



UNIVERSITE DES SCIENCES ET TECHNOLOGIES DE LILLE
FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET SOCIALES
INSTITUT DE SOCIOLOGIE ET D'ANTHROPOLOGIE

MASTER PROFESSIONNEL PRATIQUES ET POLITIQUES
LOCALES DE SANTÉ

ALCOOL ET GROSSESSE :

Connaissances, Représentations et Pratiques
des Gynécologues Obstétriciens

**RAPPORT D'ÉTUDE REALISÉ AU SEIN DE
L'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et
Addictologie du Nord**

Sylvie GADEYNE

Référent professionnel : Anne DASSONVILLE
Référent universitaire : Geneviève CRESSON

Octobre 2008

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION :</u>	5
-----------------------	---

PREMIERE PARTIE :

Alcool, grossesse et santé des femmes : une problématique complexe.

I. <u>Les troubles liés à l'alcoolisation foétale : données générales</u>	9
1. Les effets de la consommation d'alcool pendant la grossesse :	9
1.1. Historique : des connaissances profanes... aux savoirs scientifiques	9
1.2. Données Cliniques sur le SAF et les EAF	10
1.3. Données épidémiologiques	12
2. Les conduites d'alcoolisation : enjeux, concepts, déterminants, spécificités...	13
2.1. L'alcool un problème de santé publique	13
2.2. Usage, usage nocif, dépendance	14
2.3. Des modes de consommation différents des hommes	15
2.4. Les déterminants de la consommation d'alcool	16
2.5. Les conduites d'alcoolisation des femmes pendant la grossesse	16
II. <u>Les politiques publiques et l'alcoolisation foétale</u>	20
1. Histoire d'une mobilisation :	20
2. Les mesures prises pour une prévention des ETCAF :	22
2.1. Etat actuel des recommandations	22
2.2. Les autres dispositions légales	23
2.3. Les engagements du programme régional de santé publique du Nord /Pas-de-Calais	24
3. L'alcoolisation foétale, un problème complexe :	24
3.1. L'alcool et la grossesse, ça peut être l'affaire de qui ?	24
3.2. Un enjeu : le repérage précoce de la consommation d'alcool pendant la grossesse	26
3.3. Le diagnostic et l'accompagnement	29
III. <u>Alcool, genre et société : le poids des représentations sociales</u>	30
1. Une conception socialement construite : « Du bien boire »...« Au mal boire » :	30
2. Une approche marquée par des rapports sociaux de genre :	33
2.1. Des représentations différenciées	33
2.2. Alcool et grossesse : le poids des représentations sociales...	34
2.3. Le regard porté sur l'alcoolisme féminin	35

IV. <u>L'alcoolisation foetale confrontée à l'évolution des pratiques médicales</u>	36
1. L'évolution des pratiques médicales :	36
1.1. La valorisation de la fonction technique au détriment de la fonction de soin	36
1.2. Des pratiques marquées par la rationalisation des soins	37
2. Des pratiques marquées par les modalités de socialisation des médecins :	39
2.1. Les éléments liés à la formation	39
2.2. La relation médecin/patient : une relation de domination	41
2.3. La recherche d'activités plus valorisantes et les relations des médecins avec les autres professionnels de santé	43
3. Les pratiques médicales en périnatalité... en question :	44
3.1. Contexte historique : les bouleversements liés à la conception de la vie	44
3.2. La grossesse et la naissance dans la vie des femmes	46
3.3. Les spécificités du métier de gynécologue	47
3.4. Les bouleversements liés à l'évolution du métier de gynécologue	48

DEUXIEME PARTIE :

Recherche exploratoire sur la prévention de l'alcoolisation foetale par les gynécologues obstétriciens.

I. <u>Présentation de l'enquête</u>	53
1. Objectifs de la recherche	53
2. Méthodologie de la recherche :	54
2.1. Choix de l'échantillon et modalités de la prise de contact	54
2.2. La grille d'entretien	56
2.3. Accueil de l'enquête et présentation de l'échantillon	56
2.4. Atouts et difficultés du statut de l'enquêtrice	57
II. <u>Résultats de l'enquête</u>	58
1. L'alcoolisation des femmes - Connaissances et représentations des gynécologues obstétriciens :	58
1.1. Leur perception des connaissances de la population	58
1.2. Les connaissances des praticiens sur le risque alcool	59
1.3. L'évaluation des risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse	60
1.4. L'alcoolisation foetale et les populations à risques	62

2. La question de l'alcool dans le suivi des grossesses – La pratique des gynécologues obstétriciens :	64
2.1. Les pratiques de repérage des conduites d'alcoolisation pendant la grossesse	64
2.2. Un ajustement des recommandations aux situations cliniques	67
2.3. L'accompagnement des femmes enceintes dépendantes de l'alcool	69
3. Une difficulté majeure - Savoir parler de l'alcool :	74
3.1. Parler de l'alcool : C'est prendre le risque de les « accuser » d'alcoolisme	74
3.2. La peur de casser la relation	77
3.3. Cela fait partie de la vie privée	77
3.4. Des formulations difficiles à trouver	78
3.5. Un sujet beaucoup moins abordé que le tabac	79
4. Les répercussions de la formation et des conditions d'exercice :	81
4.1. L'esprit clinique l'emporte sur l'esprit scientifique	81
4.2. Des praticiens concentrés sur des pathologies somatiques de la grossesse	85
4.3. La place des gynécologues dans la chaîne des soins	86
4.4. Les relations avec les autres professionnels de santé	88
4.5. Les difficultés liées aux évolutions des conditions de travail	91

TROISIEME PARTIE :

Les gynécologues obstétriciens, acteurs de la prévention de l'alcoolisation foétale ?

1. La place des gynécologues dans la chaîne du soin	99
2. Les difficultés d'une collaboration entre la gynécologie obstétrique et les services d'alcoologie	100
3. L'ambivalence des politiques de prévention	103

QUATRIEME PARTIE :

<i>Recommandations</i>	106
------------------------	-----

CONCLUSION :

<u>LISTE DES ANNEXES</u>	116
<u>ANNEXES</u>	117
<u>LISTE DES SIGLES</u>	139
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	141

Introduction :

Chargée de la mise en œuvre dans le département du Nord du programme de formation-action de l'ANPAA 59 (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie) « alcool, grossesse et santé des femmes », j'ai été amenée, depuis deux ans, à rencontrer plusieurs centaines de professionnels de la santé et du social (en priorité des personnels médicaux, sociaux, éducatifs issus des services de PMI (Protection Maternelle Infantile), maternité, CAMSP (Centre d'Action Médico Sociale Précoce), foyers d'hébergement pour femmes avec ou sans enfants, structures d'accueil de la petite enfance..).

A travers les comités de pilotage mis en place dans les territoires et les animations de formation, j'ai pu me rendre compte combien la question de la consommation d'alcool pendant la grossesse était peu prise en compte, ou évitée, par les professionnels de la santé et du social, que ce soit en amont de la naissance auprès des femmes enceintes ou après la naissance dans la prise en charge des enfants ayant été exposé in utero à l'alcool. Mes missions antérieures à l'ANPAA m'avaient déjà permis de mettre en évidence les nombreux mécanismes de défense et stratégies de contournement des professionnels pour aborder la consommation d'alcool avec la population (tant dans un repérage des conduites d'alcoolisations à risques que dans l'accompagnement des personnes alcoolodépendantes). L'animation de ce programme m'a très rapidement permis de mesurer combien ces résistances et difficultés étaient majorées dès qu'il s'agissait d'aborder l'alcool chez la femme enceinte.

Par ailleurs, ces multiples rencontres m'ont permis de m'interroger sur le rôle particulier des gynécologues obstétriciens dans la prise en compte de cette problématique, ou plutôt de leur quasi-absence. En effet, sur les cinq territoires où le programme de formation-action a été mis en œuvre ou est encore aujourd'hui en cours de réalisation, seul un gynécologue a participé très ponctuellement aux réunions du comité de pilotage. Sa participation n'est sans doute d'ailleurs pas étrangère au fait qu'il ait été sollicité par son ami médecin alcoologue avec lequel il avait fréquenté les mêmes bancs universitaires. Sur les autres territoires, malgré l'invitation systématique des chefs de service de gynécologie obstétrique et du

service de pédiatrie, aucun médecin ne s'est manifesté. Les maternités sont, le plus souvent représentées par la sage-femme cadre supérieure du service, et pour un seul secteur par un pédiatre.

Au fil des mois, plusieurs sages-femmes m'ont fait part de l'absence de discussion avec les médecins gynécologues sur la prévention des ETCAF (Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale). Elles ont souligné à plusieurs reprises qu'elles ignoraient si cette question était abordée de manière systématique dans les entretiens prénataux. Cette remarque était tout particulièrement adressée par des sages-femmes issues de maternités privées en précisant que le caractère libéral de l'activité des médecins représentait un frein dans l'abord de cette problématique avec les femmes, perçues comme clientes. Par ailleurs, elles soulignaient que ce sujet n'était pas ou très peu abordé dans les réunions de service ou dans les réunions mensuelles qui rassemblent les services de gynécologie de pédiatrie avec les services de PMI pour aborder les situations de grossesse les plus problématiques. Ces sages-femmes, issues du secteur privé, ont évoqué plusieurs raisons pour expliquer le silence des gynécologues sur cette question :

- le manque de temps (un entretien avec le médecin gynécologue dure environ 15 minutes, examen clinique compris), les praticiens trop peu nombreux sont débordés
- les patientes accueillies dans les maternités sont des femmes issues de milieux socio-économiques privilégiés et, à ce titre, ne seraient pas concernées par les problèmes de dépendance à l'alcool et de SAF (Syndrome d'Alcoolisation Fœtale);
- les gynécologues considèrent que cette problématique est à la limite du champ médical et préfèrent que cette question soit abordée par les sages-femmes ;
- les praticiens préfèrent se concentrer sur des pathologies rares où il existe des protocoles de recherche plus passionnants.

Ces observations m'ont conduit à vouloir étudier plus particulièrement les connaissances, attitudes et pratiques des médecins gynécologues obstétriciens.

Mes recherches bibliographiques m'ont permis de m'apercevoir qu'en France, peu d'études se sont intéressées à la prévention et à la prise en charge des problèmes liés à l'alcoolisation fœtale par les professionnels de la périnatalité en maternité, en particulier par les gynécologues obstétriciens. Les travaux récents de recherche ont davantage étudié la prévalence de la consommation d'alcool chez les femmes enceintes ou les connaissances et les pratiques des médecins généralistes. Cette situation paraît d'autant plus regrettable que le gynécologue obstétricien représente la personne la plus fréquemment consultée pour la déclaration de grossesse (74,5% en 2003) et pour la suite de la surveillance prénatale. Après la déclaration de grossesse, seulement 14,5% des femmes ont consulté un généraliste et 26,9 % une sage-femme en maternité. En tant qu'acteurs pivots du suivi des femmes pendant leur grossesse, il peut être très intéressant de mieux connaître leur implication dans la prévention des ETCAF. Ils pourraient être des maillons avisés et formés sur l'ensemble des aspects relatifs aux conséquences de l'alcoolisation pendant la grossesse.

Partant de ces éléments liés à ma pratique professionnelle et à la lecture de la littérature scientifique sur cette question, j'ai décidé de rencontrer des gynécologues obstétriciens afin de mieux identifier et comprendre leur pratique médicale sur la question de l'alcool pendant la grossesse. Il s'agissait pour moi de cerner l'intérêt porté par les praticiens sur ce problème de santé publique et mieux comprendre les ressources mobilisées, les obstacles rencontrés dans le colloque singulier avec les patientes et dans l'articulation avec les autres professionnels concernés.

PREMIERE PARTIE :

Alcool, grossesse et santé des femmes : une problématique complexe

I. Les troubles liés à l'alcoolisation fœtale - données générales :

Dans un premier temps, nous allons nous consacrer à la revue d'informations sur l'alcool, la grossesse, le suivi de la grossesse. Il s'agit pour nous de cerner la thématique dans toute sa complexité tant sur le point des connaissances scientifiques que sur la place des représentations sociales dans la description des comportements de consommation. Cette première partie a également pour vocation d'introduire les enjeux de la prévention des effets de l'alcoolisation fœtale au regard des politiques publiques et de l'évolution de la pratique médicale dans le suivi de la grossesse, en particulier celles des médecins gynécologues obstétriciens.

1. Les effets de la consommation d'alcool sur la grossesse :

1.1. Historique : des connaissances profanes... aux savoirs scientifiques :

Depuis très longtemps, l'alcool a été soupçonné d'être délétère pour l'enfant à venir. Dans la bible déjà, les boissons alcoolisées étaient déconseillées aux femmes enceintes : « Désormais, prends bien garde ! Ne bois ni vin, ni boisson fermentée, car tu vas concevoir et enfantera un fils » (livre des juges, 13-4). Au temps de la Rome et de la Grèce antique, l'ivresse au moment de la conception sera accusée de provoquer des malformations chez les enfants. Au fil des siècles, ces croyances profanes évoluent vers des connaissances scientifiques. Ainsi, au début du 20^{ème}, il est démontré pour la première fois que l'alcoolémie du fœtus est sensiblement égale à celle de la mère.

Les conséquences d'une exposition prénatale à l'alcool ont véritablement été décrites pour la première fois en 1968 par le Docteur Lemoine, pédiatre nantais, dans une étude publiée dans une revue locale (L'Ouest Médical). Cette publication, basée sur l'étude de 127 cas cliniques d'enfants issus de mères alcooliques, a montré que la consommation d'alcool pendant la grossesse est à l'origine de graves malformations et retards dans le développement du système nerveux central. Cependant les résultats de cette recherche n'ont pas eu les répercussions nationales et internationales escomptées. A cette époque, cette découverte scientifique est reçue dans un climat d'indifférence, voire d'hostilité. « L'alcool n'est pas

tératogène » restera le leitmotiv officiel. Ce travail fût repris cinq années plus tard par l'équipe de Jones en 1973, et aboutit à la description du syndrome d'alcoolisme fœtal. Ils identifient alors un ensemble de caractéristiques et de malformations chez des enfants de mères alcooliques.

C'est à partir de cette date que le SAF, anomalie congénitale évitable, attirera l'attention du monde entier. Par la suite, les études épidémiologiques et cliniques se sont multipliées pour mieux cerner les caractéristiques du syndrome.

Pourtant, il faudra attendre 2004 pour que les effets de l'alcoolisation fœtale soient reconnus par l'Académie de médecine comme première cause non génétique de retard intellectuel.

1.2. Données cliniques sur le SAF et les EAF :

Lorsque la femme enceinte consomme de l'alcool, celui-ci traverse rapidement la barrière placentaire et l'alcoolémie chez le fœtus est au moins égale à celle retrouvée chez sa mère. Ainsi, l'absorption de deux unités standard d'alcool conduit à une alcoolémie supérieure du fœtus supérieure à 0,5g/litre.

Tous les organes du fœtus sont susceptibles de voir leur développement perturbé par l'alcool. Cependant, le système nerveux central, dont le développement se produit tout au long de la grossesse et même après la naissance, est la cible principale de l'alcool.

Le SAF, dans sa forme complète, constitue à la fois l'atteinte la plus grave de l'exposition prénatale à l'alcool et la plus facilement identifiable. Il ne se rencontre que chez des enfants nés de mères alcoolodépendantes. Ce syndrome est caractérisé par l'association d'anomalies dans les trois domaines suivants :

- un retard de croissance prénatal ou postnatal, dans au moins un des aspects suivants : poids, taille, rapport poids-taille. Cet élément existe dans 80% des cas et s'associe éventuellement à une prématurité.
- une dysmorphie faciale avec la coexistence de trois anomalies faciales : des fentes palpébrales étroites, un philtrum (espace naso-labial) lisse, convexe et enfin une lèvre supérieure amincie ;

- une atteinte du système nerveux central avec au moins trois des troubles suivants : troubles neurologiques légers ou profonds, microcéphalie, déficience mentale, difficultés dans les apprentissages scolaires, troubles de communication, de la mémoire, de l'attention, déficience des fonctions exécutives, troubles des facultés d'adaptation et des conduites sociales... Dès les premiers jours de la naissance, cette atteinte neurologique peut se traduire par des anomalies du comportement (agitation, trémulations, difficultés de succion et troubles du sommeil). Il peut également y avoir des malformations associées, notamment au niveau cardio-vasculaires, squelettiques, rénales, urinaires, anomalies tégumentaires, malformations cérébrales.

L'alcool est un produit tératogène et ses effets sont dose-dépendants. Les répercussions cliniques d'une alcoolisation fœtale forment un continuum de la forme la plus grave à priori la plus aisée à diagnostiquer jusqu'aux formes dites « légères ou modérées » qui passent encore souvent de nos jours inaperçues alors qu'un diagnostic précoce permettrait une prise en charge précoce. En effet, si la conséquence de l'exposition prénatale à l'alcool la plus visible est le syndrome d'alcoolisation fœtale, il n'en demeure pas moins que de nombreux désordres neuro-développementaux sont également liés à l'exposition prénatale à l'alcool. Les formes incomplètes sont regroupées communément sous le vocable EAF (effets de l'alcool sur le fœtus). Dans ce cas, ce n'est souvent que plusieurs années après la naissance que les conséquences d'une exposition prénatale à l'alcool sont repérées. Les conséquences sont alors cognitives et comportementales : déficit intellectuel, troubles spécifiques de l'apprentissage, troubles des fonctions exécutives, troubles des conduites. Ainsi, alors que ces troubles sont habituellement rapportés à des facteurs éducatifs, psychoaffectifs voire génétiques, il convient de ne pas écarter l'hypothèse tératologique.

Le retentissement d'une exposition prénatale à l'alcool sur le développement du fœtus est difficile à évaluer précisément puisqu'il dépend de plusieurs facteurs dont la quantité d'alcool consommée, le stade de la grossesse, les habitudes nutritionnelles de la femme, sa corpulence, la vulnérabilité génétique du fœtus. Par ailleurs, les formes moins sévères de SAF sont plus difficiles à diagnostiquer car

elles peuvent être confondues avec d'autres problèmes de santé. Enfin, la plupart des études sont basées sur des enquêtes déclaratives et sous-estiment probablement la fréquence du problème, du fait d'un biais de sous déclaration possible en raison de l'image sociale négative de la consommation d'alcool chez la femme enceinte. Par contre, les études scientifiques ont clairement identifié que l'exposition prénatale à l'alcool représente un facteur de risque embryon-fœtal à tous les stades de la grossesse, risque qui est commun à toutes les variétés de boissons alcoolisées (vin, bière, cidre, spiritueux, etc...) et qui existe même lors des épisodes d'alcoolisation aigue (INERM, 2001).

S'il n'y a aucun doute sur le potentiel tératogène de l'alcool à forte dose, les effets d'une faible consommation sur l'embryon et le fœtus sont beaucoup moins bien appréhendés : il n'a jamais été mis en évidence de dose seuil en deçà de laquelle les risques sont nuls. Seul un consensus scientifique a pourtant été trouvé sur le risque d'atteinte persistante du système nerveux central lors d'une consommation de 2 à 3 verres d'alcool par jour pendant tout au long de la grossesse. Les études les plus récentes montrent qu'une consommation quotidienne de deux verres ou une consommation épisodique de 5 verres ou moins peuvent être nocives pour le fœtus (Streissguth, 1994 ; Inserm, 2001 ; Bailey, 2004 ;). Les pics d'alcoolisation aigues sont plus nocifs qu'une alcoolisation chronique (Abel et Hannigan, 1995 ; Ebrahim et al, 1999).

1.3. Données épidémiologiques :

La consommation d'alcool pendant la grossesse constitue actuellement un problème majeur de santé publique. Pour un enfant trisomique, sept enfants présentant un déficit intellectuel lié à une exposition in utéro à l'alcool sont pris en charge dans les établissements spécialisés (Parquet P, 2005). Les données françaises et internationales sur les troubles liés à une alcoolisation fœtale relèvent donc de l'estimation. D'après l'expertise collective INSERM réalisée en 2001, 700 à 3000 enfants sur les 750 000 naissances annuelles seraient concernées par un SAF grave, avec une incidence observée plus élevée sur l'île de la Réunion, dans le Nord-Pas-de-Calais et en Bretagne (régions où les statistiques de causes de décès chez les femmes révèlent un niveau élevé de consommation). Si nous y ajoutons les

chiffres liés aux EAF, ce serait environ 7000 enfants qui seraient concernées. Dans notre région, 650 enfants seraient touchés chaque année par les troubles causés par l'alcoolisation foetale.

Ces données ne doivent pas nous faire oublier que si en matière de SAF on connaît bien la gravité du problème, la prévalence et surtout l'incidence en population générale ne sont pas si bien connues. En effet, pour les formes les moins graves, le diagnostic n'est pas toujours aisé : il paraît particulièrement délicat de faire le lien entre des troubles repérés chez un enfant dans les premières années de sa vie et la consommation d'alcool de sa mère pendant la grossesse. De plus, il s'agit de prendre en compte les difficultés de deux individus (la mère et son enfant) à deux temps différents (pendant la grossesse et après la naissance).

Enfin, les données épidémiologiques connues au niveau international sont, pour la plupart d'entre elles, constituées à partir d'échantillons restreints en tailles, de populations spécifiques, ou encore à partir de définitions différentes des ETCAF. Les données recueillies deviennent alors difficilement généralisables sur l'ensemble de la population ou comparables au niveau international.

2. Les conduites d'alcoolisation : enjeux, concepts, déterminants, spécificités...

2.1. L'alcool, un problème de santé publique :

Malgré une diminution de 40% de la consommation moyenne d'alcool sur les quarante dernières années, l'alcool reste encore de nos jours un problème majeur de santé publique (environ 45000 morts par an). En France, l'alcool est la substance psycho active de loin la plus consommée.

Si au niveau national et régional, la consommation globale d'alcool diminue régulièrement (diminution du nombre de consommateurs réguliers et des quantités déclarées), son niveau global reste élevé. Ainsi, le Nord/ Pas-de-Calais détient de longue date le premier rang de la France métropolitaine pour les décès prématurés par alcoolisme et cirrhoses. La situation est contrastée en termes de consommation : le nombre de buveurs réguliers est moins important en Nord/ Pas-de-Calais que

dans le reste de la France mais les quantités bues sont plus importantes notamment chez les consommateurs réguliers. Par ailleurs, le nombre de jeunes consommateurs abstinents est plus élevé que dans les autres régions. Si nous regardons les indices comparatifs de mortalité, le taux de mortalité féminin par cirrhose et psychose alcoolique est très largement supérieur, avec des taux record sur le bassin minier et dans la Sambre Avesnois. Dans le département du Nord, l'alcool est la première cause de mortalité chez la femme entre 35 et 64 ans.

2.2. Usage, usage nocif, dépendance :

L'Organisation Mondiale de la Santé reconnaît trois types de comportements distincts de la consommation de substances psycho actives : l'usage, l'usage nocif, la dépendance.

- **L'usage** : ce comportement est caractérisé par la consommation de substances psycho actives n'entraînant aucun dommage et ne dépassant pas les seuils suivants :
 - une consommation inférieure ou égale à trois unités standard d'alcool par jour pour un homme ;
 - une consommation inférieure ou égale à deux unités standard par jour pour une femme ;
 - une consommation inférieure ou égale à quatre verres par occasion ;

Ces seuils sont à revoir à la baisse en fonction de vulnérabilités individuelles, la prise de médicaments, l'exécution de tâches nécessitant une bonne maîtrise psychomotrice. Il convient également de ne pas consommer d'alcool un jour par semaine.

- **L'usage nocif** : la consommation est supérieure aux seuils définis précédemment et induit des dommages (somatiques, relationnels, psychologiques, professionnels, judiciaires...) soit pour l'intéressé soit pour son entourage, la société. Ce comportement de consommation n'entraîne pas de dépendance au produit.

- **La dépendance** : Pendant longtemps, l'alcoolisme a été défini comme la perte de liberté de s'abstenir de boire. Désormais, les définitions internationales retiennent deux types de critères : la dépendance pharmacologique (identifiant la tolérance et l'existence d'un syndrome de sevrage à l'arrêt de la consommation) et la dépendance psychologique (avec le maintien du comportement d'alcoolisation malgré la connaissance ou l'expérience de sa nocivité).

2.3. Des modes de consommation différents des hommes :

Les modes de consommation d'alcool chez les hommes et les femmes font l'objet d'une observation attentive grâce à des études épidémiologiques régulières, pour la plupart d'entre elles basées sur des enquêtes déclaratives.

En France comme dans tous les pays du monde, la consommation globale des femmes est nettement inférieure à celle des hommes et cela à tous les âges. Ainsi, si nous regardons les chiffres du baromètre santé 2000 :

- les femmes sont moins nombreuses à consommer quotidiennement que les hommes (11,2 % des femmes contre 27,8% des hommes) ;
- elles boivent en moyenne moins de verres d'alcool par jour (1,7 verres contre 2,9 verres chez les hommes) ;
- elles sont moins souvent ivres (2,8 ivresses par an à 5,0 chez les hommes) ;
- elles sont moins nombreuses à présenter des signes de dépendance (4% vs 13,3% à partir du test DETA) (Guilbert, 2000).

Les spécificités des femmes quant à la consommation d'alcool sont également physiologiques. Les femmes sont plus vulnérables à l'alcool : à poids égal et à consommation identique, elles ont une alcoolémie supérieure à celle des hommes. Les explications sont multiples : enzyme responsable de l'élimination de l'alcool moins efficace, une concentration de l'alcool dans les organes plus importante en raison d'une masse adipeuse supérieure à celle des hommes, cycles hormonaux, contraceptifs... Il est à noter que la sensibilité biologique accrue des femmes à l'alcool est perçue pour certains chercheurs, comme un facteur de protection à l'égard des dépendances. Pour les femmes, cette sensibilité biologique a comme conséquence l'apparition plus précoce de pathologies somatiques et psychiatriques liées à une alcoolisation excessive chronique.

2.4. Les déterminants de la consommation d'alcool :

Les comportements de consommation des femmes sont très diversifiées en termes de fréquence ou de contexte (quelque soient leur âge, leur situation matrimoniale et leur catégorie socio professionnelle). La plupart des femmes ne consomment de l'alcool que de façon exceptionnelle. Les modes d'usage varient selon l'âge : les aînées ont plus tendance à boire quotidiennement, alors que les plus jeunes consomment moins fréquemment, mais de façon circonstanciée lors de fêtes (Enveff, 2003). Parmi les femmes, celles ayant un statut de cadre sont davantage concernées par la consommation d'alcool (Com-Ruelle, 2008). Ce résultat est cohérent avec les travaux montrant que les femmes cadres fument davantage que les autres (Guilbert et al, 2000) et semble indiquer que cette population développe plus de comportements à risques. Les hypothèses pour expliquer cette surconsommation sont liées au milieu professionnel (fortes responsabilités, environnement plutôt masculin, occasions de convivialité plus fréquentes) ou encore une moindre aversion au risque.

Enfin, le fait de subir des violences et celui de présenter des conduites d'alcoolisation problématiques est étroitement lié, sans qu'il soit possible d'établir si c'est l'alcool qui conduit à la violence ou inversement. Les femmes qui font une consommation importante d'alcool sont particulièrement touchées par les phénomènes de violence. De même, les femmes victimes de problèmes de violence déclarent avoir une consommation d'alcool plus élevée (Enveff, 2003). Si les femmes victimes de violences conjugales rapportent le fait que la consommation d'alcool permet parfois de supporter la difficulté de leur situation, la consommation est également associée à des fréquences plus élevées de violences agies par les femmes.

2.5. Les conduites d'alcoolisation des femmes pendant la grossesse :

○ *Les connaissances de la population sur l'alcool et la grossesse :*

L'enquête INPES 2008 (Institut National de Prévention et d'Education à la Santé) effectuée auprès d'un très large échantillon de population nous révèle une amélioration significative de la connaissance des Français sur la nécessité d'une

abstinence d'alcool pendant la grossesse (87% des enquêtés vs 82% en 2004). 32% d'entre eux pensent néanmoins que les risques ne peuvent être observés qu'à partir d'une consommation quotidienne (contre 39% en 2004). Les troubles physiques (malformations, retards de croissance) qui sont visibles à la naissance sont mieux connus que les troubles intellectuels (problèmes de mémoire, de concentration) qui se déclarent lorsque l'enfant grandit et peuvent être aussi liés à des facteurs environnementaux. La visibilité du handicap est mise en avant au détriment des effets non visibles ainsi que leurs conséquences sur le plan social, psychologique, familial. Enfin, l'alcool est un produit qui suscite moins de craintes que le tabac. Dans cette même enquête, seul un français sur cinq le cite spontanément comme une drogue. Une autre enquête, celle-ci menée dans notre région, complète ces données en précisant que les personnes mettent au même plan le risque tabagique et le risque alcool pendant la grossesse (CRESGE, 2001).

- ***Un constat - la plupart des femmes enceintes diminuent ou arrêtent leur consommation :***

Même si nous manquons de données épidémiologiques précises, il semblerait que la plupart des femmes enceintes diminuent ou arrêtent leur consommation d'alcool pendant la grossesse. Le baromètre Santé INPES de 2005 nous indique que 38% des femmes, (et 11% des femmes enceintes) déclarent avoir consommé de l'alcool pendant la semaine précédente. De plus, des enquêtes réalisées à la maternité de Saint Etienne et à Caen apportent des éléments plus précis :

- Environ 50% des femmes enceintes arrêtent de boire pendant leur grossesse. Toutefois, une part importante de femmes hospitalisées en maternité déclare un usage d'alcool durant leur grossesse. Une consommation excessive avec un risque pour le développement de l'enfant est observée pour près d'un tiers de la population enquêtée avant la grossesse, et le maintien pendant la grossesse d'une consommation supérieure à 14 verres par semaine ou à quatre verres par occasion pour 9,9% d'entre elles. Pour expliquer cette tendance, l'enquête envisage plusieurs facteurs de causalité : une méconnaissance des informations sur la tératogénicité du produit, une banalisation culturelle de la consommation d'alcool, un encouragement de l'entourage à la consommation (Vabret et al, 2006).

- Près de la moitié des femmes ont un contact avec l'alcool pendant leur grossesse, (enquête réalisée à partir du questionnaire « audit » cf. annexe). Toutefois, la plupart des femmes qui maintiennent une consommation le font de manière irrégulière (moins d'une fois par mois) et modérément (un à deux verres). 6,6% des femmes enceintes ont décrit au moins un épisode de consommation massive occasionnelle. 1% des femmes ont eu une consommation excessive d'alcool (Senne, 2005).

Chez certaines femmes alcooliques, la consommation de boissons alcoolisées diminue fortement ou s'arrête complètement dès qu'elles se savent enceintes, au moins pour celles dont les dépendances sont peu importantes.

Pourtant, la culpabilité souvent très importante de ces femmes empêche de mesurer précisément leur consommation (Dehaene, 1995).

La maternité « *vient bouleverser profondément leur parcours de vie, car elle s'accompagne d'un regard critique sur des modes de vie ancrés depuis plus ou moins longtemps, de la mise en place de stratégies pour faire face aux nouvelles exigences et aux changements et offre la possibilité de faire dévier la trajectoire des consommations, ce dont témoigne la diminution de la consommation pendant la grossesse de la majorité des participantes* » (De Koninck, 2003). Avec l'arrivée d'un enfant, indépendamment du désir de grossesse et malgré les difficultés posées par cette maternité, les femmes rencontrées espèrent pouvoir prendre un nouveau départ dans leur vie et contrer une histoire individuelle et familiale souvent lourde.

