UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2006 N°45

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Par

Elodie GIGON

Née le 28 mars 1978 à Saint-Nazaire

Présentée et soutenue publiquement le : 17 octobre 2006

PREVENTION DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LA FEMME ENCEINTE SUIVIE EN MEDECINE GENERALE, DEPARTEMENT LOIRE-ATLANTIQUE

Président : Monsieur le Professeur MOUZARD

Directeur de thèse : Madame le Docteur GAUTIER-COIFFARD

TABLE DES MATIERES

PREVENTION DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LA FEMME ENCEINTE SUIVIE EN MEDECINE GENERALE, DEPARTEMENT LOIRE-ATLANTIQUE ..... - 1 -
INTRODUCTION ..... - 3 -
Première partie : L'ALCOOL EN FRANCE : PROBLEME MAJEUR DE SANTE PUBLIQUE - 4 -
1- L'ALCOOL EN MEDECINE GENERALE ..... - 4 -
1-1 L'alcool en France : les chiffres ..... - 4 -
1-2 En Loire-Atlantique ..... - 6 -
1-3 La consultation en médecine générale. ..... - 6 -
2-LE SYNDROME D'ALCOOLISATION FOETALE ..... - 8 -
2-1- Historique ..... - 8 -
2-2 Données épidémiologiques ..... - 11 -
2-3 Clinique ..... - 12 -
2-4 Mécanismes physiopathologiques ..... - 16 -
2-5 Toxicité ..... - 17 -
3- RECOMMANDATIONS DANS LES PAYS OCCIDENTAUX ..... - 18 -
3-1- Recommandations dans les pays européens ..... - 19 -
3-2 Recommandations dans les pays anglo-saxons ..... - 21 -
4- LA PREVENTION DU SAF ..... - 22 -
4-1 Prévention primaire ..... - 22 -
4-2 La prévention secondaire ..... - 22 -
4-3 La prévention tertiaire ..... - 23 -
Deuxième partie : ENQUETE SUR LA PREVENTION DES CONDUITES D'ALCOOLISATION CHEZ LA FEMME ENCEINTE SUIVIE EN MEDECINE GENERALE, COMPORTEMENT ET CONNAISSANCES DES FEMMES ENCEINTES FACE A L'ALCOOL ..... - 26 -
1- CONTEXTE DE LA RECHERCHE ..... - 26 -
2- OBJECTIFS ..... - 26 -
3- METHODOLOGIE ..... - 27 -
3-1 Les questionnaires ..... - 27 -
3-2 Enquête ..... - 28 -
3-3 Populations concernées ..... - 28 -
3-4 Recueil de données ..... - 28 -
3-5 Traitement statistique ..... - 29 -
4- ANALYSE ..... - 29 -
4-1 Enquête auprès des médecins généralistes ..... - 29 -
4-2 Enquête auprès des femmes en suite de couches ..... - 35 -
5- DISCUSSION ..... - 41 -
5-1 Résultats principaux ..... - 41 -
5-2 Critiques de la recherche ..... - 44 -
5-3 Hypothèses et perspectives ..... - 45 -
CONCLUSION ..... - 48 -
ANNEXES ..... - 49 -

INTRODUCTION

Les conduites d'alcoolisation et les pathologies associées apparaissent comme un problème majeur de santé publique et font l'objet depuis plusieurs dizaines d'années de réflexions multiples concernant notamment le domaine de la prévention. De nombreux professionnels de santé sont ainsi sollicités dans le cadre de la prise en charge mais aussi de la prévention des conduites d'alcoolisation à risque. Parmi ces acteurs de santé, le médecin généraliste semble prendre une place particulière. En effet, il est l'interlocuteur privilégié d'une grande partie de la population générale.

Parmi toutes les pathologies liées à l'alcool, l'une d'entre elles fait l'objet d'un interêt particulier des professionnels de santé les plus concernés. Il s'agit d'une manifestation clinique liée à la consommation d'alcool au cours de la grossesse : le syndrome d'alcoolisation fœtale. En effet, les femmes consommant de l'alcool durant leur grossesse prennent des risques, et notamment celui de perturber le développement psychomoteur de leur enfant. Le syndrome d'alcoolisation fœtale est la conséquence d'une consommation d'alcool importante durant la grossesse. On sait également maintenant que des consommations modérées, voire occasionnelles, sont nocives pour la santé du futur enfant.
L'incidence du syndrome d'alcoolisation fœtal est variable selon les pays, mais il est bien établi qu'il est l'un des premières causes de retard mental dans le monde.

La prévention des conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse semble être le point le plus important de cette prise en charge. Cette prévention doit être menée par tous les professionnels de santé s'occupant de la femme enceinte, où le médecin généraliste tient une place primordiale. Le message est aujourd'hui bien clair, la consommation zéro alcool est recommandée. Malgré tout, ce message semble encore peu diffusé, et la population des femmes enceintes, et générale n'est pas bien informée.

Nous sommes en droit de nous interroger alors sur l'existence réelle de cette prévention. Partant de l'hypothèse que les médecins généralistes, acteurs principaux de cette prévention abordent peu le sujet avec leur patiente, nous avons décidés de les interroger. En parallèle, nous nous sommes intéressés au comportement des femmes enceintes elles-mêmes, pour connaître leur degré d'information sur le sujet.

PREMIÈRE PARTIE : L'ALCOOL EN FRANCE : PROBLEME MAJEUR DE SANTE PUBLIQUE

1- L'ALCOOL EN MEDECINE GENERALE

La consommation d'alcool en France représente la part la plus importante du coût social des substances addictives, bien supérieure au coût du tabac ou de la toxicomanie aux produits illicites.

1-1 L'alcool en France : les chiffres

Bien que la consommation de boissons alcoolisées diminue régulièrement dans notre pays, celle-ci reste, pour des raisons sociales et culturelles, parmi les plus élevées d'Europe. Ses conséquences sont une préoccupation majeure de santé publique.
En France, 5 millions de personnes, seraient concernés par un mésusage de l'alcool. Ce mésusage est défini par l'organisation mondiale de la santé comme une consommation de 14 verres d'alcool maximum par semaine pour la femme, de 21 verres d'alcool maximum par semaine pour l'homme, et de 4 verres d'alcool maximum en une occasion pour les deux sexes [9,27]. Le terme verre désigne le «verre standard », ou unité internationale d'alcool (UIA), qui est la quantité normalisée, délivrée pour chaque catégorie de boisson alcoolique dans les lieux de consommation publics. Cette quantité correspond environ à 10 grammes d'alcool pur [69].
Ces recommandations ne tiennent pas compte des tolérances et vulnérabilité de chacun. La prévalence de ces consommateurs à risque serait en France de 15% chez les hommes, et de 4% chez les femmes [27]. Cinq millions de personnes présenteraient un usage avec dépendance, représentant environ 10% de la population adulte. Par contre les personnes ayant un usage nocif représenteraient 35% à 45% de la population. Parmi cette population à risque, on estime à environ 2,25 millions le nombre de personnes dépendantes [27, 58, 95]. Actuellement, près de 30% des hommes et 10% des femmes sont des consommateurs à risque ponctuel, alors que les consommateurs à risque chronique sont grosso modo trois fois moins nombreux (10% des hommes et 2 à 3% des femmes).

Bien que la consommation d'alcool baisse régulièrement depuis 1960, la France reste tout de même en tête des pays consommateurs d'alcool avec une consommation évaluée à 9,3 litres d'alcool pur par an et par habitant [50]. La consommation de vin est en constante diminution, mais cette baisse touche essentiellement le secteur des vins de table. Les Français tendent à privilégier une consommation dite «d'agrément », portant sur les vins de haut de gamme.
Par ailleurs, nous pouvons noter une très nette augmentation de la consommation de bière surtout chez les plus jeunes (16-20ans) [41,92]. Cette constatation inclut de façon implicite les jeunes femmes en âge de procréer [18].

En France, 30% des femmes et 10% des hommes adultes déclarent n'avoir jamais ou exceptionnellement, bu de l'alcool au cours de leur vie. On estime en revanche à cinq millions le nombre de personnes ayant des difficultés médicales, psychologiques et sociales liées à leur consommation d'alcool [9]. Ils représenteraient 13% des patients hospitalisés, 3% étant hospitalisé pour ce motif, et 10% pour lesquels les conduites d'alcoolisation représenteraient une maladie associée ou un facteur de risque. Sept pour cent des patients

pris en charge en psychiatrie le sont pour troubles des conduites liés à l'usage d 'alcool [9]. Le nombre de consultants vus dans les centres de cure ambulatoire en alcoologie (C.C.A.A.) s'établissait, en 1998, à environ 80000 patients [80].

On estime à environ 45000, en tenant compte des morts violentes, le nombre de décès liés à l'alcool [57]. La consommation excessive d'alcool serait responsable, en France, de 7% de décès masculins, et de 2% de décès féminins. L'alcool occasionnerait environ 16000 cancers par an, soit plus d'un décès par cancer sur neuf. La moitié Nord de la France est beaucoup plus frappée par la mortalité liée à la consommation d'alcool que la moitié sud.
Le coût de l'alcoolisme est bien élevé. Bien qu'il soit difficile à évaluer, le coût social de l'alcool est évalué à 115 milliards de francs par an (1,42% du PIB) [9]. Le traitement de l'alcoolisme et des pathologies associées entraînerait un coût direct de 65 milliards de francs, représentant environ 10% des dépenses de consommation médicale. Le coût du dispositif spécialisé (C.C.A.A. et centres de cure et postcure) s'élève à 500 millions de francs. Le coût de l'hospitalisation pour alcoolisme est estimé à 8 milliards de francs.

Concernant plus particulièrement la population féminine, en 1998, 11% des femmes de 20-24 ans ont une consommation régulière d'alcool, et pour 2% d'entre-elles, celle-ci est d'au moins trois verres par jour. Pour les 25-34 ans, 18% déclarent consommer régulièrement de l'alcool, et pour 4% d'entre-elles, au moins 3 verres par jour. Concernant la tranche des 35-44 ans, 22% déclarent consommer régulièrement de l'alcool, et pour 6% d'entre elles, au moins trois verres par jour. [21, 22, 58]. En 2002, 4,1% des femmes françaises, tous âges confondus sont repérées comme consommatrices à risque. Suivant la tranche d'âge, 3,6% des 18-25 ans, 4,4 % des 26-34 ans, et 4,9 % des 35-44 ans seraient possiblement à risque d'alcoolo-dépendance.

On remarque par ailleurs, que le niveau de consommation est plus élevé chez les femmes ayant des métiers moins qualifiés, et aux deux extrêmes de la distribution du revenu familial. En revanche, il n'y a pas de différence selon le statut marital. Les «grandes buveuses » sont plus âgées que les non buveuses ou les «petites buveuses » et sont de plus bas niveau social.

Quant à la déclaration d'une dépendance à l'alcool, elle est exceptionnelle et souvent très tardive. La femme cache plus longtemps son état alcoolique et ne le dévoile qu'à l'occasion d'une complication (cirrhose, psychose). On constate cependant que l'alcoolisation au féminin a considérablement augmenté durant la deuxième partie du 20ème siècle, puisqu'en 1960 on estimait une femme alcoolique pour 12 hommes alcooliques et en 1990 on passe à une femme alcoolique pour 3 hommes.

Concernant la consommation d'alcool de la femme enceinte, la majorité des femmes diminue sa consommation d'alcool pendant la grossesse. Ce changement se fait en général au 1er trimestre de la grossesse. Dans l'enquête nationale périnatale de 1995 (BLONDEL et COLL), 25% des femmes consommaient des boissons alcooliques pendant la grossesse, 5% des femmes interrogées en maternité en suite de couches déclaraient consommer au moins un verre par jour pendant la grossesse, et 1, 5% décrivaient une consommation quotidienne de deux verres ou plus en moyenne. En 1998, 3,9 % d'entre elles déclaraient, en post partum, consommer au moins un verre d'alcool par jour pendant leur grossesse [18, 20, 100]. Des données provenant de la maternité de Roubaix montre que la consommation déclarée a diminué chez la femme enceinte. 15% des femmes consommaient au moins 2 verres par jour en 1985/1986, 10% en 1990/1991, et 4% en 1992. En 1998, 5% des femmes enceintes consomment quotidiennement 1 verre d'alcool, 0,8%, plus de deux verres par jour.

Ces chiffres témoignent de l'importance des conduites d'alcoolisation dans la population générale, et chez la femme plus particulièrement, notamment au cours de leur grossesse.

1-2 En Loire-Atlantique

Selon une enquête réalisée en 2000 dans les Pays de Loire auprès des patients âgés de 16 ans ou plus, vus sur une semaine donnée en médecine générale, 9% des hommes déclarent un usage régulier d'alcool à risque, et 15% des habitudes d'usage ponctuel à risque. Chez les femmes, ces proportions sont respectivement égales à 2 et 1%. La fréquence de l'usage régulier à risque progresse régulièrement avec l'âge, jusqu'à 65 ans, alors que l'usage ponctuel à risque concerne surtout les moins de 35 ans, et donc les femmes en âge de procréer [44].
Les pratiques de consommation plus importantes qui ont caractérisé la région pendant des décennies semblent perdurer parmi les jeunes. D'après le baromètre santé 2000, 23% des ligériens de 18-25 ans déclarent avoir consommé de l'alcool plusieurs fois par semaine au cours des douze derniers mois (18% en France) et 23% avoir été ivre à trois reprises ou plus (19% en France).
Au regard de notre étude, la classe d'âge la plus importante est celle des femmes âgées de 20 à 44 ans. Cette classe d'âge déclare, pour 12% d'entre elles, consommer en général le week-end, plus de cinq verres d'alcool. Parmi ces 12 %, 8% sont âgées de 20 à 34 ans. Cette catégorie de femmes, en âge de procréer, déclare consommer des quantités d'alcool, qui nous le verrons plus loin, ne sont pas sans risque pour la grossesse.

Les conséquences de la consommation excessive d'alcool, qu'elle soit régulière ou ponctuelle, sont très préoccupantes. Les pathologies directement liées à l'alcool, ou à l'association alcool et tabac sont à l'origine d'environ 1400 décès par an dans la région pour la période 1997-99 [44].

Concernant la mortalité pour les pathologies directement liées à l'alcool, elle est en nette diminution dans la région comme en France. Entre la période 1980-82 et la période 1997-99, le recul de la mortalité avoisine 50%.
Malgré cette diminution, la situation des hommes ligériens reste défavorable, la mortalité dépassant de 24 % (cirrhose du foie) la moyenne nationale pour la période 1997-99. Cette mortalité place la région au 19ème rang des régions de France métropolitaine. C'est le département qui connaît la situation la plus défavorable avec une surmortalité de 46% [44].
L'analyse des motifs d'hospitalisation en court séjour de la population régionale montre également une fréquence des séjours supérieure à la moyenne nationale.
Ces quelques chiffres témoignent bien de l'ampleur des difficultés rencontrées.

On remarque ainsi que concernant la classe des femmes en âge de procréer, les consommations d'alcool occasionnelles sont fréquentes et qu'elles s'accompagnent d'états d'ivresse aigus pour une proportion non négligeable. Ces résultats illustrent bien, qu'en terme de santé publique, le risque alcool au cours de la grossesse n'est pas négligeable, et mérite qu'on s'y intéresse.

Dans le but d'étayer notre hypothèse initiale, il nous est apparu nécessaire de dresser un état des lieux, non exhaustif, mais tenant compte de notre objet d'étude, des relations entre la pratique en médecine générale et le mésusage de l'alcool.

1-3 La consultation en médecine générale.

20% des patients consultant en médecine générale ont des problèmes liés à la consommation d'alcool [57, 93]. Pour la très grande majorité des médecins, l'alcool est bien un problème important en médecine générale, mais malgré cela, les démarches de prévention et de repérage précoce sont encore trop peu nombreuses.

Plus de 29 % des hommes, et 11 % des femmes consultant un médecin généraliste seraient des buveurs excessifs [57]. Toutefois, 70% des médecins se sentent peu efficaces dans la prise en charge de ces patients [42]. Or, on sait que la consommation de ces patients pourrait être diminuée de 25 à 30 % après une intervention précoce, de 5 minutes, effectuée par le médecin généraliste. [16, 56, 57].Les études sont nombreuses et ont apporté la preuve de l'interêt du repérage précoce et des interventions brèves (RPIB) en médecine générale [41]. Reste donc à les promouvoir auprès des médecins généralistes français. On sait aussi que dans leur ensemble, les médecins généralistes restent très réticents à aborder ce sujet. La banalisation socioculturelle du «boire » constitue un obstacle pour une démarche plus active, et est vraisemblablement plus importante que la difficulté de communication citée par certains auteurs [16]. Manque de formation (les seuils de risques restent largement méconnus) mais aussi doutes sur l'interêt de leur démarche et réticences à aborder la question alcool en consultation de peur de ne trop s'introduire dans la vie privée des gens, expliquent le relatif scepticisme des médecins de famille quand on leur évoque leur place essentielle dans le dispositif de prise en charge des problèmes de santé liés à l'alcool [42].

Par ailleurs, la difficulté de repérage du mésusage, précoce ou non, provient du fait que les sujets sous-estiment souvent, voire dissimulent leur consommation. Or les médecins généralistes restent les acteurs de santé les mieux placés pour identifier en pratique courante les patients à risque [31]. Le dialogue, conduit dans la confiance, est le premier et le meilleur outil de dépistage [69]. Depuis plusieurs années, le médecin dispose également de tests simples (annexe 1) comme le questionnaire AUDIT utilisé dans le repérage du mésusage de l'alcool dans la population générale, ou la validation en français du questionnaire T-ACE, considéré comme étant le meilleur questionnaire présentant les meilleures sensibilité et spécificité pour le repérage des conduites d'alcoolisation chez la femme enceinte. Le médecin dispose également de marqueurs biologiques : le volume globulaire moyen (VGM), la gamma glutamyl transférase (δGT), et la carbohydrate deficient transferrine (CDT). Le VGM est peu sensible et peu spécifique, toutefois, la grossesse ne modifie pas ses valeurs seuils. La δGT a une sensibilité dans l'abus de l'alcool de l'ordre de 40%, avec une spécificité de 76%. Ce marqueur n'est pas non plus influencé par la grossesse. Dans plusieurs études, il a été observé une corrélation entre le taux de δGT de la femme enceinte et le retard de croissance intra-utérin, des anomalies congénitales ou bien des complications péri et post natales. Quant à la CDT, elle est influencée par la grossesse qui en augmente le taux, et doit donc encore faire l'objet d'analyses de performance.
Ces éléments ne permettent pas de détecter un mésusage de l'alcool en l'absence d'éléments cliniques évocateurs. Il n'est donc pas recommandé de les prescrire à l'aveugle. A l'inverse, l'absence de perturbation n'élimine en aucun cas un mésusage [69].

En ce qui concerne l'alcoolisme de la femme, il est habituellement décrit de façon univoque : il s'agit d'un alcoolisme solitaire et clandestin, peu suscité par la convivialité, marqué par la recherche de l'ivresse, ou tout du moins du sommeil, de l'oubli, généralement dissimulé du fait d'une culpabilité importante, d'un déni entretenu par la réprobation sociale des comportements d'alcoolisation chez la femme [18, 38, 83]. 92% des femmes alcooliques boivent en cachette, et 50% d'entre elles déni leur mésusage [17]. Elles sont poussées à dissimuler le plus possible ce qu'elles appellent leur vice, ceci jusqu'à ce que le regard de l'autre ne les importe plus. De telles différences de jugement social (boire est « virilisant » pour l'homme et honteux pour la femme) amènent même à une autre constatation concernant cette fois-ci la décision de se soigner : pour l'homme c'est un acte de courage, pour la femme, c'est la moindre des choses [108].
Ces constatations peuvent expliquer que les femmes, évoquent rarement de manière spontanée leurs difficultés avec les médecins [31, 108]. Ceci est sans doute en lien, pour partie avec le fait que ces patients eux-mêmes sont empreints de représentations de la maladie alcoolique largement partagées au plan social. Ces représentations concernent

notamment les conduites d'alcoolisation des femmes [31]. Force est de constater que la désignation du malade alcoolique est souvent réelle au sein de la famille, mais aussi au plan sociétal.

Concernant de façon plus spécifique notre objet d'étude, une enquête, effectuée par le Comité français d'Education pour la Santé [22], souligne de plus trois faits importants pour tenter d'expliquer les difficultés qu'ont les médecins généralistes à aborder le sujet de l'alcool avec une femme enceinte. Ces trois points sont : le manque de temps, la méconnaissance de la toxicité de l'alcool au cours de la grossesse, et le sentiment d'inutilité de la prévention (« tout est déjà joué »). Outre les questions éthiques dès lors soulevées, nous pouvons nous interroger sur l'impact dans la relation médecin malade et en terme de prévention rapport à de tels constats.

Au final, en moyenne dans la clientèle d'un médecin généraliste, pour un malade alcoolo-dépendant diagnostiqué, deux autres consommateurs excessifs et alcoolo-dépendants en devenir, ne bénéficieraient pas d'un dépistage donc de la possibilité d'accéder éventuellement des soins adaptés [12,57]. Cette constatation inclut, implicitement, la femme en âge de procréer ou déjà enceinte, d'autant plus que 75 % des femmes présentant des conduites d'alcoolisation à risque échapperaient au diagnostic lors des consultations prénatales [84, 109]. Le médecin généraliste reste donc un des acteurs principaux en terme de prévention des conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse.
Malgré tout, la France est en bien en retard en terme de prévention de ce problème alcool et grossesse. Le Pr. Parquet, président de l'OFDT explique ce retard par le fait que les français ont construit progressivement un véritable déni des méfaits des conduites d'alcoolisation : « *Aborder la dangerosité des conduites d'alcoolisation des femmes, et plus particulièrement des femmes enceintes, apparaît scandaleux et culpabilisant. La grossesse est une période tellement mythique, emblématique qu'il ne se pouvait pas qu'une mère ait une intention délibérée de nuire à son enfant. Une future mère ne pouvait être que parfaite ».*

Cette prévention est pourtant d'une importance majeure puisque l'on connaît désormais les conséquences de la consommation d'alcool durant cette période : le syndrome d'alcoolisation fœtale.

2-LE SYNDROME D'ALCOOLISATION FOETALE

L'association d'anomalies spécifiques chez les enfants de mère alcoolique a été décrite pour la première fois en 1968 par un pédiatre nantais : le Dr P. Lemoine.

