

Alcool et grossesse, parlons-en

Guide à l'usage des professionnels



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI
ET DE LA SANTÉ

Alcool et grossesse, parlons-en

Guide à l'usage des professionnels

Auteurs :

Anglade Cécile Dr (Direction générale de la santé)
Bicheron Françoise (Conseil national de l'ordre des sages-femmes)
Bloch Juliette Dr (Institut de veille sanitaire)
Brossard Dr Véronique (pédiatre au CHU de Rouen)
Campgil Dr (réseau périnatalité du Centre)
Caumel-Dauphin Francine (Conseil national des sages-femmes)
Chabrolle Jean-Pierre Dr (pédiatre au CH du Havre)
Chabrolle Rose-Marie Dr (pédiatre directrice du Centre d'action médico-sociale précoce du Havre)
Chanal Corinne (sage femme à Montpellier)
Chedru Marie-France Dr (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie)
Conan Sylviane (sage-femme au CH de St-Brieuc)
Coulomb Régis Dr (Tours), Mélanie Cousin (Centre d'action médico-sociale précoce de Roubaix)
Danel Thierry Dr (Société française d'alcoologie, CHRU de Lille)
Doually Yva (Réseau hôpital sans tabac)
Ducrotté Sylvie Dr (gynécologue PMI Rouen)
Fuentes Katy (présidente de l'Association nationale des équipes contribuant à l'action médico-sociale précoce)
Gautier-Coiffard Yvette (Syndicat national des médecins de protection maternelle et infantile)
Guillemont Juliette (Institut national de prévention et d'éducation à la santé)
Herszkowicz Albert Dr (Direction générale de la santé)
Isabey Bénédicte (Direction générale de l'offre de soins)
Kerguelen Anne (sage-femme, présidente du Réseau périnatal des Côtes d'Armor)
Jeanfrançois Maguy Dr (Direction générale de l'offre de soins)
Kermadec de Sylvie (Direction générale de la santé)
Lamblin Denis Dr (pédiatre, Réunionisaf)
Larcher Pierre Dr (Direction générale de la cohésion sociale)
Lejeune Claude Dr (néonatalogiste au CH Louis Mourier de Colombes)
Lemasson Christine (Ordre des sages femmes)
Luton Dominique Dr (Syndicat national des gynécologues et obstétriciens français)
Machu Anne-Noëlle (Direction générale de l'offre de soins)
Maillot Céline Dr (médecin en alcoologie au CHU de Rouen)
Marcand Colette Dr (médecin alcoologue)
Martin Dominique Dr (Direction générale de la santé)
Matet Nicole (Direction générale de la santé)
Melihan-Cheinin Pascal (Direction générale de la santé)
Molénat Françoise Dr (pédopsychiatre au CHU de Montpellier)
Paille François Pr (Société française d'alcoologie)
Patureau Jacqueline Dr (Direction générale de la santé)
Prisse Nicolas Dr (Direction générale de la santé)
Rigaud Alain Dr (président de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie)
Stepani Pascale Dr (équipe de liaison en addictologie – ELSA – Bordeaux)
Storogenko Marianne (Direction générale de la cohésion sociale)
Therby Denis Dr (gynéco-obstétricien au CH de Roubaix)
Théry Jean-Loup Dr (directeur de la Santé publique au Conseil général du Finistère)
Urso-Baiardo Laurent Dr (addictologue au CH de Roubaix)

© **Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé**

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé
Direction générale de la santé
14 avenue Duquesne 75350 Paris 07 SP
Tél. : 33 (0)1 40 56 60 00
www.sante.gouv.fr

Sommaire

INTRODUCTION	3
COMMENT ABORDER LA CONSOMMATION D'ALCOOL ?	6
Pourquoi est-il difficile de parler d'alcool ?	6
Du côté des professionnels	6
Du côté des femmes	6
Comment parler de la consommation d'alcool ?	7
Orienter l'entretien sur une évaluation de la consommation d'alcool de la femme.....	7
Quelques exemples de formulations	7
Interroger la femme sur sa consommation d'alcool en dehors de la grossesse.....	8
Faire passer l'information sur les dangers de la consommation d'alcool pendant la grossesse.....	8
À quel moment parler alcool	9
Chez les femmes en âge de procréer	9
Chez toutes les femmes enceintes.....	9
UNE PRISE EN CHARGE PRÉCOCE, ADAPTÉE À CHAQUE SITUATION	10
Les situations simples	10
Définition	10
Exemple de situation clinique.....	10
Proposition de conduite à tenir : point de vue du praticien.....	11
Les situations complexes	11
Définition	11
Exemple de situation clinique.....	11
Proposition de conduite à tenir : point de vue du praticien.....	11
Les situations de grande détresse (complexes avec facteurs de vulnérabilité)	12
Définition	12
Exemples de situations et de prises en charge possibles.....	13
Proposition de conduite à tenir	14
LES ACTEURS RÉGIONAUX IMPLIQUÉS DANS L'ACCOMPAGNEMENT ET LA PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS COMPLEXES ET/OU DE GRANDE VULNÉRABILITÉ	17
Les principaux acteurs : les professionnels, les établissements, les services de PMI	17
Les acteurs du projet de soins	17
Les acteurs du projet de vie.....	18
Les situations particulières	18
Avec un objectif commun : assurer la continuité, la cohérence et la globalité de l'accompagnement.....	18
Les supports et outils régionaux de coordination	18
L'information des professionnels.....	19
La formation des professionnels.....	19
Les documents, répertoires.....	19
CONCLUSION	20
ANNEXES	21

Introduction

LA PRÉVENTION DE L'ENSEMBLE DES TROUBLES CAUSÉS PAR L'ALCOOLISATION FŒTALE (ETCAF) : UN ENJEU MÉCONNU DE SANTÉ PUBLIQUE

La consommation d'alcool pendant la grossesse représente la première cause de handicap mental, d'origine non génétique, chez l'enfant en France.

La méconnaissance de l'effet tératogène de l'alcool sur le fœtus – et donc du risque lié à une alcoolisation pendant la grossesse, quels que soient la quantité consommée et le moment où l'alcoolisation survient – constitue un réel problème de santé publique.

Aborder la question de l'alcool avant la grossesse ou dès le début de celle-ci est un acte essentiel pour prévenir les troubles causés par l'alcoolisation fœtale. Tous les professionnels de santé impliqués dans le domaine périnatal doivent donc s'approprier la question.

Pour faire face à cet enjeu de santé publique, il est essentiel de mettre en place une politique globale, reposant notamment sur l'information du public, l'élaboration de référentiels de bonne pratique clinique et la diffusion d'outils pédagogiques.

Ce guide s'adresse à tous les professionnels intervenant au contact des femmes enceintes et de celles qui manifestent un désir de grossesse : médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, pédiatres...

L'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF)¹ désigne toutes les répercussions (physiques, cognitives et comportementales...) susceptibles d'être observées chez une personne dont la mère a consommé de l'alcool au cours de sa grossesse. Il regroupe un ensemble d'affections représentant un continuum, de la forme la plus caractéristique, la plus grave, et la plus facile à diagnostiquer – le **syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF)** – jusqu'aux formes dites « incomplètes ». Beaucoup moins connues, ces dernières vont se révéler plus tardivement par des troubles des apprentissages et/ou du comportement, parfois sévères, dont les causes sont loin d'être toujours identifiées (cf. annexe 1).

■ Les chiffres montrent l'ampleur du problème

L'alcool est un toxique tératogène, qui altère, entre autres, le développement du cerveau.

La prévalence du SAF dans le monde occidental est estimée entre 0,5 et 3 % des naissances vivantes, tandis que l'ETCAF est estimé à 9 % des naissances vivantes.

En France, l'expertise collective de l'Inserm « Alcool, effets sur la santé »², publiée en 2001, estime que 700 à 3 000 enfants, sur les 750 000 naissances annuelles, seraient concernés par un SAF grave, avec une incidence plus élevée sur l'île de la Réunion, dans le Nord-Pas-de-Calais, en Normandie et en Bretagne. Ce que confirme l'enquête INVS de 2006-2008³.