- **Facteurs de risques maternels de consommation d'alcool durant la grossesse :**

Tout d'abord, rappelons que les facteurs de risque de la consommation d'alcool ne présentent pas de spécificité particulière pendant la grossesse. Par contre, pendant la grossesse, les conséquences de la consommation d'alcool, même modérée ou exceptionnelle peuvent porter préjudice au développement de l'enfant.

Les résultats des enquêtes réalisées sont contradictoires :

L'étude de Léonardson (2003) a montré que les femmes à haut risque de consommation d'alcool durant la grossesse ont tendance à être plus jeunes, moins éduquées, célibataires et sans emploi. Les facteurs de protection incluent le fait d'être mariée et femme au foyer. D'autres variables associées à un haut risque sont les antécédents d'abus sexuels, les abus physiques passés ou présents, le

tabagisme, la consommation d'autres drogues, le fait de vivre avec des consommateurs excessifs de substances psycho actives. Il semblerait également que le sentiment de tristesse, le fait de croire que boire n'importe quelle quantité d'alcool est acceptable, et être capable de supporter 4 verres ou plus soient des facteurs prédictifs d'un risque majoré. Ces facteurs de risque sont, pour la plupart, également repérés dans l'étude menée par April et al (2004).

Une étude québécoise effectuée auprès de femmes enceintes, distingue les consommatrices modérées et occasionnelles qui maintiennent leur consommation antérieure et, d'autre part, les femmes alcoolodépendantes pour lesquelles il existe de réelles difficultés à obtenir un arrêt des consommations. Ces dernières rapportent de façon significative plus de problèmes liés à l'alcool dans leur entourage familial, et consommation de tabac avant la grossesse. Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes concernant l'âge, la situation familiale, le revenu mensuel du ménage, la prise de traitement psychotrope, le terme de la grossesse, le poids et le périmètre crânien du bébé à la naissance (Audet, April, 2006).

- ***La relation à l'alcool pendant la grossesse - l'expérience des femmes enceintes :***

S'interroger sur les niveaux de consommation est utile mais il est également important d'envisager la relation des femmes enceintes à l'alcool. Nombreuses sont les femmes qui consomment de l'alcool pourtant, quand il s'agit d'aborder ces consommations, le sujet reste le plus souvent tabou. Il existe peu de données sur les difficultés liées à l'arrêt d'alcool pendant la grossesse comme si s'abstenir de boissons alcoolisées pendant la grossesse était toujours aisé pour les femmes. Pourtant, la réalité pourrait être toute autre comme l'exprime cette jeune femme dans l'enquête Jumel : « *quand j'ai su que j'étais enceinte, j'ai réduit mais avec énormément de frustration. J'ai été à un mariage à trois mois de grossesse où je n'ai pensé qu'à mon envie de boire de l'alcool, c'était affreux. On dit : « Sans l'alcool, la fête est plus folle », ce n'est pas vrai pour moi* » (Jumel, 2005). Cette enquête souligne également que l'alcool peut être utilisé de manière « auto-thérapeutique ». Dans les médias, la grossesse est souvent présentée comme un événement joyeux et attendu. Or, « *la grossesse ne met pas la femme à l'abri de difficultés diverses au sein du couple, par rapport à l'enfant à venir, par rapport à son passé, son environnement social* » (Jumel 2005). L'alcool peut alors devenir « un recours voire

une solution face à un mal-être immédiat », réactiver un passé familial douloureux, parfois en lien avec des mécanismes transgénérationnels.

Une autre enquête québécoise celle-ci, aborde la relation à l'alcool des femmes enceintes et porte un autre regard. Modifier ses habitudes de consommation d'alcool apparaît aisé quand les femmes sont très peu consommatrices d'alcool en dehors de la grossesse. Malgré la pression exercée par l'entourage, elles parviennent alors à affirmer leur choix sans difficulté. Par contre, certaines femmes issues de milieu plus favorisé décident de poursuivre une consommation modérée. Cette décision est liée au désir de « *garder quelques petits plaisirs* », de « *ne pas s'empêcher de vivre parce qu'on est enceinte* ». Il est ainsi justifié de boire « de la façon permise », de choisir « la modération » dans la mesure où elles sont persuadées de faire ce qu'il y a de mieux pour leur enfant (Audet, 2006).

II. Les politiques publiques et l'alcoolisation fœtale :

1. Histoire d'une mobilisation :

Dans la région Nord/Pas-de-Calais, depuis une trentaine d'années, des professionnels, tant du champ de la pédiatrie (derrière les Docteurs Dehaene, Titran et Semet par exemple) que de l'alcoologie (avec le Professeur Michel Fontan puis les Docteurs Playoust et Danel) se sont préoccupés des conséquences de l'alcoolisation pendant la grossesse. L'absence de données épidémiologiques régionales a longtemps occulté l'importance du SAF, ce qui l'a probablement maintenu à distance des préoccupations de santé publique.

Les premiers travaux cliniques ont commencé en 1976 avec Ch et P. Samaille qui publie une thèse sur le SAF suite au recueil de 47 observations en provenance des hôpitaux de Roubaix, Lens et Lille. A cette époque, l'existence d'enfants hypotrophiques, nés de mères alcooliques, présentant des malformations associées est démontrée. Cette thèse parvenue à Seattle va engendrer de multiples échanges avec les chercheurs de Fœtal Alcohol and Drug Unit. En parallèle, en France, Kaminski (INSERM) poursuit des études épidémiologiques sur les effets des consommations modérées à partir d'enquêtes sur des centaines de cas cliniques d'enfants atteints de SAF. En 1993, l'étude de jumeaux dizygotes effectuée par

Dehaene et Streissguth montre que, bien qu'ils aient été soumis à la même alcoolisation prénatale, tous les enfants ne sont pas atteints de la même manière.

Progressivement au début des années 90, le GRAA (Groupement Régional d'alcoologie et d'Addictologie) et le CDPA (Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme) de l'ANPAA Nord s'engagent dans des actions de prévention et d'information sur le SAF. Leur objectif est de prendre en compte ce problème encore méconnu et dont l'importance émerge seulement dans la conscience médicale collective. Des groupes de travail réunissant pédiatres, alcoologues, gynécologues, travailleurs sociaux, émergent, les premières campagnes de sensibilisation à destination du grand public sont proposées (spot sur la télévision régionale, dépliant d'information, animations lors de la journée internationale de prévention du SAF...).

Dès 1998, le centre de documentation de l'ANPAA se donne pour vocation de réunir ouvrages, revues, thèses et tous documents portant sur le SAF. Aujourd'hui, l'ANPAA est sans doute un centre de documentation qui fait référence sur cette problématique tant les documents rassemblés, au niveau régional, national et international, sont nombreux. Cette réflexion prend une nouvelle forme quand le comité de prévention s'engage, au début des années 2000 dans un travail de recherche-action réunissant en plus des professionnels de la santé et du social, des acteurs de prévention et des chercheurs en sociologie de l'université de Lille 1 (laboratoire CLERSE). Cette réflexion collective et transversale réunit de nombreux professionnels issus de la région ou du reste de la France et suscite de nombreux échanges et interrogations. Leurs travaux s'inscrivent dans une approche globale de la vie des femmes. En effet, si la grossesse est un épisode de la vie d'une grande majorité de femmes, ce n'est pas un épisode déconnecté de l'ensemble de la vie. Il s'agit non seulement de prendre en compte l'ensemble des déterminants de santé de la femme enceinte mais aussi la question du genre et des relations entre les sexes, en particulier sur le thème de la famille et des rôles parentaux.

2. Les mesures prises pour la prévention des ETCAF :

2.1. Etat actuel des recommandations :

Les connaissances quant aux risques d'une exposition prénatale à l'alcool pour le développement de l'enfant ont connu un essor considérable depuis la publication des travaux de Lemoine en 1968. Depuis les années 90, les sociétés savantes, les organisations sanitaires, les pouvoirs publics ont été amenés à prendre position quant à la consommation d'alcool pendant la grossesse. Dans les différents pays du monde, les recommandations concernant la consommation d'alcool pendant la grossesse se sont généralisées autour de quelques points de convergence :

- les effets délétères d'une exposition prénatale à l'alcool doivent être connus de tous ;
- la non consommation d'alcool pendant la grossesse est la recommandation la plus généralement proposée ;
- l'aide et la prise en charge des personnes présentant des conduites d'alcoolisation durant la grossesse est une priorité sanitaire et sociale.

Néanmoins, l'existence d'une incertitude scientifique quant aux effets d'une faible consommation d'alcool entraîne encore aujourd'hui des disparités dans les messages de prévention. Si les recommandations d'abstinence sont les plus nombreuses (France, Autriche, Irlande, Suède, Allemagne, Canada, Etats-Unis), d'autres pays conseillent une extrême modération de la consommation (Angleterre, Danemark). Dans ce cas, les sociétés savantes recommandent d'éviter « autant que possible » l'alcool durant la grossesse et s'il y a consommation de la limiter à un seul verre par jour et pas tous les jours, consommé de préférence pendant les repas (afin de limiter l'alcoolémie de la mère et donc par conséquence celle de l'enfant).

En France, bien que la surveillance de la grossesse soit très organisée et régulée, ce n'est que depuis 2002 que la France s'est dotée de recommandations cliniques claires concernant la consommation d'alcool pendant la grossesse. L'INSERM, dans son expertise collective en 2001, prend position pour une abstinence totale : « il est donc conseillé aux femmes enceintes de ne pas boire de boissons alcoolisées pendant la grossesse. Les consommations excessives occasionnelles sont à éviter pendant toute la durée de la grossesse et même dès qu'elle est en projet afin d'éviter

une exposition au tout début de la gestation » et « au vu des résultats des études expérimentales, il n'est pas possible de démontrer l'existence d'une dose seuil en deçà de laquelle les risques, pour la descendance, de la consommation maternelle d'alcool pendant la grossesse sont nuls ». Les recommandations de la SFAA (Société Française d'Alcoologie et d'Addictologie) vont dans le même sens : « Eu égard à la toxicité embryofœtale de l'alcool, il est recommandé aux femmes de ne pas consommer de boissons alcooliques pendant toute la grossesse. Une dose minimale sans conséquence n'étant pas aujourd'hui définie, le conseil quant à la dose minimale qui serait sans danger n'est pas recommandé » (INSERM 2001) (cf. annexe).

2.2. Les autres dispositions légales :

Sur le plan légal, il a fallu attendre la récente loi de santé publique en date du 9 août 2004 pour prendre des mesures visant à améliorer l'information et la communication sur ce sujet. Les dispositions de cette loi prévoient que :

- des campagnes de communication du gouvernement portent sur la prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale et incitent les femmes enceintes à ne pas consommer d'alcool ;
- des informations sur les conséquences de la consommation d'alcool par les femmes enceintes sur le développement du fœtus, soient délivrées dans les lycées et les collèges ;
- des formations des professionnels de santé et du secteur médico-social comprennent un enseignement dédié aux effets de l'alcool sur le fœtus.

Depuis 2007, la présence d'un message d'information sur les bouteilles de boisson alcoolisée sous la forme d'un logo ou d'une mention écrite prévenant les femmes des risques consécutifs à la consommation d'alcool pendant la grossesse est obligatoire : « *La consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse, même en faible quantité, peut avoir des conséquences graves sur la santé de l'enfant* » (loi du 11 février 2005 relative aux droits des personnes handicapées et concrétisée dans l'arrêté du ministère de la santé et des solidarités du 2 octobre 2006) . Par ailleurs, un protocole de surveillance épidémiologique est engagé par l'INVS (Institut National de Veille Sanitaire) pour repérer les enfants atteints d'un SAF.

2.3. Les engagements du programme régional de santé publique du Nord/Pas-de-Calais :

Depuis deux ans, les campagnes de sensibilisation des professionnels se multiplient grâce à une mobilisation sans précédent des organismes de tutelle. La prévention de l'alcoolisation foetale et l'information des professionnels font désormais partie des priorités du Programme Régional de Santé Publique, et à ce titre sont financés par l'Etat et l'Assurance Maladie. Trois programmes, à l'échelle de la région sont actuellement en cours :

- une campagne de prévention primaire des caisses d'assurance maladie pilotée par l'URCAM
- la sensibilisation des professionnels de la santé et du social à travers le programme de formation-action de l'ANPAA 59 (avec des financements complémentaires de la MILDT et des conseils généraux Nord et Pas-de-Calais).

Ce programme triennal, engagé en 2006, vise à améliorer le repérage et la prise en compte des problématiques d'alcoolisation des femmes pendant la grossesse, leurs conséquences et à faciliter l'accompagnement de la mère et de l'enfant quand il y a eu alcoolisation pendant la grossesse. Sa mise en œuvre passe non seulement par la proposition de sessions de formation ouvertes à un champ large de professionnels dans chaque arrondissement mais aussi par le renforcement des concertations et des liens opérationnels entre ces mêmes professionnels (par le biais de comités de pilotage locaux dans chacun des arrondissements).

- une campagne de l'URMEL auprès de tous les médecins libéraux sous forme d'entretiens individualisés par des attachés d'information formés en santé publique.

3. L'alcoolisation foetale, un problème complexe :

3.1. L'alcool et la grossesse, ça peut être l'affaire de qui ?

Cette question concerne un large champ de professionnels, pas toujours habitués à travailler ensemble. Ainsi, s'intéresser à la question de l'alcoolisation pendant la

grossesse prend un sens différent pour les professionnels qui accompagnent la mère en amont de la naissance (ex : PMI, maternités, professionnels de la périnatalité tels que sages-femmes, gynécologues...) et pour ceux qui prennent en charge l'enfant (ex : PMI, CAMSP, structures de petite enfance, IME, écoles...). A travers leurs échanges, il s'agit de comprendre et de débattre sur la question suivante : qui, de l'enfant ou de la femme doit occuper la place centrale ? L'alcoolisation fœtale fait apparaître la nécessité d'une concertation entre de multiples professionnels dans des rapports hommes/femmes, médecins/non-médecins, secteur sanitaire/ secteur médico-social, hospitalier/extrahospitalier. L'accompagnement de cette situation nécessite une implication de professionnels de différents champs en particulier ceux issus de la périnatalité et de l'addictologie mais aussi ceux issus de la psychiatrie, du social, ... pour préparer au mieux l'arrivée de l'enfant. Chaque type de professionnels, cloisonnés dans des cultures professionnelles ou des fonctionnements institutionnels, a une vision propre de ce qui est important de mettre en œuvre pour prévenir et accompagner au mieux les femmes, leurs enfants et leurs familles. Si le diagnostic du SAF est pédiatrique, la prise en compte de cette question est avant tout médico-sociale et s'inscrit donc dans un questionnement beaucoup plus large.

Par ailleurs, comme nous l'avons vu, les nombreuses incertitudes liées, à la difficulté de poser un diagnostic ou de présenter des données épidémiologiques fiables influencent les pratiques des professionnels de santé. De fait, elles participent ainsi à la fois à sa moindre prise en compte et au renforcement de l'attitude qui consiste à renvoyer vers d'autres la responsabilité du repérage, du diagnostic et de l'accompagnement. Bien que tous les professionnels soient conscients que les problèmes liés à l'alcoolisation fœtale sont évitables, il s'agit d'un sujet tabou et complexe que personne ne souhaite réellement aborder, (Dassonville, Dupont, Cresson, 2005).

Sans des connaissances claires sur les effets potentiels de la consommation d'alcool, les femmes, quant à elles, peuvent faire des choix moins informés quant à l'usage de l'alcool. Il devient alors délicat de fixer des objectifs quantifiables réalistes dans le cadre d'une politique de prévention et favoriser une meilleure prise en charge globale de cette problématique.

3.2. Un enjeu - le repérage précoce de la consommation d'alcool pendant la grossesse :

Les recommandations de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et Evaluation en Santé), aujourd'hui HAS (Haute Autorité de Santé) et de la SFAA (Société Française d'Alcoologie et d'Addictologie) sont explicite au sujet de l'enjeu que représente une meilleure prise en compte de ce problème de santé publique. Ces instances comptent proposer une série de pistes de travail qui visent à la fois l'information du grand public mais également les pistes de travail à développer pour tous les professionnels médicaux, sociaux, éducatifs engagés dans cette problématique.

La prévention des ETCAF suppose d'être en capacité d'identifier systématiquement la consommation d'alcool chez les femmes enceintes et d'établir des stratégies pour réduire la consommation chez les femmes les plus à risques. Il est nécessaire de comprendre l'importance de la recherche systématique lors de toute consultation médicale, d'une alcoolisation pathologique. Ainsi, repérer la consommation d'alcool chez toute femme enceinte et en parler est un acte de fondamental de prévention de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale. Les professionnels de la périnatalité, en particulier les médecins gynécologues obstétriciens se voient donc chargés d'informer et de repérer les femmes à risques lors des entretiens menés dans le cadre des consultations prénatales. Seul l'entretien peut permettre de repérer les risques liés à la prise d'alcool car les tests biologiques se révèlent inutiles dès qu'il s'agit de caractériser une consommation modérée d'alcool. Parler d'alcool, c'est non seulement décrire les aspects quantitatifs de l'alcool consommé mais aussi prendre en compte le rythme, la durée et surtout le sens de l'alcoolisation. Il s'agit alors de prendre en compte l'individu qui s'alcoolise dans sa globalité : ses attentes par rapport au produit, les conséquences biologiques, psychologiques et sociales de cette alcoolisation.

Il est recommandé, pendant la grossesse, de développer les entretiens motivationnels et les interventions brèves chez les femmes qui consomment de l'alcool. La littérature médicale a montré l'efficacité de ce type d'intervention.

Dans le suivi des femmes enceintes, il convient de repérer celles qui sont susceptibles d'avoir un usage nocif de leur consommation pendant la grossesse. Il convient de distinguer :

- les situations de femmes qui sont, en dehors de la grossesse, dans un « usage simple » de l'alcool :

La plupart des femmes enceintes ou qui désirent l'être, sont des consommatrices d'alcool à moindre risque. Leur alcoolisation, en dehors d'une grossesse, n'est pas pathologique pour la femme, c'est la poursuite de la consommation pendant la grossesse qui va présenter une situation à risques pour l'enfant à naître. Dans ce type de situations, l'alcool est un épiphénomène de la grossesse. L'information sur les dangers de la consommation pendant la grossesse doit alors être abordée par tous les professionnels de la santé et du social. Dans la mesure où à ce jour, un seuil de consommation sans danger n'a pu être identifié, il s'agit de rappeler à toutes les femmes enceintes ou celles qui désirent l'être, l'importance du message « zéro alcool pendant la grossesse ».

- La grossesse survenant chez une femme alcoolodépendante :

Dans cette situation quantitativement minoritaire, c'est au contraire, la grossesse qui devient un épiphénomène de la consommation d'alcool. Si les femmes dépendantes à l'alcool continuent de consommer pendant la grossesse, elles mettent en danger leur enfant (avec un risque qui s'accroît à chaque grossesse). Cette situation est d'autant plus difficile à prendre en compte que dans les premiers mois de grossesse, les examens médicaux et les échographies sont souvent normaux. Ce n'est qu'à partir du sixième mois de grossesse que le retard de croissance du fœtus inquiète sur le possible diagnostic d'une fœtopathie alcoolique. Se pose alors la question de savoir comment aider ces femmes lors de leurs grossesses, et cela d'autant plus que dans la plupart des cas, l'alcoolisme s'accompagne d'un déni. Pour ces femmes, mettre en avant leur relation à l'alcool est impossible tant la culpabilité est grande, et le regard de l'entourage et/ou des soignants insupportable. La dépendance à l'alcool est une toxicomanie et il est illusoire alors de penser que les simples conseils, quelques paroles moralisatrices ou une simple information du type « l'alcool est nocif pendant la grossesse » soient suffisants pour modifier leur consommation. Si l'information est dans la plupart des cas suffisante pour corriger une « erreur diététique », elle ne l'est plus pour la dépendance. Il nous faut rappeler que dans ce type de situations, la dépendance de la femme à l'alcool est telle qu'elle ne peut

envisager sereinement l'arrêt de la consommation, et cela malgré la connaissance des conséquences médicales, sociales, professionnelles et affectives. Le plus souvent, les professionnels méconnaissent le processus de dépendance et pensent encore trop souvent qu'il suffirait d'un peu de bonne volonté pour que la personne arrête sa consommation. Il est important de comprendre plus précisément la relation de la femme avec le produit alcool et d'évaluer le niveau de la relation pathologique à l'alcool. Ces indications permettront d'écouter sa souffrance et ensuite d'explorer la capacité à formuler une demande d'aide. Si le sevrage et l'abstinence sont clairement des objectifs à atteindre pour permettre au fœtus de se développer dans les meilleures conditions, ils doivent surtout être proposés dans l'objectif d'aide à la femme plutôt qu'un impératif lié à la grossesse. Dans ce cas, la relation d'aide et l'accompagnement alcoologique ne diffèrent pas de ce qu'ils sont chez toute personne alcoolodépendante, mais sont éclairés sous l'angle particulier de la grossesse. A tout moment de la grossesse, il est indispensable de proposer cette aide car :

- l'arrêt, à n'importe quel moment de la grossesse permet de stopper les dommages sur le développement de l'enfant;
- les difficultés de ces femmes ne vont pas s'arrêter avec l'accouchement ;
- un accompagnement est nécessaire pour éviter des séquelles liées à une alcoolisation fœtale lors d'éventuelles grossesses ultérieures.

L'accompagnement d'une femme enceinte dépendante de l'alcool relève d'une prise en charge complexe nécessitant des interventions tant médicales que sociales et familiales. Il s'agit de se relier pour offrir de la cohérence à la patiente, en particulier dans les situations les plus à risques qui entraînent l'intervention de multiples professionnels sur un plan médical, social, psychiatrique. La proposition d'un sevrage médicalisé et assisté doit pouvoir être réalisé en urgence dans un service d'alcoologie.

Dans ces situations, la grossesse présente des risques incontestables qui nécessiteront la proposition d'un suivi rapproché avec une démarche de soins coordonnée entre les acteurs médico-psycho-sociaux et éducatifs. Une des étapes préalables est le partage d'un langage commun pour accompagner avec cohérence le déroulement de la grossesse et préparer l'arrivée de l'enfant.

- les situations frontières :

Dans ces situations, les femmes cumulent plusieurs difficultés rendant une grossesse vulnérable. La consommation d'alcool est, dans ce cas, un problème parmi d'autres et qui ne peut qu'être renforcée par sa non prise en compte.

3.3. Le diagnostic et l'accompagnement :

Quand l'enfant est né, il convient d'établir un diagnostic précoce afin de procurer à l'environnement familial (en particulier la mère) et à son enfant les soins les plus appropriés tant en amont de la naissance qu'en aval.

Chez l'enfant, nous le rappelons, l'atteinte neurologique est l'aspect le plus grave du syndrome. Au fil des années, des retards de développement avec instabilité, troubles du langage, difficultés dans les apprentissages scolaires persistent ou apparaissent, y compris chez les enfants perçus comme peu atteints en période néo-natale. Les troubles du comportement sont fréquents : difficultés de jugement, instabilité, distraction ou la difficulté à percevoir les règles sociales. A l'âge adulte, ces difficultés vont persister avec l'observation dans une majorité de situations, de troubles de santé mentale (en particulier des épisodes dépressifs), des interruptions précoces de la scolarité, des problèmes de justice, parfois des troubles du comportement à caractère sexuel et des problèmes de toxicomanie (Streissguth, 1996). Il est d'autant plus important de repérer et d'accompagner de manière précoce les enfants SAF que le retard ou l'absence de diagnostic risque d'aggraver leur pronostic. Dans ce cas, une prise en charge multidisciplinaire en Centre d'Action Médico Sociale Précoce (CAMSP) associant en fonction des besoins individuels, psychomotricité, orthophonie, rééducation... est nécessaire. Malheureusement, c'est souvent trop tardivement, à la naissance d'un enfant porteur d'un SAF ou plus tardivement devant les troubles du développement ou des négligences que le problème de l'addiction est soulevé. Trop souvent, des mesures de sauvegarde de l'enfant sont prises en urgence par les services de justice sans qu'une aide appropriée à la mère ait pu être proposée.

Accompagner un enfant porteur d'un SAF ne suffit pas, il est également essentiel de prendre en considération l'environnement familial, et en particulier la mère. Le syndrome d'alcoolisation fœtale pose la question plus générale de la relation de la

femme à l'alcool. La problématique de l'alcool pendant la grossesse est une problématique complexe. Comme le souligne le Docteur Playoust, alcoologue dans la région Nord Pas de Calais, le SAF dérange parce qu'il parle aussi d'alcoolisme. Autrement dit, si dans les formes sévères de SAF, l'enfant est celui qui est marqué, la mère est tout aussi concernée de son côté. Comme le souligne régulièrement le docteur Titran, pédiatre au CAMSP de Roubaix : « Si le pronostic fonctionnel est à l'enfant, le pronostic vital est à la mère ». Il ne s'agit alors ni de stigmatiser l'enfant lorsqu'il est atteint de SAF, ni la mère en difficulté devant l'alcool. Au-delà des soins pédiatriques à apporter à l'enfant, il est nécessaire, comme nous l'avons souligné, d'aider la mère à accéder à des soins en alcoologie.

III. Alcool, genre et société : le poids des représentations sociales :

Il faut tout d'abord préciser que le terme « représentation » renvoie ici, dans une perspective constructiviste, à la définition proposée par Jodelet (1994) où les représentations sociales sont « des systèmes d'interprétation, régissant notre relation au monde et aux autres, qui orientent et organisent les conduites et les communications sociales », des « phénomènes cognitifs qui engagent l'appartenance sociale des individus par intériorisation de pratiques et d'expériences, de modèles de conduites et de pensée ». Il s'agit d'une forme socialement élaborée et partagée du monde qui nous entoure qui agit comme un filtre interprétatif, une grille de lecture et de décodage de la réalité. Les représentations sociales aident à faire face à une situation inhabituelle et ont des répercussions sur les manières d'appréhender une problématique. Dans le cas des représentations liées aux comportements de consommation d'alcool chez la femme enceinte, nous pouvons supposer qu'elles vont avoir des répercussions sur les pratiques de repérage et d'accompagnement chez les gynécologues obstétriciens.

1. Une conception socialement construite - « Du bien boire »...« Au mal boire » :

Nous vivons dans un environnement où l'alcool est omniprésent et culturellement valorisé. La vie sociale abonde en occasions de boire : fêtes, cérémonies, pots dans

l'entreprise, déjeunée entre amis... La première consommation d'alcool, « l'initiation » a d'ailleurs le plus souvent lieu en famille à l'occasion d'une fête ou d'un événement. L'alcool est un produit qui a un tel ancrage culturel qu'il n'est pas toujours perçu, en particulier le vin de bonne qualité ou le champagne, comme à risques.

Les usages de l'alcool et les discours s'y rapportant relèvent de conceptions socialement construites et s'inscrivent dans un système culturel particulier. Ainsi, Gausso et Ancel soulignent que « boire de l'alcool est une activité qui organise un mode de relations aux autres ». Boire permet la transition entre des espaces et des temps sociaux différents : les passages du lieu public, anonyme, à la sphère privée et intime, les passages du temps de travail à celui de repos, de l'ordinaire à l'exceptionnel, se produisent le plus souvent autour de rituels et de lieux de consommation d'alcool ». L'usage de l'alcool ne peut pas seulement être perçu comme un acte individuel ; il relève au contraire d'un fait social qui va prendre sens à travers les valeurs normatives collectives de la société. Boire de l'alcool est présenté comme l'accomplissement d'un rite de socialisation. Nombreuses sont les occasions quotidiennes qui sont marquées par ces rites : ainsi, par exemple, les groupes en formation que je rencontre évoquent souvent les codes sociaux « non dits » autour du « savoir recevoir ». Un « bon hôte » est celui qui va proposer une bouteille de vin de qualité, qu'il aura choisi attentivement dans l'objectif de faire plaisir à ses convives. En parallèle, être un « bon invité » suppose encore souvent de faire honneur à son hôte en acceptant un ou plusieurs verres de boissons alcoolisées. Refuser de partager le verre (symbole de l'amitié), c'est prendre le risque d'être perçu par l'entourage comme quelqu'un de « pas drôle », « ringard », « ne sachant pas s'amuser », « coincé » et s'exclure du groupe.

La modération est sans doute la valeur à laquelle est le plus souvent associé l'acte de boire. Ainsi, pour un individu, franchir les limites de ce qui représente les limites socialement acceptées dans la consommation, c'est s'exposer à la réprobation sociale. En conséquence, la plupart d'entre nous qualifierons notre façon de boire de « comme tout le monde », de « raisonnable » en terme de quantité alors même qu'il est difficile d'établir un seuil homogène en termes de doses, de quantité, de fréquence ou de densité de consommation. Chacun fera alors référence à des repères différents : pour les uns ce sera « quelques verres », pour d'autres « un ou deux ». « Boire tous les jours » sera souvent qualifié comme signe d'une consommation excessive alors qu'une consommation exceptionnelle importante lors

d'une fête (mais à condition de ne pas en perturber l'ambiance) sera perçue comme « savoir s'amuser ».

« Trop boire » est lié à une représentation négative de la personne alcoolodépendante. Pour ces auteurs, une des approches profane de l'alcoolisme est fondée sur le jugement moral et social : l'alcoolisme représente l'échec de la normalité, de la modération et du savoir « bien boire » et conduit à une dégradation, voire à une déchéance morale et intellectuelle de la personne. Sur le plan social, l'alcoolisme peut s'accompagner d'une désocialisation et d'une marginalisation aux conséquences lourdes avec l'ancrage d'un cliché encore très présent, celui du « poivrot » ou du « clochard ». Le plus souvent, le regard social porté sur l'alcoolique est très sévère : il est perçu comme un personnage dangereux, effrayant. Il provoque un comportement d'évitement de ceux qui l'entourent.

Sa stigmatisation devient inéluctable dès lors que son comportement empiète sur la liberté d'autrui et/ou ne permet plus d'assumer ses responsabilités avec un minimum de crédibilité. Ce qui avait alors été perçu avec indifférence ou tolérance sous prétexte de préserver la liberté individuelle du consommateur, de respecter le droit de chacun à la vie privée, s'efface.

A travers ces propos, nous voyons bien combien les représentations du « boire » renvoient à des réalités et surtout des représentations sociales complexes. D'un côté, il existe un tabou sur les aspects négatifs de l'alcool et d'un autre, une stigmatisation de ceux qui en ont « un mauvais usage ». Si « ne pas boire », c'est prendre le risque de ne pas être dans la « norme », « trop boire », c'est prendre également le risque d'être discrédité, voire rejeté dans le regard des autres. Enfin, il ne faut pas oublier les difficultés que peuvent représenter l'abstinence de toute consommation d'alcool, même momentanée dans un contexte de grossesse. Les occasions de consommer sont nombreuses, à commencer l'annonce de la grossesse ; changer ses habitudes de consommation d'alcool n'est pas toujours évident, et cela d'autant plus qu'il existe une pression forte de l'entourage proche de la femme enceinte.

2. Une approche marquée par des rapports sociaux de genre :

Il est essentiel d'affiner nos propos en décrivant les représentations sociales véhiculées par l'alcool au féminin. En effet, l'image de la femme consommatrice d'alcool, nous allons le voir, renvoie aux rapports sociaux de sexe qu'il nous faut prendre en compte. Alors qu'outre Atlantique, les sciences sociales s'y sont intéressé depuis une vingtaine d'années, cette question commence seulement à être évoquée en France.

