

UNIVERSITE DE NANTES
UFR DE MEDECINE
ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'Etat de Sage-femme

Alcool et grossesse :
Importance et difficultés du dépistage

Elise CERISIER

Née le 20 octobre 1983

Directeur de mémoire : Dr Bernard BRANGER

Promotion 2003-2007

Sommaire

Introduction.....	1
1. Généralités	2
1.1. Définition des consommations d'alcool.....	2
1.2. Epidémiologie.....	3
1.2.1. La consommation d'alcool	3
1.2.2. Le Syndrome d'alcoolisme fœtal et les Effets de l'alcool sur le fœtus	7
1.3. La nécessité du diagnostic	8
1.3.1. Effets sur le fœtus et le nouveau-né et devenir des enfants.....	8
1.3.2. Effets sur la grossesse.....	16
1.3.3. L'évitabilité de ces effets	17
1.4. Les moyens possibles du diagnostic	17
1.4.1. Identification d'une consommation d'alcool à problème	17
1.4.2. Diagnostic des effets fœtaux	22
2. L'étude	24
2.1. Méthodologie.....	24
2.1.1. Objectif.....	24
2.1.2. Population étudiée et moyens.....	24
2.2. Présentation des résultats	25
2.2.1. Caractéristiques de la population.....	25
2.2.2. Résultats de la totalité de l'échantillon.....	26
2.2.3. Difficultés de diagnostic en fonction des groupes de professionnels.....	35
3. Analyse et discussion	37
3.1. Intérêt et limites de l'étude	37
3.2.1. Intérêt	37
3.2.2. Les biais.....	37
3.2. Principaux résultats.....	38
3.3. Les points à discuter	38
3.3.1. Evaluation de la consommation	38
3.3.2. Les difficultés potentielles.....	39
3.3.3. Rôle particulier de la sage-femme dans le dépistage.....	45
3.4. Propositions pour améliorer le dépistage.....	47
Conclusion	48
Bibliographie	
Annexe 1 : les questionnaires standardisés	
Annexe 2 : Recommandations de la société française d'alcoologie 2003	
Annexe 3 : Photographies de personnes atteintes de SAF	
Annexe 4 : Grille d'entretien	

Introduction

Longtemps ignorée, la tératogénicité de l'alcool sur le fœtus est aujourd'hui communément admise. En conséquence, le message grossesse = zéro alcool est de plus en plus diffusé auprès du grand public. L'arrêté du 2 octobre 2006 rendant obligatoire la mention sur les bouteilles d'alcool du danger de l'alcool pour la grossesse, au moyen de texte ou de pictogramme, en est le témoin. Cependant, l'alcoolisme reste socialement rejeté et entouré d'a priori négatifs et d'autant plus s'il s'agit d'une femme. Qu'en est-il alors parmi les professionnels de santé qui rencontrent des femmes enceintes ? Aborder le sujet alcool au cours de la grossesse est-il aisé pour eux ou est-ce que le dépistage des buveuses excessives leur pose problème ?

L'objectif de ce mémoire a donc été de se tourner vers les pratiques de ces soignants afin de savoir s'ils rencontrent des difficultés face au dépistage de l'alcoolisme.

La première partie de cet exposé dresse une revue de littérature sur le sujet alcool : après une description des différentes modalités d'alcoolisations, du niveau de consommation d'alcool en France et de l'impact de l'alcoolisation sur la grossesse il relate les moyens permettant de repérer les buveuses excessives au cours de la grossesse. La seconde partie est consacrée à l'étude : elle porte sur les comportements des professionnels de santé nantais vis-à-vis du dépistage et a pour but de décrire les éventuels obstacles qu'ils rencontrent pour repérer une femme alcoolodépendante. Enfin, une troisième partie permet de discuter et analyser les résultats obtenus.

1. Généralités

1.1. Définition des consommations d'alcool

Plusieurs classifications des consommations d'alcool ont été proposées. La plus utilisée actuellement est celle de la Société Française d'Alcoologie (SFA). Elle distingue :

- *le non usage ou abstinence* de 1^{ère} ou 2^{ème} intention, définitif ou temporaire.
- *l'usage modéré* se définit comme une conduite d'alcoolisation sans problème pour l'individu. Il est défini par l'OMS comme une consommation d'alcool inférieure à 3 verres par jour pour un homme, 2 pour une femme et inférieure à 4 verres en une même occasion.
- *le mésusage* est lui-même subdivisé en 3 catégories :

- L'usage à risque correspond à une consommation pour laquelle il n'y a pas de dommage mais entraînant un risque pour l'individu du fait :
 - Soit de consommations supérieures aux seuils définis par l'OMS.
 - Soit d'une diminution de sa tolérance (liée à un âge jeune, au sexe féminin, à un faible poids, à l'association avec des médicaments ou d'autres produits psychoactifs ou à une consommation sensée lutter contre un mal être).
 - Soit de situations particulières : Pathologie organique ou psychiatrique, conduite nécessitant une vigilance particulière. La grossesse entre dans cette catégorie : en effet puisqu'on ne connaît pas de seuil en deçà duquel il n'existe aucun risque pour le fœtus, toute consommation d'alcool par une femme enceinte est un mésusage et l'abstinence est recommandée pendant toute la durée de la grossesse.
- L'usage nocif est caractérisé par l'existence de dommages médicaux, psychologiques ou sociaux mais sans dépendance [18–31].
- La dépendance se caractérise par l'impossibilité de s'abstenir de consommer de l'alcool tout en connaissant les conséquences négatives. Elle se traduit par une tolérance au produit c'est-à-dire la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir le même effet et par un syndrome de sevrage à l'arrêt de la consommation. La dépendance peut être physique et/ou psychique. La dépendance psychique se traduit par une sensation de malaise, d'angoisse lorsque la personne ne peut pas boire et la dépendance physique par un état de manque lors de privation d'alcool dont le signe principal est un tremblement majeur pouvant être accompagné de troubles du comportement

Selon le DSM-IV la dépendance se traduit par la présence d'au moins trois des manifestations suivantes à un moment quelconque d'une période continue de douze mois [24] :

- Tolérance
- Syndrome de sevrage
- Substance souvent prise en quantité plus importante ou prolongée
- Désir persistant
- Beaucoup de temps passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance
- Activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes abandonnées
- Utilisation de la substance poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent

L'alcoolisme peut être considéré comme une maladie chronique induite par la consommation répétée de boissons.

1.2. Epidémiologie

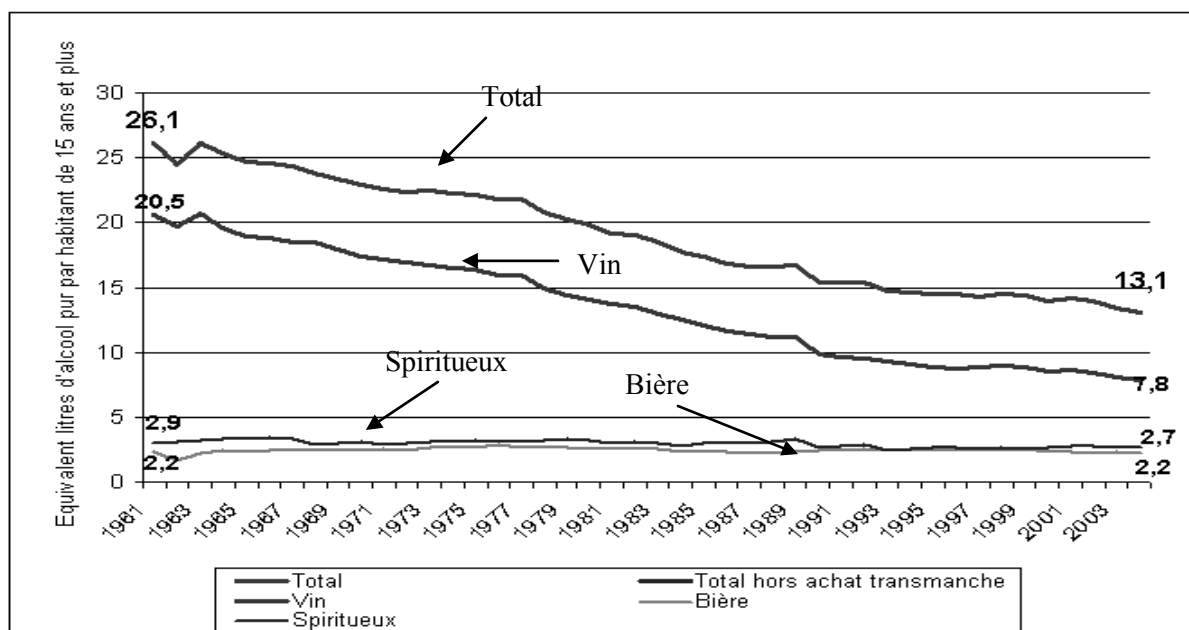
1.2.1. La consommation d'alcool

1.2.1.1. Population générale

Depuis le début des années 60 la consommation d'alcool a considérablement diminué. Cependant, la France reste un des pays les plus consommateurs puisqu'elle se situe au troisième rang des pays européens avec une consommation moyenne en 2004 de 13,1 litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans ou plus ce qui est l'équivalent d'environ 47 bouteilles d'alcool fort de 70 cl à 40° [31].

De plus, l'alcool est la substance psychoactive la plus consommée. Ainsi, selon le baromètre santé 2005, seuls 7 % des 18-75 ans déclarent n'avoir jamais bu de boisson alcoolisée (ni même des boissons peu alcoolisées comme le cidre ou le panaché), 37 % en consomment occasionnellement, 35 % au moins une fois par semaine, 15% tous les jours [27].

Figure 1 consommation d'alcool par habitant âgé de 15 ans et plus en France (1961-2004) [32]



Source : OMS de 1961 à 1989 ; groupe IDA entre 1990 et 1999, groupe IDA et Insee de 2000 à 2004

Par ailleurs, il semble que depuis quelques années les modes de consommation aient changé : l'usage quotidien d'alcool concerne surtout les générations les plus âgées alors que les générations plus jeunes ont plutôt une consommation élevée (*binge drinking*) au cours des week-ends [31]. De plus, la consommation d'alcool ne se fait plus nécessairement au cours des repas et est passée de « l'univers alimentaire » à « l'univers des loisirs ». Enfin, même si la boisson alcoolisée la plus couramment consommée reste le vin, les jeunes semblent privilégier les alcools forts.

L'alcoolodépendance

Le nombre de malades alcoolodépendants en France ne peut être déterminé que très approximativement. Selon le baromètre santé 2005, sur l'ensemble des personnes âgées de 18 à 75 ans, 10% connaîtraient ou auraient connu par le passé, un usage problématique d'alcool (donnée évaluée par le test DETA). Ceci représente 5 millions de personnes pour qui l'usage excessif d'alcool expose à des difficultés médicales, psychologiques et sociales, et 2 à 3 millions de personnes dépendantes de l'alcool. Cette proportion est restée stable depuis le début des années 1990 et varie faiblement avec l'âge. Les personnes présentant de tels signes se distinguent par :

- des consommations *plus fréquentes* (34 % boivent quotidiennement vs 15 % parmi les autres)
- des consommations *plus importantes* (en moyenne 3,4 verres lors de la dernière consommation, contre 2,1 pour les autres)

- *des ivresses plus importantes* : elles sont trois fois plus nombreuses à avoir été ivres au cours de l'année écoulée (42 % vs 14 %) et surtout, elles l'ont été environ deux fois plus souvent en moyenne (10,5 vs 4,7 parmi les individus rapportant avoir été ivres) [31].

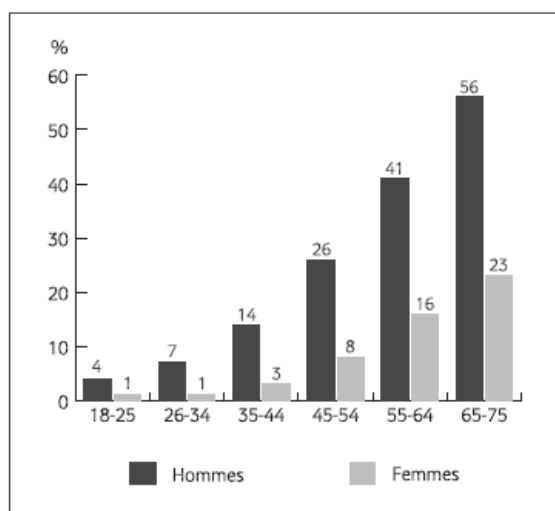
Notons également que 80% des consommateurs à problèmes sont également fumeurs [30].

1.2.1.2. La situation des femmes

Même si les hommes sont beaucoup plus consommateurs que les femmes, on estime à 8% la proportion de femmes qui boivent quotidiennement de l'alcool et 29% celles qui en boivent au moins une fois par semaine, ces chiffres restant relativement stables depuis 10 ans. Cette consommation quotidienne augmente avec l'âge [27] et le niveau de consommation est plus élevé chez les femmes ayant une profession moins qualifiée ainsi qu'aux deux extrêmes de la distribution du revenu familial [24]. Par ailleurs, selon Larroque, les femmes de 20 à 25 ans ont une consommation supérieure à la moyenne [29].

Chez les femmes comme chez les hommes, en particulier chez les jeunes, il y a une augmentation des ivresses aiguës le week-end. Ainsi selon le Baromètre santé 2000, 7% des femmes déclarent avoir connu au moins un épisode d'ivresse au cours des 12 derniers mois [29]. Notons aussi que les femmes sont plus vulnérables aux effets toxiques de l'alcool que les hommes et deviennent plus facilement dépendantes [4–11].

Figure 2 : Usage quotidien d'alcool au cours de l'année en 2005, selon le sexe et l'âge (%)



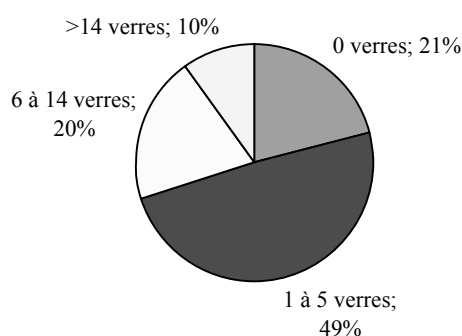
Source : Baromètre santé 2005, INPES, exploit. OFDT

Tableau 1 : consommation d'alcool selon le baromètre santé 2005

	abstinent	occasionnel	>1fois/semaine	quotidien	ivresse	alcoolodépendant
population générale	7%	37%	35%	15%	15%	10%
femmes	15%	48%	29%	8%	7%	5%

Nous retiendrons également les résultats d'une étude prospective réalisée en 2002 dans une maternité de niveau III auprès de 150 femmes hospitalisées en post-partum ou pour une pathologie gravidique. Elle évaluait la consommation d'alcool des femmes avant et pendant la grossesse de façon déclarative. Cette étude a pour avantage d'évaluer les habitudes de consommation des femmes en âge de procréer. Ses résultats sont présentés dans la figure ci-dessous [8].

Figure 3 : consommation d'alcool en nombre de verres par semaine avant la grossesse



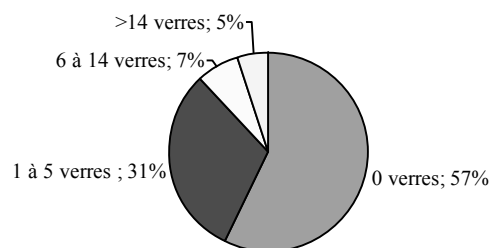
Parmi ces femmes qui consomment de l'alcool de manière régulière, certaines sont alcoolodépendantes. On estime à 5% la proportion de femmes qui présentent une dépendance ou un problème social, médical ou psychologique en relation avec l'alcool. De plus, même si ce phénomène reste plus fréquent chez les hommes, on est passé d'une femme repérée comme alcoolique pour 12 hommes en 1960 à une pour 3 hommes en 1998. Cet usage problématique varie peu avec l'âge [25–31].

Situation des femmes enceintes

Tous les auteurs s'accordent pour affirmer que la majorité des femmes diminuent leur consommation d'alcool pendant la grossesse et que ce changement se fait en général au premier trimestre. Cependant, peu d'études ont été réalisées au niveau national et elles montrent des résultats très variables concernant la prévalence de cette consommation. Ainsi d'après l'enquête nationale périnatale de 1998, 23% des femmes consommaient de l'alcool pendant leur grossesse. 3,1% avaient une consommation quotidienne de 1 à 2 verres et 0,8% de 2 verres ou plus [24].

Même si les auteurs affirment que ces chiffres sont probablement sous-estimés (du fait de l'image sociale négative de la consommation d'alcool chez les femmes et à fortiori chez les femmes enceintes) ils restent très inférieurs à ceux retrouvée par Chang en 2000 : selon lui 42% des femmes enceintes consomment quotidiennement 1 verre et demi par jour [26]. A titre d'exemple nous retiendrons également les résultats de l'étude prospective réalisée en 2002 dans une maternité de niveau III auprès de 150 femmes : 43% maintenaient un usage et parmi elles 9,9% présentaient un mésusage [8].

Figure 4 : consommation d'alcool en nombre de verres par semaine pendant la grossesse



La consommation quotidienne des femmes augmente avec l'âge. Or, en France, les grossesses surviennent de plus en plus tardivement confrontant de plus en plus les femmes enceintes à des habitudes d'alcoolisations anciennes qui ont pu évoluer avec le temps vers le mésusage voire la dépendance.