2-1- Historique

De tout temps, il était implicitement reconnu que l'alcool pouvait être délétère pour l'enfant à venir. Les notions d'anomalies physiques et mentales dans la descendance des parents alcooliques sont ainsi connues de longue date, et sont l'objet de savoir et de croyances populaires.

2-1-1- Un savoir universel de l'ordre de la croyance

Aristote déjà dans « Problemata », recommandait aux futures mères l'abstinence, car les femmes alcooliques *« donnent des enfants semblables à elles…. »*

Dans la Bible (livre des juges, 13-4), un ange annonce à une femme stérile : *« désormais, prends bien garde ! Ne bois ni vin, ni boisson fermentée, car tu vas concevoir et enfanteras un fils ».* Cette mise en garde était annoncée à la future mère de Samson. Celui-ci, d'après la légende, faisait preuve d'une force physique remarquable. La répétition de ce message apparaît trois fois dans le texte. Cela voudrait peut-être laisser entendre que cette force physique serait due à l'absence de contact intra-utérin avec l'alcool.

Chez les romains et les grecs, les parents des enfants malformés étaient accusés d'avoir trop bu pendant la conception et la grossesse. Diogène interpellait ainsi un jeune homme débauché et malingre : *« Ami, ton père et ta mère t'ont conçu en état d'ivresse ».* A Sparte et à Carthage, on interdisait aux époux l'usage du vin le jour des noces. Une loi carthaginoise interdisait aux époux toute autre boisson que l'eau les jours consacrés aux devoirs conjugaux.
Vulcain, (Héphaïstos pour les grecs), le forgeron difforme et Dieu du feu de la mythologie romaine, aurait été conçu par Jupiter (Zeus) et Junon (Héra), alors qu'ils étaient en état d'ivresse [20,33].

Plus près de nous, Molière écrit dans Amphitryon : *« les médecins disent quand on est ivre que de sa femme on doit s'abstenir et que, dans cet état, il ne peut provenir que des enfants pesants et qui ne sauraient vivre ».*

2-1-2-Vers une connaissance scientifique

Les premières descriptions médicales du syndrome d'alcoolisation foetale datent de 1737 (« De ebrietate feminarium », De l'ivresse des femmes) et sont dues à un médecin d'origine allemande, le Dr Göhrs [75].
Au début du 19ème siècle, en Angleterre, les premières observations concernant les enfants de parents alcooliques apparaissent. En effet la multiplication des distilleries aboutit à ce qu'on a appelé : « l'épidémie du gin ». Le collège de médecine anglais constata alors une augmentation du nombre d'enfants malades, malformés et présentant des retards mentaux. Ces constations et le lien ainsi réalisé entre la consommation d'alcool et les naissances aboutiront à la proposition d'une réglementation de la production et de la vente d'alcool [33].

Ce tableau clinique fut repris, en France, par Voisin en 1893 et Triboulet en 1905. Ces derniers insisteront sur les tares physiques (pieds bots, anomalies de la face avec petitesse, prognathisme, anomalies des oreilles….) et mentales. Ces constations seront soutenues par Magnan (1897) et Morel. Ce dernier en 1857 dans son « Traité des dégénérescences de l'espèce humaine », mettait un accent passionnel et dogmatique sur les malformations irréversibles encourues par les enfants nés de parents alcooliques. Il écrivait à l'époque : *« il n'est pas nécessaire que les descendants de parents livrés à l'alcoolisme chronique commettent les mêmes excès pour nous offrir le type d'une dégradation progressive. Les uns apportent, même en naissant, le germe d'une dégénérescence complète et ils viennent au monde imbéciles ou idiots »* [7]. Il ajoutait, parlant de l'alcoolisme : *« il n'est aucune maladie où les influences héréditaires soient aussi fatalement caractéristiques ».* Ces travaux aboutiront à la théorie dominante de l'hérédodégénérescence [11]. Cette théorie soutient que l'aliénation mentale, qui est due à des causes toxiques et morales, frappe une lignée au niveau d'une certaine génération. A partir de là, chaque génération suivante témoignera d'un degré plus lourd de pathologie, passant des manifestations légères, jusqu'à l'arriération profonde. Cet ultime état, incompatible avec la procréation, interrompt de ce fait la maladie. Ainsi apparaîtront les termes d'hérédo-syphylis et d'hérédo alcoolisme. Pendant de nombreuses années, l'alcool et le tréponème, ainsi désignés, sont à l'origine des

nombreuses tares physiques et psychiques (épilepsies, malformations et retards mentaux de la petite enfance… [33].

Fait remarquable à cette époque, il est surtout question de l'importance de l'alcoolisme paternel. En 1898, Sabrazes écrivait : *« l'alcoolisme, même transitoire du père l'emporte en influence pernicieuse sur l'alcoolisme maternel, même invétéré »*. On parle alors d'une imprégnation des cellules sexuelles par l'alcool. Triboulet, en 1905, conclut que *« l'alcool suspend les mouvements des spermatozoïdes et provoque un bouleversement de la chromatine »*. C'est la théorie française de la « blastophorie » ou « blastotoxie » [7,11]. A la même époque, Combemale à Montpellier en 1888, décrivait déjà des anomalies chez le chiot suite à une intoxication de la mère à l'absinthe [108]. Sullivan en 1899 recueille les données apportées par l'accouchement de 120 femmes dites « ivrognes » de la prison de Liverpool, et constate que 56% des enfants sont mort-nés ou décédés avant deux ans [106].

Les premières recherches scientifiques apparaissent pourtant véritablement en 1900 grâce à Nicloux. Celui-ci, dans sa thèse de médecine, montre la diffusion rapide de l'alcool dans le compartiment fœtal et observe que l'alcoolémie du foetus est sensiblement voisine de l'alcoolémie de la mère. Il s'agit là d'un fait capital, qui ne fut jamais démenti depuis [79]. En 1957, Rouquette décrit un ensemble de troubles avec malformations retard de croissance, retard psychomoteur, qui était selon lui, davantage lié à l'alcoolisme paternel. D'autres psychiatres à cette époque constataient la même pathologie. Cependant, l'alcoolisme des femmes enceintes n'intéressaient alors ni les obstétriciens, ni les pédiatres qui rencontraient alors d'autres difficultés, et de surcroît, n'étaient pas formés à l'alcoologie [33].

Ainsi donc, les effets de l'alcool sur le fœtus sont connus, tout du moins suspectés depuis des siècles. Mais, la première description scientifique ne date que des années soixante. Elle est l'œuvre, est-il besoin de le rappeler ici à Nantes, du Dr Paul Lemoine.

2-1-3- La description du syndrome

Chef de service de pédiatrie à l'hôpital universitaire de Nantes et responsable de la pouponnière La Civelière, le Dr Paul Lemoine décrit pour la première fois en 1968 le « syndrome d'alcoolisation fœtale ». Il avait identifié, chez les enfants de femmes ayant consommé de quantités importantes d'alcool pendant leur grossesse, des anomalies morphologiques du visage : fentes palpébrales courtes, faciès aplati, lèvre supérieure mince et sillon sous nasal plat ou lisse….Ces enfants présentaient également un retard de croissance et des troubles du comportement et de la cognition [64].
Sa découverte, il la doit à son écoute et observation des mères et des enfants : *« j'avais l'œil attiré par certains des bébés que je voyais alors. Curieux ! Ils se ressemblaient… comme des frères, avaient un énorme retard de croissance, et le même faciès ! »* [66]. A l'époque, Robert Debré lui-même déclarait que l'alcool ne posait pas de problème pendant la grossesse ! Cette même année, Paul Lemoine publie son travail, une série importante de 127 cas, dans une revue à faible impact : l'Ouest Médical. Il décrit quatre séries de signes : la dysmorphie craniofaciale, l'hypotrophie staturo-pondérale, les malformations squelettiques et viscérales, et les anomalies psychomotrices.
Quelques années plus tard, en 1973, les américains Smith, Streissguth et Jones ont confirmé les travaux du Dr Lemoine en reconnaissant la qualité de son travail [52, 53, 54]. Ils relatent un tableau parfaitement identique à celui décrit par le Dr Lemoine, il le nomme : « fœtal alcohol syndrome ».

En France, les études épidémiologiques débutent dans les années 1975 avec Kaminski [56]. Ce syndrome est particulièrement étudié depuis 1976, à Roubaix, par Dehaene [35].

Le Dr Lemoine, l'âge de la retraite venu, part à la recherche de descendants de mères alcooliques qu'il avait examinées autrefois. Il en retrouve 77 fréquentant tous des établissements pour handicapés, dans lesquels il est amené, d'ailleurs, à découvrir de nouveaux cas. Au total, sa deuxième publication [67] portera en 1992, 24 ans après la première, sur 105 adultes porteurs de séquelles d'un alcoolisme prénatal. Enfin reconnus par ses pairs, il est fait lauréat de l'académie de médecine en 1993. Le Dr Lemoine reste à ce jour *« le seul médecin nantais mondialement connu »* comme le qualifiait le Pr Rogez, doyen de la faculté de médecine de Nantes [64].

Notons que vingt-cinq ans après la première description du syndrome d'alcoolisation fœtale, Manzano, en 1993, dans son étude sur des enfants de parents alcooliques continue à écrire : *« malgré de nombreuses études anatomopathologiques, aucune évidence n'a pu être tirée quant à la nature de ce syndrome et sa relation avec l'alcoolisme maternel »* [10].

2-2 Données épidémiologiques

Les données épidémiologiques sont toujours très contestées et d'interprétation difficile. Le syndrome d'alcoolisation foetale est largement sous évalué en France. Des difficultés méthodologiques ont toujours été mises en avant pour évaluer la consommation d'alcool pendant la grossesse et pour attribuer des signes postnatals à la consommation d'alcool [64] : critères variables pour la mesure de la consommation d'alcool pendant la grossesse (consommation régulière, épisodes d'alcoolisation aigus…), valeur relative des données déclaratives sur cette consommation et critères diagnostiques variables pour l'atteinte fœtale en rapport avec l'exposition in utero à l'alcool [65].
Le syndrome d'alcoolisation foetale concernerait 0,5 à 3 naissances pour mille, soit une incidence de 700 à 2000 nouveaux cas par an en France [95]. Certains parlent même d'une prévalence extrêmement variable selon les régions qui pourrait atteindre 1 naissance sur 200 à Roubaix, à une naissance sur 300 au Havre, et l'on estime que l'alcool serait en cause dans 5 à 8% des retards mentaux avec un QI inférieur à 80 [60]. A noter que d'après les statistiques des causes de décès, les régions à consommation d'alcool élevée chez les femmes seraient le Nord, la Normandie, la Bretagne et les Pays de Loire [57]. A l'île de la Réunion, une étude de 1996 retrouve une incidence de syndrome d'alcoolisation foetale de 4,3‰ [95].

Cette variabilité repose sur différents critères. Premièrement, la prévalence est différente d'une population étudiée à l'autre. Une des explications possible semble être les problèmes de définition que pose le syndrome d'alcoolisation fœtale. Chaque étude ne s'appuie pas forcément sur les mêmes critères diagnostiques, ce qui rend difficile la comparaison des chiffres. De plus, le diagnostic de syndrome d'alcoolisation foetale est un diagnostic clinique, il dépend donc de la connaissance par le professionnel de santé des effets de l'alcool sur le fœtus. Les différentes populations étudiées peuvent, à elles seules, rendre compte de la variabilité de la prévalence du syndrome. Enfin, les modes de consommation peuvent aussi être un facteur de différence [21].

On parle également aujourd'hui des effets de l'alcool sur le foetus (EAF), qui recouvrent les troubles neurologiques liés à l'alcool et les malformations congénitales liées à l'alcool. L'incidence des effets de l'alcool sur le foetus serait beaucoup plus élevée que celle du SAF. Cette prévalence serait de plus de 6 ‰ selon certains auteurs [21, 22, 24]. Les canadiens regroupe le syndrome d'alcoolisation foetale et les effets de l'alcool sur le foetus comme l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) [60]. En France, on estime que ces ETCAF concerneraient 1% des naissances, c'est à dire 7000 nouveaux enfants chaque année, soit environ 500 000 français, souffrant à des degrés divers des séquelles de l'alcoolisation fœtale. On évalue en effet de 1 à 3 pour 1000 le nombre

d'enfants atteints du SAF à la naissance dans les pays industrialisés, et, peut être à 10 pour 1000 naissances celui des enfants touchés par les EAF [62].

En conclusion, ces variabilités de prévalence soulignent toute la difficulté qui existe dans la reconnaissance de ce syndrome. L'évaluation (faible fiabilité inter juges), l'absence de consensus au niveau des critères, la grande hétérogénéité des populations étudiées ainsi que leur mode de consommation peuvent entre autres les expliquer.

2-3 Clinique

Les répercussions cliniques d'une alcoolisation fœtale forment un continuum de la forme la plus grave, à priori la plus facile à diagnostiquer, que nous dénommons syndrome d'alcoolisation foetale, jusqu'aux formes dites légères ou modérées qui passent de nos jours souvent inaperçues.
Le diagnostic de syndrome d'alcoolisation foetale est un diagnostic clinique : il n'existe aucun test diagnostic le confirmant. De plus, l'expression de ce syndrome est variable suivant les enfants. Il est composé de trois séries de signes : un retard de croissance, une dysmorphie faciale, et une atteinte du système nerveux central [32, 37, 38, 64, 67, 68].

De nombreuses classifications ont été proposées pour définir les divers tableaux cliniques corrélés à une alcoolisation fœtale.

Le tableau le plus typique est le SAF complet. Il existe aussi des tableaux incomplets, en particulier sans la dysmorphie faciale que l'on nomme EAF ou effets de l'alcool sur le fœtus (FAE : fetal alcohol effects).
On parle de TNDLA ou troubles neuro développementaux liés à l'alcool lorsqu'il existe des troubles cognitifs et comportementaux sans anomalie clinique (ARND : alcohol related neurodevelpmental disorders).
Les enfants porteurs d'anomalies congénitales liées à l'alcool ou ACLA (ARBD : alcohol related birth defects) constitue un groupe dans lequel l'exposition prénatale à l'alcool est confirmée ou très probable associées à des malformations congénitales qui ne sont pas secondaires à d'autres causes que l'alcool.

La dernière classification proposée est celle de l'institut US de Medecine (IOM) en 1996, qui a eu en 2001 l'aval de l'académie américaine de pédiatrie.
Cette classification distingue cinq entités cliniques et évolutives dont trois sont des variantes du SAF et deux des tableaux corrélés à l'alcool (alcohol related effects) [64].

Tableau I : Classification des syndromes en rapport avec une alcoolistaion fœtale [23].

Type	1	2	3	4	5
Définition	FAS* Avec exposition fœtale confirmée	FAS* Avec exposition non confirmée	FAS* 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		Non
Anomalies du système nerveux	Oui	Oui	Oui	Oui	

central					
Troubles cognitifs			Oui		Oui
Malformations					Oui

* FAS: fetal alcohol syndrome (SAF)
ARBD: alcohol related birth defects
ARND: alcohol related neurodevelopmental disorders

Dehaene a présenté une classification en cinq types également [12] :

- Type 0 avec un RCIU, absence de dysmorphie, absence de malformations majeures.
- Type 1 ou forme légère avec un retard de croissance, un ou deux traits de dysmorphie, pas de malformations majeures.
- Type 2 ou forme moyenne avec dysmorphie complète ; une ou deux malformations associées.
- Type 3 ou forme sévère avec une dysmorphie caricaturale ; nanisme majeur ; une ou deux malformations associées.
- Type 4 : enfant de mère alcoolique suspect à la naissance au vue de l'anamnèse, pas de confirmation ultérieure.

2-3-1 Le retard de croissance prénatal ou postnatal

Il est harmonieux, et on le retrouve dans au moins un des aspects suivants :
-Poids ou taille à la naissance égal ou inférieur au 10ème percentile pour l'âge fœtal ;
-Taille ou poids égal ou inférieur au 10ème percentile pour l'âge ;
-Rapport poids-taille trop faible égal ou inférieur au 10ème percentile
-périmètre crânien avec une microcéphalie inférieur au 3ème percentile
Si le fœtus n'est pas exposé à l'alcool au troisième trimestre, les paramètres de croissance peuvent être normaux [64].
Le retard de poids s'accentuerait les deux premières années puis serait quasiment impossible à rattraper. Le retard de taille, qui persisterait assez longtemps, serait progressivement comblé. Vers 16 ans, le jeune atteindrait la taille normale [32, 38].

2-3-2 La dysmorphie faciale

La dysmorphie de ces enfants est très souvent caractéristique et permet un diagnostic facile lorsqu'elle est complète. On note, quelque soit l'âge, les trois anomalies faciales suivantes :

- des fentes palpébrales étroites (d'un écart-type de deux ou plus au dessous de la moyenne). La longueur de la fente palpébrale est mesurée entre les deux bords interne et externe de l'œil, à l'aide d'une règle souple et transparente, en demandant à l'individu de regarder vers le haut, afin que les bords apparaissent clairement [64].

- un philtrum lisse, convexe en verre de montre et allongé. Il est noté la disparition des piliers et de la gouttière médiane (arc de Cupidon)

- une lèvre supérieure mince (côtée 4 ou 5 selon le guide d'évaluation de la lèvre et du sillon naso-labial). Ce guide sert d'échelle visuelle à cinq points pour mesurer l'aplatissement du sillon naso-labial et la minceur de la lèvre supérieure. Chaque trait est mesuré indépendamment de l'autre. Astley et Clarren ont élaboré des normes pour l'évaluation de la lèvre et du sillon naso-labial en utilisant leur guide visuel [64].

D'autres anomalies sont fréquemment retrouvées : un micro rétrognathisme, un front bombé et étroit, un écrasement de la racine du nez avec retroussement de l'extrémité, une implantation basse de la racine des cheveux, des arcades sourcilières aplaties, un épicanthus… [32, 37, 94]
La dysmorphie faciale est très visible vers l'âge de un an, persiste au cours de la croissance, mais certains traits peuvent devenir moins reconnaissables avec l'âge, surtout à l'adolescence et à l'âge adulte.

2-3-3 Une atteinte du système nerveux central

On y retrouve au moins trois des troubles suivants [10, 32, 37, 62, 98, 104] :

- Troubles neurologiques légers et profonds retrouvés à l'examen neurosensoriel approfondi (réalisé par un pédiatre, un neurologue …)

- une microcéphalie par diminution de taille des hémisphères cérébraux ou des malformations cérébrales détectées par l'imagerie. Le cerveau est l'organe le plus affecté par l'exposition prénatale à l'alcool. Certaines zones sont plus touchées que d'autres : le cortex surtout au niveau frontal, le corps calleux, les ganglions de la base, surtout le noyau caudé, le cervelet, l'amygdale et l'hippocampe.

- une déficience mentale avec un QI inférieur à 70 est retrouvée chez 25% des personnes atteintes de SAF.

- des difficultés d'apprentissage scolaire, plus particulièrement dans l'arithmétique

- un trouble de la communication tant sur les versants expressifs que sur la compréhension des questions longues

- une déficience des fonctions exécutives. Ce type d'atteinte peut arriver chez les personnes porteuses d'un ETCAF et quelque soit leur QI [64].

- un trouble de la mémoire visuo- spatiale et verbale

- un trouble de l'attention, l'hyperactivité peut être associée, mais elle semble très potentialisée par les facteurs sociaux et environnementaux comme les troubles de l'attachement, l'anxiété et les stress post traumatiques.

- un trouble des facultés d'adaptation et des conduites sociales. Les enfants sont décrits comme plus facilement irritables, impulsifs avec des difficultés pour contrôler leurs émotions.

2-3-4 Malformations associées

Enfin, il s'associe parfois à ce tableau des malformations dont certaines peuvent mettre en péril la vie de l'enfant sans que l'on puisse affirmer avec certitude le rôle de l'alcool. Ces malformations sont très diverses et retrouvées dans 10 à 30% des cas selon les études [37].

Ces enfants peuvent être porteurs de malformations cardiaques (30%) (CIV, CIA…), des reins, du squelette (synostose radio cubitale…), des organes génitaux, oculaires (strabisme, myopie, hypermétropie, ptôsis, cataracte, microphtalmie….) auditives (surdité de transmission par otites séreuses à répétition, surdité de perception par malformation de l'oreille moyenne ou de l'oreille interne), fentes labiale ou palatine, malocclusion dentaire, angiomes cutanés… [64].

2-3-5 Les enfants porteurs d'un effet de l'alcool sur le fœtus (EAF) et de troubles neuro développementaux liés à l'alcool (TNDLA)

Le groupe des individus porteurs des EAF, encore appelés par certains SAF partiel, se définit, comme vu dans le tableau I par :

- Une exposition prénatale à l'alcool confirmée ou très probable
- Sans avoir les 3 caractéristiques du SAF comme décrit précédemment. Le plus souvent les mensurations sont normales ou faiblement atteintes, s'y associent quelques éléments de la dysmorphie faciale et surtout un dysfonctionnement cérébral.

Le groupe des individus porteurs de TNDLA est défini par l'association :

- Une exposition prénatale à l'alcool confirmée ou très probable
- Une atteinte du SNC avec au moins trois des troubles décrits dans le cadre des enfants porteurs de SAF :

Le risque de TNDLA augmente avec l'âge maternel.