2.1. Des représentations différenciées :

Historiquement, les représentations de la consommation d'alcool selon le sexe sont très différentes : l'identité sexuelle est éprouvée dans la consommation d'alcool. Dans notre société, la consommation d'alcool et encore l'ivresse ont été longtemps considérées comme des comportements typiquement masculins. Ainsi, parmi les hommes, la sociabilité alcoolisée a longtemps été associée à l'idée de convivialité, de robustesse et de valeurs viriles, au point qu'elle s'avérait même parfois indispensable pour intégrer un groupe social. Si l'homme marié s'alcoolise excessivement, la responsabilité de ses abus est portée sur l'épouse. Garante de la qualité de la vie de famille, il lui est reproché de ne pas savoir garder son mari à la maison. L'ivresse féminine suscite plus de pitié que de moqueries alors que celle chez l'homme accentue l'identité masculine et virilise celui qui boit (Ancel J, Gaussoit L, 1998). Les représentations de l'alcool au féminin renvoient à l'image idéale de la femme pure et belle. Par définition, le choix de boire ou non est le choix de l'impureté ou de la pureté. La femme qui boit est moins respectable car elle a perdu sa maîtrise de soi, elle devient grossière et suspectée de bas instincts. Consommer abusivement de l'alcool pour une femme renvoie à une culpabilité évidente quant à la rupture avec les valeurs de son sexe. Le rôle social traditionnellement assigné aux femmes exige d'elles une plus grande retenue dans ce domaine. Les tâches domestiques et l'éducation des enfants, activités perçues comme beaucoup plus volontiers féminines, oblige les femmes à une attention constante incompatible avec toute absence, même temporaire, dans les soins prodigués. L'alcoolisation, surtout si elle est en dehors du cercle familial et montre l'ivresse, est perçue comme la preuve d'une dissolution des mœurs. Maisondieu souligne également combien l'ivresse est

condamnée par la morale : aux yeux de la société, « les débordements sous l'effet de l'alcool constituent une atteinte outrageante à l'image de la femme honnête et réservée, et surtout celle de la mère dont la vertu irréprochable et la sobriété exemplaire sont des modèles pour les enfants et les garants de leur sécurité affective » (Maisondieu 1992).

Pourtant, ces dernières décennies, les changements observés dans les rôles sociaux traditionnels conduiraient de plus en plus de femmes à adopter des styles de vie et de consommation proches de ceux des hommes. L'alcoolisation est alors connotée de valeurs plus positives comme celles de l'indépendance et de l'autonomie (Coppel, 2004). Inversement, chez l'homme, la sobriété deviendrait une valeur plus positive révélant maîtrise de soi, force et valeur et la consommation serait plus associée qu'auparavant à un signe de mollesse, d'impuissance et d'impotence (Beck, Legleye, 2006)

2.2. Alcool et grossesse : le poids des représentations sociales... :

Les conduites d'alcoolisation pendant la grossesse sont mal acceptées, et rejetées : plus de la moitié de la population se montre ainsi favorable à l'abstinence. La population opère une distinction très nette entre la consommation ordinaire et la consommation d'alcool pendant la grossesse. *« Les représentations sur la nécessaire abstinence pendant la grossesse résultent des représentations de la femme comme mère : « sobriété pour donner l'exemple aux enfants », rejet du plaisir de « bien boire », rejet de toutes les conduites addictives. Dans le même sens, la consommation de boissons alcoolisées traduirait un oubli, chez la femme, de ses responsabilités vis-à-vis de l'enfant, un refus d'un statut particulier pendant la grossesse, grossesse qui impose de ne pas continuer sa vie comme avant »* (Decourge, 2001). Ce sont les représentations de la grossesse (comme moment particulier de la vie d'une femme) qui nécessitent de modifier ses pratiques pour le bien-être du bébé. Enfreindre les recommandations de diminution ou d'arrêt de la consommation d'alcool pendant la grossesse, c'est pour la future mère s'exposer à être perçue comme une mauvaise mère.

2.3. Le regard porté sur l'alcoolisme féminin :

Si nous regardons maintenant les représentations liées à l'alcoolisme des femmes, nous allons à nouveau nous rendre compte combien nos croyances sont marquées par les rapports sociaux de genre. D'ailleurs, mon expérience d'accompagnement auprès d'hommes alcoolodépendants m'a souvent permis de mettre à jour ces représentations stéréotypées de l'alcoolisme féminin. Ces hommes, hébergés en foyer de post-cure après un sevrage en milieu hospitalier connaissaient, pour la vivre tous les jours, la souffrance psychologique liée à la dépendance à l'alcool et la difficulté posée par le regard jugeant de l'entourage et de la société. Pourtant, ces hommes portaient parfois le même regard d'intolérance dès qu'il s'agissait d'évoquer la consommation des femmes et me disaient : « boire, pour une femme ce n'est pas beau », « chez une femme, c'est pire ». Ainsi, les femmes dépendantes de l'alcool sont exposées à une discrimination plus importante encore que les hommes. L'alcoolisme féminin est souvent présenté dans une dimension particulière radicalement différente de celui de son homologue masculin. Alors que l'alcoolisme masculin serait avant tout lié aux conditions de travail, celui des femmes serait lié à des problèmes psychologiques. Pour Membrado et Berthelot, cette différenciation entre l'alcoolisme masculin et l'alcoolisme féminin s'appuie sur des stéréotypes sexués. L'analyse des principaux manuels spécialisés en alcoologie montre que ce portrait s'articule autour de deux axes, la clandestinité et la dissimulation. « *Pour deux pratiques identiques, l'homme sera solitaire et la femme clandestine* » (Berthelot et al, 1994). L'évocation de la honte et de la culpabilité des femmes qui ont une consommation excessive d'alcool est le plus souvent associée au statut des femmes dans notre société : elles sont avant tout mères et épouses et si elles boivent c'est ce statut là qui est ébranlé. Il montre combien le médecin s'approprie le jugement de la société à l'égard des femmes. L'alcoolodépendance des femmes est le plus souvent reliée à une forme clinique particulière, et notamment celle relative à la dimension psychiatrique. Le comportement des femmes, marqué par la transgression d'un interdit social, est alors analysé sous l'angle de la névrose. L'alcoolisme est présenté comme la conséquence plus ou moins consentie d'une trop faible intégration sociale. Autrement dit, la pathologie des unes renvoie à la normalité des autres. Pour ce sociologue, ce traitement différentiel proposé par la démarche médicale entre homme et femme renvoie à un modèle binaire, avec les

oppositions classiques entre homme/femme et culture/nature. D'un côté, les hommes acquièrent leur statut viril en consommant de l'alcool, tandis que de l'autre on naît femme et sobre. Cette opposition classique entre acquis (devenir un homme) et inné (sobriété naturelle) est l'illustration parfaite des relations de genre de type dominant/dominée. Ludovic Gaussot dénonce lui aussi cet aspect quand il observe que la femme est décrite comme ayant un « caractère naturellement hystérique ».

IV. L'alcoolisation fœtale confrontée à l'évolution des pratiques médicales :

A ce stade de notre réflexion, il apparaît utile de confronter les données sur l'alcoolisation fœtale et sur les représentations sociales à celles liées aux pratiques médicales autour de la grossesse et la naissance. Il s'agit pour nous de comprendre comment au fil des années la formation et les pratiques des professionnels de la périnatalité, en particulier la place croissante faite aux aspects techniques ont une influence sur la manière d'appréhender la problématique alcool et grossesse.

1. L'évolution des pratiques médicales :

1.1. La valorisation de la fonction technique au détriment de la fonction de soin :

Ces dernières années, des voix se sont élevées pour dénoncer le développement d'une médecine technique au détriment d'une prise en compte des réalités vécues par les patients.

Jean-Claude Moisdon souligne, par exemple que désormais, la pratique clinique hospitalière, jusqu'alors basée sur le savoir et le savoir-faire du praticien face à son malade (son talent lié à l'expérience et à l'intuition du diagnostic par exemple) a évolué vers une médecine technique, nécessitant un recours à de multiples intervenants et induisant une segmentation de la profession médicale. Le colloque singulier médecin/patient, s'il n'a certes pas disparu, laisse place à des plateaux techniques sophistiqués toujours plus importants. De vives critiques sont exercées à l'encontre du système hospitalier jugé « déshumanisé », où le patient n'est vu que comme « le siège d'organes destinés à la réparation ». La conception que les

professionnels des soins avaient de leurs fonctions et de leur rôle auprès des malades s'est profondément modifiée (Moison,).

Béraud rejoint cette analyse et souligne que prendre soin des personnes devient une fonction mineure dont chaque médecin cherche à se débarrasser pour accomplir des tâches techniques autrement plus valorisantes (pour un gynécologue obstétricien, les techniques d'échographies par exemple). En raison des progrès scientifiques, dans les formations initiales, il y a désormais nécessité d'étudier davantage les maladies, d'acquérir une compétence scientifique et un savoir constamment actualisé, et cela en défaveur de l'apprentissage de la fonction de soins. La médecine fondée sur des preuves expérimentales est privilégiée avec le recours aux prescriptions diagnostiques, thérapeutiques, la réalisation d'actes techniques liés à la maladie. Il insiste sur le fait qu'aujourd'hui, il existe de plus en plus une confusion entre deux fonctions, dont le sens diffère profondément, la fonction thérapeutique et la fonction soignante. La fonction thérapeutique, symbole d'excellence de la pratique médicale, est de plus en plus privilégiée au détriment de la fonction soignante. Si traiter une maladie impose de la reconnaître, d'en préciser la gravité, et si possible la guérir ; soigner un patient suppose d'être capable de construire une relation, d'analyser ses besoins. Pour cela, il faut des ressources : du temps, des ressources intellectuelles (comprendre celui qu'on soigne dans sa culture, ses connaissances..., des ressources morales (renvoie au jugement/comportement), des ressources affectives (accueil, empathie) (Bérand, 2000). Le problème est que les professionnels se trouvent « tiraillés » par l'exigence de développer des compétences techniques de plus en plus spécialisées et prendre du temps du soin à la personne. Dans un temps qui reste limité, la balance penche généralement du côté de la technique.

1.2. Les pratiques marquées par la rationalisation des soins :

L'hôpital apparaît de plus en plus comme un système de production, comparable au moins partiellement, aux entreprises. Chaque hôpital, qu'il soit public ou privé, est entré dans une course effrénée au développement de la technique. La présence d'un plateau technique ultramoderne permet d'attirer des praticiens et une clientèle plus nombreuse. Ces équipements lourds représentent un investissement financier important qu'il est nécessaire ensuite de rentabiliser au mieux, ce qui n'est pas sans accentuer la concurrence entre les établissements.

Par ailleurs, le contexte de crise financière du système hospitalier a conduit les autorités de tutelle à développer des règles économiques et gestionnaires toujours plus nombreuses. Ces dernières années, dans une perspective de rationalisation de l'utilisation des ressources financières, les réglementations, les indices mesurables d'activité les procédures d'évaluation des hôpitaux se sont accumulées sans que les aspects relationnels de la prise en charge médicale soient pris en considération. La question n'est d'ailleurs pas tant leur évolution quantitative que leur logique et leur cohérence pour la qualité du soin proposé à la population. En effet, la recherche d'un meilleur rapport qualité- coût, en tenant compte de critères d'équité, ne permet pas de prendre en compte la part relationnelle dans la pratique médicale car plus difficilement mesurable et contrôlable. Malgré les préoccupations des professionnels de santé de garantir et favoriser une médecine de qualité, des compromis doivent être trouvés avec les contraintes liées à l'économique et à la gestion de plus en plus étroite des organismes de tutelle, principalement l'ARH.

Les activités de soins, dont les diagnostics et les thérapeutiques bénéficient d'une programmation dans le temps déterminée ou présentent des indicateurs facilement mesurables, sont largement favorisées (ex : les pathologies aiguës).

En conséquence, l'accompagnement d'une femme enceinte dépendante de l'alcool représente une charge de travail périphérique et perturbante dans les activités des professionnels des soins. Et cela d'autant plus que les nouvelles conditions d'attribution des ressources aux établissements préconisent la diminution des durées de séjours hospitaliers. Si l'expérience a montré que l'hospitalisation pendant plusieurs semaines d'une femme enceinte dépendante permet de protéger cette mère et son enfant, ces expériences vont à contre courant de ces nouvelles réglementations.

D'un côté, la mise en place d'indicateurs d'activité constitue un progrès dans la maîtrise des ressources financières attribuables à chaque hôpital, mais d'un autre, la rigidité du système, notamment par la mise en place d'une tarification par pathologie, complique la résolution des situations de patientes qui présentent des conduites d'alcoolisations excessives. Ce type d'accompagnement va nécessiter, de la part de soignants, un investissement en temps qui n'est ni valorisé par les autorités de tutelle, ni inclus dans le prix de l'acte.

La prise en compte globale et continue des patients dans une démarche de réseau (ex : réseau périnatalité), est fortement incitée par les autorités de tutelles. En effet, il est nécessaire de rappeler que notre système de santé est marqué par l'hospitalo-centrisme. Les hôpitaux, jusque dans un passé récent, ne développaient que très peu les liens avec la médecine de ville.

Il convient de dépasser l'analyse des rapports internes au niveau de l'hôpital et des services pour se situer au niveau des relations entre l'hôpital et les autorités de tutelles. Dans un contexte de crise financière du système de santé, la logique scientifique et technique du corps médical s'affronte à celle rationalisatrice de l'Etat, incarnée au niveau local par l'administration hospitalière. Le médecin hospitalier veut à la fois soigner chacun de ces malades individuels et faire progresser la science tout en tenant compte de contraintes budgétaires de plus en plus lourdes.

2. Des pratiques marquées par les modalités de socialisation des médecins :

2.1. Les éléments liés à la formation :

o *Une formation basée sur une médecine technique :*

Le modèle biomédical de formation des médecins inclut un enseignement des sciences fondamentales et une formation clinique hospitalière exclusivement tournée vers la pathologie et non le malade. Au final, les médecins sont dépourvus d'une formation à la relation (Béraud, 2000). Concernant, l'apprentissage de compétences relationnelles, le praticien est renvoyé à ses capacités en communication acquises dans sa vie personnelle, familiale ou sociale.

Leur cursus les amène surtout à ausculter, palper un corps, prescrire des examens ou un traitement, en vérifier les effets, mais ne les prépare que peu à s'investir dans une relation où prédomineraient l'information et la prévention. Ainsi, si l'on compare les effets d'un traitement à ceux d'un placebo ou à ceux d'un autre médicament, les effets observés peuvent être facilement mesurés. En matière d'éducation à la santé, les choses sont moins simples car, contrairement au médicament, l'éducation n'est pas un principe actif dont les propriétés sont constantes et reproductibles. Il s'agit, au contraire, d'un processus complexe où dans chaque discipline, les soignants ont à s'investir. De la part du soignant, passer de l'information suppose de savoir accueillir un langage, écouter la réalité de vie du patient, de s'impliquer dans un partage, dans

un dialogue avec les patients. Cet aspect relationnel est d'autant plus délicat à mettre en évidence et à connaître que les praticiens travaillent ordinairement à l'abri des regards. Ils s'appuient sur le nécessaire secret médical pour rester silencieux sur la relation soignant/soigné dans le colloque singulier.

- ***Une formation basée sur la concurrence :***

Même si la plus grande partie de l'activité du médecin se déroule dans le cadre du colloque singulier, le médecin est aussi un acteur de santé publique. Avec un grand nombre d'intervenants, il contribue à promouvoir, protéger et améliorer la santé de la population. Il devrait donc savoir travailler en cohérence avec d'autres professionnels et situer son action dans le cadre d'une politique nationale, régionale ou locale de santé.

Pourtant, pendant leur formation, les médecins sont peu préparés aux prises en charge multidisciplinaires et au travail en réseau. Les futurs médecins sont entraînés, des années durant, à se mesurer les uns aux autres, à l'aune d'une référence unique basée sur les hiérarchies hospitalo-universitaires. Pendant leur formation puis dans leur pratique, il existe une relation de concurrence entre confrères. En 1982, la réforme de l'internat en médecine avait pour objectif de lutter contre un élitisme médical préjudiciable à la complémentarité des différents segments de la profession et à l'élaboration d'une politique de santé basée sur la notion de réseau de soin. Malheureusement, l'uniformisation du système, la systématisation des procédures envisagées par les textes n'a pas conduit à favoriser la coopération entre les professionnels ou lutter contre le « favoritisme » sur les choix professionnels des médecins et a eu pour effet d'accroître la division du corps médical (Dubernet, 2001). Ainsi, le concours, basé sur une volonté d'une élévation du niveau des connaissances et un culte de l'excellence privilégie les capacités de mémorisation et l'individualisme de l'étudiant. Il s'agit alors d'accumuler le maximum de connaissances, considérées comme le « savoir médical » plutôt que faciliter la transversalité des savoirs et la coopération entre professionnels. Travailler ensemble ne se décrète pas, il s'agit d'un profond changement de culture, qui nécessite l'engagement personnel de soignants. Dès l'entrée en formation, il existe donc des hiérarchies professionnelles du corps médical : l'exercice de la spécialité est valorisé par rapport à celui de la médecine générale ou le travail hospitalier par rapport à la médecine ambulatoire.

○ ***Une formation qui laisse peu de place aux incertitudes :***

En parlant de la formation des médecins, Marantz (1990) a observé qu'il y a un fort courant de déterminisme en médecine, qui s'explique par un désir de trouver une explication à tout. La formation médicale est basée sur l'acquisition d'innombrables connaissances, qui laisse insuffisamment place au doute, à l'étonnement, à l'incertitude. Renée Fox (1988) précise à ce sujet qu'« il est plus difficile à un thérapeute de reconnaître qu'il est dans l'incertitude face à un patient précis et à un risque particulier qu'à un savant de dissenter sur les limites et les progrès de nos connaissances ou de nos incertitudes ». Cette incertitude crée ou renforce une déstabilisation des acteurs, d'autant plus, comme elle le souligne, qu'ils ne sont jamais tout à fait sûrs de ne pas avouer une insuffisance personnelle lorsqu'ils reconnaissent une incertitude, à l'intérieur d'une relation thérapeutique.

2.2. La relation médecin/patient : une relation de domination :

La nature de la relation entre le médecin et son patient a été parmi les premières questions qui se sont posées à la sociologie de la médecine, au début des années 50. A cette époque, le recours « ordinaire » à la consultation médicale est un phénomène nouveau. Jusqu'ici, le recours au médecin restait peu fréquent et réservé à des malades graves ou des situations dramatiques. Claudine Herzlich rappelle que pour les médecins eux-mêmes, « l'acte médical doit rester rare et cher pour que se maintienne le prestige de la profession ».

En 1951, Parsons décrit un modèle unique de relation médecin-malade dans laquelle chacun joue un rôle social attendu. Selon lui, le médecin et le patient ont chacun des rôles complémentaires, dont la bonne exécution garantit le succès de la consultation. Le rôle du médecin consiste à « définir la déviance d'abord et chercher à l'éradiquer ensuite ». Une des caractéristiques de ce rôle est l'universalisme : il repose sur des compétences techniques, en aucun cas sur des liens personnels avec le malade. Ce dernier, exempté de ses obligations habituelles, doit de son côté souhaiter aller mieux et, à cette fin, rechercher une aide compétente. Dans cette approche, le qualificatif qui correspond le mieux à la relation médecin-patient est celui de « paternaliste ». Le médecin sait alors mieux que le patient ce qui est bon pour lui et n'a besoin ni de sa participation, ni de son acquiescement.

En 1956, Szasz et Hollender complète la théorie de Parsons en proposant trois styles de relation médecin-malade (activité-passivité, guidance-coopération, participation mutuelle), selon que le patient est actif ou passif dans la relation, le médecin étant toujours considéré comme actif.

En 1970, E. Freidson prend le contre-pied de la vision harmonieuse proposée par Parsons. A cette époque, de vives critiques du « pouvoir médical » voient le jour et nous assistons à la remise en cause du monopole de la profession et de l'infantilisation du patient. Freidson définit la profession de médecin comme un métier caractérisé par l'autonomie dont jouit celui qui l'exerce. Cette autonomie tient au fait que seul un médecin est habilité à porter un jugement légitime sur la pertinence d'un diagnostic ou d'un acte thérapeutique. C'est le monopole du savoir et non les conditions d'exercice de la profession qui conditionne cette autonomie. L'exercice du monopole du savoir influence la nature de la relation thérapeutique : le détenteur de la connaissance (le médecin) l'applique à un individu qui en admet passivement la validité (le patient). Dans la relation médecin/patient, se confrontent deux visions de la maladie : l'une, celle du médecin, fondée sur un savoir spécialisé, l'autre, celle du patient, appuyée sur l'expérience quotidienne de la maladie. Dans ce conflit, le patient reste dominé par le médecin et a plus ou moins de chance de faire valoir son point de vue, selon son statut social, le type de maladie dont il souffre, la spécialité dont relève le médecin. La rencontre entre le médecin et son patient met donc en présence des malades et leur entourage appartenant à des groupes sociaux divers et un médecin, doté d'un statut très spécifique. « *Leurs rapports sont ceux de groupes différents par leurs compétences, leurs orientations, leur prestige, leur pouvoir ; ils sont donc inscrits dans les rapports structurels de la société globale* ». Cet auteur souligne également que les situations sociales sont sans cesse négociées et redéfinies lors des interactions entre médecin et malade. La relation médecin-malade dépend donc des multiples relations que vivent le médecin et le malade (avec l'équipe hospitalière, la famille et les autres proches) en plus de leur interaction duelle.

Par ailleurs, l'exercice de la médecine se situe dans un contexte organisé et structuré, qui joue un rôle important : la pratique individuelle d'un médecin libéral est très dépendante du client, tandis que la pratique à l'intérieur d'une organisation intégrée dans le milieu (tel que l'hôpital) est essentiellement dépendante des

collègues. Le modèle de relation sera également modifié selon que le patient est l'objet de techniques de prévention ou de mesures thérapeutiques.

Aujourd'hui, avec la place prise par la médecine et la science dans la société moderne, avec la valorisation de la santé et le fort développement des maladies chroniques comme le diabète, le cancer ou le sida etc..., un nouveau rapport entre patient et médecin s'est créé. L'épidémie du sida a sans nul doute révolutionné le rapport médecin/patient tant ces patients stigmatisés, discriminés et peu dociles ont fait valoir leur droit de revendication, de proposition et d'organisation vis-à-vis du pouvoir médical. Dans ces maladies, le patient est désormais tenu d'avoir un rôle actif dans le traitement et le corps médical s'appuie sur cette « autonomie ». Le développement des associations de malades a permis des avancées importantes dans la reconnaissance d'un statut d'acteur au patient. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades à la qualité du système de santé a traduit, au moins dans les textes, ces évolutions, donnant notamment au malade des droits inaliénables (absence de discriminations, égal accès aux soins, droit à une information complète à travers l'accès au dossier médical).

Enfin, le comportement attendu des patients est celui de la docilité, de la coopération et de la compliqué à la logique institutionnelle et médicale. Le plus souvent, le rôle du patient est idéalisé : le refus de suivre les consignes proposées est perçu par le personnel comme une menace pour le statut et le rôle même du professionnel de santé. L'absence de soumission du patient aux décisions du praticien est mal vécue et entame la qualité de la communication. L'étiquetage du patient comme non compliant permet alors au professionnel de ne pas se remettre en cause. Le dysfonctionnement du système de santé est extériorisé vers le patient sans que soit remis en cause le rôle du professionnel de santé

2.3. La recherche d'activités plus valorisantes et les relations des médecins avec les autres professionnels de santé :

Dans un ouvrage consacré à l'organisation sociale du travail médical, Strauss montre que dans le cadre de l'hôpital moderne, la pratique des professionnels devient de plus en plus une pratique d'interdépendance entre les professionnels dans la mesure où la prise en charge du patient est nécessairement multidisciplinaire et que la nature des tâches s'en trouve modifiée.

Dans la perspective défendue par Freidson, la division du travail médical n'est pas considérée comme le résultat logique du développement technologique, mais comme le fait de pressions politiques de la part de la profession dominante qui a su imposer cette division du travail auprès des pouvoirs publics.

Comme dans toute activité, il y a dans l'exercice des soins, des tâches plus ou moins nobles, et la profession médicale cherche à garder pour elle-même celles qu'elle estime les plus prestigieuses. La plus grande partie du savoir et des connaissances techniques utilisées dans l'exercice du métier appartiennent au savoir médical. Le métier de médecin (et en particulier *celui de gynécologue obstétricien*) bénéficie d'un prestige social très marqué (autonomie, responsabilité, autorité).

3. Les pratiques médicales en périnatalité... en question :

3.1. Contexte historique : les bouleversements liés à la conception de la vie :

- ***La place croissante faite au médecin dans la grossesse et la naissance :***

L'histoire de la naissance a longtemps été une histoire immobile : pendant des millénaires, chaque femme accouchait à la maison dans un espace familial, entourées de personnes plus ou moins expertes. Nous ne pouvons nier que notre point de vue aujourd'hui est largement conditionné par notre histoire. Marie-France Morel (2008) attribue les changements radicaux des conditions de naissance à partir de deux mutations essentielles, l'une concernant les accompagnants, l'autre le lieu d'accouchement. C'est au 17^{ème} et au 18^{ème} siècle, l'apparition d'abord timide, puis décidée des hommes accoucheurs. Au 19^{ème} siècle, le développement de l'obstétrique, de l'anesthésie et de l'hygiène change les conditions d'accueil dans les hôpitaux. Il faut attendre le 20^{ème} siècle pour qu'un tournant décisif dans l'histoire de la grossesse et de la naissance se mette en place. Le passage de la sage-femme au médecin représente alors un virage dans l'histoire des femmes et traduit un bouleversement de la conception de la vie. La médicalisation de la grossesse et de la naissance devient majeure avec la transition définitive de la quasi-totalité des accouchements à domicile vers l'hôpital (en 1950, 45% des accouchements ont encore lieu à domicile, il n'y en a plus que 13% dix ans plus tard). Ces grands changements sociaux vont largement favoriser l'entrée du médecin dans le phénomène de la naissance.

Avec la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement à la maternité, les gynécologues ont pris une place croissante. Les gynécologues détiennent des connaissances et une technique hautement spécialisées. Ils ont la certitude d'appartenir à une élite et exercent une autorité incontestable vis-à-vis de leurs subordonnés. Les compétences des praticiens s'appuient sur un savoir technique alors que les sages-femmes vont davantage revendiquer la spécificité de l'aspect humain et relationnel et réduire leur marge d'expertise professionnelle. En conséquence, Schweyer (1996) montre d'ailleurs que l'évolution générale du contexte de travail des sages-femmes assimile objectivement leur profession à une profession paramédicale. Leur positionnement dans la division du travail médical est devenu équivoque tant les normes de sécurité, la technicisation des actes et le développement de la responsabilité médico-légale conduisent les sages-femmes à avoir de plus en plus recours aux médecins.

- ***La prévention des risques, une priorité de la politique périnatale :***

Pendant plus de 30 ans, la notion de risque a été à la base de la publication de décrets successifs conduisant à une médicalisation de plus en plus importante de la prise en charge de toutes les femmes enceintes, à une généralisation des mesures préconisées pour les grossesses à haut risque et à une importante restructuration de l'offre obstétrico-pédiatrique. Si incontestablement, les progrès techniques réalisés en obstétrique et en néonatalogie, ainsi que la surveillance périnatale, ont conduit ces dernières décennies, à une amélioration de la situation sanitaire environnant la naissance ; aujourd'hui, cette conception biomédicale de la naissance mécontente une frange toujours plus large de femmes enceintes et de professionnels de santé. En réponse, le dernier plan périnatalité (2005-2007) propose désormais une plus grande prise en compte des attentes des couples et une humanisation des pratiques des professionnels de la périnatalité vers l'introduction d'une dimension émotionnelle de la naissance.

- ***L'entretien prénatal précoce :***

L'une des dernières nouveautés dans l'accompagnement des femmes enceintes est sans doute la systématisation en cours de l'entretien prénatal précoce (en général au quatrième mois de grossesse) par un professionnel de la périnatalité (loi n°2007-293 du 05.03.2007 art 2112-1). Dans les maternités qui appliquent d'ores et déjà ces

nouvelles disposition, l'entretien vise à permettre aux femmes de poser toutes les questions concernant le déroulement de la grossesse, la naissance, leur projet de vie familial avec leur enfant. Les points abordés peuvent être du champ médical, psychologique et social et permettre aux femmes et à leur conjoint, d'aborder la naissance dans les meilleures conditions possibles. Conçu dans un objectif de prévention, certains craignent une dérive vers une opération de dépistage précoce des problèmes au détriment d'une réelle collaboration patiente/ professionnels (Schauder C, 2008).

3.2. La grossesse et la naissance dans la vie des femmes :

Cette conception biomédicale de la grossesse aurait tendance à nous faire oublier que mettre au monde un enfant n'est pas seulement un événement physiologique. C'est un événement émotionnel, symbolique, affectif et cela même si le danger est de rester centré sur le fœtus et ne prendre en compte que la fonction reproductrice de la femme. Le risque est que les professionnels de santé ne perçoivent que très partiellement les difficultés des femmes enceintes : leur attention étant centrée sur le bon déroulement physiologique de la grossesse et sur le développement de l'enfant à naître. La préoccupation obstétrique a tendance à laisser une place prépondérante à la sécurité somatique de la future mère et de l'enfant au détriment de la sécurité émotionnelle, de l'expression du ressenti et des émotions.

Il ne faut pas oublier que les grossesses, épisodes de la vie d'une très grande majorité de femmes ne sont pas des épisodes déconnectés de l'ensemble de leur vie : de nombreux déterminants de la santé de la femme sont dépendants de ses conditions de vie antérieures. Les médias et les campagnes de prévention présentent le plus souvent la grossesse et la naissance de manière idéalisée. Pourtant, on le sait, la grossesse n'est pas toujours désirée et même quand elle l'est, elle ne met pas à l'abri la femme des difficultés diverses au sein du couple, par rapport à l'enfant à venir, par rapport à son passé, son environnement social. Dans ce cas, l'alcool peut devenir un recours, et même une solution pour faire face à un mal-être immédiat et également face à ce que la grossesse peut réactiver de son passé familial (Jumel, 2005). Contrairement à ce que nous pourrions penser d'un prime abord, la grossesse n'est pas une période protégée : selon les études, il y a

entre 5 et 20% des femmes victimes de violences pendant leur grossesse. Enfin, par peur des représailles, de la solitude ou du changement qu'occasionnerait une rupture, les femmes parlent peu des violences qu'elles subissent. Quand les femmes parviennent à alerter les professionnels, ceux-ci ont tendance à minimiser ou faire preuve d'une « psychologisation abusive » (Romito, 2005).

3.3. Les spécificités du métier de gynécologue :

○ *Caractéristiques, statut, formation :*

Les gynécologues obstétriciens sont des médecins qui prennent en charge la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. L'obstétrique comprend l'étude anatomique, physiologique et pathologique de l'appareil génital de la femme pendant la grossesse ainsi que l'étude du développement de l'embryon (embryologie) puis le fœtus (foetologie). Le titre de gynécologue obstétricien valide un parcours de onze années d'études (deux cycles d'études médicales qui représentent six années suivis d'un troisième cycle de cinq ans pour la spécialité médicale). Avec la pédiatrie, l'obstétrique recouvre également l'étude du développement normal ou pathologique du nouveau-né. Les gynécologues obstétriciens sont avec les gynécologues médicaux, les sages-femmes et les pédiatres des maillons essentiels dans la prise en charge et l'accompagnement des femmes enceintes. Leur expertise dans tous les sujets liés à la grossesse et la santé du nouveau né fait d'eux des interlocuteurs particulièrement importants dans la prise en compte de l'ensemble des aspects relatifs aux conséquences de la consommation d'alcool pendant la grossesse.