1.2.2. Le Syndrome d'alcoolisme fœtal et les Effets de l'alcool sur le fœtus

Le Syndrome d'Alcoolisme Fœtal (SAF) est la forme la plus sévère d'une atteinte liée à une exposition prénatale à l'alcool. Il a été décrit pour la première fois en 1968 par Paul Lemoine et sa prévalence reste difficile à estimer pour plusieurs raisons :

- Les enfants porteurs de ce syndrome ne sont pas toujours identifiés à la naissance
- Leur reconnaissance dépend des critères retenus pour définir le syndrome (classification française de Dehaene, classification des USA de 1989 ou celle de 1996)
- Cette prévalence dépend du niveau de consommation de la population qui est toujours difficile à évaluer en particulier chez les femmes enceintes et est variable d'une région à l'autre [26].

De plus, les chiffres dont nous disposons sont extrapolés à partir d'études locales et d'études réalisées dans d'autres pays. Larroque estime à 1 à 2% la fréquence du SAF dans les pays développés en se limitant à ses formes sévères et 4 à 5% en incluant les formes plus légères [29].

Une étude faite à Roubaix entre 1977 et 1979, zone où la consommation d'alcool est élevée, concorde avec ces données montrant une prévalence de 5‰ naissances et 1,4‰ pour les formes les plus sévères. Selon Kaminski et Larroque bien que la consommation d'alcool des femmes jeunes ait diminué en moyenne, les résultats observés dix ans plus tard à Roubaix étaient similaires [26]. On trouve ainsi un nouveau-né sur deux cent atteint de SAF dans cette région. Sampson estime quant à lui l'incidence du SAF à 2,8 à 4‰ et celle des Effets de l'Alcool sur le Fœtus (EAF : formes partielles de SAF qui apparaissent pour des consommations plus faibles) à 9,1‰ [26]. Il faut aussi souligner que ces taux varient sensiblement d'une région à l'autre : la prévalence est plus importante sur l'île de la Réunion, dans le Nord-pas-de-calais et en Bretagne. Globalement le SAF est responsable de 5% des anomalies congénitales et est la première cause de retard mental d'origine non génétique devant la phénylcétonurie ou l'hypothyroïdie par exemple [8–26–29].

1.3. La nécessité du diagnostic

1.3.1. Effets sur le fœtus et le nouveau-né et devenir des enfants

1.3.1.1. Caractéristiques

En fonction du niveau de consommation de la femme enceinte le fœtus peut être plus ou moins atteint. La forme la plus sévère apparaît pour de fortes consommations d'alcool : c'est le **syndrome d'alcoolisme fœtal ou embryofœtopathie alcoolique**. Il associe toujours 3 éléments : retard de croissance in utero (RCIU), dysmorphie cranio-faciale et atteinte du système nerveux central. D'autres malformations y sont associées dans 30% des cas. Entre ce tableau complet et l'enfant sain il existe plusieurs degrés d'atteintes qui apparaissent pour des consommations plus faibles. Ce sont les **effets de l'alcool sur le fœtus** (EAF) qui correspondent à des formes partielles du SAF. Par ailleurs, on peut aussi trouver des **désordres neuro-développementaux liés à l'alcool** (DNLA): il s'agit d'une forme particulière d'EAF où la dysmorphie est absente mais les troubles neurologiques et comportementaux sont présents.

Le problème est qu'on sait que les effets de l'alcool sont dose-dépendants mais on ne connaît pas le niveau de consommation à partir duquel ces effets peuvent apparaître et les effets d'une consommation faible et modérée ne sont pas clairement définis. De plus, différentes études ont montré que ces effets pouvaient aussi apparaître à la suite d'un épisode unique de forte alcoolisation maternelle.

Retard de croissance

Il est harmonieux c'est-à-dire qu'il touche aussi bien le poids que le périmètre crânien et la taille et apparaît in utero au deuxième trimestre de la grossesse pour des consommations supérieures à un verre par jour. Il est présent chez 80% des nouveaux-nés de mères alcooliques et peut s'associer à la prématurité aggravant le pronostic. Par ailleurs, il atteint souvent le 3^{ème} percentile et persistera après la naissance. Dans les formes les plus sévères on voit un nanisme avec microcéphalie. De plus, le poids du nouveau né constitue l'indicateur le plus représentatif des effets de l'alcoolisation de la mère. Ainsi selon Larroque, on observe une différence de 202g pour une consommation supérieure à 5 verres par jour, de 136g pour 3 à 4 verres par jour et de 32g pour 1 à 2 verres par jour [29]. Cependant, l'arrêt de la consommation d'alcool au cours de la grossesse permet de récupérer un poids de naissance proche de la normale [15–22–24–26–29–34].

La microcéphalie correspond quant à elle à une diminution globale de la masse cérébrale [26].

Dysmorphie cranio-faciale

Elle est caractéristique chez le nouveau-né quand elle est complète et parfois visible à l'échographie. Cependant, elle passe facilement inaperçue lorsqu'elle est incomplète. On trouve :

- une microcéphalie
- un front bombé et étroit avec des fosses temporales profondes
- un rétrécissement des fentes palpébrales
- un raccourcissement du nez avec une ensellure nasale marquée et une antéversion des narines
- un philtrum long et bombé avec un arc de cupidon absent et une lèvre supérieure fine
- une hypoplasie du maxillaire inférieur entraînant un microrétrognathisme [10–11–15–21–22].

On peut aussi voir mais de manière non systématique et non spécifique :

- une implantation basse des cheveux ou un hirsutisme frontal
- au niveau des yeux : des arcades sourcilières arrondies, un épicanthus (3^{ème} paupière située au bord interne de l'œil), un hypertélorisme (écartement excessif des yeux), un strabisme, des fentes anti-mongoloïdes (yeux inclinés vers l'extérieur et le bas), une microphthalmie, un ptôsis, une cataracte, une rétinite pigmentaire, une opacité cornéenne.
- au niveau des oreilles : elles peuvent être décollées, mal ourlées, basses implantées ou à bord supérieur horizontal [10–11–15–21–22].

Dans les formes incomplètes le diagnostic repose sur la présence d'au moins deux des éléments suivants : microcéphalie, rétrécissement des fentes palpébrales, philtrum long, lèvre supérieure mince et hypoplasie de l'étage moyen de la face.

Atteinte du système nerveux central

Elle se manifeste par des anomalies neurologiques, un retard de développement ou un déficit intellectuel, des problèmes de comportement et des anomalies structurelles du cerveau. Elle apparaît même pour de faibles consommations d'alcool : selon Larroque et Kaminski à partir de 2 verres par jour et selon Sood à partir d'un verre par semaine il y a un risque de déficience fonctionnelle, même en l'absence des autres caractéristique du SAF. Par ailleurs, ce déficit est d'autant plus important que la durée d'exposition à l'alcool pendant la grossesse est longue [26].

Atteinte structurelle

Les études post-mortem ont montré une diminution de la taille du crâne, du cerveau et du cervelet. Il existe aussi une réduction spécifique de certaines structures cérébrales (noyaux gris centraux, corps calleux, hippocampe). Le cerveau se développant tout au long de la grossesse, le risque d'atteinte cérébrale est permanent mais varie en fonction du stade du développement cérébral. Ainsi, à un stade précoce, l'alcool peut entraîner des troubles architecturaux du système nerveux central : anomalies de fermeture ou de segmentation du tube neural (anencéphalie, holoprosencéphalie, méningomyelocèle), hypoplasie voire agénésie du corps calleux ou variation de sa forme. Plus tard, il peut entraîner des anomalies de la prolifération et de la migration des neurones (lissencéphalie, ventriculomégalies, hydrocéphalies) et des troubles de la mise en place des circuits neuronaux. La plupart de ces malformations sont visibles par IRM en anténatal ou postnatal [17–24–26].

Atteinte comportementale

In utero la prise d'alcool modifie les mouvements respiratoires fœtaux.

Puis, à la naissance, on a tout d'abord un syndrome d'imprégnation par l'alcool qui se manifeste par une dépression respiratoire, une hypotonie axiale et un endormissement. Le nouveau né peut donc avoir un score d'Apgar bas.

Vient ensuite le syndrome de manque ou syndrome de sevrage qui apparaît au bout de 6 à 12 heures de vie et associe : hyperexcitabilité, troubles du sommeil, de la succion et de la déglutition. Il persiste plusieurs semaines et peut aussi être marqué par des convulsions, trémulations et clonies. Ces troubles peuvent exister aussi bien chez les enfants atteints de SAF que d'EAF et pour des doses modérées d'alcool.

On peut aussi observer des troubles comportementaux dès les premiers jours de vie de l'enfant avec une perturbation des réflexes archaïques (faiblesse du réflexe de Moro, réflexe hypertonique des bras et d'incurvation, lenteur dans le seuil de réflexe de la marche), une augmentation du temps où les yeux sont ouverts sans attention, une tête déviée à gauche, des tremblements corporels [16–21–22–24].

Malformations associées

Des malformations diverses sont associées dans 10 à 30% des cas à la triade retard de croissance, dysmorphie et atteinte du système nerveux central. Elles sont d'autant plus fréquentes que le SAF ou EAF est sévère. Ainsi dans son étude Lemoine retrouve 75% de malformations dans les cas de SAF graves [9–11–23].

- Les malformations cardio-vasculaires sont observées dans 10 à 20% des cas. Il s'agit essentiellement de défauts septaux (communication inter-ventriculaire ou inter-auriculaire) et parfois de pathologies plus complexes type tétralogie de Fallot.
- Des malformations squelettiques peuvent exister : anomalies des doigts (camptodactylie, syndactylie, polydactylie, anomalies des phalanges), des vertèbres, thorax en carène, luxation de hanche, pieds bots, syndrome de Conradi, synostose radio-cubitale, épiphyse ponctuée.
- Des malformations rénales et uro-génitales peuvent aussi être présentes. Elles sont souvent asymptomatiques ou de révélation tardive. On peut avoir une ectopie, hypoplasie rénale, une hydronéphrose ou encore une duplication ou un diverticule des voies excrétrices. Au niveau des organes génitaux, il peut y avoir une clitoromégalie, une hypoplasie des grandes lèvres, un vagin double chez la petite fille et un hypospadias ou une cryptorchidie chez le petit garçon.
- Des anomalies des téguments peuvent être observées : hirsutisme, angiomes tubéreux extensifs, fossette sacrée, hypoplasie des ongles, anomalie des dermatoglyphes.
- Enfin, il existe parfois une artère ombilicale unique, une sténose du pylore, une fente palatine ou encore une hépatomégalie [6–9–11–15–17–22].

Notons par ailleurs que l'alcool aurait une action co-carcinogène propre, à l'origine de certaines tumeurs.

1.3.1.2. Devenir

Le Retard de croissance

Avec l'âge la vitesse de croissance se normalise mais le retard initial ne se comble pas et tous les traitements sont inefficaces. Le retard de croissance persiste donc et est caractérisé par l'absence ou

la discrétion du tissu adipeux. De même, la microcéphalie persiste voire même s'aggrave et le cerveau garde un volume insuffisant [11].

La dysmorphie

Elle persiste pendant l'enfance et le visage se modifie à l'adolescence : il s'allonge, le menton reste en retrait mais devient massif et saillant alors que les yeux restent étroits.

Chez l'adulte, le visage peut rester identique à celui de l'adolescent mais on remarque parfois quelques modifications supplémentaires. Ainsi, dans la plupart des cas le nez va s'hypertrophier et les pommettes devenir saillantes, alors que l'espace naso-labial perd de son volume et que l'hypoplasie de l'étage moyen de la face persiste donnant à l'individu un visage émacié et des traits qui restent grossiers [5–6–10–11–21].

Atteinte neurocomportementale

Déficit cognitif

La gravité des séquelles va des troubles des apprentissages au déficit intellectuel sévère. Ainsi les désordres cognitifs interviennent dans des domaines divers et persistent avec l'âge :

- l'intelligence : le déficit intellectuel est d'autant plus important que la dysmorphie et la microcéphalie sont marquées. En moyenne, le Quotient intellectuel (QI) est abaissé de 6 à 7 points à partir de 3 verres par jour ce qui correspond à une proportion 2 à 3 fois plus élevée de personnes ayant un QI inférieur à 80. Cependant, les différentes études ne permettent pas d'exclure des effets pour des consommations moindres. Ainsi, près de 1 enfant sur 2 atteint de SAF présente un retard mental sévère avec un QI inférieur à 70. Les enfants atteints de DNLA ont quant à eux un retard mental moindre avec un QI autour de 90. Ce déficit peut donc conduire ces sujets en institution et parfois même aller jusqu'à une arriération mentale profonde sans aucun langage [3–6–10–11–17–24–26–34].

- la mémoire : toutes les fonctions mnésiques ne sont pas atteintes mais la capacité de mémoire à court terme l'est. Ceci est aussi dû à des difficultés d'attention et de concentration. Ces perturbations concernent surtout les nouveaux apprentissages. Ainsi, l'acquisition du langage, de la lecture et de l'écriture est retardée.

- Les fonctions exécutives : elles renvoient à des habiletés cognitives de hauts niveaux et déterminent la capacité à planifier son comportement et à ne pas agir de façon spontanée (inhibition) donc à vivre en société et de façon autonome. Ainsi, ces enfants présentent des difficultés dans l'élaboration de stratégies et la résolution de problèmes ainsi que des difficultés de jugement ce qui les amène souvent à des actes de délinquance. Ils présentent également des

troubles de l'attention et sont facilement distraits. De plus, ces troubles se retrouvent aussi chez les enfants ayant une efficacité intellectuelle normale, l'alcool agissant directement sur les fonctions exécutives [6–10–17].

- Il peut aussi y avoir des troubles de la motricité fine, une mauvaise intégration de l'information visuelle et de la pensée abstraite ou une émotivité et une anxiété excessives [3].

La présence ou non d'un RCIU est par ailleurs déterminante. En effet, ce dernier est responsable de déficiences intellectuelles modérées et de troubles des apprentissages scolaires.

Troubles du comportement

Ils sont presque toujours présents. Chez l'enfant comme chez l'adulte atteint de SAF, l'instabilité prédomine. Il existe plus de troubles alimentaires, de désordres psychiatriques (troubles de la personnalité, anxiété, dépression) ainsi que des troubles du comportement : hyperactivité, impulsivité, troubles émotionnels, absence d'inhibition des pulsions sont fréquents [11–34].

Conséquences

Les enfants présentent donc des difficultés scolaires majeures. Puis, à l'âge adulte, les individus les plus atteints ne sont pas autonomes et sont placés dans des instituts pour handicapés. De plus, il existe une difficulté majeure de socialisation et d'intégration, qui associée aux troubles cognitifs, conduit souvent à la marginalisation de ces individus et à une absence de qualification professionnelle [11–34].

1.3.1.3. Facteurs déterminants

Tous les enfants exposés à l'alcool in utero ne sont pas pareillement atteints. En effet, plusieurs facteurs déterminent l'expression du SAF et des EAF.

La période d'exposition

Il n'existe pas de période de la grossesse où la consommation d'alcool est sans effets sur le fœtus. Cependant, l'impact est différent suivant le terme auquel il est exposé. Ainsi, le premier trimestre de la grossesse correspondant à l'organogenèse, il existe essentiellement un risque d'anomalies structurelles et anatomiques. C'est à ce moment que la dysmorphie cranio-faciale et les autres malformations anatomiques peuvent se constituer. Au deuxième et troisième trimestre par contre, le risque est essentiellement un RCIU et une atteinte fonctionnelle. Le risque d'atteinte neurologique et comportementale existe quant à lui à toutes les périodes car le cerveau se développe tout au long de la grossesse [24–26].

Figure 5 : Périodes de développement des différents organes et sensibilité correspondante aux effets d'une exposition à l'alcool (source : INSERM 2001)



Le mode de consommation

La quantité bue par la mère joue un rôle important (la toxicité de l'alcool est dose-dépendante) ainsi que la façon de boire : il semble que les alcoolisations aiguës soient plus nocives pour le fœtus que les consommations moindres mais quotidiennes (7 verres bus en une occasion sont plus nocifs que 1 verre par soir en une semaine). Il faut savoir que l'alcool franchit la barrière par diffusion passive et donc que l'alcoolémie du fœtus est égale à celle de sa mère voire même supérieure compte tenu du poids du fœtus et du fait que son foie n'est pas assez mature pour l'éliminer correctement : « quand la mère est gaie le fœtus est ivre ». Ainsi Streissguth a trouvé une relation dose-effet pour les troubles cognitifs et comportementaux et Graham pour l'intensité de la dysmorphie [26]. Par contre, même s'il existe un continuum d'effets fœtaux avec l'augmentation de la consommation d'alcool, il est impossible de déterminer un seuil de consommation au dessous duquel il n'existerait aucun risque, ni de seuil pour les différents niveaux de gravité de l'atteinte fœtale.

La durée de l'exposition fœtale à l'alcool est également importante notamment en ce qui concerne la croissance du fœtus et ses troubles de développement [26].

Des facteurs environnementaux

L'ancienneté de l'alcoolisme et l'âge de la mère sont des facteurs aggravants souvent liés l'un à l'autre. La sévérité du SAF et des EAF est plus importante lorsque la mère est âgée de plus de 30 ans et on note une aggravation progressive au fil des grossesses [11].

La malnutrition peut aussi être un facteur aggravant, soit par diminution des apports caloriques soit par altération par l'alcool des mécanismes de transfert intestinaux et transplacentaires. Cependant son rôle n'est pas essentiel dans le déterminisme du RCIU. De plus, il existe chez les alcooliques chroniques des carences spécifiques et notamment un déficit en folate (mais la supplémentation n'empêche pas la survenue du syndrome), en zinc et une diminution des réserves et de l'utilisation du glycogène fœtal [15–17].

