



cahier **prévention**

Alcool, grossesse et allaitement

le sommaire

Introduction	4
1. Données scientifiques générales	7
1.1. Données épidémiologiques	7
1.2. Définitions	8
1.3. Physiologie de la consommation d'alcool	11
1.4. Effets sur la fertilité	12
1.5. Effets de l'alcool sur l'embryon, le fœtus (SAF, EFA) et le décours de la grossesse	12
1.6. Effets sur l'allaitement	16
2. Approche de la consommation d'alcool dans un contexte de grossesse	17
2.1. Une approche globale de la grossesse	17
2.2. L'intervention précoce, avant la conception	17
2.3. L'intervention pendant la grossesse	21
2.4. L'allaitement	24
3. Avenir sociofamilial des enfants et des adultes SAF/EFA	25
4. En savoir plus	26

Introduction

L'usage de boissons alcoolisées pendant la grossesse est la première cause connue de retard mental dans l'enfance dans nos sociétés occidentales, donc plus fréquente que les trisomies à titre d'exemple. Les troubles consécutifs à l'alcoolisation fœtale observés chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte sont souvent méconnus des professionnels de la santé. Le sujet de l'alcool chez la femme et plus particulièrement chez la femme enceinte reste encore tabou. La femme qui boit en parle rarement spontanément et beaucoup de professionnels de la santé préfèrent éluder cette question ou sous-estiment la problématique de l'alcool et de la grossesse. Si l'alcoolisme massif des femmes enceintes ne peut être ignoré, la question des consommations dites modérées ou du « binge drinkink » (absorption importante occasionnelle) suscite chez les praticiens des attitudes parfois différentes selon les représentations et connaissances qu'ils en ont.

Le Conseil Supérieur de la Santé a émis récemment un avis sur les risques de la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse et durant l'allaitement (avis 8462 du 4 mars 2009, consultable sur www.health.fgov.be/CSH_HGR/). Nous en re prenons ci-dessous les conclusions et recommandations.

A l'invitation du SPF Santé publique et dans le cadre du Fond de lutte contre les assuétudes, Domus Medica, la Société Scientifique de Médecine Générale, l'asbl Question Santé et le V.A.D. ont rédigé une brochure qui a pour ambition d'aider les praticiens -gynécologues obstétriciens, pédiatres et médecins de famille- à repérer et évaluer les conduites d'alcoolisation pendant la grossesse et à prodiguer les conseils adéquats tant en matière de prévention que de prise en charge. Et ce conformément aux recommandations du collège d'experts ayant rédigé l'avis du Conseil Supérieur de la Santé. Cette brochure se veut d'intérêt pratique tel un vade mecum.

Extrait de l'avis 8462 du 4 mars 2009 du CSS (points 2.1 et 2.2)

2.1 Conclusions

Les connaissances scientifiques ont montré que :

- *La consommation d'alcool durant la grossesse augmente le risque de voir apparaître des altérations du développement de l'enfant incluant des retards de croissance, des anomalies morphologiques, des altérations du système nerveux central avec troubles neurodéveloppementaux (troubles neurologiques, troubles du comportement, troubles des fonctions cognitives).*
- *Il n'existe pas de seuil (dose minimale) en deçà duquel la consommation d'alcool puisse être considérée comme réellement sans danger pour l'embryon ou le fœtus.*
- *Tous les types de boissons alcoolisées sont concernés, vin, alcopops, cidre et bière inclus.*
- *L'alcool est un agent néfaste pour le développement à tous les stades de la grossesse même dans les toutes premières semaines de la grossesse alors que la femme ignore encore qu'elle est enceinte.*
- *Les déficits cognitifs et les problèmes comportementaux résultant d'une exposition prénatale à l'alcool représentent des effets de longue durée (voire à vie).*
- *Toutes ces altérations du développement sont totalement évitables.*
- *Le retentissement d'une exposition prénatale à l'alcool sur le développement de l'embryon ou du fœtus peut varier considérablement en fonction de la quantité d'alcool absorbée, des modalités de consommation, du stade de développement de l'embryon ou du fœtus, de l'état de santé et de nutrition de la mère, de l'usage d'autres substances psychotropes, des capacités métaboliques de la mère, de la susceptibilité individuelle de l'enfant à naître qui, à son tour, est influencée par son propre patrimoine génétique.*

2.2. Recommandations

Des recommandations d'abstinence s'imposent à l'adresse des femmes en âge de procréer, avant la grossesse, aux femmes enceintes et aux femmes allaitantes.

Les raisons principales étant que l'alcool est un agent néfaste à l'organisme en formation à tous les stades du développement et que, même si les effets néfastes les plus marqués sont généralement observés pour des consommations importantes d'alcool, il est impossible, sur base des données actuelles, de garantir une limite en dessous de laquelle une consommation d'alcool par la mère durant la grossesse serait sans danger pour l'enfant à naître !

1) Aux femmes en âge de procréer, avant une grossesse:

- *si vous souhaitez une grossesse, arrêtez totalement la consommation d'alcool;*
- *sachant qu'un nombre considérable de grossesses ne sont pas planifiées, les professionnels de la santé devraient informer les femmes en âge de procréer des risques encourus et les aider à tout faire pour réduire au maximum une exposition prénatale à l'alcool.*

2) Aux femmes enceintes:

- *ne buvez pas d'alcool durant votre grossesse, à quelque moment que ce soit;*
- *si vous avez déjà consommé de l'alcool alors que vous êtes enceinte, arrêtez pour diminuer les risques futurs;*
- *chaque grossesse est différente et ce n'est pas parce que vous avez eu un enfant en bonne santé alors que vous aviez consommé de l'alcool que celui que vous portez ne risque rien.*

3) Aux femmes allaitantes:

- *évitiez autant que possible la consommation d'alcool;*
- *si vous choisissez néanmoins de consommer de l'alcool, adaptez vos horaires de tétées: retardez la tétée (période d'attente variable selon la quantité d'alcool consommé et du poids de la mère; p.ex. pour 1 verre consommé par une femme de 70 kg, il est conseillé d'attendre au moins 2h avant d'allaiter) ou alors exprimez le lait avant la consommation d'alcool.*

Il est important que le conjoint aide sa partenaire dans cet engagement envers l'avenir de leur enfant.