○ *Gynécologue obstétricien, un métier de l'intime :*

Parce que les parties intimes du corps y sont mises à nu et explorées, la consultation gynécologique ne va pas de soi ; l'intime est au cœur de la consultation gynécologique (Guyard, 2002). L'objet de cette consultation étant l'exploration des organes génitaux, les femmes sont amenées à se dénuder et exposer les parties intimes de leur corps afin de permettre au gynécologue de les explorer par la pratique de l'examen technique gynécologique. Cet examen peut être véritablement source d'angoisse. S'il ne s'agit pas de dénier l'intérêt médical que représente le toucher vaginal, la pose du spéculum ou encore la palpation des seins, la position de la patiente sur la table d'examen la place ainsi que le gynécologue dans une

distance intime qui est génératrice de gêne. C'est occulter le malaise psychologique que peut éprouver la patiente à l'idée de se faire examiner. Pourtant, dans l'examen gynécologique, l'idée de pudeur passera après celle du diagnostic. Le souci d'efficacité, la perception que cet examen est « bon pour le patient » justifiera de la part du praticien le fait de franchir les limites de l'intimité du patient. Nous pouvons d'ailleurs nous demander si l'intrusion physique est mieux vécue à la condition de ne pas se risquer dans la vie privée de la patiente. La technique devient alors un moyen de mise à distance dans la relation soignant/soigné dans l'acte intrusif.

D'autre part, les accouchements sont à la fois un grand moment d'émotions et une étape dans la vie d'une femme, dans laquelle le gynécologue accompagne les parents.

- ***Une connaissance plus restrictive de la patiente ? :***

Les femmes entretiennent une relation privilégiée avec leur gynécologue qu'elles considèrent parfois comme un médecin référent à la fois pour des états de santé ou des pathologies liées à la sphère génitale, mais également pour des affections plus générales autres que gynécologiques. Pour un certain nombre de femmes, et notamment celles en âge de procréer, le gynécologue est le seul médecin régulièrement consulté. Toutefois, les gynécologues obstétriciens ont également parfois une vue plus partielle de la situation de leur patiente que d'autres professionnels de santé (médecins généralistes, infirmières libérales ou professionnels de santé issues de services médico-sociaux de proximité). En effet, les gynécologues assurent moins de consultations annuelles/patient et il leur est plus difficile de prendre en compte la situation socio-économique et l'environnement (quartier, ville), le cadre de vie familial, professionnel et social de leurs patientes. Ce manque de proximité représente un frein supplémentaire dans la compréhension des difficultés rencontrées par les patientes qui font appel à eux.

3.4. Les bouleversements liés à l'évolution du métier de gynécologue :

La profession de gynécologue obstétricien a beaucoup évolué depuis ces trente dernières années. L'apparition des moyens de surveillance du fœtus par l'échographie, la surveillance du rythme cardiaque fœtal pendant la grossesse et l'accouchement, l'accès direct au fœtus par diverses techniques, le développement

du diagnostic anténatal ont à eux seuls bouleversé le métier de gynécologue qui demande de plus en plus de compétences médicales. L'apparition puis le développement de l'assistance médicale à la procréation, le développement de techniques de plus en plus sophistiquées où les gynécologues ont toujours été les promoteurs ont là encore radicalement changé ce champ de la spécialité.

○ ***Vers la judiciarisation des pratiques ? :***

Dans le domaine de la périnatalité, le risque domine d'autant plus aujourd'hui la prise en charge médicale que nous vivons dans un fort contexte médico-légal. Cette réalité devient d'autant plus prégnante au fil de ces dernières années que la responsabilité juridique liée aux actes techniques des gynécologues obstétriciens fait l'objet d'une attention de plus en plus soutenue. Récemment en 2004, la plainte de mères d'enfants porteurs de SAF issues de l'association roubaisienne ESPER pour mise en danger de la vie d'autrui, tromperie aggravée sur la marchandise et blessures involontaires en est une illustration. La désacralisation de la profession (passage d'un statut de « professionnel notable » à « technicien de santé »), associée à une demande de « résultat parfait » de la part des familles a eu pour conséquences une gestion du risque médical basée sur la responsabilité professionnelle. La médiatisation de quelques procès de gynécologues obstétriciens et l'augmentation exponentielle des primes d'assurance professionnelle (supportées totalement par les établissements dans le cas de médecins salariés ou partiellement par les praticiens libéraux) ont été des conséquences directes de ce nouveau comportement social. La crainte des procès contribue à un renforcement de la part de l'expertise et du technique aux dépens de la dimension rationnelle. Pourtant, nous pouvons nous poser la question de la réalité de cette judiciarisation : n'existerait-il pas un décalage entre la médiatisation d'affaires mettant en cause les pratiques médicales et les condamnations effectivement prononcées à l'égard des médecins ?

Nous pouvons d'ailleurs nous demander :

- Si les gynécologues, comme l'ensemble des professionnels de la périnatalité ne se trouvent-ils pas confrontés à des demandes paradoxales : d'un côté les couples sont en demande d'une maternité moins médicalisée, plus naturelle et d'un autre, nous assistons à une montée de plus en plus forte de

la non-acceptation de l'accident. Le risque est alors rejeté pour une vision idéalisée de la grossesse et de l'enfant à naître.

- Si la judiciarisation de la médecine relayée par une médiatisation des décisions de justice ne modifierait pas la pratique médicale. Un climat de suspicion s'instaure-t-il entre le médecin qui se demande si sa patiente risque de lui faire des ennuis et le patient auquel le médecin demande parfois de signer une décharge écrite (Lansac, 2004) ? Dans ce contexte, nous pouvons donc nous attendre à une pratique de repérage des conduites d'alcoolisation pendant la grossesse par les gynécologues afin d'éviter toute contestation possible des familles en cas de séquelles liées à une exposition prénatale à l'alcool.

- ***Les problèmes liés à la rémunération à l'acte :***

« Dans un système de rémunération à l'acte, la relation soignante n'est pas rémunérée comme le sont, dans les diverses nomenclatures, toutes les activités thérapeutiques. Ecouter une patiente, c'est perdre de l'argent et du temps qui pourrait être utilisé à d'autres fins considérées comme plus agréables » (Béraud 2000). Cette situation est d'autant plus prégnante qu'un certain nombre de gynécologues se retrouvent confrontés, quand ils exercent en clinique privée au cumul des statuts, celle de soignant et celle d'actionnaire de l'établissement.

- ***Les problèmes liés à la démographie médicale :***

Aujourd'hui, il existe en France un gynécologue pour 3700 femmes. L'arrêt de la formation spécifique à la gynécologie médicale en 1984, les cessations d'activité, la désaffection de la gynécologie obstétrique par les jeunes médecins laissent prévaloir une diminution importante de l'effectif des gynécologues qui ne semble pas être comblée par l'augmentation annoncée des postes d'internes. Au quotidien, les gynécologues voient leur charge de travail augmenter. Conscients du degré de disponibilité, de stress lié à l'exercice de ce métier et de la judiciarisation croissante de l'activité, les étudiants en médecine hésitent ces dernières années à choisir la voie de la gynécologie obstétrique. Près de la moitié des gynécologues obstétriciens seront à la retraite dans les dix années à venir, sans que les postes vacants puissent, au moins dans les premières années, être compensés par

l'augmentation du nombre de spécialistes en formation avec la création d'une filière spécifique en gynécologie obstétrique.

DEUXIEME PARTIE :

Alcool et grossesse : enquête auprès des gynécologues obstétriciens

Cette deuxième partie sera consacrée exclusivement à la recherche exploratoire menée sur les connaissances, les représentations et les pratiques des gynécologues obstétriciens. Après une présentation des objectifs et de la méthodologie de recherche, nous développerons les résultats de notre enquête.

I. Présentation de l'enquête :

1. Objectifs de la recherche :

Ce rapport fait état des résultats d'une enquête exploratoire, menée en 2008, portant sur les connaissances, les représentations et les pratiques des gynécologues obstétriciens en rapport avec la prévention des effets de l'alcoolisation fœtale. Le recueil et l'analyse des données a volontairement adopté :

○ Une démarche évaluative :

L'accent a été mis sur les données relatives aux gynécologues obstétriciens au regard des recommandations sanitaires proposées par l'ANAES et la SFAA. Pour rappel, dans la première partie de notre étude, nous avons vu que ces institutions insistent notamment sur la nécessité de mettre en place un repérage systématique des conduites d'alcoolisation pendant la grossesse et proposent un accompagnement pluridisciplinaire de proximité aux femmes enceintes alcoolodépendantes. Ces préconisations ont servi de base référentielle pour évaluer s'il existait un décalage entre les données établies par les sociétés savantes et le discours sur les réalités des gynécologues obstétriciens chargés du suivi de la grossesse. Alors que ces recommandations ont vu le jour au début des années 2000, la question est de savoir comment elles se sont traduites dans la pratique quotidienne des gynécologues obstétriciens.

○ Une démarche compréhensive de la pratique médicale (plutôt qu'une analyse quantitative) :

Il nous importait de mettre à jour les représentations des praticiens sur la consommation d'alcool des femmes enceintes et les messages de prévention délivrés à la population. Enfin, notre attention s'est portée sur l'analyse des facteurs

qui influencent leurs perceptions et pratiques dans le colloque singulier. Il s'agissait d'analyser la place des représentations sociales, les ressources et freins que peuvent représenter la formation médicale et les conditions d'exercice des gynécologues obstétriciens dans l'approche de cette thématique.

Etant donné la taille restreinte de l'échantillon, les données recueillies fournissent des informations qui ne sauraient être considérées comme une étude représentative de l'ensemble des gynécologues obstétriciens. Toutefois, elles renseignent sur l'intérêt que portent les médecins rencontrés dans l'approche de cette problématique dans le colloque singulier.

2. Méthodologie de la recherche :

2.1. Choix de l'échantillon et modalités de la prise de contact :

Dans un premier temps de la recherche, il avait été envisagé de prendre contact avec des gynécologues obstétriciens par l'intermédiaire d'un courrier cosigné par l'URMEL Nord/ Pas-de-Calais et l'ANPAA 59. Cette démarche, bien qu'acceptée, n'a pas été retenue. Deux raisons expliquent ce changement dans la façon de choisir l'échantillon de praticiens :

- La volonté de rencontrer des praticiens exerçant également dans des maternités ayant un statut juridique différent;
- La crainte d'un manque de réponses à la proposition d'étude au regard du temps imparti pour l'enquête,

Le choix des maternités s'est effectué sur la base des contacts pris avec quelques unes d'entre elles dans le cadre de la mise en œuvre du programme de formation-action de l'ANPAA. Les maternités choisies étaient implantées dans deux bassins de vie différents. Etant donné la difficulté que pouvaient représenter les contacts avec les gynécologues obstétriciens, l'enquête s'est appuyée sur la qualité des relations établies avec les sages-femmes cadres supérieures. Dans les trois maternités de l'enquête, les liens établis avec ces professionnelles permettaient d'envisager un taux d'acceptation des médecins aux entretiens satisfaisant.

Au total, onze médecins gynécologues obstétriciens ont accepté de répondre à l'enquête. Pour des raisons techniques, seuls huit entretiens ont pu être exploités. La

prise de contact avec les praticiens a toujours été effectuée par l'intermédiaire de la sage-femme cadre supérieure. Le projet d'enquête a alors été présenté en termes d'objectifs généraux et de modalités de mise en œuvre. Soucieuses de développer cette thématique dans leur établissement, les sages-femmes ont toujours accueilli favorablement le projet d'enquête. Pour faciliter la prise de contact avec chacun des praticiens, elles ont donné les coordonnées de praticiens susceptibles de répondre à l'enquête de la manière suivante :

- Maternité 1 (maternité privée de niveau 3 participant à l'exercice du service public hospitalier) : la sage-femme a donné les adresses mails de l'ensemble des praticiens. Le mail adressé faisait mention de mon statut de coordinatrice du programme de l'ANPAA et de la recommandation par la sage-femme. Trois praticiens, dont le chef de service, sur les sept contactés ont accepté de répondre à cette étude.
- Maternité 2 (maternité privée à but lucratif, niveau 1) : la sage-femme a proposé à l'enquêtrice de présenter le projet d'étude aux médecins lors de leur staff hebdomadaire (échanges d'informations pratiques et organisation des soins et des plannings). Tous les gynécologues ont donné leur accord. Les rendez-vous individuels ont ensuite directement été pris auprès de leurs secrétariats respectifs.
- Maternité 3 (maternité privée à but lucratif, niveau 2) : la sage-femme a donné les coordonnées de trois des cinq praticiens qui exercent dans la clinique. Elle a établi le choix des praticiens en fonction de leur disponibilité et de l'intérêt qu'ils portent habituellement aux enquêtes. Après accord des trois praticiens, les rendez-vous ont été pris auprès de leur secrétariat respectif.

En amont des entretiens, les praticiens avaient été avertis par mail, par téléphone ou par leur secrétariat du sujet de l'enquête. Ils connaissaient ma mission de coordinatrice du programme de formation-action sur l'alcoolisation fœtale et mon statut d'étudiante en sciences humaines. Lors de la prise de contact, j'ai toujours fait mention de la ou des rencontres établies en amont avec la cadre sage-femme par

rapport au programme. Le thème de l'enquête était présenté sous la forme d'une étude sur « l'alcool et la grossesse » auprès des gynécologues obstétriciens.

2.2. La grille d'entretien :

Les gynécologues ont été interviewés par entretiens semi-directifs. Une grille d'entretien a été utilisée, mais sans imposer une standardisation de la forme, ni de l'ordre des questions (cf annexe). Le discours de l'enquêté était orienté pour obtenir des informations sur des points définis à l'avance, tout en maintenant une attitude peu directive. La grille d'entretien a été réalisée pour identifier les connaissances, les représentations, les attitudes et les pratiques des gynécologues obstétriciens sur le thème de l'alcoolisation fœtale. La recherche visait à la fois à cerner ces données dans la prévention des conduites d'alcoolisation à risques (information systématique des risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse, le repérage des conduites d'alcoolisation à risques) et dans l'accompagnement des femmes enceintes ayant un usage nocif d'alcool. Par ailleurs, au cours des entretiens, des questions étaient posées sur les partenariats des praticiens au sein de la maternité et avec l'ensemble des professionnels médicaux et sanitaires susceptibles d'être concernés par cette problématique.

2.3. Accueil de l'enquête et présentation de l'échantillon :

Sur les huit entretiens réalisés, six entretiens se sont déroulés à la maternité et deux dans le cabinet des gynécologues situé en ville. Dans l'échantillon de médecins, 5 praticiens travaillaient dans des cliniques privées (l'un d'entre eux exerçait en parallèle une consultation hebdomadaire en maternité publique, soit 15% de son activité totale) et trois autres en maternité. Cinq praticiens avaient entre 50 et 62 ans (avec une durée d'exercice de 20 à 30 ans) et les trois autres praticiens avaient environ 35 ans (avec une durée d'exercice de 5 à 8 ans). L'échantillon comptait six gynécologues de sexe masculin et deux gynécologues de sexe féminin. Les deux femmes gynécologues faisaient partie des plus jeunes praticiens de l'échantillon.

Les gynécologues ont diversement accueilli l'enquête :

- Cinq praticiens ont montré un intérêt certain pour la réflexion sur l'alcoolisation foétale et se sont volontiers prêtés aux questions de l'enquête. Alors que lors de la prise de rendez-vous, un entretien d'environ 30 minutes avait été sollicité, ils ont parfois prolongé l'entretien pendant plus de 45 minutes. Ainsi, un des praticiens a poursuivi l'entretien malgré une file de plusieurs patientes dans la salle d'attente. Deux autres praticiens ont poursuivi l'entretien en demandant des informations sur le produit alcool, les techniques d'entretien pour aborder plus facilement les conduites d'alcoolisation avec leurs patientes, les adresses et les modalités d'accompagnement proposées par les CCAA (centres de cure ambulatoire en alcoologie).
- Trois praticiens, parmi les plus âgés de l'échantillon, ont cherché à écourter l'entretien en soulignant qu'ils ne se sentaient pas concernés par cette thématique. Dans ce cas là, les entretiens ont duré entre 20 et 30 minutes. A l'abord de ce sujet, leur gêne était perceptible : ils voulaient nous recevoir très rapidement et insistaient sur le caractère nécessairement court de l'entretien. Un des gynécologues souhaitait faire l'entretien dans les couloirs de la maternité, lieu de passage important des patientes. Il précisait ne pas avoir beaucoup de choses à dire sur le sujet et il ne trouvait pas nécessaire de se rendre à son bureau. Il a fallu insister sur la nécessité de se rencontrer dans un endroit plus calme.

2.4. Atouts et difficultés du statut de l'enquêtrice :

Le statut de coordinatrice du programme de la formation-action a été à la fois un atout et un inconvénient dans la mise en œuvre de l'enquête. Ce statut a permis de faciliter les contacts avec des gynécologues obstétriciens, souvent débordés. La mission de coordination a permis d'être repérée avant tout comme professionnelle plutôt que sous le statut d'étudiante en sciences humaines. Par contre, l'implication professionnelle dans la mise en œuvre du programme a parfois rendu plus difficile la prise de recul dans la formulation des questions et les interpellations des médecins. Il était difficile de faire valoir une certaine naïveté dans le discours et les

interrogations des gynécologues sans prendre le risque d'être discréditée sur un plan professionnel.

Enfin, il aurait été souhaitable pour obtenir des informations plus approfondies de pouvoir réaliser des entretiens plus longs. Même si la majorité des médecins se sont rendus disponibles, sortir des idées générales et obtenir l'avis personnalisé de l'enquêté requière une mise en confiance qui demande du temps.

II. Résultats de l'enquête :

Tout d'abord, il nous faut préciser que les résultats de l'enquête sont illustrés par des citations des gynécologues obstétriciens. Dans ce cas, leurs propos sont signalés par des guillemets et inscrits en italiques. Ils sont référencés anonymement avec des précisions concernant leur statut professionnel et leur âge. Seuls les propos du Dr D ont fait l'objet de peu de citations : l'entretien était court et ce praticien a donné l'impression de :

- répondre de manière rapide aux questions posées ;
- tenir des propos qui reflétaient davantage ce qu'il pensait que l'enquêtrice attendait de lui plutôt que son positionnement personnel.

1. L'alcoolisation des femmes - connaissances et représentations des gynécologues obstétriciens :

1.1. Leur perception des connaissances de la population :

Pour la plupart des gynécologues, les effets de la consommation d'alcool pendant la grossesse sont connus des femmes enceintes. Ce message leur paraît intégré depuis maintenant plusieurs années.

« Le message est suffisamment clair depuis des années ! Elles le savent toutes que ce n'est pas bon de ne pas consommer d'alcool pendant la grossesse, toutes, toutes. » (Dr E, praticien libéral, 57 ans).

L'entourage des patientes est sensibilisé et même soucieux de recommander à leur proche la non consommation pendant la grossesse. En conséquence, le plus souvent, il semble inutile aux praticiens d'apporter des informations complémentaires aux femmes enceintes suivies en consultation prénatale.

Deux praticiens, parmi les plus jeunes professionnels interrogés, ont une attitude un peu plus réservée quant aux connaissances de la population sur les effets de l'alcool. Ils relatent l'étonnement de quelques patientes à l'énonciation de la recommandation d'abstinence. Pour ces patientes, qui sont très minoritaires, tant que leur consommation ne présente pas de caractère régulier, il ne peut y avoir d'effet délétère sur le développement de l'enfant. Ces gynécologues insistent sur le déficit d'information de la population, y compris parmi les personnes issues d'un milieu social élevé. Ils remarquent que la bière ou le champagne ne sont pas toujours perçus comme nocifs:

«J'ai quand même l'impression que la plupart des patientes savent qu'il ne faut pas boire d'alcool mais de temps en temps il y en a quand même qui ne sont pas du tout au courant (...)Justement par rapport à une patiente il y a trois semaines, elles ne savait pas qu'il ne fallait pas boire du tout pendant la grossesse, elle pensait qu'un verre de temps en temps ce n'était pas méchant dans l'organisation d'un repas de famille. Elle ne se rendait pas compte qu'on n'a pas la même notion de seuil de tolérance, on ne sait pas si une prise occasionnelle est très délétère ou pas. On ne sait pas ça donc il n'y a pas de notion de seuil pendant la grossesse. (...) On a des gens qui viennent et on s'aperçoit qu'il y a prise occasionnelle de Xanax : ça fait 5 jours que je prends du Xanax ou un autre médicament, et puis finalement on s'aperçoit qu'elle avait aussi bu un peu beaucoup d'alcool. Ça choque pas les patientes de boire un verre de vin tous les soirs pendant une semaine alors que c'est très choquant de prendre un anti - dépresseur pendant 5 jours on un autre médicament ». (Dr D, praticien hospitalier, 37 ans)

1.2. Les connaissances des praticiens sur le risque alcool :

Les médecins gynécologues ont des connaissances de base limitées sur le risque alcool. Au cours des entretiens, nous notons une confusion constante entre les termes : alcool, alcoolisation, alcoolisme. Les enquêtés passent sans transition de la consommation d'alcool positive et valorisée socialement à l'alcoolisme. Les aspects liés à la consommation à risque et à l'usage nocif (sans dépendance à l'alcool) sont absents de leur discours.

Ils rencontrent des difficultés pour définir une consommation à risque. Ils font une opposition classique entre une consommation « modérée » (peu fréquente et qui ne pose pas de difficulté quand elle est associée à l'idée de fête ou de convivialité) et l'alcoolisme, révélateur d'une consommation excessive chronique. Par contre, dès lors que la consommation est quotidienne, elle apparaît comme nocive. Leurs propos sont alors plus restrictifs que les seuils préconisés par l'OMS qui recommande de ne pas dépasser trois verres standards par jour pour un homme et deux verres par jour

pour une femme. Leur inquiétude est marquée par les conduites d'alcoolisation aiguës et la dépendance. Ils soulignent la chronicité de la dépendance et la perte de liberté qui y est associée mais ne font jamais référence à son caractère progressif.

« C'est vrai que beaucoup de gens ne se rendent pas compte de ce qu'ils boivent tous les jours. 1 à 2 verres d'alcool par jour, pour eux c'est normal et c'est là qu'est le danger ! La prise quotidienne, régulière à chaque repas sans se poser de question est un danger qu'on supporte plus ou moins bien. C'est vrai que le paradoxe français est qu'il y a moins de maladies cardiovasculaires que les américains qui boivent du coca-cola mais il y a peut être d'autres facteurs qui jouent. Ce week-end, je suis allé chez des amis et j'ai bu du vin le soir et dans toute la semaine je bois de l'eau ». (Dr A, praticien libéral, 62 ans)

1.3. L'évaluation des risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse :

Concernant l'alcoolisation fœtale, l'attention des gynécologues est centrée sur les situations de dépendance à l'alcool, situations qu'ils considèrent par ailleurs, comme exceptionnelles.

« On fait des campagnes sur l'alcoolisation fœtale parce qu'on sait qu'il y a beaucoup d'alcooliques mais chez les femmes enceintes, il n'y en a pas ». (Dr C, praticien libéral, 54 ans)

Les effets de l'alcool pendant la grossesse sont systématiquement reliés aux formes sévères de SAF avec dysmorphie crano-faciale. Les praticiens s'appuient sur l'absence de symptômes visibles à la naissance ou de signes échographiques évidents pour conforter l'idée qu'ils ne sont pas véritablement concernés par cette pathologie. L'un des praticiens, malgré ses 25 ans d'expérience professionnelle soulignera ainsi ne jamais avoir été confronté à un syndrome de manque d'alcool d'un bébé à la naissance (pour s'expliquer, il ironisera sur l'impossibilité de faire une perfusion d'alcool au nouveau né)

Alors que les gynécologues ont le souci quotidien de procéder à un dépistage des retards de croissance, en cas d'observation d'anomalies échographiques, l'étiologie proposée ne fera pas toujours référence à une consommation d'alcool. Par contre, pour expliquer ces retards, deux praticiens envisageront des problèmes d'hypertension, la consommation de tabac, l'existence chez leur patiente de précédentes prématurités. Quand nous les interpellons sur cette situation, ils montrent une grande hésitation à rapprocher le retard perçu à une éventuelle problématique d'alcoolisation.

Au cours des entretiens, les EAF, formes atténuées du SAF sont peu évoquées. Malgré les tentatives de réorienter l'entretien sur les risques liés aux ivresses exceptionnelles et aux consommations modérées régulières, le sujet est constamment abordé uniquement par rapport aux problèmes d'alcoolodépendance. En dehors d'un contexte d'ivresse caractérisée, les effets d'une consommation exceptionnelle de boissons alcoolisées, d'autant plus si celle-ci est située dans un contexte festif, sont minimisés. Dans ce cas là, l'ensemble des praticiens évoque l'aspect culturel des consommations. Cette consommation est légitimée par les nombreuses occasions et propositions de la vie sociale, y compris pendant la grossesse.

« Bon, c'est sûr qu'il faut éviter les ivresses, la consommation quotidienne. Mais nous ce qui nous ennuie beaucoup, ce sont les grandes buveuses. (...)Les ivresses occasionnelles ... oui, ça leur bouffe des neurones au gamin mais bon, c'est fait, c'est fait c'est pas là qu'on va avoir des retards de croissance, ou on aura des SAF et compagnie. (...) » (Dr F, praticien hospitalier, 57 ans).

Les exemples de consommation donnés par les praticiens, se situent tous dans un cadre festif, principalement les fêtes de fin d'année et les anniversaires. Aucun des praticiens n'envisagera la consommation quotidienne au cours de repas ou la consommation en dehors d'un contexte de sociabilité. Les boissons citées sont alors principalement le champagne ou des vins de bonne qualité, et non la bière ou le vin de table. La consommation de champagne est définie comme acceptable dans la mesure où elle est liée à des occasions exceptionnelles et s'oppose à la bière ou le vin de table liés à une habitude alimentaire. Cette consommation leur apparaît d'autant plus compréhensible qu'elle correspond aux modalités valorisées dans la société, et leur propre rapport à l'alcool et à la fête.

« Moi, je leur dis consommation d'alcool : zéro. Ceci dit, si je vois qu'elle a fêté un anniversaire ou un truc comme ça, du champagne... c'est pas grand-chose » (Dr C, praticien libéral, 54 ans)

Quelques praticiens évoquent les dangers potentiels des alcoolisations aiguës, pour autant ils ne procèdent pas à un repérage systématique de la consommation d'alcool pendant les consultations prénatales. Par ailleurs, aucun des praticiens n'évoquera la possibilité de diagnostiquer les risques liés à une alcoolisation fœtale dans les premières années de vie.

1.4. L'alcoolisation fœtale et les populations à risques :

Si les gynécologues associent le plus souvent les risques liés à l'alcoolisation fœtale à des problèmes de dépendance à l'alcool, ils considèrent également que cette problématique concerne presque uniquement les femmes issues de milieux sociaux défavorisés. Cette remarque est redondante chez six des huit praticiens rencontrés. Les gynécologues qui exercent dans des cliniques privées considèrent que ce sont leurs confrères qui exercent dans des maternités situées dans des quartiers en difficultés qui sont les plus concernés. Comme le souligne ce praticien, « *Ce sont plus les conditions sociales, la misère, c'est plutôt ça qui fait picoler* » (Dr A, praticien libéral, 62 ans). Ainsi, en parlant d'un pédiatre connu au niveau régional et national pour son implication dans la prévention du SAF, il poursuit :

« Je comprends le mec, il est roubaisien, à Roubaix les femmes enceintes, elles n'ont pas d'anémie, elles boivent toute la journée, elles boivent du vin rouge, il y a du fer, elles boivent de la bière, il y a de l'acide folique. Elles ne sont pas anémiques mais elles sont bourrées toute la journée. Je comprends que son combat soit logique » (Dr A, praticien libéral, 62 ans).

Pour illustrer leurs propos, les enquêtés donnent le plus souvent l'exemple de la ville de Roubaix ou les quartiers de Lille Sud. Ils décrivent la « misère » quotidienne de la population dans un cadre de vie proche des romans de Zola. Le fait de vivre dans un véritable dénuement conduit la population de ces quartiers à consommer davantage de substances psycho actives, et notamment l'alcool. Il s'agit de trouver « *dans les paradis artificiels* » un peu de réconfort pour supporter les difficultés quotidiennes.

Pour les gynécologues, la sectorisation de leur cabinet sur un territoire géographique représenté majoritairement par des classes moyennes ou élevées, a pour conséquence le fait ne pas rencontrer de problèmes d'alcoolisme chez leurs patientes. Un praticien oppose les deux types de populations qui constituent son activité. Il distingue la clientèle composée partiellement de malades alcooliques qu'il rencontre en consultation gynécologique dans une maternité de Roubaix (« *Là, j'en vois* ») à sa clientèle en cabinet libéral, peu consommatrice d'alcool, résidant dans des villes favorisées. Il oppose également « *le roubaisien de base* », consommateur excessif d'alcool aux patientes d'origine maghrébine non consommatrices d'alcool.

« Nous on sait bien qu'on ne recrute pas ici dans le quart monde même si on sait bien que l'alcool touche tous les milieux. (...) La maternité Paul Gellé, c'est Roubaix et à Roubaix, la consultation hospitalière, il y a vraiment un niveau socio-économique terriblement bas. Je lisais dans le journal hier que c'est la ville de la région 59/62 qui a le moins de gens imposables. C'est vrai que Roubaix, c'est quand même, quoi qu'en pensent ou en disent les politiques, ce qu'ils disent c'est du pipo, il faut voir ce que c'est Roubaix tout de même. (...) La précarité favorise les paradis artificiels. Il faut voir que les gens n'ont rien et qu'ils recherchent dans le tabac, dans d'autres choses, dans l'alcool ... et puis c'est compliqué car les gens vivent dans un contexte très difficile pour eux. Donc oui je pense moi, moi dans ce que je vois moi, mais je me trompe peut-être totalement car j'ai une clientèle qui est très particulière qui n'a rien à voir avec la clientèle globale. Je pense que mes confrères qui travaillent à Saint Vincent ou à Jeanne de Flandres, ils ont une clientèle un peu du style de Roubaix : A st Vincent, oui car c'est dans un quartier très très particulier. » (Dr A, praticien libéral, 62 ans)

Au cours de l'entretien, ce praticien se contredira : pour lui, l'alcoolodépendance est une pathologie qui concerne les personnes issues de tous les milieux socio-économiques, y compris celles issues de milieux très favorisés ou dans le milieu relationnel et/ou professionnel qu'il côtoie. A ce titre, il évoquera d'ailleurs les problèmes d'alcool de confrères en situation de « burn out » ou celui d'ami(e)s. D'un autre côté, reconnaître que parmi ses patientes, un certain nombre d'entre elles sont concernées par cette problématique lui est impossible. Dans ces propos, que d'autres praticiens souligneront également, ce serait comme si les problématiques d'alcoolisation s'arrêtaient à la porte de leur cabinet.

En parallèle, deux des gynécologues qui exercent dans un secteur défavorisé font, eux aussi, part de la rareté des situations d'alcoolodépendance chez les femmes enceintes. Un des gynécologues soulignera qu'il ne rencontre qu'exceptionnellement des problèmes liés au syndrome d'alcoolisation fœtale. Il suppose que les femmes dépendantes de l'alcool sont orientées par les services d'addictologie vers la maternité de niveau 3, proche de leur établissement. Par contre, le dernier praticien rencontré dans cette maternité viendra contredire la position de ses confrères en mentionnant que les problèmes d'alcool chez les patientes sont classiques.