Par ailleurs, l'environnement socio-familial joue un rôle essentiel, les enfants de milieux défavorisés étant plus touchés que ceux de classes plus aisées exposés de manière identique à l'alcool. Ceci s'explique peut-être aussi en partie par le fait que dans ces milieux la malnutrition et les problèmes de santé chez la mère sont plus fréquents et que le niveau d'étude est souvent plus faible. De plus, les carences affectives plus fréquentes aggravent les troubles caractériels [11–17–21].

Enfin, la polyconsommation peut aussi être déterminante pour l'expression du SAF et des EAF. En effet chez la femme alcoolodépendante, l'alcool est souvent consommé en même temps que d'autres produits comme le tabac, les tranquillisants et les drogues illicites. La prise d'alcool va amplifier les troubles issus de ces conduites et son rôle sera difficile à déterminer puisque chaque toxique tend à potentialiser les effets de l'autre [11–21].

Une susceptibilité individuelle de la mère et de l'enfant

Une étude réalisée conjointement par Dehaene et Streissguth sur des grossesses gémellaires a permis d'étudier les variations d'origine génétique des effets de l'alcool sur le fœtus : tous les jumeaux monozygotes sont concordants en ce qui concerne les effets morphologiques et le niveau intellectuel alors que chez les jumeaux dizygotes on observe des différences significatives pour l'expression de la dysmorphie et le quotient intellectuel. Les effets de l'alcool sur l'embryon et le fœtus s'expriment donc plus ou moins fortement en fonction de leurs caractères génétiques et les enfants exposés de manière similaire n'ont pas tous le même avenir [5–17–21].

Par ailleurs, la toxicité de l'alcool et l'alcoolémie pour une même dose ingérée sont différentes chez chaque femme puisqu'elles dépendent, entre autres, de la taille et de la proportion totale d'eau corporelle. Ainsi, en fonction de la vitesse d'élimination, le fœtus est plus ou moins longtemps exposé à l'alcool ingéré [12].

1.3.2. Effets sur la grossesse

1.3.2.1. Avortements spontanés

Plusieurs auteurs retrouvent une corrélation entre la consommation d'alcool pendant la grossesse (à partir d'un à deux verres par jour) et le risque d'avortement spontané. Pour Larsson, ce risque relatif est de 9% pour les consommatrices modérées et 18% pour les consommatrices importantes (vs 1 à 2% dans la population générale) [7]. Notons cependant que ce lien n'est pas retrouvé dans toutes les études [24–26].

1.3.2.2. Durée de gestation

Une relation significative entre la consommation d'alcool et une durée de gestation légèrement plus courte est décrite dans plusieurs études, le seuil le plus bas mis en évidence étant de 10 verres par semaine (Kaminski et Larroque 1996 ; Kesmodel 2000) [24]. Larsson en 1983 retrouve ainsi 6% d'accouchement spontanés avant 37 SA pour des consommations supérieures à 2 verres par jour [7] et Parazini retrouve des résultats similaires en 2003 [14]. Cependant pour des consommations modérées le lien avec un risque de prématurité semble faible et il faut noter que certains facteurs de confusions peuvent entrer en ligne de compte dans ces études comme la situation sociale de la femme. Il existe par contre un risque de prématurité consentie plus important [7–14–24–26].

1.3.2.3. Hématomes rétro placentaire

Un taux plus élevé d'hématomes rétro-placentaire (HRP) existe chez les consommatrices d'alcool pendant la grossesse. Cependant cet effet reste encore inexploité [7–26].

1.3.2.4. Mortalité périnatale

Le risque de mort in utero et de mortalité néonatale est plus important chez les enfants de femmes consommatrices d'alcool pendant la grossesse. Ceci est dû essentiellement au RCIU, aux HRP et à la prématurité. Par ailleurs, ces enfants sont plus souvent transférés en néonatalogie en raison de leur hypotrophie, leur prématurité ou de l'existence d'une détresse respiratoire ou de malformations cardiaques associées.

1.3.3. L'évitabilité de ces effets

Les conséquences d'une consommation d'alcool pendant la grossesse sont donc multiples et dramatiques pour l'enfant à venir. De plus, ces effets apparaissent même pour de faibles consommations et il n'existe à ce jour aucun traitement efficace. Le seul moyen d'éviter ces effets est donc l'abstinence (recommandée dans la plupart des pays européens) puisqu'il est impossible de déterminer un seuil en deçà duquel il n'existerait aucun risque pour le fœtus. Ceci doit passer par une large campagne d'information auprès des femmes enceintes (prévention primaire) et par l'identification de celles qui présentent des difficultés vis-à-vis de l'alcool pour pouvoir ensuite les aider à se sevrer. Soulignons de plus, que même si on intervient tardivement pendant la grossesse, le fait de supprimer la consommation de boissons alcooliques est toujours bénéfique pour l'enfant à venir (correction du RCIU, effets moindre sur le développement intellectuel, ...) et de surcroît pour la santé de la femme elle-même.

1.4. Les moyens possibles du diagnostic

1.4.1. Identification d'une consommation d'alcool à problème

Le fait qu'une patiente déclare spontanément avoir des problèmes avec l'alcool est rare. En effet dans notre société l'alcoolisme féminin est entouré d'a priori, de jugements négatifs et donc souvent caché. C'est d'autant plus le cas chez une femme enceinte. C'est donc le rôle du soignant d'aborder la question de la consommation d'alcool.

1.4.1.1. Clinique et anamnèse

Le diagnostic repose tout d'abord et essentiellement sur la discussion avec la patiente. Ainsi la Société Française d'Alcoologie, dans ses recommandations publiées en 2003, incite à « 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 naissance (de la même manière qu'on s'informe du mode de vie, de la consommation de tabac, de médicaments, de produits illicites) » [17].

Repérage des femmes à risque d'alcoolodépendance

Même si la question de la consommation d'alcool doit être systématiquement abordée auprès de toutes les femmes au cours des consultations prénatales, il est intéressant de savoir repérer celles

qui sont plus à risque de présenter un problème avec l'alcool au cours de leur grossesse afin d'être encore plus vigilants lorsqu'on aborde ce sujet avec elles.

Antécédents familiaux

Des antécédents familiaux de troubles liés à l'alcool chez les parents ou dans la fratrie sont des facteurs de risque. En effet, on constate qu'il existe une importante héritabilité de la dépendance à l'alcool (qu'elle soit d'origine génétique ou environnementale) et que cette dernière survient alors plus précocement. Ceci est encore plus vrai si la femme présente elle-même les séquelles d'une exposition prénatale à l'alcool. Le mode de vie du conjoint doit également être exploré et notamment une éventuelle consommation de substances addictogènes ou des conflits ou violences conjugales [2-12-17-26].

Par ailleurs, il semble que les femmes ayant eu une « enfance difficile » soient plus à risque de présenter un mésusage avec l'alcool. C'est le cas si elles ont subi des abus sexuels, si l'un de leurs parents avait une pathologie psychiatrique (troubles dépressifs et anxieux) ou encore si elles ont vécu l'absence ou la perte d'un parent par exemple [2-12-17].

Troubles psychiatriques

Les femmes présentant ou ayant présenté des troubles de l'humeur (dépression), des troubles anxieux, des troubles de la personnalité, des troubles du comportement alimentaire ou des troubles psychotiques sont plus à risque de présenter une consommation d'alcool à problème. En effet, une récente étude Britannique montre que si la prévalence des troubles psychiatriques est de 12% dans la population générale elle passe à 30% dans la population alcoolodépendante [2-12-17-26].

Antécédents de dépendance aux substances psychoactives

La toxicomanie doit aussi être un élément d'alerte, la polyconsommation étant fréquente. Même si la patiente ne consomme plus cette substance, il faut être particulièrement vigilant car elle peut l'avoir remplacé par une autre substance psychoactive dont l'alcool. Dans ce contexte, les femmes sous traitement substitutif comme la méthadone constituent une population particulièrement à risque. La dépendance à la nicotine est également un élément à prendre à compte même si cela semble moins évident. En effet, il existe des liens non seulement sur le comportement observé mais aussi génétiquement déterminés. Enfin, un antécédent de dépendance à l'alcool ou d'enfant porteur de SAF est aussi à risque de récurrence pendant la grossesse même si la femme a été traitée et est apparemment sevrée. La grossesse entraîne en effet une vulnérabilité psychologique particulière [2-12].

Signes physiques d'alcoolodépendance

Parfois lors d'une consultation prénatale on peut supposer un abus d'alcool devant des signes physiques : peau couperosée, signes de manque (tremblements), aspect négligé ou encore haleine caractéristique. Cependant ces signes sont rarement présents et ne concernent qu'une partie des femmes ayant un problème avec l'alcool [25].

Conditions socio-économiques

La consommation d'alcool pendant la grossesse est plus importante chez les femmes ayant des métiers moins qualifiés ainsi qu'aux deux extrêmes de la distribution du revenu familial. Chômage, précarité de l'emploi sont des facteurs de risque connus mais n'oublions pas qu'il peut aussi exister un alcoolisme mondain. Il faut également être particulièrement attentif devant une adolescente enceinte qui a plus de risque de présenter des consommations aiguës, particulièrement le week-end et une polyconsommation (tabac, alcool, cannabis) [2–17–26].

Moyens d'aborder le sujet

Les entretiens libres

Ils consistent à aborder la question de la consommation d'alcool sans utiliser de questionnaire de référence et en posant des questions ouvertes. Dans cette situation, il est important de ne pas se limiter en demandant : « buvez vous de l'alcool ? » mais il faut faire préciser le type d'alcool bu, la quantité et la fréquence de la consommation. Les questions posées peuvent être : « vous est t'il arrivé de boire pendant la grossesse des apéritifs, de la bière, du vin, du cidre ou du champagne ? », « en buvez vous souvent et si oui quelle fréquence et quelle quantité ? » ou encore « à quand remonte votre dernière consommation d'alcool ? ». Ces entretiens libres présentent l'avantage d'être brefs mais ils sont très directs et entraînent donc probablement une sous estimation de la part des femmes voire parfois un déni de la consommation [26].

La consommation déclarée d'alcool

L'abord de la consommation d'alcool s'intègre alors à un questionnaire complet sur l'alimentation de la femme enceinte et ses habitudes de vie. La consommation est évaluée en nombre de verres standards ou en unités internationales d'alcool (1 verre standard = 10g d'alcool). Elle est interrogée sur le nombre de boissons qu'elle absorbe chaque jour pendant la semaine, le week-end et lors de fêtes. La femme est alors considérée comme faible buveuse au dessous de 7 verres par semaine et forte buveuse au dessus de 14 verres par semaine. Entre les deux, elle est considérée comme moyenne buveuse. Ce type de questionnaire donne une bonne estimation de la consommation réelle

des femmes mais il ne permet pas d'évaluer la dépendance au produit qui est pourtant le critère essentiel pour déterminer la prise en charge. De plus il dure environ 20 min [26].

Les questionnaires standardisés

Leur but est d'évaluer l'abus ou la dépendance à l'alcool au moyen de questions prédéfinies auxquelles on attribue ensuite un score. Faciles et rapides d'utilisation, ils constituent une pratique d'évaluation courante outre-atlantique mais restent peu développés en France. Ainsi, seul le questionnaire DETA (traduction du CAGE) a été traduit et validé en français. Les questionnaires TWEAK et T-ACE (cf. annexe 1) très pertinents chez la femme enceinte n'existent pas en langue française. Pourtant, ils présentent une bien meilleure sensibilité pour détecter les femmes qui consomment 1 verre d'alcool ou plus par jour et ont l'avantage d'évaluer la tolérance à l'alcool. L'utilisation du TWEAK est d'ailleurs recommandée par l'American College of Obstetrician and Gynecologists (ACOG) depuis 1994 et par le Royal College of Obstetrician and Gynecologists depuis 1999. De plus, la Société Française d'Alcoologie, dans ses recommandations en 2003, a demandé la validation en français du questionnaire T-ACE, développé spécifiquement pour la pratique obstétricale. Par ailleurs le questionnaire AUDIT pourrait être utilisé pendant la grossesse à condition d'en diminuer le seuil pour améliorer sa sensibilité [2–17–26].

Ils peuvent être présentés à la patiente avant la consultation sous forme d'autoquestionnaires écrits, ce qui donne une impression d'anonymat, à condition d'en rediscuter avec elle au cours de la consultation. Pour la Société Française d'Alcoologie ces questionnaires peuvent être « un moyen complémentaire à l'entretien pour nouer un dialogue en rapport avec la consommation d'alcool ». De plus pour de nombreux auteurs, l'amélioration du repérage des grossesses à risque du fait d'une alcoolisation passe par l'utilisation de ces questionnaires [26].

Le DETA se présente de la façon suivante :

- Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? (Oui = 1 point)
- Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ? (Oui = 1 point)
- Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? (Oui = 1 point)
- Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ? (Oui = 1 point)

Un score supérieur ou égal à 2 témoigne de l'existence très probable de problèmes liés à une consommation excessive d'alcool. L'inconvénient de ce questionnaire est qu'il ne dépiste qu'une partie des femmes ayant une consommation d'alcool supérieure à 2 verres par jour.

Etablir une relation de confiance

Les questionnaires seuls ne suffisent pas à dépister une consommation d'alcool problématique. En effet, il paraît indispensable pour obtenir des réponses sincères, d'établir un climat de confiance et d'empathie entre le soignant et la patiente. Ceci réside en grande partie dans le fait que la personne alcoolodépendante est jugée de manière négative par la société, et encore plus s'il s'agit d'une femme enceinte : « qui est plus socialement rejeté que la femme alcoolique si ce n'est la mère alcoolique? ». Ainsi, l'alcoolisme féminin est souvent clandestin, isolé, caché et culpabilisé. De plus, l'information alcool et grossesse est de plus en plus diffusée auprès du grand public. Les femmes enceintes savent donc qu'il n'est plus politiquement correct d'avouer boire de l'alcool. Par conséquent, le rôle du soignant est dans un premier temps de réussir à établir un dialogue, en se mettant à un niveau d'égalité avec la femme, pour qu'elle n'ait pas peur d'être jugée. Le thème de la consommation d'alcool doit être abordé naturellement, comme faisant partie de l'interrogatoire classique d'une consultation prénatale. Il peut être intégré aux questions portant sur les habitudes de vie et les habitudes alimentaires. De plus, même en cas de réponse négative de la femme il est important de laisser une ouverture : « si à un moment donné l'alcool vous pose un problème n'hésitez pas à m'en parler » [25].

1.4.1.2. Paraclinique : Les marqueurs biologiques

De nombreux paramètres biologiques ont été proposés comme marqueurs de l'alcoolisation maternelle: gamma glutamyl transférase (GGT), mesure du volume globulaire moyen (VGM), recherche de l'alcool dans l'air expiré et dans le sang, transaminases et plus récemment dosage de la transferrine désialylée (CDT pour *carbohydrate deficient transferrin*). Peu d'études ont évalué leur efficacité chez la femme enceinte et, bien que ces marqueurs soient utilisables pendant la grossesse, ils ne présentent pas beaucoup d'intérêt puisque aucun d'entre eux n'a une sensibilité de 100% et n'est spécifique de la consommation d'alcool. En effet, la sensibilité des GGT, VGM et alcoolémie est évaluée à environ 50% pour dépister les femmes qui boivent plus de trois verres par jour ce qui signifie qu'ils sont moins efficaces qu'un entretien bien mené avec des questionnaires bien utilisés. De plus, il n'existe pas de corrélation stricte entre l'intensité des perturbations biologiques et le niveau de consommation. En ce qui concerne la CDT, sa valeur est physiologiquement plus élevée pendant la grossesse : il faudrait donc modifier le seuil à partir duquel elle devient pathologique. De plus, sa sensibilité est moins élevée que celle de la GGT. C'est pourquoi pour la Société Française d'Alcoologie « l'utilisation de marqueurs biologiques dans le cadre d'un dépistage systématique et de masse n'est pas recommandée ». Ils peuvent exceptionnellement être utilisés en cas de déni formel de la femme pour essayer de renouer un dialogue.

Par contre l'élévation du taux de GGT est corrélée au risque d'atteinte foetale (RCIU, anomalies congénitales, complications péri- ou post-natales). Ce marqueur peut donc présenter un intérêt pour le suivi d'une patiente dont on sait déjà qu'elle consomme de l'alcool [1–4–15–17–26].

1.4.2. Diagnostic des effets fœtaux

1.4.2.1. In utero : diagnostic échographique

Parfois le repérage de l'alcoolisation de la mère peut être suspecté devant les signes échographiques d'une atteinte fœtale. Il est donc important de connaître ces signes, même s'il est vrai qu'idéalement le diagnostic de cette conduite addictive devrait être fait de manière précoce lors de l'interrogatoire, afin d'éviter l'apparition du syndrome d'alcoolisme fœtal. Cependant, même tardive, la prise en charge de la femme alcoolodépendante est toujours bénéfique pour le fœtus et la mère. Par ailleurs notons que le diagnostic échographique du SAF n'est possible que pour les formes graves et que même dans cette situation il reste difficile.