1. Données scientifiques générales

1.1 Données épidémiologiques

La prévalence de la consommation d'alcool **chez les femmes enceintes** atteint jusqu'à 50%. Parmi ces 50%, 20% des femmes consomment de l'alcool de façon régulière et 1 à 2% sont dépendantes ou présentent une consommation abusive. Le reste des femmes ayant eu contact avec l'alcool durant la grossesse l'ont fait de manière irrégulière (1 à 2 verres moins d'une fois par mois).

En Belgique, jusqu'à 84% des femmes en âge de procréer consomment au moins 1 fois par an de l'alcool, 47% 1 à 3 fois par semaine et 5% des femmes de 20 à 44 ans sont dépendantes ou ont une consommation abusive selon le questionnaire CAGE (chiffres HIS 2004). Il n'y a pas de données spécifiques pour les femmes enceintes.

La consommation d'alcool est responsable en Europe de 1 à 2% des naissances d'enfants en déficit pondéral (< 2500 g).

La prévalence mondiale du EFA se situe entre 2 et 6/1000 et celle du SAF se situe entre 0,5 et 3/1000 avec une moyenne à 1,9/1000.

Si l'on considère 120.000 naissances/an en Belgique, entre 240 et 720 enfants sont atteints d'effets foetaux alcooliques (EFA) et entre 60 et 360 du syndrome d'alcoolisme foetal (SAF) chaque année.



1.2. Définitions



Glissement
vers la
DÉPENDANCE

USAGE PROBLÉMATIQUE :

Risque situationnel (route, grossesse)
Usage chronique et important avec mésusage
Usage à risque au-delà des seuils OMS



USAGE NON PROBLÉMATIQUE :

Usage social et usage intégré

1.2.1. Consommation à risque

La consommation de boissons alcoolisées dite « à risque » se définit de deux façons : risque « quantitatif » et risque situationnel.

L'OMS recommande de rester en dessous de 21 verres standard /semaine pour un homme, en dessous de 14 verres standard pour une femme; ne pas dépasser 5 verres par occasion chez un homme, 3 verres standard chez une femme. Ne pas boire de boissons alcoolisées au moins deux jours par semaine.

Ces limites ne sont valides ni pour des adolescents (valeurs plus basses) ni pour les femmes enceintes.

La quantité d'alcool absorbée peut être exprimée en grammes ou millilitres d'alcool. La consommation peut aussi être exprimée en nombre de verres standardisés. Un verre standard contient la même quantité d'alcool, indépendamment de sa taille et du type d'alcool. La quantité d'alcool d'un verre standard peut évidemment varier d'un pays à l'autre. En Europe, un verre standard contient environ 10 grammes ou 12,7 ml d'alcool pur.



Il y a des boissons pour lesquelles il n'y a pas de correspondance en verre standard, par exemple une bière de 33 cl ou une bouteille d'alcool. Signalons enfin qu'un verre rempli par un non professionnel (p.e. dans la sphère privée) contient généralement plus d'alcool qu'un verre standard : ainsi, alors qu'on considère qu'un verre à vin standard contient 100 ml, le même verre à vin est généralement rempli de 130 ml de boisson.

1.2.2 Consommation à problèmes

C'est une consommation de boissons alcoolisées induisant des problèmes de santé ou des problèmes psychosociaux (travail, famille). La quantité consommée est souvent non négligeable mais il n'y a pas de seuil. Cette notion englobe le risque situationnel (grossesse, sécurité routière, postes de sécurité) et le mésusage avec dépendance (DSM-IV 30390), abus (DSM-IV 30500), binge drinking.

Mésusage avec dépendance (DSM-IV)

C'est un usage inadapté de boissons alcoolisées induisant des complications cliniquement significatives présentes les douze derniers mois. Au moins trois des éléments suivants doivent être présents :

- « tolérance » (besoin d'augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets ou diminution des effets à quantité consommée stable).
- Syndrome de sevrage caractéristique avec consommations pour l'atténuer.
- Consommations plus importantes ou plus prolongées que prévues...
- Incapacité de réduire ou contrôler la consommation.

- Temps considérable consacré à la boisson (achat, consommation, métabolisation).
- Réduction importante des activités sociales ou de loisirs en raison de l'usage.

Abus (DSM-IV)

C'est un usage mal adapté d'alcool provoquant des conséquences néfastes significatives, dont au moins un des trois critères suivants observés les douze derniers mois.

- Problème persistant ou répété professionnel, scolaire ou familial.
- Usage situationnel où cela est physiquement dangereux (conduite automobile, poste sécurité,...).
- Problèmes médico-légaux à répétition (ivresses sur la route,...).
- Usage continu d'alcool malgré des difficultés persistantes ou répétées d'ordre social ou familial.

Binge drinking ou « biture express »

Il s'agit là de boire plus de 6 verres standard chez un homme ou plus de 4 verres standard chez une femme, en moins de deux heures, et cela avec une recherche affichée d'ivresse.

1.3. Physiologie de la consommation d'alcool

Lors de l'ingestion d'alcool, 90 à 98% sont métabolisés par l'organisme. Les 2 à 10% non-métabolisés sont excrétés tels quels dans l'air expiré, les urines et la sueur. La majorité du métabolisme (>80%) se réalise au niveau hépatique tandis qu'une faible quantité subit déjà une première oxydation par l'aldéhyde déshydrogénase (ADH) au niveau de la paroi gastrique. Lors du passage hépatique, l'éthanol est oxydé en un premier métabolite toxique, l'acétaldéhyde, par l'ADH. Ce dernier est à son tour transformé en acétate, non toxique, par l'acétaldéhyde déshydrogénase (ALDH). L'acétate est incorporé au niveau du cycle de Krebs et oxydé en CO₂, H₂O et énergie.

L'alcool ingéré pénètre donc dans la circulation générale en grande majorité sous forme d'éthanol et dans une moindre mesure sous forme d'acétaldéhyde.

Différence homme / femme

En général, pour une même quantité d'alcool ingérée, à âge et poids égal, l'alcoolémie est supérieure chez la femme par rapport à l'homme. Cela peut s'expliquer par le fait que chez la femme, la métabolisation par l'ADH est plus faible lors du passage de la paroi gastrique et que la masse grasseuse est plus importante. En effet, le volume d'alcool ingéré se distribue chez elle dans un volume d'eau libre plus réduit que chez l'homme (0,50 L/kg et

0,65 L/kg respectivement). Tout ceci entraîne donc une éthanolémie plus élevée pour une même quantité ingérée.