Il en résulte que les gynécologues ne se sentent pas ou peu concernés par la question de l'alcoolisation fœtale. L'association systématique entre alcoolisme et populations défavorisées conduit à une mise à distance du problème posé par l'alcoolisation des femmes. Ces données nous interrogent sur les possibilités que les femmes, notamment celles issues d'un milieu socioprofessionnel plus élevé, ont

d'être entendues sur leur rapport à l'alcool. Comment une femme, cadre moyen ou supérieure, pourrait elle parler de ses consommations nocives ou de sa dépendance quand le professionnel qu'elle a devant elle, réduit la problématique alcool aux situations d'exclusion sociale ?

2. La question de l'alcool dans le suivi des grossesses - la pratique des gynécologues obstétriciens :

2.1. Les pratiques de repérage des conduites d'alcoolisation pendant la grossesse :

Le repérage de l'alcoolisation pendant la grossesse n'est pas perçu comme une priorité de santé publique. La plupart des gynécologues rencontrés n'abordent pas ou peu, à leur initiative, la question de la consommation d'alcool pendant la grossesse. Pour deux d'entre eux, exerçant en clinique privée, cette question ne fait d'ailleurs pas partie du dossier gynécologique de suivi des patientes. En notre présence, un gynécologue vérifiera auprès de sa secrétaire que cette question est, en effet, absente du dossier. Le dossier est créé à partir des éléments qu'ils jugent nécessaires dans le suivi de la patientèle : il regroupe à la fois les informations relatives au suivi gynécologique classique et celles relatives au suivi de la grossesse. Les informations contenues dans les dossiers sont priorisées : si la question de l'alcool est absente, celle sur le tabac est intégrée au dossier de suivi. La consommation de cannabis ou d'autres produits illicites n'est pas non plus évoquée. Trois praticiens souligneront ne jamais avoir remarqué le pictogramme sur les bouteilles d'alcool ou ne pas savoir si cette disposition est déjà entrée en vigueur. L'un d'entre eux en profitera pour sortir une bouteille d'apéritif d'une armoire de son bureau pour vérifier l'existence du pictogramme. A plusieurs reprises, il tournera en dérision le sujet et évoquera des anecdotes concernant l'alcool, comme autant de moyens de prendre de la distance avec le sujet abordé. Sur les huit praticiens, un seul a disposé deux affiches de prévention dans son bureau, dont l'une reprend très clairement la recommandation. Dans les autres salles d'attente des cabinets des praticiens, aucun dépliant ou affiche n'est proposé. Par contre, dans une des maternités, ces informations sont proposées dans les couloirs fréquentés par les patientes.

Quand le sujet de la consommation d'alcool est abordé, la question est posée dans le cadre de l'ouverture du dossier de grossesse lors du premier entretien prénatal. Cette question est posée au même titre que celles liées aux antécédents médicaux, gynécologiques ou celles à la consommation d'autres substances psycho actives, en particulier le tabac. Cette question ne sera alors plus abordée dans les consultations ultérieures. Dans leur immense majorité, les femmes enceintes déclarent ne pas consommer d'alcool. Toutefois, nous notons que la parole des femmes issues de milieux sociaux plus défavorisés sera plus facilement mise en doute : à cet effet, un des médecins exerçant en hôpital souligne que dans ce cas, la question de l'alcool pourra à nouveau être abordée dans les consultations ultérieures.

Pour les enquêtés, l'information n'est pas considérée comme un acte de prévention. En conséquence, l'intervention se limite le plus souvent au rappel de la recommandation d'abstinence sans que son intérêt ne soit ni expliqué, ni argumenté. La formulation des questions est interro-négative (« Vous ne buvez pas ? », « pas d'alcool, ni tabac ? »). Les conseils prodigués sont directifs et se font l'écho d'un discours d'injonction. Le message proposé est anonyme, standardisé et les questions plus individualisées sur la consommation d'alcool sont évitées. Les praticiens partent du principe que seules les femmes ayant une dépendance à l'alcool sont en difficulté pour arrêter leur consommation et qu'il est donc inutile de s'attarder sur cette question. Permettre à la patiente de s'exprimer sur les bénéfices et les difficultés de l'abstinence de boissons alcoolisées pendant la grossesse, aider la patiente à rechercher des alternatives à la consommation d'alcool (ex : réalisation de cocktails de jus de fruits...) ou l'aider à obtenir le soutien de son entourage n'est pas envisagé. Ils ne sont pas dans une position de donner le choix à la patiente de faire ce qu'elle pense être le mieux pour elle et son enfant.

Deux praticiens rappellent la nécessité de la recommandation « zéro alcool pendant toute la grossesse ». Ils expliquent en détail les mécanismes liés à la toxicité de l'alcool à partir d'un langage simple et compréhensible. Les arguments qui justifient la recommandation sont présentés à la future mère pour obtenir son adhésion :

« Je leur explique que l'alcool passe directement le placenta, je leur fais la comparaison, quand elles boivent ou quand nous on boit sans être enceinte on détruit à chaque fois on détruit quelques neurones donc effectivement on n'en n'a pas

forcément les symptômes sauf longtemps après et que pour leur bébé c'est la même chose et qu'en plus le cerveau de leur bébé est entrain de se développer, c'est embêtant. Moi, j'axe surtout sur le cerveau. Quand on me demande les risques qu'il y a à consommer pendant la grossesse je ne parle pas des malformations de la face, mais moi je trouve qu'il ne faut pas. J'ai l'impression que ça passe mieux que de leur dire que leur bébé va avoir un visage particulier. Et puis, si elles disent comment je ne vois pas sortir une photo d'un bébé avec un saf. Vous voyez ça ne paraît vraiment pas simple et peut-être un peu plus choquant alors que l'idée de détruire des neurones de comparer à elle quand elles prennent une cuite ou quand elles ont bu comme tout le monde l'effet ça que fait en termes de destruction des neurones, cela me paraît plus parlant ». (Dr h, praticien hospitalier, 37 ans)

Les propos relatifs au repérage systématique méritent d'être complétés par les remarques suivantes:

- Pendant l'enquête, cinq praticiens préciseront avoir conscience de sans doute « passer à côté » d'un certain nombre de situations problématiques. Leur discours révèle un certain malaise à l'idée d'avoir pu donner l'image de quelqu'un « pris en faute » dans leur pratique professionnelle. Ils cherchent à apparaître aux yeux de l'enquêteur comme un praticien soucieux de leurs patientes. Très rapidement, ils évoquent alors les arguments qui justifient leur position et les difficultés de tous ordres auxquels ils sont confrontés. S'ils ont le sentiment de passer à côté de situations problématiques pourtant, ils ne se sentent pas prêts à aborder le sujet dans les consultations.
- Le fait d'avoir travaillé dans des maternités particulièrement impliquées sur cette thématique ne renforce pas la pratique concrète d'un repérage systématique. Ainsi, deux des praticiens (l'un parmi les plus âgés et l'autre parmi les plus jeunes) évoqueront leurs années d'internat ou d'exercice auprès de pédiatres les ayant initié aux effets de l'alcoolisation foétale. Toutefois, ils préciseront ne pas procéder actuellement à un repérage systématique dans la mesure où leur clientèle issue de milieu favorisé ne peut être concernée (cette information est exclue du dossier de suivi de la patiente). Les connaissances et l'expérience acquises sur la prévention de l'alcoolisation foétale sont contextualisées et ne font plus désormais l'objet d'un intérêt particulier dans leur pratique médicale. Cette pratique auparavant intégrée dans le questionnaire systématique de la consultation prénatale disparaît. Le changement de lieu d'exercice a conduit à une

modification de leurs pratiques dans le repérage des conduites d'alcoolisation pendant la grossesse.

2.2. Un ajustement des recommandations aux situations cliniques :

Six praticiens soulignent que la question de la consommation d'alcool pendant la grossesse peut occasionnellement être abordée dans les entretiens prénataux pour répondre aux questions des patientes. Dans ce cas, il s'agit de patientes qui, de leur point de vue, ne présentent pas de conduites de consommation à risques. Ce sont des patientes inquiètes et angoissées suite à une consommation d'alcool occasionnelle alors que pour les praticiens, leur situation n'inspire aucune inquiétude. Les médecins insistent sur l'inefficacité des campagnes de communication sur cette thématique, considérant qu'elles utilisent le plus souvent un registre émotionnel qui inquiète les femmes les moins concernées par cette pathologie. Ils regrettent que ces messages n'aient aucune portée sur les femmes alcoolodépendantes puisqu'elles sont dans l'incapacité d'arrêter leur consommation ou n'expriment aucun désir de voir leur situation se modifier.

« La campagne a porté pas mal sur beaucoup de gens mais dans le côté négatif, c'est-à-dire qu'on a vu beaucoup de gens ou qu'on a eu beaucoup de coups de téléphone « je suis très embêtée, voilà j'ai appris que j'étais enceinte et puis je suis allée à un mariage il y a trois jours ou alors à un réveillon et puis j'ai bu une coupe de champagne et trois verres de vin... mon enfant ceci, mon enfant cela... Quand même bon... Le problème, c'est que c'est toujours pareil si on ne dit pas à tout le monde c'est zéro alcool il y en a toujours qui font un peu. Ceci étant ceux qui ont envie de boire continueront de boire, ça ne changera rien. Je me trompe peut-être mais je ne pense pas. Par contre, ça touche les gens comme vous et moi, enfin je pense, qui eux s'affolent et se disent « oh, tu te rends compte, le WE dernier... et puis je viens d'apprendre que je suis enceinte. »(Dr A, praticien libéral, 62 ans)

A travers leurs questions, les patientes souhaitent avoir soit :

- des précisions sur les effets d'une consommation exceptionnelle d'alcool sur le développement de l'enfant. Ces questions sont, la plupart du temps, posées suite à une consommation d'alcool en début de grossesse. A ce stade, soit les patientes ne savaient pas qu'elles étaient enceintes, soit elles ont entendu parler du SAF à la télévision, ou dans des plaquettes d'information qui préconisent l'abstinence de toute boisson alcoolisée pendant la grossesse. Dans ce cas, les patientes cherchent à être rassurées et être certaines que cette consommation ne risque pas de porter préjudice

au développement de leur enfant. Il peut arriver qu'elles demandent s'il existe des examens médicaux pour confirmer l'absence de séquelles sur leur enfant.

- « l'autorisation » du praticien avant de consommer des boissons alcoolisées de manière « modérée » (« *une ou deux gorgées* » par exemple précise un enquêté) lors des fêtes de fin d'année ou des événements de la vie familiale. Cette question peut également être abordée par le conjoint de la patiente.

Si les gynécologues perçoivent le danger lié à la consommation d'alcool pendant la grossesse sur un plan collectif, ils le relativisent quand il s'agit de mesurer l'exposition personnelle de leurs patientes au risque. Il existe un décalage entre le discours des praticiens qui valident la recommandation et leur discours quant à leur pratique médicale. Aux questions posées par les patientes, la réponse des praticiens est assez homogène : leur attitude (six des huit enquêtés) consiste alors à « aménager » la recommandation « zéro alcool pendant la grossesse » et rassurer les patientes sur le bon déroulement de leur grossesse. Ils rappellent le message « zéro alcool pendant la grossesse » mais précisent aux patientes que ce type de consommation ne pose pas de difficultés pour la croissance de leur enfant. Cependant, ils les invitent à ne pas avoir une consommation régulière d'alcool. Ainsi, cette gynécologue fait référence aux questions récentes d'une de ses patientes qui souhaite consommer un peu d'alcool lors d'une fête familiale :

« Je ne suis pas moralisatrice car les femmes qui me demandent si à l'occasion elles peuvent consommer un peu, je leur dis : vous savez ce n'est pas ça qui va rendre votre enfant neu neu. A priori si vous limitez à ça pendant toute la grossesse, il n'y a pas de problème. Je lui dis qu'effectivement c'est ce qui est recommandé, je ne vais pas dire vous pouvez vous bourrer la gueule mais je suis un peu entre les deux car effectivement la recommandation actuelle c'est : pas d'alcool. Mais effectivement si elle prend une ou deux gorgées de champagne c'est pas ça qui va empêcher son bébé de se développer normalement. On coupe la poire en deux ». (Dr H, praticien libéral, 37 ans)

Un praticien adoptera une position plus tranchée. L'abstinence totale d'alcool pendant toute la durée de la grossesse est considérée comme une position « intégriste ». Il rappelle aux patientes le danger potentiel de consommations importantes et/ou fréquentes mais son attitude consiste à recommander la

consommation dans des situations exceptionnelles. Dans ce cas, la limite en termes de fréquence et de quantité consommée reste très floue.

« Je me tue à leur dire toute la journée : si vous ne buvez pas un verre de champagne à Noel, moi je trouve que vous êtes débile. Si vous en avez envie ! Vous priver d'un verre de champagne à Noel, franchement c'est nul ! (...) Par contre, si elle commence à se dire je peux boire un apéro tous les dimanches et puis un verre de vin c'est pas méchant. Là, ça m'ennuie quoi ? Mais une coupe de champagne ou un dimanche occasionnellement on a un repas dans la famille, on sort une bonne bouteille de vin, ou on goûte un bon vin rouge, pourquoi pas ? Mais ça s'arrête là » (Dr E, praticien libéral, 54 ans)

2.3. L'accompagnement des femmes enceintes dépendantes de l'alcool :

o L'alcoolisme féminin : le poids des représentations sociales

L'alcoolisme féminin, en particulier celui des femmes enceintes horrifie les gynécologues obstétriciens. Etre malade alcoolique est présenté comme le pire de tout ce qui peut arriver à une femme, c'est la « honte suprême ». « *L'alcool, c'est ce qu'il y a de pire* », dira un praticien pour démarrer l'entretien. Au cours de l'entretien, un autre aura cette expression :

« Le poivrot reste un poivrot. Le drogué, à la limite dans le milieu actuel et dans l'évolution des mœurs c'est presque sympathique ». (Dr A, praticien libéral, 62 ans)

L'alcoolisme des patientes indispose les gynécologues rencontrés et il n'est pas rare qu'ils utilisent une terminologie manifestant une mise à distance. Pour évoquer les problèmes d'alcoolodépendance, ils ne parlent pas des femmes ou de leurs patientes mais utilisent les expressions : « *des gens* », « *ces gens là* ». Il arrive que le pronom personnel masculin « il » soit employé pour parler de la situation de leurs patientes. Régulièrement, les médecins opposent les personnes qui consomment excessivement de l'alcool à celles dont ils considèrent qu'elles ont une consommation modérée. Dans ce cas, ils prennent comme repère leurs propres conduites en citant des occasions festives où l'alcool est associé à l'idée de convivialité ou de gastronomie.

Les propos des gynécologues sont le plus souvent très ambivalents, associant jugements moraux et tentative de compréhension. Les praticiens oscillent alors entre une attitude de bienveillance à l'égard de la patiente en situation de mal-être et une attitude de rejet.

« Ce qu'il y a de sûr, c'est que ces gens là au bout d'un moment, ils ne savent pas s'en passer et ça devient une dépendance importante. Donc, tout le monde leur donne des excuses ils ne peuvent pas s'en passer et ça devient une dépendance importante ». « Ils ont toujours de bonnes raisons. C'est la fameuse histoire de pourquoi vous buvez, parce que mon mari est parti et pourquoi mon mari est parti parce que je buvais ». (Dr E, praticien libéral, 54 ans)

D'un côté, ce praticien présente la dépendance comme une perte de liberté de maîtriser la consommation, l'alcool devient une drogue et d'un autre côté, il met l'accent sur le laisser-aller de la personne. A plusieurs reprises, il qualifiera la femme dépendante de l'alcool à partir des termes ou expressions suivantes « *alcoolo* », « *elles sont bourrées toute la journée* », « *elle ne dessaoule jamais* », « *elle picole* ».

Tout au long des entretiens, de nombreux qualificatifs vont être utilisés pour définir des femmes dépendantes de l'alcool. Elles vont être affublées d'une série de défauts, comme la mauvaise foi, le mensonge, l'imprévisibilité, l'agressivité, l'absence de volonté.

« Il y a des gens qui nient et qui peuvent même arriver bourrés en consultation et affirmer qu'ils ne boivent pas. (...) Son raisonnement n'était pas logique, elle n'était pas crédible ». (Dr F, praticien hospitalier, 56 ans)

Il arrive également que les gynécologues présentent les femmes comme les victimes de leur dépendance. Dans ce cas, ils mettent en avant « la misère psychologique » auxquelles elles sont confrontées. La succession d'événements difficiles (décès du conjoint, situations de maltraitance dans l'enfance...) entraîne des douleurs particulièrement éprouvantes pour ces femmes et les enferme dans une souffrance chronique. Ils axent leurs propos sur l'attitude de renoncement et de résignation de ces patientes qui ne parviennent plus à faire face à leur douleur. Les enquêtés soulignent l'importance de cette détresse morale mais ne croient pas ou plus en la possibilité de voir la situation évoluer positivement. A leurs yeux, la description de cette misère permet néanmoins de rendre plus « *excusable* » le « *vice* » de l'alcoolisme. La dépendance alcool, source de honte, ne peut être « *avouée* » par les patientes. L'attitude de déni des patientes est très souvent mise en avant : « *elles n'en parlent pas, quoiqu'il arrive !* ». Ils justifient l'attitude des patientes par le poids des représentations sociales, la honte et la culpabilité qui caractérisent la femme dépendante.

Pour autant, le silence des patientes n'est pas interprété comme un mécanisme de défense propre au déni mais comme une preuve supplémentaire de leur mauvaise foi et de leur manque de volonté. Cette attitude est jugée d'autant plus irrationnelle et incompréhensible qu'il arrive que des patientes, présentant des signes manifestes d'ébriété, nient toute consommation. Ce raisonnement illogique est mal perçu et entraîne un désintérêt du praticien à prendre en compte ce type de difficultés.

« Si elle veut continuer à être alcoolique, elle ne va rien dire » (Dr C, praticien libéral, 54 ans).

Trois gynécologues auront des propos qui s'écarteront très nettement du jugement moral pour adopter une position plus distanciée que leurs confrères sur le vécu des situations de dépendance à l'alcool. Dans ce cas, si l'attitude des patientes peut leur apparaître déconcertante, leur attention est concentrée sur leur mal être. La dépendance à l'alcool est analysée comme un enfermement et les efforts faits par la patiente pour sortir de ses difficultés sont mis en avant.

« C'est une personne qui a une très très grosse intoxication alcoolique depuis longtemps. Elle buvait près de 2 bouteilles de whisky par jour. Elle a débuté un sevrage avant la grossesse qui a été un pseudo échec qu'elle avait réussi à réguler sa consommation. Avec pas mal de crises elle pouvait ne pas boire pendant une semaine et boire ensuite de manière démesurée et puis après arrêté. C'est ce qui s'est passé au début de sa grossesse donc on avait très peur (...). Elle a été orientée initialement à ma collègue Mme Z qui fait des diagnostics anténataux, avec recherche de syndrome d'alcoolisation fœtale du fait de son intoxication. C'est comme ça qu'elle est rentrée dans le circuit. Elle a abordé sans problème d'alcool je crois sans problème en même temps elle savait qu'elle était orienté pour ça. Elle a un suivi tout à fait cadré, elle est suivie par le CITD, je ne sais plus, et puis par un psychologue en ville. (...) Au niveau de la consommation d'alcool, elle m'a dit qu'elle n'avait rien bu au niveau de sa consommation depuis trois semaines. Elle avait été mal suite à une grosse intoxication. Et donc ça elle en parle, c'est pas du tout tabou. (...) Ce que je sais c'est que la grossesse à priori se passe bien, qu'elle investit sa grossesse et qu'idéalement elle essaie de diminuer sa consommation mais elle a des moments où elle reboit, elle rechute » (Dr G, praticien hospitalier, 37 ans)

○ **une prise en charge longue, difficile et vouée à l'échec :**

De manière générale, les gynécologues doutent de l'intérêt, de l'efficacité de leurs interventions et de leur place dans la prise en charge des femmes alcoolodépendantes. Les praticiens rencontrés se demandent : « est-ce que cela vaut le coup, est-ce à moi de le faire, est-ce que j'en serai capable ? ». Dans l'enquête, ils évoquent des suivis anciens de patientes et les propos sont le plus

souvent restés très flous. La seule gynécologue qui abordera de manière plus précise la situation d'une patiente actuellement enceinte précisera qu'elle n'est pas son médecin référent à la maternité: elle a entendu parler de cette situation par sa consoeur et elle a été amenée à rencontrer la patiente en son absence.

Le plus souvent, les femmes enceintes dépendantes de l'alcool déroutent les professionnels rencontrés. Soutenir les femmes enceintes qui présentent des conduites d'alcoolisation excessives et leur permettre de modifier ou arrêter la consommation d'alcool est une démarche qu'ils ne peuvent pas envisager. La position des praticiens est fataliste, ils soulignent préférer « *renoncer* » plutôt que s'engager comme deux d'entre eux le soulignent dans « *un combat perdu d'avance* ». Pour eux, c'est perdre leur temps car les femmes alcooliques dénie leur consommation, la prise en charge est compliquée et est vouée à l'échec. Un praticien s'appuie sur son expérience personnelle pour exprimer combien cette prise en charge lui paraît difficile, et même impossible. Il fait alors référence à la situation d'une proche, morte des conséquences de son alcoolisme en dépit de l'aide et du soutien apporté par sa famille. Cette situation, est perçue comme un échec qui le conduit à refuser d'aborder cette thématique avec les patientes. Il est encore visiblement affecté par cette situation et cherche à écourter à plusieurs reprises l'entretien.

« L'alcool, c'est ce qu'il y a de pire. (...)Parce qu'elles n'en parlent pas, quoiqu'il arrive. J'ai l'impression que c'est inutile. Il est déjà difficile voire quasiment impossible de faire arrêter les gens de fumer. L'alcool, c'est plus dur encore. Pour moi, c'est une bataille que je ne veux pas engager parce que je sais que je n'y arriverai pas. (...)L'arrêt d'alcool, c'est vraiment une prise en charge difficile». (Dr B, praticien libéral, 62 ans)

En cas de doute sur une consommation d'alcool pendant la grossesse, cette question n'est pas abordée avec la patiente, y compris en cas d'état d'ébriété avancé. Eventuellement, une surveillance échographique du fœtus va être réalisée mais sans que la patiente soit avertie du motif de l'examen. La question peut être soulevée de manière informelle dans les couloirs de la maternité avec d'autres professionnels de santé, en particulier les sages-femmes mais cette question n'est pas abordée avec la patiente.

Par ailleurs, les gynécologues attendent de la patiente une complète participation dans la relation soignante. Un praticien relève le manque de docilité des patientes :

pour lui, les femmes alcoolodépendantes sont « *inintéressantes* » et « *peu régulières dans les consultations* ». Ce manque de « *discipline* » dans la continuité du suivi entraîne des consultations en urgence, plus difficiles à gérer. Si les praticiens ont conscience de la honte et du tabou que représentent les problèmes d'alcoolisme, en particulier chez les femmes enceintes, ils sont en attente d'une demande explicite et ferme de leur part pour envisager un suivi. Ils attendent qu'elles prennent l'initiative d'évoquer leurs difficultés avec l'alcool et n'imaginent pas pouvoir les aider à s'exprimer sur ce sujet. Ils accepteraient de consacrer du temps et de l'énergie à ce type de prise en charge si les femmes montraient clairement leur volonté à sortir de leur problème d'alcool. En quelque sorte, il s'agirait qu'elles fassent preuve de leur « bonne volonté » et de leur détermination à sortir de leurs difficultés. Très rapidement, quand une patiente nie sa dépendance à l'alcool, le praticien, résigné, évitera d'ouvrir le dialogue sur sa consommation. En cas de doute sur la consommation d'alcool, ce silence sera parfois contourné par des examens cliniques réalisés à l'insu des patientes (ex : deux gynécologues évoqueront faire un test sanguin pour mesurer le taux de gamma GT, sans le dire à leur patiente).

« Normalement ce sont des patients qui viennent comme ils veulent, ils sont pas du tout, ils ne sont pas du tout ... disciplinés... pour venir faire les visites, pour les contrôles. Ce sont des suivis très difficiles et irréguliers. Le problème avec les femmes alcoolisées c'est que parfois elles viennent en urgence. C'est en discontinu pour le suivi de la grossesse ; elles ne sont pas disciplinées pour remplir le dossier. Ca va pas, on la voit en consultation d'urgence et puis à partir de ce moment là on est parti pour faire le suivi, le suivi est en discontinu ». (DrC, praticien libéral, 56 ans)

- **L'orientation vers les relais en alcoologie :**

Les gynécologues obstétriciens orientent très rarement leurs patientes, enceintes ou non, vers le dispositif de soin en alcoologie, qu'il soit ambulatoire ou hospitalier. Trois praticiens évoqueront rapidement le cas de patientes mais préciseront qu'il s'agit de situations tout à fait exceptionnelles (d'ailleurs, dans les exemples cités, il s'agit toujours de situations anciennes de plusieurs années). Les missions et les modalités d'intervention des équipes d'alcoologie leur sont peu connues. Ils se sentent incompris de leurs confrères addictologues et regrettent le manque de prise en compte de leurs propres difficultés dans l'accompagnement de ces patientes. Ils attendent une prise en charge immédiate, qu'ils se voient refuser en cas d'absence de demande de la patiente. Cette situation les renvoie à leur propre impuissance et

les conduit à discréditer l'intervention de leurs confrères. Ils semblent préférer orienter les patientes vers les services de pédopsychiatrie ou pour les gynécologues libéraux vers les psychologues libéraux travaillant régulièrement avec eux.

3. Une difficulté majeure - savoir parler de l'alcool :

Dans le colloque singulier, les gynécologues rencontrent un problème majeur : savoir parler de la consommation d'alcool avec leurs patientes. Le poids des représentations sociales joue beaucoup dans cette difficulté de prendre l'initiative d'évoquer la consommation d'alcool et d'informer et accompagner les femmes enceintes. Les connaissances acquises intellectuellement sont remises en causes quand il s'agit d'ouvrir le dialogue sur l'alcool. Comme le souligne le Docteur Playoust, alcoologue dans la région Nord/ Pas-de-Calais, il paraît logique de dire à une femme « qu'il est dangereux de donner un peu de boisson alcoolique à un nouveau né de quelques heures, alors qu'on semble gêné de dire à une femme enceinte que l'alcool, même à petite dose est fort probablement dangereux pendant la grossesse »

Aborder le problème de l'alcool au cours d'une consultation habituelle, en dehors de toute demande de la patiente, implique pour le médecin d'aller, de sa propre initiative, au-delà de la question que pose sa patiente. Même si cette démarche de prévention n'est pas spécifique au problème de mésusage de l'alcool, elle leur paraît particulièrement délicate quand il s'agit de parler d'alcool. Les gynécologues vont alors nommer un certain nombre d'obstacles à aborder l'alcool en lien avec la qualité de la relation soignant/patient.

3.1. Parler de l'alcool, c'est prendre le risque de les « accuser » d'alcoolisme :

Pour la plupart des praticiens rencontrés, la question de la consommation d'alcool ne peut pas faire partie de la consultation prénatale classique et être intégrée aux questions sur les habitudes de vie et/ ou à l'alimentation. Les praticiens s'autorisent peu à aborder ce sujet dans la mesure où ce serait attribuer à leur patientes une conduite de dépendance, conduite très mal perçue dans la société et porteuse de nombreux jugements moraux. Ils craignent que les questions sur la consommation d'alcool soient mal interprétées et aboutissent à une position

défensive de la patiente. Poser la question de l'alcool est considéré comme avoir un doute sur la consommation de la patiente c'est alors pousser les gens dans leurs « *retranchements* ». Dans ce cas, les questions sont régulièrement comparées à des méthodes policières qui consisteraient à vouloir faire parler un accusé. Le vocabulaire employé fait appel aux caractères de suspicion de la consommation. Ils considèrent que ce n'est pas leur rôle de faire « *avouer* » (terme employé dans l'ensemble des entretiens) et se sentent très mal à l'aise dans ce type de relation. Ils ont l'impression d'être dans un contrôle social qui s'oppose à la fonction de soin de leur métier. Ce positionnement met en lumière la difficulté des gynécologues à intégrer l'alcoolisme comme maladie. La connaissance intellectuelle des problèmes de dépendance à l'alcool se heurte à leurs représentations individuelles de cette pathologie. En ce sens, le positionnement des gynécologues se heurte à celui des professionnels du dispositif de soins en alcoologie : une cohérence dans le suivi des patientes est délicate sans un accord préalable sur les difficultés liées à l'alcoolisme.

*« C'est compliqué. Les gens ont l'impression qu'on leur cherche quelque chose. »
(DrA, praticien libéral, 62 ans)*

*« Moi, j'avoue que je n'aime pas trop les interrogatoires policiers.
Quand on pousse les gens ou on insiste : « ah bon vous êtes sûr vraiment pas un petit verre de temps en temps », et puis elle se met à pleurer, moi ça me met mal à l'aise. (Dr G, praticien hospitalier, 37ans)*

« Si vous leur posez la question, c'est que vous avez un doute » (Dr E, praticien libéral, 54 ans)

« Vous savez, on n'est pas des flics quand même » (Dr F, praticien libéral, 57 ans)

L'image de la personne alcoolodépendante leur apparaît si négative que les praticiens préfèrent ne pas aborder la consommation d'alcool avec les patientes, y compris quand ils ont des doutes sur leur consommation. La peur de se tromper et de mettre mal à l'aise la patiente est jugée plus importante que le bénéfice potentiel en termes de soins. Envisager à tort une alcoolodépendance chez une patiente est une attitude jugée plus insupportable que celle liée au fait de ne pas repérer des femmes enceintes qui présenteraient une consommation à risques.

« Je n'aborde pas trop la question même quand j'ai des doutes. Oui, car j'ai mauvaise conscience de ...J'ai peur de me tromper. C'est gravissime de se tromper pour cette patiente qui ne boit pas et que vous allez faire passer pour une alcoolo. Elle ne va pas aimer. Elle va se barrer et changer de gynécologue, ça c'est pas la question mais c'est que je vais la mettre très mal à l'aise. Je vais lui renvoyer une

image d'elle même en disant quand les gens me regardent ils vont penser que je petite. Ça me gêne beaucoup. (...) il y a un truc qu'on m'a appris quand j'étais jeune étudiant : il y a un gars qui m'a toujours dit : « fais comme si c'était pour toi. Je pense que si tous les médecins pensaient à ça une fois dans leur vie, je pense qu'ils auraient fait un grand pas. Imaginez qu'un jour, vous puissiez être là, j'aimerais pas trop qu'on me regarde et qu'on me dise : vous avez picolé vous ! (...) Je n'aime pas embêter les gens, je n'aime pas les mettre mal à l'aise. » (Dr E, praticien libéral, 54 ans)

Enfin, ce déni ne saurait relever uniquement des professionnels, en particulier des médecins gynécologues. Ce non-dit ne révélerait-il pas plutôt un non-conscient collectif révélateur de notre difficulté à tous à parler de notre relation à l'alcool en dehors d'un contexte de justification ? En réalité, les difficultés des professionnels sont d'autant plus importantes qu'ils se trouvent confrontés aux freins et aux résistances des femmes à aborder leur consommation d'alcool. L'analyse des représentations sociales nous apporte des éléments de compréhension essentiels à prendre en compte dans la pratique des médecins rencontrés. Nous allons illustrer ces propos à partir de l'expérience d'une professionnelle de santé rencontrée lors d'une formation « alcool et grossesse » à l'ANPAA. Cette jeune femme évoquait sa situation lors de sa grossesse, encore toute récente. Lors d'une visite à la médecine du travail, le médecin lui a posé la question de sa consommation d'alcool et l'a informée des répercussions négatives sur le développement du fœtus. Cette professionnelle a fait part de son étonnement en précisant : « s'il me parle de ma consommation d'alcool, c'est qu'il pense que j'ai un problème avec l'alcool ». Après réflexion, elle s'est rendue compte qu'en réalité, ce médecin abordait le sujet avec toutes les femmes enceintes. Cet exemple nous montre bien combien, il est délicat pour tout professionnel de santé ou du social d'aborder ce sujet. Il ne suffit pas d'oser l'aborder, encore faut-il prendre en compte la réaction que cela peut susciter chez la patiente. Dans la pratique médicale, il reste encore tellement inhabituel d'aborder le sujet de l'alcool que la patiente risque de mal interpréter les intentions du médecin. Il s'agit alors de prendre le temps de rassurer la patiente en expliquant que le sujet est abordé avec toutes les patientes et correspond à une volonté de faire connaître les connaissances scientifiques encore récentes sur les effets d'une exposition prénatale à l'alcool.