Il peut parfois être suspecté devant un RCIU harmonieux. Plusieurs études montrent que celui-ci est plus marqué au niveau des os longs : ainsi les fœtus atteints de SAF se distinguent essentiellement par un fémur court (inférieur au 10^{ème} percentile) dès le deuxième trimestre de la grossesse. Ce signe devrait donc faire suspecter un éventuel SAF méconnu. Il peut aussi être détecté lors de l'échographie morphologique puisque certains éléments de la dysmorphie faciale peuvent être visibles. L'aspect long et bombant du philtrum de manière permanente et l'absence d'arc de Cupidon sont les signes les plus facilement décelables. On peut aussi mettre en évidence l'aspect de la lèvre fine et à bord supérieur horizontal mais c'est plus difficile. Enfin d'autres signes sont bien visibles mais non constants : l'antéversion des narines, l'ensellure nasale marquée, le front bombant et le microrétrognathisme. Dans ce contexte l'échographie 3D peut être bénéfique puisqu'elle permet de visualiser le faciès du fœtus. Le diagnostic échographique des malformations fréquemment associées peut aussi être un signe d'appel de SAF [9–19–20–21].

Par ailleurs la quantité de liquide amniotique et l'épaisseur placentaire sont proportionnelles au gabarit fœtal tandis que les index doppler (ombilical et utérin) restent normaux [9–19–21].

1.4.2.2. Diagnostic néonatal

Le diagnostic de l'exposition prénatale à l'alcool n'est parfois réalisé qu'en période néonatale (parfois même plus tard voire jamais). Même à cette période il est important de le faire pour deux raisons. D'abord car il est essentiel de prendre en charge une éventuelle alcoolodépendance de la mère pour éviter une récurrence lors d'une future grossesse et pour qu'elle puisse s'occuper au mieux de son enfant. Ensuite parce que lorsque ce diagnostic est posé précocement on peut mettre en place une stratégie de prise en charge de l'enfant afin de réduire au maximum les manifestations de ce syndrome. Par ailleurs, le diagnostic de SAF peut parfois être confirmé à la naissance lorsque la consommation d'alcool de la mère était connue pendant la grossesse [16–26–34].

Cependant, même en période néonatale, ce diagnostic reste difficile d'autant qu'il n'existe à ce jour aucun test validé permettant de le confirmer (des études montrent l'intérêt potentiel de la recherche de « fatty acid ethyl esters » dans le méconium pour confirmer une exposition prénatale à l'alcool mais il n'existe pas de seuil déterminé) [1]. Toutefois celui-ci peut parfois être porté devant les caractéristiques physiques du nouveau-né (dysmorphie cranio-faciale et/ou retard de croissance) mais cela ne concerne que les tableaux de SAF complets et certains SAF partiels. On peut aussi le suspecter devant un syndrome de sevrage semblable à celui décrit plus haut. Dans la littérature on trouve plusieurs méthodes d'approche permettant de faire le diagnostic d'une atteinte fœtale liée à l'alcool. La plus couramment retrouvée est celle proposée par l'institut de médecine de Washington en 1996 : elle distingue 5 catégories [26–34] :

Catégorie 1 : SAF typique (dysmorphie faciale, retard de croissance et dysfonction du système nerveux central) avec preuve de l'exposition de la mère à l'alcool.

Catégorie 2 : SAF typique sans preuve de la consommation d'alcool par la mère pendant la grossesse

Catégorie 3 : SAF partiel avec une exposition prénatale à l'alcool et une dysmorphie faciale ou un retard de croissance ou des anomalies du système nerveux central.

Catégorie 4 : ARBD alcohol related birth defect : malformation congénitale liée à l'alcool (cardiaques, squelettiques, rénales, oculaires, auditives, cutanées)

Catégorie 5 : DNLA désordres neurodéveloppementaux liés à l'alcool : anomalies neurologiques du développement associées à une exposition prénatale à l'alcool et des anomalies du système nerveux central.

1.4.2.3. Diagnostics différentiels

Il faut être prudent car deux syndromes relativement proches du SAF doivent être éliminés pour affirmer le diagnostic.

Le Syndrome de Cornelia-de-Lange dans lequel on trouve un retard de croissance sévère ainsi que certains traits de la dysmorphie faciale du SAF comme un nez petit aux narines antéversées et un philtrum long. Cependant dans ce syndrome on trouve également des sourcils épais et des membres courts souvent malformés.

Le syndrome secondaire à une prise de Valproate® dans lequel on retrouve une hypoplasie de la face, un philtrum long, des narines antéversées et une petite bouche mais pas de RCIU [9].

2. L'étude

2.1. Méthodologie

2.1.1. Objectif

Une étude a été réalisée pour savoir si les professionnels de santé rencontrant des femmes enceintes abordent la question de la consommation d'alcool au cours de leurs consultations et pour cerner leurs éventuelles difficultés à diagnostiquer un mésusage d'alcool.

2.1.2. Population étudiée et moyens

Le sujet alcool est généralement abordé au cours des consultations prénatales. Nous avons donc interrogé des sages-femmes et gynécologues-obstétriciens réalisant des consultations de grossesses dans trois maternités nantaises : une structure publique, un établissement privé à but lucratif et une structure privée à but non lucratif (PSPH). La répartition a été déterminée, pour les médecins en fonction du nombre d'accouchement réalisés dans la maternité, et pour les sages-femmes en fonction du nombre d'entre elles qui pratiquent des consultations prénatales dans chaque structure. Le choix des professionnels interrogés s'est fait en fonction de leur disponibilité (possibilité de les joindre au téléphone ou de les solliciter entre deux consultations).

Le nombre d'entretiens a été déterminé en tenant compte du temps imparti pour la réalisation de ce mémoire. Ainsi, 29 entretiens durant environ vingt minutes chacun ont été réalisés à l'aide d'une grille d'entretien préétablie (présentée en annexe 4). Les résultats sont analysés à l'aide du logiciel Epidata®.

2.2. Présentation des résultats

2.2.1. Caractéristiques de la population

Nous avons rencontré 17 médecins et 12 sages-femmes en entretiens semi-directifs. Parmi eux il y a 10 hommes et 19 femmes, la moyenne d'âge est de 42 ans, le soignant le plus jeune ayant 23 ans et le plus âgé 57 ans. 12 travaillent au CHU, 5 dans un PSPH et 12 dans une structure privée à but lucratif.

Caractéristiques en fonction de la profession

On compte 10 hommes et 7 femmes parmi les médecins interrogés, les sages-femmes sont exclusivement des femmes.

Tableau 2 : Lieu d'exercice des médecins et sages-femmes interrogés n (%)

	CHU	PSPH	Privé but lucratif	Total
Obstétriciens	5 (29,4)	3 (17,6)	9 (52,9)	17 (100)
Sages-femmes	7 (58,3)	2 (16,7)	3 (25,0)	12 (100)

Tableau 3 : Répartition d'âge des médecins et sages-femmes interrogés

	Obstétriciens	Sages-femmes
Moyenne	43 ans	42 ans
Age minimum	29 ans	23 ans
Age maximum	55 ans	57 ans

Caractéristiques en fonction de l'établissement

Tableau 4 : Répartition des professions dans les trois maternités n (%)

Profession	Obstétriciens	Sages-femmes	Total
CHU	5 (41,7)	7 (58,3)	12 (100)
PSPH	3 (60)	2 (40)	5 (100)
Privée but lucratif	9 (75)	3 (25)	12 (100)
Total	17 (58,6)	12 (41,4)	29 (100)

Tableau 5 : Répartition en fonction du sexe dans les différentes structures n (%)

Sexe	Hommes	Femmes	Total
CHU	0 (0)	12 (100)	12 (100)
PSPH	2 (40)	3 (60)	5 (100)
Privée but lucratif	8 (66,7)	4 (33,3)	12 (100)
Total	10 (34,5)	19 (65,5)	29 (100)

2.2.2. Résultats de la totalité de l'échantillon

2.2.2.1. Evaluation de la consommation

La première partie de cet entretien avait pour but d'évaluer si les praticiens posent la question de la consommation d'alcool au cours de leurs consultations et si c'était le cas s'ils le faisaient de manière systématique ou ciblée.

31% des professionnels estiment que la consommation d'alcool pendant la grossesse est un phénomène fréquent, 52% que cela concerne peu de femmes et 17% n'ont pas d'idée sur cette question. De plus 14% pensent ne pas être concernés disant que ce phénomène n'existe pas ou peu parmi leur patientelle et à l'inverse 14% estiment que cela est plus fréquent qu'on ne le pense au premier abord.

On peut ensuite comparer l'abord de la consommation d'alcool avec celui du tabac et des drogues.

Tableau 6 : Abord de la question des addictions durant les consultations (%)

Type de consommation	Tabac	Drogues	Alcool
Toujours demandé	93	55	59
Parfois demandé	3,5	28	24
Jamais demandé	3,5	17	17

Parmi ceux qui n'abordent le sujet alcool que de manière ciblée les paramètres pris en compte sont variables :

- 31% se basent sur l'aspect physique de la femme : visage, aspect négligé, haleine caractéristique
- 10% posent la question si la femme présente des difficultés socio-économiques
- 10% si elle est fumeuse
- 7% si elle est jeune
- 7% tiennent compte de l'origine géographique de la patiente

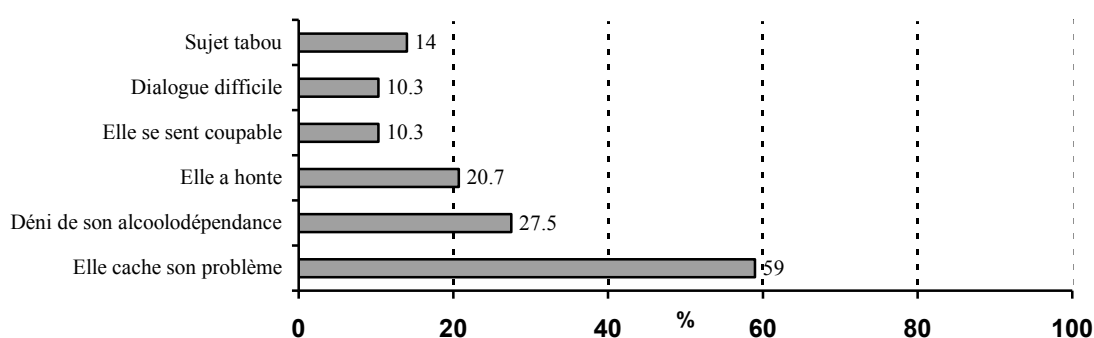
- 7% n'abordent ce sujet que si une consommation problématique a déjà été mise en évidence.

Par ailleurs 65,5% des personnes interrogées ont déjà diagnostiqué une consommation d'alcool à problème au cours de leur carrière.

2.2.2.2. Les difficultés potentielles du diagnostic

Seules 10% des personnes interrogées ne rencontrent pas de difficultés pour dépister les femmes ayant une consommation d'alcool à problème arguant que « ça se voit physiquement ». A contrario 90% affirment que ce diagnostic est difficile. Les arguments avancés le plus fréquemment mettent en cause la femme. Enfin les résultats divergent quant au fait que l'alcoolisme se voit physiquement : 41,3% pensent qu'on peut identifier une femme alcoolodépendante d'après son aspect physique et 24,1% d'après son haleine. A l'inverse 10,3% affirment que ce n'est pas possible.

Figure 6 : Raisons avancées pour expliquer la difficulté du diagnostic



Les représentations des soignants vis-à-vis de l'alcoolisme

■ Représentation sur les facteurs de risque d'alcoolisme

89,6% des soignants rencontrés pensent que certaines femmes ont plus de risques que d'autres de présenter un mésusage d'alcool. Les facteurs de risques les plus souvent cités sont:

- les difficultés socio-économiques : 69%
- l'environnement familial : 39%
- des difficultés psychologiques : 27%
- l'âge : 20%

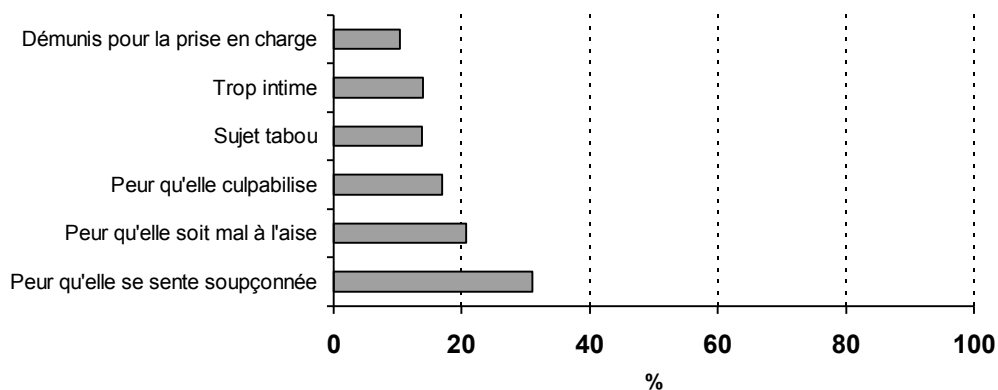
- l'alcoolisation mondaine : 14%
- une profession à risque (barmaid) : 14%
- une enfance difficile : 13,8%
- des antécédents personnels d'alcoolisme ou de toxicomanie : 7%
- le tabac : 3,4%

De plus 52% posent la question à la patiente même s'ils sont convaincus qu'elle ne présente pas de mésusage d'alcool.

▪ Gêne à aborder le sujet alcool

48% des praticiens se sentent gênés, la principale raison étant la crainte de perturber la relation avec la patiente

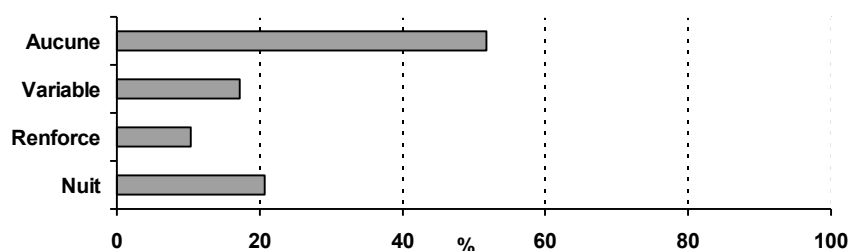
Figure 7 : Raisons évoquées par les professionnels gênés de parler alcool



▪ Représentations sur le lien entre la discussion au sujet de l'alcool et la relation de confiance

Seule une des personnes interrogées ne pense pas qu'il est obligatoire de créer une relation de confiance pour repérer une consommation d'alcool à problème. D'ailleurs 41,4% disent spontanément que la difficulté pour identifier une patiente alcoolodépendante réside aussi dans le peu de suivi des femmes : ces professionnels de santé affirment qu'ils rencontrent les femmes une à deux fois en consultation et estiment qu'ils abordent le sujet alcool alors qu'ils n'ont pas encore eu le temps de créer de véritable relation de confiance.

Figure 8 : Influence présumée du sujet alcool sur la relation de confiance

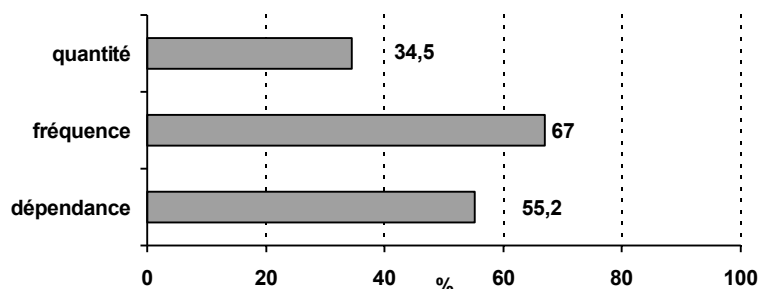


Parmi ceux qui estiment que cela nuit à la relation de confiance 13,8% estiment que la patiente peut se trouver blessée et 3,4% trouvent ce sujet trop intime.

▪ Représentations de l'alcoolisme et du seuil à ne pas dépasser pendant la grossesse

Pour 13,8% des soignants cela représente un vice et pour 93,1% une addiction. Cela concorde avec le fait que tous estiment que l'alcool peut avoir la même emprise que les drogues dures. Les résultats de la définition qu'ils ont proposé pour l'alcoolisme sont présentés dans le graphique ci-dessous

Figure 9 : Critères retenus pour définir l'alcoolisme



De plus, parmi ceux qui retiennent la notion de fréquence de la consommation 67% pensent que c'est le caractère quotidien qui détermine l'alcoolisme.

Par ailleurs, quand on s'intéresse au cas particulier de la grossesse on remarque que pour 34,5% des personnes interrogées toute consommation d'alcool est en trop. La majorité des professionnels estime que la consommation pose problème lorsqu'elle est répétée (41,3% et même quotidienne pour 10,3%), en fonction de la quantité bue (20,7%), et même uniquement s'il y a ivresse pour 7%. L'un d'eux mentionne aussi l'idée qu'il y a problème si la femme poursuit sa consommation tout en étant avertie des risques que cela entraîne. Enfin si on observe les réponses à la question : « sur quels éléments vous basez vous pour dire qu'une patiente a besoin d'une prise en charge particulière du fait de sa consommation d'alcool ? » les résultats sont similaires.

Tableau 7 : critères retenus pour évaluer la nécessité d'une prise en charge (%)

Critère retenu	Fréquence (n = 29)
Fréquence	38
Dépendance	24,1
Réévaluation lors de la consultation suivante	20,7
Réaction lorsqu'on parle d'alcool	10,3
Ne sait pas	7
Quantité	3,4

Là aussi on voit que c'est l'idée de fréquence de la consommation qui prédomine, le seuil étant fixé à une consommation quotidienne pour 27,3% d'entre eux, hebdomadaire pour l'un d'eux et encore moins fréquent pour un autre.

Représentation de leur rôle dans le dépistage

93% des professionnels interrogés pensent que c'est leur rôle de dépister les femmes ayant un problème avec l'alcool mais 7% disent ne pas être convaincus des dangers d'une consommation modérée pendant la grossesse et accepteraient cette mission si on leur prouvait qu'il existe un risque réel. 52% pensent avoir essentiellement un rôle de prévention par l'information, 31% un rôle d'orientation vers des professionnels spécialisés lorsqu'une prise en charge est nécessaire et 10% pensent que c'est à eux d'aider la femme à se sevrer.

