un SAF ne prennent pas plus de 3,5 kg la première année, et connaissent une hypotrophie globale qui persiste dans les deux premières années de leur vie, avec une taille inférieure de 10 cm à la moyenne et un poids plus faible d'au moins 2 kg. (25)

1.3.3 Syndrome de sevrage du nourrisson

Le terme « syndrome de sevrage du nourrisson » est utilisé en général pour décrire le sevrage aux opiacés. Cependant, la physiopathologie étant relativement similaire à celle du sevrage à l'alcool, ce terme est aussi communément utilisé pour décrire l'ensemble des symptômes dont sera victime le nouveau-né après l'accouchement en lien avec l'arrêt brutal de l'exposition à l'alcool. Ce syndrome intervient lorsqu'il existe une intoxication chronique à l'alcool. Comme chez l'adulte, l'organisme du nourrisson s'habitue à l'exposition à l'alcool et développe une dépendance. Lorsqu'il en est privé après l'accouchement, un ensemble de manifestations peuvent apparaître dans les 24 à 48 premières heures de sa vie.

Le score de Lipsitz, un des principaux critères de diagnostic du syndrome de sevrage (31) décrit plusieurs symptômes : trémulations, agitation, pleurs inconsolables, mouvements de type convulsif, irritabilité, cris excessifs, troubles du sommeil, tonicité et réflexes augmentés, selles liquides et vomissements avec risque de déshydratation, mauvaise succion, lésions cutanées de frottement (rougeurs des genoux et coudes, érosions…), fréquence respiratoire augmentée, éternuements répétés, bâillements, fièvre. (32)

Toutain montre dans une publication de 2010 que 59% des enfants nés de mères n'ayant pas modifié leur consommation d'alcool (consommation régulière ou occasionnelle) ont présenté des signes de sevrage, d'intensité plus ou moins importante. Dans la plupart des cas, les symptômes disparaissent en environ une semaine. (28)

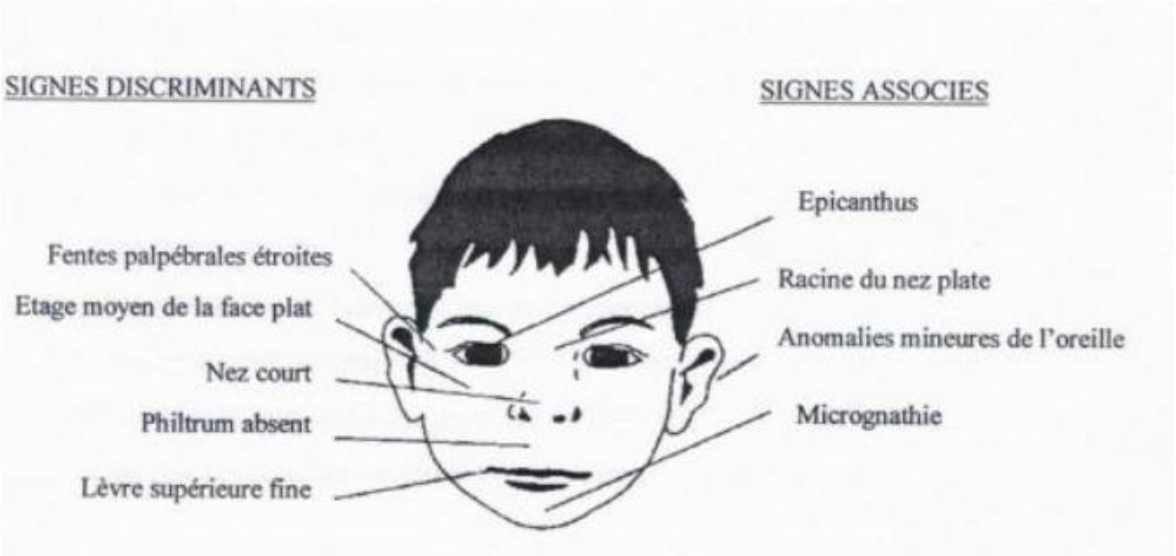
1.3.4 Troubles physiques

1.3.4.1 Dysmorphies crânio-faciales

Les dysmorphies crânio-faciales font partie des signes les plus spécifiques de l'alcoolisation fœtale. On retrouve en effet un ensemble de caractéristiques bien particulières, constatées par Lemoine en 1968 quand il écrivait « les enfants se ressemblaient comme des frères ». (25)

Des signes discriminants peuvent être observés. Ces signes, quand ils sont présents, témoignent de la consommation d'alcool maternelle pendant la grossesse et sont donc utiles au diagnostic : le massif facial médian est plat, les fentes palpébrales (distance du coin interne au coin externe de l'œil) sont étroites, le philtrum (fossette entre le nez et la lèvre supérieure) est lisse et bombé et la lèvre supérieure fine.

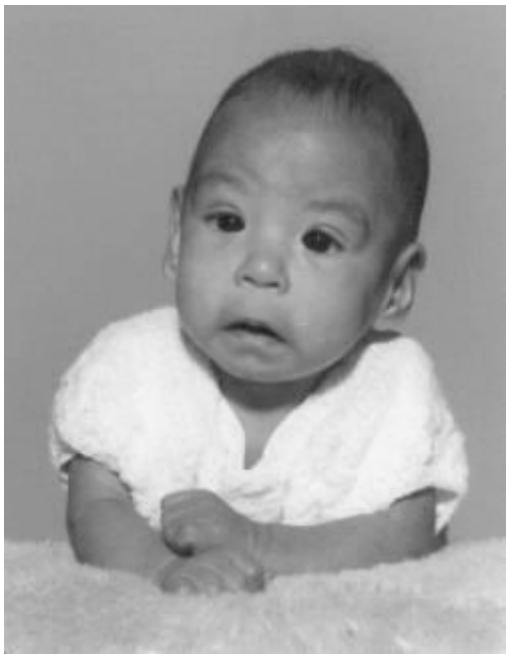
Figure 6 - Caractéristiques faciales particulières chez l'enfant atteint du SAF
D'après A Longterm Perspective of FAS ***(33)***



D'autres signes peuvent être associés : front bombé et étroit, fosses temporales profondes, implantation basse des cheveux, épicanthus (repli cutané de l'angle interne des yeux), hypertélorisme (augmentation de la distance entre les deux yeux), racine du nez plate, nez court et retroussé, oreilles décollées et mal ourlées, bassement implantées, bouche large, micrognathie (menton petit et en retrait), hirsutisme. Il est possible chez ces enfants d'observer une fente labiopalatine, un ptosis (abaissement de la paupière supérieure), un strabisme.(9) (11) (22) (23)

Figure 7 - Nouveau-né de 38 semaines d'aménorrhée *pesant 1800g, présentant une dysmorphie faciale complète dépistée en anténatal. La mère est une alcoolique chronique de 37 ans. - A. Vue de face B. Vue de profil*
D'après Alcool et grossesse ***(23)***

Figure 8 - Photo d'un enfant de 4 mois avec un SAF
D'après Fetal Alcohol Spectrum Disorders : An Overview ***(34)***



Bien entendu, tous les enfants exposés à l'alcool pendant la grossesse ne présenteront pas ces signes, mais les enfants nés avec un SAF complet présenteront au moins les signes discriminants, ce qui leur confèrera un faciès typique pendant les deux premières années de leur vie. (26)

1.3.4.2 Malformations

L'alcool est un tératogène majeur, et l'exposition au premier trimestre peut être à l'origine de diverses malformations congénitales :

- Sphère cardiaque, lors d'une exposition entre la troisième et la huitième semaine (18) : communication interventriculaire, communication interauriculaire, tétralogie de Fallot, atrésie pulmonaire à septum ouvert. (23) Les malformations cardiaques concernent 10 à 20% des enfants atteints d'un SAF. (9)
- Sphère urogénitale : hypoplasies ou aplasies rénales, hydronéphrose, duplication ou clitoromégalie, hypoplasie des grandes lèvres, hypospadias, cryptorchidie. (23) Les

malformations rénales sont difficiles à quantifier car elles sont le plus souvent asymptomatiques et donc révélées tardivement. (9)

- Squelettiques : thorax en entonnoir, anomalies vertébrales, défaut de fermeture du tube neural, anomalies des phalanges, polydactylie, arthrogrypose, camptodactylie, syndactylie, synostose radio-cubitale, pied et main bots, hypoplasie des ongles (23)
- Viscérale : hernie du diaphragme, sténose du pylore, hépatomégalie, artère ombilicale unique (23) (25)
- Oculaires : hypoplasie du nerf optique, vaisseaux rétiniens tortueux, microphtalmie, cataracte, opacité cornéenne, rétinite pigmentaire (9) (23) (25)
- Ouïe et système vestibulaire : perte d'ouïe, dysfonction vestibulaire (16)

Le système nerveux central, lui, peut être la cible de l'alcool et de ses métabolites toxiques tout au long du développement : anomalies de la fermeture du tube neural, élargissement des ventricules, hypoplasie du corps calleux, hydrocéphalie, microcéphalie, troubles de la migration neuronale, hypoplasie cérébrale, diminution de la matière blanche par rapport à la matière grise, réduction de la taille du cervelet, anomalies de l'hippocampe. (16) (23)

L'étendue du spectre des troubles du système nerveux central peut expliquer la diversité des troubles neurodéveloppementaux et comportementaux qui touchent les enfants exposés à l'alcool *in utero.*

1.3.5 Troubles neurodéveloppementaux

1.3.5.1 Troubles des fonctions motrices

Les nouveau-nés atteints du SAF connaissent souvent un retard moteur, plus ou moins marqué selon l'exposition. A la naissance et lors de la petite enfance, ils présentent un tonus musculaire bas, des troubles de l'équilibre et une atteinte de la motricité fine ce qui entrave

l'apprentissage de la marche. En conséquence, ils tiennent en général leur tête à six mois, s'assoient à un an et marchent à 20 mois. Des troubles de la coordination oculomotrice ralentissent encore l'apprentissage. Ils connaissent également des difficultés de succion (causées ou non par un syndrome de sevrage) ce qui rend l'alimentation difficile. (9) (35)

1.3.5.2 Troubles cognitifs

L'alcoolisation maternelle est la première cause évitable de retard mental non génétique. Chez les enfants exposés à l'alcool *in utero,* il existe dans la majorité des cas un retard mental léger à modéré. La baisse du quotient intellectuel (QI) est observée dans 80% des cas de SAF avec une moyenne d'environ 65 et dépassant rarement 70. (9)

L'apprentissage du langage verbal et de l'élocution est retardé chez ces enfants qui parleront très tard. On constate aussi des troubles de la concentration, de la mémoire et des difficultés dans les compétences visuo-spatiales et pour le raisonnement abstrait.

L'ensemble des troubles cognitifs, souvent proportionnels aux dysmorphies crânio-faciales, expliquent que les enfants ayant été exposé à l'alcool connaissent des difficultés d'un point de vue scolaire et dans l'apprentissage. Les mathématiques et la lecture sont bien plus compliqués pour eux que pour les autres enfants. (9) (22) (23) (36)

1.3.5.3 Troubles comportementaux

Un éventail très large de troubles comportementaux peut apparaître à des degrés variables chez les enfants exposés à l'alcool. La difficulté diagnostique réside dans le fait qu'un enfant exposé à l'alcool pendant la grossesse pourra n'avoir aucun trouble physique et présenter des anomalies comportementales très discrètes (en cas de faible consommation par exemple) qui pourront passer inaperçu et qui seront mises en évidence bien plus tard dans l'enfance. Or la prise en charge précoce de ces enfants d'un point de vue comportemental permet de limiter en partie les conséquences à long terme.

Les nouveau-nés sont agités, caractéristique qui persiste dans la petite enfance et l'enfance et se traduit par une hyperactivité avec des troubles de l'attention et des difficultés pour terminer une tâche. Ce sont des enfants qui connaissent des problèmes de conduite, ils ignorent les codes sociaux, sont irritables voire colériques, bagarreurs et impulsifs. Sont décrit également une tendance aux mensonges et aux vols, et une incapacité à prendre conscience des conséquences de leurs actes. (9) (22) Ces problèmes de conduite entravent la sociabilisation et engendrent des mauvaises relations avec les enfants du même âge. (36)

Au quotidien, ils connaissent des troubles de l'humeur, de l'alimentation et du sommeil aggravants le reste de leurs difficultés, renforcé encore par le fait qu'ils n'ont aucune capacité d'adaptation. (22)

En outre, il faut rappeler que les enfants les plus sévèrement atteints naissent de mères alcooliques chroniques, et que l'attachement mère-enfant est souvent altéré voire inexistant. Ces enfants connaissent un parcours chaotique, autant sur le plan scolaire que familial, avec de nombreux modes de garde et parfois de la maltraitance, et sont placés le plus souvent dans des familles d'accueil en dehors de leur famille biologique. (9)

1.3.6 Classification

S'il est relativement aisé de reconnaître un nouveau-né atteint d'un SAF complet, les critères discriminants de la dysmorphie crâniofaciale étant pathognomoniques de l'exposition à l'alcool pendant le développement, il est plus difficile d'entrevoir les signes de l'alcoolisation fœtale à la naissance lorsque l'enfant ne présente qu'une partie voire aucune des caractéristiques physiques et neurocomportementales retrouvées classiquement. Pour autant, ces enfants nécessitent une prise en charge et un suivi rapproché pour limiter les conséquences de cette alcoolisation fœtale. Devant l'étendue des troubles causés par

l'alcoolisation fœtale et devant la variabilité des degrés d'atteinte des enfants exposés, il est vite devenu nécessaire de classer les différents profils-type en fonction du degré de troubles et de l'exposition fœtale.

Dehaene et coll. en 1981 (37) font partie des premiers à proposer une classification tenant compte des différents degrés d'atteinte des enfants exposés. Ils classent le SAF en quatre catégories (de I à IV), selon la gravité des troubles. Le SAF de type I regroupe les enfants présentant un ou deux traits de la dysmorphie caractéristique. Les enfants atteints du SAF de type II présentent quatre signes dysmorphiques caractéristiques : rétrécissement des fentes palpébrales, écrasement de la racine du nez avec retroussement de l'extrémité, philtrum indistinct et convexe, hypoplasie de la mâchoire inférieure. Le SAF de type III concerne les enfants atteints d'une dysmorphie importante dite « caricaturale », avec retard de croissance et réduction du périmètre crânien (au moins 2,5 écarts-types), ainsi que d'autres malformations. On parle de SAF de type IV lorsqu'un enfant nait de mère alcoolique et est suspecté à la naissance de dysmorphies, mais qu'il n'y a pas de confirmation ultérieure. (9)

Cette classification tient compte uniquement des caractéristiques physiques des enfants, ce qui la rend incomplète : de nombreux enfants nés de mères ayant consommé de l'alcool ne présentent aucune anomalie physique mais des troubles cognitifs et comportementaux. Ces effets sont regroupés sous le terme d' « *Alcohol related neurodevelopmental disorders* » (ARND). (22)

L'Institut de la Médecine américain (aujourd'hui Académie Nationale de Médecine des Etats-Unis) a proposé en 1996 une classification des syndromes en rapport avec une alcoolisation fœtale, validée en 2001 par l'Académie Américaine de Pédiatrie. (22) Cette classification propose cinq profils différents, trois sont des SAF et deux sont des profils incomplets corrélés à l'exposition à l'alcool.

Tableau III - Classification des syndromes en rapport avec une alcoolisation fœtale
ARBD : Alcohol Related Birth Defects ; ARND : Alcohol Related Neurodevelopmental Disorders
D'après Syndrome d'alcoolisation fœtale ***(22)***

TYPE	1	2	3	4	5
Définition	SAF avec exposition fœtale confirmée	SAF avec exposition non confirmée	SAF partiel	ARBD	ARND
Exposition à l'alcool *in utero* confirmée	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
Dysmorphie faciale	Oui	Oui	Non	Non	
Retard de croissance	Oui	Oui	Oui ou non		Non
Anomalies du SNC	Oui	Oui	Oui ou non	Oui	
Troubles cognitifs			Oui ou non		Oui
Malformations					Oui

Le SAF avec exposition fœtale confirmée regroupe l'ensemble des troubles : une dysmorphie faciale complète avec des signes discriminants et certains signes associés, un retard de croissance et des anomalies du système nerveux central avec difficultés neurodéveloppementales. L'élément essentiel de cette catégorie est la consommation maternelle excessive qui doit être avérée, que ce soit sous forme de consommation régulière ou d'alcoolisations ponctuelles importantes.

Le SAF avec exposition non confirmée décrit les mêmes caractéristiques, sans confirmation de l'exposition de la mère à l'alcool.

Les enfants classés dans la catégorie SAF partiel ne présentent pas de dysmorphie faciale mais présentent soit un retard de croissance, soit des anomalies du système nerveux central (SNC) soit des troubles cognitifs ou comportementaux.

Les deux dernières catégories décrivent ce qu'on appelle les « *Alcohol Related Effects* » (ARE), connus sous le nom d'ETCAF en France, et regroupent les effets pour lesquels il

existe des notions bien documentées d'un lien avec l'exposition à l'alcool *in utero.* Elles correspondent à des formes atténuées du SAF. La première catégorie, les « *Alcohol related birth defects* » (ARBD), regroupe les enfants qui présentent des malformations congénitales liées à l'alcool, sans aucune dysmorphie faciale. La seconde catégorie regroupe les troubles neurodéveloppementaux liés à l'alcool, et concerne les enfants présentant des anomalies cognitives et comportementales liées à l'alcool. (22)

Dans toutes les classifications, le SAF est la manifestation la plus extrême de l'exposition du fœtus à l'alcool. Houchi le décrit comme « la partie visible de l'iceberg », le retentissement de l'exposition pouvant être très variable selon le tableau, la gravité de l'atteinte dépendant de la quantité absorbée, du stade de la grossesse, et des sensibilités individuelles. (26) Dans de nombreux cas, le diagnostic est souvent différé voire manqué, empêchant une prise en charge adaptée et conduisant à des adolescents et adultes dépendants, qui ne peuvent pas s'adapter au système.

1.4 Evolution à l'adolescence et à l'âge adulte

1.4.1 Des troubles physiques

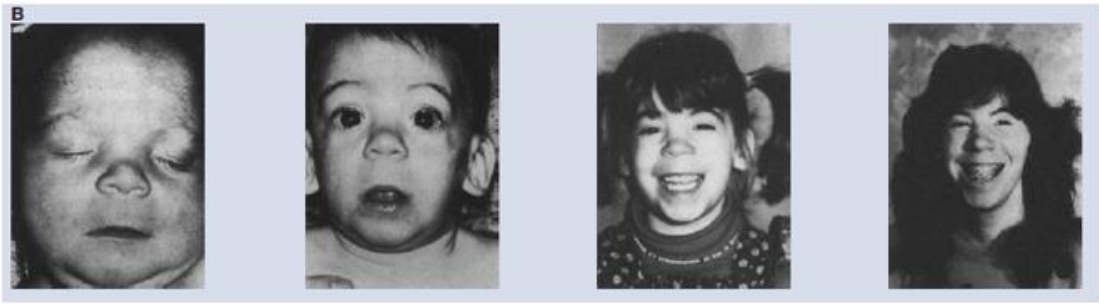
Lorsque les enfants grandissent, les caractéristiques physiques du SAF sont modifiées et s'atténuent. Le retard de croissance devient moins évident, chez les hommes il existe un rattrapage structural progressif, mais les femmes restent globalement plus petites. Le poids moyen est toujours inférieur d'1,5kg. La moitié des microcéphalies disparaissent. (11) (22) (25)

Il existe une disparition progressive des dysmorphies crâniofaciales mais le visage est allongé, le nez est saillant et hypertrophique et le menton est massif et en arrière. (23)

S’il existait un strabisme, une camptodactylie, une hypoplasie du nez ou des anomalies de la dentition, ils persistent en général. (11)

Figure 9 - L'évolution des morphologies faciales de patients SAF, de l'enfance à l'adolescence
D’après A Longterm Perspective of FAS ***(33)***

A*. Patient diagnostiqué SAF à la naissance, à 5, 10 et 14 ans. En grandissant, son nez est devenu hypertrophique mais reste plat. Le philtrum est lisse.*



B*. Jeune fille diagnostiquée à la naissance, à 9 mois, 5 et 14 ans. Son fonctionnement intellectuel est retardé, et les fentes palpébrales restent étroites, le philtrum long et plat, et la lèvre supérieure fine.*

C*. Jeune femme diagnostiquée à 4 ans, elle a à 19 ans un QI de 85 à 90. Les dysmorphies faciales ont évolué en un faciès presque normal.*

A l’âge adulte, les dysmorphies crâniofaciales sont atténuées et sont moins invalidantes que les troubles psychiques qui se développent et persistent. (26)

1.4.2 Des troubles neurocomportementaux

1.4.2.1 Troubles cognitifs

Les troubles cognitifs développés pendant l'enfance persistent. Les capacités d'apprentissage, de mémoire, visuo-spatiales, le contrôle moteur restent perturbés.

Le retard mental persiste avec un QI inférieur à 75 lorsque le SAF est grave, ce qui entraîne des troubles de la scolarité voire un abandon complet du système scolaire. Les adultes n'ont souvent pas de métier stable. Il existe un trouble à la prise de décision complexe, notamment dans certains cas où la décision implique la mémorisation de données antérieures. (9) (22)

Dans les cas de SAF grave, seuls 4% des adultes sont tout à fait autonomes, la majorité étant légèrement à complètement dépendants. (11) (22)

1.4.2.2 Troubles comportementaux

Comme quand ils sont enfants, les adolescents et adultes atteints du SAF sont irritables, colériques et impulsifs, même dans les cas de SAF partiel. Ils sont agressifs et connaissent des difficultés pour sociabiliser. Leur difficulté à intégrer les règles et leur incapacité à anticiper les conséquences de leurs actes ont pour conséquence un taux plus haut de personnalité antisociale, et une augmentation des comportements délictueux (surtout si le QI est inférieur à 70, avec un taux plus haut que pour les cas de QI inférieur à 70 secondaires à d'autres étiologies). (36) Ils ont souvent des comportements sexuels à risque ou inappropriés (40% des patients atteint d'un SAF âgés de plus de 21 ans ont connu des troubles du comportement sexuel), ou sont délinquants ce qui les conduit à des problèmes judiciaires voire à la prison. D'après Lejeune, 58% des plus de 21 ans ayant un SAF partiel ou complet ont eu des problèmes judiciaires. (9) (16) (22)

Par ailleurs, les problèmes de drogue et de comportements addictifs sont plus fréquents chez les adolescents et adultes atteints d'un SAF, et la moitié sera alcoolique. (23)

1.4.2.3 Troubles psychiatriques

A l'adolescence et l'âge adulte, des troubles psychiatriques peuvent se développer. On observe une augmentation de la fréquence des dépressions et suicides chez les patients atteints d'un SAF, qu'il soit complet ou partiel. La bipolarité est également plus fréquente chez ces patients. (16) (22)

1.5 Survenue des troubles et quantité d'alcool consommée

1.5.1 Notion d'unité d'alcool

L'apparition de troubles causés par l'alcoolisation fœtale dépend de plusieurs facteurs, notamment du moment de consommation pendant la grossesse, mais surtout des quantités consommées. Pourtant, il est difficile d'établir une relation claire entre volume et fréquence de consommation et conséquences. De plus, la notion de quantité consommée est subjective, chaque femme ayant sa propre notion du « occasionnellement », « souvent » … Pour estimer les quantités d'alcool consommées, il est judicieux de raisonner en nombre de verres bus.

En France, une consommation commandée dans un débit de boisson (bar, boîte de nuit…) contient une unité d'alcool, peu importe le type de boisson alcoolisée commandée, soit environ 10g d'alcool. C'est ce qu'on appelle un verre standard. Les boissons servies chez soi ou chez des amis, ainsi que certaines bières à fort degré alcoolique peuvent être plus concentrées en alcool. (38)

Figure 10 - Une unité d'alcool dans les débits de boissons
D'après Alcool Info Service ***(38)***

1.5.2 Consommations légères à modérées

Il n'existe pas dans la littérature de consensus sur les consommations d'alcool considérées comme faibles ou moyennes, mais la plupart des auteurs utilisent dans leurs études des consommations inférieure à sept verres par semaine et un verre par jour, ou 12g par jour et 84g par semaine. (39) (40) Certaines études décrivent même la consommation modérée comme inférieure à deux verres par jour. (13) (41)

Les effets d'une consommation faible à très faible sont assez peu étudiés, mais Henderson et coll. se sont intéressés en 2007 aux publications existantes. Sur huit études étudiant les effets d'une consommation légère, deux mettent en évidence un surrisque très léger de fausse-couche en cas de consommation faible. Il n'existerait ni d'association avec la mortinatalité, ni d'altération de la croissance, pour laquelle la consommation faible d'alcool serait même un facteur protecteur. Il en est de même pour la prématurité ; la consommation d'alcool en faible quantité n'aurait soit aucun effet, soit aurait un effet protecteur. Les résultats sont contradictoires quant au poids de naissance : il existe une augmentation du risque de plus petit poids de naissance quand la consommation est inférieure à 2,4g par jour

(RR=3,2) mais le risque diminue quand la consommation est comprise entre 2,4 et 6g par jour. D'autres études montrent au contraire un effet protecteur (RR=0,79) quand la consommation est de 12,24g par semaine.

Une explication aux phénomènes protecteurs de l'alcool à ces doses-là peut venir de ce qu'Henderson appelle le « healthy drinker effect » : les femmes ayant un historique obstétrique important (antécédents de fausses couches…) s'arrêtent plus facilement de boire pendant la grossesse, celles qui continuent à boire auraient moins de problèmes obstétriques ce qui conduirait à moins de prématurité, fausses-couches…On observerait donc moins de problèmes lors de la grossesse chez les femmes qui boivent de l'alcool en petite quantité. (30)

En 2010, la « Generation R Study », étude de cohorte de très grande envergure (elle a inclut 9778 mères et leur enfant à naître) sur toute une génération (de la vie fœtale à l'âge adulte), a cherché à montrer les effets de la consommation d'alcool pendant la grossesse, et notamment d'une consommation légère à modérée (moins de 12g par jour). Sur les caractéristiques fœtales étudiées (distance haut de la tête-fesses ou périmètre crânien, poids), et après élimination des facteurs confondants (facteurs socio-démographiques, style de vie…), aucune association statistiquement significative n'a pu être mise en évidence entre la croissance fœtale et la consommation d'alcool maternelle. (39)

Par ailleurs, les données sont également contradictoires lorsqu'on s'intéresse aux effets neurocomportementaux. Il n'existe pas de différence aux tests d'intelligence et d'attention entre les enfants de mères n'ayant pas consommé d'alcool et ceux dont les mères ont consommé un à quatre verres par semaine. Pourtant, les scores de comportements délinquants sont plus élevés quand les mères ont consommé plus d'un verre par semaine.

(16) On identifie des troubles de la lecture, de l'attention, de la mémoire, une impulsivité chez des enfants de mères ayant bu environ deux verres par jour. (13)

On comprend alors, devant ces résultats contradictoires, qu'il est très difficile, à ces quantités-là, d'avoir un aperçu des effets potentiels de la consommation d'alcool. Pourtant, la majorité des femmes qui continuent à boire pendant la grossesse ont une consommation modérée ou légère, voire très légère et ne boivent qu'occasionnellement.

1.5.3 Consommation importante et « binge drinking »

Lemoine recommandait dès 1968 l'abstinence complète, car il était possible d'observer dès deux verres par jour ou lors de consommations excessives ponctuelles des troubles cognitifs, un plus faible poids de naissance, un abaissement du QI, des troubles de la mémorisation et de l'apprentissage. (25)

Si l'on connait bien les effets de l'alcoolisation régulière en quantités importantes (SAF complets et partiels…), il est plus difficile de distinguer les effets des API ou « binge drinking » (plus de cinq verres pour une même occasion). La moitié des femmes rapportent un épisode d'API entre leurs dernières règles et le moment où elles ont appris leur grossesse. Pourtant, d'après la méta analyse d'Henderson et coll., le pic d'alcoolémie cause plus de dommages que la concentration moyenne à laquelle est exposée le fœtus. On observera des troubles neurodéveloppementaux avec un plus ou moins grand degré d'inhibition, une diminution du QI verbal et une augmentation des comportements délinquants chez les enfants nés de mères ayant connu des API pendant leur grossesse. (30)

Les API ont donc un effet tout aussi néfaste que les consommations régulières pendant la grossesse, sans qu'une dose seuil puisse être mise en évidence. (11)

1.5.4 Seuil de toxicité

Lorsque l'on parle de consommation d'alcool pendant la grossesse, plusieurs éléments sont connus de façon certaine. L'alcool est un tératogène massif qui peut avoir de nombreuses conséquences sur l'embryon et le fœtus, et ses effets sont bien plus larges que ceux décrits dans le SAF, les plus graves touchant le comportement, les compétences cognitives et le développement cérébral. (34)

A l'heure actuelle, malgré les centaines d'études parues sur le sujet, aucune ne donne de seuil fiable au-dessous duquel la consommation d'alcool pendant la grossesse est sans risque. (35) Quelques études définiraient cette limite à un verre par jour, mais sans aucune certitude car des effets ont pu être observés chez des enfants même avec des consommations de moins de 0,5 verre par jour. (13) Plus qu'une dose seuil franche, on parle plutôt d'un *continuum* d'effets fœtaux, avec des effets qui augmentent avec la consommation d'alcool. (22)

La seule dose seuil mise en avant aujourd'hui est donc la dose « zéro », ou l'abstinence complète pendant la grossesse, seul mode de consommation n'entrainant aucun risque de mettre au monde un enfant avec des troubles liés à la consommation d'alcool.

1.5.5 Facteurs de risque d'apparition de troubles liés à l'alcool

Si une femme qui consomme de l'alcool en quantité importante pendant sa grossesse a en moyenne une probabilité de seulement 5% de donner naissance à un enfant avec un SAF complet (26), il est observé que certains facteurs peuvent conférer aux futurs enfants une susceptibilité particulière pour l'ensemble des troubles liés à la consommation d'alcool, et ils sont le plus souvent liés à la mère.