Alcool et grossesse

L'éthanol passe de façon passive la barrière placentaire et se retrouve dans le liquide amniotique et le sang fœtal. Sa concentration est alors bien plus élevée que chez la mère car l'équipement enzymatique de détoxification (ADH) n'apparaît chez le fœtus qu'au deuxième mois de la grossesse et reste peu actif.

Il existe toutefois trois mécanismes d'élimination foetale de l'éthanol : le retour dans la circulation de la mère par le placenta; l'oxydation enzymatique grâce à l'ADH et l'ALDH; et enfin, le passage dans le liquide amniotique. Une réabsorption de l'alcool est dès lors possible par ingestion et déglutition du liquide amniotique. La durée d'exposition du fœtus à l'alcool et l'acétaldéhyde est donc plus longue que celle de sa mère en raison d'une élimination plus lente (<50 % par rapport à la mère).

Les métabolites toxiques de l'éthanol (p.ex. l'acétaldéhyde et les radicaux libres) peuvent agir directement sur l'organisme en formation et entraîner des modifications cellulaires et membranaires pouvant contribuer aux effets néfastes causés par la consommation d'alcool durant la grossesse.

Alcool et allaitement

L'éthanol passe dans le lait maternel mais n'y est pas stocké. A partir du lait, il retourne dans le sang. Il s'élimine du lait maternel à un rythme équivalent à celui de son élimination dans le sang. L'acétaldéhyde quant à lui ne passe jamais dans le lait, quelle que soit sa concentration.

1.4 Effets sur la fertilité

Dès la consommation d'un verre standard par jour, il y a réduction de la fertilité de la femme.

Les risques de malformation fœtale et de mortalité fœtale sont majorés en cas d'usage de boisson par le partenaire.

Il n'est pas possible de définir, ni pour l'homme ni pour la femme, un seuil de consommation d'alcool avant la conception, dont on puisse assurer la sécurité pour la fertilité et la grossesse.

1.5 Effets de l'alcool sur l'embryon, le fœtus (SAF, EFA) et le décours de la grossesse

L'alcool est potentiellement nocif à tous les stades de la grossesse, notamment pendant les premières semaines alors que la femme ne sait pas encore qu'elle est enceinte. Les effets de l'alcool peuvent influencer aussi bien l'embryon, le fœtus que le décours de la grossesse. Le risque et la gravité des effets augmentent parallèlement à la quantité moyenne d'alcool consommé et au nombre de verres ingérés par occasion.

Les effets de l'exposition prénatale à l'alcool sont variables et dépendent de nombreux facteurs tels que la quantité d'alcool consommée, des stades de la grossesse au cours desquels l'alcool a été consommé, de la capacité de la mère à métaboliser l'alcool, de l'équipement génétique du fœtus, etc.

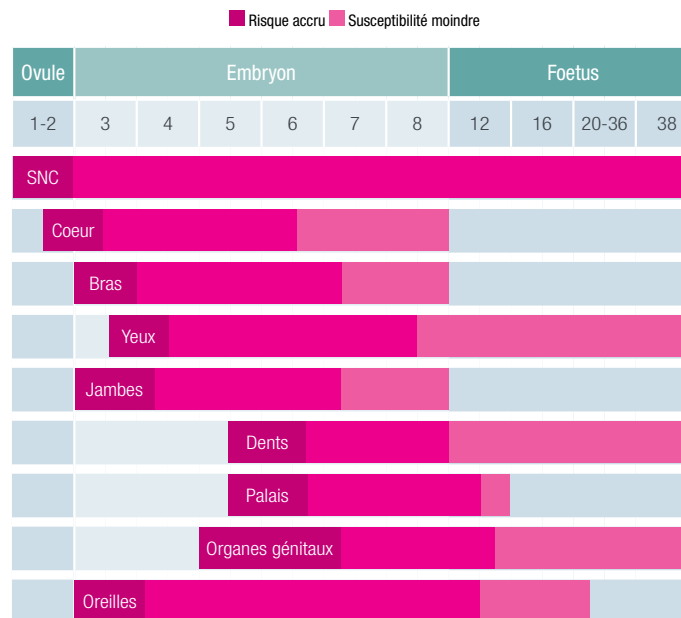
Lors du 1er trimestre, on note la survenue prépondérante d'anomalies structurelles et anatomiques ainsi qu'un plus grand risque d'avortement spontané tandis qu'au cours des 2^{ème} et 3^{ème} trimestres, il existe plus fréquemment un retard de croissance dit harmonieux, un risque de prématurité ainsi que des anomalies fonctionnelles, tout particulièrement cérébrales.

Il n'est pas possible de définir un seuil de consommation d'alcool dont on puisse assurer la sécurité pendant la grossesse.

L'exposition prénatale à l'alcool peut induire un ensemble d'altérations très diverses sur l'organisme en développement, pouvant s'exprimer non seulement durant la vie intra-utérine mais également après la naissance, durant l'enfance, l'adolescence et même à l'âge adulte. L'appellation anglo-saxonne « *fetal alcohol spectrum disorder* » (ou FASD) reprend le syndrome d'alcoolisme foetal (SAF) ainsi que les effets foetaux alcooliques (EFA).

La notion de SAF a été introduite pour la première fois en 1973 par Jones et Streissguth. Le SAF est la forme la plus sévère des altérations provoquées par l'alcool et survient suite à une consommation d'alcool élevée, que ce soit de façon chronique ou épisodique. Les EFA surviennent quant à eux généralement pour des consommations moindres. La distinction entre SAF et EFA reste toutefois floue.