Par ailleurs seulement 17% des soignants interviewés estiment que la grossesse n'est pas un moment approprié pour diagnostiquer et éventuellement soigner une alcoolodépendance.

Tableau 8 : Arguments donnés par les professionnels justifiant la possibilité d'un diagnostic et traitement

Défavorables à un traitement		
Traitement trop difficile pendant la grossesse	Trop tard	
80%	40%	
Favorables à un traitement		
Occasion de suivi médical	Patiente se sent responsable de son bébé	Psychologie de la femme différente du fait de la grossesse
46%	33%	21%

25% des soignants estiment que ce diagnostic aurait dû être posé et pris en charge avant la grossesse. De plus, 95% affirment que le médecin traitant aurait dû remplir ce rôle en préconceptionnel. Par ailleurs 83% pensent que l'entretien du quatrième mois est un moment approprié pour aborder le sujet de l'alcool : pour 10% parce qu'on parle de l'alimentation au cours de cette consultation et que cela permet d'introduire la question de la consommation d'alcool et pour 10% parce que cette consultation est plus longue.

Enfin, 55 % jugent qu'il faut insister devant une patiente qui nie manifestement son problème avec l'alcool.

Tableau 9 : Arguments avancés par les soignants pour justifier ou non une insistance

Par les soignants défavorables		
Report du sujet à une consultation ultérieure	Impossible d'insister	
38%	38%	
Par les soignants favorables		
Normal que la femme nie dans un premier temps	Rôle du soignant même si la femme est bousculée	Inconscience de la femme de son problème
62%	37%	12%

En ce qui concerne le suivi de la patiente lorsqu'une alcoolodépendance a été détectée, 76% pensent qu'ils continueraient de la suivre en mettant en place une prise en charge multidisciplinaire, 14% ne s'en sentent pas capables et 10% affirment que cela dépendrait des circonstances et notamment de l'atteinte fœtale.

Au cours de leur pratique quotidienne, 54% des professionnels pensent ne pas accorder suffisamment de temps à cette question. Parmi ceux-ci, 47% se justifient par le fait qu'ils n'ont pas le temps parce qu'ils doivent en priorité traiter le problème médical de la grossesse lorsqu'il y en a un, 13% affirment que les consultations sont trop courtes pour approfondir chaque sujet et 40% n'y accordent pas assez de temps parce qu'ils ne savent pas comment faire pour en parler. Enfin 13% admettent qu'ils devraient essayer de consacrer plus de temps à ce sujet.

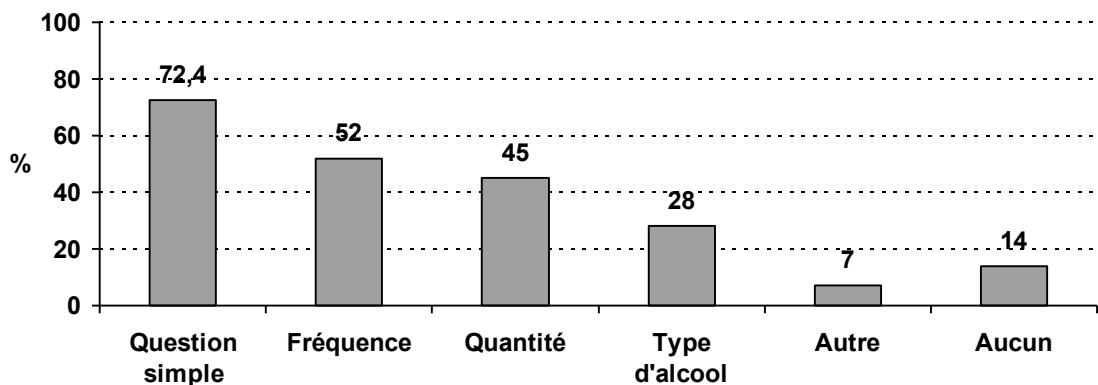
Connaissance des moyens à leur disposition pour le dépistage

▪ Moyens utilisés pour le dépistage

Seule une des personnes interviewées connaît la classification des consommations d'alcool en usage, abus et dépendance. De même, 79% des professionnels ne connaissent pas les questionnaires

de dépistage standardisés. Parmi les 21% qui les connaissent seuls 50% (3 sur 29) savent les utiliser mais ils ne le font pas. Deux d'entre eux les trouvent trop agressifs et un trop long à utiliser. Le moyen utilisé le plus fréquemment pour évaluer la consommation d'alcool des femmes pendant leur grossesse est une question simple type « vous arrive t'il de boire de l'alcool ». De plus 15% d'entre eux posent la question de manière fermée : « vous ne buvez pas d'alcool ? ».

Figure 10 : Moyens utilisés pour dépister un mésusage d'alcool



Par ailleurs 20,7% des professionnels trouvent utile de réaliser une prise de sang pour diagnostiquer un éventuel mésusage d'alcool. Parmi ces derniers, 83% le font sans avertir la patiente et pour 66% le but est de confirmer leur soupçon. Ceux qui le font avec l'accord de la patiente disent que l'objectif est de lui montrer que sa consommation est excessive. En ce qui concerne les soignants qui n'utilisent pas ce dépistage biologique 26% pensent qu'il est inefficace et 61% que le principe n'est pas éthique.

▪ Efficacité du dépistage systématique :

Les avis sont partagés quant à l'efficacité d'un dépistage systématique : 35,7% pensent qu'il est efficace, 42,8% qu'il ne l'est pas et 21,4% n'ont pas d'opinion sur cette question. Parmi ceux qui pensent qu'il n'est pas efficace quatre arguments sont donnés :

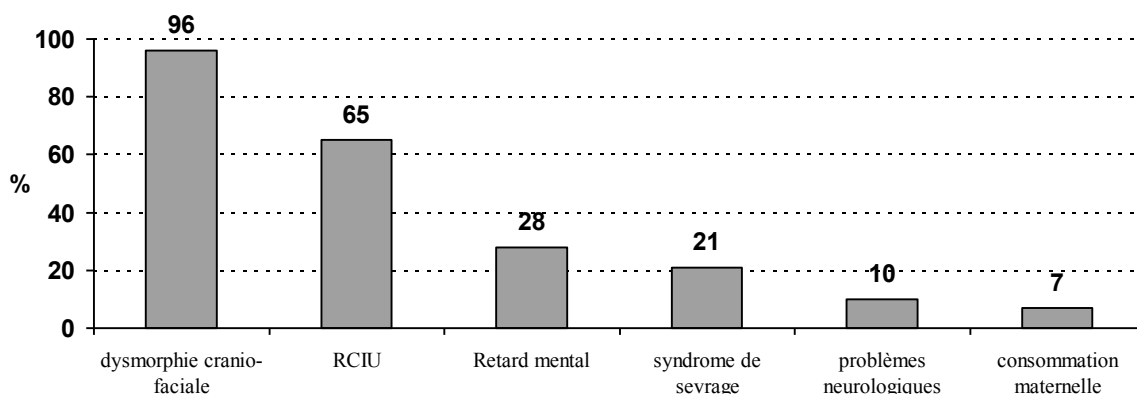
- ils posent la question de manière automatique parce qu'elle fait partie de l'interrogatoire classique mais ne montrent pas un grand intérêt vis-à-vis de la patiente lorsqu'ils la posent : 25%
- la plupart des patientes vont mentir : 25%
- le caractère systématique du dépistage est exagéré : 8%
- le dépistage est abusif parce que le corps médical cherche à contrôler tous les faits et gestes des patientes (1 personne)

Toutefois 21% de ces soignants disent que poser la question de la consommation est une manière d'aborder ce sujet et de montrer à la patiente qu'on est prêt à l'entendre si elle le souhaite.

- Diagnostic d'un SAF

62% des professionnels estiment qu'ils seraient capables de diagnostiquer un SAF chez un fœtus ou un enfant. Voici les critères qu'ils retiennent :

Figure 11 : Critères retenus par les professionnels pour diagnostiquer un SAF



De plus, devant une patiente ayant un ou plusieurs antécédents de grossesse avec RCIU inexpliqués 41% de ces soignants pensent au SAF.

- Conseils donnés aux femmes enceintes

Seulement 69% des professionnels conseillent l'abstinence et 41% expliquent les risques qui y sont liés pour le fœtus. A contrario, parmi ceux qui ne conseillent pas l'abstinence, 22% autorisent une consommation d'alcool quotidienne en faible quantité estimant qu'elle ne présente pas de risque pour le fœtus, 33% fixent le seuil acceptable à une consommation d'un verre par semaine en moyenne et 33% à une consommation moindre que cette dernière.

- Prise en charge d'une femme alcoolodépendante

En ce qui concerne la conduite à tenir pour la prise en charge d'une patiente alcoolodépendante 31% des soignants se sentent démunis et 17% redoutent ce diagnostic parce qu'ils ne savent pas comment le prendre en charge ensuite. 96% proposent d'orienter la patiente pour qu'elle bénéficie d'une prise en charge de son addiction mais les relais proposés sont multiples et seulement 61% connaissent des réseaux vers qui les orienter.

Tableau 10: orientation proposée pour une patiente alcoolodépendante n (%)

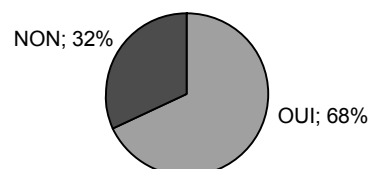
Relais proposé	Centre d'addictologie	Médecin traitant	Psychologue	Gastroentérologue	PMI
Fréquence	20 (69)	6 (20,7)	8 (27,6)	1 (3,5)	4 (14)

De plus 10,3% d'entre eux évaluent les risques liés à cette consommation, 7% avertissent le cadre du service et 3% évaluent la dépendance de la patiente et cherchent sa cause.

Par ailleurs lorsqu'on le leur suggère 28% pensent utile de prévenir une assistante sociale, 48% un psychologue et 55% la PMI. Cependant, 90% de ceux qui ne préviennent pas le psychologue comptent sur d'autres professionnels pour le faire et 80% préfèrent le proposer à la patiente plutôt que d'intervenir directement auprès de lui. Au niveau des transmissions 90% en parlent directement aux obstétriciens et 83% aux pédiatres du service.

Enfin la demande de formation est fréquente. Il s'agit essentiellement d'une demande sur les moyens pratiques pour aborder facilement la question de l'alcool au cours d'une consultation et sur la manière de prendre en charge ensuite la patiente.

Figure 12 : Souhait de bénéficier d'une formation



Représentation de soi-même vis-à-vis de l'alcool

38% des personnes interviewées se disent influencées par leurs propres habitudes de consommation dans l'estimation du seuil à ne pas dépasser. De plus, 17% se sentent gênés de conseiller à la patiente de ne pas boire du tout d'alcool alors qu'eux même peuvent en consommer occasionnellement.

Nous avons ensuite cherché à déterminer si les difficultés exprimées par les soignants étaient liées à leur profession, au lieu d'exercice ou encore au sexe. Dans cette partie, nous n'évoquerons que les difficultés pour lesquelles une différence est trouvée en fonction des groupes de professionnels.

2.2.3. Difficultés de diagnostic en fonction des groupes de professionnels

Spécificité des difficultés en fonction de la profession

Les difficultés des obstétriciens résident, plus que celles des sages-femmes, dans leurs représentations de l'alcoolisme : la confusion entre alcoolisme et précarité est fréquente (76,5% contre 58,3% des sages-femmes) et l'alcoolisme est souvent vu comme une faute (41,2% ont peur qu'elle se sente soupçonnée). De plus, ils adhèrent peu à la politique d'abstinence au cours de la grossesse (29% comprennent son intérêt, seuls 65% la conseillent alors que 12% autorisent une consommation quotidienne modérée). Quant aux moyens utilisés, 53% des obstétriciens considèrent que le dépistage systématique est inefficace contre 27% des sages-femmes. Ils ont aussi plus de difficultés à faire préciser sa consommation à une femme (seuls 35% le font) et sont plus enclins à utiliser le dépistage biologique (23,5% vs 8%). Enfin 69% estiment manquer de temps (contre 33% des sages-femmes).

Même si elles semblent plus convaincues par la nécessité d'une abstinence (75%) d'autres difficultés sont plus spécifiques aux sages-femmes. Comme les obstétriciens, beaucoup sont gênées d'aborder le sujet de l'alcool mais la crainte de culpabiliser la patiente s'il lui est arrivé de consommer et le fait qu'elles trouvent ce sujet intime sont des arguments plus souvent avancés (25% pour chaque vs 11,8% et 5,9% chez les médecins). De plus, 50% comparent la consommation d'alcool de la patiente par rapport à leurs propres habitudes (vs 29% des médecins) et 25% sont gênées de conseiller l'abstinence (vs 11% des médecins). Par ailleurs, 25% jugent qu'elles doivent elles-mêmes traiter la patiente. Enfin la principale raison avancée pour expliquer le manque de temps accordé à ce sujet est le fait de ne pas savoir comment s'y prendre (17%).

Spécificités des difficultés en fonction du lieu d'exercice

Dans cet échantillon, les difficultés vis-à-vis du dépistage de l'alcoolisme au cours de la grossesse semblent plus marquées dans le PSPH. En effet celui-ci se distingue sous plusieurs aspects des deux autres maternités. Tout d'abord, aucun des professionnels interrogés dans cette maternité n'aborde le sujet alcool de manière systématique, 40% n'en parlent jamais et tous estiment qu'ils n'accordent pas assez de temps à cette question (vs 33% au CHU et 54% dans la maternité à but lucratif). La première raison retrouvée est le fait que la nocivité de l'alcool est mal reconnue de ces professionnels : aucun ne comprend l'intérêt d'une abstinence et seuls 20% la conseillent (vs 67% dans la structure à but lucratif et 92% au CHU). Au contraire, 60% disent qu'une consommation

répétée ne pose pas de problème au cours de la grossesse (vs 33% au CHU et 42% dans la maternité à but lucratif). Ensuite, la crainte que le sujet alcool puisse nuire à la relation avec la patiente semble plus forte dans cette structure : cela concerne 40% des personnes interrogées contre 16,7% dans les deux autres maternités. Enfin, ces praticiens semblent plus influencés par leur propres habitudes de consommation (80%) et sont plus fréquemment gênés de conseiller l'abstinence parce qu'eux même peuvent boire de l'alcool (80%).

D'autres divergences apparaissent entre le CHU d'une part et les deux maternités privées d'autre part : au CHU les soignants abordent presque tous (91%) le sujet alcool même en l'absence de facteurs de risques repérés alors que c'est rarement le cas dans les deux maternités privées (0 dans le PSPH et 17% dans la structure à but lucratif). Notons alors une différence majeure pouvant expliquer ce phénomène : le CHU est la seule des trois maternités qui mentionne la question de la consommation d'alcool dans le dossier obstétrical. Une autre explication est le fait que les soignants du secteur privé restent plus sceptiques vis-à-vis de leur mission de dépistage (20% dans le PSPH, 8% dans le privé à but lucratif et aucun au CHU) ainsi qu'envers l'efficacité du traitement de l'alcoolodépendance en cours de grossesse. Par ailleurs, les professionnels du CHU pratiquent peu de dépistage à l'aide de marqueurs biologiques (8%) alors que c'est plus le cas dans les structures privées (33% et 20%). De même, les soignants du secteur privé se disent plus souvent démunis vis-à-vis de la prise en charge (PSPH = 60%, Privé but lucratif = 33% vs CHU = 17%) Enfin, 91% des praticiens de la maternité publique sont demandeurs de formation sur ce sujet vs 40% dans le PSPH et 58% dans la maternité à but lucratif.

Notons aussi qu'au CHU 91% des praticiens posent systématiquement la question de la consommation d'alcool mais 64% jugent ce dépistage systématique inefficace.

Spécificités des difficultés en fonction du sexe

Les hommes semblent avoir plus de difficultés pour poser la question de la consommation d'alcool que les femmes. En effet, 40% n'abordent jamais ce sujet au cours de leurs consultations (contre 5,3% des femmes) et seulement 16,7% la posent en l'absence de facteurs de risques repérés (contre 66,7% des femmes). Au contraire, ils sont plus favorables à un diagnostic par prise de sang (30% vs 15,8% des femmes) qui permet d'éviter d'aborder directement la question. D'ailleurs la raison de leur gêne est fréquemment la crainte que la patiente se sente soupçonnée (40% contre 26% des femmes) ou mal à l'aise (30% contre 16% des femmes). De plus, 78% évoquent le manque de temps comme explication contre 42% des sages-femmes. Pourtant dans cet échantillon les hommes sont plus nombreux à avoir diagnostiqué un mésusage d'alcool au cours de leur carrière (80% vs

58% des femmes) et croient plus en l'efficacité d'un dépistage systématique que les femmes (80% contre 44,4% des femmes).

Quant aux femmes, leur difficulté ne réside pas dans le fait d'aborder le sujet mais plus dans celui d'insister devant une patiente qui présente manifestement un mésusage d'alcool (70% vs 47% des hommes). Contrairement aux hommes, elles sont gênées de parler d'alcool parce qu'elles trouvent ce sujet intime (21,1%) De plus, elles se sentent plus démunies vis-à-vis de la prise en charge (78,9% vs 50%).