A travers cet exemple, nous voyons combien les projections du médecin et de la patiente risquent de se renforcer l'une et l'autre. Chacun se retrouve alors dans une

position de défense. Le médecin préfère ne pas parler de l'alcool de peur que la patiente se sente regardée comme une personne dépendante et la patiente n'ose aborder le sujet de l'alcool de peur d'être perçue comme ayant un problème d'alcool.

3.2. La peur de « casser la relation » :

Les gynécologues mettent en avant les difficultés relationnelles potentielles ou observées avec les patientes dans l'abord de cette thématique. Au-delà de la peur liée à une perte potentielle de clientèle, évoquée par deux gynécologues libéraux, ils évoquent surtout les difficultés à maintenir une qualité de soin basée sur la confiance. Ils sont désemparés quand le dialogue sur la consommation d'alcool aboutit à un refus de la patiente ou même celui de son entourage à poursuivre sur ce sujet. Ils ont l'impression d'être perçus comme des moralisateurs qui s'efforcent, sans y parvenir, à faire évoluer le discours et surtout le comportement de leurs patientes. Ils préfèrent renoncer à un acte de soin qui pourrait remettre en cause la qualité de la relation avec la patiente. Cette observation n'est d'ailleurs pas propre aux problèmes d'alcool puisque s'agissant d'autres problèmes de santé liés aux comportements des patientes (ex : le tabac), les gynécologues adoptent la même position.

« Au début de la campagne contre le tabagisme, je m'en suis occupé beaucoup, j'ai fait une formation avec Michel Delcroix, j'ai tout le matériel et tout ce qu'il faut et pendant les premières années où j'ai été formé à ça, j'ai fait souffler dans l'appareil pour mesurer le CO2 toutes les femmes qui fumaient. J'ai fini par m'engueuler avec des gens, il y a des gens que je n'ai plus jamais vus parce qu'ils ont considéré que je les emmerdais. Bon alors, c'est pas bien de démissionner parce que les gens ne viennent plus vous voir mais c'est très difficile parce que les gens on les culpabilise et ils ne sont pas contents du tout. Ils ne viennent pas nous voir pour être culpabilisés mais pour être soignés, pour qu'on les aide. Et malheureusement c'est très difficile quand vous poussez les gens dans des questions. Il y a des gens qui le prennent très mal ». (Dr A, praticien libéral, 62 ans)

3.3. Cela fait partie de la vie privée :

Une partie des praticiens ont le sentiment de s'immiscer dans ce qu'ils considèrent comme relevant de la vie personnelle et de la liberté de comportement de chaque patiente. Poser la question de l'alcool est perçue comme faire intrusion dans l'intimité de la patiente :

« On a l'impression que c'est un certain viol de leur intimité » (Dr A, praticien libéral, 62 ans)

Alors que, par essence, nous avons vu dans la première partie que le métier de gynécologue touche à l'intimité du corps de la femme, à sa sexualité et à celle du couple, la question de la consommation d'alcool leur paraît « déplacée ». Aborder la consommation d'alcool est perçu comme un sujet qui relèverait plus de l'intimité que l'examen gynécologique ou les bouleversement émotionnels liés à l'arrivée d'un enfant lors de l'accouchement. Cette attitude ne relève pas d'un désintérêt du gynécologue pour la patiente mais sans doute davantage de son angoisse à évoquer un sujet avec lequel il n'est pas à l'aise.

3.4. Des formulations difficiles à trouver... :

Le malaise suscité par la question de l'alcool apparaît plus fort que l'intérêt que les gynécologues portent habituellement à leurs patientes. La passion qu'ils évoquent quand ils parlent de leur métier disparaît quand il s'agit d'aborder la problématique alcool. Ainsi, ils expriment leurs difficultés pour trouver des formulations qui permettent d'aborder de manière simple et claire ce sujet avec les femmes. Ils sont en demande d'aide pour trouver les moments, les mots, les outils susceptibles de les aider à dépasser leur malaise. Dans l'enquête, plusieurs praticiens exprimeront leur besoin de s'appuyer sur des outils et des méthodes d'entretien. Pendant l'entretien, contrarié par la remise en cause de sa pratique médicale que l'enquête suscite, un praticien nous demande de porter la responsabilité du fait d'aborder ce sujet avec les patientes. Pour se mettre en confiance et procéder à un repérage systématique, il souhaite annoncer l'enquête à ses patientes et obtenir, de ce fait, des informations sur leur consommation.

« Mais ce qui me gêne, c'est qu'elles savent toutes qu'il ne faut pas boire pendant la grossesse. Si vous leur posez la question, c'est que vous avez un doute. (...) Je sais comment je vais l'aborder : je fais des statistiques pour Mme X sur les façons de boire des femmes, sur les façons de voir. Pour vous, c'est quoi consommer de l'alcool ? c'est quoi consommer quand on est enceinte ? Pour vous, c'est quoi zéro verre. Voilà, j'ai trouvé comment j'allais faire. J'ai trouvé une raison pour le faire. Je peux le justifier à partir du travail que vous faites... ». (Dr E, praticien libéral, 57 ans)

A partir de cet exemple, nous notons également que ce serait comme si le statut d'enquêteur, plus que celui du rôle de médecin, pouvait justifier le fait de procéder à un interrogatoire. Pourtant, concernant de nombreux sujets liés à la santé de leur patiente, les praticiens sont confrontés à la nécessité de poser des questions aux patientes.

Nous pourrions dire que les gynécologues se trouvent dans les mêmes processus de défense que les femmes qui nient leur consommation d'alcool. Il vaut mieux ne pas poser la question ou la poser de manière rapide pour ne pas être confronté au silence des femmes et être en difficulté quant aux modalités de prise en charge qu'ils maîtrisent difficilement. Si les réponses négatives à la question de la consommation d'alcool déroutent, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'une réponse positive mettrait presque tout autant le praticien en difficulté. Ce qui est mis en cause ce n'est pas seulement le manque de connaissances relatives à l'alcoolisation fœtale ou le poids des représentations sociales mais également le manque de formation pour apprendre à parler d'alcool avec une patiente. Une des médecins précise avoir eu des informations sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse dans le cadre d'un diplôme universitaire sur les pathologies liées à la grossesse. Pour elle, les connaissances acquises lors de cette formation, relèvent d'un apprentissage théorique et scientifique : le transport de l'alcool via le placenta, les effets malformatifs,... Il s'agissait d'un « check list » des effets de l'alcool et non d'une réflexion sur les manières d'aborder la consommation avec les patientes et l'accompagnement des patientes les plus en difficultés. Si les données en termes de connaissances sont nécessaires, elles ne permettent pas au praticien d'aborder plus facilement la question alcool en consultation prénatale et identifier les relais potentiels pour l'accompagnement.

3.5. Un sujet beaucoup moins abordé que le tabac :

Bien que l'alcool représente une toxicité plus importante que le tabac pour le développement du fœtus et que la population est bien informée des risques liés au tabac pendant la grossesse, le repérage de la consommation d'alcool est perçu comme une information moins essentielle dans le suivi de grossesse. A cet égard, un des praticiens souligne être en capacité de pouvoir rapidement chiffrer le nombre de ses patientes enceintes qui continuent à fumer pendant la grossesse alors que cette même information lui paraît totalement impossible pour l'alcool.

Au cours des entretiens, les praticiens vont très fréquemment comparer la consommation d'alcool à celle du tabac. Ils justifient notamment cette position en soulignant la différence de place qu'occupe chacun des produits dans notre société.

La consommation de tabac, y compris pour les femmes enceintes, est moins taboue. La question de l'aveu est centrale dans l'opposition qu'ils décrivent dans l'usage des deux produits. Dans la consultation il semble plus « naturel » aux gynécologues d'aborder la consommation de tabac. Les praticiens n'expriment pas de malaise pour aborder ce sujet même s'ils constatent que leurs patientes, gênées, ont parfois tendance à minimiser leur consommation. Même quand la consommation de tabac atteint plus d'un paquet de cigarettes par jour, le sujet est abordé plus facilement par les patientes.

« L'alcool je ne pose pas la question, je suis convaincu qu'on me répondra non. C'est qu'on a renoncé quand on boit, quand on fume on avoue. (...) Le tabac, bien sûr les gens en parlent ils le disent, ils le reconnaissent, c'est pas honteux ». (Dr B, praticien libéral, 56 ans)

« Elles n'ont pas honte qu'elles fument même quand elles prennent 15 ou 20 cigarettes par jour. (...) Le vice du tabagisme est socialement entre guillemets plus honorable que la personne qui consomme de l'alcool » (Dr C, praticien libéral, 56 ans)

Les praticiens estiment qu'ils sont parfois à cours d'arguments pour parler de la toxicité de l'alcool comparativement à celle du tabac. Une nouvelle fois, cette donnée nous montre que les enquêtés ne sont pas toujours convaincus de la toxicité de la molécule alcool pendant la grossesse. Ils vont pour argumenter utiliser leur expérience personnelle dans la consommation ou au contraire dans l'arrêt de la consommation pour encourager leurs patientes dans la décision d'arrêt.

« Le tabac, c'est pas pareil parce que je peux donner des arguments derrière. Pour l'alcool, je ne pose même pas la question. Pour le tabac, je leur dis « il faudrait arrêter ». Je leur explique que je suis un ancien fumeur, si on s'accroche, ce n'est pas facile mais on peut y arriver. Et pourtant, je perds mon temps, car de toute façon, elles n'arrêtent pas de fumer. Je vous promets, je perds mon temps » (Dr B, praticien libéral, 56 ans).

Le discours des praticiens peut se révéler contradictoire en fonction des produits pris en considération : au vu des connaissances de la population, il leur apparaît inutile d'aborder la consommation d'alcool mais ils vont souligner l'importance d'évoquer celle du tabac. Ainsi, une praticienne explique ne pas aborder la consommation d'alcool alors qu'elle souligne la méconnaissance partielle de la population sur ce sujet. Par contre, concernant la consommation de tabac, alors qu'elle considère que les patientes continuent à fumer en ayant connaissance des méfaits potentiels du produit sur le développement du fœtus, ce sujet sera abordé systématiquement dans la consultation.

4. Les répercussions de la formation et des conditions d'exercice :

4.1. L'esprit clinique l'emporte sur l'esprit scientifique :

Si au début de ce travail, nous avons souligné les nombreuses incertitudes cliniques et épidémiologiques liées à la problématique de l'alcoolisation fœtale, il est essentiel de rappeler que depuis 40 ans, de nombreuses données scientifiques nous permettent de mieux identifier les risques. Pourtant, dans le colloque singulier, ces connaissances ne sont que partiellement prises en compte : une large place est ainsi donnée à l'expérience personnelle des praticiens et à l'observation de variables non cliniques.

- **Des données scientifiques connues mais remises en cause...**

En proposant le message collectif « zéro alcool pendant la grossesse », comme principe de précaution, une large place est laissée à l'interprétation individuelle des données par les médecins. Les praticiens s'appuient sur l'incertitude des données scientifiques relatives à l'alcoolisation fœtale pour en retenir l'aspect probabiliste du risque.

Tous les praticiens perçoivent cette recommandation comme un message clair auprès du grand public. Pourtant, nous remarquons que leur attitude est à la fois contradictoire et hétérogène :

Pour les trois praticiens les plus jeunes, la clarté de la recommandation permet de ne pas laisser d'interprétation possible à la population. Ils font référence au principe de précaution utilisé dans d'autres domaines de la santé publique. Pour être facilement compris, le message collectif doit être nécessairement plus restrictif que celui proposé dans le colloque singulier. Pourtant, si à leurs yeux, le manque de connaissance de la population justifie la diffusion de messages clairs, la question alcool n'est pas pour autant intégrée dans le suivi de la patiente, voire même dans son dossier médical. Les données de la médecine sont déconsidérées dans leur aspect scientifique et font l'objet d'une interprétation plus individualisée en fonction de la situation des patientes.

Pour les autres gynécologues rencontrés, les recommandations sanitaires actuelles sont exagérées et peu crédibles. Les propos des gynécologues, addictologues ou pédiatres, connus au niveau national ou régional, sur la question de l'alcoolisation fœtale sont remis en cause. Ceux qui défendent la nécessité d'une abstinence pendant toute la durée de grossesse sont vivement critiqués, leurs discours relèvent d'une position « intégriste » difficilement compréhensible au regard de leur pratique quotidienne :

« J'ai beaucoup de respect pour tout ce que Damien Subtil a fait par rapport à l'alcoolisation fœtale mais on se fout un peu de nous : c'est pas parce que les gens ont bu une coupe de champagne pendant la grossesse que leur enfant va naître abîmé. C'est du délire total. » (Dr A, praticien libéral, 62 ans)

« Qu'on me le démontre demain, qu'on me le prouve que le fait de boire un verre ou deux de temps en temps pendant la grossesse a des conséquences importantes et je reverrai ma position mais celui qui va le prouver, il n'est pas né, je crois. (...) Je suis un farouche opposé à l'intégrisme, quel qu'il soit. Quand j'entends un verre en plus, un neurone en moins. Cela me fait dresser les cheveux sur la tête. Je l'ai déjà lu. Il y en a même qui l'ont dit ici, à la maternité. Un jour en boutade, j'avais dit à une de mes patientes, qui me disait « vous savez moi en préparation à l'accouchement on m'a dit : un verre en plus, un neurone en moins ». Je lui ai dit vous savez à Noël, tant que vous ne roulez pas sous la table à Noël, tout va bien. Je l'ai dit gentiment. Ca a été répété à la personne qui m'a téléphoné chez moi, un samedi après-midi quand même. On s'est un peu accroché ». (Dr E, praticien libéral, 54 ans)

La recommandation zéro alcool paraît exagérée y compris chez l'un des praticiens qui met en avant son expérience auprès du Docteur Dehaene (pédiatre roubaisien particulièrement impliqué dans la prévention du SAF). En « *baignant dans l'alcool* » pendant son internat, il a apprécié la richesse de l'expérience de ce pédiatre. Pourtant, s'il s'approprie son discours (en utilisant à plusieurs reprises le pronom personnel « nous ») et relève l'inconscience de la population sur les risques pris en matière d'alcool, il ne procède pas pour autant au repérage de la consommation d'alcool chez ses patientes enceintes.

« Moi, j'ai été formé à Roubaix, bon les gens de Lille et les gens de France se sont intéressés à ça il y a quelques années. Mais quand j'étais interne à Roubaix, Mr Dehaene, c'est ça qu'il nous apprenait. J'étais jeune interne moi j'ai baigné dans l'alcool, j'ai baigné là dedans. On me l'a appris quand j'étais interne. C'était la maison où on apprenait ça. Quand on en parlait autour de nous, même en France les gens nous regardaient. Maintenant, tout le monde est revenu à ça et d'ailleurs on a complètement oublié que c'était Dehaene qui avait dit les premiers trucs, on en parle mais on parle surtout des anglais et des américains. Beaucoup oublient que c'est Dehaene qui a commencé le premier, ... » (Dr A, praticien libéral, 62 ans)

Les recommandations pour la pratique cliniques sont vécues comme des obligations administratives. Elles se heurtent au sentiment de perte d'autonomie du médecin, l'absence de liens avec la réalité quotidienne de la pratique obstétricale, le nombre croissant de litiges et la conviction que ces lignes directrices visent davantage à réduire les coûts de santé plutôt qu'à améliorer la qualité des soins fournis aux patientes.

○ **Le poids de l'expérience personnelle :**

La question de l'alcoolisation pendant la grossesse fait écho dans la vie des professionnels, hommes et femmes, pères et mères, et les interroge sur leurs propres conduites d'alcoolisation, sur leurs propres prises de risques et celles de leur entourage. Comme dans d'autres domaines de la médecine, les données scientifiques sont critiquées pour laisser place à un savoir construit par rapport à l'expérience personnelle. Les praticiens évoquent alors leur difficulté à reconnaître la toxicité de l'alcool pendant la grossesse alors que sa consommation a longtemps été acceptée, voire même revendiquée.

« Quand j'ai commencé mes études, les sages-femmes qui ont eu des enfants 10 ans avant, elles avaient ce message là. Donc ce message là, elles temporisaient un peu en disant : ben, moi j'ai bu à l'anniversaire et puis à d'autres occasions et nos enfants ont l'air d'aller bien. Moi, je suis arrivée un peu entre les deux : l'expérience des plus anciennes qui disaient l'alcool c'est pas un problème, et puis le message qui venait « c'est tout : plus d'alcool du tout ». (Dr H, praticien libéral, 36 ans)

Avoir eu un enfant ou connaître quelqu'un qui a eu un enfant qui ne présente aucune séquelle alors qu'il y a eu consommation d'alcool pendant la grossesse prouve, à leurs yeux, que les recommandations officielles surestiment les risques. Ces situations personnelles justifient le fait que la consommation d'alcool ne peut pas être aussi délétère que ce que les recommandations sanitaires proposent. Ainsi ce gynécologue qui, au décours d'un entretien dit :

« Ma femme a bu un peu d'alcool pendant sa grossesse... nous avons eu quatre enfants... cela ne les a pas empêché de tous devenir ingénieurs ! » (Dr X, gynécologue libéral, rencontré dans l'animation du programme ANPAA).

○ **L'expérience privilégiée sur le dialogue :**

Les propos des gynécologues ne relèvent pas nécessairement d'un manque de connaissance mais plutôt d'un travail d'interprétation qu'ils font du risque à propos de leurs patientes. Nous pouvons souligner que l'importance donnée au regard clinique n'est pas propre aux questions liées à l'alcoolisation fœtale. Dans leurs ouvrages sur la pratique médicale, Cook et Freidson ont montré à quel point l'opinion individuelle du praticien se fonde sur l'expérience directe des cas et prévaut sur les savoirs et méthodes scientifiques. Les médecins évaluent le risque pris et la situation de leurs patientes à partir d'éléments subjectifs : ce qu'ils connaissent de leurs conditions de vie, de leurs ressources (matérielles, affectives..).

Au cours de notre enquête, la plupart des enquêtés mettent en avant leur longue expérience professionnelle et leur connaissance des patientes pour repérer celles qui présentent des conduites d'alcoolisation à risque. Le repérage systématique est assimilé à une perte de temps et les gynécologues se réfèrent davantage à des variables non cliniques. L'attention du praticien est alors ciblée sur l'apparence physique de la patiente, en particulier son comportement avec la présence de signes manifestes d'ébriété et/ou de marqueurs physiques visibles d'une alcoolisation massive (en particulier au niveau du visage). A leur sens, l'odeur est un indice qui leur permet d'identifier les patientes qui présentent une alcoolodépendance. Des praticiens souligneront qu'il leur apparaît évident que « *les femmes qui boivent ont une odeur particulière* ». Cet élément est présenté comme facilement détectable lors des consultations. D'autres enquêtés exprimeront les mêmes certitudes :

« Les gens qui avouent qui boivent, ça va et les autres on voit quand même bien qu'ils picolent. Ça se voit à leur tête. L'alcoolisme chronique... ça se porte sur le visage. C'est le chronique quotidien qui se voit. Un moment ça finit par se voir » (Dr F, praticien hospitalier, 57 ans).

« En 4 ans ½ que je suis là, je me souviens de 2 ou 3 femmes qui étaient concernées. Je suspecte même si, elles n'ont pas avoué ... mais ça se sent. Ça se sent à l'odeur et puis à la façon de faire. (Dr C, praticien libéral, 54ans).

En définitive, les médecins rencontrés basent leur pratique sur un ensemble d'éléments verbaux et non verbaux, observés et conjecturés (ethnie, classe sociale, éducation, attitudes et comportements en milieu clinique). Deux praticiens souligneront qu'il ne leur paraît pas nécessaire de s'enquérir de la consommation des femmes maghrébines dans la mesure où de par la religion musulmane, ces

patientes sont systématiquement abstinentes de toute consommation. De même, il est arrivé à plusieurs reprises que, malgré l'absence d'éléments objectifs, les praticiens écartent l'hypothèse que l'enquêtrice pourrait rencontrer des difficultés avec sa consommation d'alcool en soulignant « *en ce qui vous concerne, je n'ai aucun doute* ».

Au vu de ces éléments, il ne paraît pas nécessaire aux gynécologues d'aborder la consommation d'alcool avec toutes les patientes. Leur expérience clinique va justifier l'absence de dialogue sur cette question. Cette attitude conduit les enquêtés à ne repérer des femmes en usage nocif d'alcool ou dépendantes que dans leur clientèle plus âgée et suivie régulièrement en gynécologie médicale. Avec les années d'alcoolisation, les praticiens identifient quelques situations problématiques alors qu'ils n'en repèrent pas ou très peu chez les patientes enceintes, plus jeunes.

4.2. Des praticiens concentrés sur des pathologies somatiques de la grossesse :

Les enquêtés insistent sur le côté pragmatique du suivi de la grossesse et concentrent leur attention sur des problèmes obstétricaux directement liés à la grossesse et à la naissance, qui leur semblent mieux correspondre à leurs compétences. Dans ce cas, les pathologies citées font référence à l'aspect technique de la prise en charge plutôt qu'à son côté relationnel. Les questions posées aux patientes sont axées sur les antécédents médicaux afin de vérifier l'existence de maladies antérieures qui pourraient poser problème pendant la grossesse, les antécédents obstétricaux par rapport au risque d'accouchement prématuré (les retards de croissance...), la surveillance du col de l'utérus... Les contractions, les saignements, les mycoses, les signes d'infection sont alors autant de signes systématiquement abordés dans l'entretien de suivi. Une fois que le dossier est rempli, d'autres thématiques en lien avec une prévention des accouchements prématurés peuvent être abordés : la fatigue, le stress lié à l'activité professionnelle...

A leur sens, la prise en compte des conduites d'alcoolisation est à la limite de leur champ d'intervention. Aborder l'alcool n'est pas rentable au regard du temps passé et des résultats perceptibles. Ce qui est rentable, c'est « *Le fait de bien analyser un risque d'accouchement prématuré, de repérer une hypertension, un retard de*

croissance, des choses où on va agir et sur lesquelles on aura un résultat ! »(Dr F, praticien hospitalier, 57 ans). Les praticiens attendent des résultats immédiats et concrets de leur intervention auprès des patientes. Ils considèrent que parler alcool en consultation est inutile si leurs paroles ne conduisent pas à une modification ou à un arrêt immédiat de la consommation d'alcool. Leur langage vient s'opposer à celui des alcoologues, pour qui, l'essentiel est de contribuer à gagner la confiance des patients à parler de la consommation d'alcool. La démarche alcoologique est basée sur la notion de temps et contribue à renforcer l'effet d'« empreinte ». Il s'agit d'accompagner la motivation des patients à prendre conscience de leurs difficultés et l'aider à cheminer sur l'intérêt qu'il pourrait trouver à diminuer ou stopper sa consommation.

« Vous pouvez vous battre, vous battre s'il y a une réussite au bout. Si c'est pour se planter au bout d'un moment, vous laissez tomber. C'est complètement décourageant. Je suis passionné par mon travail, mais là c'est au dessus de mes forces. Vous voyez mon travail là ce matin je suis content de moi. J'ai fait une césarienne : j'avais une dame qui avait un utérus cicatriciel, ça faisait un moment que je voyais que le bébé ne grossissait pas, il n'y avait pas beaucoup de liquide dans la poche donc là, la surveillance était intensive. On faisait des monitorings tous les jours. Ce matin, elle est arrivée avec un monitoring pourri ; on a sorti un gosse d'un liquide purée de pois. Peut-être que si on n'avait pas été bien rigoureux dans notre conduite, je serais arrivé trop tard avec un bébé en mauvais état ! Là, en faisant un travail avec du concret derrière, on est motivé parce que c'est quand on a des accidents qu'on se motive pour pas que ça se reproduise. Bon là, on est efficace, on ne perd pas notre temps, on sert à quelque chose, mais se battre pour des situations qui ne servent à rien... » (Dr B, praticien libéral, 53 ans).

4.3. La place des gynécologues dans la chaîne des soins :

L'enquête a permis de mettre en évidence les différences de fonctionnements entre les maternités. Si dans tous les cas, les fondements du métier et les missions des gynécologues obstétriciens restent identiques, les praticiens occupent, en fonction de leur lieu d'exercice, une place spécifique dans le suivi de la grossesse. Les conditions d'exercice des praticiens ont des répercussions sur leur rôle dans la prévention de l'alcoolisation fœtale.

A l'hôpital les gynécologues obstétriciens font peu d'entretiens prénataux. Les entretiens de suivi de grossesse sont réalisés par des sages-femmes. Dans la maternité 1, la question de l'alcool est abordée par les sages-femmes lors de l'ouverture du dossier de la patiente. L'activité des praticiens est concentrée sur les

grossesses pathologiques mais il peut arriver, en cas de suractivité, qu'ils fassent des entretiens prénataux pour des grossesses « classiques ». Les patientes à risque sont celles qui présentent des difficultés sur le plan obstétrical, tout en sachant qu'une attention particulière est portée sur les femmes issues de milieu social défavorisé.

Les situations de patientes qui présentent une consommation d'alcool pendant la grossesse ne sont pas identifiées « à risques ». Leur orientation vers les gynécologues obstétriciens est laissée à la libre appréciation des sages-femmes. Dans la pratique, cette orientation présente un caractère exceptionnel. Dans ce cas, il s'agit d'alcoolisations très massives et reconnues par la patiente. Cette orientation, laissée à la libre appréciation de la sage-femme, montre que l'alcool n'est pas du tout identifié comme une priorité dans la pratique périnatale.

Dans les maternités privées consultées dans l'enquête, les gynécologues rencontrés ont pour la plupart, une activité obstétricale couplée à une activité de gynécologie médicale. Ils sont parfois le gynécologue référent des femmes pour toutes les questions de contraception, de grossesse, de stérilité ou de problèmes gynécologiques. Concernant la grossesse, ce sont les gynécologues qui assurent les entretiens prénataux. Seul l'entretien prénatal précoce est confié à des sages-femmes libérales. En tant que référent principal de la grossesse, la question de la consommation d'alcool incombe davantage aux gynécologues obstétriciens ; même si peu d'entre eux en réalité procèdent à un repérage systématique. Pour s'en expliquer, les praticiens libéraux estiment notamment qu'ils voient trop tardivement les femmes enceintes pour aborder la question de l'alcool. Le suivi gynécologique démarre le plus souvent au cours du second semestre ; ce qui laisse peu de temps aux médecins pour aborder tous les sujets relatifs à la grossesse.

Dans les deux cas, les praticiens insistent sur la spécificité de la pratique médicale au regard d'autres professionnels de la santé ou du social, plus habilités à prendre en charge le côté « relationnel » du suivi de grossesse. Il leur paraît souhaitable que cette question soit abordée par d'autres professionnels. A l'hôpital, les gynécologues évoquent surtout le travail des sages-femmes dans le repérage systématique. Concernant les femmes enceintes présentant des difficultés spécifiques, ils les orientent vers le service de pédopsychiatrie ou vers le service social, qu'ils

considèrent plus appropriés dans ces situations. Ils regrettent également le manque de priorisation des autorités de tutelles dans le suivi de la grossesse. L'accumulation de nombreux points à aborder pendant la grossesse (l'alcool, le tabac, les violences conjugales, l'entretien précoce prénatal, la place du père, ...) est jugée excessive et impossible à mettre en œuvre. Ils dénoncent le décalage entre les demandes des autorités administratives et les réalités de leurs conditions de travail. Dans ce cas, les recommandations pour la pratique clinique résultent davantage d'une obligation administrative que d'une réelle intégration de la nécessité d'intervenir.

« Il s'agit d'être pragmatique dans le suivi de grossesse. Etre pragmatique, c'est avoir une bonne prise en charge, que les gens soient contents, qu'on ne fasse pas trop de césarienne et qu'on n'ait pas trop de morts. Ce sera déjà pas mal. (...) Une bonne prise en charge, c'est l'entretien du 4^{ème} mois, la préparation à la naissance, à la parentalité...aider tous ces petits papas à prendre en charge ces gamins...C'est le discours officiel ! (...) Ce sont les recommandations, j'applique les recommandations ! Les pères maintenant ont 15 jours de congés, et bien tant mieux pour eux ! Je trouve que c'est abusé. C'est sans fin ! C'est abusif ! Cela me prend la tête. L'information qu'on est censé faire aux patientes, ça va bientôt être une encyclopédie ! info pas d'alcool, info pas de tabac, info pas de drogue, info... Quand il y a des situations plus complexes, elles sont réorientées vers le staff médico psycho social. On n'est pas là pour faire du social, nous ! On n'a pas un rôle d'assistante sociale. On n'a pas un rôle de psychiatre ou de psychologue». (Dr F, praticien hospitalier, 57 ans)

4.4. Les relations avec les autres professionnels de santé :

Pour les gynécologues, l'accompagnement des femmes enceintes alcoolodépendantes est avant tout l'affaire des addictologues, voire des généralistes qui connaissent mieux les patientes et qui ont « *plus de gens comme ça dans leur clientèle* ». Ils insistent sur la nécessité d'une prise en charge de cette problématique alcool en amont de la grossesse. A partir du moment où la patiente est enceinte, ils considèrent qu'il n'est pas toujours opportun d'aborder la consommation d'alcool.

Par ailleurs, les résultats de l'enquête laissent penser que les gynécologues libéraux sont très isolés dans leur pratique et n'ont pas la capacité de penser le problème de la consommation d'alcool pendant la grossesse dans toute sa complexité. Le problème n'est pas seulement de parler avec la femme de l'alcool mais déjà de pouvoir échanger entre professionnels sur les situations rencontrées. L'absence d'interpellation de leurs confrères, pédiatres ou médecins généralistes sur la situation

d'enfants présentant des troubles liés à une alcoolisation fœtale les confirme dans l'idée que leur clientèle n'est pas concernée par cette pathologie :

« Moi, j'en ai peu ... mais peut-être que je ne les vois pas parce que je les cherche peu et que je ne fais pas assez de diagnostic, c'est tout à fait ça, ceci étant, on voit un peu le produit fini. Quand mes amis pédiatres et médecins généralistes – qui sont mes correspondants, ne me téléphonent pas régulièrement pour me dire « Dis donc, t'as vu Madame Machin, tu crois qu'elle buvait pendant sa grossesse » - C'est très rare, c'est très exceptionnel. Je ne vais pas dire qu'il n'y en a pas mais c'est vraiment... on en repère peut-être peu mais parce qu'on en a peu, enfin moi je ne suis pas concerné ». (Dr A, praticien libéral, 62 ans)

Les situations relatives à une alcoolisation fœtale sont très peu évoquées avec les autres soignants de la maternité.