Ces deux dernières formes EAF et TNDLA, beaucoup plus fréquentes que le SAF, et ce sont ces formes qui nous intéressent plus particulièrement dans le cadre de notre enquête, sont beaucoup plus difficiles à diagnostiquer. Elles représentent la face immergée de l'iceberg que constitue les ETCAF, d'autant qu'elles peuvent aussi survenir pour des alcoolisations prénatales modérées et encore plus souvent lorsque la grossesse a été émaillée de crises d'ivresse. La recherche et l'expérience ont démontré que les caractéristiques de l'ETCAF sont complexes et comportent de nombreuses facettes, trouvant leur origine dans des atteintes cérébrales organiques causées par l'alcool, mais ayant des interactions avec d'autres influences sur le plan génétique ou autre. Au cours de la vie de la personne atteinte, ces caractéristiques peuvent être exacerbées ou atténuées par ces expériences dans son milieu. Les atteintes cérébrales entraînent un état de vulnérabilité neuropsychologique qui nécessite la mise en place d'un accompagnement le plus précoce possible. Ces enfants « fragilisés » sont très sensibles à leur environnement qui se doit de s'adapter au risque de les voir évoluer inexorablement vers des déficiences secondaires.
Les personnes porteuses de TNDLA ont du fait de leurs altérations cérébrales un état de vulnérabilité : mauvais contrôle des impulsions avec faible tolérance à la frustration, des troubles de la mémoire qui rendent difficile l'apprentissage par expérience, des déficits de l'attention avec distractibilité, de mauvaises capacités d'abstraction avec des problèmes de jugements pour comprendre les conséquences de leurs actes, des difficultés d'apprentissage surtout en arithmétique qui entraîne des difficultés de gestion du budget…..
Cet état de vulnérabilité neuropsychologique doit être repéré et accompagné au risque de voir survenir des déficiences secondaires.
Une étude sur 415 enfants, adolescents et adultes porteurs de SAF (1/3), SAF partiels et TNDLA (2/3) réalisée par le Pr. Streissguth a permis de constater chez un grand nombre de ces individus l'existence de déficiences secondaires.
Il est rencontré des problèmes de santé mentale chez plus de 90% de ces individus, sans différence entre le groupe des enfants, et le groupe des adolescents et des adultes. Les

enfants et les adolescents étaient le plus souvent atteints de déficit attentionnels, tandis que la dépression était le principal problème de santé mentale chez les adultes.
60% des adolescents et adultes ont été confrontés à des interruptions de scolarité. Cette population, exclue temporairement ou définitivement du système scolaire, est celle qui a le plus de difficultés d'apprentissage surtout par incapacité de finir le travail scolaire (par trouble de l'attention) et de comportement (problème d'entente avec les autres camarades et perturbe souvent la classe.
60% des adolescents et adultes et 14% des enfants avaient eu des problèmes avec la loi (surtout pour vol à l'étalage…).Ces problèmes avec la loi sont très souvent en rapport avec l'interruption scolaire.
50% des adolescents et des adultes avaient été incarcérés, ou placés dans des centres d'accueil pour toxicomanes ou pour malades mentaux.
50% des adolescents et des adultes et 40% des enfants présentaient ou avaient présenté des comportements sexuels inappropriés (avance, attouchements…).
35% des adolescents et adultes présentaient des problèmes de toxicomanie.

En ce qui concerne le risque de trouble de l'attention avec hyperactivité, il est présent chez 70% des personnes exposées à l'alcool in utero, alors qu'il est inférieur à 5% en population générale [14].
Burd et al. se sont également intéressés aux troubles des fonctions exécutives en comparant deux populations d'alcoolo-dépendants : l'une ayant eu une EPA (exposition prénatale à l'alcool), l'autre non. L'exploration des fonctions exécutives montre que la population des alcoolo-dépendants ayant subi une EPA a davantage de troubles mentaux, d'antécédents de troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité que celle des alcoolo-dépendants sans EPA. De plus, les patients avec EPA ont des performances des fonctions exécutives très significativement altérées en comparaison de ceux sans EPA. L'exposition in utero semble ainsi déterminante.

Ce sont tout particulièrement ces troubles (EAF et TNDLA) qui doivent faire l'objet d'une prévention primaire, d'autant plus que différentes études ont souligné le fait que les effets tératogènes pouvaient apparaître à la suite d'un épisode unique de forte alcoolisation maternelle [51]. Des IRM cérébrales chez des enfants et adolescents atteints de SAF ou de DNLA ont mis en évidence des réductions spécifiques de certaines structures, dont le cervelet, le corps calleux, et les noyaux gris centraux.
Au total, il est très probable que près de 1% de la population générale présente des séquelles plus ou moins marquées d'une exposition prénatale à l'alcool [14].

2-4 Mécanismes physiopathologiques

De nombreuses données expérimentales (expérimentations sur les rongeurs, ovins, primates et cultures cellulaires) confirment le rôle direct de l'alcool dans la genèse des anomalies morphologiques et neuro comportementales [56]. Il a également un rôle par l'intermédiaire de l'acétaldéhyde (produit de dégradation par le foie maternel de l'éthanol sanguin) qui est un inhibiteur de certaines fonctions cellulaires [26].
L'alcool traverse rapidement la barrière placentaire par simple diffusion. Les concentrations dans le sang fœtal sont similaires à celles de la mère [99]. De plus, les capacités d'élimination du fœtus sont plus faibles, du fait de son immaturité hépatique et du rôle de réservoir que possède le liquide amniotique [110]. Ce rôle de réservoir explique sûrement le fait que des gynécologues observent une odeur d'alcool qui se dégage chez certains nouveaux-nés, lors des premières respirations.
La période de vulnérabilité maximale est le premier trimestre de la grossesse (entre 4 et 12 semaines d'aménorrhée), période d'organogenèse et de synaptogenèse du système nerveux [68], mais les études épidémiologiques et expérimentales ont montré que la toxicité de

l'alcool s'exerce tout au long de la gestation. La migration et l'organisation neuronales se poursuivent tout au long de la grossesse, celles-ci sont donc sensibles aux effets de l'alcool durant toute la période de gestation [99]. Notons que cet effet est irréversible [20].

Le premier trimestre est dominé par les mécanismes de neurulation et de télencéphalisation qui aboutissent à la mise en place du télencéphale avec segmentation en deux hémisphères et structuration de la ligne médiane. La prise d'alcool durant cette période va entraîner (selon observations expérimentales) des troubles de la gyration, des anomalies du corps calleux et de l'hippocampe. Ces structures primaires du cerveau étant elles mêmes inductrices du développement de la face, le syndrome dysmorphique trouve donc son origine dans ces anomalies de mise en place [45].
A partir de la 23ème semaine d'aménorrhée, l'alcool agit sur l'histogénèse cérébrale et va être responsable de troubles de la structuration du cortex, de dysplasies ou de micro dysgénésies [46].

Toutes ces lésions sont clairement dose dépendantes, et en particulier l'inhibition de la croissance cérébrale responsable de la microcéphalie [66]. Différents mécanismes ont été décrits : toxicité directe de l'acétaldéhyde, diminution de l'expression de la « myelin basic protein » [58], libération des stocks intracellulaires de calcium et augmentation de l'expression des protéines MYC inhibant la différenciation neuronale, …
Une étude expérimentale sur des fragments de placenta humain incubés dans des concentrations croissantes d'alcool a montré l'existence d'un processus de stress oxydatif avec diminution de la libération de NO qui pourrait entraîner une diminution du flux utéro-placentaire pouvant être un des mécanismes de l'hypotrophie [58].
Une étude expérimentale récente [49] a montré que les lésions cérébrales fœtales, induites chez la rate gestante par l'alcool étaient en rapport avec un mécanisme d'apoptose étendue, déclenchée par un double mécanisme : blocage des récepteurs NMDA et activation des récepteurs GABA-a. La période de vulnérabilité maximale est la phase de synaptogenèse, qui correspond chez le fœtus humain au 3ème trimestre de la grossesse. Pendant cette période, une exposition aigue à l'alcool peut détruire plusieurs millions de neurones.
Dans cette même optique, une étude encore plus récente [52] a montré que l'exposition précoce à l'alcool chez le rat, diminue le nombre de récepteurs NMDA dans l'hippocampe, ce qui pourrait perturber les phénomènes de plasticité synaptique et notamment la potentialisation à long terme (LTP, long term potentiation) qui est critique dans l'apprentissage spatiale. L'ensemble des données de cette expérience montre que l'exposition à une quantité importante d'alcool, pendant un seul jour, à une période critique du développement cérébral (période correspondant ici au 3ème trimestre de la femme enceinte), modifie à l'adolescence certaines formes de plasticité synaptique hippocampique impliquées dans les processus d'apprentissage et de mémorisation. Ces résultats renforcent l'idée qu'une seule exposition à l'alcool, surtout pendant le développement, n'est pas sans conséquence dans la trajectoire de vie des individus.

Les différences dans l'atteinte du fœtus, résultent probablement dans les quantités variables d'alcool consommées, du moment de la consommation au cours de la grossesse, et la capacité génétique de la mère à métaboliser l'alcool [55]. De plus, pour certains auteurs, les carences maternelles accompagnant en général la consommation abusive d'alcool semblent amplifier la traduction de ces troubles [6, 27].

2-5 Toxicité

Il n'existe actuellement aucune certitude scientifique pour garantir l'existence d'un seuil en deçà duquel la consommation d'alcool serait sans danger au cours de la grossesse. Le

message est aujourd'hui bien clair pour la grande majorité des acteurs de santé qui prône la tolérance zéro alcool au cours de la grossesse [2, 10, 20].
Il existe actuellement peu d'inconnues pour des consommations importantes d'alcool, c'est bien assis au niveau de la connaissance. il reste en revanche de nombreuses inconnues, et c'est là la difficulté, sur les expositions prénatales à l'alcool liées à des consommations modérées, voire très modérées d'alcool ou des consommations épisodiques [31]. On ne peut pas dire qu'il y a conséquence à chaque fois, mais on ne peut pas non plus dire qu'il n'y en aura pas. C'est pourquoi la recommandation faite aux professionnels est de conseiller l'abstinence.

Il existe une relation dose-effet démontrée. A. P Streissguth et coll. [104] ont montré une corrélation dose-effet pour les troubles cognitifs et comportementaux à 14 ans, le facteur le plus corrélé étant les épisodes d'alcoolisation aigues, notion confirmée par les données expérimentales où les facteurs les plus corrélés aux lésions et aux troubles du comportement sont les pics d'alcoolémie. D'autres auteurs ont retrouvé cette corrélation entre l'intensité de l'alcoolisation pendant la grossesse et des troubles cognitifs à 7,5 ans ou les problèmes scolaires rapportés par les enseignants à 6 ans. Enfin, W.H Persutte rapporte dans un abstract récent une corrélation entre la quantité d'alcool consommée pendant la grossesse et la taille du lobe frontal mesuré par échographie après 20SA.
Comme nous l'avons dit plus haut, il est impossible de fixer un seuil minimum de consommation en dessous duquel il n'existerait pas de risque. Par exemple, JL Mills et coll. [65] ont montré une augmentation significative de la fréquence du RCIU (retard de croissance intra-utérin) pour un verre par jour par rapport aux abstinentes : OR= 1,11 (IC 95%= 1,00-1,23). De nombreux auteurs insistent sur l'effet d'un continuum d'effets fœtaux avec l'augmentation de la consommation d'alcool pendant la grossesse, sans dose seuil inoffensive, ni dose seuil pour les différents niveaux de gravité de l'atteinte fœtale.

Ces faits sont en outre compliqués par la fréquence d'une polyintoxication : surtout tabac, café, benzodiazépines et marijuana [65]. Il est fort probable que la toxicité de l'alcool vienne se cumuler à celle du tabac, tout comme dans les cancers de la gorge, où l'on sait que l'association alcool et tabac ne fait pas qu'additionner les risques, mais les multiplier [85]. Il y a dans ce domaine un champ de recherche clinique à développer quant aux effets toxiques cumulés de l'alcool et du tabac.
Pour autant, la dangerosité de l'alcool n'est pas reconnu par tous, et plus particulièrement par les professionnels vini-viticoles. N'annoncent-elles pas avec une grande tranquillité que le vin n'est pas de l'alcool ? L'ambivalence française quant à l'alcool, le déni des dommages liés aux conduites d'alcoolisation, le risque de l'exposition in utero doivent être constamment énoncés [4]. Nous avons à passer d'une politique sanitaire qui prend en compte les dommages liés aux conduites addictives, à une politique de prévention, d'éducation pour la santé et de responsabilisation.

Bien que la prévalence du SAF reste variable selon les études, il n'en reste pas moins vrai que ce syndrome fait partie des premières causes de déficiences mentales dans le monde, et que, en France, les troubles liés à l'alcoolisation fœtale sont plus fréquents que la trisomie 21 [60].

3- RECOMMANDATIONS DANS LES PAYS OCCIDENTAUX

3-1- Recommandations dans les pays européens

3-1-1 En France

En 2000, aucun texte officiel n'existait, et les professionnels ne pouvaient s'appuyer sur aucun chiffre validé pour conseiller telle ou telle consommation pendant la grossesse. Il y avait bien évidemment des initiatives individuelles depuis des années, mais il n'y avait pas de démarche réglementaire. La SFA (société française d'alcoologie) a demandé un partenariat avec l'ANAES pour produire de la connaissance et la mettre à disposition des professionnels.
La France était relativement en retard par rapport aux autres pays européens et d'Amérique du Nord où ces recommandations existaient depuis 10 à 20 ans déjà. Pendant longtemps, les recommandations du CFES (comité français d'éducation pour la santé) n'étaient pas claires : ne buvez pas plus de deux verres par jour, ou à l'occasion, vous pouvez vous faire plaisir et consommez de l'alcool, mais n'exagérez pas…Le CFES parlait donc d'une alcoolisation possible pendant la grossesse. Depuis 2000, les agences gouvernementales se sont progressivement engagées.
A ce jour, on doit [71] :

- Recommander l'abstinence : eu égard à la toxicité embryo-fœtale de l'alcool, il est recommandé de ne pas consommer de boissons alcooliques durant toute la durée de la grossesse. Une dose minimale qui serait sans danger n'est pas recommandée [22]. En cas d'incapacité à appliquer les conseils de non consommation, il est recommandé d'envisager avec la femme enceinte un accompagnement de type soutien médico-psycho-social et de type motivationnel (accord professionnel).

- Informer le grand public : les informations concernant les risques d'une exposition prénatale à l'alcool doivent être portées à la connaissance de tous, hommes et femmes et notamment les plus jeunes garçons et filles. La France est le premier pays en Europe à se doter d'une législation obligeant l'apposition sur toutes les bouteilles d'alcool, d'un message sanitaire à l'attention des femmes enceintes. C'est grâce à l'opiniâtreté de la sénatrice de la Réunion, Anne-Marie Payet qu'un amendement a été adopté en juin 2006 par le parlement dans le cadre de la loi du 11 février 2005, relative aux personnes handicapées. Toutes les boissons alcoolisées commercialisées en France devront comporter dans le même champs visuel que l'indication du degré d'alcool, soit un pictogramme représentant la silhouette barrée d'une femme enceinte qui porte une verre d'alcool à sa bouche, soit la phrase : *« la consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse, même en faible quantité peut avoir des conséquences graves sur la santé de l'enfant »*. Les marques disposent d'un délai de un an, à compter de la publication de l'arrêté, pour se mettre en conformité avec la loi.

- Former les professionnels : il est recommandé de développer les formations pluridisciplinaires sur les conséquences d'une exposition prénatale à l'alcool. Il convient de former les professionnels aux facteurs psychodynamiques qui sous-tendent les conduites d'alcoolisation, ainsi qu'à la culpabilité, la honte et le déni qui peuvent les accompagner.

Il faut savoir que depuis 2003, trois mères roubaisiennes ayant enfanté de garçons souffrant du SAF, ont entamé une procédure judiciaire. Elles réclament chacune 150 000 euros à l'Etat, pour préjudice moral, estimant qu'elles n'ont pas été suffisamment informées des

conséquences de la consommation d'alcool pendant la grossesse. Leur avocat est Me Benoît Titran, fils de Maurice Titran, pédiatre au CAMSP de Roubaix. Il déclarait en mai 2006, dans la Voix du Nord : *« L'opinion publique n'est pas suffisamment informée, même les professionnels de santé manquent d'information et de formation sur ce sujet ».*

3-1-2 Recommandations d'abstinence

Les attitudes concernant les recommandations d'abstinence sont les plus nombreuses. Cette position a été prise au niveau gouvernemental [71] :

- en Autriche par le ministère fédéral de la santé et de la défense du consommateur : « *pour protéger l'enfant à naître, il faut s'abstenir d'alcool pendant la grossesse » ;*
- en Irlande par le ministère de la santé : *« une boisson occasionnelle n'est peut-être pas dangereuse pour le fœtus, mais la meilleure attitude est l'abstinence qui élimine complètement tous les risques possibles »*
- en Suède par le ministère de la santé et des affaires sociales : *« la consommation d'alcool ne doit pas survenir au volant, au travail et pendant la grossesse… il est nécessaire de renforcer et développer des mesures permettant de diminuer le risque de naissances d'enfants atteints de déficiences dues à la consommation d'alcool de la mère pendant la grossesse ».*

A signaler l'expérience originale de Göteberg, où de 1977 à 1979, l'incidence des enfants porteurs d'un SAF était de 1/600 naissances pour les formes typiques, et de 1/300 pour les formes incomplètes. A partir de 1980, un programme de prévention du SAF préconisant l'abstinence pendant la grossesse et la prise en charge du risque alcool de toutes les femmes enceintes a été développée. Il consistait en la création de structures de prise en charge de l'alcoolisation maternelle avec soins à domicile, soins en centre de jour, prise en charge médico-sociale de la famille et hospitalisation pour sevrage si besoin, l'information du grand public par les médias avec participation du monopole alcoolier, et la formation de l'ensemble des professionnels concernés par le SAF. Ce programme a permis de réduire l'incidence du SAF à Göteberg à 1/2400 naissances en 1983.

- en Allemagne, le centre fédéral d'éducation pour la santé qui dépend du ministère de la santé a publié en mars 2002 une expertise « L'alcool pendant la grossesse ». Celle-ci conclut que « *pour pouvoir exclure tout risque, le meilleur conseil pour la grossesse semble être de renoncer complètement à l'alcool ».*

3-1-3 Recommandations d'extrême modération

Deux pays européens ont diffusé des positions conseillant une extrême modération de la consommation d'alcool durant la grossesse : l'Angleterre et le Danemark [71].

- en Angleterre, le Royal College of obstetricians and gynecologists s'appuie sur une evidence-based medicine (EBM). Cette société savante estime qu'il n'y a pas de preuve formelle concernant des répercussions sur la croissance ou le QI pour des consommations d'alcool en dessous de 120g par semaine et conclut que *« les femmes doivent être prudentes quant à leur consommation d'alcool et se limiter à la consommation maximum d'un verre standard par jour »* (un verre standard ici contenant 8g d'alcool pur).

- quant au Danemark, les recommandations ont évolué à partir de 1999. Alors que le National Board of health prônait l'abstinence, en mars 1999, il a modifié ses recommandations. Le rapport Gavidiet 0g alkohol conclut que *« l'examen de l'ensemble de la littérature scientifique ne retrouve aucune preuve à maintenir l'option 0 alcool, mais en revanche, il est important qu'une femme enceinte ne boive pas plus d'une unité d'alcool standard par jour* (12g au Danemark)*, mais pas tous les jours ».* L'évaluation de ce changement de recommandation a été publiée en mars 2001, et n'aurait pas modifié les habitudes de consommation d'alcool des femmes enceintes, notamment n'entraînant pas d'augmentation de celle-ci.

3-2 Recommandations dans les pays anglo-saxons

3-2-1 Le Canada

La prévention du risque alcool pendant la grossesse remonte à 1973, année de la première conférence sur le sujet qui s'est tenue à Vancouver [70]. La société canadienne de pédiatrie a publié en 1997 une déclaration conjointe avec dix-sept co-signataires institutionnels sur la prévention du SAF et des EAF au Canada, texte ayant été réapprouvé en 2002. Ce texte dit notamment que *« les professionnels de santé qui travaillent auprès des membres et des responsables de collectivités doivent transmettre aux femmes enceintes et à leur partenaire un message uniforme, à savoir qu'il est plus prudent de s'abstenir de boire pendant la grossesse »*. L'Association médicale canadienne délivre également un message identique, sans ambiguïté. L'association canadienne de santé publique a également pris une motion dans ce sens en 1997.

3-2-2 Les Etats-Unis

Les risques liés à l'exposition prénatale à l'alcool a fait l'objet de nombreuses prises de position tant des pouvoirs publics que des sociétés savantes :

- le National Institute of Health (NIH) avec le National Institute on Alcohol abuse and Alcoholism recommandent l'abstinence.
- Le Center of Disease Control d'Atlanta dit *« qu'il n'y pas de dose sécurité qu'une femme enceinte peut consommer ».*
- La Food and Drug Administration (FDA) a pris position dès 1981, recommandant de ne pas consommer d'alcool durant la grossesse ou lorsque celle-ci est envisagée. De nombreuses sociétés savantes américaines ont publié des recommandations dont globalement le message est le suivant : *« puisqu'il n'est pas possible de définir une dose de sécurité, l'abstinence est recommandée ».* C'est la position de l'American College Academy of Pediatrics.

3-2-3 L'Australie

En Australie, le National Health and Medical Research Concil a publié, en octobre 2001, le rapport "Australian alcohol guidelines: health and risks benefits". Les guidelines 11 du rapport recommandent aux femmes enceintes et à celles qui désirent l'être :

- d'envisager de ne pas consommer d'alcool du tout ;

- de surtout ne jamais présenter d'intoxication aigue ;
- si elles choisissent de consommer de l'alcool, de ne pas en consommer plus de sept verres standard en une semaine, jamais plus de deux verres en une journée, et si ces deux verres sont consommés, de les consommer en un minimum de deux heures ;
- de considérer que la consommation d'alcool est plus dangereuse en début de grossesse et notamment au moment de la conception et durant le premier trimestre.

Les recommandations concernant la mise en garde quant à la consommation d'alcool durant la grossesse se sont généralisées ces dernières années, et le conseil de non consommation est le message le plus fréquemment diffusé.
On peut espérer que sa prise en compte par les professionnels et le grand public contribue à l'amélioration de la prévention des effets de l'exposition prénatale à l'alcool. Il conviendra de ne pas oublier les femmes qui souffrent de dépendance à l'alcool, ni les personnes qui présentent des séquelles d'alcoolisation prénatale afin de leur proposer des soins adaptés.

4- LA PREVENTION DU SAF

4-1 Prévention primaire

Elle consiste à informer toute la population des dangers de la consommation d'alcool durant la grossesse.
Il apparaît important d'informer les femmes enceintes des risques de la consommation d'alcool au cours de la grossesse et de leur recommander de ne pas consommer d'alcool pendant leur grossesse. Cette information doit être transmise par tous les acteurs de santé qui s'occupent de la femme enceinte, et notamment par le médecin généraliste qui occupe une place primordiale. Cette information doit être verbale, mais également par l'intermédiaire de dépliants, d'affiches (annexe 2) et de messages télévisés ou radio….
Des campagnes de communication relatives à la prévention de la consommation excessive d'alcool de l'INPES ont été lancées récemment durant le 1er semestre 2006. Elles s'inscrivent dans le cadre plus global des objectifs posés par la loi de santé publique du 9 août 2004, du plan Cancer et du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool [48].
La campagne radio était composée de cinq spots, dont 4 messages destinés à tous, et un message destiné spécifiquement aux femmes enceintes. Celui-ci s'attaque à l'idée reçue selon laquelle « quand on est enceinte, il suffit de réduire sa consommation ». Le spot rappelle la nécessité de s'abstenir de boire de l'alcool pendant la grossesse, avec un message simple : « Zéro alcool pendant la grossesse ».
Enfin, il est indispensable de rappeler ici, que depuis juin 2006, un amendement obligeant l'apposition sur toutes les bouteilles d'alcool d'un message sanitaire destiné aux femmes enceintes a été adopté par le parlement. Cette mesure semble tardive aux dires de Me Benoît Titran, *« lorsque de nombreux autres pays ont imposé depuis longtemps aux producteurs d'alcool, même français, d'apposer une mention attirant l'attention des femmes enceintes sur les effets néfastes de l'alcool pour le fœtus ».* Depuis 1989, la législation américaine impose la mention : « risque de malformations congénitales ».