3. Analyse et discussion

3.1. Intérêt et limites de l'étude

3.2.1. Intérêt

L'intérêt principal de cette étude était de décrire précisément et de la manière la plus détaillée possible les difficultés que pouvaient rencontrer les professionnels concernés pour faire le diagnostic d'un mésusage d'alcool au cours de la grossesse. Ceci ne semblait possible qu'au moyen d'interviews individuelles car un questionnaire écrit aurait été trop long et ne permettait pas d'avoir un instantané de ce que pensent réellement les professionnels.

La particularité de cette étude est de se placer du point de vue des soignants. De plus elle ne s'est intéressée qu'à l'agglomération nantaise pour toucher l'ensemble des patientelles possibles dans cette ville.

3.2.2. Les biais

L'échantillon est petit (29) et le recrutement des professionnels s'est fait sur des critères non maîtrisés. Le caractère représentatif n'est donc pas assuré. On ne peut, a priori, pas étendre les conclusions à l'ensemble des gynécologues-obstétriciens et sages-femmes. L'étude ne permet donc que de décrire les comportements déclarés des répondeurs Toutes les personnes interrogées au CHU sont des femmes ce qui introduit un biais dans la comparaison entre sexes et entre structures. Enfin, cette étude concerne essentiellement des professionnels qui voient les femmes en fin de grossesse.

3.2. Principaux résultats

- Une petite majorité des professionnels interrogés aborde systématiquement le sujet alcool au cours de l'une des consultations prénatales (58%) mais 17% n'en parlent jamais.
- 90% des personnes incluses dans l'étude rencontrent des difficultés pour identifier un mésusage d'alcool. En première intention beaucoup (59%) mettent en cause la femme et sa réticence à parler de son problème mais secondairement on constate que beaucoup (48%) sont eux-mêmes gênés d'aborder ce sujet et 38% pensent que cette question peut parfois nuire à la relation de confiance.
- Les soignants interrogés sont bien conscients que l'alcool peut entraîner une véritable dépendance mais pour 45% d'entre eux ce n'est pas l'élément principal de la définition de l'alcoolisme. Durant la grossesse, une minorité (34,5%) comprend l'intérêt d'une véritable abstinence vis-à-vis de l'alcool mais 70% la conseillent. Par ailleurs les avis sont variables quant au critère qui doit engager une prise en charge approfondie.
- 93% des professionnels de cet échantillon admettent que ce dépistage relève de leur responsabilité et une minorité (17%) estime que la grossesse n'est pas appropriée pour un traitement de l'alcoolodépendance. Pourtant 45% disent ne pas insister face à une femme qui nie manifestement son problème avec l'alcool et 54% n'accordent pas assez de temps à ce sujet.
- Même si les caractéristiques du SAF semblent bien connues de ces professionnels les moyens de diagnostiquer un mésusage d'alcool le sont très peu. 31% se sentent démunis face à la prise en charge de l'alcoolisme de la patiente et la quasi-totalité des personnes interrogées propose une orientation vers des professionnels plus qualifiés. Au total, la majorité d'entre eux souhaiterait avoir une formation sur la manière de diagnostiquer et prendre en charge l'alcoolodépendance d'une femme enceinte.
- 38% se trouvent influencés dans l'estimation de la consommation des patientes par leur propre consommation.

3.3. Les points à discuter

3.3.1. Evaluation de la consommation

La question de la consommation d'alcool est beaucoup moins posée que celle du tabac. En effet, dans cette étude, seuls 59% des soignants prenant en charge des femmes enceintes la posent

systématiquement au cours de l'une de leurs consultations. D'autres résultats sont encore plus frappants puisqu'en Mayenne une enquête montre que cela ne concerne que 26,5% d'entre eux et même 18,8% dans une étude réalisée en 2002 au CHU de Nantes [35–36]. Pourtant dans ses recommandations officielles la Société Française d'Alcoologie estime que tous les soignants doivent « s'enquérir des pratiques de consommation d'alcool chez toutes les femmes qui désirent une grossesse ou qui sont enceintes » [17]. De plus, parler d'alcool avec des femmes pour qui cela ne pose pas de problème est aussi une manière pour le soignant d'apprendre à apprivoiser ce sujet afin de ne plus être gêné ensuite devant une femme alcoolodépendante. Enfin, même si la majorité des patientes à qui l'on pose la question n'est pas alcoolodépendante, le fait d'aborder ce sujet est l'occasion de délivrer ensuite un message de prévention en les informant des risques de l'alcool pour le fœtus. Ceci paraît très important d'autant que Laurence Garnier a montré que la majorité des femmes ne connaissent pas les risques liés à l'alcool pendant la grossesse même s'il est vrai que depuis 2002 les campagnes d'informations se sont développées [35].

24% des soignants interrogés n'abordent ce sujet que de manière ciblée c'est-à-dire devant une femme qu'ils estiment à risque de consommer de l'alcool. Or on constate également que plus de la moitié pensent que ce phénomène est rare et même que 14% s'estiment très peu concernés par ce problème du fait de leur patientelle. Il en résulte donc qu'ils abordent très rarement ce sujet. Pourtant, les rares études réalisées montrent que 23 à 43% de femmes maintiennent une consommation pendant leur grossesse [8–24–26–35]. De même, dans cette étude on constate que 65,5% des professionnels ont diagnostiqué un mésusage d'alcool au cours de leur carrière ce qui montre que ce phénomène n'est pas rare.

3.3.2. Les difficultés potentielles

3.3.2.1. Représentations des soignants vis-à-vis de l'alcoolisme

Représentation des facteurs de risque d'alcoolisme

La première hypothèse de difficultés potentielles était le fait que les soignants aient une représentation de l'alcoolisme féminin qui puisse desservir leur capacité à l'identifier. Ainsi, on constate que la quasi-totalité (89%) des professionnels inclus dans cette étude pense qu'il existe des femmes enceintes à risque de boire de l'alcool et d'autres non. Il est vrai que certaines circonstances ou antécédents (décrits p17-18) doivent attirer particulièrement l'attention [17] mais il faut être vigilant à ne pas caricaturer les femmes buveuses en pensant que celles qui ne présentent

pas de facteurs de risques ne peuvent pas être alcooliques, ce qui n'est le cas que de 52% de l'échantillon. De plus, on constate que l'alcoolodépendance est fréquemment associée à une situation socio-économique précaire (69%) et à un environnement familial particulier (39%). Ces résultats correspondent à ceux d'une étude menée dans les Hauts-de-Seine où la confusion alcool/précarité était fréquente [26]. Pourtant des antécédents de trouble psychiatrique ou de dépendance à une substance psychoactive doivent aussi attirer particulièrement l'attention alors qu'ils ont été très peu cités. De même, les antécédents familiaux d'alcoolodépendance sont des éléments d'alerte majeurs alors qu'ils n'ont été reconnus comme facteurs de risques par aucune personne questionnée. Il existe donc tout de même une méconnaissance des situations à risque [2-12-17-26].

Gêne à aborder le thème alcool

L'alcoolisme féminin et en particulier pendant la grossesse reste entouré d'a priori négatifs. En effet, 48% des soignants rencontrés sont encore gênés de demander à une patiente si elle boit de l'alcool : 51,7% pensent qu'elle peut se trouver soupçonnée ou mal à l'aise face à cette question. Ceci sous-entend que pour eux l'alcoolisme représente une faute ou du moins qu'il peut être vécu comme tel. L'étude réalisée en Mayenne montre des résultats similaires : 57,8% des praticiens disaient rencontrer des difficultés pour aborder ce sujet [36].

Rapport à la relation de confiance

Même si 20,7% des soignants craignent que cette question ne nuise à la relation de confiance avec la patiente, la majorité d'entre eux estime qu'au final que cela n'a aucun impact (51,7%). Toutefois l'installation au préalable d'une relation de confiance semble nécessaire à tous les professionnels (sauf un) pour que le dépistage soit efficace. Il est vrai que l'alcoolisme féminin est souvent caché et culpabilisé ce qui justifie de prendre le temps de créer une relation d'empathie et de montrer à la femme que le soignant ne la juge pas. De plus, un autre obstacle peut être la crainte de la femme qu'on lui retire son enfant à la naissance [25-32]. On comprend alors que beaucoup de ces professionnels rencontrent des difficultés car ils n'exercent qu'un suivi ponctuel de la patiente.

Définition de l'alcoolisme

Une certaine contradiction apparaît quand on questionne ces soignants sur la définition de l'alcoolisme : en effet, parmi plusieurs propositions 93% jugent que cela représente une addiction (et 13,8% un vice) mais spontanément pour 62% le critère principal est la fréquence de la consommation et pour 38% la quantité bu alors que seuls 55% retiennent la notion de dépendance. Ainsi, l'alcoolisme est encore très souvent vu comme une consommation quotidienne et excessive

plutôt que comme une dépendance à un produit. Il est vrai que l'OMS retient des seuils de quantité à ne pas dépasser quotidiennement mais cela correspond à l'apparition de risques pour la santé de l'individu [18–31]. Quant à l'alcoolisme, il est souvent associé à une consommation fréquente et en forte quantité mais c'est la notion de dépendance qui le caractérise et le distingue du mésusage simple. Attention donc à ne pas oublier cette notion, essentielle pour ne pas confondre alcoolisme avec vice ou comportement volontairement immoral. De la même manière, pendant la grossesse, les soignants font appel à une prise en charge particulière plutôt en fonction de la fréquence de la consommation que de l'existence d'une dépendance (24%). Ils considèrent donc que lorsqu'une consommation est « peu » fréquente elle est plutôt due à une inconscience de la femme qu'à une réelle difficulté. Cela correspond au constat de la société française d'alcoologie qui estime que pour beaucoup de professionnels : la femme ne veut pas se soigner.

3.3.2.2. Représentation de leur rôle dans le dépistage

Dépistage et prise en charge

La seconde hypothèse posée était que les professionnels ne se sentent pas concernés par ce dépistage. Ce n'est pas le cas puisque 93% d'entre eux ont estimé que cela relevait de leurs fonctions et 83% pensent que la grossesse est compatible avec ce diagnostic et la mise en route d'un traitement. En effet, les consultations auprès de professionnels de santé sont peu souvent motivées par leur alcoolodépendance et une demande de prise en charge [26]. Comme le soulignent 46% des personnes interrogées, les consultations prénatales sont donc l'occasion de faire ce diagnostic. Ensuite, même si peu d'études déterminent l'efficacité d'un traitement pendant la grossesse, il est de toute façon nécessaire de tout mettre en œuvre pour obtenir un sevrage d'autant qu'aucun effet négatif n'a été démontré. De plus, selon la Société Française d'Alcoologie, la période de la grossesse constitue souvent le meilleur moment pour prendre en charge une femme alcoolodépendante [17–32]. Les deux arguments évoqués par les professionnels favorables à un traitement semblent donc recevables: pour 33% la femme est plus motivée parce que son bébé est en jeu et pour 21% sa psychologie est différente. Toutefois, il est vrai que ce traitement se fait dans un cadre d'urgence pour l'enfant et on comprend que 95% des professionnels rencontrés trouvent dommage que ce problème n'ait pas été pris en charge en préconceptionnel. Enfin, 83% pensent que l'entretien du quatrième mois est adapté pour aborder ce sujet ce qui correspond aux recommandations officielles qui affirment que « l'entretien de parentalité (...) devra intégrer cette dimension » [17]. En effet, ce dernier a l'avantage de donner suffisamment de temps pour discuter avec la patiente et établir une relation de confiance puisqu'il dure au minimum 45 minutes. Son objectif est de repérer les femmes qui peuvent se trouver en situation difficile, l'alcoolisme en faisant partie. Il ne s'agit pas de les stigmatiser mais cela permet ensuite d'organiser au mieux la

prise en charge de leur grossesse et d'essayer de leur proposer des solutions pour résoudre leurs problèmes. Toutefois, il faut rester vigilant à ce que ça ne devienne pas une manière de se décharger de leur responsabilité pour les autres professionnels qui rencontrent également des femmes enceintes. Par ailleurs, dans le cas d'une alcoolodépendance, il faut noter que cet entretien a lieu tardivement dans la grossesse : le fœtus aura déjà souffert de l'alcoolisation de sa mère et il serait préférable que la prise en charge ait été mise en place le plus tôt possible. Ainsi, certains professionnels ont soumis l'idée, au cours de nos entretiens, de remplacer ou compléter cet entretien du 4^{ème} mois par un entretien préconceptionnel.

Devoir d'insister

45% des professionnels interrogés jugent qu'il ne faut pas insister devant une femme qui manifestement, nie son problème avec l'alcool. Pourtant, la littérature montre qu'il est difficile pour elles de parler librement de leur difficulté par crainte de discrimination de la part du corps du médical et peur qu'on leur retire la garde de leur enfant à la naissance. On comprend alors qu'il faut souvent poser la question plusieurs fois pour obtenir une réponse adaptée. L'important est de ne pas se montrer pesant (au risque qu'elle se referme sur elle-même) et de ne pas chercher à obtenir des aveux mais d'expliquer à la patiente que le praticien est là pour l'aider et non la juger. En effet, en l'absence de coopération de la femme aucune prise en charge n'est possible et on se trouve alors dans une impasse. Ces justifications correspondent aux arguments avancés par les soignants qui n'hésitent pas à insister. De plus il faut aussi tenir compte du fait que pour 61% des femmes enceintes consommatrices (selon Klein et Zahnd) la première raison de refus de prise en charge est le sentiment de pouvoir arrêter seules et non le fait de se complaire dans leur situation [17–33].

Temps accordé

Plus de la moitié de l'échantillon estime ne pas accorder assez de temps à ce thème. Ce phénomène est courant puisqu'aux USA, une étude montre que 70% des médecins estiment ne pas avoir assez de temps pour aborder correctement ce sujet [26]. L'étude réalisée en Mayenne est également évocatrice puisque seuls 28% parlent de l'alcool pendant plus de 5 minutes, la majorité (52%) y consacrant 1 à 5 minutes en moyenne [36]. De même au CHU de Nantes en 2002, plus de 80% des femmes affirmaient n'avoir jamais reçu d'information concernant l'alcool de la part du corps médical [35]. Dans notre étude deux arguments sont avancés : le fait de ne pas savoir comment faire mais aussi le manque de temps lié aux autres pathologies éventuelles de la grossesse. On voit alors l'intérêt de développer auprès d'eux les stratégies de questionnaires standardisés qui peuvent être donnés en salle d'attente et permettent de consacrer peu de temps à ce dépistage tout en étant

efficace. De plus, soyons vigilant à ce que l'argument du temps ne soit pas un prétexte qui cache d'autres difficultés.

Suivi

76% de l'échantillon continuerait de suivre une patiente alcoolodépendante sur le plan obstétrical. En effet, cela permet de maintenir un lien avec un interlocuteur privilégié mais tout en mettant en place une prise en charge multidisciplinaire.

3.3.2.3. Connaissances des professionnels

Moyens à disposition

La troisième hypothèse était que les professionnels de santé ne connaissent pas bien les moyens à leur disposition pour diagnostiquer et prendre en charge une alcoolodépendance ainsi que les répercussions possibles sur le fœtus. Cette hypothèse s'est trouvée confirmée. En effet, on constate que seule une personne connaît la classification des consommations d'alcool actuellement reconnue officiellement. De même, alors que les questionnaires de dépistage standardisés ont fait preuve de leur efficacité et que la Société Française d'Alcoologie recommande l'utilisation en particulier du T-ACE, on constate qu'ils sont fortement méconnus des professionnels interviewés et ne sont pas utilisés par ceux qui les connaissent. A l'inverse ceux-ci emploient fréquemment la méthode d'une question simple type « buvez vous de l'alcool ? » qui demeure restrictive et à peu de chances d'aboutir face à une femme qui se trouve dans le déni [26]. Pour les professionnels qui trouveraient ces questionnaires standardisés trop directs il est toujours possible d'utiliser la méthode des entretiens libres ou la CDA (consommation déclarée d'alcool) mais dans ce cas il ne faut pas se contenter de demander à la femme si elle boit ou non de l'alcool mais il faut faire préciser la fréquence de la consommation et la quantité bue à chaque occasion ainsi que les modalités de l'alcoolisation et la possibilité ou non de la supprimer [25–26]. Dans cette étude, la fréquence n'est demandée que par 52% et la quantité par 42%. En Mayenne, les résultats sont similaires puisqu'il arrive à 62% des praticiens de se renseigner parfois sur la quantité d'alcool consommée [35]. De même, l'étude de L. Garnier montre l'intérêt de faire préciser leur consommation aux patientes et de ne pas se contenter de « cela m'arrive occasionnellement » : en effet 54% des patientes interrogées au CHU disaient consommer 1 à 2 fois par mois et 15% plus de 2 verres par semaine. De plus 20,7% des soignants interrogés pensent utile de demander un dépistage biologique et parmi eux 83% le font en le cachant à la patiente. Pourtant les différentes études montrent la faible efficacité de ces dosages et leur infériorité par rapport à un entretien bien conduit, ce que ces professionnels ignoraient [4–15–17–26]. De plus, le fait de les pratiquer sans en informer la

patiente au préalable est contraire au devoir d'information légal et même si ce n'était pas le cas cela ne contribue absolument pas à établir une relation de confiance pourtant indispensable pour permettre une prise en charge.

Connaissance de l'efficacité du dépistage systématique

42,8% des soignants rencontrés estiment que le dépistage systématique n'est pas efficace. Une des principales raisons évoquée est la manière dont ils posent la question et le peu d'intérêt qu'ils y portent ce qui justifierait probablement une mise à jour pour leur permettre de faire ce dépistage de manière systématique mais intéressante. En revanche 25% mettent en cause le mensonge des patientes. Pourtant Russel attribue une sensibilité de 83% au questionnaire T-ACE dans une étude menée auprès d'un large échantillon (4743 femmes). Là encore c'est donc la méconnaissance des moyens réellement efficaces qui doit être mise en cause [17].