Avoir plus de 30 ans au moment de la grossesse entraine une augmentation des concentrations en alcool dans le sang pour une dose ingérée équivalente, l'exposition est donc plus longue avec un pic plus important. Ceci est majoré si l'alcoolisme maternel est ancien et qu'il existe des dommages au foie. Par ailleurs, les poly intoxications (tabac, café, marijuana…) ou un niveau socio-économique plus faible (moins de consommation de fruits, légumes… et donc d'antioxydants) sont des facteurs de risque en cas de consommation d'avoir un enfant né avec des troubles liés à la l'alcool. En Afrique du Sud, la sévérité des phénotypes cliniques sont corrélés à la dénutrition maternelle, et notamment à une prise de poids faible pendant la grossesse. (16) (36)

Il existe au niveau de l'ADH, l'enzyme qui transforme l'alcool en acétaldéhyde, un polymorphisme génétique responsable d'une dégradation variable de l'alcool dans l'organisme. Les enzymes codées par le gène ADH1B sont plus efficaces dans les mécanismes de transformation de l'alcool, et notamment celles codées par les allèles ADH1B2 et ADH1B3 qui s'expriment chez les métaboliseurs rapides de l'alcool. Une étude de Viljoen et al. en 2001 a observé dans les groupes contrôles la présence plus fréquente de cet allèle par rapport aux groupes de femmes qui ont des enfants atteints d'un SAF. L'hypothèse est que la transformation en acétaldéhyde étant plus importante chez les groupes métaboliseurs rapides, ils subissent plus les effets désagréables de la consommation d'alcool. Ces femmes boiraient moins d'alcool, auraient donc des concentrations sanguines d'alcool plus faibles, entrainant en conséquence une diminution du risque d'apparition de TCAF. La présence de ces allèles pourrait donc être considérée comme un facteur « protecteur » de l'apparition d'ETCAF. (42)

Par ailleurs, si la mère a donné naissance lors d'une précédente grossesse à un enfant atteint d'un SAF, la probabilité est de 80% qu'elle donne à nouveau naissance à un enfant atteint d'un SAF si elle continue à boire. (11) Cela constitue donc le principal facteur de risque

d’apparition de troubles liés à l’alcool, et l’observation de la fratrie si elle existe peut être un indicateur du risque. Dans tous les cas, il est primordial d’essayer d’encadrer la mère et de l’aider dans son sevrage car il existera toujours un bénéfice à arrêter l’alcool peu importe le stade de la grossesse. (26)

PARTIE 2. Prévention de la consommation d'alcool pendant la grossesse et connaissances de la population générale

2.1 Comment prévient-on la consommation d'alcool pendant la grossesse en France ?

2.1.1 Les objectifs

Pour la Haute Autorité de Santé (HAS) la prévention « consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités ». On distingue la prévention primaire, qui agit en amont de la maladie ou incapacité, la prévention secondaire qui intervient à un stade précoce de son évolution, et la prévention tertiaire qui prévient le risque de récidive ou agit sur les complications. (43) Ce schéma de niveaux de prévention peut être appliqué pour éviter l'apparition ou le développement des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, le SAF et ses conséquences.

La prévention primaire consistera à informer la population et notamment les femmes en âge de procréer des risques encourus lors de la consommation d'alcool pendant la grossesse. La prévention secondaire permettra de détecter les consommations d'alcool, d'intervenir pour limiter les comportements à risque, et ainsi réduire les troubles liés à l'exposition à l'alcool pendant la vie fœtale. La prévention tertiaire cherchera à limiter les récidives en intervenant auprès des femmes ayant déjà donné naissance à un enfant atteint d'un TCAF. Elle aura également pour but d'accompagner les enfants atteints pour leur permettre de limiter les conséquences de leurs troubles (scolaire, social, cognitif…). (35)

La prévention auprès de la population et des femmes enceintes devra mobiliser la société pour induire un réel changement, en donnant des messages clairs qui pourront être appropriés par tous. En France, devant l'absence de seuil défini en dessous duquel la consommation

d'alcool serait inoffensive pour le fœtus, c'est le message « Zéro Alcool pendant la grossesse » qui est donné aux femmes enceintes. (44)

2.1.2 Les moyens mis en œuvre

2.1.2.1 Aspects réglementaires

Bien que l'on connaisse depuis longtemps les effets de l'alcool sur le fœtus, les mesures législatives ayant pour objectif la lutte contre l'alcoolisation pendant la grossesse sont plutôt récentes. C'est en 2004 que la notion de nécessité de prévention des risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse a émergé, quand plusieurs femmes ayant donné naissance à un enfant atteint d'un SAF à Roubaix ont accusé le gouvernement de ne pas les avoir informées des conséquences potentielles de leur consommation d'alcool. (45)

Le premier pas fût la publication de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Cette loi rend obligatoire :

- L'information, au moins une fois par an, des collégiens et lycéens sur les risques sanitaires de la consommation d'alcool pendant la grossesse et sur ses conséquences pour le fœtus
- La formation de tous les professionnels de santé et du secteur médico-social aux effets de l'alcool sur le fœtus, dans l'enseignement initial et continu, afin de favoriser l'information, le diagnostic et l'orientation des femmes concernées. (46)

Cette première étape sera suivie par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, qui vise à faire figurer sur toutes les unités de conditionnement des boissons alcoolisées un « message à caractère sanitaire préconisant l'absence de consommation d'alcool par les femmes enceintes ». (47)

Les modalités pratiques d'application de cette loi sont déterminées par un arrêté publié le 2 octobre 2006.

Le message sanitaire doit prendre la forme d'un pictogramme représentant une femme enceinte buvant un verre d'alcool, ou d'une phrase « La consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse, même en faible quantité, peut avoir des conséquences graves sur la santé de l'enfant. » (48) Il doit figurer dans le même champ visuel que l'indication relative au titre alcoométrique volumique et doit être contrasté, visible et lisible, facilement compréhensible et indélébile.

Figure 11 - Pictogramme figurant sur les unités de conditionnement des boissons alcoolisées, et recommandant l'absence de consommation par les femmes enceintes

A partir du 3 octobre 2007, toutes les boissons alcoolisées doivent afficher ce message. Néanmoins, cela ne concerne pas les boissons alcoolisées ayant un titre alcoolique inférieur à 1,2°, les compléments alimentaires contenant des extraits hydroalcooliques et les chocolats à la liqueur. C'est la Direction Générale de la Santé (DGS) qui sera responsable de l'application du texte.

Cependant, devant une prévalence de la consommation d'alcool pendant la grossesse encore trop importante, l'Académie Nationale de Médecine en mars 2016 et le Comité

Interministériel du Handicap en décembre 2016 recommandent au gouvernement de modifier la loi du 2 octobre 2006 à l'occasion de la nouvelle loi de Santé pour améliorer la lisibilité et la visibilité du pictogramme, afin qu'il ne disparaisse pas dans les packagings attractifs des unités de conditionnement. (49)

En réponse à ces suggestions, le Plan Priorité Prévention publié en mars 2018 par le Comité Interministériel pour la Santé prévoit une augmentation de la taille du pictogramme, avec pour objectif une mise en œuvre en 2019. (50)

Le Parlement Européen s'étant opposé à la mise en place de règles communes sur l'étiquetage des boissons alcoolisées, notamment à destination des femmes enceintes, la France reste en 2018 le seul pays Européen à avoir pris une telle mesure pour limiter la consommation d'alcool pendant la grossesse. (51)

2.1.2.2 Information par les professionnels de santé

2.1.2.2.1 Un discours cohérent

En 2018, à l'exception de quelques professionnels médicaux très impliqués, le SAF est relativement méconnu parmi le corps soignant et les professionnels de santé publique. Pourtant cette problématique connait un enjeu éthique, les conséquences étant à la fois individuelles et collectives.

Tous les professionnels de santé intervenant auprès des femmes enceintes doivent être formés, sensibilisés au sujet et les messages doivent être harmonisés entre tous. Cet élément est essentiel car de nombreux professionnels de santé modèrent le « Zéro Alcool », ce qui interfère avec la bonne compréhension des messages par les femmes enceintes, soumises alors à de multiples informations. Pourtant, toutes les femmes en âge de procréer doivent recevoir un message identique. Les objectifs doivent être communs : prévenir l'exposition

prénatale, réduire les effets de l'alcool si la mère continue à consommer, permettre une prise en charge précoce du nouveau-né et éviter les récidives lors des grossesse ultérieures. (52)

2.1.2.2.2 Obstacles à l'information et au dépistage

Un acte fondamental de la prévention est d'aborder chez toutes les femmes en âge de procréer la notion de consommation d'alcool. Ne pas l'aborder peut laisser penser aux femmes enceintes que leur consommation d'alcool est anodine pour le fœtus, les conséquences de l'alcoolisation fœtale pesant alors sur le professionnel de santé. Pourtant, seulement 61% des médecins généralistes déclarent questionner systématiquement les femmes enceintes sur leur consommation d'alcool. (53)

En outre, interrogés sur leur comportement face au problème des buveurs excessifs, trois quarts des pharmaciens évoquent une sensation de malaise, et 45% choisissent une attitude d'attente, laissant à leur patient l'initiative du dialogue. La plupart des pharmaciens interrogés (88%) seraient intéressés par une formation en alcoologie. (54)

Cependant, il est difficile de parler d'alcool pour la femme enceinte comme pour le professionnel, on observe que c'est d'ailleurs un des obstacles principaux au dépistage des comportements à risque chez les femmes enceintes. Cela demande du temps, de l'écoute et du savoir-faire. Les différents freins à l'information et au dépistage sont classés dans le tableau ci-dessous :

Tableau IV - Obstacles à l'information et au dépistage par les professionnels de santé et pour les femmes enceintes de la consommation d'alcool pendant la grossesse (17) (44) (55)

	Pour les femmes enceintes	**Pour les professionnels**
Appréhension	- Consommation d'alcool est facteur de honte, de réprobation sociale - Peur de voir son enfant placé - Crainte du sevrage, de perdre les effets « positifs » de l'alcool - Situations difficiles de mal-être, alcool utilisé dans sa fonction auto-thérapeutique	**FREIN PRINCIPAL** - Crainte d'aborder le sujet - Pas assez de formation pour savoir comment en parler - Peur de blesser la patiente, de choquer, d'être intrusif - Peur de rompre la relation de confiance patiente soignant - Peur de se tromper - Peur de culpabiliser la patiente
Ignorance	- Méconnaissance des risques pour le développement de l'enfant - Minimisent les risques car connaissent des enfants nés « sains » dans des situations similaires	- Mauvaise connaissance du sujet, des conséquences et des messages à faire passer - Manque de formation - Mauvaise connaissance des parcours de soin et services de prise en charge
Déni	**FREIN PRINCIPAL** - Impression que leur consommation n'est pas à risque, sentiment de boire « comme tout le monde » - Honte de leur dépendance	- N'adhère pas au message « Zéro Alcool » car ne pense pas qu'il soit nécessaire d'être aussi extrême : vient souvent d'un manque de formation
Résistance	- Recommandation « Zéro alcool » à laquelle elles n'adhèrent pas, lassitude d'entendre les messages	- Découragement, fatalisme face aux patientes - Se sent seul, impuissant dans l'accompagnement - Manque de temps

Une formation spécialisée du professionnel de santé permettra en général de lui apporter le savoir-faire nécessaire afin de mettre en confiance la patiente, et de faire preuve d'assez d'empathie pour qu'elle puisse passer outre ses craintes et réticences. Une fois les freins

levés, il sera du ressort du professionnel de dépister les comportements à risque et d'orienter la patiente vers les structures et la prise en charge adaptée.

Dans ce sens, le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé diffuse un guide à l'usage des professionnels de Santé « Alcool et Grossesse, parlons-en » visant à donner aux professionnels un ensemble de méthodes permettant de faciliter leur démarche. (44)

2.1.2.3 Auprès du grand public

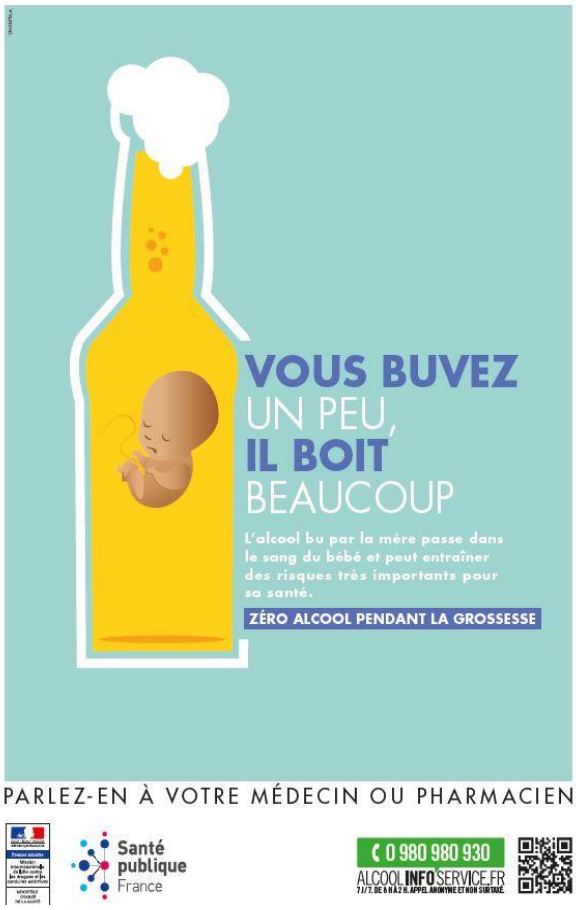
2.1.2.3.1 Quels messages et sous quelle forme ?

Le 6 septembre 2017, Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé, rappelle le message à faire passer concernant la quantité d'alcool acceptable pendant la grossesse : « Le message est clair : « Zéro alcool pendant la grossesse » car il n'y a pas de seuil de consommation d'alcool sans danger au cours de la grossesse. » (56)

Le message est donc intransigeant, il n'existe pas de niveau de consommation d'alcool tolérable chez la femme enceinte. Pour déployer ce message, des campagnes d'information à destination du grand public ont été publiées par Santé Publique France et relayées par plusieurs organismes notamment l'Ordre des Pharmaciens sur le site du Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (CESPHARM, mettant à disposition de la documentation relative à la prévention, disponible pour les pharmaciens d'officine) ou l'Ordre des Sages-Femmes.

En 2017, Santé Publique France choisit d'illustrer sa campagne par l'image d'un fœtus baignant dans un verre de vin ou une bière, le message étant « Vous buvez un peu, il boit beaucoup ». Le document est disponible sous forme de poster à afficher dans les cabinets des professionnels de la périnatalité (médecins généralistes, gynécologues obstétriciens, sage-femme, centres de protection maternelle et infantile [PMI]…) ou en pharmacie, ou sous forme de flyer explicatif à mettre à disposition des patients. (57)

Figure 12 - "Vous buvez un peu, il boit beaucoup" Affiches de 2017
D'après Santé Publique France



L'année suivante, en 2018, une autre affiche, plus attendrissante mais préconisant toujours le « Zéro Alcool pendant la grossesse » est proposée par Santé Publique France. (*Figure 13*) (58) Pour les femmes ayant des questions ou besoin d'être accompagnées, on retrouve sur les affiches le numéro d'Alcool Info Service, proposant un service d'aide à distance sept jours sur sept, et leur site internet sur lequel il est possible de trouver de nombreuses informations sur les risques encourus et les structures d'aides existantes.

Figure 13 - "Par précaution, zéro alcool pendant la grossesse" - Affiche de 2018
D'après Santé Publique France

En parallèle l'association « Avec Modération ! » a publié à partir du 15 juin 2018 et diffusé sur les réseaux sociaux (Facebook, Instagram particulièrement) quatre films d'animation courts répondant de façon concise aux questions : Peut-on consommer des boissons alcoolisées quand on allaite ? Que faire si l'on ne parvient pas à arrêter sa consommation de boissons alcoolisées pendant sa grossesse ? A quel moment arrêter de consommer des boissons alcoolisées lorsqu'on souhaite avoir un enfant ? Que faire si l'on a consommé des boissons alcoolisées en début de grossesse ? Ces vidéos de 45 secondes ciblent principalement les jeunes adultes de 18 à 30 ans. (59)

Par ailleurs, une information ciblant plus précisément les futures mères a été insérée dans le carnet de maternité, document de suivi remis à toutes les femmes enceintes durant le premier trimestre de leur grossesse. (52)

Figure 14 - Extrait du carnet de maternité, informant les femmes enceintes de la recommandation "Alcool : consommation zéro"
D'après Carnet de Santé Maternité ***(60)***

Alcool : consommation zéro

L'alcool est un toxique extrêmement puissant au niveau des cellules du cerveau du fœtus. Il fait courir un risque élevé de déficit sur ses fonctions, avec, comme conséquences possibles, des troubles de l'apprentissage, de la mémoire, de l'attention et de la réflexion chez le futur enfant. Il est recommandé aux femmes enceintes d'arrêter toute consommation de boissons alcoolisées dès le début et pendant toute la durée de leur grossesse, que cette consommation soit régulière ou occasionnelle.

2.1.2.3.2 Journée Mondiale de la sensibilisation au Syndrome d'Alcoolisation Fœtale

Depuis 1999, le 9 septembre est la Journée Mondiale de la sensibilisation au SAF (appelée aussi Journée Internationale de lutte contre les TCAF). Cette journée est l'occasion de faire connaître ces troubles et de rappeler les risques encourus en consommant de l'alcool pendant la grossesse.

En 2018, Santé Publique France déploie à partir du 9 septembre et pour un mois une campagne nationale d'information dans la presse et sur internet, auprès du grand public et des professionnels de santé. Leur affiche de prévention est diffusée dans la presse ciblant les jeunes femmes en âge de procréer (presse féminine, parentale, *people*, quotidiens gratuits) pour renforcer la transmission du message « Zéro alcool ». Un volet digital complète le dispositif avec la publication de nombreux articles sur le sujet dans la presse internet ayant pour cible le grand public. Par ailleurs, l'édition 2018 aura été l'occasion de diffuser pour la première fois une estimation des troubles causés par l'alcoolisation fœtale diagnostiqués chez le nouveau-né en France, et de publier les résultats du Baromètre Santé 2017 étudiant l'épidémiologie de la consommation d'alcool pendant la grossesse. (61)

2.1.2.3.3 L'association SAF France

L'association SAF France, constituée de professionnels experts des TCAF et de parents, œuvre pour la reconnaissance, la prévention et l'accompagnement des personnes porteuses de TCAF au niveau national et international.

Leurs actions ont notamment pour objectif de faire connaître cette problématique au grand public et aux autres professionnels de santé. Une affiche et un dépliant d'information (relativement similaire à celui de Santé Publique France) sont proposés sur leur site internet pour permettre l'information du grand public. Une vidéo d'animation pouvant être relayée sur les réseaux sociaux est également mise à disposition.

Figure 15 - Alcool et grossesse, vous avez des questions, nous avons des réponses
D'après SAF France

Par ailleurs, une grande campagne « Safthon » est organisée tous les ans les 8 et 9 septembre. Elle a pour objectif, à l'instar du Téléthon pour les myopathies, de récolter des fonds pour le développement de campagne et pour la recherche concernant l'alcoolisation fœtale.

D’autres actions sont développées en France et à l’étranger pour sensibiliser sur le SAF et les TCAF. (62)

2.1.2.4 Des expérimentations

2.1.2.4.1 A La Réunion

La Réunion est une des régions de France la plus touchée par l’alcoolisation fœtale. Pour rappel, on relève un taux de SAF cinq fois plus élevé que la moyenne du territoire (27) et les troubles liés à la consommation d’alcool concerneraient une naissance tous les deux jours. (63) Depuis 2001, de nombreuses initiatives indépendantes sont développées sur l’île pour permettre d’ouvrir le dialogue avec ces femmes souvent désœuvrées et pour améliorer la prévention et la prise en charge des enfants nés avec des TCAF. (52) Dans le cadre du plan gouvernemental 2013-2017 de lutte contre les drogues et les conduites addictives, l’île de la Réunion a été retenue pour être la première région de France à expérimenter un programme de prévention et de prise en charge des TCAF. C’est dans ce contexte qu’est né en avril 2016 le premier Centre Ressources ETCAF en France, permettant d’articuler de façon cohérente les différents dispositifs existants. Composé de plusieurs professionnels de santé, professionnels paramédicaux et femmes « expertes en expérience », ses objectifs sont multiples : permettre aux professionnels de santé et au grand public d’avoir un centre de référence sur la question de l’alcool pendant la grossesse (prévention, information, formation), devenir centre de diagnostic des TCAF pour organiser une meilleure prise en charge des enfants ainsi que de leurs familles, et suivre les parcours. Ce sont environ 200 enfants de 5 à 18 ans qui sont hospitalisés tous les ans pour confirmer ou infirmer le diagnostic de TCAF et organiser leur prise en charge. Par ailleurs, le Centre Ressources est impliqué dans la recherche et participe à la surveillance épidémiologique. (63)

L'île de la Réunion a donc su, devant des taux de prévalence alarmants, réagir pour organiser un parcours de soin efficace permettant aux professionnels de santé comme aux patients de recevoir une aide adaptée.

2.1.2.4.2 En Nouvelle-Aquitaine

Parallèlement à la Réunion, la Nouvelle-Aquitaine a été la deuxième région française à se lancer dans l'expérimentation d'un programme de prévention et de prise en charge des troubles causés par l'alcoolisation fœtale. C'est le réseau AGIR 33 (Réseau Addiction Gironde Aquitaine) qui a imaginé le projet et présenté un plan d'action, soutenu par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Le Centre de Ressources Alcool et Grossesse (CRAG) sera organisé autour de quatre axes stratégiques :

- Prévenir les comportements à risque avant la conception : élaboration d'outils de prévention, campagne de communication, coordination des actions de prévention…
- Repérer et prendre en charge les femmes enceintes consommatrices d'alcool et d'autres toxiques : formation des professionnels, procédures d'accueil « femme enceinte » dans les services d'addictologie, équipes pluridisciplinaires…
- Proposer un parcours de santé pour les enfants exposés à l'alcool pendant la grossesse : création de réseaux « suivi des nouveau-nés vulnérables »
- Développer la coordination des soins et la recherche : coordination pluriprofessionnelle

Le plan d'action fait intervenir de nombreux professionnels de santé : médecins, gynécologues obstétriciens, sages-femmes, professionnels de la périnatalité… Le rôle du pharmacien est évoqué dans l'axe prévention des comportements à risque, un des objectifs du CRAG étant de mieux former les pharmaciens (et tous les autres professionnels au contact

des femmes en âge de procréer) pour mieux repérer de façon précoce les femmes à risque. Des programmes de formation « toxiques et grossesse » sont organisés dans cet objectif en Aquitaine.

Le groupe de travail « Prévention » créé dans ce contexte a pour but d'améliorer l'information, par la création et la mise à disposition dans les officines de supports innovants et attractifs. Le fruit de ce travail n'a pas encore été diffusé, mais il est à déplorer qu'un seul pharmacien y soit impliqué. (53)

Si les pharmaciens sont volontaires, il existe donc en Aquitaine une possibilité de s'investir dans le développement du centre de ressources, de se former sur le repérage des patientes à risque, pour les aider à mieux les détecter et améliorer la prévention.

2.2 Une prévention perfectible

2.2.1 Etat des connaissances de la population et pratiques chez les femmes en âge de procréer

L'INPES a mené entre 2004 et 2017 une série d'études visant à déterminer de façon la plus précise possible ce que savent les français de la consommation d'alcool pendant la grossesse : quantités incriminées, période à risque… Ces études ont été menées par enquête téléphonique auprès d'échantillons de personnes de plus de 15 ans. (64) (65) (66)

2.2.1.1 Quantités incriminées

En 2017, 44% des personnes interrogées déclarent qu'il n'existe pas de consommation sans risque pour le fœtus contre seulement 21% en 2004. Pourtant, 81,5% des interrogés en 2004 répondaient « vrai » à la proposition « Il ne faut pas boire d'alcool du tout pendant la grossesse ». Ce chiffre est passé à 86,9% en 2007, après que l'apposition du pictogramme

sur les conditionnements d'alcool est devenue obligatoire. Sur les forums de discussion, Toutain constate en 2009 que la recommandation de l'abstinence n'est pas perçue comme absolue par les femmes (arrêter de boire signifierait « ne pas consommer régulièrement »), et que la représentation principale repose sur la tolérance de quelques écarts de temps en temps (pour le « bien-être », reposant souvent sur l'expérience positive de leur propre mère). Pourtant, une grande partie des femmes ayant participé aux discussions sur les forums qualifient la consommation d'alcool pendant la grossesse « d'irresponsable ». (45)

Par ailleurs, en 2007, 81,7% des interrogés déclarent qu'être ivre une seule fois pendant la grossesse comporte des risques. Ce chiffre est resté stable par rapport à 2004. Une enquête sur les forums de discussions en 2017, similaire à celle déjà menée par Toutain et son équipe en 2009, montre que le sujet semble inquiéter les jeunes femmes puisque les API avant la découverte de la grossesse font partie des sujets les plus abordés (40% du contenu des discussions). Ces échanges montrent que les femmes ayant un projet de grossesse cherchent l'équilibre entre minimiser les risques mais maximiser leur bien-être. La plupart légitiment leurs API par la découverte tardive de leur grossesse, et arrêtent toute consommation après. (67)

Quand on s'intéresse aux quantités d'alcool qu'il est possible de consommer avant qu'il existe un risque, 29,9% des interrogés en 2007 répondent qu'il existe un risque pour le fœtus dès le premier verre, 27% déclarent que la consommation est sans risque jusqu'à une consommation mensuelle (15,3%) ou hebdomadaire (11,4%). Un peu plus d'un tiers des personnes interrogées (36,4%) en 2007 estiment « qu'un verre pour les grandes occasions » est sans risque. Pour 25% des interrogés en 2017, il n'existe pas de risque pour le fœtus jusqu'à une consommation quotidienne, contre 40% en 2004. Ce chiffre, remarquablement élevé, montre qu'en 2017, malgré des campagnes de communication importantes et une

évolution très positive en 13 ans, une personne sur quatre pense qu'il n'y aura pas de conséquence sur le nouveau-né que tant que la consommation n'est pas quotidienne.

2.2.1.2 Période à risque et type d'alcool

Quand on interroge les personnes sur la période la plus à risque pour consommer de l'alcool, 26,5% répondent spontanément que le risque est le même tout au long de la grossesse en 2007 (contre 22,1% en 2004), 44,9% répondent que le premier trimestre est le plus à risque (chiffre en baisse par rapport à 2004) et 23% répondent que les deuxième et troisième trimestres sont plus à risque (stable par rapport à 2004). Les résultats de l'enquête sur les réseaux sociaux de Toutain en 2009 corroborent ces chiffres, le premier trimestre est considéré comme la période la plus à risque par les femmes, « car c'est pendant ce temps que les organes se forment ». (45)

Les différentes boissons alcoolisées (bière, vin, alcools forts) sont aujourd'hui connues pour entraîner un risque équivalent (notion d'unité d'alcool), et les conséquences dépendront des quantités consommées. En 2017, 64% des interrogés connaissent cette notion contre 51% en 2004. Pourtant, 27,1% de l'échantillon en 2007 répondent que la bière et le vin sont un peu moins dangereux, et 15,7% qu'ils sont nettement moins dangereux. La conséquence est que 21% des interrogés en 2017 affirment qu'il est conseillé de boire un peu de vin pendant la grossesse, un chiffre en diminution par rapport à 2004 (33%). C'est ainsi que dans l'enquête de 2009 sur les forums de discussion on peut observer des phrases telles que « l'alcool fort peut vraiment avoir des conséquences graves sur le développement du bébé… un verre de vin, c'est bon pour le cœur », publiée par une jeune institutrice de 23 ans. (45)

Il est possible de constater dans ces enquêtes que les femmes pensent qu'il existerait les alcools « doux » et donc tolérés (vin, bière) et les alcool « forts » qui sont à bannir et auraient des conséquences délétères sur l'enfant. Il est donc nécessaire d'améliorer les connaissances

du public sur la notion d'unité d'alcool pour permettre une prise de conscience : les risques sont les mêmes quel que soit l'alcool consommé, le « zéro alcool » concerne également les boissons moins concentrées en alcool.

2.2.1.3 Effets de l'alcool sur le fœtus

Si l'on s'intéresse aux conséquences de la consommation d'alcool pendant la grossesse, on constate qu'elles sont assez peu connues. Dans les enquêtes menées sur les forums de discussions par Toutain en 2009 et 2017, très peu d'internautes sont capables de nommer le SAF. Les abstinentes et les professionnels de santé (infirmières…) peuvent donner quelques caractéristiques du syndrome telles que « l'hyperactivité, le retard de langage, le retard mental, le retard scolaire, le faciès particulier » en 2009, ou encore « troubles du comportement, troubles du développement, QI inférieur à 70, malformations graves au cœur, poumons, cerveau, dysmorphies crânio-faciales » en 2017. (45) (67)

Par ailleurs, les sources d'information citées par les jeunes femmes sur les forums de discussions n'intègrent que très peu les différents professionnels de santé : émissions télévisuelles, sites internet, campagnes du gouvernement, ouvrages scientifiques…. On constate que les femmes voient leur gynécologue comme une source d'informations contradictoires. Le discours tenu par les gynécologues semble être assez hétérogène, quelques-uns conseillant l'abstinence de façon tranchée et précise, d'autres modérant largement le « zéro alcool » et encourageant plutôt une modération qu'un arrêt complet. (45)

2.2.1.4 Perception de la consommation

En 2017, trois interrogés sur quatre pensent qu'il est choquant de voir une femme enceinte boire, et l'évolution des taux de réponses sur les questions évoqués plus haut entre 2004 et 2017 est assez encourageante, on constate une augmentation des réponses prudentes (« il existe un risque dès le premier verre ») et du « zéro alcool ». Les personnes sont plus

nombreuses à savoir en 2017 que les risques pour le fœtus existent pendant toute la grossesse, sans différencier les effets tératogènes ou foetotoxiques. Pourtant, encore un quart des personnes répondent qu'il n'existe pas de risque pour le fœtus en dessous d'un verre par jour, bien qu'il n'existe à l'heure actuelle aucun seuil de toxicité connu.

Les représentations principales viennent souvent du savoir populaire, basé sur l'expérience (de leurs mères, de leurs amies…) et donc du constat de « non-conséquence ». Il existerait une façon de « bien boire », c'est-à-dire de façon modérée et occasionnelle, ou de « mal boire », en grande quantité, des alcools forts, régulièrement. La consommation en excès n'est pas envisagée par ces femmes en raison de la responsabilité de la femme envers l'enfant qu'elle porte, et de leur image de « bonne mère ». Ce n'est donc pas les conséquences pour l'enfant à naître à proprement parler qui semblent être source de motivation pour les femmes mais l'image qu'elles veulent donner. La plupart des femmes manquent de connaissances sur les conséquences de leur consommation et n'en mesurent pas les effets, pourtant irréversibles. (45) (67)

2.2.2 Intérêt financier de la prévention

D'après une étude menée dans le service de néonatalogie du Groupe Hospitalier du Havre, le coût d'un enfant porteur d'un SAF de sa naissance à ses 20 ans (incluant les soins néonataux, hospitalisations, assurance maladie jusqu'à ses six ans, placement social jusqu'à 18 ans, placement en institut médicoéducatif…) est estimé à 520 000 euros. De surcroît, ils seront nombreux à rencontrer des problèmes sociaux, judiciaires, économiques après leurs 20 ans, entraînant des coûts supplémentaires. Des travaux canadiens ont montré qu'un individu avec des TCAF couterait de sa naissance à sa mort 1,3 millions d'euros à la France. (52) Aux Etats-Unis, le coût total des TCAF serait de 5,3 milliards de dollars par an. (34)

Des études coût-efficacité de la prévention ont été menées notamment au Canada dans la province d'Alberte : après la mise en œuvre de nombreuses mesures, le rapport coût-bénéfice calculé est de 30% pour les soins de santé, 24% pour l'éducation, 19% pour les services sociaux et 13% pour les institutions juridiques et pénitentiaires. Le coût d'un individu atteint par le TCAF étant de 25 000 dollars par an, le retour sur investissement serait de 800 000 dollars canadiens par cas évité.

Par extrapolation de cette étude Canadienne aux chiffres français, si la prévention de l'alcoolisation fœtale devenait une priorité absolue, le retour sur investissement en France pourrait être de dix milliards d'euros par an. (52)

2.3 Etat des connaissances en 2018 et comportements chez la femme enceinte : réalisation d'un questionnaire distribué à l'officine

2.3.1 Objectifs

Le premier objectif, devant l'absence de données à ce sujet, était de s'intéresser aux sources d'informations rencontrées par les sujets à propos de l'alcool pendant la grossesse, de savoir lesquelles étaient considérées comme fiables, et de connaître leur perception du rôle du pharmacien dans les stratégies de prévention.