4-2 La prévention secondaire

Il s'agit de reconnaître les sujets à risque par un interrogatoire systématique en début de grossesse. Il est recommandé de s'enquérir des pratiques de consommation d'alcool chez toutes les femmes qui désirent une grossesse, ou qui sont enceintes, et ce dès la déclaration de grossesse , de la même manière que l'on s'informe du mode de vie, de la consommation de tabac, de médicaments, de produits illicites [29].
Pendant la grossesse, les entretiens motivationnels et les interventions brèves doivent être développés chez la femme enceinte qui consomme de l'alcool. Il est recommandé de définir la valeur du score prédictif du questionnaire AUDIT (annexe 1) chez la femme enceinte. La validation en français du questionnaire T-ACE, considéré comme étant le questionnaire présentant les meilleures sensibilités et spécificités pour le repérage des conduites d'alcoolisation chez la femme enceinte est recommandé (Accord professionnel) [28]. Ce questionnaire comprend 4 items :

1- Combien d'alcool buvez-vous avant d'en ressortir les effets ?
2- Vous a-t-on déjà agacé en disant que vous devriez réduire votre consommation d'alcool ?
3- Avez-vous déjà pensé que vous devriez réduire votre consommation ?
4- Avez-vous déjà pris une consommation pour démarrer votre journée ?

Si la femme répond au moins deux consommations à la question sur la tolérance, le pointage est 2. Une réponse positive à chacune des questions suivantes donne un point par question. Un total d'au moins deux indique un comportement « à risque ».

L'utilisation de marqueurs biologiques dans le cadre d'un dépistage systématique et de masse n'est pas recommandée, car aucun des marqueurs biologiques d'alcoolisation n'a montré à ce jour sa supériorité par rapport à l'entretien et aux questionnaires bien utilisés. Le Dr Didier Playoust utilise cette recommandation dans le sens où *« si on a l'impression qu'il y a quelque chose derrière, la biologie peut aider à entrer en dialogue ».*
Dans la cadre d'une prévention secondaire efficace, le rôle des gynécologues, des sages-femmes, des médecins généralistes, des médecins alcoologues, des psychiatres, des PMI, notamment semble primordial [22, 107]. L'arrêt de la consommation alcoolique chez la femme enceinte est recommandé à tout moment de la grossesse. La littérature montre qu'il y a toujours un gain de santé pour la mère et pour l'enfant quand l'exposition d'alcool diminue au cours de la grossesse. Il y a lieu d'insister sur le fait que cette prise en charge est avant tout d'ordre relationnel, quelque soit le type d'interlocuteur rencontré. S'il existe un syndrome de dépendance, le sevrage doit être accompagné médicalement. L'utilisation de protocoles thérapeutiques issus de la conférence de consensus « Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolo-dépendant » de 1999 sont applicables à la femme enceinte. Au plan médicamenteux, la prévention fait appel à l'oxazépam [29]. La prise en charge obstétricale associée ne nécessite pas d'examen complémentaire systématique. Il est en revanche nécessaire de corriger les éventuelles carences vitaminiques et minérales, avec notamment la possibilité de prescription d'acide folique [24].
La prise en charge du retard de croissance intra-utérin ne diffère pas des autres hypotrophies.

4-3 La prévention tertiaire

Elle consiste en la prise en charge d'un enfant atteint de SAF, ou d'un EAF ainsi, que de sa famille, sa mère, son père et la fratrie. Cela suppose que le diagnostic soit posé, avec toutes les difficultés que cela représente, en particulier la certitude d'une alcoolisation de la mère.
Le Pr. Parquet évoque une fréquence extrêmement préoccupante : *« pour un enfant trisomique, sept enfants présentant un déficit intellectuel lié à une exposition in utero à l'alcool sont pris en charge dans les établissements spécialisés ».*

La prise en charge doit être la plus précoce possible. En périnatalité, on favorisera la relation mère-enfant, et on s'intéressera aux interactions précoces mère-bébé dans leur complexité. Dans ce champs, différents écrits [20, 36] insistent sur la question particulière de l'allaitement pour une femme consommant de l'alcool. Les bénéfices nutritionnels et affectifs de l'allaitement maternel sont évidents. L'alcool ingéré par la mère passe librement dans le lait maternel. Toutefois, la quantité qui est absorbée par l'enfant lors de la tétée n'est pas égale au volume d'alcool bu par la mère : en effet, le taux d'alcool dans le lait maternel se rapproche sensiblement du taux d'alcool dans le sang de la mère au moment de la tétée, et non pas du taux d'alcool que la mère a consommé en tout [95]. Si la mère a pratiquement éliminé l'alcool de son sang lorsqu'elle donne le sein, il y en aura donc très peu dans le lait qui sera bu par le bébé. Plusieurs études ont analysé l'effet sur le développement du nouveau-né de l'allaitement maternel en cas de poursuite des conduites d'alcoolisation. Elles ont montré qu'il n'y a aucune influence sur le développement mental de l'enfant, mais qu'il existe un effet péjoratif sur le développement moteur, directement lié à la dose ingérée. L'alcool dans le lait a un effet néfaste sur le sommeil du nourrisson. Enfin, des auteurs se sont questionnés sur la possibilité que l'allaitement maternel donnerait alors de façon littérale « le goût de l'alcool », et favoriserait l'émergence de conduites addictives ultérieures. Ceci semble être à recevoir avec prudence. Pour d'autres auteurs, l'allaitement est à éviter si la mère continue à s'alcooliser [98].

L'importance de l'environnement pour le développement du potentiel de l'enfant implique la prise en considération de l'environnement familial. Pour toute la famille, la découverte qu'un enfant a un handicap est douloureuse, mais dans le cas du SAF il y a le risque supplémentaire que la famille ressente une culpabilité, ou de la honte, à penser qu'elle peut être responsable, d'une certaine façon, des difficultés de son enfant [30].
Dans l'idéal, le diagnostic devrait fournir un profil neuropsychologique et neuro comportemental de l'enfant car, plus encore que pour d'autres pathologies, chaque enfant est atteint différemment selon les moments d'alcoolisation au cours du développement fœtal. On peut schématiquement distinguer les enfants qui ont une déficience intellectuelle, QI inférieur à 70, qui relèvent de l'IME et qui représentent environ 20% des enfants connus (observation de la Réunion), de ceux qui ont un QI de 75 à 95 pour lesquels il y a des particularités neurobiologiques assez ciblées maintenant par des études américaines [30]. Les structures d'accueil pour personnes handicapées n'ont généralement pas de réflexion particulière vis-à-vis de ce handicap (annexe 4). La majorité d'entre elles ne tient aucune statistique sur cette pathologie et n'envisage pas d'accompagnement spécifique : le diagnostic n'est souvent pas posé, et on se retrouve souvent, là comme ailleurs, face au déni des professionnels.
L'éducation nationale quant à elle, favorise par les textes l'intégration dès l'école maternelle (vers 3-4 ans), et l'accueil en CLIS (classes d'intégration scolaire), selon un projet individualisé. Malgré tout, les parents rencontrent beaucoup de résistances.
Enfin, la prise en charge en réseau se développe le plus souvent à partir de la périnatalité et cherche à intervenir le plus précocement possible. Les prises en charge précoces sont porteuses d'espoir car plus les cas se rapprochent de la normalité, plus se seront les troubles comportementaux qui seront pénalisants, et plus l'environnement va jouer. Les études américaines ont montré qu'on pouvait éviter, ou du moins diminuer en terme de fréquence les troubles secondaires avec un environnement stable, l'absence de violences sur l'individu et la fréquentation de structures d'accompagnement précoce ou d'éducation spécialisée si nécessaire [30].

Cette prévention est d'autant plus nécessaire qu'il faut protéger les grossesses à venir, sachant l'incidence du SAF dans une famille où il existe déjà un enfant porteur de SAF serait de 170‰ chez les aînés, et de 771‰ chez les puînés, contre une incidence dans la population générale estimée à 1,9‰

Parmi les différentes pratiques addictives des femmes enceintes, la consommation d'alcool reste peu étudiée, et par conséquent mal détectée et insuffisamment prise en charge, même si de gros progrès ont été faits.
Malgré des chiffres éloquents, et le fait que l'alcool reste la seule drogue tératogène au cours de la grossesse le SAF reste mal connu. Il est pourtant la première cause non génétique de retard mental, devant la trisomie 21. Quarante ans après la découverte du SAF, la société française reste toujours « embarrassée », comme on dit en espagnol d'une femme enceinte. Il persiste une grande résistance à reconnaître le problème alcool et grossesse.
Les actions de prévention sont nécessaires lorsque l'on sait que les consommations d'alcool en France intéressent une partie importante de la population générale, et notamment les femmes en âge de procréer.
Le médecin généraliste, compte tenu de son rôle auprès de la population générale, et du nombre de pathologies liées à l'alcool représentant une part non négligeable de ses consultations, tient une place privilégiée au sein de cette prévention. Ce rôle semble être malheureusement entravé par des difficultés. En effet, la prise en charge des femmes présentant des conduites d'alcoolisation est avant tout une prise en charge relationnelle. Or, il existe en France un véritable tabou général à parler des problèmes d'alcool, mais aussi des difficultés de prévention concernant les cibles, les outils, la tonalité des messages. Il existe dans notre pays une véritable tentation de banalisation de l'alcool et d'assimilation du vin à un aliment.
Le paradoxe du SAF et des EAF repose sur les conséquences gravissimes subies par le fœtus lors d'une exposition prénatale à l'alcool, et la simplicité de son « traitement » puisqu'on sait que sans consommation d'alcool durant la grossesse, le SAF n'existerait pas. La prévention prend ici toute son importance, seule susceptible d'infléchir l'incidence et la gravité de ce syndrome. C'est pourquoi nous nous sommes intéressés aux pratiques des médecins généralistes sur ce thème, et en parallèle, aux pratiques des femmes enceintes.

DEUXIÈME PARTIE : ENQUETE SUR LA PREVENTION DES CONDUITES D'ALCOOLISATION CHEZ LA FEMME ENCEINTE SUIVIE EN MEDECINE GENERALE, COMPORTEMENT ET CONNAISSANCES DES FEMMES ENCEINTES FACE A L'ALCOOL

Deux enquêtes ont été réalisées en parallèle : une première s'adressant aux médecins généralistes du département de Loire-Atlantique et les interrogeant sur leurs pratiques en matière de prévention de la consommation d'alcool chez la femme enceinte. Une deuxième, interrogeant les femmes enceintes dans le service de suite de couches du CHU à Nantes pour connaître leur consommation d'alcool durant leur grossesse ainsi que leur niveau d'information sur le sujet.

1- CONTEXTE DE LA RECHERCHE

Troubles du système nerveux central, retard de développement intellectuel, troubles des apprentissages, mauvaise intégration de l'information visuelle, de l'attention, trouble du caractère…voici quelques effets du SAF auxquels une femme abusant de l'alcool pendant sa grossesse expose son enfant à venir, que ce soit par consommation régulière ou dans la cadre d'ivresses répétées. Les données scientifiques actuelles ont conduit en 2003 la Société Française d'Alcoologie à recommander l'abstinence totale tout au long de la grossesse.

Face à ce risque majeur lié à la consommation d'alcool durant la grossesse, il est prévu, dans le cadre de la loi relative à la politique de santé publique, la mise en œuvre de campagnes de prévention du SAF et la formation initiale et continue sur ces risques pour tous les professionnels de santé et du secteur médico-social. Il vient également d'être adopté un amendement obligeant l'apposition d'un message à caractère sanitaire, principe de précaution, sur toutes les étiquettes de boissons alcoolisées qui mentionne les risques et préconnise la consommation zéro alcool pendant la grossesse.

La consommation d'alcool chez la femme enceinte étant une des premières causes de déficience mentale chez l'enfant, méconnue du grand public, et la prévalence du SAF étant de 0,5 à 3 naissances pour mille (10‰ si l'on compte les EAF), il nous a semblé intéressant de connaître la position des médecins généralistes en terme de prévention des conduites d'alcoolisation chez la femme enceinte, ainsi que de connaître le comportement des femmes enceintes.

Partant de l'hypothèse que les médecins généralistes abordent peu le sujet de l'alcool avec leurs patientes au cours de la grossesse, il nous est apparu important de mettre à l'épreuve cette hypothèse, et d'en esquisser des éléments de compréhension. En comparaison, supposant que les femmes enceintes ne sont pas informées sur le sujet et/ou n'en tiennent pas compte, nous les avons interrogées pour vérifier quelle information elles détiennent et quel comportement elles adoptent.

2- OBJECTIFS

Les objectifs de cette recherche action sont :

D'une part :

- de connaître la pratique des médecins généralistes concernant la prévention des conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse
- de savoir quel support ils utilisent pour leur pratique
- d'apprécier leurs connaissances des effets tératogènes de l'alcool

D'autre part :

- de savoir si les femmes enceintes sont informées et comment elles sont informées,
- de connaître leur consommation, leur intêret pour la question alcool et grossesse
- d'apprécier leurs connaissances sur les conséquences de leur consommation d'alcool pendant leur grossesse

3- METHODOLOGIE

Pour répondre à nos objectifs, nous avons élaboré deux questionnaires. Un destiné aux médecins généralistes (annexe 5), en nous basant sur nos propres interrogations, n'ayant retrouvé aucune trace dans la bibliographie d'entretien similaire. Un deuxième questionnaire est destiné aux femmes en suite de couches (annexe 6). Pour plus de pertinence, ces questionnaires se sont enrichis des avis et opinions d'intervenants spécialisés et variés : pédiatres avec les Dr Gautier-Coiffard et Picherot, gynécologues avec le Pr Philippe, le Dr Ducros-Ferré, médecins généralistes avec les Dr Canevet, et Dr Terrienne.

3-1 Les questionnaires

3-1-1 Le questionnaire pour les médecins généralistes (annexe 5)

Il est composé de 15 questions, réparties en 3 parties.
Un premier thème s'intéresse à l'interrogatoire que réalisent habituellement les praticiens sur la consommation de tabac et d'alcool au cours de la grossesse. Même si la consommation de tabac n'est pas l'objet de l'étude, elle permet une entrée en matière, et est aussi un sujet de comparaison.
La deuxième partie porte sur le déroulement de la consultation de la dernière femme enceinte qu'ils ont vue.
Enfin, les quatre dernières questions, plus générales, concernent les effets tératogènes de l'alcool.

3-1-2 Le questionnaire pour les femmes en suite de couches (annexe 6)

Il est composé de 18 items, dont les 4 premiers pour connaître le mode de vie de la patiente.
Un des items permet de savoir par quel professionnel de santé elles étaient suivies (médecin traitant, gynécologue, sage-femme).
Les trois premières questions concernent le tabac.
Les questions 8 à 10 s'interrogent sur l'interêt qu'elles portent à la question alcool et grossesse.
Deux items concernent leur propre consommation d'alcool durant la grossesse.
Les dernières questions s'intéressent à leur niveau d'information sur le sujet.

3-2 Enquête

La recherche-action concernant les médecins généralistes a débuté en avril 2006, et s'est achevée en août 2006.
Le déroulement des interrogatoires s'est fait par téléphone, avec rendez-vous téléphoniques la plupart du temps. Les entretiens téléphoniques permettent un pourcentage de réponses plus important que par courrier, en outre, ces entretiens ont permis de recueillir des réflexions et réactions sur le sujet, ainsi qu'un échange fructueux la plupart du temps. Le questionnaire était présenté sur le thème du suivi de grossesse. Quelques médecins ont demandé à recevoir le questionnaire par courrier, celui-ci étant toujours été renvoyé dans ces cas précis.

Les questionnaires s'adressant aux femmes en suite de couches, ont été déposé entre mai, juin et juillet 2006 dans le service de suite de couches du CHU de Nantes. L'interne alors en poste dans le service déposait chaque semaine un questionnaire à toutes les nouvelles patientes, et les récupérait le jour de leur sortie. Ceci étant fait de façon systématique lors de l'examen de sortie, le taux de réponses a été excellent. Par ailleurs, lorsque mon emploi du temps me le permettait, j'allais moi-même récupérer les questionnaires, permettant un entretien toujours plus riche sur le sujet.

3-3 Populations concernées

Le questionnaire s'adresse aux médecins généralistes exerçant en cabinet libéral. Il a été décidé, pour la validité statistique, de disposer d'un échantillon de 120 médecins généralistes. Ceux-ci ont été tirés au sort, sont exclus les acupuncteurs et homéopathes, et ont pu être interrogés de façon anonyme après accord auprès du conseil de l'ordre des médecins. Les médecins généralistes exercent dans le département de Loire-Atlantique. Dans le questionnaire, il est demandé de définir son activité en milieu rural, semi-rural ou rural. Il est important de préciser que cette répartition d'activité en médecine libérale, en tant que définition n'existe pas (d'après la DRASS et l'INSERM). Cette définition malgré tout, très utilisée par les médecins eux-mêmes, ne repose que sur l'appréciation du médecin concernant son type d'activité.

Pour la population en suite de couches, pour des raisons pratiques, les questionnaires n'ont été déposés qu'au CHU de Nantes, dans le service de suite de couches. Le questionnaire est lui aussi anonyme, et est déposé de façon systématique. Il est important de préciser que pour mon recueil de données, seules les patientes suivis par leur médecin traitant entrent dans le cadre de la recherche–action.

3-4 Recueil de données

L'entretien auprès des médecins généralistes s'est effectué, la plupart du temps après l'obtention d'un rendez-vous téléphonique. Quelques entretiens ont eu lieu immédiatement au premier appel. Quelques questionnaires ont été remplis par courrier après demande pressante de la part des médecins.
L'entretien téléphonique durait environ 5 minutes, plus parfois.
Il faut préciser que les médecins généralistes qui ont répondu à cette enquête ont toujours été très accueillants. La plupart semblaient intéressés par le sujet proposé et posait des questions supplémentaires permettant un échange et une discussion riche.

Les questionnaires déposés dans le service de suites de couches ont été pour la grande majorité d'entre eux recueillis par l'interne du service. Certaines patientes, intéressées par le sujet, questionnaient l'interne, quelques-unes d'entre elles demandant même de pouvoir lire les résultats. Les recueils faits par mes soins permettaient des entretiens d'environ dix minutes, avec nombreuses interrogations, et toujours un accueil très chaleureux. Il faut probablement préciser que durant cette période, j'étais moi-même enceinte, et que cela permettait probablement une relation plus complice, et un échange plus florissant.

3-5 Traitement statistique

L'analyse statistique est réalisée grâce au logiciel EPI-INFO version 6.04dfr. Il permet une analyse univariée par calcul de fréquence de chaque variable, et une analyse bivariée par croisement de variables afin d'établir d'éventuelles relations entre variables. L'analyse est essentiellement basée sur des calculs de moyennes, de fréquences, et la comparaison de celles-ci. Pour les comparaisons de moyenne le test utilisé est le test « t ».Pour les comparaisons de fréquences le test statistique utilisé est celui du Chi-2, avec éventuellement correction de Yates. Le seuil de significativité statistique retenu est de p= 0,05.

4- ANALYSE

4-1 Enquête auprès des médecins généralistes

4-1-1 Echantillon

L'échantillon final de médecins généralistes est de 76. Après appel auprès des cabinets médicaux, nous avons eu 42 refus, 2 médecins n'ont pu être contactés.
Les médecins ayant refusé de répondre ont tous mis en avant le fait qu'il n'avait pas ou très peu d'activité de gynécologie/suivi de femmes enceintes. Le manque de temps du fait de leur charge de travail n'a été un obstacle à la réponse au questionnaire que dans moins d'une dizaine de cas, étant donné que l'entretien ne durait que quelques minutes, et que l'on pouvait fixer un rendez-vous téléphonique. Par ailleurs, pour s'assurer d'un véritable suivi de grossesse, les médecins remplaçants n'étaient pas autorisés à répondre au questionnaire.

4-1-2 Population étudiée

Age : l'âge moyen des médecins interrogés est de 49 ans, les âges oscillant entre 29 et 74 ans.

Sexe : l'échantillon est composé de 67% d'hommes (n=51) et de 33% de femmes (n=25).
Le groupe « femmes » est sensiblement plus jeune, car la moyenne d'âge chez les hommes est de 51,5 ans, et de 44 ans chez les femmes avec une différence significative (p=0,0008) de 7,5 ans.

Formation professionnelle : un seul des médecins interrogés possède une formation spécifique en alcoologie et effectue des consultations spécialisées en alcoologie.
13 des médecins interrogés ne sont pas inscrits à la FMC (Formation Médicale Continue).
Lieu d'exercice :

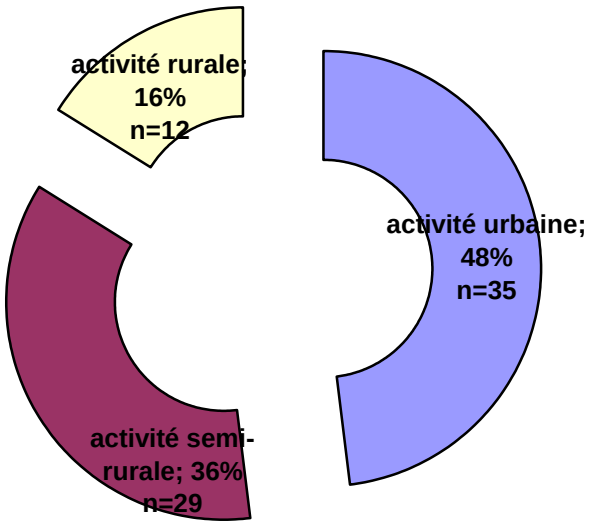


Figure 1 : Lieu d'exercice des médecins généralistes

La moyenne d'âge ne diffère pas de façon significative selon le lieu d'exercice.
Le lieu d'exercice n'est pas une variable influencé par le sexe.