Tableau 1 : Période de développement des différents organes et sensibilité correspondante aux effets d'une exposition à l'alcool



D'après le rapport INSERM 2001

1.5.1. Syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF)

Le SAF est constitué :

- 1.** d'un retard de croissance pré- et postnatal: diminution du poids, de la taille du corps et de la circonférence de la tête;
- 2.** d'altérations du système nerveux central: retard du développement mental, diminution des capacités intellectuelles, anomalies neurologiques, troubles d'apprentissage, dysfonctionnements comportementaux divers (troubles du sommeil et réflexe de succion réduit chez le nouveau-né, mauvaise coordination, hypotonie, irritabilité, hyperactivité, impulsivité, troubles de l'attention et de la mémoire, troubles de l'élocution,...);
- 3.** de dysmorphies crâniofaciales:
 - yeux: fente palpébrale étroite (épicanthus bilatéral, ptose, strabisme, myopie, microphthalmie, « blépharophimosis »);
 - nez: court et aplati (retroussé);
 - bouche: lèvre supérieure mince et allongée (absence de philtrum, rétro/micrognathie, fente labiale ou palatine, petites dents avec altérations de l'émail, mauvais alignement dentaire...);
 - face: faible développement de l'étage moyen de la face et face moyenne aplatie;
 - maxillaire: hypoplasique;

→ oreilles: conque peu développée, rotation postérieure, dysfonctionnement de la trompe d'Eustache.

- 4.** Dans 30% des cas, d'autres malformations peuvent également toucher le cœur, les reins, les organes génitaux, la peau, le squelette, les membres, le cerveau, les yeux et les oreilles.

Avec l'âge, le dysmorphisme diminue mais il persiste toutefois des fentes palpébrales étroites, des anomalies du philtrum ainsi que la lèvre supérieure plus mince. Le poids se normalise également contrairement à la petite taille et la microcéphalie. Le Q.I. moyen est généralement et clairement sous la moyenne.

1.5.2. Effets foetaux alcooliques (EFA)

Les EFA regroupent le SAF partiel (seule une partie des symptômes du SAF cités ci-dessus sont présents), les troubles neuro-développementaux. Concernant les troubles neurodéveloppementaux, les anomalies peuvent s'échelonner de problèmes subtils jusqu'aux problèmes les plus lourds observés dans le SAF. Ils ne sont pas nécessairement observables à la naissance, ce qui entraîne une nette sous-estimation du risque lié à la consommation d'alcool durant la grossesse.

Ces enfants exposés in utero peuvent présenter des troubles de plusieurs types: des troubles neurologiques, des troubles du comportement et des anomalies cognitives.

- 1. Les troubles neurologiques** peuvent être une perte d'audition neurosensorielle avec des surdités de perception, une atteinte de la vision, des troubles du langage, des perturbations de la motricité fine avec imprécision des gestes et une instabilité psychomotrice, des troubles de la coordination et des crises convulsives;
- 2. Les troubles du comportement** regroupent notamment les troubles du sommeil, de la conduite alimentaire, les stéréotypies, les tics, l'encoprésie ou énurésie étant également fréquents. Les troubles du comportement sont constants et sont dominés par une diminution des compétences sociales. Ils s'expriment sous forme d'impulsivité, d'hyperactivité, de troubles du jugement, d'une confiance infantile aux autres, de déficit de l'attention, d'instabilité psychomotrice et psycho-affective, d'une déficience de capacités d'adaptabilité interpersonnelle;
- 3. Les troubles des fonctions cognitives** touchent la mémoire, la capacité d'apprentissage, les capacités visuo-spatiales, la résolution des problèmes, la pensée abstraite, les mathématiques, la difficulté à percevoir les règles sociales ainsi que les défauts de planification.

La plupart de ces troubles prédominent à certains moments de l'existence.

C'est ainsi que chez les nouveau-nés, on retrouve principalement les anomalies de succion, l'hyperexcitabilité ainsi que les troubles du sommeil.

Chez l'enfant, c'est le retard du développement intellectuel qui prédomine, pouvant être associé à un déficit cognitif global, des troubles des apprentissages, une mauvaise intégration de l'information visuelle de même que des troubles de la mémoire ou de l'attention. Ces enfants présentent souvent des difficultés avec les nombres, un retard du langage, de la lecture et de l'écriture.

À l'âge adulte, l'instabilité prédomine et les troubles comportementaux persistent. On retrouve également des troubles de la personnalité, de l'anxiété, de la dépression et des difficultés d'interactions sociales dont découlent des difficultés d'intégration, l'absence de qualification professionnelle et à la marginalisation.

Le pronostic à long terme des EFA est donc essentiellement lié aux troubles neuro-développementaux, qu'il y ait ou non retard de croissance ou dysmorphie. Ces troubles peuvent en effet entraîner des complications dans la vie des personnes atteintes: problèmes de santé mentale, de scolarité, d'insertion socio-professionnelle, de comportement sexuel inadapté, d'abus d'alcool et de drogues.

1.6. Effets sur l'allaitement

Voici quelques exemples du temps qu'il faut attendre entre une prise d'alcool et une reprise de l'allaitement maternel, en fonction du poids de la mère. Ce délai n'est concrètement possible qu'en cas d'alimentation mixte (sein et biberon), ou moyennant un prélèvement de lait maternel avant la consommation d'alcool. Les temps indiqués sont les délais nécessaires pour que la concentration d'alcool du lait maternel soit nulle. Ces estimations sont basées sur les hypothèses suivantes : une métabolisation constante de 15 mg/dl et une taille moyenne de 1m62.

- Pour une femme de 40 kg qui a consommé 3 verres en 1 heure, il faudra 8h30 pour qu'il n'y ait plus d'alcool dans le lait maternel. Par contre si cette femme pèse 95 kg, il ne faut "plus que" 5h30.
- Pour une femme de 63,5 kg qui boirait 4 verres de bière en commençant à 20h00, il faudrait 9h20 pour qu'il n'y ait plus d'alcool dans le lait maternel, soit attendre jusque 5h17 du matin.

Pratiques et représentations des professionnels de la santé

Certains professionnels de la santé ne s'alarment pas et pensent que le SAF survient uniquement à la suite d'une consommation quotidienne élevée d'alcool. Ils ne prennent pas en compte le risque lié à une consommation modérée régulière ou au *binge drinking* qui pourrait avoir des effets encore plus néfastes. Ils pensent également ne pas être concernés par le problème car pour eux, cela touche majoritairement les classes défavorisées ; ils croient pouvoir identifier à l'oeil nu les femmes alcooliques. Or les effets de l'alcool ne se voient généralement qu'après 10 à 25 ans de consommation.