Pour les praticiens qui travaillent en clinique privée, les occasions d'aborder des situations problématiques sont, le plus souvent, informelles. Il n'existe pas de temps formalisé où sont évoquées les situations problématiques de patientes, quelles que soient d'ailleurs, les problématiques de santé envisagées. Cette pratique n'est donc pas spécifique aux questions d'alcool mais correspond aux modalités générales de fonctionnement des services visités. Les échanges entre praticiens ne sont pas réguliers à cause, souligne l'un d'entre eux, de la diversité des emplois du temps. Les discussions sont alors conditionnées par la « bonne entente » entre confrères. Le sujet de l'alcoolisation fœtale, n'étant perçu comme une priorité, il est très peu évoqué avec les autres praticiens ou les autres professionnels du soin, et cela même quand la sage-femme cadre et la directrice des soins sont investies localement dans le programme de l'ANPAA sur la prévention des effets de l'alcoolisation fœtale. Ainsi, nous avons pu constater que les gynécologues rencontrés dans la clinique n'étaient pas ou très peu au courant des propositions de formations et de colloques organisés localement sur cette thématique.

« Quand on a des dossiers qui me posent des soucis, en tout cas moi je n'hésite pas à en parler avec une ou deux collègues. En tout cas, on n'a pas de réunion multidisciplinaire : quand on a un souci, on va directement voir le pédiatre. On n'a pas de retour. Dans ma pratique, c'est difficile de rassembler tout le monde en même temps, on travaille assez de manière individuelle. Quand les pédiatres nous interpellent, c'est sur des situations qui posent des difficultés. Cela se pose plutôt après la naissance pour des mamans qui posent des difficultés au retour à maison. On fait des relais PMI, HAD, donc là ils nous tiennent au courant mais bon, s'ils prennent la décision on ne va pas aller contre. Surtout que généralement les mamans sont contentes d'avoir de l'aide » (Dr H, praticien libéral, 36 ans).

Nous avons vu précédemment que les gynécologues libéraux étaient sensiblement isolés. A l'hôpital, malgré la régularité des réunions de service entre les professionnels de la maternité (gynécologues/sages-femmes/pédiatres...), cette question n'est également que très rarement abordée. Cette situation est contradictoire avec ce gynécologue, chef de service, qui précise que les problèmes liés au syndrome d'alcoolisation fœtale sont relativement « classiques » (gynécologue praticien hospitalier, 57 ans). Dans l'entretien, quand il s'agit d'évaluer, de manière approximative, le nombre de cas, la question est immédiatement renvoyée sur les pédiatres de la maternité.

De manière générale, deux types de rencontres existent :

- les réunions quotidiennes (à raison de deux par jour) :

Lors de ces réunions, les soignants peuvent évoquer tout type de situations problématique relatives aux hospitalisations ou aux consultations externes. A ces réunions, participent un large échantillon du corps médical : les gynécologues, les sages-femmes (les cadres et celles qui assurent les consultations prénatales), et éventuellement un pédiatre, un anesthésiste, à l'exclusion du service social...

La question de l'alcool est rarement abordée. Les situations qui sont présentées concernent des situations d'alcoolisation massive annoncées clairement par la patiente, qui soulèvent d'importantes inquiétudes dans l'équipe soignante. Ainsi, un des praticiens cite l'exemple d'une patiente suivie dans un service d'addictologie de la ville. Cette patiente connaît des périodes d'abstinence d'alcool entrecoupées d'épisodes massifs d'alcoolisation (deux bouteilles de whisky par jour). Du fait de son intoxication, elle a fait l'objet d'une orientation vers le praticien spécialisé dans les diagnostics anténataux, avec recherche de syndrome d'alcoolisation fœtale. Dans ce cas, le médecin souligne pour cette patiente que « *c'est comme ça qu'elle est rentrée dans le circuit* » (Dr G, praticien hospitalier, 37 ans).

Les alcoolisations plus « anodines » de femmes enceintes ne sont pas abordées. Quand une consommation d'alcool est notifiée dans le dossier de suivi, le praticien évoquera éventuellement ce sujet avec la patiente dans les consultations ultérieures mais le sujet ne sera pas abordé dans les réunions « staffs ».

- les réunions mensuelles entre les professionnels de la maternité, (en particulier les sages-femmes) et les services de PMI :

Ces rencontres sont l'occasion d'échanger sur les situations problématiques de femmes enceintes, notamment les cas d'antécédents sociaux de maltraitance, les grossesses d'adolescentes... Les professionnels envisagent la globalité de la situation des patientes afin de préparer au mieux l'arrivée de l'enfant et d'évaluer les risques de maltraitance. Les gynécologues ne participent pas à ces réunions : la maternité est représentée par quelques sages-femmes et la surveillante. Pourtant malgré la fréquence des temps d'échanges institutionnalisés, la consommation d'alcool pendant la grossesse est un sujet peu évoqué entre les professionnels de la maternité et les partenaires. Les occasions existent mais ne sont pas utilisées pour évoquer cette problématique.

A plusieurs égards, l'attitude des gynécologues est ambivalente : d'un côté ils ont le sentiment d'être isolés et d'un autre, ils revendiquent une certaine autonomie. Le travail des réseaux périnatalité est discrédité et critiqués dans l'aide qu'ils pourraient leur apporter. Plus que les réseaux, c'est la suprématie de l'hôpital universitaire qui est dénoncée. A travers la standardisation des dossiers de suivi de grossesse, un praticien critique de manière virulente l'absence de reconnaissance de la pratique libérale et l'hégémonie des praticiens hospitaliers. A ses yeux, sa pratique et celle de ses confrères libéraux sont déconsidérées à tort.

« Je n'aime pas les dossiers types (dossier utilisé pour le suivi des femmes enceintes dans la plupart des maternités) proposés par le réseau. (...) Je pense encore une fois que je n'aime pas l'intégrisme. Je n'aime pas les gens qui disent : « j'ai la science infuse, c'est moi le meilleur, ce qu'on fait, nous, c'est ce qu'il y a de mieux, ça me gonfle profondément surtout que je suis capable de démontrer que ce n'est pas la meilleure façon de travailler. (...) C'est le CHU. Un de mes amis est allé à l'une de leurs réunions, moi, je n'y suis pas allé. Il faudrait que j'y aille mais ça va m'irriter, je vais avoir un estomac qui ne va pas aimer. Dans les réunions du réseau Ombrel, il y a très peu de libéraux, et les gens qui sont là disent : nous c'est comme qu'on fait, c'est comme ça que vous devez faire, point, c'est tout, il n'y a pas à discuter. (...) Je suis en désaccord contre des schémas tous faits car ce n'est pas la peine de discuter puisque de toute façon, eux ils ont raison et vous vous avez tort. Les libéraux ont raison s'ils font pareil que le CHU. Cela ça me hérissé... vous ne pouvez pas savoir à quel point ». (Dr E, praticien libéral, 54 ans)

4.5. Les difficultés liées aux évolutions des conditions de travail :

- **Le manque de temps :**

Même si peu de praticiens vont évoquer le manque de temps pour justifier le manque de dialogue sur la consommation d'alcool pendant la grossesse, parler de l'alcool

pendant la grossesse, c'est parfois ajouter une tâche supplémentaire à un emploi du temps surchargé :

« Une consultation dure 20 minutes et ce n'est pas facile de prendre du retard vis-à-vis des autres patientes » (Dr B, praticien libéral, 56 ans).

« On prend peut-être pas assez le temps quand on a 5 femmes en salle d'attente, on va au plus vite à ce qui est l'urgence, donc là les contractions. Il y a déjà certaines consultations qui sont longues à la base car il y a des gens qui posent beaucoup de questions. Il faut donc aller vite, après on essaie de rattraper un peu le temps » (Dr H, praticien libéral, 36 ans).

○ **Les problèmes liés à la restructuration de l'hôpital :**

Une gynécologue exprimera de nombreuses réserves quant au fonctionnement actuel et à venir du système hospitalier. Le souci de rentabilité de la direction de l'hôpital et des organismes de tutelles est perçu comme omniprésent et incohérent. Pour elle, cette politique de rationalisation des soins correspond à une volonté de faire des économies budgétaires contestables. Depuis une dizaine d'années, elle constate un appauvrissement de la qualité des soins, notamment dans la prise en compte des difficultés et des besoins relationnels des patients. L'essentiel de la consultation est axé sur la prise en charge des pathologies somatiques au détriment de l'aspect relationnel du suivi :

« Les hôpitaux deviennent des entreprises. On est payé à l'acte, on nous demande d'être rentable, de pas perdre de sous, d'hospitaliser les gens le moins possible. L'hospitalisation pouvait permettre aux gens de faire le point, maintenant les gens rentrent pour un acte, un truc. (...). Avec la T2A c'est quand même assez évident : on abat de l'acte, on abat de l'acte et puis voilà. Donc tout ce qui peut coûter plus cher il faut éviter, donc il faut éviter l'hospitalisation (...). Pour moi, ça a des répercussions sur la pratique clinique : on était plus présent, pour la relation de confiance, là c'est même pas la peine. Le nombre de trucs qu'on hospitalise pour des problèmes d'angoisses, qui n'ont absolument rien d'obstétrical, c'est énorme, énorme, on fait des tas de bilans d'échos, des trucs pas possibles et puis on se rend compte que c'est de l'angoisse. Si on avait pris un peu plus le temps de discuter avec la patiente, on se serait peut-être mieux rendu compte. C'est le somatique qui prend le dessus sur le côté relationnel » (Dr G, praticien hospitalier, 37 ans)

Si l'intérêt médical d'une spécialisation des pratiques et des plateaux techniques ultra sophistiqués n'est pas contesté, ce praticien regrette d'avoir une vision partielle de la situation de la patiente. Faute de temps, l'équipe soignante n'a pas les moyens de mettre en place un suivi cohérent entre les intervenants et de garantir un suivi personnalisé et global de la patiente. Pour être accompagnée, il revient à la patiente d'énoncer clairement ses difficultés (mal-être, réactivation d'un passé familial à l'occasion de la grossesse, situations de violences... ou celles liées aux conduites

addictives). En l'absence d'une telle démarche, ses besoins risquent de ne pas être pris en compte. Les multiples examens pratiqués ont alors pour vocation essentielle d'éliminer les hypothèses graves d'anomalies et non d'accompagner la patiente, et cela malgré la conscience des répercussions somatiques et psychologiques des situations d'angoisse chez la femme enceinte.

Pour ce praticien, le manque d'autonomie dans la pratique médicale est lié à plusieurs paramètres, comme :

- la mise en place de dossiers de suivi très formalisés avec remplissage d'un check list de questions. Cette méthode laisse peu de place aux initiatives et à l'instauration d'un véritable dialogue. Elle conduit plus volontiers à un interrogatoire médical standardisé.
- la formalisation d'un planning très rigide de consultations avec la réduction des possibilités de revoir en consultation les patientes plus en difficultés.
- la modification des tours de gardes (liée à la mise en œuvre des 35 heures) qui conduit à un suivi plus « hâché » de la prise en charge des femmes hospitalisées.

- **Les problèmes juridiques :**

Un seul praticien évoquera les risques judiciaires liés au manque de repérage des situations à risques. Il est particulièrement méfiant quand il parle des femmes alcoolodépendantes. Il souligne à plusieurs reprises leur imprévisibilité et leur mauvaise foi dans la relation soignant/soigné. En fin d'entretien, nous évoquons ce qu'il lui paraîtrait important de faire connaître à ses confrères pour favoriser la prise en compte de l'alcoolisation fœtale. La seule recommandation qu'il propose est d'inciter ses confrères à être vigilant quant au risque juridique en cas de non repérage d'une situation de SAF sévère. Pour lui, il est essentiel de se méfier des femmes qui présentent une dépendance à l'alcool car elles peuvent, par un dépôt de plainte, être source de problèmes dans la pratique médicale :

« S'il y a eu des problèmes pendant la grossesse que vous n'avez pas repéré ou parce que vous n'avez pas informé les gens d'un risque, c'est délicat. Si on n'a pas montré qu'elle est alcoolique et qu'il y a une malformation qu'on n'a pas vue à l'écho, cela peut poser problème. »

Si elles veulent continuer à être alcooliques, elles ne vont rien dire. Par contre, s'il y a eu un problème, alors ça change... et même si elle boit 3 litres de vin et fume un paquet de cigarettes (...)S'il y a un problème au niveau du fœtus et qu'il y a une malformation

Alors, c'est important, parce qu'on va nous taper dessus. Les gens vont nous taper dessus, faire des reproches, déposer plaintes ». (Dr C, praticien libéral, 54 ans)

Les résultats de notre étude ont permis de mettre en évidence les connaissances, les attitudes et les représentations des gynécologues sur l'alcool et la grossesse. Il s'agit maintenant pour nous de mieux cerner leur place parmi les autres professionnels de la périnatalité dans la prévention de l'alcoolisation fœtale. Enfin, il convient de mettre en lumière les spécificités de leurs pratiques dans la chaîne du soin et réfléchir à leur articulation avec les professionnels du dispositif de soins en alcoologie.

TROISIEME PARTIE :

Les gynécologues obstétriciens, acteurs de la prévention de l'alcoolisation foetale ?

Depuis 2002, l'adoption de recommandations nationales claires sur l'alcool et la grossesse a contribué à une avancée dans la prise de conscience de cette problématique. Aujourd'hui, l'existence de risques liés à une exposition prénatale à l'alcool n'est plus contestée mais pouvons-nous satisfaire pleinement de la situation actuelle ? Alors que ces dernières années, les autorités publiques font du problème de l'alcoolisation fœtale une priorité de santé publique, les gynécologues obstétriciens, ne se sentent pas suffisamment concernés par cette problématique. Il existe un réel décalage entre le caractère scientifique des données sur le syndrome d'alcoolisation fœtale et l'absence de repérage systématique de la consommation d'alcool pendant la grossesse par des professionnels pourtant pivot de la politique périnatale. A ce jour, nous pouvons d'ailleurs nous demander si leur participation à la prévention du SAF ne relève pas davantage de l'application de directives administratives (qui viennent alors s'ajouter aux autres recommandations sur le suivi de la grossesse et la préparation à l'accouchement) plutôt que d'une réelle appropriation des enjeux de santé pour la mère et son enfant.

Comme d'autres enquêtes l'ont souligné, nous constatons que seules les situations d'alcoolodépendance sévère de patientes enceintes et les cas de SAF avec dysmorphie crano-faciale attirent l'attention des professionnels (Dumas et al, 2006). Cette focalisation sur les conséquences les plus graves d'une exposition prénatale à l'alcool permet aux praticiens de mettre à distance cette problématique. Les connaissances des praticiens sur les EAF restent lacunaires et concourent à une minimisation des risques encourus. Alors que la problématique des EAF présente l'avantage d'être plus accessible à l'information (au contraire des situations d'alcoolodépendance qui nécessitent une prise en charge médico-sociale-psychologique longue et difficile), les praticiens ont l'impression qu'ils n'ont pas à participer à sa prévention. Si les gynécologues obstétriciens parlent quotidiennement du tabac dans les consultations prénatales, ils évoquent leur malaise quand il s'agit d'aborder la consommation d'alcool. Le plus souvent, ce sujet ne sera abordé qu'en cas de doute sur la consommation de la patiente. En l'absence de repérage systématique, l'apparence physique et le comportement de leur patiente sont alors utilisés comme outils de repérage. Quand les praticiens évoquent la consommation d'alcool, les conseils donnés aux patientes sont le plus souvent directs et ne

prennent pas en compte la relation de la femme, en particulier enceinte, avec le produit alcool.

Par ailleurs, notre enquête confirme la persistance de nombreux mécanismes de défense sur cette thématique. A cet égard, nous pouvons souligner que les difficultés repérées chez les gynécologues obstétriciens rejoignent celles de nombreux professionnels de la périnatalité ou encore plus largement du secteur médical, social, et éducatif. La grande majorité de la population adulte est consommatrice d'alcool (sans que cela préjuge de la quantité, de la fréquence et du contexte de la consommation) et pourtant les professionnels sont le plus souvent très en difficulté pour aborder sereinement leur relation à l'alcool. La peur du regard de l'autre ou encore celle d'une remise en cause d'une consommation associée dans notre culture à un certain art de vivre, empêchent un dialogue clair et simple sur la consommation d'alcool. Le sujet de l'alcool est toujours perçu comme délicat, y compris chez des professionnels qui sont, au quotidien, amenés à écouter la souffrance humaine.

Pour les praticiens libéraux, leurs patientes, issue d'une population privilégiée sur un plan socio-économique ne peuvent être concernées par des problèmes de mésusage d'alcool puisque, pour eux, c'est l'exclusion sociale qui conduit, dans la très grande majorité des cas, à des problèmes d'alcoolisme (Dumas et al, 2006). De manière générale, le discours des praticiens est marqué par des représentations négatives de l'alcoolisme au féminin en termes de déni, de dissimulation et de mauvaise foi. Les patientes alcoolodépendantes sont perçues comme moins dociles et coopératives que les patientes « normales ».

En définitive, les représentations, les connaissances et les pratiques d'information et de repérage précoce des gynécologues obstétriciens apparaissent moins développées qu'Outre Atlantique. En effet, l'enquête de Santé Canada (2003) montre que les représentations des gynécologues obstétriciens ont très largement évolué ces dernières années : le SAF y est désormais considéré comme une pathologie pouvant survenir dans toutes les catégories de population et non plus seulement les patientes les plus défavorisées sur le plan socio-économique. Les praticiens procèdent plus systématiquement qu'en France à un repérage de la consommation d'alcool, y compris à partir de l'utilisation d'outils de dépistage normalisés comme le T-ACE. En France, ces outils restent encore peu connus et les praticiens rencontrés

se réfèrent à leur longue expérience professionnelle pour procéder à un repérage des femmes enceintes à risques.

A l'issue de notre étude, il est important de prendre en compte les difficultés spécifiques que rencontrent les praticiens dans l'exercice de leurs fonctions. Nous pouvons nous demander si en réalité, deux souhaits contradictoires ne cohabitent pas chez eux :

- D'un côté, les gynécologues obstétriciens cherchent à préserver leur pratique professionnelle actuelle, fruit d'un compromis façonné par l'expérience acquise au long des années, et résultat d'un compromis entre les idéaux de la pratique soignante et ses limites pratiques (notamment à travers les modalités de restructuration de l'offre hospitalière et la tarification à l'acte). Les praticiens sont d'autant plus démunis que leur formation initiale les a conduits à privilégier les aspects techniques de leur métier au détriment de la sphère relationnelle. Ils s'intéressent en priorité aux pathologies somatiques de la grossesse, pour lesquelles ils se sentent à la fois plus compétents et plus utiles. Ainsi, en considérant que la prévention des ETCAF est à la limite de leur champ d'intervention, les gynécologues obstétriciens se distinguent de leurs confrères généralistes. Ces derniers se perçoivent plus volontiers comme des acteurs de proximité indispensables dans la prévention, le repérage et l'accompagnement de toutes les situations relatives à une alcoolisation maternelle (ORS, Haute-Normandie, 2003). Par ailleurs, la question de l'alcool et la grossesse renvoie les gynécologues à la nécessité d'une approche globale bio-médico-psycho-sociale avec des collaborations interdisciplinaires à laquelle ils n'ont pas été sensibilisés dans leur cursus universitaire. Le système de mise en concurrence des étudiants, la mise à distance des échecs de prises en charge sont autant de facteurs qui contribuent à cette situation. Dans ce contexte, les praticiens veulent préserver l'autonomie de l'exercice de leur profession et de son contrôle au regard des autorités publiques (n'oublions pas que ce sont les médecins qui déterminent le contenu de leurs études médicales, qui rédigent le code de déontologie médicale reconnu par l'Etat et assurent leur autocontrôle par l'Ordre des médecins). S'ils reconnaissent la nécessité de diffuser des recommandations larges, ils entendent rester « seuls maîtres à bord » de leur application.

- D'un autre côté, il existe chez certains d'entre eux une volonté de remettre en cause leur pratique soignante et d'être plus à l'aise pour approcher la question de l'alcool dans le suivi de leurs patientes. Néanmoins, ce désir de changement se heurte très vite à un manque de confiance en leur capacité à prendre en compte cette problématique. Nous pouvons d'ailleurs nous demander, comme l'analyse de Michaud le suggère à travers les résultats d'une enquête auprès des médecins généralistes en 1999, si ce discours ne relèverait pas plus d'une distorsion cognitive que d'une attitude de déni : « ce que je ne me sens pas capable de faire, je préfère le penser inutile, malgré les éléments scientifiques en faveur de l'intérêt de l'intervention et malgré mon désir de mieux faire ou de faire au mieux ».

Enfin, notre étude prend un sens particulier dans l'animation du programme de formation-action de l'ANPAA et de tous les acteurs qui entendent se mobiliser sur la prévention de l'alcoolisation fœtale. Elle permet de définir et/ou confirmer quelques pistes de réflexion dans la prévention, le repérage et l'accompagnement des femmes enceintes :

- la place des gynécologues obstétriciens dans la chaîne du soin ;
- les difficultés d'une collaboration entre les services de gynécologie et les structures du dispositif alcool ;
- l'ambivalence des politiques de prévention

1. La place des gynécologues dans la chaîne du soin :

Comme tous les professionnels de la périnatalité, les gynécologues obstétriciens sont confrontés aux limites de leur spécialité. Ils sont placés dans une double difficulté : prendre en compte l'intérêt des femmes et celui de l'enfant à naître, tout ceci dans un temps de prise en charge restreint. Les données de l'étude nous renvoient à la question suivante : les gynécologues obstétriciens sont-ils toujours les mieux placés pour informer, repérer et accompagner les femmes enceintes sur cette question ? En effet, le fonctionnement très différent des maternités privées et celles relevant du service public entraîne des disparités qu'il nous faut envisager. En fonction du lieu d'exercice des gynécologues obstétriciens, les durées de prise en charge de la grossesse et les modalités d'accompagnement des femmes enceintes sont très différentes.

Dans le secteur libéral, les gynécologues interviennent le plus souvent soit :

- dès le démarrage de la grossesse s'ils ont un suivi de leur patientèle comprenant à la fois la gynécologie médicale et l'obstétrique. Dans ce cas, ils sont des partenaires privilégiés pour aborder à de multiples occasions la question de l'alcool dans leur pratique ;
- à partir du 2^{ème} trimestre si le gynécologue effectue uniquement le suivi des femmes enceintes. Leur intervention est alors plus tardive et elle ne peut être que complémentaire à celles des autres professionnels de santé, en particulier les médecins généralistes.

Dans les maternités publiques ou privées exerçant une mission de service public, les consultations prénatales sont, en dehors de situations pathologiques de patientes, assurées par des sages-femmes. Les gynécologues n'interviennent alors qu'en deuxième intention après que des problèmes liés à la grossesse aient été diagnostiqués. S'il est essentiel qu'ils prennent davantage en compte dans leur pratique quotidienne les problèmes liés à l'alcoolisation fœtale, notamment dans le repérage des retards de croissance, la sensibilisation des sages-femmes constitue une priorité. Ce sont elles qui vont rencontrer plus régulièrement les femmes enceintes et procéder à une information systématique sur les risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse et au repérage des conduites d'alcoolisation à risque. A ce titre, leur rôle est majoré par l'application des mesures concernant l'entretien prénatal précoce avec la possibilité d'y intégrer systématiquement la question de la consommation d'alcool.

2. Les difficultés d'une collaboration entre la gynécologie obstétrique et les services d'alcoologie :

Au regard de notre expérience dans l'animation du programme « alcool, grossesse et santé des femmes » de l'ANPAA 59, les alcoologues sont le plus souvent mobilisés pour favoriser une meilleure prise en compte de l'alcoolisation fœtale. Conscients des séquelles potentielles de l'alcool sur le développement de l'enfant à naître, ils souhaitent investir le champ de la prévention de l'alcoolisation fœtale avec tous les acteurs chargés du suivi de la femme enceinte et de l'accompagnement des jeunes enfants. Ils sont convaincus de la nécessité de multiplier les actions de sensibilisation mais de fait, leurs missions institutionnelles les confinent au traitement

curatif et à la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool. Même si elle représente l'occasion de construire une visibilité et une légitimité de leur intervention dans l'environnement local, la prévention reste un domaine accessoire de leurs activités. Ils regrettent également que leur enthousiasme se heurte encore souvent à l'absence d'orientation de femmes enceintes vers leurs services, qu'ils soient ambulatoires ou hospitaliers. Pour exemple, si des liens opérationnels existent entre les services d'addictologie de liaison et les services de gastroentérologie, traumatologie, médecine interne, urgences, psychiatrie... le plus souvent, les équipes de périnatalité hésitent à établir une coopération avec eux. Les patientes enceintes sous méthadone ou consommatrices de cannabis sont orientées mais rarement celles faisant un usage de boissons alcoolisées. Les demandes, quand elles existent, concernent les situations les plus graves et les plus urgentes: alcoolisations majeures chroniques de femmes issues de milieux très précaires confrontés à de multiples difficultés sociales, psychologiques et psychiatriques, voire des patientes sans domicile fixe, syndrome de sevrage d'un bébé à la naissance... Dans ces cas, les professionnels de l'alcoologie rencontrent des difficultés pour convaincre leurs interlocuteurs de l'intérêt d'une prise en charge alcoologique. Ils se retrouvent aussi impuissants que leurs confrères et leurs modalités d'intervention sont décrédibilisées. L'échec du suivi d'une patiente enceinte présentant des alcoolisations majeures reste alors dans la mémoire de tous les professionnels impliqués, de la maternité comme de l'addictologie, et handicape un partenariat inscrit dans la durée. A notre sens, ces difficultés de collaboration entre les professionnels de la périnatalité et de l'alcoologie viennent confirmer que la médecine n'est pas un tout homogène. La pratique médicale est marquée par une diversité des approches culturelles, pratiques, organisationnelles qui sont autant de facteurs qui compromettent la qualité des soins proposés aux patientes.

Parce que la périnatalité constitue un défi majeur pour notre société et la garantie d'un avenir démographique serein, la gynécologie obstétrique occupe sans doute une place spécifique au regard de la population et au sein du monde médical. Le métier de gynécologue obstétricien et celui d'alcoologue ne renvoient pas au même prestige dans la hiérarchie médicale. Prévenir une femme enceinte des risques qu'elle prend en continuant à consommer de l'alcool pendant sa grossesse mobilise des compétences qu'un praticien non alcoologue peut affirmer posséder ou acquérir.

C'est quand l'alcoolodépendance est avérée, que la pathologie s'est installée que les compétences spécifiques et l'art singulier de l'alcoologue sont le plus souvent à même de s'exprimer. Dans la pratique alcoologique quotidienne, le suivi repose essentiellement sur la dimension relationnelle et sur la capacité à amener le patient à prendre la décision et /ou à confirmer une décision de diminution ou d'arrêt de sa consommation d'alcool. Cette pratique s'appuie sur une connaissance approfondie de la maladie alcoolique et sur la compréhension de la souffrance liée à la dépendance. En cela, le discours de l'alcoologue s'oppose au caractère souvent moralisateur de ses confrères. Des examens pourront être proposés pour vérifier l'existence de pathologies somatiques ou psychiatriques liées à une consommation excessive chronique mais ils n'occupent qu'une place très partielle dans le travail d'accompagnement. En développant des axes de travail plus relationnels, les médecins alcoologues sont relégués, aux yeux de leurs confrères, à des postes et des missions ne représentant pas les mêmes degrés de compétence technique que le suivi de la grossesse.

Par ailleurs, l'exercice de ces deux métiers renvoie à des modalités de prise en charge très différentes. De fait, les gynécologues obstétriciens sont davantage confrontés que leurs confrères à l'urgence de la situation. L'alcoologue place son intervention dans une dimension au temps fort différente de celle des gynécologues. S'il est évidemment sensible à faciliter les conditions de mise en place d'un sevrage alcool dans les délais les plus brefs possibles, son intervention s'installe dans la durée. Il est plus habitué aux prises en charges globales médico-psycho-sociales et peut, à travers son accompagnement dans la durée voir émerger des évolutions à moyen terme chez sa patiente. L'orientation de femmes enceintes en difficulté vers l'alcoologie pose d'autant plus problème qu'elle s'appuie sur une motivation à l'abstinence (et donc d'une réflexion déjà bien développée dans la trajectoire de consommation et le désir de changement). Cette situation cause des incompréhensions, voire des conflits dans le rapprochement entre le dispositif spécialisé en alcoologie et les maternités. Pour les gynécologues, il ne suffit pas de mettre à jour une difficulté avec l'alcool chez leur patiente, encore faut-il avoir la certitude de pouvoir l'orienter facilement vers leurs confrères. Leurs difficultés sont d'ailleurs aggravées par l'absence de liens structurés avec les services d'alcoologie. Il n'existe pas dans les établissements privés de service d'addictologie de liaison et

en dehors d'une motivation délibérée des praticiens à s'intéresser à cette thématique, les professionnels sont peu amenés à se rencontrer.

3. L'ambivalence des politiques de prévention :

Les professionnels de santé doivent pouvoir s'appuyer sur des messages clairs pour informer, accompagner, orienter leurs patientes. Il convient d'insister sur la nécessité de multiplier les campagnes nationales de prévention primaires sur l'alcool et la grossesse. L'engagement des politiques publiques est encore révélateur d'une ambivalence des positions adoptées. En dehors de la campagne nationale de communication sur le pictogramme (désormais apposé sur les bouteilles d'alcool), il n'existe pas de véritables campagnes larges de prévention auprès du grand public. Les nombreuses initiatives des acteurs de la région Nord / Pas-de-Calais depuis de nombreuses années, désormais relayées par les politiques régionales de santé publiques, doivent pouvoir être étendues à l'ensemble du territoire national.

Au regard de la gravité et de la prévalence des problèmes liés à une exposition prénatale à l'alcool, nous ne pouvons que nous étonner du manque de clarté dans les informations proposées dans les publications officielles. Cette attitude ne peut venir que renforcer et justifier l'ambivalence relevée dans les discours des professionnels interrogés dans notre enquête. Comment les gynécologues obstétriciens peuvent-ils, au côté de tous les professionnels de la périnatalité, se mobiliser sur cette thématique s'ils ne sont pas appuyés par une volonté claire et durable de sensibiliser le grand public. Pour exemple, la publication en 2008 par l'INPES de la brochure grand public sur la grossesse est révélatrice. Malgré les graves répercussions possibles de l'alcool sur le développement de l'enfant, l'information sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse est présentée en toute fin de brochure. Les informations relatives à l'alcool sont énoncées après celles sur l'alimentation, la prise de poids, l'activité physique, le sommeil, l'hygiène, et la prise de produits (café, soja, phytostérols, ...). Les recommandations concernant le tabac font l'objet d'informations plus explicites et plus restrictives que celles liées à l'alcool. La hiérarchisation de l'information ne contribuerait-elle pas à renforcer le manque d'intérêt pour cette question ? L'information ne risque-t-elle pas alors, aux yeux de la femme enceinte, comme à ceux des professionnels de passer inaperçue et revêtir un caractère accessoire ?

S'il ne s'agit pas de favoriser des actions qui conduiraient à une dramatisation des problèmes liés à l'alcoolisation fœtale par la population, nous ne pouvons que nous étonner du manque d'intérêt suscité par cette question dans cette brochure.

QUATRIEME PARTIE :
Recommandations

A ce stade de l'étude, nous pouvons énoncer quelques pistes de travail pour une meilleure prise en compte de l'alcoolisation fœtale dans les pratiques des gynécologues obstétriciens.

- **développer la sensibilisation des gynécologues obstétriciens aux outils d'information et de repérage précoce des conduites d'alcoolisation à risque pendant la grossesse :**

Rappelons que repérer la consommation d'alcool chez toute femme en âge de procréer et en parler est l'acte fondamental de prévention des ETCAF. La consommation d'alcool est un phénomène répandu et la majorité des femmes ne montrent aucun signe de prise d'alcool. Il devient donc nécessaire d'ouvrir le dialogue sur la consommation d'alcool et utiliser les consultations, comme autant de moments clés pour aborder le sujet. L'entretien est le seul moyen fiable pour caractériser la consommation d'alcool des femmes enceintes. C'est de la responsabilité des professionnels de la périnatalité, dont font partie les gynécologues obstétriciens, d'informer clairement la population et d'accompagner les femmes enceintes qui présentent des conduites d'alcoolisations à risques.