L'activité de gynécologie/suivi de grossesse : tous les médecins ayant accepté de répondre à notre étude ont une activité de gynécologie /suivi de grossesse. En moyenne cela représente 4% de leur activité totale, avec une part plus importante pour les femmes, avec 7%, sans différence significative avec leurs confrères masculins (3%). Le lieu d'exercice n'a pas d'incidence sur le pourcentage d'activité de gynécologie.

4-1-3 L'interrogatoire habituellement réalisé auprès des femmes enceintes

Le tabac : 84% (n=64) des médecins de l'échantillon interrogent de façon systématique les femmes enceintes concernant leur consommation de tabac. 97% (n=74) d'entre eux n'éprouvent aucune difficulté à réaliser cet interrogatoire. Dans les 16% (n=12) pour qui cette question n'est pas systématique, la majorité d'entre eux expliquent qu'ils connaissent leurs patientes.

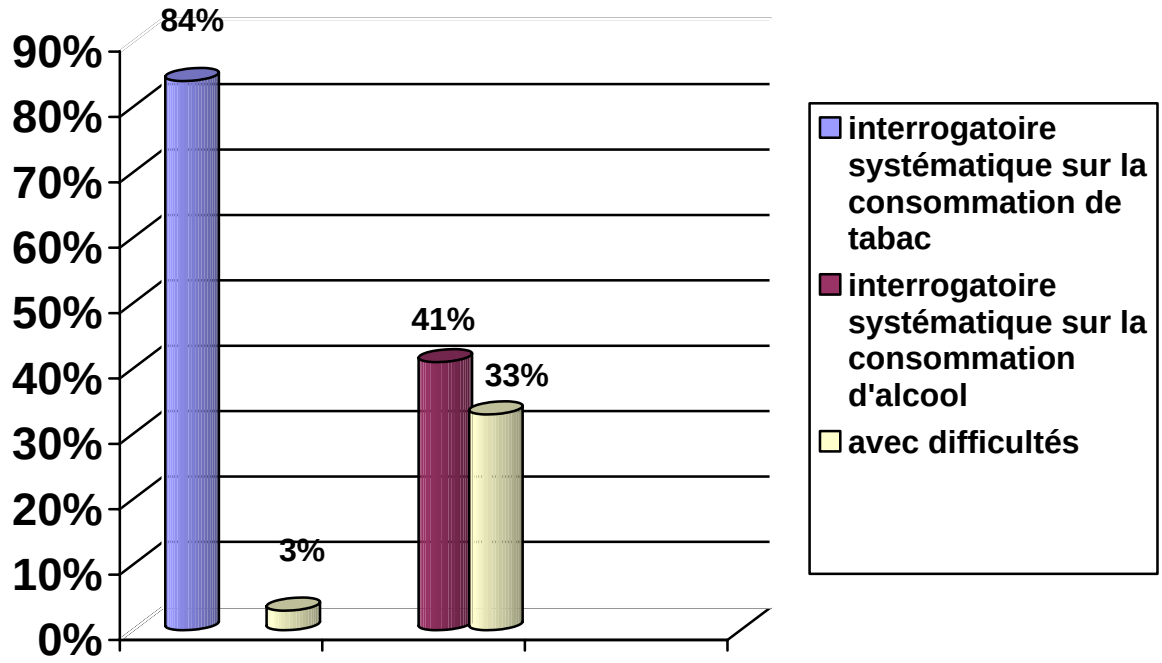
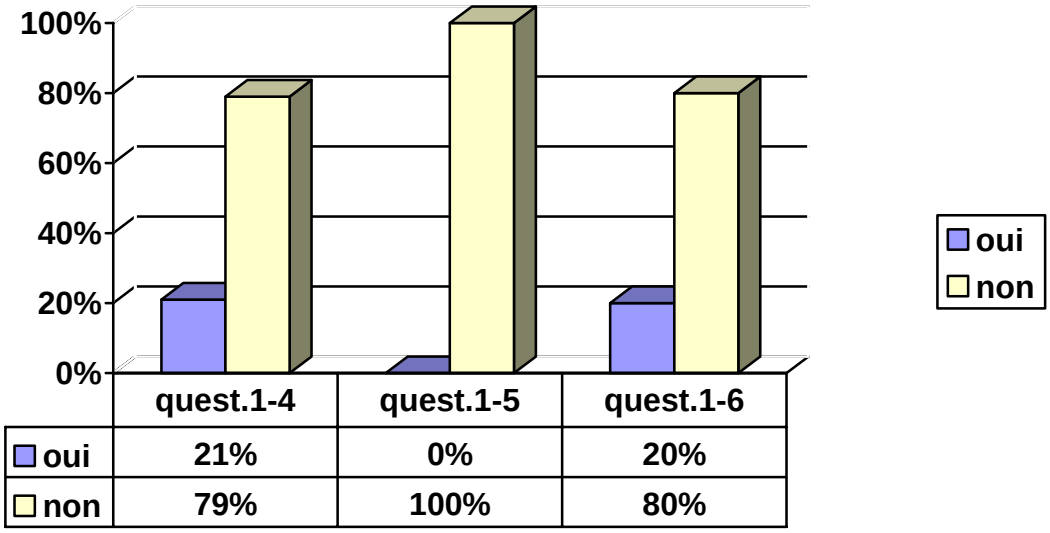


Figure 2 : Fréquence des interrogatoires systématiques

L'alcool : si l'interrogatoire à propos du tabac est quasi systématique, et se réalise sans difficulté dans 97% des cas (n=74), celui concernant la consommation d'alcool est beaucoup moins « automatique ». En effet seulement 41% (n=31) des médecins posent de façon systématique une question sur la consommation d'alcool. Presque un tiers d'entre eux, 33% (n=25) éprouvent des difficultés à parler d'alcool avec leur patientes.
Concernant les médecins qui n'interrogent pas de façon systématique sur la consommation d'alcool (67%), les raisons avancées sont toujours les mêmes : d'une part tous (n=51) disent connaître leurs patientes, leurs antécédents, leur histoire familiale, d'autre part, nombreux (n=35) sont ceux qui se fient aux antécédents et à leur examen clinique, et recherchent des signes d'éthylisme chronique, enfin certains disent ne pas penser à la question alcool (n=9).
Les difficultés invoquées sont que l'alcool reste relativement tabou, qu'ils ne veulent pas s'introduire de façon trop importante dans la vie privée de leur patiente, ou encore qu'ils ont des difficultés à quantifier les consommations, que les patientes ont tendance à minimiser leur consommation , qu'ils se sentent gênés pour parler d'alcool que les femmes soient enceintes ou non……ou que ce n'est pas le rôle du médecin.. Enfin, un médecin a répondu qu'il ne parlait jamais d'alcool avec ses patientes.

En ce qui concerne l'interrogatoire systématique sur la consommation d'alcool pendant la grossesse, il n'existe pas de différence significative entre les femmes et les hommes.
Avoir des difficultés à réaliser l'interrogatoire concernant la consommation d'alcool n'est pas fonction de l'âge, le groupe ayant des difficultés a une moyenne d'âge de 50 ans, alors que le groupe n'éprouvant pas de difficulté a une moyenne d'âge de 49 ans (pas de différence significative, p=0,6). Un seul médecin a fait remarquer, qu'avec l'expérience, il éprouvait *« moins de gêne à parler alcool ».*
Les médecins (n=12) qui n'interrogent pas sur la consommation de tabac, n'interrogent pas non plus sur la consommation d'alcool avec une différence significative (p=0,005).

Dépistage de la consommation d'alcool chez la femme enceinte :



	quest.1-4	quest.1-5	quest.1-6
oui	21%	0%	20%
non	79%	100%	80%

Figure 3 : Dépistage de la consommation d'alcool chez la femme enceinte :
Quest. 1-4 : Les femmes enceintes vous demandent-elles des informations concernant leur consommation d'alcool durant la grossesse ?
Quest. 1-5 : Utilisez-vous des questionnaires standardisés pour évaluer/dépister la consommation d'alcool chez la femme enceinte ?
Quest. 1-6 : Utilisez-vous des marqueurs biologiques pour évaluer/dépister la consommation d'alcool chez la femme enceinte ?

Les femmes enceintes ne demandent que très rarement des informations concernant leur consommation d'alcool pendant la grossesse (21% d'entre-elles, soit n=16), ceci n'a pas de rapport avec le fait que le médecin soit un homme ou une femme (p=0,3).
Aucun des médecins interrogés n'utilisent de questionnaires standardisés pour dépister les consommatrices potentiellement à risque (n=76).
Les marqueurs biologiques ne sont utilisés que très rarement, dans 20% des cas, n=15. Un médecin a répondu qu'il les utilisait lorsqu'il avait un doute, et pour engager la conversation sur le sujet.

4-1-4 Consultation de la dernière femme enceinte

Caractéristique de la dernière femme enceinte :

Tableau I : Caractéristiques de la dernière femme enceinte vue en consultation

Age moyen	29 ans (ds=5) Variant de 17 à 41 ans
Parité	**% de patientes (n=76)**

1er enfant 2ème enfant ≥ 3ème enfant	30% (n=23) 41% (n=31) 29% (n=22)
Terme	**% de patientes (n)**
1er trimestre 2ème trimestre 3ème trimestre	38% (n=29) 45% (n=34) 17% (n=13)

La grande majorité des femmes sont suivies pour le premier et deuxième trimestre de la grossesse, on imagine que pour la suite, les spécialistes prennent le relais.

Déroulement de la consultation :

57% (n= 43) des médecins interrogés ne connaissent pas la consommation d'alcool de leur patiente en dehors de la grossesse.
Par ailleurs, ils sont 48% (n=36) à ne pas connaître la consommation actuelle de leur patiente, soit pendant leur grossesse.
Parmi les 45 médecins qui ne réalisent pas d'interrogatoire systématique concernant la consommation d'alcool, 18 déclarent connaître la consommation actuelle de leur patiente, et que cette consommation dans ces cas précis est égale à O. Sur ces 18 médecins, 10 ont dit que cette consommation zéro est en fait une consommation supposée, pour laquelle la question n'a pas vraiment été posée.
Enfin, parmi les 31 médecins qui réalisent un interrogatoire systématique sur la consommation d'alcool chez la femme enceinte, 9 ne connaissent pas la consommation actuelle (pendant la grossesse) de la dernière patiente vue.
Dans le sous-groupe des femmes enceintes dont la consommation d'alcool est connue, soit 52% de l'échantillon, (n=40), 5 auraient une consommation occasionnelle, c'est à dire 6% de l'échantillon, une seule aurait une consommation quotidienne d'au moins un verre par jour.

Pratique de prévention du médecin envers la dernière patiente vue :

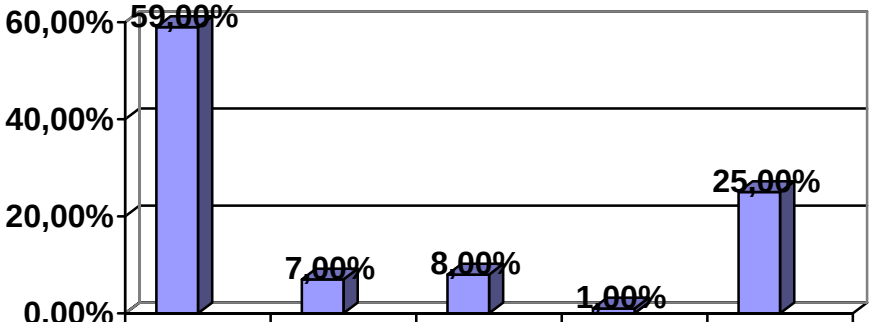
On a vu que les médecins n'utilisaient pas de questionnaires pour dépister la consommation d'alcool de la femme enceinte. En fait, 90% (n=68) ne connaissent pas de questionnaires susceptibles de les aider. Les 9 médecins déclarant connaître ce type de questionnaire ne les trouvent pas adaptés à la femme enceinte.

Une discussion sur alcool et grossesse a eu lieu dans 43% des cas (n=33). La plupart disent prodiguer des conseils hygiénio-diététiques généraux, dans lesquels ils évoquent brièvement le sujet alcool. La toxoplasmose, la listériose semblent occuper une part plus importante de la discussion. Il n'y a pas de différence significative entre les deux sexes. Les trois quart recommandent d'arrêter toute consommation d'alcool ou de consommer de façon occasionnelle. Encore faut-il savoir ce que signifie consommation occasionnelle, car la plupart des médecins ne précise pas quelle quantité est autorisée, ni à quelle fréquence cette consommation peut se faire. Lorsqu'ils le font, la notion « d'exception » va de un demi-verre par mois à 2 ou 3 verres par semaine…

Les informations de type affiches (annexe 2), ou brochures dans la salle d'attente ne sont présentes que dans 26% des cabinets des médecins interrogés (n=20). Par contre, il est intéressant de noter que le fait d'être une femme semble jouer un rôle important dans le fait que ce type d'informations soit présent. Le fait d'être un homme augmente de près de 2 fois le risque de ne pas faire de prévention avec ce type de support (p=0,02). Par ailleurs, ce sont les mêmes médecins qui ne pas parlent de façon systématique de l'alcool, par interrogatoire systématique ou en prodiguant des conseils hygiéno-diététiques, et qui ne font pas de prévention de type affiches ou brochures. Ne pas parler alcool avec ses patientes augmente de plus de 3,5 fois le risque de ne pas faire de prévention avec des documents papiers (p=0,003).

4-1-5 Connaissances des médecins sur les effets tératogènes de l'alcool

Près de 41 % des médecins, (soit n=31), pensent qu'il existe un seuil en dessous duquel la consommation d'alcool n'entraîne pas de risque pour le fœtus.



	seuil =0	seuil = 1 verre/jou	seuil= 1à2	seuil = 3 verres/j	seuil= occasio
POURCENTAGE	59,00%	7,00%	8,00%	1,00%	25,00%
Effectifs (n=58)	n=45	n=5	n=6	n=1	n=19

Figure 4 : Fréquence des médecins pour lesquels ils existent un seuil en dessous duquel la consommation d'alcool n'est pas délètère pour le fœtus.

Un médecin a répondu qu'une consommation de deux à trois verres par jour était sans risque, car, *« on reste sous les seuils préconisés par l'OMS »*. Celui-ci occupe la case seuil= 3 verres/ jour.
Les médecins pour qui une consommation occasionnelle est sans risque, soit 25% (n= 19) ont toujours du mal à préciser ce qu'est une consommation occasionnelle, comme nous l'avons déjà dit plus haut.
Le fait qu'il existe un seuil pour certains médecins, et ce, quelque soit ce seuil, n'est ni influencé par l'âge, ni par le sexe.

Une alcoolisation aigue comporte-elle un risque pour le fœtus (question 3-2) ?

40 % des médecins, soit n= 30 pensent qu'une alcoolisation aigue (au moins deux à trois verres lors d'une occasion festive) est sans risque pour le fœtus. Cette variable n'est corrélée ni au sexe, ni à l'âge du médecin.

Les bienfaits nutritionnels du vin :

92% (n=70) des personnes interrogées pensent que les « supposés bienfaits nutritionnels du vin » défendus par certains n'ont pas leur place dans le cadre de la grossesse. Une personne n'a pas répondu, trouvant la question mal formulée.

FMC :

83% (n=63) des médecins interrogés n'ont jamais abordé ce sujet dans le cadre de la FMC, sachant que 13 médecins ont déclaré ne pas suivre cette formation.

4-2 Enquête auprès des femmes en suite de couches

4-2-1 Echantillon

L'échantillon final de femmes en suite de couches est de 97. Au total, c'est plus de 150 questionnaires, 154 exactement, qui ont été distribués. Dix neuf patientes n'ont pas répondu à notre questionnaire soit un taux de réponse de 87%. Les femmes rentrant dans le cadre de l'enquête étaient celles dont la grossesse avait été suivie par le médecin généraliste donc, n=97, suivi complété par un gynécologue en fin de grossesse, ou plus tôt selon les besoins, ou par une sage-femme.
Trente et un questionnaires ont été remplis par un recueil de données fait par mes soins, les autres questionnaires étaient déposés dans les chambres par l'interne du service, avec une note explicative, et récupérés lors de l'examen de sortie.

4-2-2 Population étudiée

Age : la moyenne d'âge de l'échantillon est de 30 ans, avec aux deux extrêmes, 17 ans (n=2), et 43 ans (n=2).

Situation familiale : la majorité vit avec un conjoint (mariée, union libre, ou pacs) représentant 87% de la population étudiée, soit n= 84. Deux femmes sont divorcées, et 11 sont célibataires, soit 11% de l'échantillon.
Nombre d'enfants : en moyenne, le nombre d'enfant par femme est de 1,9. Pour 52% (n=45), c'est le premier enfant, 28% des femmes viennent d'accoucher de leur deuxième enfant (n=25), 13% de leur troisième enfant (n=11). Le reste de la population, soit 7% a déjà eu 3 enfants ou plus (n=6).

Dans cet échantillon, la moyenne d'âge de la femme pour le premier enfant est de 28 ans.

Suivi : il faut rappeler que nous n'avons pris en compte que les femmes suivies par leur médecin traitant, 28% (n=21) d'entre-elles ont eu besoin d'un avis gynécologique avant le

8ème mois de grossesse, et 24 % (n=18) de ces femmes ont eu un suivi en plus par une sage-femme.

4-2-3 La consommation de tabac

Dans la population de femmes en suite de couches, 36% (n=35) se considéraient comme fumeuses avant la grossesse. Ce pourcentage est en accord avec celui retrouvée dans les chiffres nationaux (34%, chiffres 2002).
La moyenne d'âge dans le groupe « fumeuses » ne varie pas de façon significative avec la moyenne d'âge des non-fumeuses.

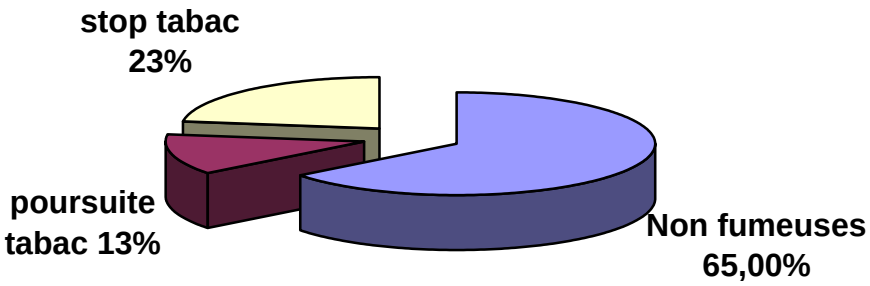


Figure 1 : Fréquence des fumeuses ayant stoppé leur intoxication tabagique au cours de la grossesse (n=22 pour le groupe stop tabac)

Sur les 35 fumeuses de l'échantillon, 33 se sont interrogées au moins une fois sur les conséquences de la consommation de tabac pour le fœtus, mais seulement 62% ont stoppé leur intoxication tabagique (n=22). Le questionnaire ne permet de savoir si pour les autres, la consommation a été réduite. Une des patientes a répondu qu'elle avait changé sa consommation en ne fumant que des cigarettes achetées en pharmacie sans tabac ni nicotine pour ne pas créer de dépendance. Il faut rappeler que ces cigarettes contiennent du goudron, très cancérigène, et du monoxyde de carbone.

4-2-4 Intérêt pour le sujet alcool et grossesse

69% (n=67) des femmes se sont interrogées au moins une fois sur la consommation d'alcool pendant la grossesse.
Sur la totalité de l'échantillon, seulement 45% (n=44) se sont documentées sur le sujet. Pour se documenter, elles ont utilisé divers supports :

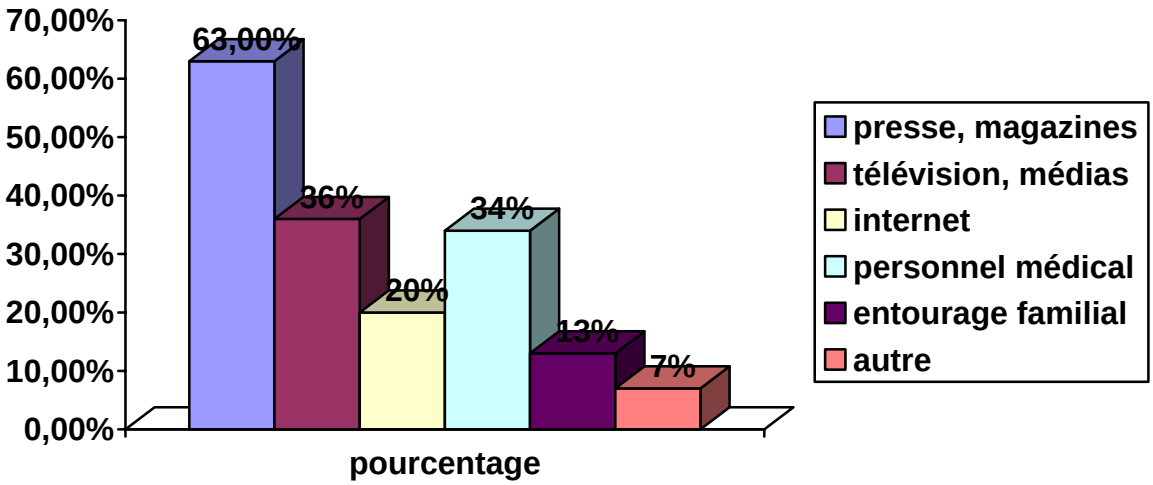


Figure 2 : Fréquence des supports utilisés (plusieurs réponses possibles).

Dans la catégorie « autre », 3 femmes ont répondu qu'elles étaient informées par le biais de leurs études.