¹ Lamblin D., *Les enfants porteurs de l'ensemble des troubles causés par alcoolisation fœtale et leur devenir*, Recherche Action, Alcool, grossesse et santé des femmes, décembre 2005

² Alcool. *Effets sur la santé*, collection « Expertise collective », INSERM, 2001

³ Bloch J., Cans C., De Vigan C., de Brosses L., Doray B., Larroque B., Perthuis I., « Faisabilité de la surveillance du syndrome d'alcoolisation fœtale, France, 2006-2008 », in *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 10-11, 10 mars 2009

La consommation d'alcool pendant la grossesse représente la première cause évitable de retard mental d'origine non génétique, ainsi que d'inadaptation sociale de l'enfant⁴.

L'exposition prénatale à l'alcool représente un facteur de risque embryo-fœtal à tous les stades de la grossesse. Ce risque est commun à toutes les catégories de boissons alcoolisées (vin, bière, cidre, spiritueux, etc.) et pour tous les types de consommation, ponctuelle ou régulière^{5,6}.

■ La nécessité de parler avec les femmes enceintes de leur consommation d'alcool

Aborder la consommation d'alcool chez toute femme en âge de procréer est l'acte fondamental de la prévention de l'ETCAF.

Pour la future maman, il est très important de mettre son enfant au monde dans les meilleures conditions possibles. Ainsi, **la grossesse est une période privilégiée pour repérer précocement une éventuelle consommation d'alcool et faire prendre conscience du risque qui lui est lié. Ce dépistage** permettra de suivre cette grossesse de manière adaptée pour donner toutes ses chances à l'enfant.

Les répercussions sur l'enfant d'une alcoolisation prénatale sont, dans la plupart des cas, difficiles à diagnostiquer⁷, car les formes caractéristiques sont rares. Par ailleurs, la plupart des pédiatres, des gynéco-obstétriciens et des sages-femmes sont insuffisamment formés à ce dépistage particulier et en parler avec les futurs parents est un exercice délicat⁸. Il est donc primordial de **repérer les grossesses à risque** pour proposer une consultation pédiatrique anténatale, organiser un suivi précoce des enfants atteints et prévenir les déficiences secondaires de l'âge adulte⁹.

Le risque est lié à la consommation d'alcool dès la conception. Ceci vaut pour une consommation ponctuelle ou régulière, ce qui correspond à une définition large de la cible de la prévention.

Tous les professionnels de santé intervenant au contact des femmes enceintes doivent être sensibilisés aux enjeux liés à la consommation d'alcool, afin de pouvoir :

- prévenir l'exposition prénatale à l'alcool ;
- si la future mère continue de consommer, d'en réduire les effets ;
- permettre une prise en charge précoce du nouveau-né ;
- éviter la récurrence lors de grossesses ultérieures.

Pendant leur grossesse ou à l'annonce de celle-ci, de nombreuses femmes diminuent spontanément leur consommation, mais plus de 40 % continuent de boire – le plus souvent par méconnaissance du risque ; parmi elles près de 5 % consomment plus de 2 verres standards par jour¹⁰.

⁴ Nordmann R., « Consommation d'alcool, de tabac ou de cannabis au cours de la grossesse », In *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 2004, 188, p. 519-521

⁵ Larroque B., Kaminski M., « Prenatal alcohol exposure and development at preschool age: main results of a French study », in *Alcohol Clin Exp Res.*, 1998 Apr;22(2):295-303

⁶ *Alcool. Effets sur la santé*, collection « Expertise collective », INSERM, 2001

⁷ Robert J. Sokol, MD; Virginia Delaney-Black, MD, MPH; Beth Nordstrom, PhD, « Fetal Alcohol Spectrum Disorder », in *JAMA (The Journal of the American Medical Association)*, 2003;290:2996-2999

⁸ Chabrolle J.-P., Chabrolle R.-M., Dépistage et prise en charge des enfants exposés in utero à l'alcool, Alcool et grossesse, Médecine Périnatale, 35^e journée nationale Tours, 26-27 octobre 2005, p. 41-50, édition Arnette

⁹ Streissguth, A.P., Barr H.M., Kogan J. and Bookstein F.L. (1996). Understanding the occurrence of secondary disabilities in clients with fetal alcohol syndrome (FAS) and fetal alcohol effects (FAE): Final report to the Centers for Disease Control and prevention on Grant No. R04/CCR008515 (tech. Report No. 96-06). Seattle : University of Washington, Fetal Alcohol and Drug Unit.

¹⁰ Vabret F., Houet T., Dreyfus M., Davy A., « Consommation déclarée d'alcool de 150 femmes hospitalisées en maternité », in *Alcoologie et addictologie*, 2006, Tome 28, n° 3, p. 217-222

Il est également nécessaire d'apprendre à repérer les facteurs de risque et de vulnérabilité, très souvent à l'origine de conduites d'alcoolisation.

Il est primordial de distinguer :

- l'alcoolisation non perçue dans sa dangerosité pendant la grossesse : situation majoritaire où l'alcool n'est qu'un épiphénomène de la grossesse ;
- la grossesse survenant chez une femme malade alcoolo-dépendante : situation très minoritaire (moins de 1% des grossesses) où la grossesse devient alors un épiphénomène de la maladie, mais qui rend nécessaire d'évoquer le problème de l'alcool et permet de l'aborder plus facilement ; attention particulière aux femmes polytoxicomanes ;
- les situations frontières : la femme enceinte cumule plusieurs difficultés. L'alcoolisation n'est qu'un problème parmi d'autres, qui sera aggravé si elle n'est pas prise en compte.

■ Une politique globale : information du public, référentiels de bonne pratique clinique, outils pédagogiques

Toutes les femmes doivent recevoir un message clair, cohérent et identique de la part des professionnels de santé : **recommandation « Zéro alcool pendant toute la grossesse »**. En effet, il n'y a pas de seuil de consommation d'alcool sans danger pour les femmes enceintes ou prévoyant de l'être. Les experts internationaux¹¹ estiment que le seuil de consommation à risque établi pour les femmes (14 verres standards par semaine pour un usage régulier, soit 2 verres standards par jour en moyenne) n'est pas valable lors de situations physiologiques particulières comme la grossesse.

La consommation d'alcool pendant la grossesse constituant un important problème de santé publique, le **ministère chargé de la Santé** a adopté une stratégie de lutte reposant sur diverses mesures (cf. annexe 3).

De plus, plusieurs **référentiels de bonnes pratiques** recommandent le dépistage de la consommation d'alcool le plus tôt possible pendant la grossesse, l'information des femmes enceintes (« Zéro alcool pendant la grossesse ») et la mise en place d'une prise en charge pluridisciplinaire de celles présentant une consommation à risque. (cf. annexe 4).

Enfin, pour aider à aborder la question de l'alcool, l'**Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)** a élaboré **plusieurs outils à destination du grand public et des professionnels, permettant d'amorcer le dialogue** (cf. annexe 5).

L'objectif du présent guide est d'aider les professionnels à prévenir l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) en intervenant auprès des femmes enceintes. Ce document s'efforce de leur proposer des éléments de réponse aux deux questions suivantes :

- Comment aborder la consommation d'alcool et accompagner une femme enceinte dans une démarche d'abstinence ?
- Comment, dans les situations les plus complexes, inscrire son action dans une continuité et une cohérence des prises en charge de la mère et de l'enfant ?

¹¹ *Alcoologie et addictologie*, 2001, n° 23 (4 suppl.), p. 67S-75S

COMMENT ABORDER LA CONSOMMATION D'ALCOOL ?

Parler de l'alcool avec une patiente enceinte, ou désireuse de l'être, suppose de surmonter un certain nombre de freins et de blocages, chez le professionnel (sous-estimation du risque, manque de temps, de formation...) comme chez la femme (méconnaissance du risque, crainte de la réprobation sociale, déni...).