L'autre objectif de l'étude était d'apprécier les connaissances des patients de l'officine sur les conséquences de la consommation d'alcool pendant la grossesse, ainsi que, dans le cas des femmes ayant déjà eu des enfants, de connaître leurs pratiques lors de leurs grossesses. Au début de ce travail, les résultats de l'étude sur les connaissances des français de 2017 n'étaient pas encore parus. Le but était donc de pouvoir actualiser certaines anciennes

données de 2007. Bien que les résultats de 2017 soient parus entre temps, nous présenterons ici les résultats de cette analyse de la consommation d'alcool.

2.3.2 Matériel et méthode

L'enquête a été réalisée de janvier à avril 2018 auprès des patients d'une pharmacie de Chambéry en Savoie. La pharmacie est située dans une zone résidentielle en face d'un centre commercial. La patientèle est donc à la fois régulière (patients habitants dans le quartier) et ponctuelle (clients occasionnels du centre commercial).

L'étude était effectuée sous forme d'un questionnaire proposé aux patients de la pharmacie à l'occasion de la dispensation de leur traitement, indifféremment de leur âge, sexe, statut marital ou nombre d'enfants. Le questionnaire était distribué en format papier et les patients pouvaient le compléter à la pharmacie ou le ramener plus tard après l'avoir complété chez eux (boîte aux lettres, rendu en main-propre à l'équipe officinale).

Le questionnaire, constitué de 21 questions, était divisé en deux parties : les dix premières questions étaient destinées aux hommes et femmes indifféremment et cherchaient à connaître d'une part leur sexe, âge et catégorie socio-professionnelle, et d'autre part leurs connaissances sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse. La deuxième partie du questionnaire, constituée de 11 questions était destinée aux femmes ayant déjà eu des enfants et cherchaient à connaître leurs pratiques de consommation d'alcool pendant leurs grossesses. Une dernière partie permettait aux patients de proposer leurs remarques ou commentaires. Les éléments pertinents de cette partie du questionnaire seront retranscrits sous leur forme originale avec, le cas échéant, les défauts d'écriture pour rendre compte du niveau d'expression. *(Annexe 3)*

Quand le questionnaire était proposé à une femme en âge de procréer, il était remis de façon systématique la brochure d'information du CESPHARM (*Annexe 1)* afin de remplir un rôle d'éducation et d'éviter que de mauvaises réponses, potentiellement préjudiciables pour les futurs enfants à naître, restent non corrigées.

Sur la période d'étude, 74 réponses ont été obtenues. Les résultats ont été analysés à l'aide du logiciel Excel.

2.3.3 Résultats

2.3.3.1 Caractéristiques de l'échantillon

Lors de la période d'étude, 74 réponses ont été obtenues. Le nombre de questionnaires distribués pendant l'étude n'a pas été comptabilisé, la consigne n'étant pas transmise à l'ensemble de l'équipe dès le début de l'enquête. Le taux de réponse au questionnaire n'a donc pas pu être étudié.

Sur les 74 répondants, 10 (13,5%) étaient des hommes et 64 (86,5%) des femmes. Les caractéristiques des répondants ont été regroupés dans le tableau ci-dessous. (*Tableau V)*

Tableau V - Caractéristiques de l'échantillon : sexe, âge, nombre d'enfant et catégorie socio-professionnelle, en nombre de réponses et en pourcentage de l'échantillon

	Hommes		**Femmes**		**Total**	
Sexe	10	13,5%	64	86,5%	74	100,0%
Tranche d'âge						
Moins de 18 ans	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
18-25ans	1	10,0%	8	12,5%	9	12,2%
25-35ans	5	50,0%	18	28,1%	23	31,1%
35-45ans	1	10,0%	14	21,9%	15	20,3%
45-55ans	2	20,0%	13	20,3%	15	20,3%
55-65ans	1	10,0%	4	6,3%	5	6,8%
Plus de 65 ans	0	0,0%	7	10,9%	7	9,5%
Nombre d'enfant						
Aucun enfant	4	40,0%	14	21,9%	18	24,3%
1 enfant	3	30,0%	21	32,8%	24	32,4%
2 enfants	3	30,0%	13	20,3%	16	21,6%
3 enfants	0	0,0%	11	17,2%	11	14,9%
Plus de 3 enfants	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Enceinte	0	0,0%	5	7,8%	5	6,8%
Catégorie socio-professionnelle						
Agriculteur, exploitant	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Artisan, commerçant, chef d'entreprise, libéral	1	10,0%	1	1,6%	2	2,7%
Profession intermédiaire, cadre moyen	3	30,0%	6	9,4%	9	12,2%
Cadre, profession intellectuelle supérieure	1	10,0%	11	17,2%	12	16,2%
Employé et personnel de service	1	10,0%	28	43,8%	29	39,2%
Ouvrier qualifié	1	10,0%	2	3,1%	3	4,1%
Main d'œuvre et ouvrier spécialisé	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Retraité	1	10,0%	10	15,6%	11	14,9%
Etudiant	2	20,0%	4	6,3%	6	8,1%
Sans emploi	0	0,0%	2	3,1%	2	2,7%

Les répondants ont majoritairement entre 25 et 35 ans (31,1%), et ont pour la plus grande partie déjà eu un ou des enfants. Ils ne sont en effet qu'un quart à ne jamais avoir eu d'enfant, et cinq femmes de l'échantillon étaient enceintes lors de la distribution du questionnaire.

Figure 16 - Proportion parmi les répondants de chaque tranche d'âge, en pourcentage de l'échantillon

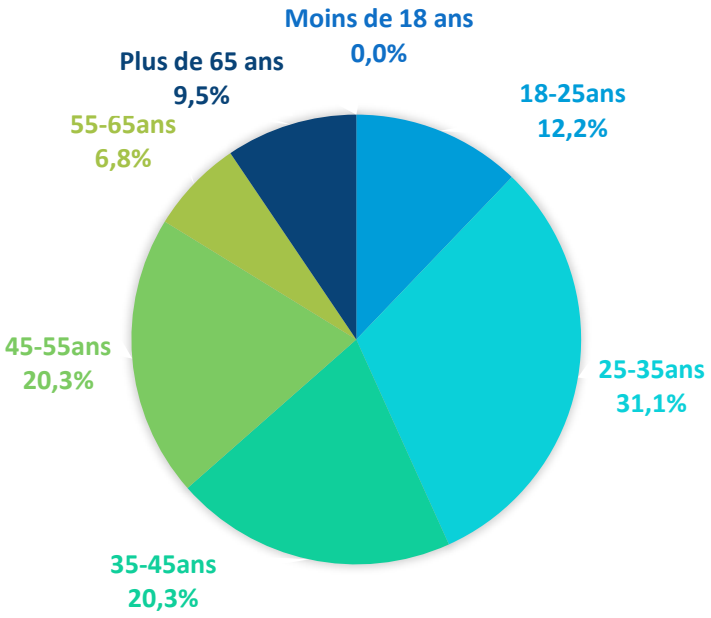
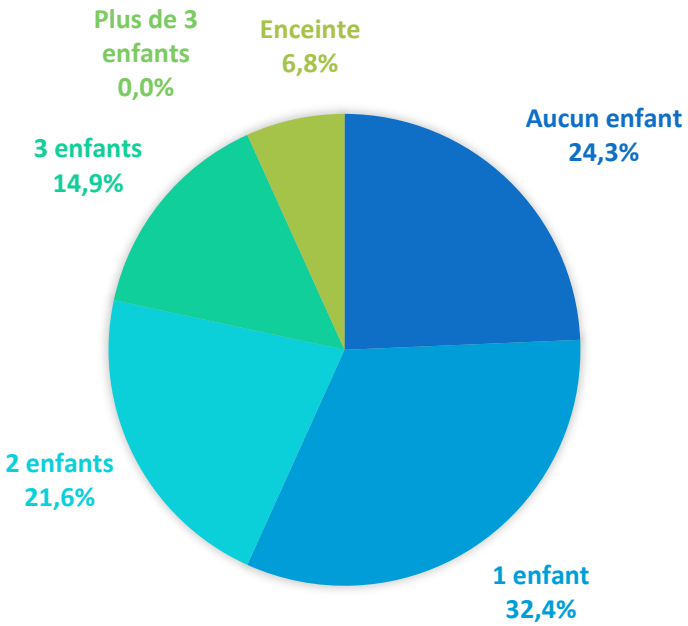


Figure 17 - Nombre d'enfant pour chaque répondant, en pourcentage de l'échantillon

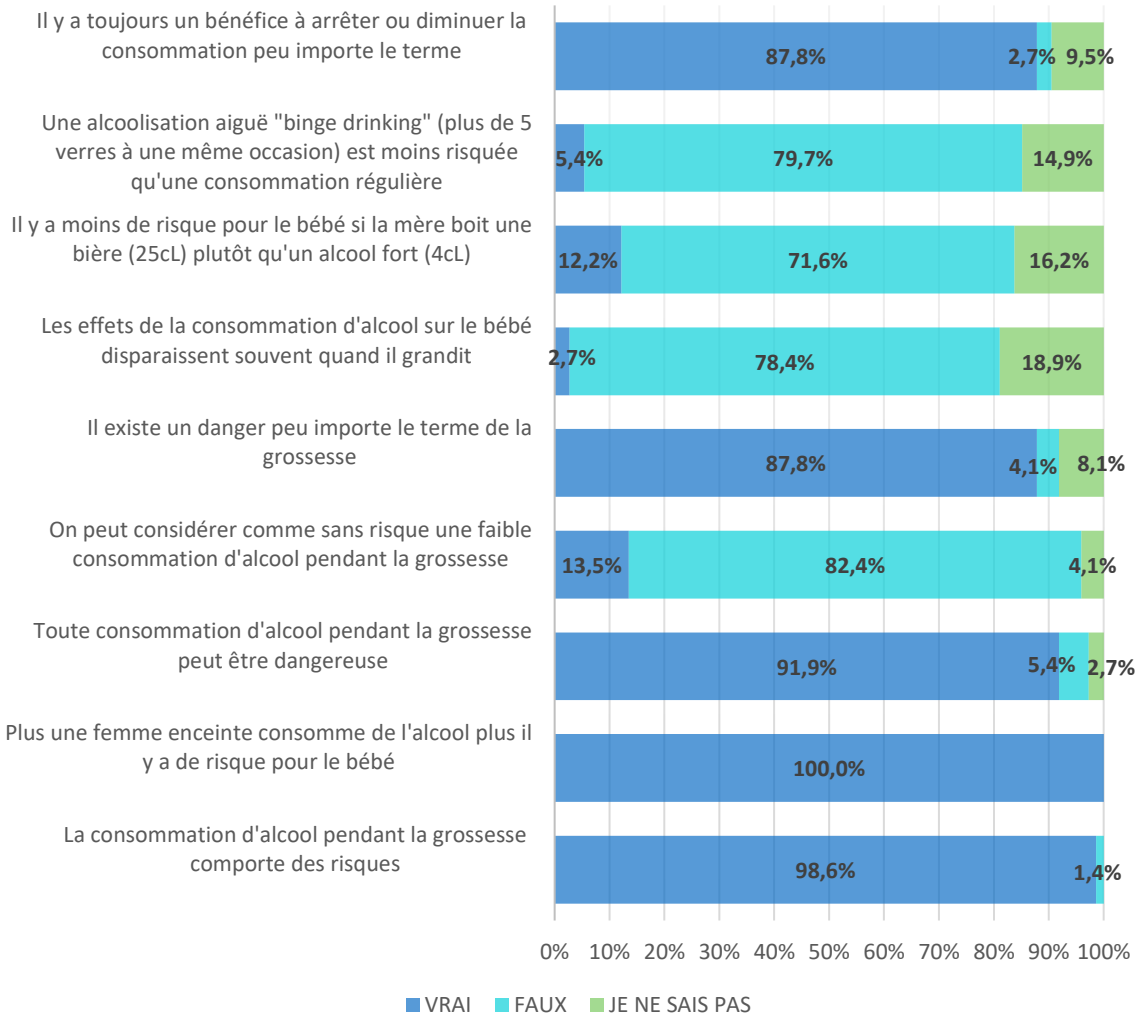


Pour la majorité, les répondants sont employés, personnel de service (39,2%) ou cadre, de profession intellectuelle supérieure (16,2%).

2.3.3.2 Connaissances de la population

Interrogés sur différentes notions à propos de la consommation d'alcool pendant la grossesse, les enquêtés devaient, pour chaque proposition, dire si elle leur paraissait juste ou fausse. Plus de 98% des interrogés savent que la consommation d'alcool comporte des risques, mais 5,4% répondent « Faux » à l'affirmation « Toute consommation d'alcool pendant la grossesse peut être dangereuse ».

Figure 18 - Connaissances de l'échantillon sur la consommation d'alcool pendant la grossesse
Pourcentage de réponses « Vrai », « Faux » ou « Je ne sais pas » aux affirmations proposées



2.3.3.2.1 Quantités et alcools impliqués

La notion d'effet dose-toxicité est bien connue puisque la totalité des personne interrogées savent que plus une femme enceinte consomme de l'alcool, plus il y a de risques pour le bébé. Cependant, 13,5% considèrent qu'une faible consommation pendant la grossesse est sans risque. En ce qui concerne les API, 79,7% pensent qu'une consommation ponctuelle importante (plus de cinq verres à une même occasion) n'est pas moins risquée qu'une consommation régulière, mais 14,9% ne savent pas si cette affirmation est juste ou fausse. Pourtant, il a été prouvé que c'est le pic d'alcoolémie qui est à l'origine de plus de dommages pour le fœtus. (30)

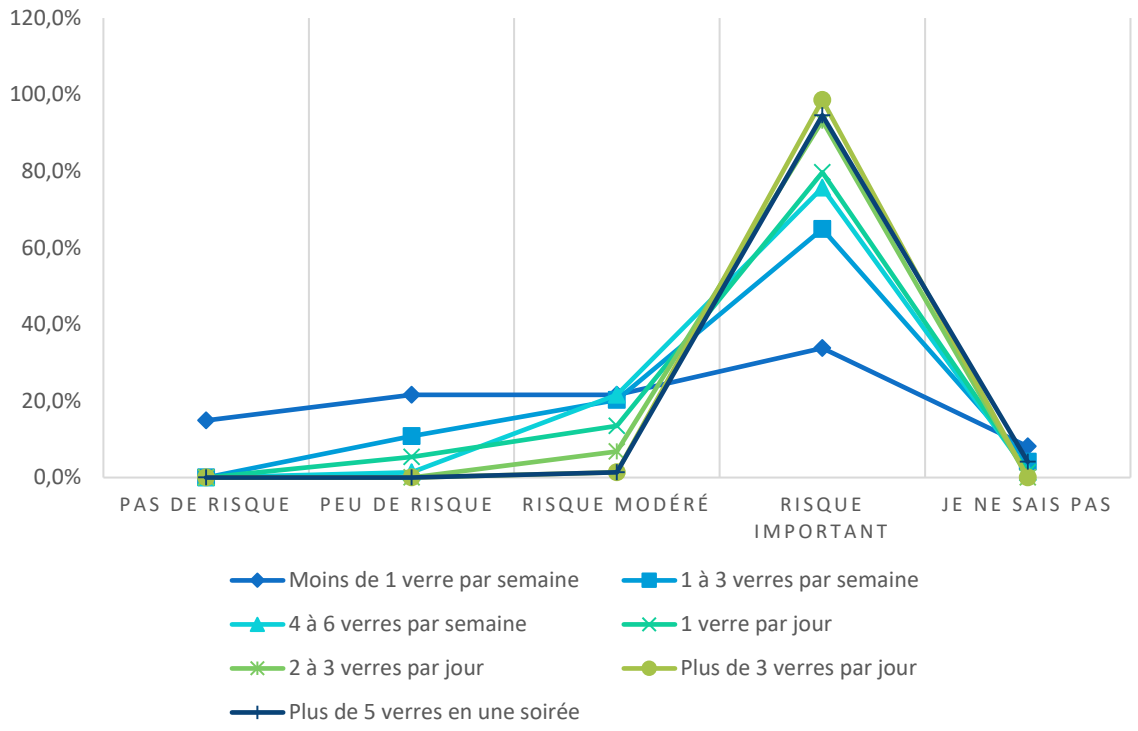
Les interrogés devaient également, pour chaque niveau de consommation proposé (moins d'un verre par semaine, un à trois verres par semaine, quatre à six verres par semaine, un verre par jour, deux à trois verres par jour, plus de trois verres par jour, plus de cinq verres en une soirée), évaluer le risque associé, sur l'échelle proposée (pas de risque, peu de risque, risque modéré, risque important). Il était laissé aux répondants la possibilité de cocher la réponse « Je ne sais pas ». *(Figure 18)*

Quelle que soit la quantité proposée, la majorité des interrogés répondent que le risque est important, et la proportion d'interrogés répondant que le risque est important augmente quand la quantité proposée augmente (33,8% répondent que le risque est important pour une consommation de moins d'un verre par semaine, contre 98,6% pour une consommation de plus de trois verres par jour). Pour rappel, le seuil de toxicité, bien que très incertain, est évalué à environ un verre par jour. (13) Pourtant, 5,4% des répondants pensent qu'il existe peu de risque pour une consommation d'un verre par jour, et 13,5% que le risque est modéré.

Si l'on compare les réponses aux propositions « quatre à six verres par semaine » et « un verre par jour », les résultats sont contradictoires. Une proportion plus importante des interrogés (5,4%) répond qu'il existe peu de risque pour une consommation d'un verre par

jour (donc sept verres par semaine), contre 1,4% pour une consommation de quatre à six verres par semaine. La formulation des deux propositions peut être à l'origine de ces discordances.

Figure 19 - Niveau de risque associé à chaque consommation, en pourcentage de répondants



Quand on l'interroge sur les alcools plus ou moins à risque, une des répondantes, une femme âgée de 35 à 45 ans commente « moins de 1 verre par semaine peu de risque si vin, risque important si alcool fort ». Néanmoins, 71,6% des personnes interrogées savent qu'il n'existe pas de différence de risque selon l'alcool consommé, et que la bière n'est pas moins à risque que les alcools forts. Seize pourcents ne connaissent pas la réponse à cette affirmation. On constate donc que les personnes qui ne connaissent pas la notion d'unité d'alcool et qui pourraient croire qu'il existe des niveaux de dangerosité entre les alcools dits « forts » et la bière, le vin sont nombreuses. *(Figure 17)*

Par ailleurs, presque la totalité des personnes interrogées (94,6%) savent qu'il existe un risque associé important pour une consommation de plus de cinq verres en une soirée, 1,4% répondent que le risque est modéré et 4,1% ne savent pas répondre.

2.3.3.2.2 Périodes à risque et effets sur le fœtus

On sait aujourd'hui que la consommation d'alcool pendant la grossesse comporte des risques différents selon la période d'exposition (tératogène, foeto-toxique…), mais qu'il n'existe aucune période qui soit moins à risque. Cette notion est connue de 87,8% des interrogés, qui savent qu'il existe un danger pour le bébé peu importe le terme de la grossesse.

Quand on s'intéresse aux connaissances de l'échantillon sur les troubles pouvant être causés par l'alcoolisation fœtale, il est possible de constater que les conséquences de cette alcoolisation sont assez méconnues. *(Figure 19)* En effet, tous les troubles proposées (Retard du développement, faible poids de naissance, prématurité, dépendance du bébé à l'alcool, troubles du comportement, syndrome de manque à la naissance, plus de risque de développer une addiction à l'âge adulte, difficultés d'apprentissage, malformations des organes, petite taille, hyperactivité, déformations ou anomalies de la face, QI diminué) peuvent être la conséquence de la consommation d'alcool pendant la grossesse, la réponse appropriée était donc de cocher toutes les réponses. A ce propos, une des répondantes remarque « J'ai appliqué des règles très strictes pour n'avoir aucun risque mais j'avoue être mal informée sur les risques encourues, notamment sur les risques lors de la consommations au début de grossesse (avant de le savoir) ».

La dépendance du bébé à l'alcool, l'apparition d'un syndrome de manque à la naissance, et le risque augmenté de développer une addiction à l'âge adulte sont connus d'un peu plus de la moitié des répondants. Pourtant, ces conséquences ne font pas partie des caractéristiques évidentes pour un enfant né avec un ensemble de troubles liés à l'alcool, et notamment celles

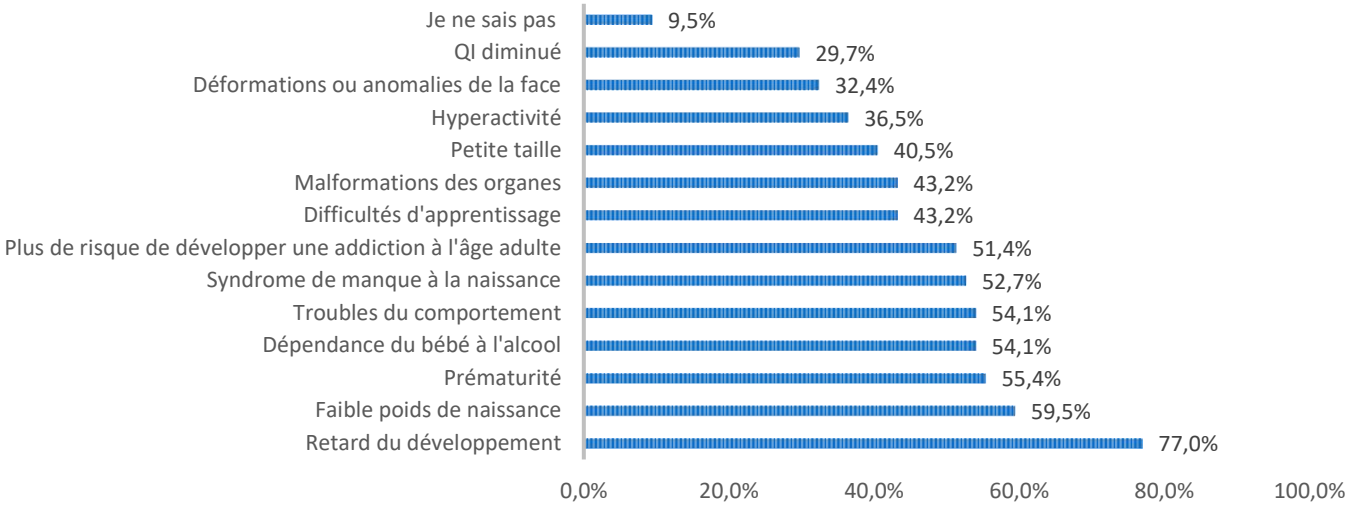
liées à un syndrome de sevrage, les signes étant gérés à la naissance par le personnel soignant.

Au contraire, des effets plus classiques et évidents, faisant partie des quatre caractéristiques types d'enfants nés avec un SAF, tels que les dysmorphies faciales, le retard de croissance intra-utérin et prématurité, les troubles neurologiques (comportementaux et neurodéveloppementaux), les malformations congénitales, sont assez peu connus des personnes interrogées. Les dysmorphies crânio-faciales, critère le plus évident du diagnostic du SAF, ne sont connues que par un tiers des répondants et le risque de malformation des organes n'est connu que par 43,2% des personnes interrogées. La prématurité n'est citée que par 55,4% des répondants et la petite taille par 40,5% de l'échantillon (cette caractéristique étant bien mieux connue et bien plus marquée dans le contexte du tabagisme maternel). Le petit poids de naissance fait cependant partie des effets les mieux connus, avec 59,5% de réponses.

La diminution du QI n'est connue que par 29,7% des répondants, bien que pouvant être observé chez près de 80% des enfants atteints d'un SAF, avec une moyenne de QI située aux alentours de 70. (9) Les troubles neurodéveloppementaux ; troubles du comportement, hyperactivité et difficultés d'apprentissage ; très fréquents dans les cas de SAF, sont connus de respectivement 54,1%, 36,5% et 43,2% des personnes interrogées. Pourtant, 77% connaissent la possibilité de retard du développement, c'est la conséquence la mieux connue parmi les répondants. Cela peut être expliqué par le fait que cette notion est générale, moins technique et englobe plusieurs caractéristiques.

Figure 20 - Connaissances des troubles causés par la consommation d'alcool pendant la grossesse, en pourcentage de réponse au sein de l'échantillon

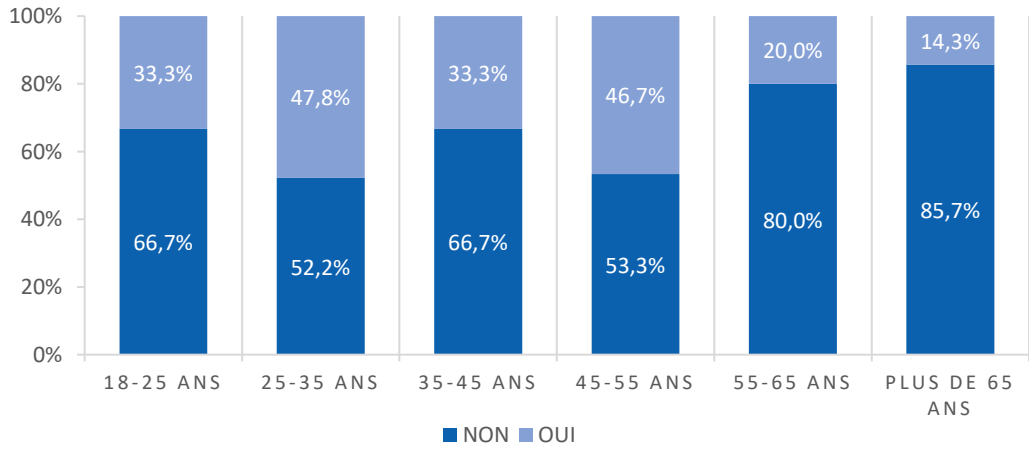
Réponses à la question « Quels troubles pour l'enfant à naître peuvent être causés par la consommation d'alcool pendant la grossesse, cochez les réponses justes »



Par ailleurs, 78% des interrogés répondent que l'affirmation « Les effets de la consommation d'alcool sur le bébé disparaissent souvent quand il grandit » est fausse, mais une personne sur cinq ne sait pas si cette affirmation est correcte ou non. *(Figure 17)*

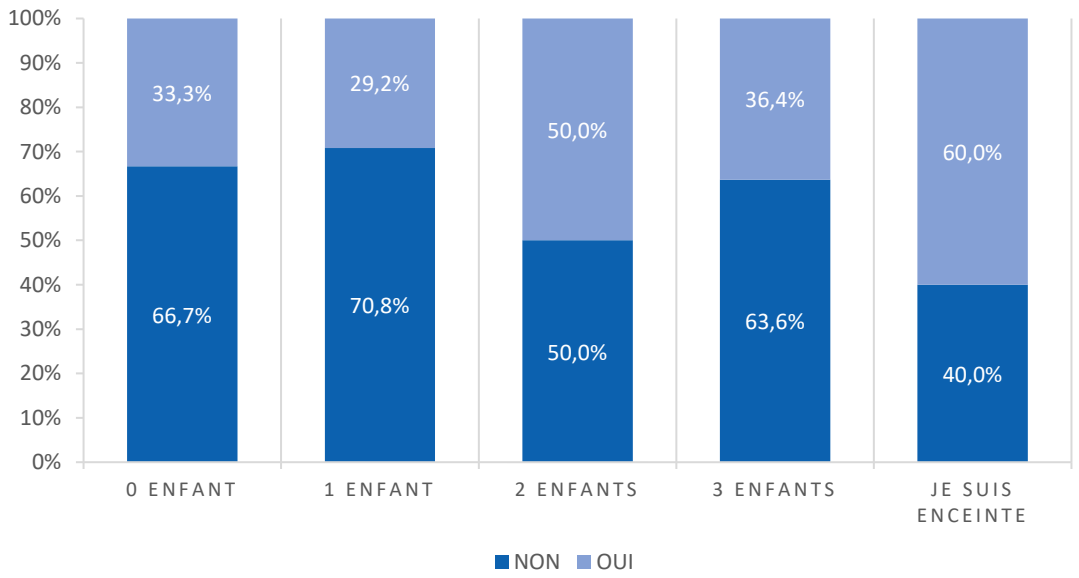
L'étude a également cherché à savoir si les personnes interrogées avaient déjà entendu parler du « Syndrome d'alcoolisation fœtale », conséquence la plus grave et la plus extrême de la consommation d'alcool pendant la grossesse. Au total, seulement 37,8% des interrogés connaissent la notion de SAF.

Figure 21 - Pourcentage de l'échantillon ayant déjà entendu parler du syndrome d'alcoolisation fœtale, en fonction de leur âge



Près de la moitié des personnes âgées de 23 à 35 ans et de 45 à 55 ans connaissent la notion de SAF. Après 55 ans, cette notion est bien moins connue (20% pour les personnes âgées de 55 à 65 ans, et 14,3% pour les personnes âgées de plus de 65 ans), ce qui peut être expliqué par le fait que les grossesses sont beaucoup plus anciennes dans ces tranches d'âge, et que le SAF était moins connu à ce moment-là. Seulement 33,3% des personnes âgées de 18 à 25 ans ont déjà entendu parler du SAF, signe d'un manque d'information auprès de ces populations pourtant en âge de procréer.

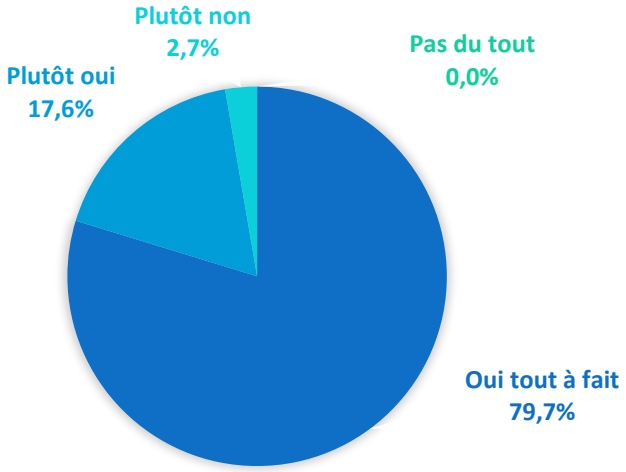
Figure 22 – Pourcentage de l'échantillon ayant déjà entendu parler du syndrome d'alcoolisation fœtale, en fonction de leur nombre d'enfant



Si l'on s'intéresse cette fois à la connaissance de la notion de SAF en fonction du nombre d'enfant, on peut observer que ce sont les femmes enceintes qui ont le plus fréquemment entendu parler du SAF, avec 60% des répondantes. Les personnes n'ayant aucun ou un seul enfant sont celles qui connaissent le moins le SAF. Cette méconnaissance est regrettable puisqu'on peut supposer que cette catégorie de personne sera à même d'avoir des enfants à l'avenir.