4-2-5 Consommation d'alcool pendant la grossesse :

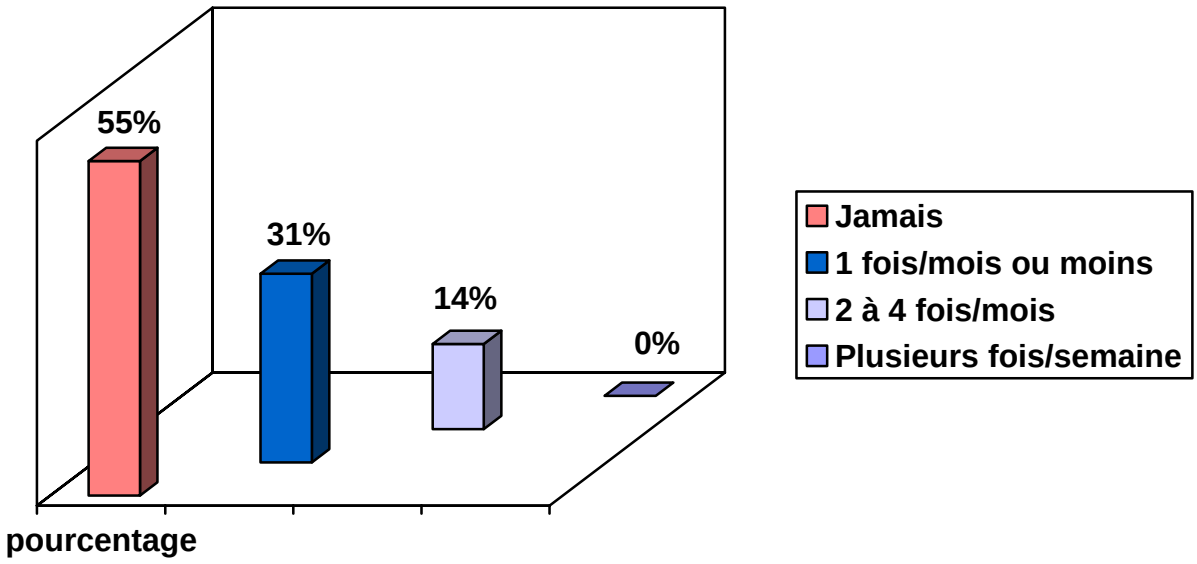


Figure 3 : Fréquence de la consommation d'alcool déclarée durant la grossesse

Au total, c'est 44% des femmes interrogées qui ont eu un contact avec l'alcool pendant leur grossesse. On ne retrouve pas de corrélation significative entre consommation d'alcool et moyenne d'âge. Le fait d'avoir une consommation d'alcool plus fréquente n'est pas non plus lié au nombre d'enfants.

De plus, être fumeuse n'augmente pas de façon significative le fait d'avoir une consommation d'alcool.

Dans le sous-groupe ayant au moins une fois un contact avec l'alcool (n=44), 2 ont précisé que cette consommation d'alcool avait eu lieu alors qu'elles ne savaient pas qu'elles étaient enceintes, 10 ont tenu à faire savoir que cette consommation (plus ou moins répétée) n'avait eu lieu que durant le premier trimestre de la grossesse.
En ce qui concerne la sélection d'une certaine catégorie d'alcool, dans le groupe de femmes ayant eu une consommation d'alcool (n=44), presque 75% d'entre-elles, (n=33) ont privilégié un certain type d'alcool (vins et champagne).

S'être documentée sur le sujet n'intervient pas comme facteur protecteur dans le fait d'avoir eu au moins une fois un contact avec l'alcool.

Quant à leur opinion sur la question, 62% (n=60) pensent qu'il faut arrêter toute consommation de boissons alcoolisées durant la grossesse, 36% (n=35) pensent qu'une consommation occasionnelle n'a pas de conséquences sur le fœtus, 1 seule femme a répondu qu'une consommation régulière modérée est possible au cours de la grossesse. Enfin, une des patientes interrogées n'a pas répondu à cette question. Leur avis sur la question concernant la consommation de boissons alcoolisées durant la grossesse ne varie pas de façon significative en fonction de l'âge, ni en fonction du nombre d'enfants. Penser qu'il faut arrêter toute consommation d'alcool pendant la grossesse n'est pas toujours en accord avec le comportement adopté, deux des femmes ayant eu une consommation occasionnelle de 2 à 4 fois par mois affirme qu'il faut arrêter toute consommation d'alcool durant sa grossesse.

4-2-6 Connaissances sur les effets tératogènes de l'alcool

Dans cette partie, nous nous intéressions d'abord (Quest. 14) sur le fait que les femmes aient été interrogées au moins une fois (en l'occurrence par le médecin traitant) sur leur consommation d'alcool durant leur grossesse.

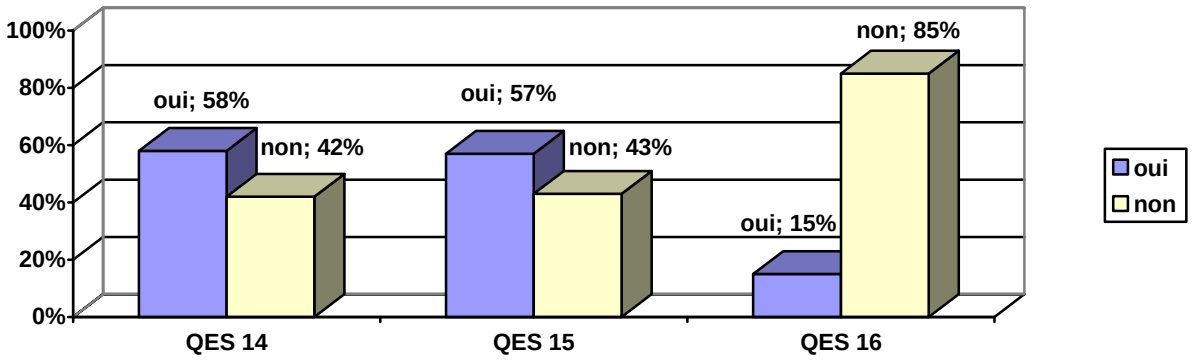


Figure 4 : Mode d'information des femmes sur la consommation d'alcool pendant la grossesse
Quest. 14 : Le personnel médical qui a suivi votre grossesse vous a-t-il interrogé au moins une fois sur votre consommation d'alcool ?
Quest. 15 : Vous a-t-il informé ?
Quest. 16 : Lui avez-vous posé des questions à ce propos ?

La question 15 s'interroge sur le fait qu'elles aient été informées. On constate qu'elles disent ne pas avoir été informées dans 42% des cas (n=42). Avoir plusieurs enfants n'est pas un facteur de risque pour ne pas être informée (p=0,5).

Les femmes qui se disent informées sur le risque alcool ne consomment pas moins d'alcool durant leur grossesse. Une femme a ajouté : *« Mon médecin ne m'en a pas parlé, il sait que je ne suis pas concernée ».*

La question 16 met en avant le comportement des femmes pour savoir si elles ont posé des questions sur ce propos. Seulement 15% des femmes interrogées (n=14) ont demandé des informations sur le sujet à leur interlocuteur.

On peut ajouter que dans seulement 25% des cas (question 17), le professionnel de santé aurait préconnisé de ne pas consommer de boissons alcoolisées pendant la grossesse.
Enfin, la dernière question apprécie leurs connaissances sur les effets tératogènes de l'alcool.

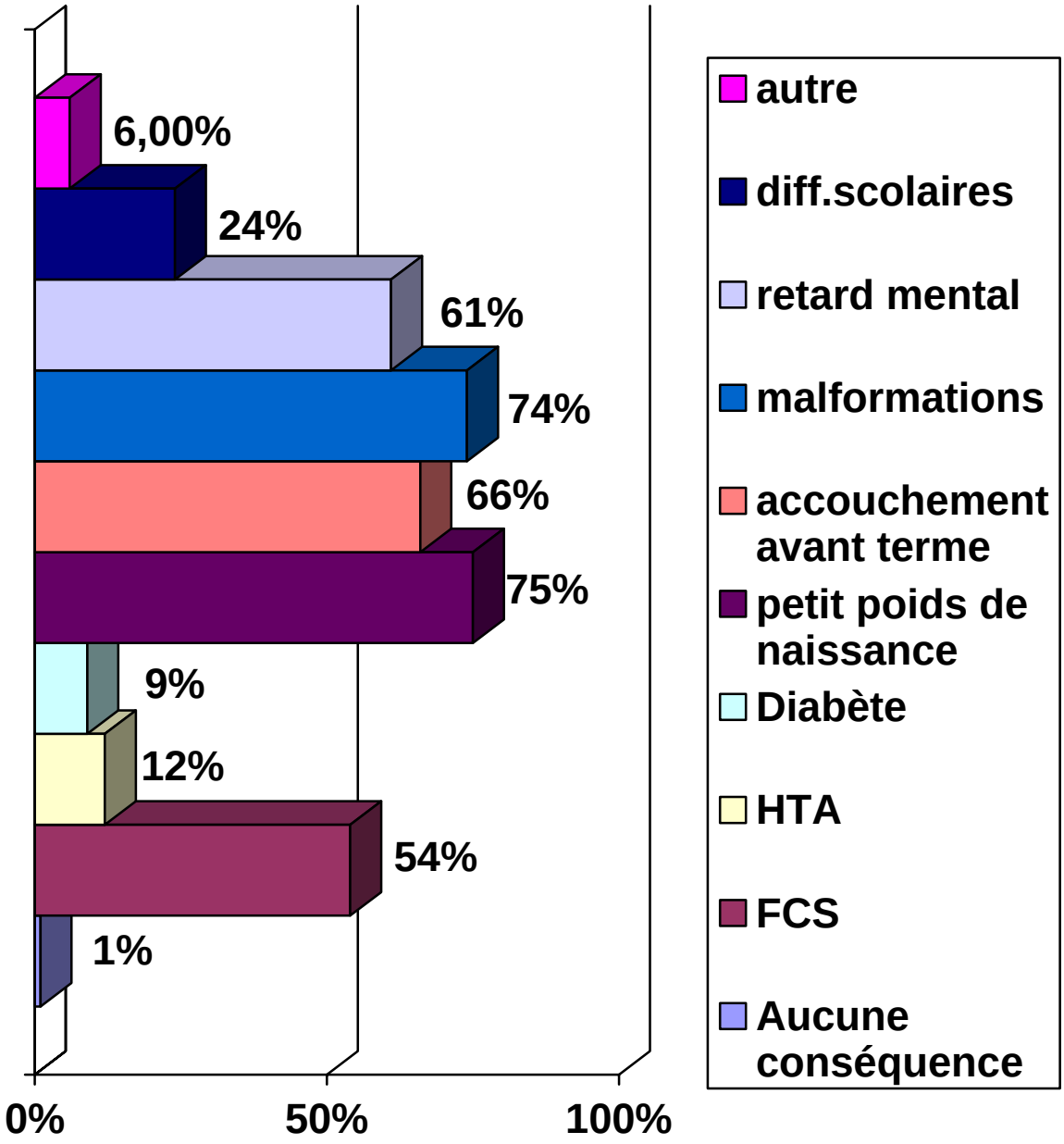


Figure 5 : Connaissances des femmes sur les effets tératogènes de l'alcool (plusieurs réponses possibles).

Dans la catégorie autre, six femmes ont cité des problèmes de sevrage et d'accoutumance, une femme a noté des problèmes respiratoires.
Enfin, une seule personne n'avait pas répondu à cette question.

Une des femmes interrogées s'est permis d'ajouter « que les femmes qui fument et qui boivent ne sont pas dignes d'être mères et devraient être punies ».

5- DISCUSSION

Avant toute chose, il est important de préciser que les résultats de ces deux enquêtes parallèles, étant donné que les échantillons sont de faible quantité ne peuvent suffire à généraliser nos conclusions, ne serait-ce qu'à l'ensemble des médecins généralistes libéraux de Loire-Atlantique ou à l'ensemble des femmes de ce même département.
Cependant, au cours de nos recherches bibliographiques, nous n'avons retrouvé aucune enquête de ce type, c'est-à-dire confrontant le comportement des médecins généralistes, concernant la prévention de la consommation d'alcool pendant la grossesse avec le comportement des femmes enceintes. Cette originalité fonde à notre sens l'interêt de notre travail. Il est important de préciser qu'une enquête concernant uniquement la prévention en médecine générale de la consommation d'alcool chez la femme enceinte avait été réalisée en 2003 dans la région Poitou-Charentes. Il faut noter que cette enquête s'est réalisée à très faible échantillon (n=34), et que le but n'était pas de confronter ces résultats à ceux des femmes en suite de couche.

5-1 Résultats principaux

L'élément principal est que les médecins généralistes n'abordent que très peu le sujet de la consommation d'alcool chez les patientes enceintes qu'ils suivent au contraire de ce qu'ils font avec la consommation de tabac. L'hypothèse de départ est donc confirmée.
Par ailleurs, près de la moitié des femmes enceintes suivies en médecine générale ont eu un contact, plus ou moins occasionnel avec l'alcool.
Ces deux affirmations montrent bien l'écart qu'il existe entre la prévention qui devrait être faite par les médecins généralistes et le comportement réel des femmes enceintes.

La population de médecins généralistes étudiée semble homogène car elle est comparable avec ce que l'on peut retrouvée dans le baromètre santé des médecins généralistes de 1998. La moyenne d'âge de 49 ans dans notre enquête est comparable à celle du baromètre santé 1998 (46 ans), en tenant compte du vieillissement de la population de médecins généralistes. De même la répartition hommes/femmes est comparable à celle du baromètre santé 1998.
La population de femmes vue en consultation de médecine générale est aussi comparable à celle interrogée en suite de couches. Les moyennes d'âge sont similaires avec 29 ans pour la première, et 30 ans pour la seconde. La parité est également un élément comparable. Enfin, la moyenne d'âge de la mère pour le premier enfant est de 28 ans, tout à fait en accord avec les chiffres nationaux. Ceci nous permet de vérifier l'homogénéïté de notre échantillon. Ceci se confirme aussi pour la proportion de fumeuses, puisqu'elles sont 36% dans notre échantillon, contre 34% dans les chiffres nationaux en 2002.

Le sujet de l'alcool n'est pas abordé de façon systématique durant la consultation de médecine générale, puisque seulement 41% disent le faire de façon systématique. Les raisons invoquées ont été citées plus haut (cf. p 53). Je me permettrai de citer ici quelques remarques intéressantes des professionnels. Un médecin a répondu qu'il partait de *« l'à priori que les femmes enceintes ne consomment pas d'alcool »*. Un autre s'est justifié en expliquant que : *« c'est peut-être un problème de ma part, je ne m'explique pas suffisamment les problèmes de l'alcool. Je pense que les méfaits sont moins importants chez l'enfant que le fait qu'il contracte la rubéole ou la toxoplasmose. C'est probablement une graduation du risque de ma part ».* Un autre a déclaré : *« quand on parle alcool, les femmes sont sur la défensives, voire agressives. »* Un des médecins a affirmé très sérieusement que « *ce n'est pas le rôle du médecin de dicter la conduite des gens…. »*

Pour un certain nombre de médecins, ils ne parlent pas d'alcool car : « *ils n'ont pas de patientes ayant ce genre de problème dans leur clientèle* ». Il faut noter ici une certaine confusion entre la dépendance alcoolique et la prévention de la consommation d'alcool. Dans un grand nombre de cas, le fait de prononcer le mot « alcool » leur faisait immédiatement évoquer la maladie alcoolique, alors que mon propos ne s'intéressait qu'à la prévention de la consommation d'alcool chez la femme enceinte.

Concernant la consommation d'alcool, notre enquête retrouve que 44% des femmes interrogées en suite de couches ont eu au moins un contact avec l'alcool durant leur grossesse. Or dans la population de médecins, seulement 52% disent connaître la consommation d'alcool de la dernière femme enceinte qu'ils ont vu, et parmi elles, ils déclarent que seulement 6 (sur les 76 vues) auraient eu un contact avec l'alcool. La différence parait très importante, pourtant la proportion de 44% de femmes enceintes ayant eu un contact avec l'alcool ne parait pas exagérée au regard de l'étude réalisée au CHU de Saint-Etienne en 2004. Cette étude, bien plus complète que la nôtre, menée par les Dr Senn, Straub, Pellet et Boussiron avait pour objectif d'étudier la prévalence de la consommation d'alcool chez la femme enceinte et de mettre en évidence d'éventuels facteurs de risque et conséquences liés à cette consommation. Les résultats ont permis de montrer que 48% de femmes ont eu un contact avec l'alcool pendant leur grossesse. Nous pouvons nous satisfaire que les chiffres retrouvés dans notre recherche-action soient similaires. L'étude de Saint-Etienne a été menée auprès de 403 femmes en suite de couches, donc un échantillon bien plus important que le notre. Par ailleurs, le questionnaire plus complet et plus précis, comprenant notamment les auto-questionnaires AUDIT et HAD (Hospital Anxiety and Depression scale), permettait de savoir que 6,6% des femmes décrivaient au moins un épisode d'alcoolisation massive. D'autre part, nous ne retrouvons pas de corrélation significative entre consommation d'alcool et les paramètres âge des patientes, statut marital ou encore parité, résultats qui sont là aussi en accord avec les ceux de l'étude citée de Saint-Etienne.

Par ailleurs, notre enquête montre que 10% des femmes ont des consommations occasionnelles plus ou moins répétées et de façon plus fréquente durant le 1er trimestre de la grossesse. On sait à ce jour que c'est la période la plus dangereuse pour le fœtus. Cette tendance est confirmée par l'étude périnatale de 1995 (Blondel et Coll) dans laquelle on apprend que la majorité des femmes diminue sa consommation pendant la grossesse, et que ce changement s'opère en général au 1er trimestre. On retrouve là encore un manque d'information, car dans l'idéal, ce changement devrait s'opérer dès qu'une conception est envisagée.

On apprend que 75% des femmes qui consomment de l'alcool pendant leur grossesse ont tendance à privilégier une certaine catégorie d'alcool de type « vins et champagne » face aux « alcools forts ». Ce type d'alcool a en effet « bonne réputation » aux yeux de la population française. On rejoint ici la fâcheuse tendance de faire passer en France le vin pour un aliment. La tâche du médecin généraliste est rendue bien difficile, se retrouvant parfois débordé par la rapidité de la diffusion des informations. De façon assez paradoxale, il existe à ce jour en France de nombreux travaux réalisés et en cours qui apportent la confirmation des effets bénéfiques des boissons alcoolisées et alcooliques sur la santé. Il existe aujourd'hui beaucoup d'enjeux commerciaux qui peuvent pervertir les messages issus de la recherche scientifique et médicale. L'information est parfois bien délicate quand il s'agit de la transmettre aux patients, il faut la relativiser, et surtout la replacer dans sa réalité.
Face aux « dits effets bénéfiques du vin sur la santé », les médecins généralistes ne sont pas en accord avec leurs patientes puisqu'ils sont 92% à désapprouver cette affirmation dans le cadre de la grossesse. Il est bien clair par ailleurs qu'un verre de vin ou qu'une coupe de champagne contient autant d'alcool qu'un verre de bière ou qu'un verre d'alcool fort (annexe 3). Encore faut-il respecter les doses standard, dites de « bar »...les doses « maison » étant bien souvent supérieures. Dans tous les cas, le message ne passe pas

auprès de la population. Mais le médecin généraliste semble parfois bien impuissant. En effet, comment peut-on informer le grand public, quand on sait qu'aujourd'hui en France le lobby viticole est si puissant, que suite à la baisse de la consommation de vin ces dernières années, il pousse à adopter un amendement visant à rétablir une publicité subjective qui défend le vin, cherchant à différencier cette boisson alcoolisée des spiritueux et des bières ? Ceci est contraire aux intérêts de santé publique…

La prévention ne semble pas se faire de façon efficace auprès des femmes enceintes. Notre enquête révèle que seulement un quart des femmes interrogées en suite de couches disent avoir reçu un message d'abstinence de la part de leur médecin. La consommation zéro alcool pendant la grossesse serait pourtant préconisée par 62% des médecins interrogés. Ces chiffres appellent plusieurs remarques.
Premièrement, dans l'idéal, l'abstinence de la consommation d'alcool pendant la grossesse devrait être recommandée par tous les médecins. Ceci traduit à notre sens, le fait qu'un certain nombre de médecins « autorisent » une consommation d'alcool durant la grossesse, que celle-ci soit occasionnelle, ou plus ou moins répétée. Encore faut-il s'entendre sur la définition du mot occasionnel…Nos résultats ne mettent pas en évidence de corrélation entre le fait de tolérer une certaine consommation d'alcool chez la femme enceinte et l'âge du médecin, ou le sexe.
Deuxièmement, le message a du mal à « imprimer » les esprits des femmes enceintes. Sans doute faudrait-il qu'il soit relayé par une politique de santé plus active en terme de prévention.
Paradoxalement, plus de la moitié des femmes interrogées, 57%, disent avoir reçu une information concernant le sujet alcool et grossesse sans que l'on ait plus de précision sur le type d'information. Du côté des médecins, 42% affirment qu'ils ont donné une information verbale sur le sujet, et 25% déclarent faire une prévention grâce à des affiches ou des dépliants présents dans la salle d'attente.
Malheureusement, ce sont les mêmes médecins qui cumulent ces deux types de prévention. Enfin, seulement 15% des femmes ont interrogé leurs médecins sur la consommation d'alcool pendant la grossesse. A travers ce chiffre il faut peut-être voir le fait que c'est un sujet qu'elles n'osent pas aborder en consultation, ou qu'elles n'y pensent pas, à moins qu'elles ne considèrent être déjà bien informées.

A ce propos, leurs connaissances sur les effets tératogènes de l'alcool sont globalement assez bonnes, étant donné que les méfaits les plus couramment cités sont l'hypotrophie, les accouchements prématurés, les malformations diverses et même le retard mental et les difficultés scolaires ultérieures. Ce que le questionnaire ne permet pas de préciser c'est si elles savent qu'une alcoolisation aigue, répétée ou non, peut être dommageable pour l'enfant à venir. Ce qui ressort globalement des entretiens obtenus en suite de couches c'est que les messages de prévention ne « leur » seraient pas destinés, mais concerneraient les « autres », celles étant dans une consommation nocive ou dans une dépendance à l'alcool. Ceci est très bien résumé par une des patientes interrogées , femme active, mère de deux enfants, avec un cursus d'études supérieures: *« J'ai entendu une émission où un toubib défendait « alcool zéro », c'était un médecin alcoologue ; j'ai trouvé son discours extrémiste. Je pense qu'il dit cela pour les femmes alcooliques car si on disait que c'est possible un peu, il n'y aurait plus de limites pour ces femmes. Pour moi, c'est plus « dans la mesure du possible ».*
La notion de seuil n'apparaît pas dans le questionnaire pour les femmes en suite de couches, notion trop scientifique. Par contre, elles sont 62% à affirmer qu'il faut arrêter toute consommation de boissons alcoolisées durant la grossesse, sans pour autant adopter ce comportement. Les médecins généralistes quant à eux, sont 41% à penser qu'il existe un seuil en dessous duquel la consommation d'alcool n'est pas délètère pour le fœtus, la majorité d'entre-eux précisant que ce seuil est une consommation occasionnelle. Penser qu'il existe un seuil n'est ni influencé par l'âge du médecin, ni par le sexe. Enfin, 40% d'entre-eux répondent par la négative à la question : « Une alcoolisation aigue, au moins

deux à trois verres lors d'une occasion festive, comporte-elle un risque pour le fœtus ? » Cette réponse n'étant ni influencée par l'âge, ni par l'âge du médecin.