D'autres pensent être expérimentés car, pour eux, les symptômes sont toujours visibles. Or le SAF peut être invisible parce que de nombreux symptômes peuvent être discrets à la naissance et s'estomper avec le temps. Une autre partie des professionnels de la santé sont mal à l'aise d'en parler avec les patientes car la consommation d'alcool est considérée comme sujet tabou chez les femmes. Ils n'abordent pas la question de l'alcool avec la patiente car ils pensent que l'entretien n'est pas un moyen fiable pour caractériser la consommation d'alcool, pensant également que "une femme alcoolique, ça se voit".

Enfin, certains ne se considèrent pas aptes à diagnostiquer le SAF car ils savent qu'ils manquent d'informations et ne connaissent pas les symptômes du SAF (moins de 10% les connaissent) et encore moins des EAF.

Agnès Dumas, Claude Lejeune, Laurence Simmat-Durand, Céline Bonnaire, Philippe Michaud, Sophie Hillaire, Prévention du syndrome d'alcoolisation foetale (SAF). Pratiques et représentations des professionnels de la périnatalité, *Alcoolologie et Addictologie* 2006; 28 (4):311-316.

2. Approche de la consommation d'alcool dans un contexte de grossesse

2.1. Une approche globale de la grossesse

La consommation d'alcool pendant la grossesse et l'allaitement peut être abordée avec les patientes dans le cadre plus général de l'hygiène de vie conseillée durant cette période de la vie. Les informations utiles concernent évidemment l'alimentation, la pratique régulière d'une activité physique adaptée à l'âge de la grossesse et la prévention de certaines infections. Le médecin doit également aborder les consommations de diverses substances : médicaments, tabac, alcool et autres drogues. Il doit aussi être attentif aux facteurs de risques psychosociaux et professionnels, spécifiques à chaque patiente.

Ainsi, l'entretien peut se dérouler dans un climat positif et éviter la focalisation sur le seul usage d'alcool.

2.2. L'intervention précoce, avant la conception

Le moment où une femme fait état de son désir de grossesse est évidemment très favorable pour donner les conseils utiles, dont une recommandation d'abstinence de boissons alcooliques. Il sera utile de préciser ce que recouvre ce terme: bière, vin, cidre, cocktails, etc.

Il est utile de procéder à une évaluation du mode de consommation (fréquence, contextes, quantité d'alcool consommée, dépendance éventuelle), afin d'adapter le conseil et de proposer, le cas échéant, un encadrement adapté.

Extrait avis CSS

Les altérations du développement résultant d'une consommation d'alcool par la femme avant et pendant la grossesse ou durant l'allaitement sont totalement évitables. Par conséquent, la recommandation principale qui doit être faite est l'abstinence. Les raisons principales étant que :

- 1) l'organisme en développement est sensible aux effets néfastes de l'alcool à toutes les étapes de son développement y compris durant les premières semaines alors même que la femme ignore qu'elle est enceinte,*
- 2) même si les effets néfastes les plus marqués sont généralement observés pour des consommations importantes d'alcool, il est impossible, sur base des données actuelles, de garantir une limite en dessous de laquelle une consommation d'alcool par la mère durant la grossesse serait sans danger pour l'enfant à naître.*

Evaluer la consommation : repérage, entretien, questionnaires, biologie

Les professionnels de la santé accordent souvent trop peu d'attention aux problèmes résultant de l'usage modéré d'alcool. Le repérage de cet usage modéré fait souvent défaut. C'est une raison pour aborder systématiquement la consommation d'alcool avec chaque femme enceinte ou désireuse de l'être. Parmi les méthodes de dépistage, les questionnaires et les marqueurs biologiques (macrocytose, tests hépatiques) sont des moyens complémentaires à l'entretien pour détecter la consommation d'alcool chez toutes les femmes qui désirent une grossesse ou qui sont enceintes. Les questionnaires et les entretiens sembleraient d'ailleurs être plus adaptés au dépistage des consommations faibles à modérées.

Il existe plusieurs questionnaires de dépistage de dépendance et de consommation d'alcool, mais non spécifiques aux femmes enceintes, comme le CAGE, MAST, AUDIT...

Le questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), plus largement utilisé, n'a pas été validé chez la femme enceinte. Il est utilisé pour détecter les problèmes d'alcool aussi bien chez les femmes que chez les hommes. Toutefois, sa large diffusion laisse penser qu'il pourrait faire partie des stratégies d'évaluation courante, moyennant validation préalable.

D'autres questionnaires sont par contre plus spécifiques, notamment le T-ACE (Tolerance, Annoy, Cut down, Eye opener) et le TWEAK (Tolerance, Worried, Eye-openers, Amnesia, Cut-down). La plupart des publications sur le sujet mettent en exergue la pertinence de ces deux questionnaires chez la femme enceinte.

T-ACE :

- Avez-vous déjà eu l'impression que vous devriez réduire votre consommation d'alcool ? (OUI = 1)
- Les gens vous ont-ils déjà agacé en critiquant votre consommation d'alcool ? (OUI = 1)
- 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)
- Combien devez-vous consommer de verres pour sentir les effets de l'alcool ? (≥ 2 verres = 2)

Le T-ACE est coté de 0 à 5 points. Chaque réponse positive donne un point, sauf pour l'item tolérance pour lequel deux points sont attribués lorsque la femme donne une réponse égale ou supérieure à 2 verres. Selon une étude menée aux Etats-Unis sur 4.743 femmes enceintes (Russel et al.), un score de 1 possède une sensibilité de 83% et une spécificité de 75% tandis qu'un score de 2, une sensibilité de 70% et une spécificité de 85%. Un seuil fixé à 2 points permet donc de dépister 70% des consommations excessives potentiellement dommageables pour le fœtus, ce qui en ferait un moyen supérieur aux marqueurs biologiques. Un des avantages de ce questionnaire est d'aborder de manière indirecte la consommation d'alcool en demandant aux femmes combien de verres leur permettent de sentir les effets de l'alcool, ceci évitant de minimiser leurs réponses si elles étaient posées de façon directe. Il fait également appel, en plus du seuil de tolérance personnel à l'alcool, aux conséquences psychologiques et à l'avis de l'entourage concernant cette consommation.