2.3.3.2.3 Perception de la consommation d'alcool et sources d'information

Figure 23 - Perception de la consommation d'alcool pendant la grossesse, en pourcentage de l'échantillon
Réponse à la question « Si dans mon entourage une femme enceinte consomme de l'alcool, je lui conseillerai d'arrêter »



Il est intéressant d'évaluer la perception de la population sur la consommation d'alcool pendant la grossesse. D'après l'étude de Santé Publique France de 2017, trois quarts des personnes interrogées trouvent choquant de voir une femme enceinte boire de l'alcool. (67) Ces résultats sont appuyés par les réponses de l'échantillon interrogé puisque près de 80% disent que s'ils voyaient une femme enceinte boire dans leur entourage, ils lui conseilleraient d'arrêter (réponse « Oui tout à fait »). La plupart des personnes donnant cette réponse catégorique ont entre 25 et 55 ans (64,4%) et ont moins de trois enfants (81,3%). Ces réponses sont appuyées par des commentaires qui reflètent une mauvaise perception des femmes qui boivent de l'alcool pendant leur grossesse : « Chaque femme doit prendre conscience qu'avoir un enfant c'est du début jusqu'à la fin de la grossesse 0 consommation d'alcool, drogue, tabac, le risque est trop important pour le fœtus. Faire des campagnes, internet, médias +++ avec des exemples choquants est la seule façon de faire prendre conscience aux femmes du risque qu'elles font prendre à leur futur bébé », ou encore « L'envie de boire de l'alcool est inquiétante lorsqu'on attend un bébé… »

La totalité des femmes enceintes de l'étude ont également donné cette réponse catégorique. On observe que 17,6% répondent « Plutôt oui », ce qui donne un taux de réponse positive de 97,3%, soit près de l'ensemble des réponses. Seuls 2,7% des répondants donnent la réponse « Plutôt non », la totalité est âgée de 25 à 35 ans. Aucune réponse négative catégorique (« Pas du tout ») n'a été donnée.

Il était dans la suite du questionnaire demandé aux personnes interrogées de cocher les sources d'informations auxquelles elles avaient déjà été exposées concernant les effets de l'alcool pendant la grossesse. (*Tableau VI)* Les principales réponses sont les médias, le médecin et l'entourage (respectivement 48,6%, 44,6% et 40,5%). La place de choix qu'occupent les médias (journaux, magazines, journaux TV) pour l'information du grand public confirme qu'il est essentiel d'utiliser ce biais pour transmettre des messages clairs et précis.

Au contraire, malgré des campagnes importantes développées par l'INPES, à la fois sur internet et les réseaux sociaux, à la télévision, et par l'apposition d'affiches, ces moyens d'informations n'ont été que peu remarqués par les personnes interrogées (respectivement 23%, 35,1% et 20,3%).

Les logos sur les emballages, en application depuis 2007, n'ont été une source d'information que pour 28,4% des répondants, ce qui suggère une mauvaise visibilité du pictogramme. Pourtant, d'après l'étude Baromètre Santé 2017, la présence du pictogramme avait été remarquée par 62% des personnes de 18 à 75 ans. (12)

Tableau VI - Source d'information, en nombre et pourcentage de l'échantillon
Réponse à la question « Par quelles sources d'information avez-vous entendu parler des effets de l'alcool pendant la grossesse ? »

	Nombre de répondants	Pourcentage de répondants
Brochure, dépliant	19	25,7%
Logos sur les emballages	21	28,4%
Entourage	30	40,5%
Médecin, autre professionnel de santé	33	44,6%
Affiches	15	20,3%
Campagnes d'information télévisées	26	35,1%
Médias (journaux, magazines, journaux TV…)	36	48,6%
Livre	4	5,4%
Internet, réseaux sociaux	17	23,0%
Enseignement, scolarité	21	28,4%
Cours prénataux	9	12,2%

Quand on s'intéresse aux sources d'information privilégiées par tranche d'âge, on remarque que 77,8% des personnes âgées de 18 à 25 ans citent l'enseignement et la scolarité. Cela peut suggérer que l'information, obligatoire dans les collèges et lycées, est efficace.

2.3.3.3 Pratiques de consommation des femmes pendant leur grossesse et sources d'information

2.3.3.3.1 Comportement des femmes

Sur les 74 personnes interrogées pendant l'étude, 49 étaient des femmes enceintes ou ayant déjà eu au moins un enfant. La suite du questionnaire s'est intéressé à leurs pratiques quant à la consommation d'alcool lors de leurs grossesses. Sur les 49 femmes, seulement 24,5% buvaient régulièrement avant la grossesse. Lors de l'annonce de leur grossesse, 51,5% des femmes ont changé leurs habitudes de consommation, 15,2% n'ont rien changé, et 33,3% ont répondu qu'elles ne buvaient pas avant leur grossesse. Pour celles qui ont changé leurs habitudes, 86,4% ont arrêté toute consommation, mais 13,6% l'ont seulement diminuée.

Figure 24 - Changement dans les comportements de consommation après l'annonce de la grossesse, en pourcentage de femmes ayant répondu à la question

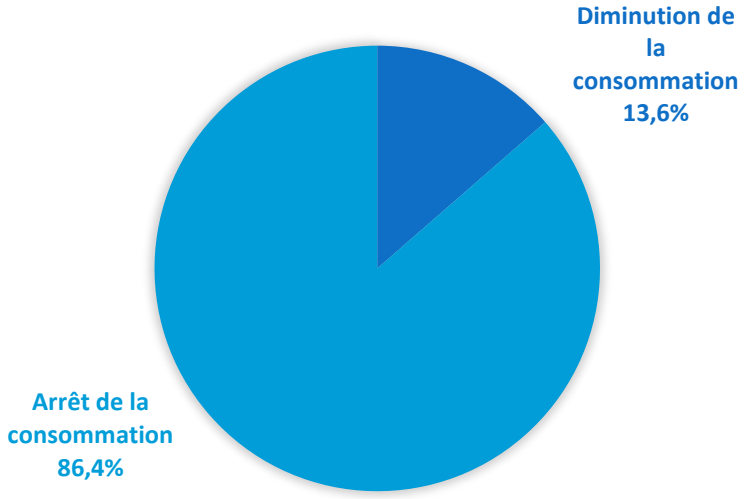
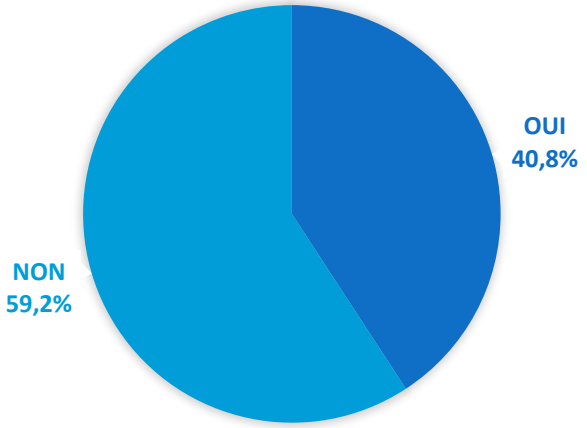


Figure 25 - Pourcentage de femme ayant déjà consommé de l'alcool pendant leur grossesse



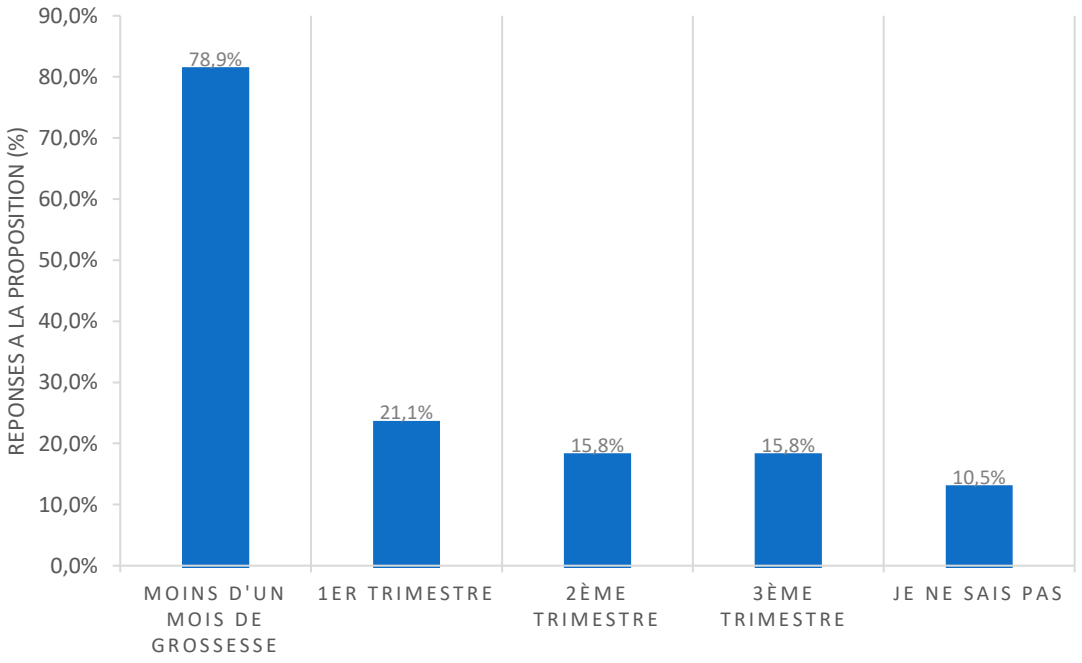
Pourtant, si l'on compare les chiffres, bien que les femmes que 86,4% des femmes arrêtent leur consommation à l'annonce de leur grossesse, elles sont quand même 40,8% à affirmer avoir déjà consommé de l'alcool pendant la grossesse, et 53,1% à avoir consommé de l'alcool alors qu'elles ne se savaient pas enceintes. Dans cette situation, la majorité s'est sentie coupable ou inquiète de sa consommation avant l'annonce de la grossesse (63%), c'est le cas d'une des répondantes « Plusieurs de mes amies ont, comme moi, consommé de l'alcool alors qu'elles ne savaient pas encore qu'elles étaient enceintes. Dans ces cas-là, on

culpabilise et on n'ose pas en parler. Pour ma part, j'ai "culpabilisé" pour un verre de bière jusqu'à ma première échographie ! »

Ces chiffres témoignent donc d'une volonté des femmes de bien faire, d'arrêter leur consommation dans la plupart des cas, mais ce après l'annonce de la grossesse, et non pas dès le projet de procréation. Cela peut être justifié par l'envie de « préserver son bien-être », tout en gardant cette image de « bonne mère » mis en avant par Toutain dans son étude sur les forums de discussion. (67)

Cette justification peut être appuyée par la période de consommation : 78,9% des femmes ayant consommé de l'alcool pendant leur grossesse l'ont fait dans le premier mois de la grossesse. A cette période, de nombreuses grossesses ne sont pas encore connues. Ce chiffre diminue à 21,1% au premier trimestre puis à 15,8% aux deuxième et troisième trimestres. *(Figure 25)* C'est pourtant lors de cette période que les effets tératogènes sont prépondérants. (18)

Figure 26 - Période de consommation, en pourcentage de femmes ayant consommé de l'alcool pendant leur grossesse



Quand on les interroge sur les quantités consommées, les femmes ayant bu de l'alcool pendant leur grossesse répondent dans presque quatre cas sur cinq qu'elles ont bu au maximum cinq verres pendant toute leur grossesse. Cinq pourcents des répondantes donnent la réponse d'un à deux verres par mois, et 5,3% répondent un à trois verres par semaine. Aucune des femmes interrogées ne déclare avoir connu d'API pendant ses grossesses.

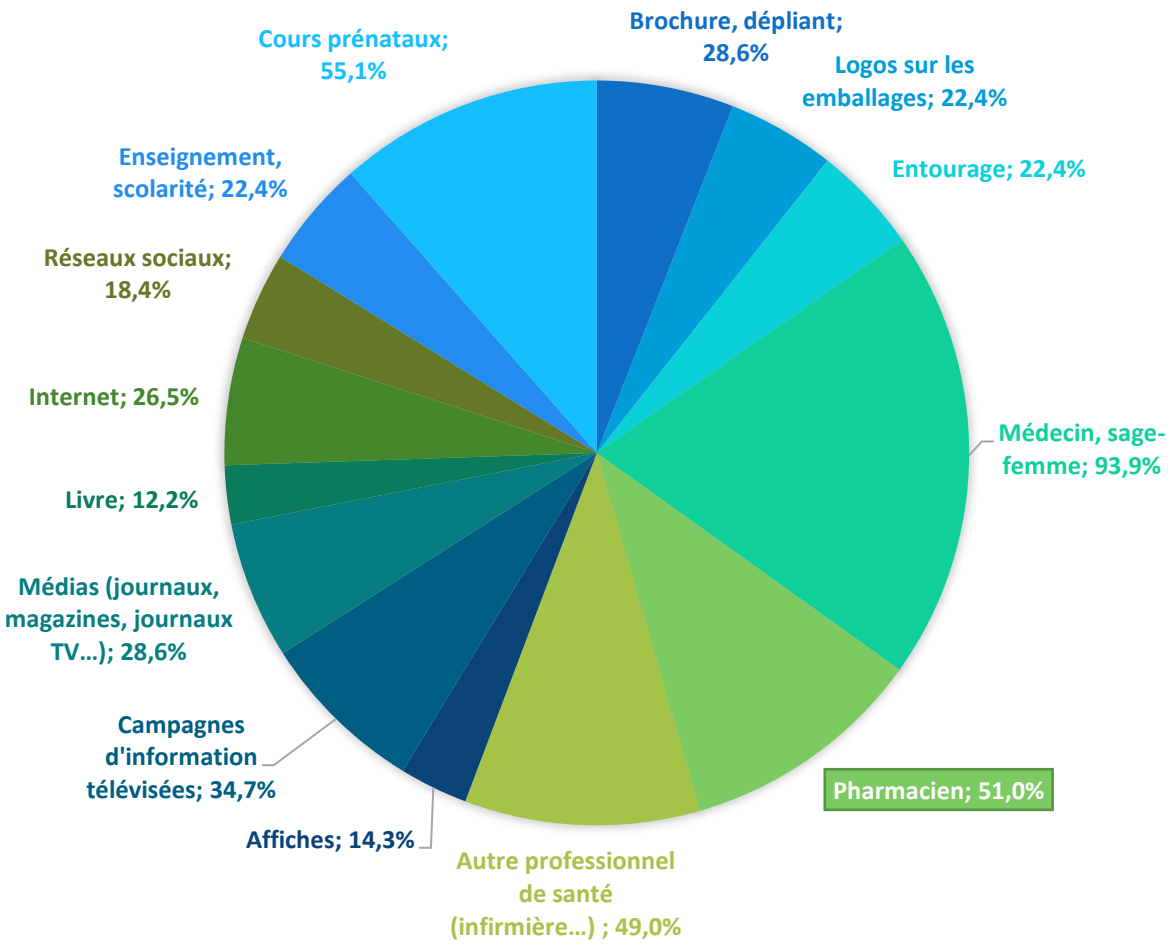
Parmi les femmes interrogées, les consommations restent donc globalement assez faibles et assez peu fréquentes. La plupart des femmes connaissent bien la recommandation d'abstinence, mais l'application de cette recommandation est perfectible.

2.3.3.3.2 Sources d'information

Soixante-quinze pourcents des femmes ayant déjà eu un enfant se sentent suffisamment informées quant aux risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse. Pourtant, certaines répondantes auraient souhaité mieux les connaître : « Pas assez informée au tout début de la grossesse (avant de rencontrer les premiers professionnels de la grossesse) », « Pas d'info fiable sur les effets de l'alcool pendant la grossesse ».

Pour connaître les éléments déterminants de l'information des femmes enceintes, il est nécessaire de s'intéresser aux conseils qu'elles sont le plus susceptibles de suivre pendant leur grossesse. Ainsi, il sera plus facile de savoir quels outils d'information doivent être entretenus et développés. On note qu'il était donné la possibilité aux répondantes de cocher plusieurs sources d'information, ce qui explique que la somme des réponses soit bien supérieure à 100%.

Figure 27 - Conseils que les femmes seraient le plus susceptibles de suivre pendant leur grossesse, en pourcentage des femmes enceintes ou ayant déjà eu un enfant



On s'aperçoit que le médecin et la sage-femme, peu importe les catégories d'âge, restent les informateurs de choix, pour 93,9% des femmes ayant déjà connu une grossesse. Le pharmacien, pourtant professionnel de santé de proximité, connaît une place moins importante et n'est une source d'information fiable que pour 51% des femmes, juste devant les autres professionnels de santé (49%).

Les cours prénataux sont une source d'information importante pour 55,1% des femmes ayant répondu.

Les femmes ayant répondu sont 22,4% à considérer leur entourage comme des sources fiables. L'expérience positive (consommation d'alcool sans préjudice pour l'enfant) des mères doit être une source à considérer, bien que pouvant véhiculer de mauvais messages. Dans ce contexte, il est important de renforcer la diffusion du message « Zéro Alcool », pas seulement auprès des femmes enceintes mais également auprès de leur entourage, et donc du grand public.

Les moyens déployés par les instances de santé publique (affiches, brochures, dépliants, logos sur les emballages, campagnes d'information télévisée, médias…) ne rencontrent que peu de succès auprès des femmes enceintes puisqu'ils ne seraient susceptibles d'être suivi que par un quart d'entre-elles en moyenne. Au vu de ces résultats, il est légitime de s'interroger sur l'impact de ces campagnes. Néanmoins, il est possible de supposer que ces chiffres proviennent d'un manque d'exposition à ces moyens, et que renforcer le dialogue avec les femmes enceintes sur ces moyens d'information permettrait d'en améliorer l'impact.

Bien que la plupart des femmes se sentent suffisamment informée sur le sujet, entrainant un nombre de réponses limité, la dernière question de l'étude cherchait à connaître les sources d'information que ces dernières auraient aimé plus rencontrer pendant leurs grossesses.

Les conseils du médecin sont la première source d'information que les femmes enceintes auraient aimé plus rencontrer (31,3% de réponse), suivis des autres professionnels de santé (sage-femme, infirmières…). Les conseils du pharmacien ne sont mis en avant que dans 14,6% des cas, tout comme les entretiens personnalisés. Une des femmes interrogées commente « Je trouve qu'en fonction des pharmacies, les renseignements ne sont pas forcément précis et rassurants ».

Figure 28 - Moyens d'information que les femmes ayant déjà été enceintes auraient aimé plus rencontrer, en pourcentage de répondantes (plusieurs réponses possibles)

	Nombre de répondantes	Pourcentage de répondantes
Brochures, dépliant	7	14,6%
Conseils du médecin	15	31,3%
Conseils du pharmacien	7	14,6%
Autres professionnels de santé (sage-femme, infirmière…)	10	20,8%
Affiches	5	10,4%
Campagnes d'information télévisées	7	14,6%
Médias (journaux, magazines, journaux TV…)	0	0,0%
Internet	5	10,4%
Réseaux sociaux	5	10,4%
Cours prénataux	10	20,8%
Entretiens personnalisés	3	6,3%

Il est donc primordial, afin d'améliorer l'adhésion des patientes, d'harmoniser les messages entre tous les professionnels de santé. Cette harmonisation serait rendue possible par une meilleure formation, entre autres, des pharmaciens, en l'intégrant dans le cursus scolaire des étudiants en pharmacie par un enseignement complet et précis des messages à transmettre aux femmes enceintes, et en proposant aux pharmaciens déjà diplômés de l'inclure dans leur développement professionnel continu.

Certaines répondantes ont, en plus des moyens cités dans la question, proposé des solutions qui leur paraissaient adaptées pour réduire le nombre de femmes consommatrices d'alcool pendant la grossesse : « Depuis quelques années, le discours de sensibilisation est présent. Mais la génération des moins de 30 ans est beaucoup plus consommatrice d'alcool ! Une prévention me semble indispensable. En commençant par des démarches pédagogiques dès le plus jeune âge. », « Je ne sais pas si l'ensemble de la population est sensibilisée sur le sujet (classe sociale défavorisée, déjà dépendante à l'alcool ou autre). Une communication dès le

plus jeune âge est souhaitable », ou encore « Il serait profitable d'avoir un espace « santé », peut être sur internet, sur lequel on pourrait se livrer et poser nos questions ».

Il est indispensable de prendre ces propositions en compte dans l'adaptation des moyens de prévention primaire et secondaire, pour être au plus proche des besoins des femmes enceintes et en âge de procréer.

2.3.4 Limites et discussion

2.3.4.1 Limites

Une des principales limites de cette étude est un biais de sélection. En effet, à l'officine, il est difficile de distribuer les questionnaires de façons aléatoire, le facteur relationnel est important, les patients n'étant pas tous intéressés et réceptifs. Ce paramètre est d'autant plus important que l'ensemble de l'équipe officinale était impliqué, il était difficile de leur imposer de distribuer le questionnaire de façon aléatoire. Pour améliorer la randomisation de la distribution et donc avoir des résultats plus significatifs, il aurait été nécessaire de le proposer à l'intégralité des patients sur une période donnée (peu réalisable en pratique), ou de le distribuer à un patient sur deux, pour obtenir une inclusion plus aléatoire.

De plus, les résultats de l'étude doivent être extrapolés avec précaution, étant réalisée sur une seule officine, de typologie particulière. Du fait du faible nombre de sujets dans l'étude, les catégories socio-professionnelles ne sont pas représentatives de la population générale, et ne sont pas comparables à celles du Baromètre Santé. Les patients de l'étude semblent mieux informés que ceux interrogés par l'INPES. Ceci peut être expliqué par le nombre supérieur de professions intellectuelles supérieures ou cadres (16,2%) et d'employés et personnels de service.

Pour améliorer la représentativité des résultats, il aurait été pertinent d'effectuer l'étude simultanément dans plusieurs types d'officines et dans plusieurs villes différentes. Dans cet objectif, il avait été demandé à plusieurs autres étudiants de proposer le questionnaire aux patients de la pharmacie où ils effectuaient leur stage. Devant le nombre très réduit de réponses (cinq en tout, sur deux officines), les résultats, qui n'auraient pas pu donner lieu à des comparaisons, ont été volontairement écartés de l'analyse.

Quand on essaye de comparer les résultats de l'étude avec ceux d'études à échelle nationale, notamment les enquêtes Baromètre Santé, on s'aperçoit qu'ils sont parfois divergents.

Cela peut s'expliquer par les biais ci-dessus, mais une aussi par une formulation différente des questions, pouvant engendrer des différences dans les résultats. De plus, les quantités proposées sont globalement trop élevées, avec un questionnement insuffisant sur les connaissances des risques liés à la consommation légère à très légère (« un verre pour les grandes occasions » par exemple), pourtant mode de consommation le plus fréquent des femmes enceintes. Certains termes employés dans les questions sont trop vagues, engendrant des interprétations variables selon les répondants et donc des résultats incohérents. Cette remarque est notamment marquée quand on compare les résultats aux questions 11 et 17 (un quart des femmes répondent qu'elles buvaient de l'alcool régulièrement avant la grossesse, mais plus de la moitié affirme avoir consommé de l'alcool alors qu'elle ne savait pas qu'elle était enceinte).

Enfin, une des limites de cette étude, à la fois la plus fréquente et la plus difficilement évitable dans les études s'intéressant à la consommation d'alcool des femmes enceintes, est le biais de désirabilité sociale, entrainant une sous-déclaration des résultats. Afin de limiter l'impact de ce biais, le questionnaire était anonyme, et il était proposé aux patients de

déposer le questionnaire dans la boîte aux lettres de la pharmacie plutôt que de le remettre à un membre de l'équipe officinale, leur permettant de conserver un anonymat complet.

2.3.4.2 Discussion

L'étude, bien que menée sur un nombre assez réduit de sujet et connaissant donc une puissance limitée, montre que la consommation d'alcool pendant la grossesse n'est pas un comportement rare. De surcroît, les personnes interrogées semblent avoir des notions assez peu précises sur les risques encourus par le fœtus que porte une mère consommatrice d'alcool. Le constat, à la fois donné par cette étude et par Toutain, (45) (67) est que les conséquences de l'alcoolisation fœtale sont très peu connues, le nombre de personnes capables de citer les troubles, même principaux, est limité. En conséquence, la possibilité de considérer certains comportements à risque comme anodins n'est pas à exclure.

Les résultats de cette étude, bien que sensiblement différents de ceux proposés par l'INPES en 2017, confirment que la notion du « zéro alcool » s'intègre peu à peu dans les mœurs. Dans les deux études, environ neuf sujets sur dix savent qu'il n'existe pas de consommation sans risque, et que toute consommation pendant la grossesse peut être dangereuse.

Pourtant, encore en 2018, 5,4% des répondants pensent que la consommation d'alcool, jusqu'à une consommation quotidienne, ne comporte pas de risque. L'étude de l'INPES porte même ce chiffre à un répondant sur quatre. Par ailleurs, la notion d'unité d'alcool n'est pas évidente pour une personne sur trois, qui distinguent les risques liés aux alcools « forts » et aux alcools « doux ».

La différence remarquable entre la proportion de femme affirmant n'avoir pas bu pendant leur grossesse et celles déclarant avoir bu de l'alcool avant de se savoir enceinte montre un mode de consommation particulier, presque dans l'intégralité dans le premier mois de grossesse, et pour la plupart avant de se savoir enceinte. La volonté de ne prendre aucun

risque pour le fœtus ne semble prendre le pas sur le bien-être personnel de la mère (consommation d'alcool dans un contexte festif, social…) qu'à partir de l'annonce de la grossesse. Le premier mois, pourtant primordial dans le développement du futur enfant, est le lieu de nombreuses dérogations à la recommandation d'abstinence du fait de l'ignorance des futures mères de leur grossesse.

Si inciter toutes les jeunes femmes en âge de procréer à s'abstenir de consommer de l'alcool n'est pas une réponse mesurée pour limiter le nombre d'enfants nés avec des troubles liés à la consommation d'alcool, ces résultats montrent l'importance de continuer à faire passer les messages « Zéro alcool », bien-sûr dès l'annonce de la grossesse, mais surtout dès le désir d'enfant. Les moyens employés actuellement ont permis, au vu de l'évolution des résultats d'enquêtes épidémiologiques sur la consommation d'alcool pendant la grossesse et des études de l'INPES, d'améliorer la connaissance de cette recommandation d'abstinence.

Cette première réussite doit permettre d'aller plus loin que cette injonction presque paternaliste, enfermant parfois les femmes consommatrices (même occasionnelles) dans la culpabilité et dans le silence. En outre, les campagnes déployées par les instances publiques ne sont que peu remarquées par les personnes interrogées, qui, de surcroît, ne les trouvent pas très fiables.

Il est plus facile d'appliquer ce que l'on comprend. C'est la raison pour laquelle, maintenant que le message principal semble dans la plupart des cas acquis, il est nécessaire d'ouvrir le dialogue et de passer d'une information standardisée, de masse, à une prévention personnalisée, centrée sur l'individu, afin que toutes les femmes et leur entourage trouvent l'interlocuteur adapté pour mieux comprendre cette recommandation, et donc mieux l'appliquer.

On constate que seulement 15% des personnes interrogées dans l'étude semblent favorables à l'intervention du pharmacien dans la prévention de la consommation d'alcool pendant la grossesse. Pourtant, plus de la moitié des interrogés pensent que le pharmacien est une source d'information fiable. Ceci démontre que les pratiques doivent s'améliorer, il incombe au pharmacien de se saisir de cette opportunité qui semble en adéquation avec l'évolution du métier. Ainsi, peut-être, les patients considéreront le pharmacien comme un interlocuteur de choix en matière de prévention.

PARTIE 3. La prévention à l'officine

3.1 L'officine : un lieu de choix pour faire de la prévention

3.1.1 La prévention : une obligation déontologique

D'un point de vue légal, le pharmacien doit, d'après les missions définies par l'article L5125-1-1 du Code de la Santé Publique (68), contribuer aux soins de premiers recours, dont l'éducation pour la santé, la prévention et le dépistage. Il peut proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes. De surcroît, selon l'article R4235-2 du Code de la Santé Publique, (69) le pharmacien « doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale. Il contribue notamment à la lutte contre la toxicomanie ».

L'éducation à la santé est donc une obligation déontologique pour le pharmacien d'officine, qui endosse de multiples rôles parallèlement à son rôle de dispensation : la sensibilisation et l'information du public, la promotion de la prévention et du dépistage par la participation aux campagnes de sensibilisation…(70)

Mais bien plus que l'obligation légale de participer aux soins de premiers recours, c'est une véritable ambition de la part des pharmaciens qui se dessine, la volonté de devenir un maillon essentiel du parcours de soin du patient. La publication de la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » le 21 juillet 2009 ancre pour la première fois cette ambition dans un cadre législatif et donne au pharmacien un rôle de santé publique tangible.

Lors de la 31ème journée de l'Ordre organisée le 26 novembre 2018, Carine Wolf-Thal, présidente de l'Ordre des Pharmaciens, ouvre la journée en déclarant « Les pharmaciens vivent un moment historique et ont l'opportunité d'inscrire leurs missions dans la politique de santé ». (71) En effet, le métier de pharmacien est en complète évolution, et il est de notre

ressort de participer activement à cette évolution afin de devenir de véritables professionnels de santé, de construire un métier s'inscrivant dans le parcours de soin du patient, et de ne pas se voir imposer des changements pouvant, à terme, mettre en danger la santé du patient.

Dans ce sens, le décret n°2018-841 paru le 3 octobre précise les conseils et prestations pouvant être proposés par les pharmaciens officinaux avec pour objectif l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes. Les pharmaciens peuvent désormais « mettre en place des actions de prévention et de promotion de la santé parmi les domaines d'actions prioritaires de la stratégie nationale de santé. Dans ce cadre, ils contribuent aux campagnes de sensibilisation et d'information sur des sujets de santé publique. Ils transmettent aux différents publics concernés des informations scientifiquement validées sur les moyens de prévention et sur les maladies, avec le souci de délivrer un message adapté et accessible au public ». (72)

En conséquence de ce décret, l'Ordre des Pharmaciens délivre dans un rapport diffusé le 26 novembre 2018 une série de propositions impliquant le pharmacien dans les trois niveaux de prévention. Ces propositions trouvent leurs fondements dans des expérimentations ayant eu lieu sur tout le territoire et ayant démontré une réussite. Parmi elles, notamment, le développement d'entretiens de prévention, la promotion d'une alimentation saine et les entretiens pharmaceutiques élargis. (71)

En parallèle, le Ministère des Solidarités et de la Santé dévoile la stratégie nationale de santé pour les années 2018 à 2022, dont font partie des priorités spécifiques concernant l'enfant. Le rapport précise qu'il est nécessaire d'agir « dès la grossesse sur les facteurs qui peuvent affecter la santé et le développement psychomoteur des enfants », et notamment sur les comportements à risque incluant la consommation d'alcool.

La stratégie nationale de santé dessine donc les domaines dans lesquels le pharmacien peut agir, et la prévention de la consommation d'alcool pendant la grossesse pourrait en faire partie.

C'est donc, effectivement, un tournant historique pour le métier de pharmacien. Pour la première fois sont donnés, avec le concours de toutes les instances (gouvernement, Ordre des Pharmaciens, syndicats, étudiants…) des axes concrets sur lesquels s'appuyer pour affirmer le rôle de prévention du pharmacien d'officine.