Connaissance du SAF

Les caractéristiques du SAF semblent quant à elles mieux connues de ces professionnels de santé, puisqu'ils évoquent à juste titre, la dysmorphie cranio-faciale pour 96%, le RCIU pour 41% et le retard mental pour 28%. De plus, 62% pensent qu'ils seraient capables d'identifier facilement un nouveau-né porteur de ce syndrome. Or les études montrent que ce n'est pas forcément aisé à la naissance car il existe des formes peu symptomatiques [26]. De plus, ces soignants ont omis le cas des EAF ou la dysmorphie n'est pas toujours présente.

Adhésion à la recommandation d'abstinence

Le message de prévention sanitaire « grossesse = zéro alcool » a peu de succès auprès des professionnels interrogés. En effet, même si 69% d'entre eux conseillent l'abstinence à leurs patientes seulement 34,5% y adhèrent totalement puisque les autres estiment qu'une consommation ne pose problème que si elle est répétée. D'ailleurs, certains disent encore à leurs patientes qu'une consommation quotidienne en faible quantité est possible. Ces données sont également retrouvées dans d'autres départements : en Mayenne I. Poilpre montre que 53% des praticiens conseillent l'abstinence [36] et dans les Hauts de Seine une enquête met en avant un déni du risque fœtal et un rejet massif de l'option « tolérance zéro » [26]. Au cours de ces entretiens, certains de ces professionnels se sont justifiés en disant que la recommandation d'abstinence vient s'ajouter à toutes les restrictions alimentaires et d'hygiène de vie qu'on impose aux femmes enceintes : ils refusent donc l'option tolérance zéro qui conduit pour eux à une grossesse surmédicalisée et trop défiante. Les recommandations de la SFA concernant la nécessité « de développer les formations pluridisciplinaires sur les conséquences d'une exposition prénatale à l'alcool » de manière généralisée et soutenue dans le temps sont donc parfaitement justifiées. Elles sont l'occasion

d'expliquer aux praticiens que l'option « tolérance zéro » réside dans le fait qu'on ne connaît pas, à ce jour, de seuil de consommation en deçà duquel il n'existe aucun risque pour le fœtus. En tant que soignant, on ne peut donc pas leur assurer, par un choix arbitraire et subjectif, qu'une consommation occasionnelle (ou a fortiori quotidienne) est sans risque. Aux Etats-Unis et au Canada des campagnes d'informations auprès des professionnels ont montré leur efficacité avec au final une large adhésion au principe de l'abstinence [26].

Prise en charge

Une autre difficulté réside dans la prise en charge d'une consommation à problème : 31% des praticiens interrogés se sentent démunis et 17% disent que cela altère leur détermination à déceler un éventuel mésusage. Comme beaucoup l'ont souligné, le rôle de l'obstétricien et de la sage-femme n'est pas de prendre en charge l'alcoolodépendance de la patiente mais de savoir l'orienter vers des professionnels spécialisés. A ce titre la prise en charge pluridisciplinaire fait l'objet d'un consensus, et sa nécessité est reconnue par les professionnels interrogés (96%). Deux problèmes majeurs sont pourtant identifiés : ces professionnels ne savent pas toujours vers qui orienter la patiente et 49% ne connaissent pas les réseaux disponibles. Brièvement, on peut définir quelques éléments fondamentaux de la prise en charge. L'objectif principal est d'aider la femme se sevrer, la structure la plus adaptée étant un centre d'addictologie (où la prise en charge peut se faire en hospitalisation ou en ambulatoire) en collaboration étroite avec la maternité. L'oxazepam® peut être utilisé dans ce but à dose modérée et durant une courte durée. Un accompagnement psychothérapeutique peut être proposé ainsi qu'une rencontre avec un pédiatre et un service de PMI pour préparer et anticiper le suivi post-natal. Enfin, les réseaux de femmes anciennes consommatrices peuvent être très aidant [17–25–26].

3.3.3. Rôle particulier de la sage-femme dans le dépistage

La sage-femme peut constituer un interlocuteur particulièrement privilégié en première intention pour les femmes alcoolodépendantes. En effet, en plus des consultations prénatales souvent réalisées par les médecins dans les établissements privés, nombreuses sont les situations où elles ont l'occasion d'aborder le sujet de l'alcool avec les femmes enceintes. Ainsi, les séances de préparation à la naissance peuvent être l'occasion de délivrer une information collective sur la nécessité de ne boire aucune boisson alcoolisée durant la grossesse. De plus, elles permettent à la sage-femme de rencontrer les patientes dans un cadre moins médicalisé et ainsi, de pouvoir parfois nouer plus facilement un dialogue en rapport avec l'alcool lorsqu'il y a mésusage. De plus, n'oublions pas que l'alcoolodépendance n'est pas seulement l'apanage des femmes en situation

précaire, qui ont moins souvent recours à la préparation à la naissance, mais qu'il peut aussi exister chez des personnes parfaitement intégrées socialement notamment pour l'alcoolisme mondain. Ensuite l'entretien de parentalité dit « entretien du 4^{ème} mois » est également un moment particulièrement privilégié pour effectuer ce dépistage comme nous l'avons vu précédemment. Or, même si cet entretien relève également des compétences des médecins il est actuellement réalisé quasiment exclusivement par les sages-femmes. Enfin, la sage-femme est aussi l'interlocuteur le plus adapté pour aborder ce problème dans le cadre des suites de couches car elle est compétente pour prendre en charge le couple mère-enfant et examine la première le nouveau-né. Elle peut donc être amenée à suspecter un SAF et doit en connaître les caractéristiques. Dans ce cas, elle devra interroger la mère sur sa consommation d'alcool de manière précautionneuse, afin de ne pas la culpabiliser d'emblée. La sage-femme peut alors faire appel au pédiatre qui confirmera le diagnostic de SAF ce qui lui permettra de ne pas garder seule cette responsabilité. Enfin, c'est aussi elle qui aura le rôle de mettre en place le suivi ultérieur de cette famille en prévenant les organismes compétents (PMI, assistante sociale, alcoologue,...).

Le dépistage des mésusages d'alcool au cours de la grossesse fait aussi partie des compétences de la sage-femme parce qu'elle doit participer aux missions de santé publique.

Enfin, lorsqu'une sage-femme identifie une consommation problématique d'alcool, elle ne doit en aucun cas poursuivre seule la prise en charge de cette patiente. En effet, elle doit tenir compte du fait que cette grossesse est à risque et dès lors son suivi ne relève plus des compétences d'une sage-femme. Ainsi, si cette dernière souhaite poursuivre le suivi de la patiente (afin de ne pas rompre le lien) il est important qu'elle le fasse sous la responsabilité d'un obstétricien. De plus, la prise en charge d'une femme alcoolodépendante ne peut se faire que de façon multidisciplinaire.

3.4. Propositions pour améliorer le dépistage

Cette étude a permis de mettre en avant certaines difficultés fréquentes parmi les professionnels de santé. Voici donc quelques propositions qui pourraient permettre d'améliorer l'efficacité du dépistage.

1. Améliorer la **formation initiale** des médecins et sages-femmes au sujet des effets prénatals de l'alcool et dans leurs rapports personnels aux addictions en général.
2. Mettre en place des **formations continues**, par exemple, pour l'entretien prénatal précoce (entretien du 4^{ème} mois) qui comporteront deux versants :
 - Une partie magistrale pour expliquer pourquoi aucune consommation d'alcool ne peut être acceptée durant la grossesse et montrer l'intérêt d'un sevrage à n'importe quel terme. Devront être présentées les différentes catégories d'alcoolisation avec les modalités et les conséquences de l'alcoolodépendance (notamment pour rompre avec l'idée que la personne alcoolodépendante ne veut pas se soigner).
 - Une partie pratique, sous forme de jeux de rôles pour donner aux professionnels de santé des éléments clés qui leur permettraient d'aborder la question de l'alcool de manière sereine. La diffusion des questionnaires standardisés et la façon de les utiliser pourraient y être intégrées.
3. Inscrire la question de la consommation d'alcool dans le **dossier obstétrical** pour poser la question systématiquement et pouvoir proposer éventuellement une prise en charge.
4. Favoriser le **travail en réseau de territoire** (de périnatalité) avec tous les intervenants dans le domaine de l'alcoolisme et des addictions : mise à disposition de plaquette comportant les références des organismes compétents pour prendre en charge une femme alcoolodépendante, réunions multidisciplinaires de concertations.

Conclusion

La problématique de la consommation d'alcool au cours de la grossesse est plus que jamais un sujet d'actualité : différentes études montrent que beaucoup de femmes continuent de consommer de l'alcool tout en étant enceintes alors qu'il est avéré que le seul moyen d'éviter les conséquences dramatiques d'une alcoolisation est la prévention par l'abstinence. Les professionnels de santé devraient donc systématiquement interroger leurs patientes sur leur niveau de consommation et délivrer une information sur les risques que cela entraîne. Plusieurs moyens ayant fait preuve de leur efficacité, dont les questionnaires standardisés, sont à leur disposition pour permettre ce dépistage.

L'étude réalisée a permis de montrer que le dépistage de l'alcoolisation en période prénatale est loin d'être aussi aisé que celui du tabac par exemple. Ainsi, il semble exister une inadéquation, entre d'une part les recommandations sanitaires d'identification et de prévention des consommations d'alcool abusives pendant la grossesse, et d'autre part les pratiques des professionnels. En effet, l'intérêt du dépistage systématique et sa mise en pratique ne font pas l'unanimité au sein du corps médical, tout comme la recommandation d'abstinence elle-même. De plus, l'alcoolisme fait toujours l'objet de nombreux préjugés ce qui est souvent source d'une gêne à prononcer le simple mot « alcool ». Enfin, la méconnaissance des moyens réellement efficaces pour permettre ce diagnostic renforce le malaise des soignants à ce sujet. De réels efforts restent donc à accomplir, mais la mise en œuvre de quelques moyens simples, au sein de chaque maternité, pourrait déjà permettre de faciliter le repérage des femmes alcoolodépendantes. Ils seraient complémentaires à la campagne nationale d'information sur la nécessité d'abstinence durant la grossesse qui est de plus en plus diffusée et dont il faudra évaluer l'impact. On pourrait alors imaginer que la question de l'alcool devienne aussi simple à poser que celle du tabac...

Bibliographie

Périodiques

- [1] CHAN D, CAPRARA D, BLANCHETTE P et al. Recent developments in meconium and hair testing methods for the confirmation of gestational exposures to alcohol and tobacco smoke, Clin Biochem 2004; 37(6): 429-38
- [2] CHUDLEY ALBERT E, CONRY Julianne, COOK JOCELYNN L et al. Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale : lignes directrices canadiennes concernant le diagnostic. CMAJ 2005 ; 172(5 suppl.) : 1-21
- [3] COL J, CHABROLLE J.P, RICOUARD C. Grossesse et alcool. Profession sage-femme 2002 ; 84 : 25-26
- [4] COOK JD. Biochemical markers of alcohol use in pregnant women. Clin Biochem 2003 ; 36 (1) : 9-19
- [5] DEHAENE P. Alcoolisation foetale ? Un syndrome méconnu ! Profession sage-femme 2002 ; 84 : 22-25
- [6] DEHAENE P, STREISSGUTH A.P. « Syndrome d'alcoolisme foetal : le voir en peinture ». Concours médical 1994 ; 116 (15) : 1271-35
- [7] DELCROIX M, GILSON C, GUERIN B. Influence des conduites d'alcoolisation sur l'évolution de la grossesse. Les dossiers de l'obstétrique 1998 ; 25 : 12-14
- [8] HOUET T, VABRET F, HERLICOVIEZ M et al. Comparaison de la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse à partir d'une série prospective de 150 femmes. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005 ; 34 (cahier 1) : 687-693
- [9] JOUITTEAU B, MASSIAS C, SANYAS P. Le syndrome d'alcoolisme foetal ou SAF. J Radiol 2000 ; 81(12) : 1709-1712.

- [10] LEMOINE P, HAROUSSEAU H, BORTEYRU JP et al. Les enfants de parents alcooliques : anomalies observées à propos de 127 cas. Ouest médical 1968 ; 25 : 476-482
- [11] LEMOINE P, LEMOINE Ph. Avenir des enfants de mères alcooliques (étude de 105 cas retrouvés à l'âge adulte) et quelques constatations d'intérêt prophylactique. Ann Pediatr 1992; 39(4): 226-35
- [12] LIMOSIN F. Spécificités cliniques et biologiques de l'alcoolisme de la femme. L'Encéphale 2002; 28(6): 503-9
- [13] LIU I-Chao, BLACKER Deborah L, RONGHUI Xu et al. Genetic and Environmental contributions to the development of alcohol dependence in male twins. Arch Gen Psychiatry 2004; 61(9): 897-903
- [14] PARAZZINI F, CHATENAUD L, SURACE M et al. Moderate alcohol drinking and risk of preterm birth. Eur J Clin Nutr 2003; 57(10): 1345-9
- [15] SALONNE C, FOURNIE A, BIQUARD F et al. Alcool et grossesse. Encycl Méd Chir Obstétrique 2004; 5-048-M-20 : 5p.
- [16] SOCIETE CANADIENNE DE PEDIATRIE. Le syndrome d'alcoolisme fœtal. Paediatrics & Child Health 2002; 7(3): 181-196
- [17] SOCIETE FRANCAISE D'ALCOOLOGIE. Les conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse. Alcoologie et addictologie 2003; 25 (2 suppl.): 45S-104S
- [18] SOCIETE FRANCAISE D'ALCOOLOGIE. Les conduites d'alcoolisation. Lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quel critères ? Recommandations pour la pratique clinique. Alcoologie et addictologie 2001; 23(4 suppl.): 1-8.
- [19] SUBTIL D. Peut-on évoquer le SAF en période anténatale ? Prise en charge de la femme enceinte. Profession sage-femme 2002, 84 : 28-9
- [20] SUBTIL D, LELONG N, SAMAILLE-VILLETTE C et al. Croissance intra-utérine des enfants porteurs de syndrome d'alcoolisation fœtal. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002; 31(2): 207

- [21] TEIXEIRA C. Le syndrome d'alcoolisme fœtal. La revue de la sage femme 2006; 5: 54-63
- [22] VITTU G. Aspects cliniques. Les dossiers de l'obstétrique 1998; 257: 15-16

Ouvrages

- [23] DEHAENE P. La grossesse et l'alcool. Paris : Presse Universitaire de France 1995; (Collection « Que sais-je ? » n°2934)
- [24] EXPERTISE COLLECTIVE INSERM. Alcool. Effets sur la santé. Paris : Editions INSERM 2001: 119-163

Congrès

- [25] JOURNEES D'ETUDE ET DE FORMATION : ASSISES NATIONALES DES SAGES-FEMMES (34^e assises ; 17^{ème} session européenne ; 2006 ; Strasbourg). Addictologie et grossesse. ASNASAF 2006: 29p
- [26] JOURNEES NATIONALES DE MEDECINE PERINATALE (35^e ; 2005 ; Tours). Alcool et grossesse. Rueil-Malmaison : Arnette 2005: 3-58

Internet

- [27] BECK F, LEGLEYE S, SPILKA S et al. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005. Tendances 2006; 48 : 6p.
<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend48.html>
- [28] BECK F, LEGLEYE S, Les adultes et les drogues en France: niveaux d'usage et évolutions récentes. Tendances 2003; 30: 6p.
http://www.bmlweb.org/barometre_sante/alcool_chiffre.pdf
- [29] Délégation du sénat aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes. Bienvenue au sénat 2004 (mis à jour le 13/10/2006) : 6p
<http://www.senat.fr/commission/femmes/fem040625>

- [30] DIRECTION GENERALE DE LA SANTE EN COLLABORATION AVEC L'INSERM. Analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants, et les stratégies de santé publique. Définition d'objectifs. Rapport du GTNDO 2003: 743p.
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/034000115/0000.pdf>
- [31] MENARD C, BAUDIER F, VOIRIN N et al. La santé en chiffres alcool. Brochure de l'assurance maladie, CFES, ministère de l'emploi et de la solidarité.
<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend30.html>
- [32] OFDT. Série statistique
http://www.ofdt.fr/BDD_len/seristat/00014.xhtml
- [33] ROBERTS Gary, NANSON Jo. Syndrome d'alcoolisme fœtal/ effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse. Meilleures pratiques santé canada 2000: 140p
http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/drugs-drogues/best_practices-meilleures_pratiques/bestpractices_f.pdf
- [34] WEBER M.K, FLOYD R.L, BERTRAND J. Guidelines for identifying and referring persons with Fetal Alcohol Syndrome. MMWR 2005
<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5411a1.htm>

Mémoires et Thèses :

- [35]. GARNIER Laurence. La prévention de la consommation d'alcool au cours d'une grossesse. Mémoire sage-femme: Nantes: 2002
- [36] POILPRE Isabelle. Alcool et grossesse : informations données et recueillies par les professionnels de santé en Mayenne. Thèse médecine générale: Angers: 2006 : 108p.

Annexe 1 : les questionnaires standardisés

Questionnaire TWEAK

Version originale

T – Tolerance: how many drinks can you hold? (≥ 5 drinks = 2 points)

W – Worried: have close friends or relatives worried or complained about your drinking in the past year? (Yes = 2 points)

E – Eye-openers: do you sometimes take a drink in the morning when you first get up? (Yes = 1 point)

A – Amnesia: has a friend or family member ever told you about things you said or did while you were drinking that you could not remember? (Yes = 1 point)

K – Cut down: do you sometimes feel the need to cut down on your drinking? (Yes = 1 point)

Le test est positif à partir de 2 points.