Aussi est-il important que les professionnels prennent en compte cette dimension, en sachant choisir le moment propice pour évoquer la question et orienter l'entretien sur une évaluation de la consommation éventuelle de la femme.

Dans tous les cas de figure, l'entretien doit aussi être l'occasion de délivrer une information sur les dangers de cette consommation chez la femme enceinte.

■ Pourquoi est-il difficile de parler d'alcool ?

La consommation d'alcool, souvent partie intégrante de notre héritage culturel et social, reste un sujet difficile à aborder, dans la vie sociale courante comme dans le cadre d'une consultation. Il est important de connaître les raisons qui empêchent professionnels et patientes de parler d'alcool. La prise de conscience de ces freins doit permettre de vaincre les réticences, face aux enjeux de santé.

Du côté des professionnels

Pour beaucoup, l'alcool au féminin est une question d'autant plus taboue que l'alcool fait partie de la culture française et de notre vie courante. Il est difficile d'en parler, par peur de ne pas savoir comment réagir face à une réponse affirmative.

Parler de l'alcool demande du temps, de l'écoute, une formation et un savoir-faire pour aborder au mieux cette question, donner les bons conseils et accompagner la personne.

La peur de déplaire à la patiente, d'être intrusif, de se tromper, de choquer ou de blesser est légitime, car la patiente pourrait se sentir suspectée d'alcoolisme. En outre, le déni de certaines femmes peut désorienter.

Dans les situations complexes, le découragement ou le fatalisme peut empêcher de poser les bonnes questions.

Beaucoup de professionnels de santé sous-estiment la prévalence du risque de la consommation d'alcool, pensant, à tort, que les dommages induits sont uniquement la conséquence de la dépendance alcoolique. Hors c'est la consommation en elle-même qui constitue un risque pendant la grossesse.

De même sous-estiment-ils l'effet protecteur sur le fœtus de la cessation de la consommation dès le début de la gestation.

Dans un contexte de difficultés psychiques ou sociales, en l'absence de problèmes somatiques ou de consommation d'autres toxiques, bien peu de professionnels de santé évoquent la question de l'alcool.

Du côté des femmes

Beaucoup de femmes méconnaissent encore les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse. Elles ont le sentiment de boire « comme tout le monde » et sous-estiment souvent leur consommation. Elles en minimisent aussi le risque parce qu'elles connaissent des enfants dont les mères ont consommé de l'alcool pendant la grossesse et qui sont nés « sains ».

La réprobation sociale généralisée sur la consommation d'alcool chez les femmes est un facteur de honte et d'isolement, qui les pousse au mutisme.

Le déni reste le frein principal, tout particulièrement en cas de dépendance, du fait de la honte éprouvée mais aussi de la peur de voir son enfant placé et, parfois, de la crainte du sevrage.

Plus rarement, certaines femmes, ne souhaitent pas perdre les effets présumés « positifs » de l'alcool.

Ces difficultés doivent conduire chaque professionnel de santé à prendre en compte ses représentations de l'alcoolisation et de la maladie alcoolique, ainsi que son propre rapport à l'alcool.

Il devra aussi garder à l'esprit que le but d'une consommation alcoolisée est de profiter des qualités sensorielles des boissons, ainsi que de leur rôle dans la vie sociale. Les effets psychotropes recherchés de l'alcool sont variés : anxiolytique, désinhibiteur, euphorisant, calmant, antalgique, hypnotique, antidépresseur...

Parfois, boire de l'alcool peut aussi résulter d'une pression sociale.

Le professionnel doit prendre conscience de la méconnaissance par sa patiente, des effets nocifs potentiels de l'alcool, notamment sur le fœtus.

Autre point important : ce n'est pas parce qu'une femme s'alcoolise qu'elle n'aime pas son bébé. Elle souhaite, comme les autres femmes, avoir un bébé qui va bien. Ainsi, la grossesse – ou, mieux, le désir de grossesse – s'avère-t-elle un moment clé pour l'informer sur les risques liés à la consommation d'alcool.

Le professionnel doit éviter de se placer sur le registre de la morale.

■ Comment parler de la consommation d'alcool ?

Deux aspects du message doivent être distingués.

Orienter l'entretien sur une évaluation de la consommation d'alcool de la femme

La recherche d'une consommation d'alcool doit être systématique chez toutes les femmes enceintes.

En raison de leur plus grande vulnérabilité à l'usage des boissons alcooliques, une attention particulière est recommandée vis-à-vis des femmes présentant des antécédents de troubles psychopathologiques ou des antécédents personnels de mésusage. Il peut s'agir pour l'alcool d'usage à risque, d'usage nocif, de dépendance à l'alcool et/ou à d'autres substances psycho-actives.

Il en est de même chez les femmes sous traitements de substitution aux opiacés, les fumeuses de tabac, les femmes vivant en grande précarité, les femmes victimes de violences¹² et celles ayant déjà donné naissance à un enfant porteur d'un trouble causé par l'alcoolisation fœtale (TCAF) : SAF ou autre trouble. Enfin chez celles ayant des antécédents familiaux d'alcoolisme qui peuvent être elles mêmes porteuses de TCAF.

L'entretien est la méthode la plus efficace pour évaluer la consommation d'alcool pendant la grossesse. En effet, il ne faut pas trop compter sur l'examen clinique ni sur les marqueurs biologiques, dont la positivité est tardive. De plus, à ce moment-là, les marqueurs biologiques sont moins spécifiques. Cependant, si la décision de les rechercher est prise, il convient d'en informer la mère.

Chaque professionnel de santé possède sa technique d'entretien qui lui permet de « parler alcool » avec ses patients. Plus il est à l'aise, plus la patiente sera en confiance.

Quelques exemples de formulations

Le thème de l'alcool peut être intégré aux questions sur le mode de vie : sommeil, activité physique, prises de médicaments, tabac, consommations alimentaires.

Suggestions de questions intégrées à l'entretien à la recherche de toxiques :

- *Prenez-vous des médicaments, tranquillisants ou autres ?*
 - *Fumez-vous ? Combien de cigarettes ?*
 - *Buvez-vous du café, combien de tasses ? Du thé ?...*
 - *Vous est-il arrivé ces derniers mois de consommer des apéritifs, du vin, de la bière, du champagne, des alcools forts... ? À quand remonte votre dernière consommation de vin, bière ou autre ?... À combien d'occasions ? Chaque jour ? Au cours des repas ? Plusieurs fois par semaine ? le week-end ? combien de verres ?*
-

¹² Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF)

Il est préférable de citer les différentes boissons plutôt que de parler de verres d'alcool. Pour nombre de femmes, en effet, le mot « alcool » signifie en effet alcool fort et non vin ou bière. De plus, il est bon de profiter de cette occasion pour rappeler que la dose de 10 g d'alcool (une unité alcool) par verre standard est utilisée dans les débits de boissons ou les restaurants.

Interroger la femme sur sa consommation d'alcool en dehors de la grossesse

Cela permet de décentrer l'entretien en sachant que, plus une femme consomme en dehors de la grossesse, plus elle a de risques de poursuivre sa consommation en étant enceinte.

Les questions doivent être simples et claires, sans connotation morale, **en évitant les questions fermées** du type : « Vous ne buvez pas d'alcool ? » ou « Pas d'alcool ni de tabac ? ».

Si des éléments cliniques orientent vers une consommation ou un usage à risque ou de dépendance :

- des questions comme « Qu'est-ce qui vous fait penser qu'il faudrait que vous changiez votre consommation ? » ou « Comment votre entourage perçoit-il vos consommations ? » permettent une ouverture à l'entretien et favorisent la parole ;
- autres questions possibles : « L'alcool est-il un problème pour vous ? ». En cas de réponse positive, on en parle ; en cas de réponse négative, affiner la question avec : « Que serait pour vous un problème d'alcool ? » ;
ou : « Pensez-vous pouvoir ne pas consommer ? »...