3.1.2 Un lieu de proximité avec les patients

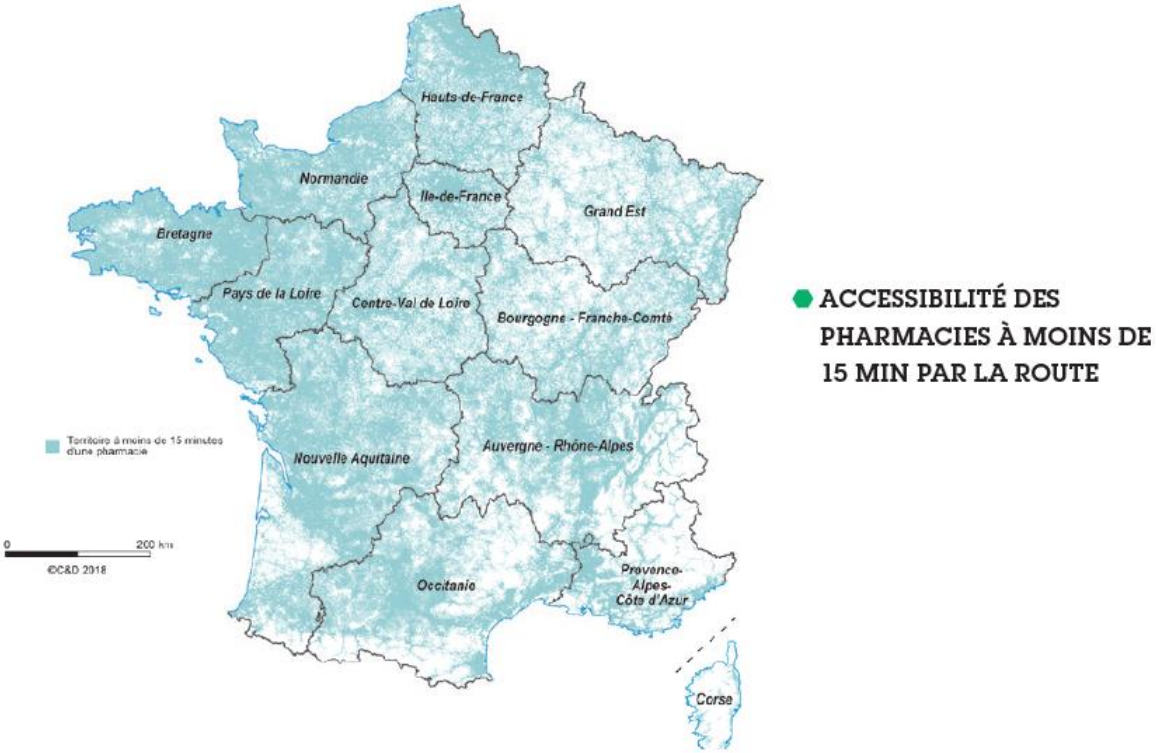
Le pharmacien est un professionnel de santé de proximité accessible. En effet, plus de quatre millions de français franchissent chaque jour les portes d'une officine. Le pharmacien est le deuxième professionnel de santé avec qui les français sont le plus souvent en contact, juste derrière le médecin généraliste. (73)

Afin de maintenir l'équité de cette proximité, l'accessibilité aux pharmacies est réglementée, et répond à une logique d'aménagement du territoire. Le Code de la Santé Publique définit les règles d'installations des officines. Une nouvelle installation, que ce soit dans le cadre d'un transfert ou d'une création d'officine, ne peut se faire que dans les communes comptant plus de 2500 habitants. Au-delà de ce seuil, il est possible d'installer une pharmacie supplémentaire par tranche de 4500 habitants. De plus, un second critère incite les officines à choisir une implantation infra-communale, c'est-à-dire en fonction de « quartiers », pour permettre une desserte optimale de la population résidente. (74) Au 1er janvier 2018, ce ne sont pas moins de 21 192 officines qui sont recensées en France Métropolitaine, et plus de 50 000 pharmaciens exerçant en ville. Le nombre de fermeture d'officine, évalué communément à « une pharmacie tous les trois jours », est, bien qu'en augmentation, lié le

plus souvent à un mode de fermeture active, par regroupement ou cession de patientèle. Par ailleurs, les officines fermant leurs portes sont le plus souvent situées en zone de surdensité officinale, n'entrainant pas ou peu de conséquences d'accessibilité pour les patients. (74) (75)

La répartition est globalement harmonieuse, avec en moyenne trois pharmacies pour 100km². Trente-trois pourcents des officines se situent dans des communes de moins de 5000 habitants, ce qui constitue un réseau de santé sur tout le territoire. Cette présence pharmaceutique est constatée sur la carte publiée dans le rapport de l'Ordre des Pharmaciens concernant la démographie du pharmacien. (75)

Figure 29 - Présence pharmaceutique, territoires à moins de 15 minutes d'une pharmacie, en janvier 2018
D'après Démographie des pharmaciens ***(75)***



Seulement 2,5% de la population est à plus de dix minutes par la route de la pharmacie la plus proche, ce qui représente 1,6 millions de personnes. Dans la plupart des cas, ces personnes ont accès à un autre professionnel de santé de proximité (médecin généraliste,

service d'urgence). (74) Quand on interroge les français, 84% disent qu'il est tout à fait facile de se rendre dans une pharmacie quand on en a besoin, quel que soit le milieu rural ou urbain. (73)

Le nombre d'habitant par pharmacie est un indicateur fiable de la disponibilité du pharmacien. On recense en moyenne 3068 habitants par pharmacie, et un pharmacien pour 83,3 habitants. Avec des plages horaires importantes et un service de garde globalement efficace, chaque habitant peut, à n'importe quel moment, rapidement, sans rendez-vous ni délai d'attente *a priori,* solliciter le pharmacien pour des conseils personnalisés et obtenir un avis professionnel. (75)

3.1.3 Une relation de confiance

Bien que peu nombreuses, les études cherchant à connaître la relation entre le patient et son pharmacien montrent des résultats encourageants. Les français semblent avoir dans l'ensemble une perception positive du pharmacien. Grâce à une connaissance globale du patient et une crédibilité en tant que professionnel de santé, la quasi-totalité (96%) des personnes interrogées décrivent le pharmacien comme un professionnel de santé indispensable. De plus, 94% pensent que le pharmacien a un rôle de santé publique, ce qui va dans le sens des nouvelles missions du pharmacien. (73)

Dans la pratique quotidienne, il est possible d'observer que le patient a confiance, dans la grande majorité des cas, en son pharmacien, pour lui donner les conseils adaptés, que ce soit sur son mode de vie ou sa prise en charge thérapeutique. Il est indispensable d'utiliser cette confiance à bon escient, pour faire passer les messages de prévention inscrits dans la stratégie nationale de santé.

Une grande opportunité s'offre donc aujourd'hui au pharmacien. Par sa proximité, son accessibilité, ou par la relation de confiance qui l'unit au patient, le pharmacien semble être le professionnel de santé idéal pour développer des actions de prévention proposées par les instances publiques auprès des patients.

Les femmes en âge de procréer ou enceintes ainsi que leur entourage représentent une partie non négligeable de la patientèle de l'officine. Nous avons vu que le nombre de femmes enceintes exposant leur futur enfant à l'alcool pendant leur grossesse reste, encore aujourd'hui et malgré les campagnes répétées des instances publiques, très important. Seule une information personnalisée, individualisée permettra aux femmes enceintes d'être en confiance afin d'ouvrir le dialogue. Et, pour toutes les raisons discutées plus haut, le pharmacien d'officine semble l'interlocuteur idéal.

3.2 La pratique officinale

Par la conjonction de plusieurs éléments (rôle dans la prévention inscrite au niveau législatif, soutien de toutes les instances, volonté globale de la profession de s'inscrire dans le parcours de soin), le pharmacien a aujourd'hui toutes les cartes en main pour développer la prévention de la consommation d'alcool pendant la grossesse. Pourtant, nous verrons que la pratique s'éloigne de ce qui semble, en théorie, facile à mettre en application.

3.2.1 Situation actuelle : constats

Ce qui existe en termes de prévention de la consommation d'alcool pendant la grossesse dans les officines françaises n'est pas décrit dans les différentes études sur le sujet. Devant

l'absence de données, les constats évoqués dans cette partie seront fondés sur l'observation des pratiques dans les différentes officines connues.

Dans la pratique courante, on réalise que le sujet de l'alcool pendant la grossesse n'est que très peu voire jamais abordé, même auprès des femmes déjà enceintes, et même dans des officines très dynamiques dans les domaines de la prévention et de l'éducation sanitaire (tabagisme, asthme, diabète, perte d'autonomie…). Bien qu'à disposition gratuite des pharmaciens, aucune des brochures d'information ou affiches présentées plus tôt n'ont été proposées aux patientes. Le titulaire d'une officine parisienne interrogé dans ce contexte soutient même qu'il ne faut pas « dramatiser », et qu'il ne faut pas davantage « inquiéter les femmes enceintes ».

Si, dans de rares cas, le manque d'information aux patients peut venir d'un désintérêt des titulaires d'officine pour le sujet, il est légitime de penser qu'il est lié dans la plupart des cas au manque de formation, à la difficulté pour le pharmacien d'aborder le sujet, par crainte d'être intrusif et de rompre la relation de confiance qui le lie au patient. Ce tabou lié à l'alcool peut être illustré, dans un autre contexte, par l'embarras manifesté par les externes en pharmacie lors des conciliations médicamenteuses dans les services cliniques hospitaliers, éludant rapidement la question de la consommation d'alcool, même hors du contexte de la grossesse.

Devant l'étendue de l'inventivité des équipes officinales pour mettre en place des actions d'éducation sanitaire (journées à thème, utilisation des réseaux sociaux et site internet…), il est raisonnable de penser que si le pharmacien est formé de façon adéquate, et si l'on met à sa disposition des outils pratiques pour ouvrir le dialogue, la prévention de la consommation d'alcool pendant la grossesse pourra être un nouveau domaine d'éducation appliqué à l'officine.

3.2.2 Remise d'un document d'information lors de l'achat d'un test urinaire de grossesse

C'est en partant du constat que le sujet de l'alcool était rarement abordé à l'officine qu'une étude a été menée sur la faisabilité et l'impact de la remise d'un document d'information systématique par les équipes officinales en cas de dispensation d'un test de grossesse. (76) L'étude montre que les professionnels de santé ont la capacité de remettre des documents d'information, avec une brochure distribuée dans 65% des cas d'achats de test de grossesse, et qu'il est accepté par les patientes dans 90% des cas. La totalité des professionnels interrogés répondent qu'ils seraient disposés à continuer la distribution systématique du flyer, même après la période d'étude. Pourtant, les femmes « cibles » répondent dans plus de 60% des cas que le document, remis seul, ne les incitera pas à parler de leur consommation d'alcool à un professionnel de santé.

L'analyse des résultats de l'étude montre que la distribution du document d'information a été plus efficace quand toute l'équipe officinale (et pas seulement le pharmacien titulaire) était motivée et formée à aborder la question de l'alcool par la personne à l'origine de l'étude.

Deux notions peuvent être retenues de cette expérimentation. Tout d'abord, l'implication et la formation des intervenants (pharmaciens, préparateurs…) est indispensable à l'efficacité de ce type d'action. En outre, au vu des réponses des femmes interrogées concernant leur intention d'aborder le sujet de l'alcool avec un professionnel de santé, on constate une fois encore que la distribution d'une brochure, seule, sans dialogue, n'est que très peu efficiente sur les changements de pratiques des femmes enceintes. Pour cette raison, il est indispensable de donner au pharmacien des outils de communication pour ouvrir et faciliter l'échange.

PARTIE 4. Amélioration de la prévention de la consommation d'alcool pendant la grossesse

4.1 Auprès des femmes enceintes ou ayant un projet de grossesse

4.1.1 Pourquoi ouvrir le dialogue ?

Comme vu précédemment, professionnels de santé et patientes rencontrent bien souvent de nombreux obstacles pour aborder le sujet de l'alcool (*cf. Partie 2.1.2.2.2.).* Les médecins, pharmaciens, sages-femmes, infirmières, renvoient régulièrement à un autre professionnel perçu plus compétent la responsabilité du repérage et de l'accompagnement de la consommation d'alcool. Pourtant, plusieurs éléments peuvent donner au pharmacien de bonnes raisons pour ouvrir le dialogue.

D'abord, la consommation d'alcool concerne toutes les femmes, quelle que soit leur origine socio-économique ou culturelle. De plus, l'alcool et son mésusage n'engendrent pas toujours des symptômes visibles à l'examen clinique, biologique, ou à l'échographie, surtout dans les cas de consommation modérée ou légère. Pourtant, ce type de consommation, surtout dans un contexte de grossesse, peut entraîner des conséquences non négligeables sur le fœtus. Réciproquement, il n'est jamais trop tard pour arrêter l'alcool pendant la grossesse : un arrêt de la consommation entraîne un arrêt de ses méfaits sur le fœtus. Il est donc essentiel de parvenir à en discuter avec les patientes pour détecter ces prises de risque. En outre, c'est un sujet tabou, dont les femmes hésiteront à parler spontanément. Pourtant, pour le professionnel, ne pas en parler, c'est prendre le risque de « passer à côté » et donc d'avoir une part de responsabilité s'il existe des conséquences pour l'enfant. Donner l'information,

même minimale, à la patiente, c'est lui offrir la possibilité de réfléchir à sa consommation, lui montrer que le professionnel est disposé à en parler si elle en exprime le besoin.

Nous verrons qu'il est possible d'aborder le sujet de l'alcool de façon rapide et efficace. L'information concernant la consommation d'alcool pendant la grossesse ne demande pas plus de temps que d'autres domaines de la prévention (tabagisme, alimentation), et connaît un impact réel sur la diminution voire l'arrêt de la consommation d'alcool. (77) Aborder le sujet est une première étape pour permettre un accompagnement des femmes les plus à risque et de leur futur enfant.

Enfin, une raison évidente pour ouvrir le dialogue avec les patientes est qu'il s'agit de notre responsabilité de professionnel de santé de proposer une démarche d'information et d'accompagnement personnalisé aux femmes présentant des conduites à risque. (78) Si le sujet est abordé de façon systématique, la patiente ressentira l'aisance du professionnel, entraînant dès lors sa mise en confiance.

4.1.2 Quel contexte pour ouvrir le dialogue ?

L'officine est, dès leur projet de grossesse, un lieu de rencontre systématique entre les femmes et le corps soignant. Nous aurons l'occasion de rencontrer ces dernières à plusieurs reprises en amont de leur grossesse, lors de la délivrance d'acide folique, dès qu'une grossesse est envisagée et jusqu'à la douzième semaine d'aménorrhée, ou d'un test urinaire de grossesse. Une fois la grossesse connue, les contacts avec l'équipe officinale sont multiples, que ce soit à l'occasion d'une demande de conseils pour certains désagréments de la grossesse (nausées, troubles de la circulation…) ou suite aux consultations médicales.

Toutes ces situations sont des occasions pertinentes pour aborder le sujet de l'alcool, le contexte permettant de parler plus aisément de leur éventuelle grossesse avec les patientes.

Même si l'environnement seul ne permettra pas d'inciter spontanément les femmes à parler de leur consommation d'alcool, il est primordial de créer, dans l'officine, une atmosphère propice à ce dialogue, montrant que le pharmacien est disposé à parler d'alcool avec la patiente. L'objectif de cette approche est de systématiser la question de l'alcool, que les femmes sentent, au vu de l'environnement, que le sujet est abordé de la même façon avec toutes les femmes ayant un projet de grossesse, permettant d'éviter l'écueil du « Pourquoi moi ? » pouvant entrainer une méfiance de la part de la patiente.

Pour créer cette atmosphère propice, les campagnes d'affiches et de flyer *(Annexe 1)* mises à disposition par le CESPHARM peuvent être de bons outils s'ils sont utilisés de façon appropriée (affiches visibles depuis la file d'attente plutôt qu'au fond d'un local, flyer sur les comptoirs…).

Pour renforcer la visibilité des messages de prévention et donc montrer davantage l'implication du pharmacien, un support peut être affiché à l'endroit où les tests urinaires de grossesse sont disposés, sous la forme d'un écriteau intégré au rayon. Là encore, il s'agit de faire comprendre aux jeunes femmes que l'alcool est un sujet abordé de façon classique avec toutes les patientes, sans stigmatisation, et d'encourager les jeunes femmes à aborder le sujet avec le pharmacien.

Figure 30 – Proposition de support d'information à disposer à côté des tests urinaires de grossesse
D'après les supports proposés par le CRAG Nouvelle-Aquitaine (76)

Les occasions sont donc multiples pour évoquer le sujet de l'alcool avec les patientes, et le pharmacien pourra aborder le sujet d'autant plus sereinement que l'environnement s'y prête.

4.1.3 Comment aborder le sujet de l'alcool ?

Après avoir mis en place un environnement rassurant, montrant à la patiente que le pharmacien est disposé à parler d'alcool, il s'agira d'aborder concrètement le sujet, avec toutes les femmes ayant un projet de grossesse ou déjà enceintes.

En face d'une patiente, surtout si elle ne connaît pas son interlocuteur, il s'agira tout d'abord de « briser la glace », de faire le premier pas pour la mettre en confiance, afin de ne pas la brusquer, phénomène pouvant engendrer une méfiance contre-productive. Dans un contexte de délivrance d'acide folique (dès le projet de grossesse et jusqu'à la douzième semaine

d'aménorrhée) ou de test urinaire de grossesse, la question « Envisagez-vous une grossesse ? » peut servir de question « brise-glace ».

Bien que la question soit fermée, elle donne l'opportunité à la patiente, dans le cas d'une délivrance de test urinaire, de montrer son sentiment sur l'éventuelle grossesse, situation pouvant parfois mettre la patiente dans l'embarras en cas de grossesse non désirée.

Dans le cas d'une délivrance d'acide folique, la question permet de savoir si la vitamine B9 est prescrite suite à la planification d'une grossesse, et si la patiente est déjà enceinte.

Dans tous les cas, la question permet de savoir où en est la patiente, et une réponse affirmative donne au pharmacien une « porte d'entrée » pour aborder le sujet de l'alcool.

En cas de réponse négative et que l'éventuelle grossesse n'est pas désirée (dans le cas de la délivrance d'un test urinaire de grossesse), il s'agira de montrer à la patiente que le pharmacien reste disponible pour des conseils ultérieurs : « Quel que soit le résultat du test, je reste à votre écoute si vous avez des interrogations, n'hésitez pas à repasser me voir. »

Chez la femme déjà enceinte et dont la grossesse présente déjà des signes visibles, il est plus facile d'aborder ce sujet, les délivrances étant souvent liées à la grossesse (conseils pour les nausées, prescription médicale…). Par ailleurs, la plupart des femmes enceintes précisent spontanément leur statut au pharmacien. Il est possible de briser la glace avec ces patientes par des questions simples : « Depuis quand êtes-vous enceinte ? » ou « Comment se passe votre grossesse ? ».

Une fois la question de la grossesse abordée avec la patiente, il s'agira de l'amener à parler de sa consommation d'alcool. A ce stade, il est indispensable d'éviter de faire ressentir à la patiente une sensation de jugement ou de stigmatisation. Pour ce faire, intégrer les questions

de l'alcool dans celles des modifications alimentaires liées à la grossesse est une stratégie efficace. (7)

Par exemple, le pharmacien peut poser la question « Quelles modifications de votre alimentation avez-vous mises en place suite à votre grossesse ? », s'enquérir d'éventuelles difficultés à les mettre en œuvre puis, dans la continuité, demander « Comment faites-vous avec l'alcool depuis que vous êtes enceinte ? » ou « Comment a évolué votre consommation d'alcool depuis que vous envisagez une grossesse/depuis que vous êtes enceinte ? ». Il est possible d'interroger la patiente sur sa consommation d'alcool avant la grossesse, souvent bon reflet de la consommation pendant la grossesse : plus une femme boit de l'alcool avant sa grossesse, plus les risques sont importants qu'elle continue pendant qu'elle est enceinte. (44)

Dans cette situation, il est indispensable de s'assurer que la patiente est disposée à parler de sa consommation d'alcool. Si ce n'est pas le cas, le pharmacien devra montrer sa disponibilité pour une éventuelle discussion ultérieure, tout en donnant le conseil minimal que nous verrons plus tard. Par exemple, « L'alcool passe à travers le placenta pour atteindre le sang du fœtus. Pour cette raison, il est recommandé de ne pas consommer d'alcool pendant toute la grossesse. Si vous éprouvez des difficultés à atteindre cet objectif ou si vous en avez consommé même ponctuellement, n'hésitez pas à m'en parler, je reste à votre écoute. ».

Par ailleurs, si suite à cette question le pharmacien remarque un malaise chez la jeune femme, ou si les locaux de la pharmacie ne sont pas adaptés pour permettre la confidentialité (si les comptoirs sont trop rapprochés par exemple), il est possible de proposer à la patiente de poursuivre la discussion dans le local de confidentialité. Cependant, cette proposition peut engendrer une méfiance voire une résistance de la part de cette dernière, il sera du ressort du pharmacien d'évaluer sa pertinence au cas par cas. De plus, la confidentialité des échanges

faisant partie des conditions préalable à toute dispensation en officine, les locaux sont dans la plupart des cas déjà adaptés et répondent aux critères de discrétions requis.

Après avoir abordé le sujet de l'alcool avec la patiente, il s'agira pour le pharmacien d'en savoir plus sur sa consommation d'alcool (quelles quantités, à quelles occasions…), pour permettre un repérage précoce des consommations à risque, et intervenir afin de mettre en place un changement de comportement.

4.1.4 Intervenir auprès des femmes enceintes et ayant un projet de grossesse

4.1.4.1 Repérage précoce

4.1.4.1.1 Méthode

Le repérage précoce de la consommation d'alcool a pour objectif d'en évaluer le mode et le niveau d'usage, d'en estimer le retentissement maternel et fœtal, d'évaluer les facteurs de vulnérabilité ainsi que les compétences de la patiente.

Il permettra de distinguer les situations simples, quand la consommation est un épiphénomène de la grossesse, à un moment où la patiente ne sait pas encore qu'elle est enceinte (la plupart des patientes, bien informées, arrêtent toute consommation d'alcool dès qu'elles apprennent leur grossesse), des situations complexes, quand il existe une situation d'alcoolodépendance ou des facteurs de vulnérabilité (violences domestiques, troubles mentaux, sociaux, où l'alcool peut être utilisé dans sa fonction « auto thérapeutique »…). (44) Des « situations frontières » existent assez fréquemment, dans des cas où les patientes ont une consommation à risque, occasionnelle ou régulière, du fait d'une méconnaissance des conséquences possibles sur leur enfant.

Nous avons vu comment aborder le sujet de l'alcool avec la patiente. Il s'agira donc dans la suite de l'échange d'explorer sa consommation. Les questions doivent permettre d'obtenir une représentation détaillée des modes de consommation de la jeune femme, et de donner des informations à la fois quantitatives et qualitatives : aucune consommation, consommation occasionnelle ou régulière mais stoppée dès le projet de grossesse ou le début de la grossesse, consommation occasionnelle ou régulière et diminuée, consommation d'alcool difficile à arrêter, alcoolodépendance.

Que la femme planifie une grossesse ou soit déjà enceinte, il est possible d'aborder les quantités par les questions « Vous est-il arrivé ces derniers mois de consommer du vin, de la bière, du champagne, des alcools forts ? », « A quand remonte votre dernière consommation de vin, bière, ou autre ? », « Combien de verres avez-vous bu depuis votre projet de grossesse ? », « A quelle fréquence consommez-vous des boissons alcoolisées depuis votre projet de grossesse ? », ou encore « Combien de verres buvez-vous par occasion ? ». Pour savoir si la patiente connaît la notion d'unité d'alcool, ou si elle différencie les types d'alcools (la bière et le vin étant souvent considérés comme des alcools « doux » donc moins nocifs), il est préférable d'éviter le terme « alcool » et de citer les différents types de boissons (bière, vin, apéritifs, alcools forts…).

Une fois la patiente interrogée sur les quantités consommées, l'aspect qualitatif devra être exploré par des questions sur les moments et les occasions de consommation. Pour ce faire, les questions « Dans quel contexte buvez-vous de la bière, du vin, des alcools forts depuis le début de votre grossesse ? », « Buvez-vous plutôt le week-end ? La semaine ? » peuvent permettre d'interroger les habitudes de consommation.

Enfin, il est indispensable de prendre en compte l'aspect émotionnel de la consommation d'alcool et de son arrêt, par exemple en demandant à la patiente s'il est difficile pour elle de

modérer ou arrêter sa consommation d'alcool. Si la patiente ne semble pas réticente, pousser ce questionnement (« Pour quelles raisons pensez-vous consommer de l'alcool ? », « Quelles conséquences votre consommation d'alcool a-t-elle dans votre vie ? ») peut permettre à la patiente d'aborder certains facteurs de vulnérabilité (contexte familial, professionnel…).

Néanmoins, il est nécessaire de garder à l'esprit que la sous-déclaration des consommations est très fréquente chez les femmes enceintes. Parler d'alcool n'est souvent pas si facile, surtout pour les jeunes femmes ayant une consommation à risque. Ce questionnement est donc donné à titre d'exemple mais doit être adapté aux réactions de la patiente.

Pour faciliter le repérage de la consommation d'alcool, certaines méthodes couramment utilisées par les professionnels de la périnatalité peuvent être adaptées pour être utilisées à l'officine.

4.1.4.1.2 Questionnaire AUDIT

Le test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) est le test de référence pour explorer la consommation d'alcool et est utilisé pour détecter un éventuel mésusage ou une alcoolodépendance. (*cf Annexe 4)* Il contient dix questions et reflète les quantités d'alcool consommées sur les douze derniers mois, et n'est pas spécifique de la consommation pendant la grossesse. Il s'intéresse également aux perceptions de ce comportement par le patient lui-même (conséquences sur la vie quotidienne, culpabilité, avis de l'entourage, violence…). Le praticien peut remplir le questionnaire en posant les questions au patient, ou bien ce dernier peut remplir le questionnaire lui-même, chez lui ou en salle d'attente, permettant au professionnel de s'appuyer sur les réponses pour entamer une démarche d'accompagnement pour diminuer ou arrêter la consommation.

L'utilisation de ce questionnaire en routine à l'officine dans la détection de la consommation d'alcool pendant la grossesse est néanmoins peu aisée, son utilité primaire étant de détecter les consommations à risque hors du contexte de la grossesse. Les seuils de mésusage n'étant pas les mêmes, l'application aux femmes enceintes n'est pertinente que dans les cas de consommations très élevées. Des consommations faibles, n'engendrant pas de dépendance, bien qu'à risque pendant la grossesse, ne sauront être détectée par l'AUDIT.

4.1.4.1.3 Questionnaire T-ACE

Le questionnaire T-ACE, déjà évoqué plus tôt (*cf Figure 3)*, et appliqué sous forme d'auto (rempli par la patiente) ou d'hétéro questionnaire (rempli par le praticien, après avoir posé les questions à la patiente), cherche, en quatre questions, à évaluer un mésusage ou une dépendance (78) :

- Tolerance : « Combien devez-vous consommer de verres pour sentir l'effet de l'alcool ? »

- Annoyed : « Les gens vous ont-ils déjà agacé en critiquant votre consommation d'alcool ? »

- Cut Down : « Avez-vous déjà eu l'impression que vous devriez réduire votre consommation d'alcool ? »

- Eye Opener : « Vous est-il déjà arrivé de prendre un verre en vous levant pour calmer vos nerfs ou vous débarrasser d'une « gueule de bois » ? »

A partir de deux réponses positives sur les quatre questions posées, la probabilité de consommation excessive est très élevée.

Test de dépistage de référence des consommations d'alcool pendant la grossesse, le T-ACE est plus court et donc plus facilement applicable à l'officine. Un score supérieur à 2 doit faire suspecter une consommation à risque pour le fœtus. Néanmoins, s'il détecte très bien les consommations importantes, il ne dépiste en revanche pas les consommations plus faibles,

ce qui peut être problématique en pratique officinale, la plupart des consommations étant légères ou modérées.

4.1.4.1.4 Le F-ACE

Adapté du T-ACE et de l'AUDIT, le test F-ACE est conçu pour être rempli par le praticien au cours d'un échange face à face avec le patient. Les questions doivent être posées sans reformulation et les réponses cotées par le praticien en fonction des réponses spontanées du patient. Il a pour objectif, en une minute d'entretien, de repérer qui pourrait bénéficier d'une intervention concernant sa consommation d'alcool. (44)

Figure 31 - Questionnaire F-ACE
D'après le guide « Alcool et grossesse » à destination des professionnels de santé (44)

- « A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ? »
Réponses : Jamais = 0 ; Une fois par mois ou moins = 1 ; Deux à quatre fois par mois = 2 ; Deux à trois fois par semaine = 3 ; Quatre fois ou plus par semaine = 4
- « Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ? »
Réponses : Un ou deux = 0 ; Trois ou Quatre = 1 ; Cinq ou six = 2 ; Sept à neuf = 3 ; Dix ou plus = 4
- « Votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ? »
Réponses : Oui = 4 ; Non = 0
- « Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ? »
Réponses : Oui = 4 ; Non = 0
- « Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ? »
Réponses : Oui = 4 ; Non = 0

Chez la femme :
Score < 4 Risque faible ou nul, de 4 à 8 : Consommation à risque, > 8 : Dépendance probable

Dans le questionnaire F-ACE, les questions sont posées par le professionnel face au patient. Il a l'avantage d'être très rapide et peut être appliqué chez la femme enceinte. Il permet de connaître le niveau de risque associé à la consommation d'alcool et donc la marche à suivre auprès de la patiente (intervention brève, entretien, réorientation vers un professionnel d'addictologie…).

4.1.4.1.5 Application à l'officine

Même si l'utilisation de ces outils sous forme d'auto-questionnaire présente une meilleure efficacité dans la détection des consommations à risque (79) qu'un questionnement seul, l'application directe à l'officine semble périlleuse. En effet, pendant une dispensation souvent courte, qui plus est pendant laquelle la patiente ne s'attend en général pas à entendre parler d'alcool, l'utilisation de ces questionnaires, même s'ils sont fiables, peut paraître trop formelle voire abrupte et ne doit pas être un frein au dialogue.

Pour garder tous les avantages de ces outils, il peut être intéressant pour le pharmacien de garder l'essentiel de ces questions en tête (notamment celles du F-ACE) et de les poser à la patiente au cours de l'échange, sans utiliser le support papier du questionnaire, afin d'évaluer mentalement la consommation d'alcool et les risques engendrés. Les questions seront posées dans un ordre suivant le cours de la discussion, permettant d'orienter la patiente sans engendrer de méfiance. Cette méthode, permettant d'éviter les aspects mécaniques et impersonnels des questionnaires, est très souvent utilisée en pratique par les pharmaciens avec le test de Fagerström dans le contexte du sevrage tabagique, et permet une évaluation rapide des risques associés à la consommation et du degré de dépendance.

Bien-sûr, ces remarques sont pertinentes uniquement dans le contexte d'une dispensation à l'officine. Dans une situation plus personnalisée d'entretiens pharmaceutiques visant à accompagner le changement de comportement vis-à-vis de l'alcool, l'utilisation des questionnaires tels que présentés plus haut peuvent, quand ils sont remplis par la patiente elle-même, être de bons supports pour lui faire prendre conscience de sa consommation et ouvrir le dialogue.

Le repérage précoce des jeunes femmes ayant une consommation d'alcool à risque pourra donc, à l'aide de ces outils, et par un questionnement interrogeant à la fois les aspects qualitatifs et quantitatifs de leur mode de consommation, mettre en évidence celles pour qui une intervention brève serait suffisante, celles qui pourraient bénéficier d'entretiens personnalisés et celles qui devraient être redirigées vers des structures adaptées d'addictologie.

4.1.4.2 Intervention brève

Nous avons vu dans les paragraphes précédents comment différencier les patientes ayant déjà arrêté leur consommation d'alcool en vue de leur grossesse de celles pouvant nécessiter une intervention quant à leurs pratiques.

Là où le repérage précoce cherche à dépister les consommations à risque, l'intervention brève a pour but d'encourager et d'accompagner l'arrêt (ou la réduction, dans les cas où l'arrêt complet n'est pas considéré par la patiente) de la consommation d'alcool. (44) (77) Ces deux étapes sont étroitement liées.