Le questionnaire TWEAK reprend des items du CAGE, du MAST et du T-ACE. **Le T-ACE nous semble le plus pertinent dans la pratique quotidienne en médecine générale.**

Le T-ACE et le TWEAK ne sont hélas pas validés en français. Néanmoins, **une étude française plus modeste portant sur 150 patientes a montré l'intérêt de l'utilisation d'une version française du T-ACE.** Un objectif à long terme serait donc sa validation en français.

« *Personne n'aime à penser que la main qui berce le berceau tremble...* »

(Lu dans "L'alcoolique en famille" Jean-Paul Roussaux, Blandine Faoro-Kreit, Denis Hers.)

Déni, honte, culpabilité.

Le déni de la personne qui boit trop est source d'irritation chez le médecin. Ce déni est pourtant un mécanisme au cœur du comportement qui mène à l'addiction, en quelque sorte une signature de ce mécanisme. Il s'agit pour la personne qui boit trop et qui n'envisage pas de changement, à ce stade, d'occulter tout propos qui l'impliquerait dans la mise en route d'un changement qui paraît impossible, impensable et sans objet. Pour rappel les changements de comportement (arrêt de consommation en cas de tabagisme ou d'abus d'autres substances) connaissent tous la même chronologie séquentielle:

1. le problème « n'existe » pas (déni total) ;
2. le problème existe à certains égards/moments ;
3. le problème existe mais concrètement aucun changement n'est envisagé ;
4. le changement est en route à certains égards et par moment ;
5. le changement se profile et la personne consacre temps et argent à cet effet ;
6. le changement est acquis...

Le fumeur initialement ne veut pas entendre parler de sevrage ; il ne voit pas de réel problème en ce qui le concerne ; puis il admet que son tabagisme peut lui nuire ; ce discours peut varier au cours du temps ; puis il reconnaît que ce tabagisme est un fléau ; ensuite le fumeur s'intéressera aux modalités d'accompagnement à l'arrêt du tabac ; in fine il consultera un(e) tabacologue pour l'accompagner dans son objectif de changement devenu prioritaire. Il en va de même pour une personne confrontée à l'abus d'une autre substance.

Le médecin qui veut accompagner une telle personne devra faire preuve d'empathie, ne pas juger ce(tte) patient(e), respecter son vécu et contribuer à la motiver. Le « déni » de la personne sera majoré si le médecin ne respecte pas cette approche ; le constat du déni chez une patiente doit amener le médecin à adapter son style d'entretien. Le déni de la femme enceinte peut être partiellement expliqué par la stigmatisation explicite ou implicite dont elle fait l'objet. C'est au médecin de motiver sa patiente. Le déni est un symptôme et ne relève en rien du registre du « mensonge ».

2.3. L'intervention pendant la grossesse

Si le premier entretien se déroule lorsque la femme est déjà enceinte, il faut envisager la possibilité qu'elle ait consommé occasionnellement (ou régulièrement) de l'alcool depuis le début de sa grossesse. A ce stade également, il est utile de procéder à une évaluation du mode de consommation (fréquence, contextes, quantité d'alcool consommée, dépendance éventuelle), afin d'adapter le conseil et de proposer, le cas échéant, un encadrement adapté.

La recommandation principale reste évidemment l'abstinence. Il faut cependant se garder de toute dramatisation, susceptible de générer angoisse et culpabilité chez la patiente. Comme le souligne le CSS, le risque ne doit pas être exagéré.

Des explications simples et générales quant aux mesures d'hygiène de vie favorables au bon déroulement de la grossesse permettront de mentionner l'abstinence préconisée de toute consommation d'alcool, sans placer sur cette dernière une charge dramatique excessive.

Extrait avis CSS

Au cas où une exposition in utero à l'alcool n'a pu être évitée, il ne faut toutefois pas exagérer le risque car l'existence d'un risque ne veut pas dire son expression dans tous les cas.

En effet, le retentissement d'une exposition prénatale à l'alcool sur le développement de l'embryon ou du fœtus peut varier considérablement en fonction, par exemple, de la quantité d'alcool absorbée, des modalités de consommation, de l'état de santé et de nutrition de la mère, de l'usage d'autres substances psychotropes, des capacités métaboliques de la mère, de la susceptibilité individuelle de l'enfant à naître qui, à son tour, est influencée par son propre patrimoine génétique.

Il s'agit d'éviter qu'une femme ayant déjà consommé occasionnellement des boissons alcoolisées ne se fige par culpabilité dans le déni. Une approche informative neutre et un conseil donné avec empathie pourront la motiver à l'abstinence. Lorsqu'une femme exprime qu'elle préfère diminuer sa consommation, plutôt qu'arrêter toute prise d'alcool, intéressez-vous à ses raisons. Proposez d'en parler à nouveau lors d'une prochaine consultation.

La situation de la femme enceinte vivant une consommation problématique d'alcool (dépendance physique notamment) implique évidemment une prise en charge plus complexe et suivie.



Pour le praticien...

1. La prise en charge d'un sevrage chez une femme enceinte nécessite une approche pluridisciplinaire.
2. La pierre angulaire du traitement de sevrage est la prescription de benzodiazépines à titre de prévention des convulsions et du délirium. En dehors de la situation de grossesse ou d'insuffisance hépatique sévère, la molécule la plus utilisée est le diazepam. Pendant la grossesse et/ou en cas d'insuffisance hépatique sévère, la molécule de choix est l'oxazepam. Par exemple 4 X 15 mg d'oxazepam par jour initialement et diminution progressive pour obtenir un sevrage complet d'oxazepam en 10 à 14 jours.
3. La littérature mentionne, dans les pays anglo-saxons, des cas de décisions d'interruption de grossesse médicalement assistée en cas de présomption de SAF.

Abstinence pendant la grossesse : ce qu'en disent des femmes en France

Les auteurs de l'article dont est largement inspiré cet encadré ont analysé les réponses de 42 femmes enceintes échangeant sur trois forums internet en 2007 ; il s'agit donc d'une approche qualitative.

« La recommandation de l'abstinence est mal comprise par les femmes. Les conséquences de la consommation d'alcool sur l'enfant à naître sont peu connues ». « Les sources d'information des femmes concernant la consommation d'alcool pendant la grossesse sont très diverses mais leur propre mère demeure la source la plus crédible ». « Les mères consommatrices d'alcool restent stigmatisées par les professionnels de la santé ; cette stigmatisation contribue au déni » « afin d'éviter des sanctions sociales comme le retrait de la garde de son enfant ».