Il faut se souvenir que parler d'alcool nécessite une écoute empathique, une absence de jugement de valeur et de référence à une menace. Il faut dédramatiser sans banaliser.

Des questionnaires et/ou questionnaires auto-administrés peuvent aussi être utilisés comme le FACE ou l'AUDIT, intégrés ou non dans un questionnaire de santé (cf. annexe 6). Le T-ACE avec ses 4 items est particulièrement adapté à un autoquestionnaire chez la femme enceinte pour repérer les consommations d'alcool¹³. Le FACE est plus approprié à la pratique ambulatoire et en établissement de soins. Les questions de l'AUDIT peuvent être révélatrices et intéressantes pour engager la discussion sur la thématique de l'alcool.

Si l'usage d'alcool est manifeste mais que la femme est dans une position de déni, il ne faut pas chercher à préciser davantage son degré d'addiction, mais travailler à installer une relation de confiance, pour favoriser la mise en place de l'accompagnement d'une grossesse à risque ainsi que des soins au bébé.

La relation de confiance indispensable pour aborder sereinement ces questions peut demander du temps. Celui-ci est fonction de la capacité du professionnel à être simple, vrai et à l'aise avec les principaux repères en la matière.

- ***De la part d'un professionnel, ne pas parler d'alcool avec une femme enceinte équivaut à lui laisser penser à tort, que son usage est anodin.***
- ***Ne pas informer la patiente des risques qu'elle fait courir à son enfant ferait peser la responsabilité des conséquences sur le praticien.***

Faire passer l'information sur les dangers de la consommation d'alcool pendant la grossesse

« Il est dorénavant recommandé de ne pas consommer d'alcool pendant toute la grossesse ! » ; « Si vous n'y parvenez pas ou si vous en avez consommé même ponctuellement, n'hésitez pas à m'en parler... » : ce niveau d'information doit être dispensé à toute femme enceinte, susceptible de l'être ou de le devenir.

¹³ Dr Urso Baiardo L., Dr Fline-Barthes M.-H., Pr Subtil D., Dr Therby D., « Consommation d'alcool et de tabac durant la grossesse, intérêt de l'élaboration d'un autoquestionnaire de dépistage », in *Alcoologie et addictologie*, 2010, tome 32, n° 2, p. 17

■ À quel moment parler alcool

Chez les femmes en âge de procréer

Plusieurs moments peuvent être privilégiés pour parler d'alcool avec les femmes en âge de procréer :

- les consultations en vue d'une contraception (centre de planification et d'éducation familiale, consultation chez un gynécologue, un médecin généraliste ou une sage-femme), avec une attention particulière pour les adolescentes ;
- les consultations avec le médecin traitant, le gynécologue-obstétricien ou la sage-femme, lorsque la femme exprime un désir de grossesse ;
- les rencontres avec des femmes alcoolo-dépendantes en consultation, en cure et post-cure ;
- lorsque la femme exprime le désir d'accouchement sous le secret ;
- mais aussi lors du suivi d'un enfant porteur d'un retard de croissance intra-utérin, d'une microcéphalie, de malformations, de troubles du développement et des apprentissages inexpliqués.

Chez toutes les femmes enceintes

La question de la consommation d'alcool doit être abordée par le professionnel de santé systématiquement et le plus tôt possible :

- lors de la déclaration de grossesse ;
- lors de l'entretien prénatal précoce ;
- lors des consultations de suivi de grossesse, si cela n'a pas été fait avant.

UNE PRISE EN CHARGE PRÉCOCE, ADAPTÉE À CHAQUE SITUATION

La responsabilité de détecter une éventuelle alcoolisation incombe au professionnel de santé. Dans les situations simples, il a la possibilité de s'appuyer sur des outils pédagogiques, réalisés notamment par l'Inpes pour informer la femme des conséquences d'une éventuelle alcoolisation et assurer un suivi obstétrical attentif.

Dans les situations complexes, l'attitude à tenir dépend de la spécialité du praticien (gynécologue-obstétricien, sage-femme, pédiatre, addictologue...) et l'intervention de chaque professionnel doit systématiquement se faire en lien avec les autres professionnels, notamment dans le cadre d'un réseau de santé en périnatalité.

Dans les situations de grande détresse – qui cumulent plusieurs facteurs de vulnérabilité – la réponse passe nécessairement par un travail en réseau dans lequel s'inscrivent les différents acteurs sanitaires et sociaux concernés, et par l'élaboration d'un véritable projet de vie et d'un projet de soins.

Pour répondre à ces trois types de situation, le présent guide propose des conseils, en s'appuyant sur des situations concrètes.

■ Les situations simples

Définition

D'après un sondage réalisé pour l'Inpes en 2004 et en 2007 auprès d'un échantillon de 200 femmes enceintes, parmi celles qui boivent de l'alcool (29% en 2004 et 13% en 2007), la quasi-totalité ont une consommation inférieure à 2 verres par jour. Cette consommation, à risque pour l'enfant à naître, implique une action de tout professionnel de santé. Pour être efficace, cette action nécessite un apprentissage de notions simples autorisant un repérage précoce et une intervention brève dont l'efficacité a fait l'objet de nombreuses études^{14,15}. Bien renseignées sur les risques pour leur bébé, la plupart des femmes interrompent leur consommation.

Dans ces situations, les outils de l'Inpes peuvent être très utiles. Les professionnels peuvent notamment consulter et utiliser le guide *Alcool: ouvrons le dialogue*, la Lettre *Évolution* (n°3, octobre 2006, « Connaissance des Français sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse »), le guide pour les médecins formateurs au repérage précoce et intervention brève (RPIB). Tous ces documents sont disponibles sur le site Internet de l'Inpes. Le guide *Nutrition pour les femmes enceintes* peut également être un outil intéressant, à remettre aux femmes pour les aider au quotidien.

Exemple de situation clinique

Situation 1 : alcoolisation exceptionnelle avant le diagnostic de la grossesse

« J'ai bu plusieurs verres de champagne le jour de mon anniversaire, je me suis aperçue ensuite que j'étais enceinte de trois semaines ».

¹⁴ Recommandations de la Société française d'alcoologie, « Les conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse », in *Alcoologie et Addictologie*, 2002

¹⁵ Inpes, *Interventions auprès des consommateurs excessifs d'alcool*, coll. « Repères pour votre pratique »

Proposition de conduite à tenir : point de vue du praticien

■ Informer : Que savez-vous des conséquences de l'alcool sur la grossesse ?

Éléments de réponse : le risque malformatif est très faible, et nous allons attentivement surveiller la grossesse jusqu'à son terme.

Conseil : « Alcool = 0 » pour le reste de la grossesse et s'enquérir des consommations au rendez-vous suivant.

■ Suivi obstétrical attentif

Notamment au moment de l'échographie morphologique de référence du deuxième trimestre.

☛ *En cas de questionnement persistant et d'inquiétude des parents : rassurer en indiquant que le suivi de la grossesse sera bien attentif ; prévenir le pédiatre qui examinera l'enfant à la naissance pour qu'il recherche avec une attention particulière d'éventuels signes de dysmorphie faciale.*

☛ *En cas de suspicion de SAF ou autre TCAF par le pédiatre, prévoir une consultation avec des professionnels formés aux troubles du développement, afin de préciser le diagnostic et d'assurer un suivi adapté de l'enfant.*

■ Les situations complexes

Définition

Les femmes posant le plus de problèmes aux professionnels de santé sont celles présentant une consommation nocive, qui sont dépendantes¹, et souvent dans le déni. Ce sont elles qui mettent le plus en danger leurs enfants, avec un risque accru à chaque grossesse.

Exemple de situation clinique

Situation 1 : alcoolisations aiguës répétées malgré la grossesse connue

« Je suis enceinte de 5 mois, j'ai bu quelques apéritifs le soir, 2 à 3 fois par semaine ».