4.1.4.2.1 Principe

L'intervention brève consiste en une session de conseils en face à face entre le patient et le praticien, chez des patients susceptibles d'avoir une consommation de substance psychoactive à risque. L'objectif de ces sessions est d'identifier un éventuel problème d'abus, de donner les conseils appropriés, et d'accompagner le patient dans le sevrage par des techniques motivationnelles. Les sessions sont structurées et durent entre cinq et quinze minutes. Appliquées au domaine de l'alcool, les interventions brèves ont donné de bonnes preuves d'efficacité et permettent de réduire significativement l'abus de substance sur le long terme. (80) (81) Leur format court semble être en adéquation avec les besoins de la prévention à l'officine, dans un contexte de dispensation ne dépassant rarement quinze

minutes. Appliquée à la prévention de la consommation d'alcool pendant la grossesse, l'intervention brève rentre dans une démarche éducative par l'information (contenus scientifiques), les conseils et l'éducation de la patiente (centrée sur la patiente, alliance thérapeutique). (77)

L'intervention brève est structurée en six grands principes ou étapes, ayant pour objectif de provoquer une prise de conscience et d'inciter au changement de comportement, tout en respectant les choix et les volontés de la patiente. Elle permet de favoriser une approche systématique préventive avec l'ensemble des patientes.

Figure 32 - Méthode FRAMES de l'intervention brève, ayant pour objectif de provoquer une prise de conscience, d'inciter un changement tout en respectant les choix de la patiente
D'après Repérage précoce des consommations à risque chez la femme enceinte et réduction des risques ***(82)***

F	**Feedback :** Repérage précoce, partager avec la patiente le « diagnostic »
R	**Responsabiliser :** Faire connaître les risques associés à la consommation, l'intérêt de la réduction
A	**Advise** : Conseiller l'arrêt, rappel des recommandations
M	**Menu** : Moyens pour arrêter la consommation, proposés par la patiente
E	**Empathie :** Absence de jugement
S	**Self-efficacy :** Encourager et motiver

La première étape de « Feedback » cherche à utiliser les résultats du repérage précoce pour mettre en évidence auprès de la patiente sa consommation, et de s'en servir comme base pour l'ouverture du dialogue.

Les deuxièmes et troisièmes étapes viseront à responsabiliser la patiente, c'est-à-dire en faire l'actrice essentielle de son changement de comportement, en lui faisant prendre conscience des risques associés à la consommation, des conséquences éventuelles sur l'enfant à naître, et des bénéfices de l'arrêt. Pour ce faire, l'information devra s'appuyer sur des preuves

scientifiques et être adaptée au niveau de compréhension de la jeune femme, en évitant notamment d'utiliser des termes peu concrets (SAF, ETCAF…).

Enfin, la quatrième étape aura pour but de faire exprimer à la patiente les moyens concrets par lesquels elle compte réduire sa consommation. Si elle rencontre des difficultés à proposer des solutions, le pharmacien peut faire des propositions, mais ce sera à la patiente de fixer ses objectifs et les moyens pour les atteindre.

Les deux derniers éléments de la méthode FRAMES sont, plus que des étapes, des grands principes à appliquer tout au long de l'intervention.

D'abord, l'empathie, caractéristique essentielle de l'attitude des professionnels de santé, nécessitera du pharmacien une posture neutre, bienveillante et sans jugement. Dans la démarche éducative, la patiente devra avoir le sentiment d'avoir été écoutée, comprise, et d'avoir évolué.

Ensuite, la faculté de la patiente à croire en ses capacités de changement ou « self-efficacy » doit être entretenue et développée tout au long de l'intervention. Pour ce faire, le pharmacien devra encourager et soutenir la patiente dans ce changement. Nous verrons que la motivation au changement est un élément essentiel au changement lui-même, et que l'attitude du professionnel peut y jouer un rôle important.

4.1.4.2.2 Application à l'officine

Si l'on cherche à appliquer la méthode de l'intervention brève concrètement à l'officine, cela se traduira par plusieurs étapes.

D'abord, il s'agira de connaître les modes de consommation de la patiente. Le repérage précoce est donc intimement lié à l'intervention brève, c'est un point de départ pour orienter la discussion vers un arrêt ou une réduction des consommations. C'est pour la patiente l'étape de prise de conscience des risques associés à son comportement. Selon le niveau de

risque associé à la consommation, le déroulement de l'intervention brève pourra être plus ou moins complet. Il est possible de mettre en évidence plusieurs niveaux de risque :

- Pas de risque, la consommation d'alcool est arrêtée depuis le projet de grossesse et la patiente n'a pas une consommation régulière en dehors de la grossesse
- Risque modéré, la patiente a arrêté toute consommation depuis le projet de grossesse mais consommait de l'alcool régulièrement avant sa grossesse ou a consommé de l'alcool avant l'annonce de sa grossesse.
- Risque important, la patiente connait des difficultés pour arrêter sa consommation d'alcool, du fait de son milieu (consommation festive, sociale, vie professionnelle stressante…) ou par méconnaissance des risques
- Alcoolodépendance avérée.

Après le repérage, la seconde étape est une étape d'information et de conseil, sur les risques encourus par l'enfant à naître en cas de maintien de la consommation, des bénéfices à l'arrêt. Cette étape doit transmettre, à *minima*, certaines informations essentielles, même si la patiente éprouve une certaine réticence à poursuivre l'intervention.

L'étape suivante, parallèlement à l'étape « Menu » de la méthode FRAMES, doit permettre à la patiente de fixer ses propres objectifs (abstinence, réduction) et d'imaginer les moyens qu'elle sera prête à mettre en œuvre pour les atteindre. Le pharmacien devra encourager le changement et entretenir la motivation de la patiente.

Enfin, comme souvent suggéré dans les articles s'intéressant à l'intervention brève, (77) (82) (83) la dernière étape consiste à remettre à la patiente un document résumant l'essentiel des informations données, lui permettant de relire ces conseils à la maison. La brochure produite par l'INPES et distribuée par le CESPHARM (*Annexe 1*) peut être remise à la patiente dans

ce but à la fin de l'intervention brève. Il est indispensable de rappeler à la patiente que le pharmacien reste disponible pour d'éventuelles questions ou difficultés.

4.1.4.2.2.1 Informations essentielles et conseil minimal

Quel que soit le niveau de consommation de la jeune femme ayant un projet de grossesse, un certain nombre d'informations doivent être données de façon systématique.

Le message doit être crédible, persuasif et basé sur des preuves scientifiques. Il doit éviter de créer un sentiment de culpabilité parmi les femmes qui ont consommé de l'alcool avant de se savoir enceinte ou chez les femmes qui envisagent difficilement l'abstinence du fait de leur alcoolodépendance. Le message doit motiver au changement sans entrainer une réponse défensive de la patiente, il doit donc s'adapter à son histoire.

Comme dans toute démarche éducative, il est intéressant d'utiliser les connaissances de la patiente comme point de départ aux informations données : « Que savez-vous des recommandations quant à l'alcool pendant la grossesse ? », « Que savez-vous des effets de l'alcool pendant la grossesse ? ». Ce recueil d'information permettra de construire les explications à partir de ce que sait la patiente, et donc d'entrer dans une démarche interactive. Certaines informations essentielles, qu'on peut appeler « conseil minimal » doivent être transmises systématiquement dès qu'une patiente achète un test urinaire de grossesse, en cas de délivrance d'acide folique ou devant tout signe manifeste de grossesse. (44)

- Le placenta ne fait pas barrière à l'alcool : l'alcool le traverse, et l'alcoolémie du fœtus devient très rapidement la même que celle de la mère. De surcroît, les mécanismes d'élimination du fœtus ne sont pas matures, l'alcool reste donc beaucoup plus longtemps dans le sang du bébé.

- L'alcool peut entraîner des malformations pour le fœtus, et est toxique sur le système nerveux central pendant toute la grossesse. Les effets sont très variables, dépendent de la quantité d'alcool consommée et de facteurs génétiques, et peuvent aller du retard mental au Syndrome d'Alcoolisation Fœtal, regroupant troubles neurodéveloppementaux et troubles physiques.

- On ne connait pas actuellement de seuil en dessous duquel la consommation d'alcool n'entraînerait aucun risque, par précaution on recommande l'abstinence complète dès le projet de grossesse.

- Notion d'unité d'alcool : un verre d'alcool, que ce soit de la bière, du vin, un digestif ou un alcool fort commandé dans un café ou bar contient une unité d'alcool, soit une dose standard, et équivaut à 10g d'alcool environ. Tous les alcools ont donc la même dangerosité.

Selon les interrogations de la patiente et de son intérêt pour la question, les arguments peuvent être bien sûr complétés ou approfondis. Cependant, devant une patiente réticente à parler d'alcool, il est impératif de transmettre au moins ces messages, et d'exprimer sa disponibilité pour une éventuelle discussion ultérieure.

Dans la plupart des cas, les jeunes femmes ayant un désir de grossesse connaissent déjà bien les recommandations et savent les appliquer sans difficultés. Néanmoins, certaines adoptent, souvent par méconnaissance des risques, un comportement non adapté. Chez ces jeunes femmes, il est essentiel de susciter le changement. Après les avoir interrogées sur leurs

connaissances et leur avoir transmis les informations et conseils essentiels, il s'agira d'accompagner les patientes vers une adaptation de leur comportement.

4.1.4.2.2.2 Susciter le changement

L'étape la plus complexe de l'intervention brève consiste à induire un réel changement chez les patientes ayant un risque (même modéré) de consommer de l'alcool durant leur grossesse. Pour inciter un changement durable, il doit faire appel à des motivations intrinsèques de la patiente, dépassant le simple « Je ne bois pas parce que mon pharmacien m'a dit de ne pas le faire », solution rarement pérenne.

Après avoir donné à la patiente des informations précises sur les risques encourus par la consommation d'alcool pendant la grossesse, le pharmacien devra lui faire exprimer ses objectifs ainsi que les moyens mis en place pour atteindre ces objectifs : « Au regard de ces informations, comment comptez-vous aborder votre grossesse vis-à-vis de l'alcool ? » « Quelles modifications de votre quotidien pourriez-vous mettre en œuvre pour répondre à cet objectif ? ». Il est indispensable que les objectifs, comme les solutions, soient fixés par la patiente elle-même. Le pharmacien n'a pour but, ici, que d'accompagner le changement de comportement. Eventuellement, il est possible d'aiguiller la patiente dans le choix de ses solutions : changer les habitudes de consommation, préférer à l'alcool des boissons riches en vitamines, nutriments (jus de fruit, lait, eaux…), bénéfiques pour elle et son enfant, à l'alcool, expliquer à l'entourage son choix d'abstinence et les faire participer à la réussite de cette décision… sans perdre de vue le fait que c'est elle qui prendra la décision des moyens mis en œuvre.

Pour définir les objectifs et les moyens d'actions, (on répond à la question « Comment ? »), il s'agira pour la patiente d'exprimer ses motivations au changement (on répond à la question « Pourquoi ? »). Même si dans un contexte de grossesse les raisons poussant à arrêter la

consommation d'alcool semblent pour la plupart évidentes, il est essentiel de les faire exprimer par la patiente : « Pourquoi ce changement est-il important pour vous ? ».

Par ailleurs, la confiance qu'a la patiente en ses propres capacités de changement joue un rôle primordial dans la réussite du changement lui-même. (84) Toujours dans cette dynamique d'accompagnement du changement, le pharmacien pourra renforcer la confiance de la patiente en l'encourageant, en adoptant une attitude bienveillante l'aidant à s'exprimer, et en respectant ses choix.

Tout au long de cette démarche, le pharmacien tâchera de reformuler les objectifs et décisions exprimées par la patiente. Pour clore l'intervention brève, le pharmacien pourra résumer ce qui a été dit et remettre une brochure d'information reprenant les informations principales à la patiente.

L'intervention brève permet donc en une dizaine de minutes de détecter les consommations à risque, d'informer les patientes et de faire émerger les motivations au changement et les moyens adaptés. Cependant, parfois, l'importance du changement pour la patiente et la confiance en ses propres capacités de changement ne sont pas suffisantes pour induire une réelle adaptation des pratiques. Dans ces cas, le pharmacien peut mettre en place un travail plus approfondi avec la patiente en lui proposant de se rencontrer à l'occasion d'un ou plusieurs entretiens ayant pour but d'accompagner le changement.

Nous verrons dans la partie suivante les attitudes à adopter et les grands principes de la motivation au changement pouvant être appliqués lors d'intervention brèves ou d'entretiens.

4.1.4.3 Bâtir la motivation : stratégie, attitude

Le changement est un processus complexe. Dans le domaine de la santé, le patient est souvent soumis à des injonctions thérapeutiques visant à modifier son mode de vie, alors même qu'il ne perçoit pas les effets néfastes du comportement en question. A *fortiori* quand il s'agit d'alcool, la relation patient-soignant est placée sur un terrain émotionnel particulier, le soignant voulant « guérir le patient d'une maladie que ce dernier ne reconnaît pas ». (81)

L'alliance patient-soignant en faveur du changement dépend alors de l'habileté du soignant à faire prendre conscience des risques au patient, et à améliorer sa motivation intrinsèque.

Dans le contexte de la consommation d'alcool pendant la grossesse, la plupart des patientes ne connaissent aucune difficulté à entendre et appliquer les recommandations « pour le bien de leur enfant ». La motivation intrinsèque est déjà suffisante pour entamer le changement (en l'occurrence, arrêter toute consommation d'alcool) et l'appliquer de façon efficace durant toute la grossesse et, le cas échéant, l'allaitement.

Pour certaines jeunes femmes cependant, l'arrêt n'est pas si évident, et l'habileté du praticien à susciter le changement sera déterminante. Nous verrons dans ce paragraphe comment adopter une attitude motivationnelle afin d'accompagner ces patientes vers le comportement le plus adapté ; l'abstinence.

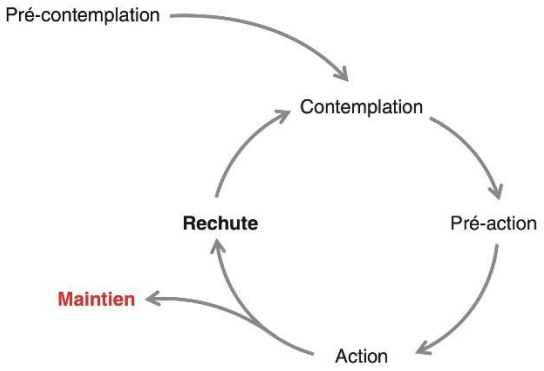
Il est à noter que, bien plus qu'un ensemble de techniques visant à augmenter la motivation de la patiente, ce qu'on appelle ici l'attitude motivationnelle est, d'après Rollnick et Miller, une « façon d'être pour et avec les patients, une approche pour faciliter la communication qui fait émerger un changement naturel ». (84) Cette façon d'être, centrée sur le patient, pourra être appliquée tout au long de l'entrevue avec la patiente, que ce soit durant l'intervention brève ou au cours d'entretiens pharmaceutiques.

Ce paragraphe ne prétend pas expliquer de façon exhaustive l'entretien motivationnel et toutes les démarches qui l'accompagnent, d'autres travaux l'ayant fait de façon beaucoup plus complète, (85) mais en utilise quelques principes et méthodes de travail. Pour cette raison, le terme « attitude motivationnelle » a été préféré à celui d'« entretien motivationnel ».

4.1.4.3.1 Stratégies

La voie du changement de comportement n'est pas linéaire. D'après Prochaska, le changement est un long processus dynamique constitué de six étapes. (77) Durant ce procédé, il est possible à tout moment de revenir à un comportement antérieur. Dans la plupart des cas, le thérapeute respectera les besoins du patient et son rythme propre.

Figure 33 - Modèle de changement transthéorique de Prochaska
D'après Alcool, guide pratique pour le médecin ***(77)***



Cependant, chez la femme ayant un projet de grossesse ou déjà enceinte qui consomme de l'alcool, la situation est différente. En effet, le changement est impératif à court terme, la poursuite de la consommation entrainant des risques sévères pour le futur enfant.

La stratégie, empruntée à l'entretien motivationnel, sera donc en une première étape de permettre à la patiente de bâtir sa motivation au changement, puis dans un second temps de la consolider et la mettre en œuvre. Les moyens utilisés pour atteindre les objectifs fixés rejoignent le déroulement de l'intervention brève et ont déjà été évoqués. Nous allons donc

maintenant nous intéresser aux stratégies permettant d'aider la patiente à bâtir sa motivation au changement.

Si le pharmacien, dans la démarche éducative, ne devait avoir qu'un seul objectif, ce serait l'émergence du discours-changement. On appelle discours-changement tous les arguments émis par la patiente en faveur du changement, en défaveur du « statu quo » (la situation initiale), sa confiance en ses propres capacités de changement, et son intention de changer. (85)

L'émergence du discours-changement dans les paroles de la patiente notifie au pharmacien que la patiente progresse dans la démarche et qu'elle entre dans la phase d'action. Ce changement de discours doit donc être entretenu et encouragé. Il signifie que la patiente est prête à passer à la seconde étape de consolidation et de mise en œuvre.

Les paragraphes suivants proposent certains leviers incontournables pour favoriser l'émergence du discours-changement.

4.1.4.3.1.1 L'ambivalence, la résistance

L'ambivalence, ou dilemme au changement, est une situation naturelle de tout processus de changement comportemental. Davantage, la résolution de cette ambivalence est une étape essentielle vers l'émergence du discours-changement.

Durant cette expérience, la patiente explorera sa balance décisionnelle, les bénéfices et les coûts liés au changement ou au maintien de la consommation, pour elle-même et son entourage proche. En cas de non-résolution, l'ambivalence peut immobiliser le sujet dans un conflit intrapsychique difficile à résoudre. Le rôle du pharmacien sera d'inviter la patiente à exprimer librement la complexité de son ambivalence afin de la conduire vers une résolution.

Bien que naturelle, la situation d'ambivalence est une expérience complexe pour la patiente, mais également pour le thérapeute. Elle est souvent identifiée comme du déni, de la mauvaise

volonté, de la résistance. Dans cette situation, plaidoyer en faveur d'un arrêt de la consommation ne fera qu'exacerber la force de contre-argumentation de la patiente ambivalente. Plutôt que de marteler la juste conduite à tenir face à une patiente déjà en proie à un conflit interne, il s'agira de voir cette apparente résistance comme un signal fort devant conduire le pharmacien à changer d'attitude, de « rouler avec la résistance » et d'inviter la patiente à devenir actrice de la résolution de ses problèmes. Il est essentiel de garder à l'idée que la patiente peut ressentir l'arrêt de la consommation d'alcool comme une perte, et non comme quelque chose de positif, bien que tous les arguments aillent en ce sens. (84) (85)

L'issue de la démarche d'arrêt de la consommation d'alcool dépend notamment de l'importance qu'accorde la patiente à ce changement de comportement. Un faible niveau d'importance perçue ne doit pas être interprétée comme du déni ou de la résistance, mais comme un état normal du processus d'ambivalence. Au contraire, dans l'accompagnement de la démarche de changement, les différents aspects de l'ambivalence sont d'autant plus de pistes à explorer pour susciter des divergences chez le sujet.

4.1.4.3.1.2 Développer les divergences

Un moyen efficace dans la voie de la résolution de l'ambivalence et de l'émergence du discours changement est de mettre en exergue les divergences entre la réalité actuelle et l'avenir espéré. (84) La patiente rencontrant des difficultés à arrêter toute consommation d'alcool pendant sa grossesse n'en est pas moins une future mère, avec des valeurs et des représentations. Mettre en avant les divergences entre son comportement actuel et ses valeurs de référence, ses objectifs peut permettre d'accroître la perception des inconvénients, et ainsi de faire percevoir à la patiente que le changement représente un bon moyen pour atteindre quelque chose qui a de la valeur pour elle. Il s'agit donc de découvrir les motivations de l'individu, d'explorer ce qu'elle souhaite plutôt que de s'en tenir aux raisons qui l'opposent à l'arrêt de la consommation.

Par exemple, chez une jeune femme ayant un projet de grossesse, une divergence peut être : « Je souhaite avoir un enfant en bonne santé, être une bonne mère fait partie des valeurs importantes pour moi. Pourtant, je consomme de l'alcool, cela ne favorise pas mon image de bonne mère, et il existe un risque que mon enfant ne soit pas en bonne santé à cause de cette consommation. L'arrêt de la consommation d'alcool pourra être un moyen d'avoir un enfant en bonne santé et d'atteindre la représentation de ce qu'est être une bonne mère ».

Dans un contexte de grossesse, l'arrêt de la consommation d'alcool est souhaitable, et même urgente. Il est donc utile d'appliquer une stratégie intentionnellement directive, guidant la patiente vers le comportement le plus adapté. Pour développer les divergences et faire émerger le discours-changement, le pharmacien peut s'appuyer sur des questions portant sur : (86)

- Les inconvénients de la situation actuelle : « Qu'est-ce qui vous inquiète dans votre situation actuelle ? », « Qu'est-ce qui, dans votre façon de boire, vous inquiète, vous ou votre entourage ? »
- Les avantages du changement : « Comment aimeriez-vous voir évoluer les choses ? », « Quelles pourraient-être pour vous les bonnes raisons d'arrêter votre consommation d'alcool ? »
- L'intention de changer : « Qu'est-ce que vous pensez de votre consommation d'alcool en ce moment ? », « Qu'est-ce que vous aimeriez essayer de faire ? », « Quelle image souhaitez-vous renvoyer ? »

Pour favoriser la résolution de l'ambivalence, le pharmacien devra donc, de façon directive, mettre en lumière les divergences entre la consommation d'alcool actuelle et les valeurs de références ou objectifs personnels que poursuit la patiente.

4.1.4.3.1.3 Améliorer le sentiment d'auto-efficacité

L'envie de changement, c'est-à-dire l'intensité avec laquelle la patiente souhaite changer, peut être le reflet du niveau de divergence entre la réalité actuelle et son objectif futur. Cependant, il ne suffit dans la plupart des cas pas d'avoir envie de changer pour que le changement s'opère réellement. L'importance du changement est, bien entendu, un facteur de sa réussite, mais il est également essentiel que la patiente ait confiance en ses capacités de changement. L'objectif pour le pharmacien sera d'augmenter la confiance de la patiente en ses propres capacités à surmonter des obstacles.

Des questions telles que « Si vous décidiez d'arrêter de consommer de l'alcool, qu'est-ce qui vous fait penser que vous y arriveriez ? », « Qu'est-ce qui vous encourage à penser que, si vous le souhaitez, vous pouvez changer ? » peuvent permettre à la patiente d'exprimer les raisons pour lesquelles elle se sent capable de changer, et, si ce discours est valorisé par le pharmacien, peuvent favoriser l'expression d'un discours-changement. (86)

4.1.4.3.1.4 Repérer le discours-changement

Il est essentiel de savoir repérer l'apparition du discours-changement, afin de passer à l'étape de consolidation et de faire envisager à la patiente les moyens à mettre en œuvre pour mener à bien ce changement.

Dans une démarche d'auto-motivation, le vocabulaire utilisé explicite l'engagement. Ce sont de subtiles variations du langage de la patiente (propres à chacune) qui traduiront son niveau d'engagement, et peuvent être classées, d'après Miller et Rollnick, en six catégories : désir, capacité, raisons, besoins, engagement, premiers pas. L'expression de ces phrases n'est, bien-sûr, pas directement prédictive d'un changement de comportement. Cependant, elles représentent une augmentation de la force de l'engagement, qui, elle, est prédictive du changement de comportement. (84) Les repérer est donc essentiel pour adapter son discours à l'évolution de la patiente.

4.1.4.3.2 Principes et attitude à adopter

L'attitude motivationnelle, non directive par l'écoute des valeurs fondamentales de patiente et par l'exploration, sans jugement, de son ambivalence, la dirige cependant dans son processus de changement par la mise en exergue des divergences, l'orientant dans un sens bien précis. (86) Dans une intervention brève ou un entretien, le pharmacien doit toujours voir son intervention comme une collaboration avec la patiente, s'ancrant dans une guidance plutôt qu'une contrainte au changement. (84) Les conditions nécessaires de disponibilité (gestuelle, intonation, débit de la voix…) et de confidentialité doivent être réunies afin de favoriser la relation et l'écoute.

D'après Rollnick et Miller, le changement naturel se fonde sur trois conditions essentielles : « être empathique de façon appropriée, chaleureux sans être possessif, et authentique ». (84)

L'empathie est une caractéristique essentielle, mais non suffisante, de la relation d'aide. Le pharmacien devra être attentif aux sentiments de la patiente et les refléter, avec pour unique objectif de comprendre ce qu'elle a vécu, de « voir à travers ses lunettes ». Cela nécessite que le pharmacien accepte la patiente telle qu'elle est, sans sentiment de jugement. Grâce à cette acceptation (qui n'empêche pas d'exprimer des désaccords), la patiente pourra se dévoiler, avec ses craintes et ses valeurs personnelles, et ainsi donner matière au pharmacien pour faire émerger le discours-changement évoqué plus haut. (86)

La méthode « OUVER » rappelle la posture efficace et incontournable à adopter lors d'une relation d'accompagnement au changement. (86)

- Poser des questions **ou**vertes : permettent de faire émerger les préoccupations de la patiente, facilitent l'ouverture du dialogue. On conseille en général de ne pas poser plus de trois questions (même fermées) successivement.

- **V**aloriser : Il est essentiel, au cours de la démarche, d'encourager et de mettre en valeur la progression et les décisions de la patiente, afin de renforcer la confiance et le sentiment d'efficacité personnelle.
- Utiliser l'**E**coute réflective : consiste en une méthode d'écoute et de questionnement permettant de renvoyer au propre discours de la patiente. Elle cherche à nuancer les propos de la patiente, d'un point de vue qualitatif (répétition, reformulation, reflet des sentiments) ou quantitatif (reflet simple, amplifié, sous-évalué…), et permet à la patiente de préciser le contenu de son discours, tout en l'orientant dans le développement du discours-changement.
- **R**ésumer : des séquences de récapitulation doivent ponctuer l'entretien, permettant de sélectionner les éléments motivationnels et de les faire entendre à nouveau à la patiente, et donc de l'autoriser à y apporter des modifications ou développement.

De surcroît, le pharmacien devra, dans la relation d'accompagnement au changement, passer outre ses représentations personnelles afin d'adopter l'attitude empathique attendue. Il est notamment essentiel de maîtriser le réflexe correcteur, concept de Miller et Rollnick décrivant l'attitude fréquente des soignants qui, pressés de résoudre la situation qu'ils jugent problématique, tentent de corriger les comportements du patient. (85) Même si l'objectif de cette attitude est le bien-être et la santé du patient, elle se traduit souvent par une démonstration de la nocivité du comportement et par sa condamnation, entrainant en résultante une réaction de défense voire de résistance, et une dissonance dans l'alliance thérapeutique. Il est donc essentiel pour le pharmacien de maîtriser cette attitude et de lui préférer une posture empathique.

4.1.4.4 Vers qui orienter les patientes alcoolodépendantes ?

Bien-sûr, le pharmacien, professionnel de santé de premier recours, ne saurait accompagner et prendre en charge toutes les femmes présentant un trouble de la consommation d'alcool (que ce soit un mésusage ou une alcoolodépendance). Certaines, dont la dépendance est avérée, ou qui présentent des facteurs de vulnérabilité liés à leur mode de vie ou leur milieu familial nécessiteront une prise en charge bien plus spécifique en centre spécialisé ou en milieu hospitalier.

Le rôle du pharmacien sera donc d'accompagner dans leur sevrage celles qui peuvent être accompagnées, qui présentent un risque modéré et peuvent suspendre leur consommation sans aide médicale, et de rediriger de façon suivie celles qui nécessitent une prise en charge spécialisée. Mais alors, vers qui rediriger ces patientes ?

Le pharmacien qui repère une consommation d'alcool à risque nécessitant une prise en charge particulière aura plusieurs opportunités pour réorienter la patiente. Dans un premier temps, il est nécessaire, avec, dans l'idéal, l'accord de la patiente, d'échanger avec son médecin généraliste, ainsi qu'avec le gynécologue obstétricien suivant la grossesse. Dans la plupart des cas, les professionnels médicaux accompagnant la patiente seront déjà au fait de la situation, mais, par conscience professionnelle, il est indispensable de s'en assurer. De plus, cette démarche permettra de connaître les initiatives ayant déjà été prises.

Ces patientes, souvent dans une situation de grande détresse psychologique, méritent une attention et un suivi particulier. Les consultations prénatales pourront être plus longues et plus fréquentes, et un suivi échographique rapproché par le gynécologue ou la sage-femme pourra être mis en place afin de dépister d'éventuelles malformations ou un retard de croissance. (44)

Les sentiments de crainte, de honte et de culpabilité étant très présents, rares seront celles qui iront solliciter d'elles-mêmes une consultation d'addictologie. Le pharmacien ayant réussi à instaurer une relation de confiance avec celles-ci pourra leur proposer de les accompagner dans le parcours de soin, en prenant contact pour elles, si le médecin ne l'a pas déjà fait, avec les professionnels adaptés et ainsi leur permettre d'entrer dans une démarche de prise en charge.

Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) sont des lieux gratuits et confidentiels répartis de façon homogène sur tout le territoire français. Leurs équipes sont constituées de professionnels du soin, du soutien psychologique et de l'aide sociale et éducative. Il est possible de trouver en quelques minutes l'adresse et les coordonnées du CSAPA le plus proche sur le site Alcool Info Service dans la rubrique « Adresses utiles ». La problématique alcool ne pouvant être isolée des autres difficultés (sociales, médicales, affectives…), ces centres permettent une prise en charge pluridisciplinaire préservant le besoin d'accompagnement au court terme (l'urgence de l'arrêt de la consommation) et au moyen terme (la femme qui souffre de sa consommation peut nécessiter du temps pour envisager une abstinence). (44) Le pharmacien peut contacter le centre pour organiser une première rencontre entre la patiente et les professionnels adaptés.

De plus, la plupart des hôpitaux ont en leur sein un service pouvant prendre en charge ces patientes, qu'il s'agisse du service d'alcoologie, du service « Grossesses à risque », ou parfois même de la psychiatrie. Le pharmacien peut donc également contacter l'hôpital de proximité afin d'organiser une consultation. Bien entendu, ces solutions ne peuvent être mises en place qu'après l'accord de la patiente.

La planification d'une grossesse (ou le début de la grossesse) semble être le moment idéal pour mettre en œuvre une démarche d'accompagnement au sevrage. En effet, les patientes alcoolodépendantes ont très souvent conscience des risques qu'elles font courir à leurs futurs enfants mais, du fait d'une situation de grande vulnérabilité, ne réussissent pas à trouver seules les solutions pour s'en sortir. Tous les professionnels de santé au fait de cette situation, dont le pharmacien, doivent éviter à ces femmes de décrocher du système de soin et, encore plus, leur permettre de de trouver les interlocuteurs adaptés à leur situation.

4.1.4.5 Guide à l'usage des pharmaciens

Dans la plupart des cas, ce n'est pas par mauvaise volonté que le pharmacien n'aborde pas le sujet de l'alcool avec les jeunes femmes ayant un projet de grossesse ou celles qui sont déjà enceintes, mais par un manque de savoir-faire. Partant de cette observation, et à partir des méthodes d'intervention abordées plus haut, l'objectif était de mettre à disposition des pharmaciens d'officine un outil reproductible et facile à utiliser dans la pratique quotidienne pour enclencher le dialogue avec ces femmes et faciliter la démarche d'accompagnement.