« La recommandation de l'abstinence est mal comprise dans la mesure où elle n'est pas perçue comme absolue ; elle n'exclut pas un verre de temps en temps » ; une majorité de femmes « adaptent donc les messages de prévention qui leur sont transmis (zéro alcool) en concordance avec leurs propres intérêts, en l'occurrence ici, très souvent leur bien-être ou leur plaisir ». « Une autre représentation dominante conduit ces femmes à distinguer les alcools tolérés (alcools « doux ») des alcools à bannir (alcools « forts ») ». « Quant aux périodes de consommation, le premier trimestre et plus particulièrement le premier mois de gestation est généralement considéré par ces femmes comme la seule période à risque, car la période de « formation des organes » ». « Une minorité de femmes sont intransigeantes (zéro alcool) en raison de leurs connaissances des risques encourus pour l'enfant à naître ».

Les connaissances des conséquences de la consommation d'alcool sont souvent peu précises, parcellaires voire fourre-tout, parfois proches du savoir populaire.

Les sources d'information ? Les femmes « voient leurs gynécologues comme des sources d'information contradictoires » « parce que leurs messages de prévention ne sont pas uniformes ». « Nombre d'entre elles déplorent ce manque de consensus dans l'information communiquée par les gynécologues. »

Toutain Stéphanie, *Abstinence pendant la grossesse. Ce qu'en disent les femmes en France, Alcoologie et Addictologie, 2009, 31 (2) :107-114.*

2.4. L'allaitement

On conseillera également l'abstinence durant la période d'allaitement. Cependant, si le médecin pense que le risque de consommation est probable, il peut évoquer, s'il pense que la patiente est apte à appliquer le conseil, la possibilité de prendre une boisson alcoolisée, moyennant pour la tétée, le respect d'un délai suivant la consommation (cf. point 1.6).

Ce délai n'est concrètement possible qu'en cas d'alimentation mixte (sein et biberon), ou moyennant un prélèvement de lait maternel avant la consommation d'alcool.



3. Avenir sociofamilial des enfants et des adultes SAF/EFA

Rares sont les études portant sur les maladies, et notamment les maladies mentales, observées chez des adultes nés avec un SAF ou atteints de EFA.

Streissguth, qui introduit la notion de SAF en 1973, fait l'étude d'une série de 35 patients recrutés dans l'unité « Fetal Alcohol and Drug Unit » de l'Université de Washington/Seattle; il publie ses résultats en 1998 dans l'Am J Psychiatry.

Ces 35 sujets adultes sont nés avec un SAF ou atteints de EFA; les sujets ont > 18 ans (âge moyen 28,8 ans ; extrêmes 19 ans à 51 ans) et ont un QI > 70.

- Plus de la moitié d'entre eux recevraient un traitement psychiatrique.
- La comorbidité psychiatrique la plus fréquente est l'addiction (alcool et/ou drogues -plus de la moitié de ces sujets-); viennent ensuite la dépression majeure (44% des sujets) et les troubles de nature psychotique (40% des sujets). Egalement des troubles bipolaires, anxieux et des troubles du comportement alimentaire.

- Les troubles de la personnalité les plus fréquemment rencontrés sont le trouble « personnalité évitante », ensuite le trouble « personnalité antisociale », enfin le trouble « personnalité dépendante ».

Chris Famy, B.S., Ann P. Streissguth, Ph.D., and Alan S. Unis, M.D., Mental Illness in Adults With Fetal Alcohol Syndrome or Fetal Alcohol Effects, Am. J Psychiatry 1998 ;155 : 552-554



4. En savoir plus



Sites :

- www.inserm.fr
- www.sfalcoologie.asso.fr
(site de la Société Française d'Alcoologie)
- www.infordrogues.be
- www.vad.be

Rapports :

- Les conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse. Recommandations de la Société française d'alcoologie. *Alcoologie et Addictologie* 2003; 25 (2 suppl) : 45S-104S.
- Exposition prénatale à l'alcool : données biologiques. Rapport Inserm 2001.

Guidelines :

- Health Council of the Netherlands. Risks of alcohol consumption related to conception, pregnancy and breastfeeding. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2005; publication no. 2004/22.
- National Health and Medical Research Council. Australian alcohol guidelines for low-risk drinking; october 2007.
- Zwangerschapsbegeleiding. Gevalideerd door CEBAM onder het nummer 2006/02. Lieve Seuntjens, Jasna Neirinckx, Anne Van Mackelenbergh, Paul Van Royen, Niek Vervaeck, Yves Jacquemyn, Marleen Temmerman, Caroline De Smedt.

Bibliographie :

Epidémiologie :

- L'alcool en Europe. Une approche en santé publique. Rapport à la commission Européenne. ANDERSON Peter et Ben BAUMBERG.

Métabolisation :

- Etats des connaissances actuelles sur, d'une part, la consommation d'alcool et de ses effets durant la grossesse et, d'autre part, les répercussions de cette consommation sur l'enfant à venir, Les conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse, *Alcoolologie et Addictologie* 2003; 25(2 suppl.) : 51s-53s
- Noïrfalïse A. Les risques de la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse et durant l'allaitement. Bruxelles : Publication du conseil supérieur de la santé n° 8462 04/03/09.

Allaitement :

- Gideon K. Drinking alcohol while breastfeeding : Will it arm my baby? January 2002. www.motherisk.com consulté le 09/06/09.
- Noïrfalïse A. Les risques de la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse et durant l'allaitement. Bruxelles : Publication du conseil supérieur de la santé n° 8462 04/03/09.

Questionnaires :

- Vabret F., Houet T., Dreyfus M., Davy A. Consommation déclarée d'alcool de 150 femmes hospitalisées en maternité. *Alcoolologie et Addictologie* 2006; 28(3) : 217-222.
- Varescon I., Gaugue J., Wendland J. Alcool et grossesse, Première utilisation du questionnaire de dépistage T-ACE dans une population française. *Alcoolologie et Addictologie* 2007; 29(3) : 221-226.
- Stratégies d'évaluation des conduites d'alcoolisation chez la femme enceinte, *Alcoolologie et Addictologie* 2003; 25(2 suppl.) : 45s-104s.
- Senn M., Straub D., Pellet J., Bussiron D. Syndrome d'alcoolisation foetale, Etude portant sur la consommation d'alcool pendant la grossesse. *Alcoolologie et Addictologie* 2005; 27(3) : 181-190.