Que dire ? Que Faire ? Points de vue du gynécologue-obstétricien, de la sage-femme, du pédiatre, et de l'alcoologue.

Situation 2 : alcoolisations quotidiennes actuelles

« Je suis enceinte de 5 mois, je ne bois pas d'alcool, juste 3 ou 4 bières tous les jours ».

Que dire ? Que faire ? Point de vue du gynécologue-obstétricien, de la sage-femme, du pédiatre, et de l'alcoologue.

Proposition de conduite à tenir : point de vue du praticien

■ Consultation avec un gynécologue-obstétricien, une sage-femme ou un généraliste

Informer : Que savez-vous des conséquences de l'alcool sur la grossesse ?

Éléments de réponse : les risques malformatifs et cognitifs sont possibles et inconstants. Ils dépendent de la dose d'alcool, du métabolisme et de l'âge maternels^{16,17}, du fœtus lui-même (plus ou moins fragile selon le terrain génétique), des co-toxicités associées (tabac).

Le devenir de l'enfant dans son évolution ultérieure est difficilement évaluable car il dépend de l'atteinte de l'enfant, du suivi (précoce, spécialisé) et de son environnement familial et social.

¹⁶ Jacobson S.-W., Jacobson J.-L., Sokol R.-J., Chiodo L.-M., Corobana R., Maternal age, alcohol abuse history, and quality of parenting as moderators of the effects of prenatal alcohol exposure on 7.5-year intellectual function. Alcohol Clin Exp Res. 2004 Nov;28(11):1732-45

¹⁷ Dr Urso Baiardo L., Dr Fline-Barthes M.-H., Pr Subtil D., Dr Therby D., op. cit.

■ Suivi obstétrical de grossesse « à risque »

Examen attentif par l'échographie morphologique de référence du deuxième trimestre, à la recherche notamment de retard de croissance intra-utérin (RCIU).

En fonction des signes diagnostiqués à l'échographie, d'autres échographies de surveillance seront peut-être nécessaires, ainsi qu'une surveillance par monitoring à domicile (par une sage-femme de PMI ou libérale).

■ Consultation anténatale avec un pédiatre

En lien avec l'équipe assurant le suivi de la grossesse, avec comme objectifs :

- l'information des parents sur les risques pour l'enfant, sur l'importance du suivi précoce et adapté de l'enfant par un pédiatre formé et par un centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ;
- la programmation d'un examen de l'enfant à la naissance par un pédiatre formé au dépistage du SAF et autres TCAF ;
- la recherche des conséquences cliniques d'une éventuelle alcoolisation antérieure de la mère sur la fratrie existante (petit poids ? Petite taille ? Microcéphalie ? Difficultés scolaires ?...), afin de préciser un diagnostic éventuel et d'entamer une prise en charge spécialisée en cas de diagnostic positif (CAMSP et centre médico-psycho-pédagogique, CMPP) ;
- la préparation du retour à domicile.

En cas de forte suspicion de SAF ou autre TCAF par le pédiatre : préparer un suivi précoce et spécialisé sur le long terme de l'enfant avec les professionnels de proximité.

■ Consultation avec un addictologue

Le professionnel prodigue des conseils et propose une aide pour mettre un terme à la consommation d'alcool chez la patiente : « Vous et votre bébé vous porteriez mieux sans consommation d'alcool. Si cela vous est difficile, un accompagnement spécialisé est possible. Je vous propose de faire le point dans 15 jours, mais n'hésitez pas à m'appeler d'ici là si vous souhaitez qu'on se voie plus tôt ».

Il est nécessaire de revoir la patiente 15 jours après, afin de réévaluer sa consommation et parler notamment de ses envies de boire.

Si la patiente a des difficultés pour arrêter, il faut proposer une consultation en addictologie (alcoologie) pour un travail sur les comportements.

De plus, il faudra organiser les liens entre les différents intervenants participant à la prise en charge de la mère et – si possible – du couple pendant la fin de la grossesse (intervention à la maternité de l'équipe de liaison et de soin en addictologie, ELSA), afin d'assurer un suivi spécialisé et un soutien de proximité. Avec l'accord de la mère, il est nécessaire de contacter notamment son médecin traitant.

■ **Travail en partenariat pluridisciplinaire et coordonné nécessaire** : individualisé, personnalisé, avec notamment un professionnel de confiance désigné comme référent de proximité (souvent le médecin traitant) et/ou dans le cadre du réseau de santé en périnatalité un professionnel spécialiste référent pour la grossesse.

■ Les situations de grande détresse (complexes avec facteurs de vulnérabilité)

Définition

Le praticien peut également rencontrer des femmes dépendantes à l'alcool qui **présentent de nombreux facteurs de vulnérabilités préexistants à la grossesse**^{18,19}:

- relationnels : en particulier, des problèmes de couple avec pour conséquence l'isolement et un sentiment d'insécurité par absence de soutien de l'entourage ;

¹⁸ Haute autorité de santé, *Préparation à la naissance et à la parentalité*, Recommandations de bonne pratique, novembre 2005 ; Ces recommandations professionnelles accompagnent les mesures du plan périnatalité 2005-2007

¹⁹ Cf. annexe 8, L'exemple de Réunionsaf (Réseau de prévention et de prise en charge du SAF à la Réunion)

- violences domestiques : avec ou sans antécédents de maltraitance dans l'enfance pour l'un ou l'autre membre du couple ;
- troubles mentaux : dépression, déficiences mentales, troubles de la personnalité, schizophrénie, parfois en rapport avec leur propre statut au regard de TCAF ;
- sociaux : chômage, précarité, rupture conjugale avec souvent signalement au service de protection maternelle et infantile (PMI) pour maltraitance, placement d'enfants, prostitution, absence de domicile fixe... ;
- poly-consommation (addictions aux substances psycho-actives : tabac, drogues illicites) ;
- fragilité somatique et malnutrition ;
- absence de contraception fiable et/ou adaptée ;
- enfants atteints de TCAF dans la fratrie ;
- dettes ;
- etc.

Ces patientes sont connues de nombreux services hospitaliers, des services sociaux, de la justice, parfois sur plusieurs générations. Elles échappent pourtant parfois totalement à la prévention.

Les professionnels sociaux et médico-sociaux sont en grand désarroi. Le problème de l'addiction est soulevé trop tardivement, à la naissance d'un enfant porteur du SAF ou, ultérieurement, devant des troubles du développement ou des négligences éducatives. Des mesures de sauvegarde de l'enfant peuvent également être prises en urgence par les services compétents.

Quand on leur donne la parole, ces femmes disent que :

- elles ont perdu confiance en notre système de santé qui n'a pas su les écouter, voire les protéger, lorsqu'elles étaient plus jeunes ;
- elles ont honte de parler de leur problème d'alcool (tabou), ce qui les incite au silence.

Face à l'incohérence de la vie de ces femmes sans repère, notre société offre des aides morcelées et temporaires. Les professionnels leur demandent de faire des démarches individuelles trop lourdes. En effet, ils leur proposent des consultations psychologiques ou psychiatriques, des consultations d'addictologie, des rendez-vous avec des travailleurs sociaux pour l'accès au logement, avec la justice pour se protéger des violences domestiques, en se souciant peu de leurs capacités physiques, cognitives et matérielles. Face à ce morcellement des réponses, l'enjeu est de définir un objectif global de continuité et de cohérence. Cette démarche implique le renforcement des partenariats et la poursuite de l'évolution des pratiques dans le sens d'un travail en réseau entre les différents acteurs concernés : sanitaires dans leur diversité, sociaux et médico-sociaux²⁰.

Pourtant, elles souhaitent un bébé en bonne santé et sont culpabilisées par leur prise de risques, mais ne peuvent changer leur façon d'agir du fait du cumul des difficultés rencontrées.