L'outil se présente sous la forme d'une fiche « Mémo » recto-verso, pouvant être imprimée en format A4 et laissée à disposition de l'équipe officinale. Il propose une démarche systématique pour aborder le sujet de l'alcool et repérer les jeunes femmes ayant une consommation à risque, et des questions standardisées facilitant l'ouverture du dialogue. Le document reprend également les informations essentielles à transmettre, les attitudes à adopter et les moyens à mettre en œuvre pour susciter le changement chez les jeunes femmes ayant des difficultés à arrêter leur consommation. En complément de la formation initiale des pharmaciens d'officine (notamment sur les effets de l'alcool pendant la grossesse), il a pour but d'harmoniser les messages délivrés par l'équipe et tentera de pallier, quand elles n'ont pas eu de formation spécifique, aux difficultés qu'éprouvent les équipes officinales à aborder le sujet de l'alcool avec leurs patientes.

ABORDER LE SUJET DE L'ALCOOL ET INTERVENIR CHEZ LES FEMMES ENCEINTES OU AYANT PLANIFIE UNE GROSSESSE

- Délivrance d'acide folique
- Délivrance d'un test de grossesse

« Envisagez-vous une grossesse ? »

QUESTION BRISE-GLACE

- Grossesse déjà visible
- Patiente signale sa grossesse

« Depuis quand êtes-vous enceinte ? »
« Comment se passe votre grossesse ? »

NON

« Quelle que soit l'issue du test de grossesse, n'hésitez pas à revenir me voir, je reste à votre écoute si vous avez des interrogations »

OUI

« Quelles modifications de votre alimentation avez-vous mis en place suite à votre projet de grossesse ou suite à votre grossesse ? »
« Eprouvez-vous des difficultés à appliquer ces modifications ? »

Si les locaux sont inadaptés ou si la patiente semble gênée pour aborder le sujet de l'alcool, il est possible de proposer de continuer cette discussion dans un local confidentiel

- **ABORDER LE SUJET DE L'ALCOOL**

« Comment faites-vous avec l'alcool depuis que vous êtes enceinte ? »
« Comment a évolué votre consommation d'alcool depuis que vous envisagez une grossesse ?

- **REPERAGE PRECOCE** S'aider si besoin des tests de dépistage T-ACE ou F-ACE

Evaluer la consommation avant la grossesse et la consommation depuis le projet de grossesse *(Plus la consommation est élevée avant la grossesse, plus le risque est important qu'elle continue pendant la grossesse)*

- QUANTITES

« Vous est-il arrivé les dernières semaines de consommer du vin ? De la bière ? Des alcools forts ? »
« Combien de verres avez-vous consommé par occasion ? », « A quelle fréquence consommez-vous des boissons alcoolisées depuis votre projet de grossesse ? »

- CONTEXTE

« Dans quel contexte buvez-vous des boissons alcoolisées ? Dans un contexte festif ? A la maison ? » ; « Buvez-vous plutôt la semaine ? Le week-end ? »

- ASPECT EMOTIONNEL DE L'ARRET

« Est-ce difficile pour vous d'arrêter votre consommation ? »
« Quelles sont les raisons qui vous poussent à boire de l'alcool ? »

INTERVENTION BREVE

- **INFORMATION = CONSEIL MINIMAL** → Chez toutes les jeunes femmes envisageant une grossesse

« Que savez-vous des recommandations quant à l'alcool pendant la grossesse ? »
« Que savez-vous des effets de l'alcool pendant la grossesse ? »
→ Partir des réponses à ces questions pour donner les conseils adaptés

- **SUSCITER LE CHANGEMENT** → Quand il existe un risque de consommation d'alcool

Permettre à la patiente de se fixer des objectifs et de trouver les moyens pour les atteindre
« Au regard de ces informations, comment comptez-vous aborder votre grossesse vis-à-vis de l'alcool ? »
« Quelles modifications de votre quotidien pourriez-vous mettre en place pour atteindre ces objectifs ? »
Améliorer la motivation intrinsèque de la patiente → Susciter le discours-changement
Montrer une attitude motivationnelle *(cf. encadré)*
« Pourquoi le changement est-il important pour vous ?

- **DISTRIBUTION D'UNE BROCHURE**

Par exemple, les brochures « Zéro alcool pendant la grossesse » disponibles sur le CESPHARM

En cas de mésusage ou d'alcoolodépendance avérée, prendre contact avec le médecin traitant ou le gynécologue
Trouver le Centre d'Accompagnement, de Soins, de Prévention en Addictologie (CSAPA) le plus proche : Alcool Info Service
Rubrique Adresse Utiles pour fixer, avec l'accord de la patiente, une consultation avec les professionnels adaptés

- **Test T-ACE** La consommation peut être à risque pour le fœtus à partir d'un score de 2 points

Tolerance : « Combien devez-vous consommer de verres pour sentir l'effet de l'alcool ? »
Réponse < 2 verres = 1 point, ≥ 2 verres = 2 points
Annoyed : « Les gens vous ont-ils déjà agacé en critiquant votre consommation d'alcool ?
Réponse positive = 1 point
Cut Down : « Avez-vous déjà eu l'impression que vous deviez réduire votre consommation d'alcool ? » *Réponse positive = 1 point*
Eye Opener : « Vous est-il déjà arrivé de prendre un verre en vous levant pour calmer vos nerfs ou vous débarrasser d'une gueule de bois ? » *Réponse positive = 1 point*

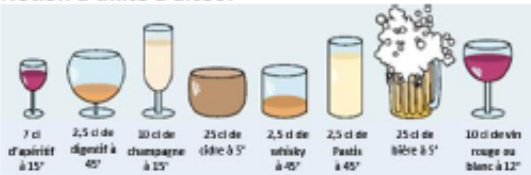
INFORMATION A DONNER = CONSEIL MINIMAL

Le placenta ne fait pas barrière à l'alcool : l'alcool le traverse, et l'alcoolémie du fœtus devient très rapidement la même que celle de la mère. De surcroît, les mécanismes d'élimination du fœtus ne sont pas matures, l'alcool reste donc beaucoup plus longtemps dans le sang du bébé.

L'alcool peut entraîner des **malformations** pour le fœtus, et est toxique sur le système nerveux central pendant toute la grossesse. Les effets sont **très variables**, dépendent de la **quantité d'alcool** consommée et de **facteurs génétiques**, et peuvent aller du retard mental au Syndrome d'Alcoolisation Fœtal, regroupant troubles neurodéveloppementaux et troubles physiques.

On ne connait pas actuellement de seuil en dessous duquel la consommation d'alcool n'entraînerait aucun risque, par précaution on recommande l'abstinence complète dès le projet de grossesse.

Notion d'unité d'alcool



UN VERRE STANDARD D'UNE DE CES BOISSONS = 10G D'ALCOOL

ATTITUDE MOTIVATIONNELLE

→ Guidance plutôt que contrainte au changement

Conditions préalables
Montrer sa disponibilité (dans sa gestuelle, ses intonations…), confidentialité
→ Favoriser une relation de confiance

Faire preuve d'empathie
« Voir à travers les lunettes de la patiente »
Ne pas porter de jugement, accepter la patiente telle qu'elle est, avec ses hésitations, ses craintes, ses représentations, ses valeurs

Être « OUVER »
- Poser des questions Ouvertes
- Valoriser la démarche de la patiente à chaque étape
- Ecoute active : reformulations, utilisation de reflets
- Résumer les propos et les décisions de la patiente à chaque étape de la démarche

Mettre de côté ses représentations personnelles
Maîtriser le « réflexe correcteur », tendance qu'aura le praticien à vouloir trop vite corriger un comportement jugé inapproprié, sans s'adapter au rythme de la patiente

COMMENT FAIRE EMERGER LE DISCOURS-CHANGEMENT ?

- **Accepter l'ambivalence** de la patiente, son dilemme au changement, puis l'explorer et la résoudre

L'ambivalence est une étape du processus de changement, la patiente va explorer la balance décisionnelle, les bénéfices et les coûts liés à l'arrêt de la consommation d'alcool

- **Rouler avec la résistance**, processus normal du processus de changement

La résistance n'est ni du déni ni de la mauvaise volonté, mais doit plutôt être interprété comme un signal fort qu'il est nécessaire de changer de conduite vis-à-vis de la patiente (Peut être signe d'un réflexe correcteur notamment)

- **Développer les divergences** entre la réalité actuelle et la situation espérée
  - Inconvénients de la situation actuelle : *« Qu'est-ce qui vous inquiète dans votre situation actuelle ? », « Qu'est-ce qui, dans votre façon de boire, vous inquiète, vous ou votre entourage ? »*
  - Avantages du changement : *« Comment aimeriez-vous voir évoluer les choses ? », « Quelles pourraient-être pour vous les bonnes raisons d'arrêter votre consommation d'alcool ?*
  - L'intention de changer : *« Qu'est-ce que vous pensez de votre consommation d'alcool en ce moment ? », « Qu'est-ce que vous aimeriez essayer de faire ? », « Quelle image souhaitez-vous renvoyer ? »*
- **Améliorer le sentiment d'auto-efficacité**, c'est-à-dire la confiance qu'a la patiente en ses propres capacités de changement
  « Si vous décidiez d'arrêter de consommer de l'alcool, qu'est-ce qui vous fait penser que vous y arriverez ? », « Qu'est-ce qui vous encourage à penser que, si vous le souhaitez, vous pouvez changer ? »

→ REPERER LE DISCOURS CHANGEMENT

4.2 Mise à profit des sites internet des officines

Le sujet de l'alcool est difficile à aborder pour les jeunes femmes, *a fortiori* en face d'un professionnel de santé, figure de « détenteur du savoir ». Nous avons vu quelles méthodes employer pour limiter cet écueil et faciliter la prévention auprès des jeunes femmes ayant un projet de grossesse. Toutefois, certaines jeunes femmes, malgré l'attitude adaptée du professionnel, rencontreront des difficultés à parler de leur consommation d'alcool. Il est essentiel de permettre à ces patientes d'avoir, malgré leur appréhension, une information précise et claire, ainsi que des réponses à leurs questions.

A l'heure du développement massif du digital appliqué à la santé, il pourrait être intéressant de mettre à profit cet engouement pour améliorer la prévention de la consommation d'alcool pendant la grossesse, comme déjà appliqué dans d'autres domaines d'éducation sanitaire (tabac, alimentation…).

La plupart des pharmacies mettent à disposition des patients un site internet, pour connaître les services proposés, les différentes gammes disponibles, et proposant même parfois un service de vente en ligne. Les sites internet sont donc aujourd'hui plus un outil « commercial » qu'un dispositif permettant d'améliorer la relation patient-pharmacien.

Pourtant, dans l'étude menée à Chambéry et analysée plus haut (*cf Partie 2)*, une des patientes suggère qu'il « serait profitable d'avoir un espace « santé », peut être sur internet, sur lequel on pourrait se livrer et poser nos questions ».

C'est dans l'esprit de cette proposition que pourrait être intégrée aux sites internet des officines une rubrique « Alcool et grossesse », permettant d'une part d'informer les jeunes femmes en âge de procréer (diffusion des supports…), et d'autre part de leur donner la possibilité de poser leurs questions de façon anonyme au sujet de l'alcool et la grossesse, quand elles n'osent pas les poser lors d'une consultation ou à leur pharmacien. L'utilisation

de l'anonymat permettra aux jeunes femmes (voire leur entourage) de poser librement toutes leurs questions, sans crainte d'être jugées.

Le dispositif pourra se faire sous la forme d'un forum de discussion, donnant la possibilité d'accéder aux questions et réponses déjà publiées. Bien-sûr, ce type de forum existe déjà, comme étudié par Toutain (45), mais les éléments de réponse relèvent le plus souvent de l'expérience des femmes ayant déjà été enceintes plus que de données avec un niveau de preuve scientifique suffisant. Pourtant, au vu du nombre de questions postées sur les forums existants, c'est une source d'information très plébiscitée par les femmes. Il est donc légitime de mettre à profit cet outil et de le rendre plus fiable. Pour ce faire, les réponses seraient données par un pharmacien de l'équipe officinale correctement formé sur le sujet, afin de transmettre un message cohérent et précis. D'un point de vue pratique, il serait nécessaire de l'intégrer dans les missions du pharmacien choisi afin de permettre de dégager une à deux heures par semaines pour la gestion du forum et la réponse aux questions, au même titre que l'organisation du temps de travail pour la gestion des stupéfiants, des dossiers en attente…

Si ce mode de prévention rencontre un succès important auprès des femmes, il pourrait bien entendu être étendu à d'autres domaines de l'éducation sanitaire et de la prévention.

4.3 Prévention dans les collèges et lycées

Nous avons vu précédemment que la loi du 9 août 2004 a rendu obligatoire l'information annuelle des collégiens et lycéens sur les risques sanitaires de la consommation d'alcool pendant la grossesse et ses conséquences sur le fœtus. (46) Dans la plupart des cas, cette information est donnée par les infirmières scolaires, mais devant un manque de temps et de moyens, les écoles sont dans l'incapacité de mettre en œuvre des moyens de prévention de grande envergure. Si les collégiens sont un peu jeunes pour se sentir concernés par le sujet

de l'alcool dans le cadre de la grossesse, les lycéens semblent être des cibles de choix pour aborder le sujet et faire de la prévention. En effet, cette période de la vie est celle des découvertes de la sexualité et des premières expériences avec l'alcool. Il est primordial, dès cet âge-là, d'inculquer les bons messages et les bons comportements. Chez les collégiens, il faudra, dans un premier temps, transmettre des messages quant aux risques de la consommation d'alcool en général.

Il pourrait donc être intéressant d'investir, de façon pluridisciplinaire, d'autres professionnels de santé de cette mission, dont les pharmaciens d'officine. Mais comment procéder ?

4.3.1 Dans une maison de santé pluridisciplinaire

Les pharmaciens ont, depuis 2008, l'incroyable opportunité d'exercer au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP).

Les MSP sont des structures pluri professionnelles regroupant plusieurs professionnels de santé, médicaux et paramédicaux. Leur but est, en favorisant un exercice coordonné des soins, d'améliorer l'accès aux soins de la population par la proximité et la pluridisciplinarité de ces structures. Ils regroupent au moins deux médecins généralistes et un autre professionnel de santé. Un pharmacien fait très souvent partie de ces MSP, ses locaux pouvant être accolés à la maison de santé ou séparés physiquement. Depuis, un cadre juridique non obligatoire mais avantageux, la SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires), a été créée pour répondre aux besoins particuliers de ces structures. (87)

Les professionnels de santé exerçant au sein des MSP doivent élaborer un projet de santé commun attestant de leur exercice coordonné, qui sera étudié par l'ARS afin de conclure à une éventuelle subvention. Dans le cadre de ce projet de santé commun, les membres de la

MSP peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention et d'éducation pour la santé, une partie de leur temps de travail y étant dédié. (88)

Il est tout à fait possible d'imaginer un projet de santé articulé autour de la prévention de la consommation d'alcool pendant la grossesse. Dans ce projet, les professionnels de santé exerçants dans la MSP pourraient mettre en place des interventions dans les collèges et lycées de leur ville d'exercice, voire les étendre au département, puis à la région selon le succès de la démarche, le nombre de professionnels disponibles, les ressources allouées. L'objectif de cette approche est de répondre à l'obligation légale de prévention de la consommation d'alcool dans les collèges et lycées, tout en permettant de soulager les structures scolaires de cette mission.

Le contenu des interventions pourrait être fixé en accord avec les instances régionales et notamment l'ARS, et pourra porter sur des rappels de notions simples comme l'unité d'alcool, sur les effets de l'alcool à court et long terme, sur les conséquences de la consommation d'alcool pendant la grossesse et ses effets nocifs, sur une introduction à la notion de SAF, et sur les bons comportements à adopter par les jeunes femmes en âge de procréer et pendant la grossesse. Le contenu de la séance devra aussi faire comprendre aux jeunes garçons, en tant que potentiel « entourage » d'une femme enceinte, leur place dans la démarche d'arrêt de la consommation d'alcool.

La plupart des professionnels de santé en contact avec les femmes enceintes regrettent aujourd'hui un manque de formation sur les méthodes de communications leur permettant d'aborder le sujet de l'alcool avec leurs patientes enceintes. (89) Dans ce sens, il est tout à fait possible d'imaginer de compléter le projet de santé par une démarche de formation des

professionnels de santé volontaires, comme le fait le centre ressources (CRAG) en Nouvelle-Aquitaine. (53)

La formation pourrait viser à harmoniser les messages de prévention, expliquer le « Zéro Alcool » aux professionnels, leur transmettre les dernières données scientifiques quant aux conséquences de l'alcool sur le fœtus, et à former les participants à aborder le sujet de l'alcool de façon adaptée, afin de détecter et prendre en charge les consommations à risque.

Les MSP, du fait de l'obligation d'exercice coordonné par la participation à un projet de santé commun, regroupent le plus souvent des professionnels passionnés par leur métier, et pour qui la prévention est essentielle. Ce mode d'exercice semble être une source intarissable de nouvelles idées pour améliorer la prévention, et notamment la prévention de la consommation d'alcool pendant la grossesse.

4.3.2 Lors du service sanitaire

Le service sanitaire, mis en place par le ministère de la Solidarité et de la Santé et le ministère de l'Enseignent Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, est instauré depuis septembre 2018 pour 47 000 étudiants en santé. Il concerne les étudiants en médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique, soins infirmiers et kinésithérapie, et s'inscrit dans la stratégie nationale de santé. Partant du constat que les différences d'espérance de vie sont étroitement liées aux inégalités sociales, l'objectif du service sanitaire est de former l'ensemble des futurs professionnels de santé aux enjeux de prévention et de promotion de la santé, par la mise en place d'actions concrètes de prévention auprès de publics dits « prioritaires ». Le deuxième aspect de ce travail est de favoriser l'interdisciplinarité, les étudiants des différentes filières étant amenés à travailler conjointement au cours de ce projet.

Ces interventions peuvent d'ores et déjà avoir lieu dans des collèges et lycées (notamment en Zone d'Education Prioritaire), sur des thèmes de santé publiques tels que la promotion de l'activité physique, l'information sur la contraception et la lutte contre les addictions. A terme, les étudiants interviendront dans des entreprises, des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), dans des établissements médico-sociaux, des lieux de privation de liberté… C'est le comité régional stratégique du service sanitaire qui élabore la liste des thématiques d'actions de prévention pertinentes selon les besoins du territoire et qui identifie les publics auprès desquels le service sanitaire peut être effectué.

Ce travail, réparti sur six semaines, est constitué d'une formation théorique et pratique, débouchant sur une intervention concrète auprès des publics cibles. La dernière étape est celle de l'évaluation du projet. (89)

La thématique de l'addiction, et notamment le sujet de l'alcool, est une des thématiques abordées lors du service sanitaire. Il est donc tout à fait possible d'imaginer une intervention axée sur les effets de l'alcool en général et des risques associés auprès des élèves de collège, et une intervention plus spécifique sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse auprès des lycéens, de façon similaire à ce qui pourrait être fait avec le projet de santé des MSP.

De plus, les futurs professionnels de santé ayant travaillé sur la thématique de l'alcool pendant la grossesse lors de leur service sanitaire auront été correctement formés au sujet par des professionnels compétents et pourront donc mettre en application leurs connaissances spécifiques dans leur exercice professionnel.

THÈSE SOUTENUE PAR Mathilde PAQUET

TITRE : CONSOMMATION D'ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE : ETAT DES LIEUX ET PREVENTION A L'OFFICINE

CONCLUSION :

La consommation d'alcool pendant la grossesse n'est pas un phénomène rare. Au contraire, on considère traditionnellement qu'une femme sur deux consommera de l'alcool durant sa grossesse. Les effets néfastes liés à cette consommation sont pourtant très nombreux, polymorphes et imprévisibles, aucun seuil de consommation sans risque n'ayant pu être mis en évidence à l'heure actuelle.

Malgré une efficacité limitée des campagnes de prévention menées par les instances publiques, le message « Zéro Alcool » s'ancre peu à peu dans les mœurs, l'abstinence complète pendant la grossesse étant aujourd'hui une évidence pour la plupart des jeunes femmes. Pourtant, ce message pourra entraîner chez d'autres, parce qu'elles ont consommé avant de se savoir enceinte, ou parce qu'elles rencontrent des difficultés à limiter leur consommation d'alcool, un sentiment de culpabilité et de honte, les enfermant parfois dans le silence. Dans ce contexte, il s'agit donc de poursuivre la prévention collective notamment auprès des jeunes générations, mais également de passer à une prévention personnalisée centrée sur l'individu auprès des jeunes femmes en âge de procréer.

Le pharmacien voit croître sans cesse son rôle dans la prévention collective et l'éducation sanitaire. Dans les maisons de santé pluriprofessionnelles, il porte avec d'autres professionnels un projet de santé visant à améliorer l'état de santé des populations. Pendant leurs études, les futurs pharmaciens sont amenés lors du service sanitaire à effectuer des missions de prévention auprès des collégiens et lycéens. Ces interventions, projet de santé

ou service sanitaire, pourraient porter sur la consommation d'alcool pendant la grossesse et ses conséquences, afin de transmettre des messages précis et clairs dès l'adolescence.

Par sa position de professionnel de santé de proximité, sa disponibilité et sa relation avec le patient, le pharmacien semble également être dans une situation idéale pour une démarche de prévention individualisée et systématique auprès des jeunes femmes planifiant une grossesse. Le repérage précoce et l'intervention brève, démarche éducative centrée sur la patiente, répondent à ce besoin et visent en une dizaine de minutes à encourager l'arrêt de la consommation d'alcool. Par une méthode systématique et en adoptant une attitude motivationnelle visant à susciter le changement, le pharmacien n'aura plus à craindre d'être intrusif et de rompre la relation de confiance instaurée avec la patiente, lui permettant d'aborder plus sereinement le sujet de la consommation d'alcool.

Si cette approche, quand bien menée, permettra de susciter le changement chez de nombreuses patientes ayant une consommation légère ou modérée, il est néanmoins essentiel que dans des cas d'alcoolodépendances avérées ou de mésusage importants le pharmacien redirige et accompagne les patientes vers les structures adaptées, telles que les services d'addictologie hospitaliers ou les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le : 20/01/19

LE DOYEN | **LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE**

Pr. Michel SÈVE | **Pr. Benoît ALLENET**

Pour la Présidente
et par délégation :
Le Doyen de Pharmacie
Pr. Michel SEVE

Bibliographie

1. Jones K, Smith D. Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. The Lancet. 3 nov 1973;302(7836):999-1001.

2. Richard J-B, Palle C, Guignard R, Nguyen-Thanh V, Beck F, Arwidson P. La consommation d'alcool en France en 2014. Evolutions. avr 2015;(32):6.

3. Saurel-Cubizolles M-J, Prunet C, Blondel B. Consommation d'alcool pendant la grossesse et santé périnatale en France en 2010. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 7 mai 2013;(16-17-18):6.

4. OFDT. Alcool : évolution des quantités consommées par habitant [Internet]. 2017 [cité 13 août 2018]. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/alcool-evolution-des-quantites-consommees-par-habitant/

5. Beck F, Richard J-B. Épidémiologie de l'alcoolisation. EMC - Endocrinologie - Nutrition. janv 2013;10(1):1-9.

6. Beck F, Legleye S, Nézet OL, Spilka S. Atlas régional des consommations d'alcool. INPES; 2005 p. 23.

7. Houet T, Vabret F, Herlicoviez M, Dreyfus M. Comparaison de la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. nov 2005;34(7):687-93.

8. Dumas A, Beck F, Richard J-B, Vandentorren S. Enquête nationale sur la consommation de substances psychoactives chez les femmes enceintes. La Santé En Action. mars 2013;423:5-7.

9. Varescon I, Wendland J, Gaugue-Finot J. Le syndrome d'alcoolisation fœtale : état de la question, Abstract. Psychotropes. 2006;12(1):113-24.

10. Varescon I, Gaugue J, Wendland J. Alcool et grossesse : Première utilisation du questionnaire de dépistage T-ACE dans une population française. Alcoologie et Addictologie. 1 janv 2007;29:221-6.

11. Seror E, Chapelon E, Bué M, Garnier-Lengliné H, Lebeaux-Legras C, Loudenot A, et al. Alcool et grossesse. Archives de Pédiatrie. 1 oct 2009;16(10):1364-73.

12. Baromètre Santé 2017 - INPES [Internet]. [cité 6 sept 2018]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1859.pdf

13. Sokol RJ, Delaney-Black V, Nordstrom B. Fetal alcohol spectrum disorder. JAMA. 10 déc 2003;290(22):2996-9.

14. Riley EP, Infante MA, Warren KR. Fetal Alcohol Spectrum Disorders: An Overview. Neuropsychol Rev. 1 juin 2011;21(2):73.

15. Dali-Youcef N, Schlienger J-L. Métabolisme de l'alcool. EMC - Endocrinologie - Nutrition. avr 2012;9(2):1-7.

16. Pruett D, Waterman EH, Caughey AB. Fetal alcohol exposure: consequences, diagnosis, and treatment. Obstet Gynecol Surv. janv 2013;68(1):62-9.

17. Davadant M. Les enjeux de la consommation d'alcool au cours de la grossesse. Université Toulouse II Paul Sabatier; 2015.

18. Coles C. Critical Periods for Prenatal Alcohol Exposure. Research World. 1994;18(1):8.

19. Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. Médicaments et grossesse [Internet]. 2017 [cité 29 août 2018]. Disponible sur: https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=24

20. Day NL, Zuo Y, Richardson GA, Goldschmidt L, Larkby CA, Cornelius MD. Prenatal Alcohol Use and Offspring Size at 10 Years of Age. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 1 mai 1999;23(5):863-9.

21. Boussiron D. Données épidémiologiques et syndrome d'alcoolisation foetale. Courrier des Addictions. déc 2013;5(4):149-52.

22. Lejeune C. Syndrome d'alcoolisation fœtale. Devenir. 2001;13(4):77-94.

23. Salonne C, Fournié A, Biquard F, Gillard P, Descamps P. Alcool et grossesse. EMC - Gynécologie-Obstétrique. 1 mai 2004;1(2):88-95.

24. Perkins A, Lehmann C, Lawrence RC, Kelly SJ. Alcohol exposure during development: Impact on the epigenome. Int J Dev Neurosci. oct 2013;31(6):391-7.

25. P. Lemoine, Harousseau H, Borteyru JP, Menuet JC. Children of alcoholic parents : observed anomalies : discussion of 127 cases. Ther Drug Monit. avr 2003;25(2):132-6.

26. Houchi H, Pierrefiche O, Naassila M, Daoust M. Effets de l'alcoolisation pendant la grossesse. Cahiers de Nutrition et de Diététique. avr 2015;50(2):103-8.

27. Laporal S, Demiguel V, Cogordan C, Barry Y, Guseva Canu I, Goulet V, et al. Surveillance des troubles causés par l'alcoolisation foetale : Analyse des données du programme de médicalisation des systèmes d'information en France entre 2006 et 2013 [Internet]. Saint-Maurice: Santé publique France; 2018 [cité 18 oct 2018] p. 16. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2018/Surveillance-des-troubles-causes-par-l-alcoolisation-foetale-analyse-des-donnees-du-programme-de-medicalisation-des-systemes-d-information-en-France-entre-2006-et-2013

28. Toutain S, Simmat-Durand L, Crenn-Hébert C, Simonpoli A-M, Vellut N, Genest L, et al. Conséquences, pour l'enfant à naître, du maintien de la consommation d'alcool pendant la grossesse. Archives de Pédiatrie. 1 sept 2010;17(9):1273-80.

29. Prématurité [Internet]. Inserm. [cité 2 oct 2018]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/prematurite

30. Henderson J, Gray R, Brocklehurst P. Systematic review of effects of low-moderate prenatal alcohol exposure on pregnancy outcome. BJOG. mars 2007;114(3):243-52.

31. Whittaker A. The essential guide to problem substance use during pregnancy: a resource book for professionals. Londres: DrugScope; 2011.

32. Réseau Synergie Ville-Hopital. Protocole de soin pour le syndrome de sevrage néonatal après exposition in utero aux opiacés [Internet]. 2013 [cité 18 sept 2018]. Disponible sur: https://www.rvh-synergie.org/documentation/epidemiologie-faits-et-chiffres/103-conduites-penser-ensemble-la-prevention/violence/746-protocole-de-soin-pour-le-syndrome-de-sevrage-neonatal-apres-exposition-in-utero-aux-opiaces.html

33. Streissguth AP. A Long-term Perspective of FAS. Research World. 1994;18(1):8.

34. Riley EP, Infante MA, Warren KR. Fetal Alcohol Spectrum Disorders: An Overview. Neuropsychol Rev. 1 juin 2011;21(2):73.

35. Leutwyler J, Daeppen J-B, Gerber S, Hohlfeld P. Grossesse et consommation d'alcool. Bulletin des médecins suisses. 2005;86(25):1512-6.

36. Jones KL. The effects of alcohol on fetal development. Birth Defects Res C Embryo Today. mars 2011;93(1):3-11.

37. Dehaene P, Crépin G, Delahousse G, Querleu D, Walbaum R, Titran M, et al. Aspects épidémiologiques du syndrome d'alcoolisation foetale. La Nouvelle Presse Médicale. 1981;10(32):2639-43.

38. Alcool Info Service. L'alcool, les boissons alcoolisées c'est quoi ? Que représente un verre d'alcool ? [Internet]. [cité 25 sept 2018]. Disponible sur: https://www.alcool-info-service.fr/alcool/boissons-alcoolisees/verre-alcool

39. Bakker R, Pluimgraaff LE, Steegers EAP, Raat H, Tiemeier H, Hofman A, et al. Associations of light and moderate maternal alcohol consumption with fetal growth characteristics in different periods of pregnancy: the Generation R Study. Int J Epidemiol. juin 2010;39(3):777-89.

40. Han J-Y, Choi J-S, Ahn H-K, Kim M-H, Chung J-H, Ryu H-M, et al. Foetal and neonatal outcomes in women reporting ingestion of low or very low alcohol intake during pregnancy. J Matern Fetal Neonatal Med. nov 2012;25(11):2186-9.

41. O'Callaghan FV, O'Callaghan M, Najman JM, Williams GM, Bor W. Maternal alcohol consumption during pregnancy and physical outcomes up to 5 years of age: a longitudinal study. Early Human Development. 1 avr 2003;71(2):137-48.

42. Viljoen DL, Carr LG, Foroud TM, Brooke L, Ramsay M, Li TK. Alcohol dehydrogenase-2*2 allele is associated with decreased prevalence of fetal alcohol syndrome in the mixed-ancestry population of the Western Cape Province, South Africa. Alcohol Clin Exp Res. déc 2001;25(12):1719-22.

43. Haute Autorité de Santé. Prévention [Internet]. [cité 23 oct 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_410178/fr/prevention

44. Alcool et grossesse : Parlons-en - Guide à destination des professionnels de santé. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé; 2011.

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

46. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

47. LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

48. 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.

49. Cogordan C, Nguyen-Thanh V, Richard JB. Alcool et grossesse : connaissances et perception des risques. AA. 15 sept 2016;38(3):181-90.

50. Comité Interministériel pour la Santé. Priorité Prévention - Rester en bonne santé toute sa vie [Internet]. 2018. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180326-dossier_de_presse_priorite_prevention.pdf

51. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. L'Europe et l'alcool. Alcool Actualités. oct 2007;(35):8.