5-2 Critiques de la recherche

5-2-1 Biais d'échantillonnage

- Recrutement des médecins généralistes

Nous tenons en premier lieu à évoquer le nombre de refus. En effet, 35 % (n=42) des médecins n'ont pas souhaité répondre à notre questionnaire. La majorité d'entre-eux mettant en avant le fait qu'il n'avait pas, ou très peu d'activité de suivi de grossesse. On peut imaginer, que ces médecins, qui n'ont pas ou n'ont plus d'activité de gynécologie médicale, ont des connaissances moins actualisées sur le sujet proposé. Cette population qui n'a pas répondu aurait peut-être majoré la part de médecins ne pratiquant pas de prévention systématique, et sans doute augmenté la part de ceux qui méconnaissent les effets tératogènes de l'alcool.
Malgré tout, ces médecins restent des médecins traitants, et par la même, des acteurs de prévention lorsqu'une femme enceinte envisage une grossesse.

- Recrutement des femmes en suite de couches

Le questionnaire étant uniquement distribué au CHU de Nantes, il existe un fort biais d'échantillonnage. En effet, pour des raisons pratiques, il n'y a pas eu de recrutement dans des villes plus petites, pas de recrutement dans les cliniques. On peut s'interroger sur le fait que dans les cliniques la population est différente de celle de l'hôpital. Cette population est-elle moins bien ou mieux informée ? Existe-t-il une différence significative du degré d'information ? Par ailleurs, au CHU, nous recrutons sans doute moins de femmes de milieu rural et on peut donc difficilement mettre en parallèle le questionnaire des médecins généralistes qui lui recrutait sur tout le département.
Enfin, pour que les femmes rentrent dans l'étude, le suivi avait du être assuré par le médecin traitant. Si la case médecin généraliste était cochée, le questionnaire entrait dans les statistiques. Mais dans de nombreux cas, plusieurs cases étaient cochées pour le suivi : gynécologue, sage-femme, parfois les trois à la fois…Nous ne pouvons préciser ici lequel de ces acteurs de santé a donné, ou non, l'information sur la prévention de la consommation d'alcool pendant la grossesse.

5-2-2 Les questionnaires

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de questionnaires validés essayant de comparer les pratiques des médecins généralistes en terme de prévention de la consommation d'alcool chez la femme enceinte et le comportement de ces dernières. Nous avons donc crée les questionnaires avec toutes les imperfections que ceux-ci peuvent comporter.
Le fait de réaliser deux questionnaires pour effectuer une comparaison implique d'avoir des questionnaires relativement courts, concis, pour obtenir les meilleurs résultats possibles. Ainsi, de nombreux points n'ont pu être abordé, dont la liste n'est pas exhaustive.
Concernant les médecins généralistes, notamment, les points suivant n'ont pas été pris en compte : l'exposition précoce à l'alcool au cours de la grossesse, l'intoxication aux autres substances addictives, en particulier le cannabis, les effets de l'arrêt de la consommation

d'alcool au cours de la grossesse, les demandes d'IVG en cas d'alcoolisation occasionnelle….

Par ailleurs il manque aussi dans le questionnaire pour les femmes en suite de couches certains points très intéressants qui n'ont pas été illustrés : en particulier les conseils prodigués par la famille/l'entourage, la pression exercée par celle-ci. En discutant avec une des femmes, celle-ci m'a révélé : *« Il y a eu des pressions pour que je boive du vin ; ma marraine m'a même envoyé du champagne »* ... Nous n'avons aucune donnée sur les caractéristiques de l'enfant à la naissance (taille, poids, périmètre crânien), aucune précision sur la religion de la mère (aucune consommation d'alcool chez les musulmans par exemple), pas de questions sur les autres substances addictives (cannabis, benzodiazépines...)…

5-2-3 Le recueil de réponses

Il concerne essentiellement les femmes en suite de couches.
En effet, j'ai pu constater que lorsque le recueil de données se faisait par mes soins, après discussion nous pouvions de façon assez fréquente, en accord avec la patiente, modifier certaines réponses concernant la consommation d'alcool. En insistant sur ce point, les femmes révèlent que finalement les occasions de consommer de l'alcool étaient beaucoup plus fréquentes qu'elles ne le réalisent. Ce constat rejoint celui fait en population générale avec une sous-estimation de la consommation d'alcool. Ce constat est-il un pur hasard, ou peut-il se vérifier à plus grande échelle ? Malheureusement, ce recueil de données n'a pu être effectué que sur 31 patientes, mais nous pensons, qu'il est fort probable que les femmes ayant eu un contact avec l'alcool aurait pu être plus élevé.

Pour les médecins généralistes, certaines questions sont parfois restées sans réponse, notamment « quelles femmes en particulier interrogent-ils sur la consommation d'alcool ? »Le manque de temps de réflexion du au mode d'interrogatoire par téléphone a certainement amputé ce champs de réponse. Si le médecin avait eu au préalable le questionnaire, sans doute aurions-nous pu avoir une idée plus précise sur les arguments qui font qu'ils interrogent telle ou telle femme.

5-3 Hypothèses et perspectives

Si on constate que les médecins généralistes parlent peu d'alcool à leurs patientes, les difficultés liées à la consommation d'alcool au cours de la grossesse sont encore insuffisamment détectées. Des barrières existent, tant du côté des médecins que du côté des patientes.

Les premiers évoquent plusieurs raisons pour expliquer les difficultés qu'ils ont à aborder la question de l'alcool lors de leurs consultations : manque de temps, méconnaissance de la tératogénicité de l'alcool, absence de formation et d'information, dénégation ou sous-estimation de la consommation d'alcool de leur clientèle, peur d'agresser leur patiente, certitude de ne pas obtenir de réponse fiable. Dans le baromètre santé des médecins généralistes, en 1998, si l'on exclut la toxicomanie, l'alcoolisme représente la pathologie face à laquelle les médecins se sentent les plus impuissants. Le sentiment d'efficacité croît avec l'âge du médecin, comme si l'expérience donnait plus de confiance dans la pratique. Enfin, un certain nombre n'aborde pas le sujet de l'alcool car ils se sentent inefficaces.
Du côté des patientes, la culpabilité peut être en partie responsable des attitudes de déni, la peur d'être stigmatisée en parlant « alcool », la « bonne presse » de l'alcool en

France….peuvent entraîner des sous-déclarations, et un manque de prise en charge. La meilleure preuve est la remarque faite par une des jeunes mamans interrogées : *« Mon médecin ne m'en a pas parlé, il sait que je ne suis pas concernée ».* Alors on peut se demander si dans les esprits ne pas parler d'alcool serait ne pas avoir de problème avec ce produit, et qu'à l'inverse, en parler serait le signe d'une difficulté ? Cela pourrait expliquer les difficultés ressenties par les patientes pour parler alcool, et encore plus pour une femme enceinte.

5-3-1 Former les professionnels

Il faut que le problème de la consommation d'alcool durant la grossesse soit pris en charge sur le plan national, comme il a été fait pour le tabac. La meilleure preuve est que les médecins généralistes aujourd'hui n'éprouvent aucune difficulté à parler tabac.
Il faut donc, d'une part, former les professionnels, dans la formation universitaire et post-universitaire, et dans les colloques. La SFA, en mars 2003 recommande de développer les formations pluridisciplinaires sur les conséquences d'une exposition pré-natale à l'alcool. En effet, parce que les médecins généralistes, de même que les gynécologues-obstétriciens ne sont pas des alcoologues, il convient de les former et de les informer de la réalité de l'embryopathie foeto-alcoolique dans sa forme majeure, le SAF, et dans ses autres manifestations dès la naissance et à long terme. Reste à convaincre tous les médecins que parler consommation d'alcool avec les patients, n'est pas tabou. Et après une formation initiale indispensable, c'est l'usage systématique des interventions brèves qui rendra médecin et patient à l'aise sur le sujet.

Après une revue de la littérature, et sans prétendre à l'exhaustivité, la diffusion de l'information sur le SAF est relativement récente. Les médecins généralistes sont régulièrement informés depuis 1995. Ce sont généralement des articles courts pour décrire la pathologie et la conduite à tenir. L'alcoologie quant à elle a produit son premier article en 1996, et depuis, informe systématiquement les professionnels (en moyenne 3 articles par an).

5-3-2 Le dépistage

En pratique, l'utilisation de questionnaires de dépistage est un bon outil. Le T-ACE présentant quatre items est considéré comme ayant les meilleures sensibilités et spécificité chez la femme enceinte mais il n'est actuellement pas traduit en français. L'AUDIT, comme premier outil de repérage présente l'inconvénient de sa durée de passation. L'utilisation des marqueurs biologiques dans le cadre d'un repérage systématique n'est pas recommandée.

5-3-3 Informer le grand public

Il est légitime d'informer le grand public. Les informations concernant les risques d'une exposition pré-natale à l'alcool doivent être portés à la connaissance de tous. La médecine de soins et la médecine de prévention doivent être en mesure de diffuser cette information. Rappeler les risques d'une exposition prénatale à l'alcool aux femmes enceintes ou qui désirent l'être, fait aujourd'hui partie des recommandations de la SFA, d'autant plus que ces informations sont susceptibles de modifier leur comportement. Outre-atlantique, on évalue l'impact d'interventions brèves depuis plusieurs années maintenant, et il y a des articles qui montrent qu'il y a un véritable impact à faire de l'information aux femmes enceintes ou qui

désirent l'être. On constate une diminution, voire un arrêt de la consommation chez les femmes.
Par ailleurs, il semble extrêmement important d'informer l'entourage de la femme enceinte. En effet, c'est, dans la majorité des cas, lors de réunion de famille, ou d'occasion exceptionnelle que l'on retrouve des alcoolisations aigues. Il est fréquent d'entendre en France « qu'un verre de vin n'est pas nocif pour la santé ». Ne dit on pas d'ailleurs, « un bon verre de vin » ? La pression de l'entourage est parfois lourde, d'autant plus que les jeunes femmes actuellement en âge de procréer, ont comme exemple leur mère pour qui la notion d'alcoolisation fœtale n'existe pas ou peu. On a moi-même essayé de me convaincre à plusieurs reprises, lors d'occasions festives, que l'alcool n'était pas néfaste pour le bébé….Il est même arrivé qu'un médecin généraliste me proposant une coupe de champagne (alors que j'étais enceinte), s'est trouvé stupéfait de mon refus, et a ajouté que *« si toutes les femmes enceintes arrêtaient de boire de l'alcool, les producteurs de vin feraient faillite »…*

Les conduites d'alcoolisation doivent être prises en compte dans les politiques de santé. Une telle prise de position est susceptible d'infléchir l'incidence des expositions prénatales à l'alcool. L'expérience de la Réunion, et l'expérience suédoise de Göteborg montrent que ça paie.

Enfin, il est essentiel d'associer les producteurs et les distributeurs de boissons alcooliques aux messages de prévention de la consommation d'alcool durant la grossesse. Ce point est maintenant acquis depuis juin 2006.

J'ajouterai qu'en ce qui concerne la diffusion de l'information sur le SAF, pour la presse grand public, la moitié des articles sont récents et datent d'août 2004, ce qui s'explique par l'actualité (étiquetage des bouteilles et procès de Lille).

5-3-4 Travailler en réseau

Une définition des réseaux est passée dans le code de la santé publique. Dans la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades, l'article L6321-1, elle donne la définition des « réseaux de santé », et non plus « de soins » :
« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. »
Qui est concerné ? Les médecins du travail et ceux des centres de santé, et ce qui est fondamental, c'est qu'on retrouve à la fois des professionnels de santé libéraux et ceux en établissement, le social et le médico-social, c'est à dire tout ce qui concerne le handicap et les personnes âgées, et pour la première fois, les représentants des usagers.
Le médecin généraliste est donc loin d'être le seul acteur de cette prévention, mais il est important que les différents acteurs arrivent à communiquer entre eux, car tous ont un rôle à jouer : le médecin référent, le pédiatre, le gynécologue, la PMI, la puéricultrice, l'assistante sociale…

CONCLUSION

L'objectif de ce travail était de comparer le comportement des médecins généralistes en terme de prévention des conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse face à la prévalence de la consommation d'alcool femme enceinte dans le même département de Loire-Atlantique.
40% des médecins interrogés seulement interrogent de façon systématique leurs patientes sur leur consommation d'alcool, et 44% des femmes en suite de couches ont eu un contact avec l'alcool, chiffre bien plus élevé que ce que pensent les médecins. Si l'abstinence totale est recommandée, et que les médecins le savent, ils éprouvent des difficultés à aborder le sujet, dans un pays ou la culture viticole est si forte. C'est grâce à une véritable politique de santé que le message réussira à passer.

Par ailleurs la recommandation d'abstinence totale procède du principe de précaution. Si certains la jugent un peu excessive, il faut garder à l'esprit qu'il existe véritablement une sous déclaration des consommations d'alcool aujourd'hui en France, et une tendance, peut-être excessive elle aussi à faire passer le vin pour un aliment.
D'autre part, si le message « zéro alcool pendant la grossesse » est simple à comprendre, il n'est pas si simple dans ses effets : responsabilisation ou culpabilisation ? Repère structurant ou angoissant ? Le message d'abstinence, et uniquement celui-là, ne risque–t-il pas de renforcer le silence et la négation de toute consommation d'alcool, y compris lorsque celle-ci se limite à quelques verres durant la grossesse? Certains professionnels le considèrent comme le point d'accroche d'un échange qui permettra de le relativiser, de l'adapter à la situation personnelle de la femme mais beaucoup d'autres sont mal à l'aise face à cet absolu. Ils craignent qu'il ne pose davantage de problèmes qu'il n'en résout, et en particulier qu'il mette en danger une relation de confiance qui a été quelquefois très longue à construire. Cela explique en partie la réticence de nombreux acteurs de prévention qui esquivent la question, faute de savoir y répondre, tout en espèrant peut-être que quelqu'un d'autre s'en chargera. A ce propos, il serait tout à fait intéressant de connaître les pratiques des gynécologues et des sages-femmes en ce qui concerne cette prévention.

Le médecin généraliste n'est pas le seul acteur de cette prévention, les gynécologues et sages-femmes y participent forcément, sans oublier la PMI, au centre de cette prévention depuis bien longtemps déjà.

D'autre part, il est important de garder à l'esprit que les femmes consommant de l'alcool pendant leur grossesse restent des consommatrices modérées ou occasionnelles. Cette étude n'avait d'ailleurs pas pour objectif de dépister les consommatrices dépendantes ou à risque de dépendance. C'est lors de ces « occasions » dites festives que les épisodes d'alcoolisation aigues se répètent et qu'ils peuvent occasionner des dommages sur l'enfant à venir. C'est cette information qui doit être diffusée.

La prévention du SAF reste encore insuffisante, tant sur le versant des médecins, que sur celui de la politique nationale. Certains préfèrent le déni, qui nous fait croire que nous ne sommes pas concernés, à la confrontation avec la réalité. La prévention primaire s'appuie sur une approche positive de la santé, c'est à dire comment être et rester en bonne santé, avoir la meilleure santé possible.

Je conclurai par cette réflexion du Dr Playoust : *« il paraît évident de dire qu'il est dangereux de donner un peu de boisson alcoolique à un nourrisson de quelques heures, alors qu'on semble gêné de dire à une femme enceinte que l'alcool, même à petite dose est fort probablement dangereux pendant la grossesse ».*

ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire AUDIT (alcohol-use disorders identification test)

	0	1	2	3	4
1- Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	Jamais	1fois/mois ou moins	2 à 4 fois/mois	2 à 3 fois /semaine	Au moins 4 fois par semaine
2-Combien de verres contenant de l'alcool consomez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus
3- A quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	Jamais	Moins de 1 fois/mois	1 fois/mois	1 fois/semaine	Tous les jours ou presque
4- Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus acpable de vous arrêtez de boire une fois que vous aviez commencé ?	Jamais	Moins de 1 fois/mois	1 fois/mois	1 fois/semaine	Tous les jours ou presque

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	Moins de 1 fois/mois	1 fois/mois	1 fois/semaine	Tous les jours ou presque
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	Moins de 1 fois/mois	1 fois/mois	1 fois/semaine	Tous les jours ou presque
7- Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez- vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins de 1 fois/mois	1 fois/mois	1 fois/semaine	Tous les jours ou presque
8- Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez- vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins de 1 fois/mois	1 fois/mois	1 fois/semaine	Tous les jours ou presque
9- Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez-bu ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année
10- Un parent, ami, médecin ou autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année

Mésusage d'alcool : score supérieur ou égal 8 chez l'homme, supérieur ou égal à 7 chez la femme
Dépendance de l'alcool : score > 12 chez l'homme, > 11 chez la femme

ANNEXE 2

ANNEXE 3 : <u>ALCOOL, VOTRE CORPS SE SOUVIENT</u>

ANNEXE 4: Quelques structures de prise en charge des personnes en situation de handicap.

CAMSP (Centre d'Action Médico-Social Précoce)

Public : enfants de moins de 6 ans atteints d'un handicap sensoriel, moteur ou mental.

Missions : prévention, dépistage et traitement précoce du handicap en cure ambulatoire, rééducation, aide, soins, soutien et accompagnement des parents.

Equipe professionnelle : pédiatre, orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricien, kinésithérapeute…instituteur spécialisé, éducateur, assistante sociale, neuro-pédiatre…

SESSAD (Service d'Education et de Soins Spécialisés à Domicile)
Public : enfant de 0 à 20 ans atteints d'un handicap sensoriel, moteur ou mental.
Missions : prise en charge précoce, conseil et accompagnement des familles, approfondissement du diagnostic, aide au développement psychomoteur, préparation des orientations…
Equipe professionnelle : éducateur spécialisé, psychologue, chef de service (souvent détaché de l'IME).

PMI (Protection Maternelle et Infantile)
Public : femmes enceintes et enfants de moins de 6 ans et tout le public dans le cadre de la planification et éducation familiale
Missions : action de prévention autour de la famille, prévention de la maltraitance, consultations médicales et paramédicales, actions à domicile.
Equipe professionnelle : médecins (généralistes ou spécialistes, gynécologues, pédiatres), sages-femmes, infirmières, puéricultrices, conseillères conjugales

IME (Institut Médico-Educatif) et IMPro (Institut Médico-Professionnel)
Public : de 6 à 14 ans en fonction de la décision de la CDES (Comission d'Education Spéciale) avec l'accord des parents en IME, à partir de 14ans jusqu'à 21 ans : en IMPro.
Missions : ils ont la même mission d'accompagnement et de suivi de l'enfant pour son temps scolaire et éventuellement en internat.
Equipe professionnelle : éducateur spécialisé, moniteur médico-psychologique, instituteur spécialisé, moniteur technique

ANNEXE 5 : Questionnaire adressé aux médecins traitants

Caractéristiques du médecin :

Age :

☐ Homme ☐ Femme

☐ville ☐semi-rural ☐rural

Avez-vous une activité de gynécologie médicale/suivi de grossesse ? ☐oui ☐non
si oui, indiquer si possible le pourcentage de femmes enceintes : …….

1 .L'interrogatoire que vous réalisez habituellement auprès des femmes enceintes :

1-1 Interrogez- vous toutes les femmes enceintes au sujet de leur consommation de tabac ?

☐ oui ☐non

Eprouvez vous des difficultés à réaliser cet interrogatoire ?

☐ oui ☐non

Si oui,
lesquelles ?.....
…….....

1-2 Interrogez- vous toutes les femmes enceintes au sujet de leur consommation d'alcool ?

☐ oui ☐non

Si non, lesquelles en particulier ? …….....
……...

1-3 Leur faites- vous préciser à combien de verres s'élève leur consommation ?

☐ oui ☐non

Eprouvez-vous des difficultés à réaliser cet interrogatoire ?

☐ oui ☐non
Si oui, lesquelles ? ……
…… …..

1-4 Les femmes enceintes vous demandent-elles des informations concernant leur consommation d'alcool pendant la grossesse ?

☐ oui ☐non
1-5 Utilisez-vous des questionnaires standardisés pour évaluer/dépister la consommation d'alcool chez la femme enceinte ?

☐oui ☐non

1-6 des marqueurs biologiques ?

☐oui ☐non

2-La dernière femme enceinte que vous avez vu :
Age :
Parité :
Terme de sa grossesse :

2-1Connaissez-vous sa consommation habituelle d'alcool (en dehors de sa grossesse ?)

☐ oui ☐non

2-2 Connaissez-vous sa consommation actuelle d'alcool ?(pendant sa grossesse ?)

☐ oui ☐non
Si oui, combien ? ……..
……..

2-3 Connaissez-vous un questionnaire susceptible de vous aider dans cette démarche ?

☐ oui ☐non

2-4 Avez- vous eu au moins une fois durant sa grossesse, une discussion sur alcool et grossesse ?

☐ oui ☐non

2-5 A-t-elle reçu au moins une fois des informations (dépliants, brochures dans la salle d'attente….) concernant le risque de la consommation d'alcool durant la grossesse ?

☐ oui ☐non

3- D'une façon générale :

3-1 Pensez vous qu'il existe un seuil en dessous duquel la consommation d'alcool n'est pas délètère pour le fœtus ?

☐ oui ☐non

Selon vous, quel est ce seuil ?.....

3-2 Une alcoolisation aigue (au moins deux à trois verres lors d'une occasion festive), comporte-t-elle un risque pour le fœtus ?

☐ oui ☐non

3-3 Certains pensent que le vin aurait des bienfaits sur le plan nutritionnel. Qu'en pensez-vous dans le cadre de la grossesse ?

☐ oui ☐non

3-4 Dans le cadre de la FMC, le sujet alcool et grossesse a-t-il déjà été discuté ?

☐ oui ☐non

ANNEXE 6 : Questionnaire adressé aux femmes en suite de couches

1. , Age :……..