De plus, elles sont prêtes à faire des efforts pour sauvegarder l'avenir de leur enfant, à condition d'être épaulées dans les tracas de la vie quotidienne.

Exemples de situations et de prises en charge possibles

Situation 1 : patiente connue avant la grossesse

Elle est identifiée soit par les services sociaux, soit par le service de PMI, soit par son médecin généraliste, un alcoologue, un centre de cure, une psychologue ou une association. Elle désire démarrer une grossesse ou elle est déjà enceinte. Elle est accompagnée par un professionnel référent identifié ou éventuellement une structure, référente dans le domaine.

L'information sera transmise au moment du premier rendez-vous à l'équipe obstétricale de la maternité choisie par la femme pour assurer le suivi de cette grossesse.

Un retour d'informations, le calendrier des visites, des examens biologiques et échographiques déterminés au cours d'une « relation négociée » avec la patiente seront transmis au référent de

²⁰ Circulaire n° DHOS/DGS/O2/6C/2005/300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité

proximité et aux différents intervenants nécessaires à l'accompagnement global de la femme et leurs rôles respectifs seront expliqués.

De plus, si la femme le souhaite, elle peut également désigner une personne de confiance, notamment parmi son entourage, pour l'accompagner dans le suivi de sa grossesse auprès des différents professionnels.

Situation 2 : patiente révélant aux professionnels ses vulnérabilités en cours de grossesse, par exemple lors de l'entretien prénatal précoce

Il conviendra d'identifier et de mobiliser rapidement les personnes ressources potentielles de proximité (personne de confiance, référent de proximité), afin de permettre à l'équipe obstétrico-pédiatrique de pouvoir s'appuyer sur ce réseau pour faciliter le suivi de la grossesse.

En parallèle, le professionnel de santé réalisant l'entretien prénatal précoce orientera la femme vers le référent spécialiste "alcool et grossesse", afin d'apporter à la femme les compétences spécialisées nécessaires. Ce contact sera d'autant plus facile à établir qu'un travail de sensibilisation à la prévention de l'ETCAF aura été réalisé en amont et que des protocoles communs aux équipes d'addictologie et de maternité auront été élaborés.

Proposition de conduite à tenir

- **Mettre en confiance et repérer** les situations d'addiction et de vulnérabilité au travers de toutes les consultations pré-conceptionnelle et prénatales, ainsi qu'à l'occasion de l'entretien prénatal précoce (individuel ou en couple) du 1^{er} trimestre de la grossesse ou encore à l'occasion des séances de préparation à la naissance :
 - en respectant sa demande : être accueillie en tant que femme enceinte, ne faire l'objet d'aucun jugement, recevoir des informations appropriées, avoir l'assurance d'un suivi adapté et de ne pas être séparée de son enfant ;
 - en valorisant la fonction de mère, le bien-être fœtal et le côté positif de la grossesse ;
 - en lui rappelant les obligations de respect des droits des personnes par les professionnels (respect du secret des informations) ;
 - en lui proposant de l'accompagner dans ses démarches, dont la priorité doit être le suivi de sa grossesse ;
 - en se rendant disponible, à l'écoute et bienveillant ;
 - en développant une aisance dans l'abord du sujet, pour savoir quoi dire et quoi faire.

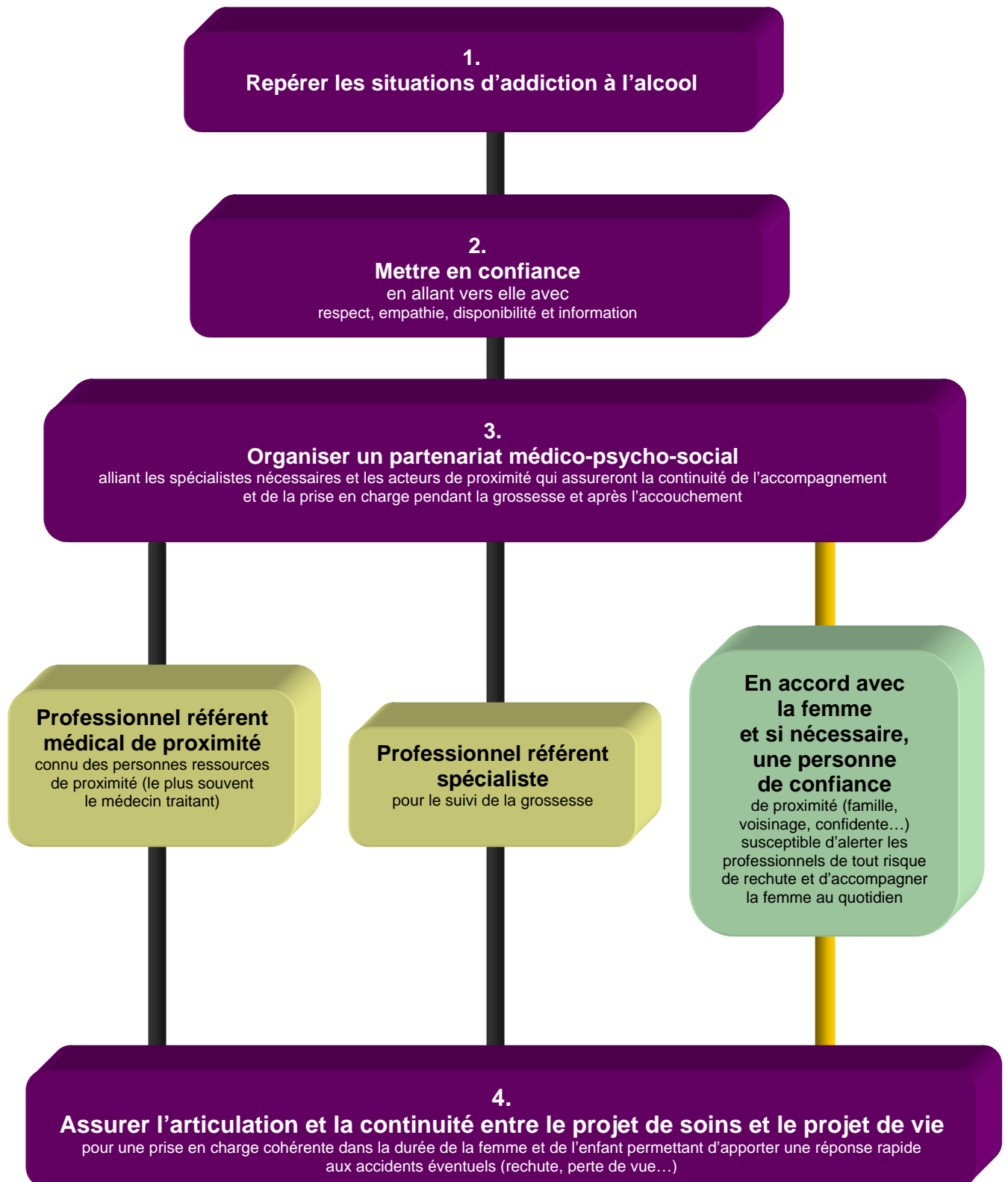
- **Les compétences nécessaires :**
 - avoir acquis une sensibilisation et une formation à la prise en charge des conduites addictives et de l'ETCAF le plus précocement possible ;
 - savoir appréhender les difficultés parentales, déterminer l'aide à fournir, mettre en perspective des images positives du devenir de l'enfant en fonction du soutien apporté par les professionnels ;
 - faire le lien avec les autres professionnels, à partir du suivi médical de la grossesse, afin de proposer des possibilités d'accompagnement de proximité et pour faciliter la cohérence et la continuité du projet de soins auprès de ces familles.

- S'assurer de l'**accès effectif aux soins des femmes enceintes vulnérables** et proposer les prises en charge les plus adaptées à leurs contraintes. Pour certaines patientes, par exemple, l'accueil en hôpital de jour à la maternité peut être une façon de lever les réticences face aux soins, liées à leur difficulté d'exposer leur problème d'alcool, et à leur angoisse de laisser trop longtemps leurs autres enfants seuls à la maison. Il peut aussi permettre de faire le point sur le déroulement de la grossesse, sur la « maladie alcool » comme sur les fragilités psychiques et les vulnérabilités diverses qui accompagnent la consommation d'alcool.