52. Charpak Y. Politiques de prévention, économie du SAF et des TCAF. 2009 juin p. 32.

53. Centre de Ressource Alcool et Grossesse. Plan d'actions expérimental : Prévention de l'alcoolisation foetale et prise en charge de ses conséquences [Internet]. [cité 17 oct 2018]. Disponible sur: https://docs.wixstatic.com/ugd/e4e67b_ec5b2dc794b54df68d0743238182c44a.pdf

54. Pouyet-Poulet É, Sauvant M-P, Pépin D, Planche R. Le pharmacien d'officine face au problème des buveurs excessifs. Santé Publique. 2001;13(3):237.

55. ANPAA. Alcool et grossesse : comment en parler ? [Internet]. 2009 [cité 20 déc 2018]. Disponible sur: https://www.anpaa-hdf.fr/_docs/Fichier/2014/6-140711033020.pdf

56. Buzyn A. Sur les 750 000 naissances/an, on estime que 700 à 3 000 enfants sont concernés par un syndrome d'alcoolisation fœtale grave [Internet]. 2017 [cité 30 oct 2018]. Disponible sur: https://twitter.com/agnesbuzyn/status/905361056855461888?ref_src=twsrc%5Etfw%7Ctwcamp%5Etweetembed%7Ctwterm%5E905361056855461888&ref_url=https%3A%2F%2Fwww.20minutes.fr%2Fsociete%2F2129695-20170909-zero-alcool-pendant-grossesse-campagne-ministere-sante-entre-necessite-culpabilisation

57. Cespharm. Zéro alcool pendant la grossesse : une campagne à relayer début septembre [Internet]. 2017 [cité 30 oct 2018]. Disponible sur:

http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Actualites/2017/Zero-alcool-pendant-la-grossesse-une-campagne-a-relayer-debut-septembre

58. Santé publique France. Baromètre Santé 2017 [Internet]. 2018 [cité 18 oct 2018]. Disponible sur: https://santepubliquefrance.fr/Accueil-Presse/Tous-les-communiques/Journee-mondiale-du-SAF-premieres-estimations-nationales-des-troubles-causes-par-la-consommation-d-alcool-et-une-campagne-nationale

59. « Zéro alcool » pendant la grossesse [Internet]. Avec Moderation. 2018 [cité 6 nov 2018]. Disponible sur: https://www.avecmoderation.org/zero-alcool-pendant-la-grossesse/

60. Carnet de santé maternité [Internet]. 2018 [cité 6 déc 2018]. Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F17365

61. Nguyen-Thanh V, Andler R, Cogordan C, Richard J-B. Consommation d'alcool et grossesse. La Santé En Action. sept 2018;(445):2.

62. SAF France [Internet]. 2018 [cité 30 oct 2018]. Disponible sur: http://saffrance.com/

63. Ministère de la Solidarité et de la Santé. Le centre ressources ETCAF : Un dispositif novateur à La Réunion [Internet]. 2017 [cité 6 nov 2018]; La Réunion. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/170906-doray-centre_ressources_reunion.pdf

64. Santé Publique France. Alcool et grossesse : des Français de plus en plus conscients des risques, mais la vigilance reste de mise. [Internet]. 2017 [cité 8 nov 2018]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/Accueil-Presse/Tous-les-communiques/Alcool-et-grossesse-des-Francais-de-plus-en-plus-conscients-des-risques-mais-la-vigilance-reste-de-mise

65. Guillemont J, Rosilio T, David M, Léon C, Arwidson P. Connaissances des Français sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse. Evolutions. oct 2006;(3):4.

66. Guillemont J, Leon C. Alcool et grossesse : connaissances du grand public en 2007 et évolutions en trois ans. Evolutions. juin 2008;15:6.

67. Toutain S. Concilier « Zéro alcool pendant la grossesse » et alcoolisation ponctuelle importante des premières semaines. Une enquête qualitative sur des forums de discussion. BEH. mai 2017;(N°11):207-12.

68. Code de la santé publique - Article L5125-1-1 A [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020890192&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110413

69. Code de la santé publique - Article R4235-2 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913652&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20070131

70. Cespharm. Rôle du pharmacien [Internet]. 2018 [cité 6 déc 2018]. Disponible sur: http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Role-du-pharmacien

71. Clausener M. Rapport de l'Ordre des Pharmaciens : Comment avancer ses pions dans la prévention. Le Moniteur des Pharmacies. 8 déc 2018;(3850):12-4.

72. Décret n° 2018-841 du 3 octobre 2018 relatif aux conseils et prestations pouvant être proposés par les pharmaciens d'officine dans le but de favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2018/10/3/SSAH1820780D/jo/texte

73. Image et attachement des Français à la profession de pharmacien. Ordre National des Pharmaciens; 2009 nov.

74. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques; 2017.

75. Démographie des pharmaciens. Ordre National des Pharmaciens; 2018 janv p. 100.

76. Juguelin M. Remise d'un document d'information sur les risques de l'exposition foetale à l'alcool lors de l'achat d'un test urinaire de grossesse en pharmacie : étude de faisabilité d'une démarche systématique. 20 juin 2017;92.

77. INPES. Alcool, guide pratique pour le médecin. INPES; 2015 p. 36.

78. Sokol RJ, Martier SS, Ager JW. The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk-drinking. Am J Obstet Gynecol. avr 1989;160(4):863-8; discussion 868-870.

79. Vandendriessche D, Auguet Mancini P, Subtil D. Alcool pendant la grossesse : pourquoi et comment en parler ? Rev med perinat. 1 sept 2014;6(3):158-62.

80. International Standards on Drug Use Prevention. Vienne: United Nations Office on Drugs and Crimes; 2015 févr p. 48.

81. Guillo F. Parler d'alcool à des patients qui ne demandent rien [Internet]. Revue Médicale Suisse. 2005 [cité 21 déc 2018]. Disponible sur: https://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-26/30507

82. Gerard A. Repérage précoce des consommations à risque chez la femme enceinte et réduction des risques. Centre Hospitalier Le Puy-En-Velay.

83. HAS. Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève [Internet]. 2014 [cité 20 déc 2018]. Disponible sur: http://www.polynome-even.fr/preventionCAMP/HAS_Outil_RPIB_201412

84. De Neckere C. L'entretien motivationnel. Psychologos. 2009;(4):44-9.

85. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel: aider la personne à engager le changement. Paris: InterEd.; 2016.

86. Lécallier D, Michaud P. L'entretien motivationnel : Une évolution radicale de la relation thérapeutique. Alcoologie et Addictologie. 2004;26(2):129-34.

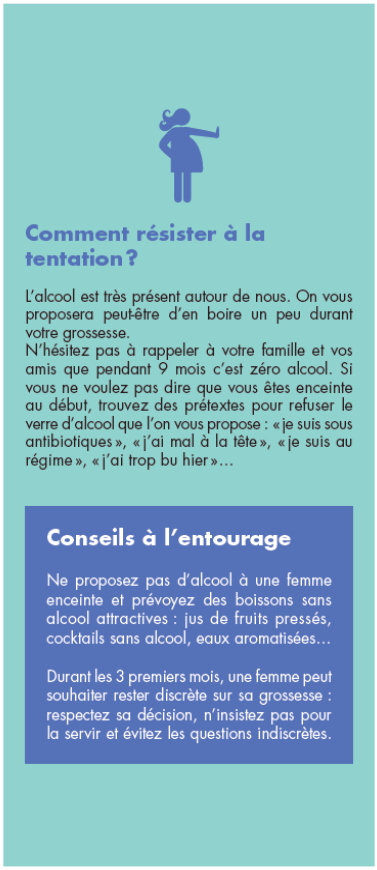
87. Michel C. Les maisons de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015 [cité 11 janv 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889

88. LOI n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

89. ARS. Le service sanitaire des étudiants en santé [Internet]. [cité 22 janv 2019]. Disponible sur: http://www.ars.sante.fr/le-service-sanitaire-des-etudiants-en-sante

90. Alcool Assistance. Questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Test) [Internet]. Disponible sur: https://www.alcoolassistance.net/files/AUDIT.pdf

Annexe 1



Comment résister à la tentation ?

L'alcool est très présent autour de nous. On vous proposera peut-être d'en boire un peu durant votre grossesse.
N'hésitez pas à rappeler à votre famille et vos amis que pendant 9 mois c'est zéro alcool. Si vous ne voulez pas dire que vous êtes enceinte au début, trouvez des prétextes pour refuser le verre d'alcool que l'on vous propose : « je suis sous antibiotiques », « j'ai mal à la tête », « je suis au régime », « j'ai trop bu hier »…

Conseils à l'entourage

Ne proposez pas d'alcool à une femme enceinte et prévoyez des boissons sans alcool attractives : jus de fruits pressés, cocktails sans alcool, eaux aromatisées…

Durant les 3 premiers mois, une femme peut souhaiter rester discrète sur sa grossesse : respectez sa décision, n'insistez pas pour la servir et évitez les questions indiscrètes.

2101181816-DE

Des questions ? Besoin de conseils ?

Parlez-en à votre médecin, gynécologue, sage-femme, pharmacien…

Vous pouvez aussi appeler Alcool Info Service

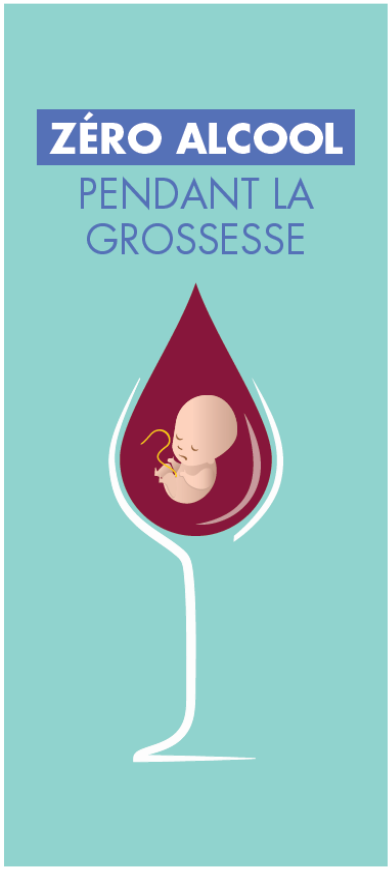
0 980 980 930
ALCOOL INFO SERVICE.FR

7 jours/7, de 8 h à 2 h,
appel anonyme et non surtaxé.

ou échanger avec nous sur : alcool-info-service.fr
chats, forums de discussion, témoignages, adresses utiles, questions-réponses…
et obtenez une réponse personnalisée.

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Premier ministre
Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MINISTÈRES CHARGÉS DE LA SANTÉ

Santé publique France



ZÉRO ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE

L'alcool passe-t-il dans le sang du bébé ?

L'alcool bu par la mère passe dans le sang du bébé par le placenta. Rapidement, **il y a autant d'alcool dans le sang du bébé que dans celui de la mère**. De plus, le bébé reste exposé plus longtemps aux effets toxiques de l'alcool car son petit foie l'élimine plus lentement.

Existe-t-il une quantité d'alcool sans risque pour le fœtus ?

On ne sait pas aujourd'hui quelle est la quantité minimale d'alcool qui est toxique pour l'enfant à naître. Il est donc recommandé **de ne pas boire du tout d'alcool pendant votre grossesse.**

Certains alcools sont-ils moins dangereux que d'autres ?

Il n'y a pas d'alcool moins dangereux qu'un autre. Un verre standard de bière, de whisky, de vin, de pastis… contient la même quantité d'alcool pur (environ 10 grammes). Ils présentent donc tous le même danger pour le fœtus.

ballon de vin 12° (10cl)	=	verre de pastis 45° (2,5cl)	=	verre de whisky 40° (2,5cl)	=	coupe de champagne 12° (10cl)	=	verre apéritif 18° (7cl)	=	1/2 de bière 5° (25cl)

Quelles peuvent être les conséquences ?

L'alcool est dangereux pour le bébé, il peut :

- provoquer fausse couche ou accouchement prématuré ;
- empêcher le bon développement des organes du fœtus (cerveau, cœur, bras, jambes, etc.) ;
- entraîner un retard mental ou physique et des troubles du comportement de l'enfant.

Le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF)

C'est la conséquence la plus grave d'une consommation d'alcool pendant la grossesse.
Cette complication, heureusement rare, entraîne un retard de croissance, des anomalies faciales, des malformations et des atteintes cérébrales…

Ce picto figure sur tous les conditionnements d'alcool pour rappeler les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Peut-on boire de l'alcool quand on allaite ?

Si vous allaitez, il est recommandé de ne pas boire d'alcool, car l'alcool passe dans le lait maternel. Si ce n'est pas possible, évitez de boire juste avant la tétée. Attendez entre 2 et 3 heures avant de redonner le sein si vous avez bu un verre d'alcool. N'hésitez pas à demander des conseils à votre pédiatre, médecin, pharmacien ou sage-femme.

Vous venez d'apprendre que vous attendez un enfant et le fait d'avoir bu de l'alcool les premières semaines vous inquiète ?

Ne restez pas seule avec vos questions, n'hésitez pas à en parler au personnel de santé qui vous accompagne pendant votre grossesse : médecin, gynécologue, sage-femme, professionnel de la PMI (Protection Maternelle et Infantile).

Vous êtes enceinte et avez des difficultés avec l'alcool ?

Toute période d'abstinence d'alcool est bonne pour votre bébé, quel que soit le stade de votre grossesse. Il existe des équipes spécialisées pour vous aider avec bienveillance et sans jugement.

Vous trouverez les adresses les plus proches de chez vous sur **alcool-info-service.fr** ou en téléphonant au **0 980 980 930** (7 jours/7, de 8 h à 2 h, appel anonyme et non surtaxé).

Annexe 2

SAFTHON

POURQUOI LE SAFTHON ?

1 bébé naît toutes les heures avec :
> un handicap à vie,
> des prédispositions à plus de 400 maladies, dont la maladie alcoolique, à l'échec scolaire et à la délinquance.

C'est évitable
Les TCAF* sont méconnus de la population et des professionnels

LE SAFTHON ?

À l'occasion de la journée internationale de lutte contre les Troubles Causés par l' Alcoolisation Foetale (TCAF), **le 9 septembre**, l'association d'experts organise le SAFTHON, le téléthon du SAF : **30 heures de solidarité nationale, partout en France.**

Des événements de **sensibilisation sur les TCAF*** sont organisés pour récolter des fonds.

COMMENT PARTICIPER ?

Par des dons :
> sur notre site **www.saffrance.com**

Les **8 et 9 Septembre** en faisant **une promesse de don** au **0 800 119 120**

Par des actions :
En devenant bénévoles dans des actions solidaires sur tout le territoire.

À QUOI SERVIRONT LES DONS ?

> À financer un appel à projet annuel (recherche, prévention, formation, sensibilisation, accompagnement...) orienté sur 3 axes :
- La santé des femmes en difficulté avec leur consommation d'alcool ;
- Le devenir des personnes alcoolisées durant la grossesse;
- Des actions de prévention et de sensibilisation à ce problème;

> À faire déclarer l'alcoolisation foetale « Grande cause Nationale »
> À promouvoir le SAFTHON en France et à l'international

** TCAF : Troubles Causés par l'Alcoolisation Foetale*
*** SAF : Syndrome d'Alcoolisation Foetale*

SAFFrance

SAF France regroupe les experts en France du SAF** et des autres TCAF*.

L'association a pour objet de faciliter en France, l'information, la formation, la recherche, les soins, l'accompagnement et la prévention de l'Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Foetale (TCAF*).

Concrètement, l'expertise de SAF France a permis :

- La création et la mise en application légale du pictogramme apposé en France sur toutes les bouteilles d'alcool (2007) ;
- Les recommandations de l'Académie Nationale de Médecine (2016) ;
- Un rapport du Défenseur des Droits (2015) ;
- La mise en pratique du Guide « Alcool grossesse, parlons-en » ; L'organisation de colloques Internationaux en 2009, 2011 et 2013 pour bénéficier des meilleurs experts du Monde
- Organisation d'une mission exploratoire à Winnipeg au Canada en 2013, à l'origine des premiers Centres Ressources en France. Des partenariats avec de nombreux pays (USA, Canada, Brésil, Inde, Allemagne, Espagne...)
- Signature et traduction française de la Charte Internationale de Prévention des TCAF*

SOYONS SOLIDAIRES DES 8 000 ENFANTS TOUCHÉS EN FRANCE ET DES 1,3 MILLION DANS LE MONDE TOUS LES ANS ;

GRÂCE AU SAFTHON, NOUS POURRONS ÉVITER EN FRANCE, TOUTES LES HEURES :

1 personne handicapée — **1 personne en rupture scolaire** — **1 personne en prison**

ALCOOL ET GROSSESSE

VOUS AVEZ DES QUESTIONS, NOUS AVONS DES RÉPONSES.

« BOIRE DE TEMPS EN TEMPS C'EST UN PROBLÈME ? »

« JE N'ARRIVE PAS À ARRÊTER. COMMENT FAIRE ? »

« EN TANT QUE PROCHE, JE PEUX AIDER ? »

SAFFrance — ASSEMBLÉE DES DÉPARTEMENTS DE FRANCE

ALCOOL ET GROSSESSE

Quelles sont les différences entre le Syndrome d'Alcoolisation Foetale (SAF) et les autres Troubles Causés par l'Alcoolisation foetale (TCAF*) ?**

Le SAF affecte 1 enfant sur 1000. C'est la forme la plus sévère.** Les conséquences sont massives : retard de croissance, retard psychomoteur et troubles cognitifs majeurs avec parfois une déficience intellectuelle, malformations du visage.

Les autres TCAF* touchent 1 enfant sur 100. Ils englobent de nombreux troubles dus à l'atteinte du cerveau. Ces troubles sont méconnus et rarement attribués à l'atteinte du cerveau par l'alcool durant la grossesse.

Les enfants atteints ont des difficultés à maintenir leur attention et donc à ne pas se laisser distraire, à apprendre à l'école du fait de troubles « DYS » (surtout la dyscalculie). Ces difficultés sont souvent associées à des troubles du comportement par défaut d'empathie, des troubles de l'auto-contrôle, de la régulation des émotions à l'origine de leurs difficultés à s'adapter à la vie sociale.

L'Ensemble des TCAF* représente la 1ère maladie neuro-développementale non génétique évitable.

Comment s'effectue le diagnostic ?

C'est un diagnostic d'élimination notamment de maladies génétiques que doit poser une équipe pluridisciplinaire (généticien, psychomotricien, orthophoniste, neuro-pédiatre, neuropsychologue...) lors d'un bilan complet.
Ce diagnostic complexe nécessite des centres de diagnostic dans toutes les régions françaises.

Pourquoi est-il important de diagnostiquer les personnes atteintes ?

Evaluer les capacités et les difficultés de l'enfant afin de proposer un environnement adapté le plus précocement possible quand son cerveau est encore « plastique ».

SAFTHON

NOS RÉPONSES À VOS QUESTIONS

« JE N'ARRIVE PAS À ARRÊTER DE BOIRE, COMMENT FAIRE ? »

La maladie alcoolique chez la femme est encore très taboue. Il est néanmoins important que vous en parliez à votre médecin, sage-femme, gynécologue, pharmacien... Ils sont là pour vous aider. **Chaque verre en moins est une victoire.**

« EN TANT QUE PROCHE, QUE PUIS-JE FAIRE POUR AIDER ? »

Ne proposez pas d'alcool à une femme enceinte. Si vous avez identifié que votre amie enceinte a des problèmes de consommation d'alcool, ne banalisez pas et parlez-en à votre médecin.

Soutenez-là et ne la jugez jamais.
Chaque verre en moins est une victoire.

« J'AI BU SANS SAVOIR QUE J'ÉTAIS ENCEINTE, EST-CE GRAVE ? »

Nous ne sommes pas tous égaux face à l'alcool et il n'y a donc pas de consommation d'alcool sans risque. Aujourd'hui, on ne sait pas quelle est la quantité minimale d'alcool qui est toxique pour l'enfant à naître. Le risque est proportionnel à la quantité d'alcool ingéré.

Des périodes d'ivresses aigues en début de grossesse sont néfastes pour l'enfant à naître et peuvent entrainer des troubles sévères.

Dans ce cas, il est important que la mère pendant sa grossesse et l'enfant soient suivis par des professionnels de santé.

« J'AI BU ET MON ENFANT VA BIEN, POURQUOI ? »

Nous ne sommes pas tous égaux face à l'alcool. Des facteurs personnels (génétiques, environnementaux, sociaux) de la mère et de l'enfant à naître peuvent être protecteurs.

Dans le cas de grossesse gémellaire, il est déjà arrivé qu'un jumeau soit porteur du syndrome d'alcoolisation foetale alors que l'autre bébé naît complétement indemne.
Retenez que chaque consommation est un risque.

Annexe 3 *– Questionnaire distribué lors de l'étude menée à Chambéry (Savoie)*

Partie I : Questions générales

1. Vous êtes ◻ un homme ◻ une femme

2. Quel âge avez-vous ?
   - ◻ Moins de 18 ans
   - ◻ 18-25 ans
   - ◻ 25-35 ans
   - ◻ 35-45 ans
   - ◻ 45-55 ans
   - ◻ 55-65 ans
   - ◻ Plus de 65 ans

3. Vous avez :
   - ◻ 0 enfant
   - ◻ Je suis enceinte
   - ◻ 1 enfant
   - ◻ 2 enfants
   - ◻ 3 enfants
   - ◻ Plus de 3 enfants

4. Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ? *(Cochez la réponse)*

- ◻ Agriculteur, exploitant
- ◻ Artisan, commerçant, chef d'entreprise, libéral
- ◻ Cadre ou profession intellectuelle supérieure
- ◻ Profession intermédiaire, cadre moyen
- ◻ Employé et personnel de service
- ◻ Ouvrier qualifié
- ◻ Main d'œuvre et ouvrier spécialisé
- ◻ Retraité
- ◻ Etudiant
- ◻ Sans emploi

Partie II : Concernant la consommation d'alcool pendant la grossesse

5. Selon vous, les énoncés suivants sont-ils vrai ou faux ?

La consommation d'alcool pendant la grossesse comporte des risques	◻ Vrai	◻ Faux	◻ Je ne sais pas
Plus une femme enceinte consomme de l'alcool plus il y a de risques pour le bébé.	◻ Vrai	◻ Faux	◻ Je ne sais pas
Toute consommation d'alcool pendant la grossesse peut être dangereuse pour le bébé.	◻ Vrai	◻ Faux	◻ Je ne sais pas
On peut considérer comme sans risque une faible consommation d'alcool pendant la grossesse.	◻ Vrai	◻ Faux	◻ Je ne sais pas
Il existe un danger pour le bébé peu importe le terme de la grossesse	◻ Vrai	◻ Faux	◻ Je ne sais pas
Les effets de la consommation d'alcool sur le bébé disparaissent souvent quand il grandit	◻ Vrai	◻ Faux	◻ Je ne sais pas
Il y a moins de risque pour le bébé si la mère boit une bière (25cL) plutôt qu'un alcool fort (4cL)	◻ Vrai	◻ Faux	◻ Je ne sais pas

Une alcoolisation aiguë « binge drinking » (plus de 5 verre à une même occasion) est moins risquée qu'une consommation régulière ☐ Vrai ☐ Faux ☐ Je ne sais pas

Il y a toujours un bénéfice à arrêter ou diminuer la consommation peu importe le terme ☐ Vrai ☐ Faux ☐ Je ne sais pas

6. Pour chaque quantité consommée proposée, comment jugez-vous le risque associé pour le bébé ? *(Entourez la réponse → 1 : Pas de risque ; 2 : Peu de risque ; 3 : Risque modéré ; 4 : Risque important ; NSP : Ne sait pas)*

	Pas de risque	Peu de risque	Risque modéré	Risque important	Je ne sais pas
Moins de 1 verre par semaine	1	2	3	4	NSP
1 à 3 verres par semaine	1	2	3	4	NSP
4 à 6 verres par semaine	1	2	3	4	NSP
1 verre par jour	1	2	3	4	NSP
2 à 3 verres par jour	1	2	3	4	NSP
Plus de 3 verres par jour	1	2	3	4	NSP
Plus de 5 verres en une soirée	1	2	3	4	NSP

7. Quels troubles pour l'enfant à naître peuvent être causés par la consommation d'alcool pendant la grossesse ? *(Cochez les réponses justes)*

- ☐ Dépendance du bébé à l'alcool
- ☐ Syndrome de manque à la naissance
- ☐ Retard du développement
- ☐ Petite taille
- ☐ Prématurité
- ☐ Faible poids de naissance
- ☐ Déformations ou anomalies de la face
- ☐ Troubles du comportement
- ☐ Hyperactivité
- ☐ Plus de risque de développer une addiction à l'âge adulte
- ☐ QI diminué
- ☐ Difficultés d'apprentissage
- ☐ Malformations des organes
- ☐ Je ne sais pas

8. Si dans mon entourage une femme enceinte consomme de l'alcool, je lui conseillerais d'arrêter ☐ Oui tout à fait ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Pas du tout

9. J'ai déjà entendu parler du Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF) ☐ Oui ☐ Non

10. Par quelle source d'information avez-vous entendu parler des effets de l'alcool pendant la grossesse ? *(Plusieurs réponses possibles)*

- ☐ Brochure, dépliant
- ☐ Logos sur les emballages
- ☐ Entourage
- ☐ Médecin, autre professionnel de santé
- ☐ Affiches
- ☐ Campagnes d'information télévisées
- ☐ Médias (journaux, magazines, journaux TV…)
- ☐ Livre
- ☐ Internet, réseaux sociaux
- ☐ Enseignements, scolarité
- ☐ Cours prénataux
- ☐ Autre : ……

Si vous êtes un homme, ou une femme n'ayant jamais été enceinte, le questionnaire est terminé. Merci de votre participation.

Partie III : Comportements pendant la grossesse

Si vous êtes une femme et avez déjà été enceinte, merci de répondre aux questions suivantes.

Pendant votre grossesse

11. Buviez-vous régulièrement de l'alcool avant d'être enceinte ? ◻ Oui ◻ Non

12. Si oui, avez-vous changé vos habitudes de consommation à l'annonce de votre grossesse ? ◻ Oui ◻ Non

13. Quel changement ? ◻ Diminution de la consommation ◻ Arrêt de la consommation

14. Avez-vous déjà consommé de l'alcool alors que vous étiez enceinte ? ◻ Oui ◻ Non

15. Si oui, à quel moment de votre grossesse ?

- ◻ Moins d'un mois de grossesse
- ◻ Fin de premier trimestre
- ◻ Deuxième trimestre
- ◻ Troisième trimestre
- ◻ Je ne sais pas

16. Si oui, en quelle quantité ?

- ◻ Maximum 5 verres pendant toute la grossesse
- ◻ 1 à 2 verres par mois
- ◻ Moins d'un verre par semaine
- ◻ 1 à 3 verres par semaine
- ◻ 4 à 6 verres par semaine
- ◻ 1 verre par jour
- ◻ 2 à 3 verres par jour
- ◻ Plus de 3 verres par jour
- ◻ Plusieurs alcoolisations aiguës (plus de 5 verres pour une même occasion)
- ◻ Je ne sais pas

17. Avez-vous consommé de l'alcool alors que vous ne saviez-pas que vous étiez enceinte ? ◻ Oui ◻ Non

18. Dans cette situation, vous-êtes-vous sentie coupable ou inquiète ? ◻ Oui ◻ Non

Sources d'information

19. Vous sentez-vous suffisamment informée quant aux risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse ? ◻ Oui ◻ Non

20. Quels conseils seriez-vous le plus susceptible de suivre pendant votre grossesse ? *(Plusieurs réponses possibles)*

- ◻ Brochure, dépliant
- ◻ Logos sur les emballages
- ◻ Entourage
- ◻ Médecin, sage-femme
- ◻ Pharmacien
- ◻ Autres professionnels de santé (infirmière…)
- ◻ Affiches
- ◻ Campagnes d'information télévisées
- ◻ Médias (journaux, magazines, journaux TV…)
- ◻ Livres
- ◻ Internet
- ◻ Réseaux sociaux
- ◻ Enseignements, scolarité
- ◻ Cours prénataux
- ◻ Autre : ……

21. Quels moyens d'information auriez-vous aimé plus rencontrer ? *(Plusieurs réponses possibles)*

- ☐ Brochure, dépliant
- ☐ Conseils du médecin
- ☐ Conseils du pharmacien
- ☐ Autres professionnels de santé (sage-femme, infirmière…)
- ☐ Affiches
- ☐ Campagnes d'information télévisées
- ☐ Médias (journaux, magazines, journaux TV…)
- ☐ Internet
- ☐ Réseaux sociaux
- ☐ Cours prénataux
- ☐ Entretiens personnalisés
- ☐ Autre : ……

Annexe 4

QUESTIONNAIRE AUDIT (Alcohol Use Disorders Test) (90)

Questions : **Score :**

1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?

Jamais	0
Une fois par mois ou moins	1
2 à 4 fois par mois	2
2 à 3 fois par semaine	3
Au moins 4 fois par semaine	4

2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?

3 ou 4	1
5 ou 6	2
7 ou 8	3
10 ou plus	4

3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1

Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qu'il s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?

Non	0
Oui, mais pas au cours de l'année écoulée	2
Oui, au cours de l'année	4

10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?

Non	0
Oui, mais pas au cours de l'année écoulée	2
Oui, au cours de l'année	4

Résultat : Un score supérieur ou égal à 8 chez l'homme et à 7 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool.
Un score supérieur à 12 chez l'homme et à 11 chez la femme serait en faveur d'une dépendance à l'alcool

Faculté de Pharmacie,
Université Grenoble Alpes

Serment de Galien

« Je jure en présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque ».

Mathilde PAQUET

CONSOMMATION D'ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE : ETAT DES LIEUX ET PREVENTION A L'OFFICINE

RÉSUMÉ : Les effets néfastes de l'alcool pendant la grossesse sont aujourd'hui bien connus. Il entraine un spectre très étendu d'anomalies, allant du syndrome d'alcoolisation fœtale complet à un éventail de déficiences moins évidentes tels que les retards neurodéveloppementaux, parfois diagnostiqués assez tard dans l'enfance. A l'heure actuelle, aucune étude n'a pu mettre en évidence de seuil en dessous duquel la consommation d'alcool pendant la grossesse est sans risque, on parle plutôt d'un *continuum* d'effets fœtaux, en fonction de la dose. La recommandation en France est donc le « Zéro Alcool ». Pourtant, environ une femme sur deux consommera de l'alcool pendant sa grossesse, par manque d'information sur le sujet, ou par difficulté à modifier son comportement. Le pharmacien aura maintes occasions de rencontrer les jeunes femmes avant et pendant leur grossesse, et sera donc un interlocuteur idéal pour les accompagner vers l'abstinence complète. Par le repérage précoce des consommations à risque et l'intervention brève, démarche éducative permettant en quelques minutes de rappeler les informations essentielles et de susciter le changement, le pharmacien pourra, en adoptant une attitude motivationnelle, encourager l'abstinence chez les jeunes femmes ayant un projet de grossesse.

Pour agir en amont, il pourra également intervenir auprès des jeunes générations par le biais du service sanitaire obligatoire pour les étudiants en santé, ou, s'il exerce dans une maison de santé pluriprofessionnelle, porter conjointement avec les autres professionnels un projet de santé visant à améliorer la prévention de la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Mots-clés : Alcool, grossesse, prévention, syndrome d'alcoolisation fœtale, guide