En conséquence, il est essentiel que les gynécologues obstétriciens s'approprient la question de l'alcoolisation fœtale comme un sujet à part entière de leur activité clinique. Il s'agit d'amener les praticiens à être convaincus de la légitimité de leur intervention et d'être plus à l'aise pour aborder cette thématique. Ce travail constitue la priorité sans laquelle nous ne pouvons espérer une évolution notable de la pratique des professionnels de la périnatalité. Leur rôle dans l'information et le repérage doit être soutenu et valorisé.

- *Avant la grossesse :*

Les médecins informent leurs patientes des effets de la consommation prénatale d'alcool avant qu'elles ne soient enceintes. Ils peuvent interroger les femmes en âge de procréer sur leur consommation d'alcool et leur expliquer les avantages à arrêter de boire pendant toute la durée de leur grossesse. Les données concernant la consommation d'alcool de leurs patientes sont

intégrées au questionnaire sur la consommation de tabac, les médicaments, les antécédents personnels et familiaux, l'hygiène de vie, l'alimentation...

○ *Pendant la grossesse :*

Les médecins doivent procéder systématiquement au repérage des consommations d'alcool des femmes enceintes. Pour cela, ils doivent procéder au dépistage de la consommation prénatale d'alcool et aider les femmes à modifier leurs habitudes de consommation par le biais de conseils et d'un suivi appropriés. Ils peuvent s'appuyer sur des questionnaires standardisés validés pour la pratique clinique comme le FACE.

○ *Après l'accouchement :*

Les pédiatres et les professionnels chargés du suivi des jeunes enfants ont la responsabilité de surveiller l'apparition de signes d'exposition prénatale à l'alcool chez les enfants et diriger ceux-ci vers les services permettant d'améliorer les conditions de vie à long terme des enfants ayant reçu un diagnostic de SAF ou d'EAF. Les gynécologues, quant à eux, doivent en collaboration avec l'ensemble des professionnels du médical et du médico-social maintenir les efforts pour prévenir les risques d'une exposition prénatale à l'alcool pour les grossesses suivantes.

Les connaissances, notamment sur les EAF, sont indispensables mais ne peuvent constituer un socle de formation suffisant (et cela d'autant plus que les praticiens ont le sentiment d'être déjà très largement sensibilisés sur ce sujet). Au cours de leurs études initiales (pour les gynécologues les plus jeunes) ou au cours des formations continues, ils ont été le plus souvent sensibilisés à l'ensemble des marqueurs liés à une exposition prénatale à l'alcool. Ces connaissances ne leur permettent pas pour autant d'aborder ce sujet avec leurs patientes. Plus que des apports en terme de connaissances, il est essentiel de proposer des outils simples et concrets pour aborder plus facilement la consommation d'alcool avec les patientes. Désormais, il existe des approches rapides et efficaces que les médecins peuvent adopter pour donner aux femmes des informations sur la consommation d'alcool pendant la grossesse, les aider à faire face au problème de la prise d'alcool et repérer les patientes nécessitant une orientation spécifique. Les efforts dans la sensibilisation

des gynécologues doivent avant tout s'appuyer sur la proposition de mises en situation et d'échanges de pratiques avec d'autres confrères et/ou autres professionnels de la périnatalité.

A travers des actions de sensibilisation des gynécologues obstétriciens, il s'agit de leur permettre de comprendre l'intérêt que peut représenter l'ouverture d'un dialogue sur la consommation d'alcool. En effet, en parler souvent avec les patientes non dépendantes permet, par exemple, de se sentir rapidement plus à l'aise avec des patientes dépendantes, que les praticiens repèrent d'ailleurs en plus grand nombre à partir de ce repérage. La sensibilisation des gynécologues obstétriciens doit avoir pour objectif de les aider à repérer les femmes qui consomment de l'alcool et à leur dispenser les soins appropriés avant et pendant la grossesse :

- identifier les conséquences d'une exposition prénatale à l'alcool (insister notamment sur les EAF)
- comprendre les raisons qui poussent les femmes à boire de l'alcool avant et pendant une grossesse
- identifier les représentations individuelles et collectives liées aux comportements de consommation avec l'alcool :
- acquérir des aptitudes dans le repérage précoce de la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse ;
- accompagner les patientes enceintes qui présentent des difficultés avec leur consommation d'alcool ;
- connaître et savoir orienter les patientes vers le dispositif de soins spécialisé en alcoologie ;
- participer à l'accompagnement et à la prise en charge globale de la patiente en lien avec les autres professionnels qui entourent la femme enceinte en difficulté.

Dans tous les cas, les conditions d'une planification d'une action de sensibilisation à leur intention sont à étudier avec l'URMEL, les réseaux périnatalité de proximité, les services de maternités et en particulier le chef de service de gynécologie obstétrique. Il est important d'évaluer le degré d'intérêt des médecins avant de créer une action de formation. Les gynécologues obstétriciens ont des horaires très contraignants et sont sollicités sur de nombreux sujets liés à la grossesse et à l'accouchement. Pour

qu'une formation sur l'alcool et la grossesse soit réussie, il faut que les médecins puissent la considérer comme une priorité et participer activement à sa planification. Afin de faciliter la mobilisation des praticiens, les formations peuvent se dérouler au sein de la maternité à l'heure de la pause déjeuner ou en début de soirée. Par ailleurs, le montage d'une action de formation doit permettre d'obtenir des crédits en formation médicale et être animée par des formateurs réputés ou spécialisés en matière (gynécologue ou pédiatre et un addictologue).

- **Procéder à la validation française du questionnaire T-ACE et assurer la diffusion de cet outil auprès des professionnels de la périnatalité:**

Mis au point par Sokol et al. (1989) et utilisé dans les pays anglo-saxons, le questionnaire de dépistage T-ACE a montré son intérêt pour repérer les conduites de consommation d'alcool à risques pendant la grossesse. Spécifiquement adapté à la pratique obstétricale, cet outil a pour qualités d'être court et facilement complété par les futures mères. La validation française du T-ACE est en cours et a fait l'objet d'une expérimentation dans une maternité de la métropole lilloise (Varescon et al, 2007). Il pourrait être adopté pour procéder à un repérage d'un plus grand nombre de femmes enceintes mais seulement dans le cadre d'une alliance thérapeutique préalable. Pour autant, il ne s'agit pas de proposer un questionnaire standardisé qui se substituerait à l'entretien qui prend en compte la situation individuelle de la patiente et le nécessaire dialogue avec elle. Ce type de questionnaire ne peut qu'être un outil favorisant l'ouverture d'un dialogue avec la femme enceinte. Aucun outil, aussi performant soit-il, ne peut, en effet, remplacer la délivrance d'une information claire, adaptée et humaine par le praticien concernant les risques encourus par la femme enceinte.

- **Favoriser les conditions de l'ouverture d'un dialogue entre le médecin et la patiente :**

A la lumière de l'expérience acquise dans la formation-action et à partir de notre étude, il apparaît que quelques pistes de travail et de réflexion peuvent permettre de dépasser une situation complexe entre le médecin et la patiente :

- le discours du praticien doit rester le plus ouvert possible en évitant le plus possible une dramatisation ou une banalisation excessive des conduites d'alcoolisation de la patiente ;
- prendre en compte les difficultés de la patiente à évoquer le sujet de l'alcool : rassurer la patiente, la prévenir que ce n'est ni facile pour le professionnel, ni pour la femme d'évoquer ce sujet, expliquer que le rôle du professionnel est de la sensibiliser sur cette question, lui préciser que cette thématique est abordée avec toutes les patientes (sans préjuger un doute sur la consommation), s'appuyer sur l'évolution de la connaissance scientifique pour évoquer ce sujet avec elle ;
- sur la manière d'aborder : poser des questions ouvertes (éviter les questions qui peuvent laisser supposer que le professionnel attend une réponse négative), proposer un message clair sur l'alcool et la grossesse : expliquer les risques en évitant les mots techniques, nommer des exemples de boissons alcoolisées plutôt que parler de l'alcool en général;
- adopter une attitude de non jugement en n'oubliant pas ce n'est pas parce qu'une femme enceinte consomme de l'alcool qu'elle n'aime pas son bébé. L'inciter à arrêter sa consommation d'alcool en ne prenant en compte que le développement du bébé conduirait à la nier en tant que femme et future mère ;
- établir une relation de qualité en prenant en compte la globalité de la vie de la femme plutôt que concentrer l'attention sur le déroulement de la grossesse sur un plan obstétrical. Cette attention permet également de ne pas oublier que la grossesse se fait aussi parfois dans un contexte de mal-être. Il s'agit de prêter une oreille attentive à ses préoccupations, et notamment penser à dépister les situations de violences conjugales. N'oublions pas que la grossesse est souvent idéalisée alors qu'il s'agit également d'un moment de fragilité ;
- respecter la singularité de chaque patiente et l'inscription des conduites d'alcoolisation dans leurs trajectoires particulières ;
- choisir le bon moment dans le déroulement de l'entretien : il est essentiel de ne pas commencer la rencontre en évoquant la consommation d'alcool. Par contre, cette question peut être intégrée dans le dialogue sur le mode de vie : sommeil, alimentation, activité physique, tabac, médicaments...

- aider la patiente à trouver des solutions alternatives : encourager la patiente à arrêter sa consommation en l'incitant à solliciter l'aide de son entourage en particulier le futur père, valoriser les efforts réalisés car comme chacun le sait, modifier sa consommation d'alcool n'est pas toujours évident ;
 - utiliser l'environnement du cabinet : disposer des affiches sur l'alcool et la grossesse, commander des documents à distribuer aux patientes, fournir des informations sur les lignes téléphoniques d'information (outil qui de par l'anonymat facilite le dialogue) ;
 - proposer d'en parler à nouveau lors de la prochaine consultation et rester vigilant aux signes et symptômes de consommation.
- Favoriser la diffusion d'outils de communication et de plaquettes d'information à destination des professionnels de la périnatalité.**

Actuellement, il existe peu de plaquettes d'information destinées aux professionnels de la périnatalité sur l'alcoolisation fœtale. Les initiatives prises dans ce sens restent locales et les informations contenues prennent souvent en compte uniquement l'aspect descriptif de l'alcoolisation fœtale (données cliniques et épidémiologiques) ou la proposition de quelques adresses du dispositif alcool. Si ces informations sont utiles, elles doivent être complétées par des repères simples et concrets pour intégrer cette question dans l'entretien avec la femme enceinte. Des pistes de réflexion dans l'ouverture d'un dialogue sur la question alcool doivent compléter la réflexion proposée : la place socio-culturelle de l'alcool dans notre société, les habitudes de consommation de la population ou encore les difficultés que peuvent rencontrer professionnels et patientes à évoquer ce sujet.

- **Favoriser les rencontres pluridisciplinaires et transversales par un travail de réseau formalisé et reconnu par les tutelles:**

Les résultats de notre enquête viennent confirmer la nécessité d'une complémentarité et une pluridisciplinarité des approches tant dans la prévention que dans l'accompagnement des femmes enceintes présentant des conduites d'alcoolisation à risque. Les gynécologues ne peuvent pas faire l'impasse d'un

partenariat étroit avec tous les acteurs qui interviennent auprès des femmes enceintes et des jeunes enfants. Il s'agit de réfléchir sur la place de chaque professionnel dans la prise en compte de cette thématique et reconnaître les compétences de chacun dans son domaine d'intervention. Le croisement des regards entre le soin et la prévention, entre les professionnels de la santé avec ceux du social et de l'éducatif, entre les acteurs hospitaliers et les acteurs extra-hospitaliers permettent une approche globale de la vie des femmes et de comprendre l'influence de leur contexte de vie. Ce travail de réseau facilite l'expression de chacun sur ses difficultés, besoins, attentes et permet d'offrir une plus grande cohérence dans l'information des femmes enceintes et dans l'accompagnement de celles qui présentent des difficultés. Pourtant, nous notons que les contraintes organisationnelles et le manque de temps sont autant de facteurs qui viennent freiner les possibilités d'un travail en partenariat. Si chacun est convaincu de l'intérêt que peut présenter le fait de se rencontrer et d'échanger, encore faut-il que les conditions matérielles d'une collaboration soient réunies. Avec la tarification à l'acte, la gestion « à fil tendu » du planning de consultations, la multiplication des procédures administratives pour avoir un ordre de mission pour sortir de l'hôpital, ... les médecins n'ont pas toujours la possibilité de sortir de leurs cloisonnements. Enfin, alors que l'alcoolisation fœtale constitue une des priorités des politiques publiques, la création et la continuité des actions de réseau sont contrariées par la suppression des crédits par les tutelles (ex : la fermeture récente du réseau Artois Chrysalide à Liévin). Actuellement, le seul réseau financé pour travailler sur la prévention de l'alcoolisation fœtale se situe à l'île de la Réunion. Les acteurs qui dans la région se mobilisent pour la prévention du SAF regrettent de ne pas être reconnus par les financeurs et constatent une démobilisation liée à l'absence de financements pérennes.

- Favoriser la création de protocoles hospitaliers :

Il est indispensable que tous les professionnels de la périnatalité exerçant en maternité puissent avoir des repères clairs dans la conduite à tenir sur la question de l'alcool et la grossesse. La pratique hospitalière repose de plus en plus sur l'application de multiples protocoles d'intervention dans la pratique clinique. Nous ne pouvons que nous étonner de constater que ces protocoles qui, de part la réflexion

d'équipe que leur rédaction suscite en amont, et de par l'intérêt qu'ils présentent pour le suivi des patientes n'existent que très peu au sujet de l'alcool. Ces protocoles doivent prendre aussi bien en compte l'information systématique des patientes sur l'alcool et la grossesse que l'accompagnement et l'orientation des femmes enceintes dépendantes de l'alcool ou encore, l'accueil et le suivi des femmes enceintes présentant des conduites d'alcoolisation aiguës. Par ces protocoles, il convient de proposer une plus grande cohérence du service dans le soutien et l'information proposée aux patientes et ne pas compter sur une improvisation des personnels quand une situation d'alcoolisation à risques se présente à eux.

- Favoriser les articulations entre les maternités et les services d'addictologie

Le manque d'articulation entre les services de maternité et les services d'addictologie est actuellement très présent. Les faibles moyens humains des équipes d'addictologie de liaison ne permettent pas toujours d'accentuer les efforts de coordination et de prise en charge avec les équipes de périnatalité, et cela d'autant plus qu'il existe des réticences certaines à évoquer la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Enfin, il s'agit de mettre à disposition des gynécologues un répertoire des ressources disponibles pour orienter les femmes présentant des conduites d'alcoolisation à risques. Au-delà des coordonnées locales des services d'alcoologie hospitaliers et ambulatoires, il est nécessaire de faire connaître les missions, les modalités d'intervention, les stratégies thérapeutiques envisageables, les moyens humains et matériels disponibles...

CONCLUSION :

Dans une société marquée par la médicalisation de la grossesse et de la naissance, la question de l'alcoolisation fœtale nous renvoie à la définition à donner au métier de gynécologue obstétricien. S'agit-il de valoriser la multiplication d'actes techniques liés au suivi de la grossesse ou d'accompagner des femmes, futures mères, par une prise en compte de la dimension émotionnelle de la naissance ? Comment la pratique médicale peut-elle s'inscrire dans une approche plus globale de la vie des femmes et éviter une focalisation sur son aspect reproductif ? La volonté de placer la prévention des ETCAF au cœur de la pratique des professionnels de la périnatalité ne s'inscrit-elle pas en contradiction avec l'évolution de plus en plus technique des pratiques médicales de la naissance ? Comment les gynécologues obstétriciens peuvent-ils trouver leur place dans cette prévention alors que notre système de santé favorise une approche curative des problématiques de santé et un cloisonnement des pratiques médicales ? Quand la priorité des directions d'hôpitaux est de multiplier le nombre d'actes et prouver l'efficacité d'un service sur des critères essentiellement techniques, quelle est la place laissée à l'écoute des préoccupations de la patiente ?

Toutes ces questions relèvent de véritables défis qu'il nous faudrait pouvoir mieux prendre en compte. Dans ce sens, le dernier plan de périnatalité, par la volonté de changement qu'il affiche dans la politique suivie depuis une trentaine d'années constitue une première piste de travail. Les recommandations de bonnes pratiques pour le suivi de la grossesse, le nouveau carnet de maternité, l'entretien prénatal précoce, la préparation à la naissance sont des outils et des démarches visant à communiquer, écouter, porter attention aux préoccupations de la femme enceinte et améliorer son confort et son vécu, s'assurer du bon développement de l'enfant mais ils ne doivent pas nous faire oublier la nécessité de poser le débat en des termes plus larges. Nous sommes invités à réfléchir au sens et aux valeurs que notre société veut donner à la médecine périnatale, et plus largement à celle de l'ensemble de la médecine. Comme le souligne Isabelle Baszanger (2002), il s'agit là de véritables choix de société. Il est nécessaire de poser les enjeux de l'extension continue des objectifs de la médecine (éduquer, prévenir, soigner, accompagner, soulager...) dans un véritable débat démocratique. Ils interrogent les fondements mêmes de notre société et ses valeurs : justice sociale, modes de solidarité, importance donnée aux différentes étapes du cycle de la vie, c'est-à-dire au sens accordé à la vie, à la douleur et à la mort.

LISTE DES ANNEXES

Les annexes du rapport d'étude sont disponibles auprès de l'auteur (sgadeyne@alcoholinfo.com). Seule est annexée la grille d'entretien utilisée dans l'enquête

ANNEXE 1

Les recommandations de la société française d'alcoologie et d'addictologie concernant les conduites d'alcoolisation pendant la grossesse

ANNEXE 2

Le classement des maternités selon leur niveau d'intervention

ANNEXE 3

Grille d'entretien

ANNEXE 4

Questionnaires de dépistage DETA, AUDIT, FACE, T-ACE

ANNEXE 5

Le programme « Repérage précoce et intervention brève »

ANNEXE 3

Guide d'entretien

- **Données générales sur l'alcoolisation fœtale :**
 - Que pensent-ils de la recommandation « zéro alcool pendant la grossesse »
 - Quelle est leur vision des connaissances et des pratiques des femmes / à la consommation d'alcool pendant la grossesse ?
 - Que perçoivent-ils des connaissances et pratiques des femmes vis-à-vis de la consommation d'alcool pendant la grossesse ?

- **l'information systématique des risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse des femmes enceintes :**
 - Est-ce qu'ils abordent la question de la consommation d'alcool pendant la grossesse avec leurs patientes ? (pourquoi ?, avec qui ? comment ? avec quels outils ? à quel moment de la grossesse ? à quel moment de l'entretien ?...) Est-ce qu'ils abordent cette question avec toutes les femmes, ou avec certaines d'entre elles ?
 - D'après eux quels sont les acteurs de santé les mieux placés pour aborder la consommation d'alcool pendant la grossesse ?
 - Quels sont les partenariats mis en place avec les professionnels médicaux, sociaux... situés en dehors de la maternité ?
 - Quelles sont les questions que posent les patientes sur l'alcool et la grossesse ?
 - Quels sont les éléments ressources et les freins que les praticiens rencontrent pour parler de l'alcool avec les patientes ? Et chez les patientes ?
 - S'ils rencontrent des difficultés, de quoi auraient-ils besoin pour aborder plus facilement la thématique alcool auprès des femmes enceintes ?
 - Qu'est-ce qui leur paraît souhaitable de mettre en place pour améliorer la prise en compte de cette thématique ?

- **dans le repérage et l'accompagnement des femmes enceintes en difficulté avec leur consommation d'alcool :**
 - Parmi les femmes enceintes qu'ils accompagnent, sont-ils confrontés à des situations de femmes enceintes présentant des conduites d'alcoolisation à risques ? A quelle fréquence ?
 - Comment perçoivent-ils les difficultés que rencontre une femme enceinte qui présente des conduites d'alcoolisation à risques ?
 - Comment perçoivent-ils leur rôle dans l'accompagnement de femmes enceintes présentant des conduites d'alcoolisation à risques ?
 - Quels sont les éléments ressources et les freins que les praticiens rencontrent pour parler de l'alcool avec les patientes qui présentent des conduites d'alcoolisation excessives? Et chez les patientes ?
 - S'ils rencontrent des difficultés, de quoi auraient-ils besoin pour aborder plus facilement la thématique alcool auprès des femmes enceintes ?
 - Par rapport aux autres professionnels de médicaux, médico-sociaux, socio-éducatifs quels sont les atouts et les difficultés qu'ils

ont pour le suivi et l'orientation des femmes enceintes présentant des conduites d'alcoolisation à risques ?

- Quelles réponses ont-ils pu mettre en œuvre dans le suivi et l'orientation des patientes ? au sein de la maternité ? avec les autres professionnels ?

- **Données générales en alcoologie :**

- A partir de quand, combien, comment, les praticiens considèrent qu'une consommation d'alcool présente un risque : en dehors et pendant la grossesse ?
- Comment perçoivent-ils les difficultés que rencontre une femme qui présente une alcoolodépendance ?

- **Représentations de leurs patientes enceintes**

Caractéristiques psychosociales, économiques de leurs patientes

- **Le suivi prénatal et le déroulement de la consultation :**

- Suivi de la femme enceinte (en moyenne à partir de quel moment de la grossesse et jusque quand)
- Quelles sont les informations que les gynécologues perçoivent comme essentielles dans le suivi gynécologique ? Quels sont les points abordés dans la consultation prénatale ?
- Qu'est-ce que les gynécologues ont besoin de connaître de la situation de la patiente dans le déroulement de la grossesse ?

- **Le gynécologue / autres professionnels de santé :**

- Comment perçoivent-ils leur rôle dans l'information sur « alcool et grossesse »
- Par rapport aux autres professionnels de médicaux, médico-sociaux, socio-éducatifs quels sont les atouts et les difficultés qu'ils rencontrent pour informer les femmes de cette recommandation ?
- D'après eux quels sont les acteurs de santé les mieux placés pour aborder la consommation d'alcool pendant la grossesse ?

- **Identité du professionnel et éléments descriptifs:**

- Age
- Sexe
- Type d'exercice (en ville, en clinique)
- Ancienneté
- Éléments clés du parcours professionnel
- Adhésion à un réseau (en particulier sur les conduites addictives ou périnatalité)
- Formation spécifique en alcoologie ?

LISTE DES SIGLES :

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et
Addictologie

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

CAMSP : Centre d'Action Médico Sociale Précoce

CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLERSE : Centre Lillois d'Etudes et de Recherche Sociologiques et Economiques

EAF : Effets de l'Alcoolisation Fœtale

ETCAF : Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale

GRAA : Groupement Régional d'Alcoologie et d'Addictologie

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de Statistiques et d'Etudes sur la Recherche
Médicale

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

INVS : Institut National de Veille Sanitaire

IME : Institut Médico Educatif

MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les
Toxicomanies

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SAF : Syndrome d'Alcoolisation Foétale

SFAA : Société Française d'Alcoologie et d'Addictologie

URMEL : Union Régionale des Médecins Libéraux

BIBLIOGRAPHIE :

- -Abel EL, Hannigan JH. Maternal risk factors in fetal alcohol syndrome : provocative and permissive influence. *Neurotoxicology*, 17 (4) : 445-462.
- Ancel P, Gausson L, Alcool et alcoolisme : pratiques et représentations, Paris, L'harmattan, Collection logiques sociales, 1998.
- April N, Bourret A, Morin R, Hamel D. Etat de la situation sur le syndrome d'alcoolisation fœtale au Québec. Institut national de santé publique du Québec, 2004, 59p.
- Audet C, April MD, Guyon L, De Koninck M. Représentations de la consommation d'alcool pendant la grossesse et perception des messages de prévention chez les femmes enceintes. Institut national de santé publique du Québec. 2006.
- Bailey BN, Delaray Black, Covington CY, Ager J, Janisse J, Hannigan JH et al. Prenatal exposure to binge drinking and cognitive and behavioral outcomes at age 7 years. *Am Obstet Gynecol* 2004 ; 19.
- Baszanger I, Bungener M, Paillet A. Quelle médecine voulons-nous? Ed la Dispute, Etat des lieux. 2002.
- Beck F, Legleye S, De Peretti G. L'alcool donne-t-il un genre ? Travail, genre et sociétés. Avril 2006. n°15. 141-159.
- Béraud C. « apprendre à soigner ». In Qu'est-ce que soigner. Le soin, du professionnel à la personne. Keller JP, Pierret J. Ed syros. 2000.
- Berthelot JM, Clement S, Drhule M, Forne JF, Membrado M. Les alcoolismes féminins. *Cahiers du centre de recherches sociologiques* 1984, 1 : 1-285 ;
- Com Ruelle L., Doogman P, Jusot F, Lengagne P. Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risques ? *Questions d'économie de santé*. N°129, Janv 2008.
- Cook J. La caractérisation des usagers par les personnels de santé. In Les usagers du système de soins. Cresson G, Schweyer FX. Ed ENSP. 2000.
- Coppel A, « Drogues, genres et Prévention » *La santé de l'Homme*, Juillet-août 2004, n°372

- Dehaene P. La grossesse et l'alcool. Paris : PUF, 1995.
- Decourge C, Wallez P. La consommation d'alcool chez la femme. Sobriété ou permissivité : causes d'ignorance et d'incommunicabilité des effets du syndrome d'alcoolisation fœtale. CRESGE, 2001.
- De Koninck M, Guyon L. Morissette P. L'expérience maternelle et la consommation de substances psycho-actives. Recherche féministe vol 16, n°2, 2003 : 107-137.
- Dubernet A-C, L'internat de médecine ou la formation par la médecine, in compte-rendu colloque. Coopérations, conflits et concurrence dans le système de santé. Toulouse. nov 2001.
- Dumas A, Lejeune C, Simmat-Durant L, Bonnaire C, Michaud P, Hilaire S. Prévention du SAF : pratiques et représentations des professionnels de la périnatalité. Alcoologie et addictologie 2006 ; 28 (4) : 311-316.
- Dupont L, Dassonville A, Cresson G. « Alcool, grossesse et santé des femmes », ANPAA 59, 2005.
- Ebrahim SH et al. Comparison of binge drinking among pregnant and nonpregnant women. American journal of obstetrics and gynecology, 1999. 180 (1) : 1-7.
- Environics Research Group Limited. La connaissance des effets de la consommation d'alcool pendant la grossesse et du syndrome d'alcoolisme fœtal. Résultats d'un sondage national. 2000. 27p.
- Foucault M. Naissance de la clinique. Paris : PUF, 1963.
- Fox Renée. L'incertitude médicale. Ed L'harmattan, Paris, 1988.
- Freidson E. La profession médicale. Paris : Payot, 1984.
- Guilbert P, Baudier F, Gautier A. Education pour la santé : Baromètre santé 2000, CFES.
- Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005. Premiers résultats. INPES
- Guillemont J, Rosilio T, David M, Léon C, Arwidson P, INPES, Connaissances des Français sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse. Evolutions, 2006, 3.
- Guillemont J, Léon C. « alcool et grossesse : connaissances du grand public en 2007 et évolutions en 3 ans », Evolutions, juin 2008, n°15.

- Guyard L. Consultation gynécologique et gestion de l'intime. L'esprit du temps. 2002/3, n°27.
- Herzlich. Sociologie de la maladie et de la médecine. Armand Colin, 2007.
- INPES. Le guide nutrition pendant et après la grossesse. 2008. 52p.
- INSERM. Exposition prénatale à l'alcool : données biologiques et données épidémiologiques. In : alcool : effets sur la santé. Paris, 2001 : 119-143.
- Jodelet D. Les représentations sociales. Paris, PUF, 1994.
- Jumel MP. A l'écoute des femmes devenues mères. In : alcool, grossesse et santé des femmes. 2005. ANPAA 59.
- Lansac J ; Les conséquences de la judiciarisation de la médecine sur la pratique médicale. Justice et santé, n°5-2004/4.
- Leonardson G, Louendenburg R, (2003), risk factors for alcohol use during pregnancy in a multistate area, Neurotoxicology and tératology, 25, pp 651-658.
- Marantz PR. Blaming the victim: the negative consequence of preventive medicine. Am J Public health. 1990. 80 (10), p 1186-87.
- Maisondieu J. Alcool, alcoolisme et société. In: Les alcooléens. Paris, ed Bayard, 1992.
- Membrado M. L'alcoolisme des femmes : pour une approche renouvelée. In : Zolotarreff J, Cercle A. pour une alcoologie plurielle. Paris : L'Harmattan, 1994 : 125-129 ;
- Michaud P, Abesdris J. Diffusion de la pratique de l'intervention brève: méthode de formation et de mobilisation des acteurs de soins de premier recours. Méd Hyg, 2003; 61: 1917-22.
- Michaud P et al. Intervention brève auprès des buveurs excessifs. Rev Prat MG. 2003. 604: 281-9.
- Michaud P. "Qu'est-ce qui peut bien motiver le médecin généraliste à parler d'alcool avec ses patients". Médecine. Septembre 2006.
- Morel MF. Histoire de la naissance en France (XVIIè-XXème) in ADSP n°61/62 déc 2007-mars 2008.

- ORS Haute Normandie. Syndrome d'alcoolisation fœtale: enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques des médecins généralistes. Octobre 2003.
- Parquet P. Grossesse et alcool: informer avant tout. Swaps n°37, 1er trim 2005.
- Public Health Agency of Canada. Connaissances et attitudes des professionnels des soins de la santé en matière de syndrome d'alcoolisation fœtale: Résultats d'une enquête nationale. 2003.
- Romito P, « La réponse des professionnels à la demande des femmes victimes de violences » in « Alcool, grossesse et santé des femmes », recherche-action ANPAA 59, 2005, 42-44.
- Scheidegger S, Vilain A. Disparités sociales et surveillance de grossesse. DREES, n°552, janv 2007.
- Senne M, Straub D, Pellet J, Boussiron D. Syndrome d'alcoolisation fœtale. Etude portant sur la consommation d'alcool pendant la grossesse. Alcoologie et addictologie 2005 ; 27 (3) : 181-190.
- Société française d'alcoologie « les conduites d'alcoolisations, recommandations pour la pratique clinique ». Alcoologie et addictologie, 2001, 33 (4 suppl).
- Sokol RJ, Martier SS, Ager JW. The T-ACE questions : practical prenatal detection of risk-drinking. Am J Obstet Gynécol. 1989. 160 : 863-870.
- Streissguth AP, Sampson PD, Bookstein FI, Barr HM, Scott MA. Maternal drinking during pregnancy : attention and short. Terme memory in 14-year old offspring. A longitudinal perspective study. Alcohol Clin Exp. Res 1994 ; 18.
- Schweyer FX. La profession de sage-femme : autonomie au travail et corporatisme protectionniste. Sciences sociales et santé. Sept 1996. vol n°14. n°3.
- Subtil D, Dehaene p, Kaminski M, Crepin G. Alcool et grossesse. Encycl med chir (gynécologie/obstétrique) 1994 ; 5-048-M20 4p.
- Vabret F, Houet T, Dreyfus M, Davy A. Consommation déclarée d'alcool de 150 femmes hospitalisées en maternité. Alcoologie et addictologie 2006 ; 28 (3) : 217-222.

- Varescon I, Gauge J, Wendland J. Alcool et grossesse : première utilisation du questionnaire de dépistage T-Ace dans une population française. *Alcoologie et addictologie*, 2007 ; 29 (3).
- Violences envers les femmes et état de santé mentale. Résultats de l'enquête ENVEFF, 2003