- Pendant le suivi de la grossesse, les « passages » à la maternité (consultations et/ou hospitalisation) doivent être mis à profit pour :
 - organiser, en cas de dépendance alcoolique, en accord avec la patiente, une rencontre avec un alcoologue ou le service d'alcoologie de liaison, un psychologue ou un psychiatre, le service social de l'hôpital... ;

- organiser, en cas de suspicion de SAF ou autre TCAF, une rencontre le plus tôt possible avec le pédiatre qui pourrait accompagner l'enfant après la naissance, afin d'informer la femme sur les TCAF et de mettre en place un suivi précoce du bébé à naître, et faciliter l'accueil en unité mère-enfant à la naissance afin d'éviter le plus possible la séparation ;
 - proposer, si nécessaire, à la patiente une synthèse des discussions et une conduite à tenir pour le retour à domicile, en présence du référent de proximité.
- Quand cela est possible, éviter de demander à une femme déjà « exclue » de faire des démarches actives vers de multiples « personnes ressources », souvent éloignées de son domicile, et essayer de s'adapter à ses besoins et ses capacités, en lien notamment avec les travailleurs sociaux et la famille.
- Mettre en place auprès de chaque femme un **dispositif flexible capable** :
 - **d'être réactif** pour trouver des solutions dès que les facteurs de vulnérabilité sont exacerbés ; ainsi par exemple : ne pas laisser sans réponse de nouvelles violences domestiques, au risque de voir la femme s'alcooliser de nouveau, éviter une nouvelle grossesse dans un moment de grande dépression en mettant en place une contraception fiable, garantir autant que possible les liens mère-enfant ;
 - **d'assurer la continuité de la relation de soins**, face à la maladie chronique de l'alcoolisme : les enjeux sont la femme, l'enfant en devenir et la famille.

Schéma récapitulatif de prise en charge des femmes en situation de vulnérabilité



LES ACTEURS RÉGIONAUX IMPLIQUÉS DANS L'ACCOMPAGNEMENT ET LA PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS COMPLEXES ET/OU DE GRANDE VULNÉRABILITÉ

La prise en charge des situations complexes ou de grande détresse doit s'inscrire dans un dispositif clairement identifié et organisé.

Celui-ci s'appuie sur un partenariat entre les différents acteurs du projet de soins (professionnels libéraux, des services de PMI, des établissements sanitaires et des établissements médico-sociaux) et ceux du projet de vie (famille, travailleurs sociaux, éducation nationale, associations...).

L'efficacité de la prise en charge suppose une globalité et une continuité de l'accompagnement. Ceci passe souvent par la désignation d'un professionnel de santé de proximité, référent du projet de soins à long terme, d'un professionnel référent spécialiste des situations « grossesse et alcool » et, selon la situation de la femme et ses souhaits, par la désignation par elle-même d'une personne de confiance de proximité issue notamment de l'entourage.

Ces échanges sont facilités lorsque des temps d'information, de formation et d'échanges interprofessionnels et inter-structures ont été mis en place. Ce travail peut bénéficier par exemple de l'impulsion du réseau de santé en périnatalité, avec la création ou la mise à disposition d'outils de liaisons et des ressources (annuaire local « grossesse et alcool » par exemple).

Il est tout d'abord nécessaire de rappeler qui sont les acteurs concernés par les projets de soins et de vie de la patiente, mais aussi les structures et organisations locales existantes. Une mobilisation globale est nécessaire. Elle se fera grâce à des outils communs inspirés par exemple d'outils élaborés par les professionnels impliqués depuis longtemps dans la prévention des TCAF et qu'il faudra adapter aux particularités locales.

■ Les principaux acteurs : les professionnels, les établissements, les services de PMI

Quelles sont les personnes ressources potentielles à mobiliser au sein du projet de soins pour ces femmes ? Il est important de distinguer les acteurs connaissant la patiente depuis longtemps et ayant avec elle une relation suivie et ancienne, des « nouveaux » acteurs qui vont intervenir lors de la prise en charge de l'addiction à l'alcool quand celle-ci est découverte pendant la grossesse. Toutes ces personnes sont liées par le secret professionnel.

Les acteurs du projet de soins

- Les professionnels de santé : médecins traitants, sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, infirmières...
- Les professionnels du conseil général : le service de PMI (médecins, sages-femmes, puéricultrices, psychologues et auxiliaires de puériculture)
- Les établissements sanitaires : établissements de santé publics et privés (équipes de liaison et de soins en addictologie, maternité, pédiatrie, néonatalogie, psychiatrie, pédopsychiatrie, urgences...)

- Les établissements médico-sociaux de sevrage, de convalescence et de post-cure, les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)...

Les acteurs du projet de vie

- La famille
- Les professionnels du médico-social (CAMSP, Sessad, IMP, IMPro, CMPP, ESAT...)
- Les professionnels du département : travailleurs sociaux de l'aide sociale à l'enfance
- Les professionnels de l'éducation nationale : professeurs des écoles, directeurs d'école, Rased, Clis...)
- Les personnels des associations : de quartier, d'aide aux anciens buveurs...
- Les professionnels des centres communaux d'action sociale (CCAS)

Les situations particulières

Mais aussi, dans certaines situations particulières comme dans le cadre d'une maltraitance avérée ou d'un risque grave de maltraitance, devront s'inscrire dans la cohérence du projet de vie :

- les professionnels du domaine judiciaire : juge des enfants, procureur de la République... ;
- des structures d'hébergement d'urgence... ;
- des familles d'accueil...

■ Avec un objectif commun : assurer la continuité, la cohérence et la globalité de l'accompagnement

Pour faciliter la cohérence, la globalité et la pérennité des actions dans ces situations de grande fragilité et à haut risque de rupture (crises, rechutes...), il est essentiel de pouvoir compter sur une vigilance à long terme élaborée avec les parents et coordonnée à différents niveaux, grâce à :

- **un professionnel référent de proximité du projet de soins**, concernant la patiente ainsi que le suivi de ses enfants. Il s'agira très souvent du médecin traitant, qui aura besoin du soutien et des informations nécessaires de la part de tous les professionnels et réseaux ressources définis ci-dessus comme acteurs du projet de vie et du projet de soins ;
- **un professionnel référent spécialiste des situations « grossesse et alcool »**. Ce référent, reconnu par ses pairs, coordonne le projet de soins, élaboré avec les partenaires de proximité (tel le médecin traitant ou des professionnels des services de PMI), afin de préparer la période post-natale et, en cas de SAF, la prise en charge la plus précoce possible de l'enfant par un pédiatre spécialisé.
Ce professionnel peut être situé au niveau régional ou départemental selon la situation locale. Il peut, par exemple, faire partie d'une équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) ou d'un CSAPA selon les compétences et ressources locales ;
- **une personne de confiance de proximité** choisie par la patiente, susceptible d'alerter le réseau de professionnels dès l'apparition d'un facteur de risque de décompensation... Ce rôle peut être tenu par un membre de la famille ou de l'entourage. La personne de confiance pourra être soutenue par les acteurs du projet de vie.

■ Les supports et outils régionaux de coordination

La problématique « Alcool et grossesse » est complexe et demande l'intervention d'acteurs relevant des domaines sanitaire, médico-social et social, et travaillant sur des thèmes différents : la périnatalité, l'addictologie, la précarité, la psychiatrie...

La connaissance et la reconnaissance des compétences et de la place de chaque acteur, de même que le partage d'outils communs, sont souvent liés à une formation commune, qui peut être réalisée localement dans le cadre du projet régional de santé ou celui des réseaux de santé en périnatalité (cf. annexe 7).