2. Situation familiale :

   ☐Mariée, union libre, PACS
   ☐Divorcée, séparée
   ☐Célibataire

3. Nombre d'enfants :

4. Votre grossesse a été suivie par :
   ☐Médecin traitant
   ☐Gynécologue
   ☐Sage-femme
   ☐Centre de PMI
   ☐Non suiv ie

5. Etes- vous fumeuse ?
   ☐oui ☐non
6. Avez-vous interrompu votre consommation de tabac durant votre grossess ?
   ☐oui ☐non
7. Si oui, vous êtes vous interrogée au moins une fois, sur les conséquences de la consommation de tabac durant votre grossesse?
   ☐oui ☐non

8. Vous êtes vous interogée au moins une fois sur la consommation d'alcool durant la grossesse ?
   ☐oui ☐non

9. Vous êtes vous documentée à ce sujet ? ☐oui ☐non
10. Si oui, comment :
    ☐presse, magazines, livres
    ☐télévision, médias
    ☐internet
    ☐personnel médical
    ☐entourage, famille
    ☐autre :……..

11. A quelle fréquence vous arrivait-il de consommer des boissons contenant de l'alcool durant votre grossesse ?

☐Jamais
☐occasionnel (1 fois par mois ou moins)
☐2 à 4 fois par mois
☐plusieurs fois par semaine

12. Avez-vous privilégié une certaine catégorie d'alcool durant votre grossesse (champagne et vins au lieu des alcools forts) ?

☐oui ☐non

13. Que pensez-vous de la consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse ?

☐ Il faut arrêter toute consommation d'alcool
☐ Une consommation occasionnelle de boissons alcoolisées (repas de famille, mariage……) n' a pas de conséquences sur la grossesse et/ou sur le bébé
☐ Une consommation régulière,modérée est possible au cours de la grossesse

14. Le personnel médical qui a suivi votre grossesse vous a-t-il interrogé sur votre consommation d'alcool ?

☐oui ☐non

15. Vous a-t-il informé ?

☐oui ☐non

16. Lui avez-vous poser des questions à ce propos ?

☐oui ☐non

17. Si oui ,vous a-t-il préconnisé de ne pas consommer d'alcool pendant la grossesse ?

☐oui ☐non

18. Selon vous, une consommation excessive d'alcool pendant la grossese peut entrainer (plusieurs réponses possibles) :

☐ aucune conséquence
☐ fausses couches spontanées
☐ de l'hypertension
☐ du diabète
☐ un petit poids de naissance pour le bébé
☐ un accouchement avant terme
☐ des malformations diverses
☐ un retard mental
☐ des difficultés scolaires ultérieures
☐autre : ……..

Merci de votre participation.

BIBLIOGRAPHIE

1-Aase J, Jones K, Clarren S.
Do we need the term « FAE »? Pediatrics 1995 ; 95(3) :428-430.

2-Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.
Guide de surveillance de la grossesse. Paris; 1996. http://www.anaes.fr

3- Alcool, grossesse et santé des femmes.
ANPAA 59, décembre 2005

4- Alcoolisation fœtale : informer avant tout. Swpas, n°37, 1er trimestre 2005

5- American Academy of Pediatrics, committee on substance abuse and committee on children with disabilities.
Fetal alcohol syndrome and alcohol related neurodevelopmental disorders. Pediatrics 2000; 106 (2):358-361.

6- Andre M.
Le syndrome d'alcoolisation fœtale : parfois des troubles psychocomportementaux à distance. Le quotidien du médecin 2001 ; 7008 :3-4.

7- Archambault JC.
Comprendre et traiter les alcooliques. Paris : Frison-Roche ; 1992.

8- Association nationale de prévention de l'alcoolisme.
Statistiques ANPAA 2001-2002. Paris. http://www.anpaa.asso.fr

9-Batel P.
Alcoolo dépendance. La revue du praticien médecine générale 2000 ; 14(508) : 1547-1561.

10- Bieder J, Callens H.
Embryofoetopathie alcoolique (syndrome de Lemoine). Ann Méd Psychol 2002 ; 160 :67-71.

11- Bonneau C, Rigaud H. Le syndrome d'alcoolisation fœtal : un diagnostic difficile, une prise en charge à améliorer. L'éclairage des travaux américains [thèse]. Lille : université du droit et de la santé, 1998.

12- Boussiron D. Données épidémiologiques et syndrome d'alcoolisation fœtale. Le courrier des addictions, Oct. Nov. Déc. 2003, vol. 5 n°4-p.149-152.

13- Boussiron D. Dépistage et prise en charge en réseau des mésusages de l'alcool. Le courrier des addictions, Oct. Nov. Déc. 2005, vol. 7 n°4-p.137-140.

14- Burd L, Klug M, Martsolf J, Kerbeshian J, « Fetal alcohol syndrome : neuropsychiatric phnomics ». Neurotoxicol Teratol. 2003 ; 25 ; 697-705

15- Chabrolle JP.
Le syndrome d'alcoolisation fœtale et sa prévention. Arch. Pediatr. 2004;11(9)1124-1125

16- Chambonet JY, Airiau G, Peron V, Senand R.
Boire moins : les généralistes peuvent-ils intervenir de manière précoce ? La revue du praticien médecine générale 2000 ; 14(500) : 1000-1006.

17- Charpentier L. Toute honte bue, Ed Granchet

18- Charrel CL, Cuervo CV
Proposition de prise en charge des femmes alcooliques aux urgences. Alcoologie et addictologie 2001 ; 23(3) : 429-435.

19- Chevrier A.
Réflexions sur le syndrome d'alcoolisme fœtal. Nervure, 1988, 1ère partie ; 4, 59-63 ; 2 ème partie 5, 52-61.

20- Colloque Grossesse et alcool. Alcoologie 1999 ; 21 (3) : 452-458.

21- Colloque Le syndrome d'alcoolisation fœtal. Reconnaissance et prévention. Rapport Charleville-Mézières 1999.

22- Comité français d'éducation pour la santé.
Alcool et tabac : consommation zéro recommandée pour les femmes enceintes : Janvier 2002.

23- Committee on substance abuse and committe on children with disabilities : american academy of pediatrics. Jacobs Ea, Copperman Sm, Joffe A, et al. Fetal alcohol syndrome and alcohol-related neurodevelopmental disorders, Pediatrics, 2000; 106:358-361

24- Conférence de consensus ANAES mars 2001.
Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolo dépendant après un sevrage.
http://www.anaes.fr

25- Conférence de consensus ANAES mars 1999.
Objectifs, indications et modalités de sevrage du patient alcoolo-dépendant.
http://www.anaes.fr

26- Conférence de l'institut de recherches scientifiques sur les boissons. Alcoolisme parental, syndrome fœtal de l'alcoolisme. Rev Fr Gynécol Obstétr 1995 ; 90(12) :558-559.

27- Conseil national de l'évaluation.
La loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Paris : La documentation Française ; 1999.

28- Day N.L, Richardson G.A.
Prenatal alcohol exposure: a continuum of effects.
Seminars in perinatology, 1991, 15, n°4, 271-279.

29- Danel T., Conduites d'alcoolisation pendant la grossesse : quelles conduites à tenir ?
Alcool grossesse et santé des femmes. Déc. 2005, p.62-65

30- Dassonville A. Une prise en charge spécifique ou spécialisée. Alcool, grossesse et santé des femmes 2005, p 98-99.

31- Debourge C, Wallez P.
La consommation d'alcool chez la femme. Sobriété ou permissivité : causes d'ignorance et d'incommunicabilité des effets du syndrome d'alcoolisation fœtale. Rapport Nord-Pas-de-Calais 2001.

32- Dehaene Ph.
La grossesse et l'alcool. Presse universiatire de France. Collection « Que sais-je ». 1995, 128p.

33- Dehaene Ph.
Un problème injustement méconnu, le syndrome d'alcoolisation fœtal. Alcool ou santé 1996 ; 3 :3-12.

34- Dehaene Ph, Blum A.
Le syndrome d'alcoolisation fœtal. Embryofoetopathie évitable. Le concours médical 1992 ; 114(39) : 3641-3646.

35- Dehaene Ph, Crepin G, Delahousse G, Querleu D, Walbaum R, Titran M et al.
Aspects épidémiologiques du syndrome d'alcoolistaion fœtal. La Nouvelle Presse Médical 1981 ; 10(32) : 2639-2643.

36- Dehaene Ph, Samaille-Villette C, Boulanger-Fasquelle P, Subtil D, Delahousse G, Crepin G.
Diagnostic et prévalence du syndrome d'alcoolisme fœtal en maternité. La presse médicale 1991 ; 20 (21) : 1002.

37- Delcroix M, Subtil D, Codaccioni X, Marpeau L, Vittu G, Titran M.
La grossesse et l'alcool. Entretiens de Bichat Thérapeutique 1998 : 255-266.

38-Demogeot C.
L'alcoolisme féminin. In : Barrucand D, ed.Alcoologie. Paris : Riom Laboratoires-Cerm : 1988. p173-175.

39- Denis Cook J.
Biochemical markers of alcohol use in pregnant women. Clinical Biochemistry 2003 ; 36:9-19.

40- Deroche S.
Pratique clinique sur des femmes et l'alcool. Alcoologie et Addictologie. Mars 2004 et son supplément.

41- Descombey JP.
Précis d'alcoologie clinique. Paris : Dunod ; 1994.

42- Diaz Gomez C., Milhet M.
Stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes. Evaluation des politiques de santé, OFDT, avril 2005.

43- Duchesne A.
Boire et trop boire au féminin dans la France des XVIII et XIXème siècles.
Cahiers de l'IREB, 1995, 12, 101-115.

44- Enquête alcool auprès des médecins généralistes des Pays de Loire.
ORS des Pays de Loire, sept 2000, 16p

45- Ernouf D, Morineau S.
Syndrome d'alcoolisme fœtal. Mécanismes physiopathologiques. Alcoologie 1999 ; 21 (2) : 329-339.

46- Fihey D.
Le syndrome d'alcoolisation fœtale dans la région Nord-Pas-de-Calais. Quelques exemples de prévention [thèse]. Lille : université du droit et de la santé : 1996.

47-Gabilly D.
Prévention en médecine générale des conduites d'alcoolisation. [thèse]. Poitiers : faculté de médecine et de pharmacie. 2004

48- Halmesmaki E.
Alcohol counselling of 85 pregnant problem drinkers: effect on drinking and fetal outcome. British journal of obstetrics and gynecology 1988 ; 95: 243-247. Cité dans Fihey D. Le syndrome d'alcoolisation foetale dans la région Nord-Pas-de-Calais. Quelques exemples de prévention [thèse]. Lille : université du droit et de la santé : 1996.

49- Ikonomidou C., Bittigau P., Ishimaru MJ., et al.: Ethanol-induced apoptopic neurodegeneration and fetal alcohol syndrome, Science, 2000 ; 287 : 1056-1060.

50- INPES. Baromètre Santé 2005, Premiers résultats.

51- Inserm. Expertise collective, 2001. Alcool, effets sur la santé. Exposition prénatale à l'alcool : données biologiques. Paris : édition Inserm 2001 : 119-136.

52- Izumi Y et al. A single day of ethanol during development has persistent effects on biodirectional plasticity, N-methyl-D-aspartate receptor function and ethanol sensitivity. Neuroscience 2005; 136: 269-79

53- Jones K. L, Smith D.
Recognition of the fetal alcohol syndrom in early infancy;
The Lancet, 1973, 2, 999-1001

54- Jones K, Smith D, Streissguth A, Myrianthopoulos N.
Outcome in offspring of chronic alcoholic women. The Lancet 1974; June 1: 1076-1078.

55- Jones K, Smith D, Ulleland C, Streissguth A
Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. The Lancet 1973 ; June 9: 1267-1271.

56- Kaminski M, Larroque B.
Consommation alcoolique des femmes enceintes et développement intellectuel des enfants. Cah Nutr Diét 1995 ; 30 (2) : 102-106.

57- Kandel O.
Trois chiffres, un schéma et quelques idées pour optimiser le dépistage et la prise en charge des mésusages de l'alcool. La revue du praticien 2002 ; 16(587) : 1408-1410.

58- Kay H.H., Grindle KM., Magness R.R, : Ethanol exposure induces oxidative stress and impairs nitric oxide availability in the human placental villi: a mechanism of toxicity, Am J Obstet Gynecol, 2000; 182: 682-688

59- Kiritzé-Topor P.
Analyse sur deux ans du suivi de patients alcoolo-dépendants en cabinet de médecine générale. La revue du praticien médecine générale 1998 ; 12 (434) : 35-40.

60- Kiritzé-Topor P.
Conduites d'alcoolisation et médecine générale. Le concours médical 1994 ; 116(16) : 1341-1346.

61- Kremp O, d'après un compte rendu de H. Collignon
Alcoolisation fœtale : informer et dépister septembre 2004

62- Kyllerman M, Aronson M, Sabel K, Karlberg E, Sandin B, Olegard R.
Children of alcoholic mothers: growth and motor performance compared to matched controls. Acta Paediatr Scand 1985 ; 74: 20-26.

63- Lamblin D. Les enfants porteurs de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale et leur devenir.
Alcool grossesse et santé des femmes. Déc. 2005

64- Le courrier des addictions. N°4, Vol 7- Octobre/Novembre/Décembre 2005.
Addictions-maternité : regards croisés. Journée du 13 octobre 2005, Faculté Médecine Nantes.

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

66- Lemoine P.
Historique des embryo-foetopathies alcooliques, 1997, MD-J FAS Int 2003 ; 1 -3, april 2003.

67- Lemoine P, Harrousseau H, Borteyru JP, Menuet JC.
Les enfants de parents alcooliques : anomalies observées. A propos de 127 cas. Ouest Médical 1968 ; 21 :476-82.

68- Lemoine P et al.
Avenir des enfants nés de mères alcooliques (étude de 105 cas retrouvés à l'âge adulte) et quelques constatations d'intérêt prophylactique. Ann pediatr (Paris) 1992 ; 39 :226-35.

69- Les conduites d'alcoolisations. Lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quels critères ? Alcoologie et addictologie 2001 ; 23 (4 suppl) : 67S-75S

70- Les conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse, Recommandations de la société Française d'alcoologie. Etat des connaissances actuelles sur, d'une part la consommation d'alcool et ses effets durant la grossesse et, d'autre part, les répercussions de cette consommation sur l'enfant à venir. Aspect clinique. Alcoologie et Addictologie juin 2003, tome 25, supplément au numéro 2 :51S-3S

71- Les conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse, recommandations de la société française d'alcoologie. Alcoologie et addictologie juin 2003, tome 25, supplément au n°2 :47S-50S.

72- Les conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse, Recommandations de la société Française d'alcoologie. Stratégies d'évaluations des conduites d'alcoolisation chez la femme enceinte. Alcoologie et addictologie juin 2003, tome 25, supplément au n°2 :82S-7S.

73- Les conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse, Recommandations de la société Française d'alcoologie. Stratégies d'intervention durant la grossesse pour la mère et l'enfant lorsque la mère consomme des boissons alcooliques. Alcoologie et Addictologie juin 2003, tome 25, supplément au n°2 :82S-7S.

74- Les conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse. Recommandations de la société française d'alcoologie. Alcoologie et Addictologie 2003 ; 35, Suppl au n°8.

75- Löeser.
Le syndrome d'alcoolisation foetale en Allemagne. Contact Santé 2000 ; 145.

76- Marcelli.
Enfance et psychopathologie. Paris : Masson ; 1999.

77– Membrado M. A propos de l'alcoolisme féminin.
Alcool, grossesse et santé des femmes. ANPAA 59 ; Déc 2005

78- Naassila M., Barbier E., Warnault V., Dubois C., Pierrefiche O., Vaudry D., Gonzales B., Vaudry H., Daoust M.
L'exposition précoce à l'alcool : un facteur de risque majeur dans la vulnérabilité aux drogues. Le courrier des addictions. Oct, nov, déc. 2005, n°4, vol 7, p.133-134

79- Nicloux M.
Recherches expérimentales sur l 'élimination de l'alcool dans l'organisme, détermination d'un alcoolisme congénitale [thèse]. Paris : 1900.

80-Observatoire français des drogues et des toxicomanies.
Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances 2002.

81- Olegard R.
The prevention of foetal alcohol syndrome in Sweden in: Robinson G, Armstrong R, eds. Alohol and child/family health: a conference with particular reference to the prevention of alcohol related birth defects. October 28th-29th 1988, Vancouver, British Columbia, 1988: 60-69.

82- Organisation mondiale de la santé.
Rapport sur la santé dans le monde : la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs 2001. http://www.who.fr

83- Petit C.
L'alcoolisme féminin dans son abord en psychiatrie. In: Rousseau JP, Faoro-Kreit B, Hers D, eds. L'alcoolique en famille. Bruxelles : De Boeck Université ; 2000. p105-114.

84- Plat P, Védrine M-F.
Alcoolisation féminine, grossesse et descendance. J. Gyn. Obst. Biol. Repr. 1982; 11: 969-979.

85- Playoust D.
Alcool et grossesse : une prévention qui nous questionne. Alcoologie 1999; 21 (4): 538-539.

86- Project choices intervention research group. Reducing the risk of alcohol-exposed pregnancies: a study of a motivational intervention in community settings. Pediatrics 2003 ; 111 (5) : 1131-1135.

87- Quinot K.
Prévention des risques foetaux liés à la consommation d'alcool au cours de la grossesse. Enquête auprès de 127 gynécologues obstétriciens. [thèse]. Paris 7ème : université Xavier Bichat.

88- Recommandations pour la pratique clinique. Les conduites d'alcoolisation, Annexe 2 : classification Alcoologie et Addictologie 2001 ; 23(4 Suppl).

89- Rosett H, Weiner L, Edelin K.
Strategies for prevention of fetal alcohol effects. Obstetrics and Gynecology 1981; 57 (1): 1-7.

90- Rouquette C.
Conduites d'alcoolisation des femmes enceintes à l'île de la Réunion [thèse]. Toulouse : université Paul Sabatier : 1997.

91- Rubi C, Lauquin P.
Le syndrome d'alcoolisation fœtal à l'âge adulte [thèse]. Lille : université du droit et de la santé : 2000.

92- Rueff B.
Les malades de l'alcool. John Libbey Eurotext, 1995.

93- Rueff B.
Les malades de l'alcool ne sont pas tous de alcooliques. Revue du praticien 1996 ; 10(343) :31-4.

94- Safville Express. Vol 3, n°2, hiver 2003.

95- Senn M, Straub D, Pellet J, Boussiron D.
Etude portant sur la consommation d'alcool pendant la grossesse.
Alcoologie et Addictologie 2005 ; 27 (3) : 181-190.

96- Senon J.L, Richard D.
Dictionnaires des drogues, des toxicomanies et des dépendances. Paris : Larousse ; 1999.

97- Shane T, Diekman, R, Floyd et al.
A Survey of Obstetrician-Gynecologists on their patients' alcohol use during pregnancy.
Obstetrics and Gynecology 2000 ; 5,95

98- Société canadienne de pédiatrie.
Le syndrome d'alcoolisme fœtal. Paediatrics and child health 2002 ; 7(3) : 181-196.

99- Société canadienne de pédiatrie.
Prévention du syndrome d'alcoolisme fœtal et des effets de l'alcool sur le fœtus au Canada.
Paediatrics and child health 1997 ; 2(2) : 146-9.

100- Société française d'alcoologie.
Conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse. Alcoologie et addictologie 2002 ; 24 (4) : 384-395.

101- Société Française d'Alcoologie.
Conférence de consensus. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. Alcoologie, 1999, juin, Tome 21 supplément au n°2.

102- Streissguth A P., Boostein F.L, Sampson P.D., Barr H.
The Seattle longitudinale prospective study on alcohol and pregnancy.
Neurobehavioral toxicology teratology. 1981, 3, p. 223-233.

103- Streissguth A.
Alcool in utero : les conséquences à long terme sont tragiques. JAMA 1991; 16 (227): 587-592.

104- Streissguth A, Aase J, Clarren S, Randels S, Ladue R, Smith D.
Fetal alcohol syndrome in adolescents and adults. JAMA 1991; 265 (15): 1961-1967.

105- Streissguth A, Landesman-Dwyer S.
Teratogenic effects of alcohol in humans and laboratory animals. Science; 209: 353-361.

106- Streissguth A, Sampson P.D., Olson H.C et al.: maternal drinking during pregnancy: attention and short-term memory in 14-year-old offspring.A longitudinal prospective study, Alcohol Clin Exp Res, 1994; 18: 202-218.

107- Subtil D.
Table ronde grossesse et alcool. Lille 2002.

108- Syndrome d'alcoolisation fœtale. Etude portant sur la consommation d'alcool pendant la grossesse. Alcoologie et Addictologie. Sept 2005. 181-190.

109- Vabret F, Bouchard S, Rouhart I, Davy A.
Psychopathologie de la femme enceinte alcoolique. Alcoologie 1999 ; 21(4) : 487-491.

110- Vert P.
Les embryofoetopathies alcooliques. In: Barrucand D, ed. Alcoologie. Paris: Riom Laboratoires-Cerm; 1988. P196-198.

NOM : GIGON Prénom : Elodie

Prévention de la consommation d'alcool chez la femme enceinte suivie en médecine générale, département de Loire-Atlantique.

RESUME

La consommation d'alcool en France est un vrai problème de santé publique, et l'est d'autant plus chez la femme enceinte. Les effets tératogènes de l'alcool sont considérables, allant de troubles psychocomportementaux, jusqu'au redoutable syndrome d'alcoolisation fœtale. Or, la prévention primaire reste largement insuffisante.
Notre enquête, réalisée en Loire-Atlantique, comprend deux questionnaires et compare leurs résultats. Un premier questionnaire rempli par 7 médecins généralistes interrogés par téléphone, montre qu'en effet, la consommation d'alcool chez la femme enceinte n'est que très peu abordée en consultation de médecine générale. Le deuxième questionnaire interroge 97 femmes en suite de couches au CHU de Nantes et montre qu'elles consomment de l'alcool de façon plus ou moins occasionnelle, même informées du risque tératogène de l'alcool.
La consommation zéro alcool durant la grossesse doit être le seul message à délivrer. Maintenant que les recommandations sont claires, les médecins doivent être suffisamment formés pour parler sans gêne de l'alcool. Par ailleurs, ce message de prévention doit également être relayé par une véritable politique de santé dans le but d'éduquer le grand public.

MOTS-CLEFS :
PREVENTION
ALCOOL
GROSSESSE
MEDECINE GENERALE
SYNDROME D'ALCOOLISATION FŒTALE