Développement neurologique :

- Etat des connaissances actuelles sur, d'une part la consommation d'alcool et de ses effets durant la grossesse et, d'autre part, les répercussions de cette consommation sur l'enfant à venir. *Alcoolologie et Addictologie* 2003, 25 (2 suppl.) : 59s-73s.
- Noïrfalïse A. Les risques de la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse et durant l'allaitement. Bruxelles : Publication du conseil supérieur de la santé n° 8462 04/03/09.
- Senn M., Straub D., Pellet J., Bussiron D. Syndrome d'alcoolisation foetale, Etude portant sur la consommation d'alcool pendant la grossesse. *Alcoolologie et Addictologie* 2005; 27(3) : 181-190.

FAS :

- Daron A. Les répercussions de l'alcoolisme maternel chez l'enfant. Colloque singulier CHR Peltzer- La Tourelle, Verviers, 1/10/05.
- Etat des connaissances actuelles sur, d'une part la consommation d'alcool et de ses effets durant la grossesse et, d'autre part, les répercussions de cette consommation sur l'enfant à venir. *Alcoologie et Addictologie* 2003; 25(2 suppl.): 59s-73s.
- Stratégies d'intervention durant la grossesse pour la mère et l'enfant lorsque la mère consomme des boissons alcooliques. *Alcoologie et Addictologie* 2003; 25(2 suppl.): 88s-95s.
- Les conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse. Recommandations de la Société Française d'Alcoologie, *Alcoologie et Addictologie* 2003; 25(1 suppl.): 45s-104s.
- Noïrfaïse A. Les risques de la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse et durant l'allaitement. Bruxelles: Publication du conseil supérieur de la santé n° 8462 04/03/09.
- Senn M., Straub D., Pellet J., Bussiron D. Syndrome d'alcoolisation foetale, Etude portant sur la consommation d'alcool pendant la grossesse. *Alcoologie et Addictologie* 2005; 27(3): 181-190.
- Toutain S., Lejeune C. Vie familiale des enfants porteurs du syndrome d'alcoolisation foetale. *Alcoologie et Addictologie* 2008; 30(2):137-146.

- Suzanne C. Tough, PHD Margaret Clarke, MD Sterling Clarren. Preventing fetal alcohol spectrum disorders. Preconception counseling and diagnosis help. September 2005. www.motherisk.com consulté le 09/06/09.
- Gideon Koren, MD, FRCPC; Ronen Loebstein, MD; Irena Nulman, MD. Fetal alcohol syndrome : Role of the family physician. January 1998. www.motherisk.com consulté le 09/06/09.

Représentation des professionnels :

- Les conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse. Recommandations de la Société Française d'Alcoologie, *Alcoologie et Addictologie* 2003; 25(1 suppl.): 45s-104s.
- Stratégies d'intervention durant la grossesse pour la mère et l'enfant lorsque la mère consomme des boissons alcooliques. *Alcoologie et Addictologie* 2003; 25(2 suppl.): 88s-95s.
- Toutain S., Lejeune C. Vie familiale des enfants porteurs du syndrome d'alcoolisation foetale. *Alcoologie et Addictologie* 2008; 30(2): 137-146.
- Suzanne C. Tough, PHD Margaret Clarke, MD Sterling Clarren. Preventing fetal alcohol spectrum disorders. Preconception counseling and diagnosis help. September 2005. www.motherisk.com consulté le 09/06/09.

- Gideon Koren, MD, FRCPC; Ronen Loebstein, MD; Irena Nulman, MD. Fetal alcohol syndrome : Role of the family physician. Januaury 1998. www.motherisk.com consulté le 09/06/09.
- Alexandra C Nevin, Christopher Parshuam, irena Nulman, Gideon Koren, Adrienne Einarson. A survey of physicians knoledge regarding awarness of maternal alcohol use and the diagnosis of FAS. November 2001. BMC Fam Pract. 2002;3:2. Published online 2002 February 8. doi: 10.1186/1471-2296-<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=65679>
- Dumas A, Lejeune C, Simmat-Durand L, Bonnaire C, Michaud P, Hillaire S, Groupe d'études grossesse et addictions. Prevention du syndrome d'alcoolisation foetale (SAF). *Alcoologie et Addictologie* 2006; 28(4):311-316.
- FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu (2009). MKG (Minimal Klinische Gegevens) 1999-2006. Brussels : Federale Overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. Data verkregen op verzoek.
- Varescon I., Gaugue J., Wendland J. Alcool et grossesse, Première utilisation du questionnaire de dépistage T-ACE dans une population française. *Alcoologie et Addictologie* 2007; 29(3) : 221-226.
- Senn M., Straub D., Pellet J.,Bussiron D. Syndrome d'alcoolisation foetale, Etude portant sur la consommation d'alcool pendant la grossesse. *Alcoologie et Addictologie* 2005; 27(3) : 181-190.
- Suzanne C. Tough, PHD Margaret Clarke,MD Sterling Clarren. Preventing fetal alcohol spectrum disorders.Preconception counseling and diagnosis help. September 2005. www.motherisk.com consulté le 09/06/09.

Epidémiologie :

- Daron A. Les répercussions de l'alcoolisme maternel chez l'enfant. Colloque singulier CHR Peltzer- La Tourelle, Vervier, 1/10/05.
- Demarest S., Drieskens S., Gisle L., Hesse E, Miermans PJ, Tafforeau J, Van der Heyden J(2006). Health Interview Survey, Belgium, 1997-2001-2004. Health Interview Survey Interactive Analysis. Unit of Epidemiology, Scientific Institute of Public Health, Brussels, Belgium.

Notes



Cette brochure a été réalisée en concertation par



la Société Scientifique de Médecine Générale



Domus Medica



Question Santé asbl



Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen

A l'initiative de l'asbl iDA



Avec le soutien du SPF Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement.

Cette brochure a été soumise à des lecteurs de disciplines différentes, que nous remercions pour leurs remarques constructives et critiques qui ont constitué un apport précieux.

Rédaction: Ilse De Maeseneire, Dr Bernard Dor, Dr Leo Pas, Dr Céline Stasse, Dr Patrick Trefois.