Proposition de traduction en Français

- Combien de verres devez-vous consommer pour vous endormir ou devenir ivre ? Ou, si vous ne buvez jamais jusqu'à devenir ivre, quel est le nombre de verres le plus élevé que vous pouvez boire ? (≥ 5 verres = 2 points)
- Votre entourage vous a t'il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool au cours de l'année passée ? (Oui = 2 points)
- Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ? (Oui = 1 point)
- Vous arrive t'il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ? (Oui = 1 point)

Questionnaire T-ACE

Version originale

T – How many drinks does it take you to feel high/feel effect of alcohol? (1 point per drink, 2 points if a woman needs more than 2 drinks to get high)

A - Have a people annoyed you by criticizing your drinking? (Yes = 1 point)

C – Have you ever felt you ought to cut down on your drinking? (Yes = 1 point)

E – Have you ever had a drink first thing in the morning to steady your nerves or get rid of a hangover eye-opener? (Yes = 1 point)

Proposition de traduction en français

(Nom proposé T-ARP pour Tolérance, Agacement, Réduction, Petit verre le matin ; positif à partir de 2 points)

- Combien de verres devez-vous consommer pour sentir l'effet de l'alcool ? ($\geq 3 = 1$ point)
- Les gens vous ont-ils déjà agacé en critiquant votre consommation d'alcool ? (Oui = 1 point)
- Avez-vous déjà eu l'impression que vous devriez réduire votre consommation d'alcool ? (Oui = 1 point)
- Vous est il déjà arrivé de prendre un verre en vous levant pour calmer vos nerfs ou vous débarrasser d'une gueule de bois ? (Oui = 1 point)

Tableau : comparaison du T-ACE et du CAGE dans l'identification de la consommation à risque durant la grossesse (un verre ou plus par jour) d'après Chang

(Source : alcoologie et addictologie 2003 ; 25 (2 suppl.) : 82S-84S)

Instrument	score	Sensibilité (%)	Spécificité (%)
T-ACE	2	69	89
CAGE	2	38	92

Questionnaire AUDIT (proposition de traduction française)

Score de la ligne	0	1	2	3	4
1. quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	jamais	au moins 1 fois par mois	2 à 4 fois par mois	2 ou 3 fois par semaine	Au moins 4 fois par semaine
2. combien de verres contenant de l'alcool consommez vous un jour typique où vous buvez	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus
3. Avec quelle fréquence buvez vous 6 verres ou plus lors d'une occasion particulière ?	jamais	Moins de 1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé	Jamais	Moins de 1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par 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 par mois	1 fois par mois	1 fois par 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 par mois	1 fois par mois	1 fois par 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 par mois	1 fois par mois	1 fois par 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 par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque
9. Avez-vous été blessé par quelqu'un d'autre, 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, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	non		Oui mais pas au cours de l'année écoulée		Oui au cours de l'année

Un total supérieur à 9 évoque une consommation nocive d'alcool

Un total supérieur à 13 évoque une dépendance à l'alcool.

Annexe 2 : Recommandations de la société française

d'alcoologie 2003

Recommandations pour la diffusion des connaissances et des messages concernant l'exposition prénatale à l'alcool

Les conséquences d'une exposition prénatale à l'alcool ont été décrites pour la première fois dans la littérature scientifique en 1968 par le pédiatre français Paul Lemoine. Le terme « syndrome d'alcoolisme fœtal » a été introduit en 1973 par Jones et Streissguth. Le syndrome décrit en 1968 et 1973 concernait la descendance des femmes s'alcoolisant de manière importante. Dans les années qui ont suivi, les descriptions de la dysmorphie, du syndrome malformatif et du grand handicap psychomoteur et sensoriel ont ainsi été privilégiées. Des séquelles neuropsychologiques handicapantes peuvent pourtant exister chez des personnes dont l'exposition prénatale à l'alcool a été moindre : troubles de l'apprentissage, troubles des fonctions exécutives, troubles psychocomportementaux et psychoaffectifs avec leurs conséquences en terme de dysfonctionnement personnel interpersonnel et social.

Le grand public est très largement ignorant de ces effets nocifs de l'alcool sur le développement embryofœtal. Il est en droit de posséder cette connaissance et les instances habituelles d'information sanitaire seraient condamnables de ne pas le faire. Les professionnels ont le devoir, selon leur fonction, de diffuser cette information de manière collective et individuelle.

Enfin, les soignants du champ sanitaire et social sont insuffisamment formés pour aborder la consommation d'alcool durant les consultations pré et post-natales.

Conseiller l'abstinence

Eu égard à la toxicité embryofœtale de l'alcool (grade A) il est recommandé aux femmes de ne pas consommer de boissons alcooliques durant toute la durée de la grossesse.

Une dose minimale d'alcoolisation sans conséquences n'étant pas aujourd'hui définie, le conseil quant à une dose minimale qui serait sans danger n'est pas recommandé (grade B).

En cas d'incapacité à appliquer les conseils de non-consommation, il est recommandé d'envisager avec la femme enceinte un accompagnement à type de soutien médico-psychosocial et de type motivationnel (accord professionnel).

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. Les formations pluridisciplinaires sur les conséquences d'une exposition prénatale à l'alcool doivent être généralisées et soutenues dans le temps.

Les notions de base d'entretien en addictologie doivent être associées systématiquement à la connaissance scientifique sur les conséquences d'une exposition prénatale à l'alcool (accord professionnel) ainsi que les spécificités des soins selon les diversités psychologiques, sociales et culturelles.

Il convient d'enseigner le dispositif de prise en charge des enfants ayant été exposés à l'alcool in utero (CAMSP, CMMP, CMP, SESSAD, IME, PMI...) et le dispositif alcoologique.

Informers 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 des plus jeunes, garçons et filles. La médecine de soin et la médecine de prévention doivent être en mesure de diffuser cette information. Il est recommandé de rappeler les risques d'une exposition prénatale à l'alcool aux femmes enceintes ou qui désirent l'être, ces informations étant susceptibles de modifier le comportement de consommation (grade A).

Il est recommandé que les conduites d'alcoolisation durant la grossesse soient prises en compte dans les politiques de santé comme cela se fait dans la plupart des pays occidentaux. Une telle prise de position est susceptible d'infléchir l'incidence des expositions prénatales à l'alcool (grade B). Il est recommandé d'associer les producteurs et les distributeurs de boissons alcooliques aux messages de prévention quant à la consommation d'alcool durant la grossesse.

Il n'est pas recommandé de focaliser l'attention du grand public sur la dysmorphie. Ce signe clinique qui peut manquer ou n'être que partiellement présent pourrait être potentiellement stigmatisant en population générale (accord professionnel).

Recommandations pour le repérage et la prise en charge des conduites d'alcoolisation chez la femme enceinte

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 naissance (de la même manière que l'on s'informe du mode de vie, de la consommation de tabac, de médicaments, de produits illicites). L'entretien de parentalité envisagé par le législateur devra intégrer cette dimension.

Les questionnaires et les marqueurs biologiques peuvent être des moyens complémentaires à l'entretien pour nouer un dialogue en rapport avec la consommation d'alcool.

Repérer les conduites d'alcoolisation pendant la grossesse

Il est recommandé de développer les entretiens motivationnels et les interventions brèves chez la femme enceinte qui consomme de l'alcool. Ces méthodes sont susceptibles de modifier la consommation d'alcool durant la grossesse (grade C).

Il est recommandé de définir la valeur du score prédictif du questionnaire AUDIT 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 recommandée (accord professionnel).

L'utilisation de marqueurs biologiques dans le cadre d'un dépistage systématique et de masse n'est pas recommandée car aucun des marqueurs biologiques d'alcoolisation n'a montré à ce jour sa supériorité par rapport à l'entretien et aux questionnaires bien utilisés (grade B).

L'utilisation habituelle des marqueurs biologiques au cours de la prise en charge alcoolique est légitime (grade A) et une extension de leur utilisation en complément de l'entretien clinique est à recommander chez la femme enceinte (accord professionnel).

En raison de leur plus grande vulnérabilité à l'usage des boissons alcooliques, une attention particulière est recommandée chez la femme dont les antécédents sont marqués par des troubles psychopathologiques (grade B), des antécédents personnels de mésusage : usage à risque, usage nocif, dépendance à l'alcool et autres substances psychoactives (grade A), les femmes sous traitement de substitution aux opiacés (grade A), les femmes fumeuses de tabac (grade B), les femmes vivant en grande précarité.

Aider et accompagner les femmes enceintes qui s'alcoolisent

L'arrêt de la consommation de boissons alcooliques chez la femme enceinte est recommandé à tout moment de la grossesse (grade A).

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

L'utilisation des protocoles thérapeutiques issus de la conférence de consensus « Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant » de 1999 sont applicables à la femme enceinte. Au plan médicamenteux, la prévention du syndrome de sevrage fait appel à l'oxazepam.

Pour l'accompagnement de l'abstinence, les médicaments spécifiques (acamprosate, naltrexone) ne peuvent pas être prescrits, le disulfirame est interdit ; les autres moyens, notamment psychologiques, décrits dans la conférence de consensus « modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage » de 2001, sont quant à eux parfaitement utilisables au cours de la grossesse.

Faciliter l'accès aux soins de la femme enceinte qui s'alcoolise

Les professionnels de l'addictologie doivent tout mettre en œuvre pour faciliter l'accès aux soins ambulatoires et résidentiels des femmes enceintes qui d'alcoolisent et qui de fait, présentent une grossesse à risque.

Les femmes enceintes qui s'alcoolisent doivent bénéficier d'un accès en urgence à la filière de soins.

Il est recommandé de promouvoir les associations de femmes anciennes consommatrices car elles peuvent aider à l'accès aux soins.

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

Aider et accompagner la mère et l'enfant lorsqu'il y a eu alcoolisation durant la grossesse

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

De prochaines recommandations pour la pratique clinique ou une conférence de consensus sont souhaitables sur le thème fondamental du devenir de ces enfants et leur famille, et de l'accompagnement médico-psychosocial qu'il faut leur proposer.

Le mésusage d'alcool durant la grossesse nécessite un accompagnement pluridisciplinaire qui, idéalement, devrait pouvoir se faire dans le cadre d'un réseau formalisé fonctionnant en cohérence avec les réseaux préexistants de la petite enfance.

La formalisation de réseaux autour de la problématique des conduites d'alcoolisation durant la grossesse est recommandée. Ce fonctionnement en réseaux doit permettre d'assurer les meilleurs soins à l'enfant et sa famille. Le travail pluridisciplinaire doit permettre, en organisant au mieux l'accueil de l'enfant, d'éviter les placements en urgence. L'enfant alcoolisé in utero doit pouvoir compter dès avant sa naissance sur des soins de qualité grâce à la sensibilisation du personnel médico-psychosocial et éducatif.

L'entourage de l'enfant doit être aidé et soutenu.

Annexe 3 : Photographies de personnes atteintes de SAF

[11]

Fig. 1. Nouveau-nés avec bosse molle sus-nasale et oreilles déformées



Fig. 2. Evolution vers des adultes à visage court, restant évocateur



A 1 jour et 28 ans

A 4 mois et 25 ans

Fig. 3. Adulte à visage allongé: grand nez et gros menton.



Annexe 4 : Grille d'entretien

Les difficultés du dépistage de l'alcoolisme pendant la grossesse

Préalables : anonymat, temps estimé = 15 min

Profession : Gynécologue-obstétricien Sage-femme

Sexe : Homme Femme

Age :

Type de structure : Publique PSPH Privée

Questions générales

Pensez vous que la consommation d'alcool soit fréquente chez les femmes enceintes ?

Au cours de vos consultations posez-vous la question de la consommation de tabac, de drogues et d'alcool

Avez-vous déjà diagnostiqué une consommation d'alcool à problème chez une patiente ?

Pensez-vous qu'il est facile d'identifier une patiente ayant une consommation d'alcool à problème ?

Le dépistage

Auprès de qui :

Auprès de quelles patientes abordez vous la question de la consommation d'alcool ?

Pensez-vous que certaines patientes sont plus à risque d'avoir un problème d'alcool et si oui quels sont pour vous les facteurs de risque ?

Pensez vous parfois devant une patiente : elle n'a aucun risque d'avoir un problème d'alcool ? Si oui, sur quels arguments ?

Dans ce cas lui posez vous tout de même la question de sa consommation ?

Comment :

Quels critères utilisez vous pour le dépistage de consommation à risque ?

Connaissez vous les questionnaires de dépistage standardisés : CAGE, AUDIT, TWEAK, T-ACE ?

Si oui, savez vous les utiliser et les utilisez vous ?

Si vous les connaissez et que vous ne les utilisez pas pourquoi ?

Que pensez vous de l'efficacité du dépistage par questions systématiques ?

Avez-vous une certaine réticence à posez la question de la consommation d'alcool ?

Si oui quelle est la raison de cette résistance ?

Pensez vous accorder le temps nécessaire à cette question ?

Quel est selon vous votre rôle dans le dépistage de la consommation d'alcool ?

Pensez vous que la grossesse soit un moment approprié pour dépister et soigner une patiente alcoolo dépendante ?

Est ce à vous de chercher à dépister le problème coûte que coûte ou est ce au patient d'en parler spontanément ?

Pensez-vous qu'une prise de sang peut suffire à établir le diagnostic d'alcoolisme (VGM, γ -GT ou CDT) ?

Etablir une relation de confiance vous semble t'il obligatoire pour repérer une consommation d'alcool à problème ?

Les conséquences du dépistage :

Qu'elle est l'influence du dépistage de la consommation d'alcool sur votre relation avec le patient ?

Votre avis sur les dangers de l'alcool

Pour vous l'alcoolisme représente :

Un vice = arrêter est une question de volonté

Un symptôme, une maladie

Une addiction (dépendance) :

Un problème psychologique

Pensez vous que l'alcool peut avoir la même emprise que les drogues dures ?

Comment définiriez vous l'alcoolisme ?

Connaissez vous la classification de consommation d'alcool en usage simple, abus et dépendance ?

A partir de quand considérez vous qu'il y a un problème ?

Quels conseils et informations donnez-vous alors ?

A partir de quand pensez-vous que le simple conseil ne suffit plus à résoudre le problème ?

Avez-vous déjà diagnostiqué un SAF ou vous en sentez-vous capable ?

Quelles sont selon vous les 3 caractéristiques les plus importantes du Syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) ?

Est-ce que, pour vous, un antécédent de RCIU inexpliqué ou des RCIU qui s'aggravent au fil des naissances est évocateur, entre autres, d'un abus d'alcool pendant la grossesse ?

Souhaiteriez vous une formation ou des informations supplémentaire sur le dépistage et la prise en charge de la patiente alcoolique ?

Conduite à tenir

Savez-vous quelle conduite à tenir adopter une fois que vous avez diagnostiqué une consommation à risque ?

Le notez-vous dans le dossier ?

En parlez-vous :

A l'équipe obstétricale ?

A l'équipe pédiatrique ?

Si vous diagnostiquez une consommation d'alcool à problème prévenez vous :

L'assistante sociale

La psychologue

La PMI

Connaissez vous les réseaux ou avez-vous des correspondants qui pourraient vous aider et vers qui vous pourriez orienter une patiente alcoolodépendante ?

Pensez vous que ce n'est pas à vous de prendre en charge une patiente ayant une consommation à problème et que vous devez passer le relais?

Pensez vous que le manque de connaissances dans ce domaine influence inconsciemment ou non votre désir de mettre à jour le problème ?

Représentation de soi-même face à l'alcool

Pensez vous que votre propre consommation d'alcool (ou abstinence) influence votre évaluation de la gravité de la consommation d'alcool de la patiente ?

Vous sentez vous gêné de conseiller à la patiente de ne pas boire du tout, lui dire que c'est dangereux alors que vous-même consommez de l'alcool ?

Résumé

La seule solution aujourd'hui à notre disposition pour éviter avec certitude les conséquences de l'alcool sur la grossesse et le fœtus est l'option tolérance zéro. De plus, la nécessité de diffuser cette information semble essentielle face à la gravité de ces effets : le syndrome d'alcoolisme fœtal, les effets de l'alcool sur le fœtus et les conséquences obstétricales qui la placent dans la catégorie des grossesses à hauts risques sont en effet des arguments convaincants. Pourtant les rares études réalisées en France montrent que vraisemblablement beaucoup de femmes enceintes continuent de consommer de l'alcool. Une étude a donc été réalisée auprès de 29 soignants exerçant en maternité, sous forme d'entretiens semi-directifs, pour évaluer précisément leurs éventuelles difficultés à parler d'alcool. Au final, il en ressort que ces professionnels sont convaincus de leur mission de dépistage mais rencontrent effectivement des obstacles. Ainsi, dans notre échantillon, l'alcoolisme fait l'objet de préjugés profondément ancrés culturellement et son évaluation est souvent source d'une gêne. De plus, les moyens réellement efficaces pour permettre ce dépistage sont très fortement méconnus de même que la prise en charge possible d'une femme alcoolodépendante. Enfin, il existe un réel problème d'adhésion à la recommandation d'abstinence et le dépistage systématique reste l'apanage d'une petite majorité. De véritables efforts restent donc à accomplir pour que les professionnels puissent identifier et accompagner le mieux possible les femmes enceintes alcoolodépendantes.

Mots clés

Dépistage, diagnostic

Alcoolisme

Grossesse

Syndrome d'Alcoolisme Fœtal, Effets de l'Alcool sur le Foetus

Attitude des professionnels