L'information des professionnels

Elle peut se faire notamment à l'initiative et en lien avec les équipes de liaison et de soins en addictologie, les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie les services de protection maternelle et infantile (PMI), les personnels des comités régionaux d'éducation pour la santé (CRES), les réseaux perinataux...

Ces structures peuvent organiser seules ou en commun des journées d'information. Elles peuvent également rédiger et diffuser des plaquettes d'information pour les professionnels, et parfois pour le grand public, sur les dangers de la consommation d'alcool pendant la grossesse et présenter les personnes ressources locales disponibles sur ce thème.

Cette information peut également se faire via le réseau de santé de périnatalité.

La formation des professionnels

Dans un premier temps, il est nécessaire de répertorier, dans chaque région, les besoins de formations et d'organiser des sessions en fonction des demandes (sur le thème addiction et grossesse et sur la culture du travail en partenariat). Ces formations pourront s'intégrer dans les axes de travail des agences régionales de santé (ARS).

Grâce à une formation commune des acteurs au dépistage et à la prise en charge des femmes enceintes consommatrices d'alcool, des personnes ou services « référents » peuvent être identifiés, des partenariats de travail peuvent se mettre en place et des outils de suivi partagés peuvent également être utilisés localement (élaborés notamment par les professionnels impliqués depuis plus longtemps dans la prévention du SAF et autres TCAF et adaptés aux particularités locales). Ces liens privilégiés par téléphone, fax, mail, courriers ou réunions, et la confiance ainsi instaurée, permettront davantage de cohérence pour la future mère, sécurisée par un discours commun. Ils permettront aussi de développer des protocoles d'interventions partenariales. Ainsi, le projet de soin de la femme sera plus facilement relayé par les acteurs du soin et du social, tout en respectant sa demande.

Les documents, répertoires...

Une page « annuaire local grossesse et alcool » peut être élaborée localement, structurée par département et avec les correspondants régionaux. Il s'agit de permettre à l'ensemble des professionnels au contact de femmes enceintes consommant de l'alcool de pouvoir – le plus rapidement possible – adresser celles-ci à un professionnel spécialisé sur cette thématique. Celui-ci sera chargé de prendre en charge la dépendance à l'alcool et de s'assurer de la cohérence du projet de soins. Ceci peut se faire notamment avec l'aide des équipes de liaison et de soins en addictologie mais aussi avec les associations locales d'anciens buveurs.

Concrètement : pour être aidé, reportez-vous à l'annexe 10 pour connaître les coordonnées des réseaux existant sur ces thématiques. Ils vous renseigneront sur les personnes ressources de proximité et les formations possibles sur ce thème qui seront aussi répertoriées sur le site de SAFFRANCE²¹.

Chaque région peut ainsi disposer de ses propres outils.

²¹ <http://saffrance.fr/>

Conclusion

- ***La question de la consommation d'alcool doit être systématiquement abordée avec toutes les femmes enceintes. La prise en charge des femmes enceintes qui consomment de l'alcool nécessite l'implication de tous les professionnels concernés le plus précocement possible, afin de préparer au mieux l'arrivée de l'enfant.***

La prévention de la consommation d'alcool chez la femme enceinte est d'autant plus importante qu'elle concerne deux générations.

La prévention « Alcool et grossesse » doit s'accompagner d'une prise de conscience collective de la toxicité de l'alcool pour un être en devenir.

La lutte contre le SAF et des autres TCAF est une priorité de santé publique. Elle implique un partage des compétences entre les professionnels de santé, afin d'offrir à la patiente une prise en charge précoce et adaptée.

La vulnérabilité de certaines de ces femmes amène les professionnels à considérer ces grossesses comme des grossesses à risque pour lesquelles un suivi rapproché est nécessaire, de même qu'une démarche de soins impliquant différentes catégories d'intervenants médico-psycho-sociaux et éducatifs.

La difficulté majeure, pour ces nombreux acteurs aux compétences et aux moyens d'actions différents, est de partager un langage commun pour assurer un suivi rapproché de la femme enceinte durant sa grossesse, mais aussi de son bébé après la naissance.

La valorisation des actions pluridisciplinaires mises en place auprès des femmes enceintes consommatrices d'alcool est importante pour les réseaux périnatalité soucieux d'améliorer la prise en charge de ces femmes, grâce notamment à l'information et à la formation des professionnels concernés.

Annexes

- Annexe 1 :** Critères diagnostic du SAF et de l'ETCAF (selon les lignes directrices canadiennes)
- Annexe 2 :** Classification des conduites d'alcoolisation
- Annexe 3 :** Stratégie du ministère chargé de la Santé pour lutter contre le SAF
- Annexe 4 :** Recommandations de la société française d'alcoologie (SFA) concernant le SAF
- Annexe 5 :** Outils de l'Inpes pour améliorer la prise en charge de la consommation d'alcool chez la femme enceinte
- Annexe 6 :** Questionnaires et autoquestionnaires de quantification du risque alcool : AUDIT, AUDIT-C, FACE, T-ACE
- Annexe 7 :** Principales structures et outils ressources à votre disposition
- Annexe 8 :** Exemple Réunisaf (réseau de prévention et de prise en charge du SAF à la Réunion)
- Annexe 9 :** Conditions nécessaires à l'apparition spontanée d'un réseau de santé et une démarche pragmatique adaptée aux conditions locales
- Annexe 10 :** Liste de quelques organismes de formations sur le SAF et autres TCAF (et coordonnées)
- Annexe 11 :** Bibliographie

Critères diagnostiques du SAF et de l'ETCAF (selon les lignes directrices canadiennes)

Les répercussions cliniques d'une alcoolisation fœtale forment un continuum de la forme la plus grave, *a priori* la plus facile à diagnostiquer et appelée **syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF)**, jusqu'aux formes dites « légères ou modérées » qui passent souvent inaperçues (alors qu'un diagnostic précoce leur permettrait de bénéficier d'un accompagnement précoce afin de limiter notamment les conséquences sociales des troubles).

Les critères de diagnostic du SAF, après avoir exclu d'autres diagnostics, sont les suivants :

1. **Un retard de croissance prénatal ou postnatal, dans au moins un des aspects suivants :**
 - poids ou taille à la naissance égal(e) ou inférieur(e) au 10^e percentile pour l'âge fœtal ;
 - taille ou poids égal ou inférieur au 10^e percentile pour l'âge ;
 - rapport poids-taille trop faible (égal ou inférieur au 10^e percentile).
2. **Une dysmorphie faciale avec présence simultanée, à n'importe quel âge, des trois anomalies faciales suivantes²² :**
 - des fentes palpébrales étroites ;
 - un philtrum (espace naso-labial) lisse ou aplati ;
 - une lèvre supérieure mince.
3. **Une atteinte du système nerveux central avec au moins trois des troubles suivants^{23,24} :**
 - des troubles neurologiques légers et profonds retrouvés à l'examen neurosensoriel approfondi (réalisé par un pédiatre, neurologue, ergothérapeute...) ;
 - une microcéphalie par diminution de taille des hémisphères cérébraux ou des malformations cérébrales détectées par l'imagerie cérébrale ;
 - une déficience mentale avec un QI inférieur à 70 ;
 - des difficultés dans les apprentissages scolaires nécessitant souvent un enseignement adapté ;
 - un trouble de la communication tant sur les versants expressifs que sur la compréhension des questions longues, abstraites et complexes ;
 - une déficience des fonctions exécutives ;
 - un trouble de la mémoire ;
 - un trouble de l'attention ;
 - un trouble des facultés d'adaptation et des conduites sociales qui ne peut être expliqué uniquement par les antécédents familiaux ou par l'environnement.
4. **Exposition prénatale à l'alcool confirmée.**

Les critères de diagnostic du syndrome d'alcoolisation fœtale partiel, après avoir exclu d'autres diagnostics, sont les suivants :

1. **Une exposition prénatale à l'alcool confirmée ou très probable.**
2. **Présence simultanée, à n'importe quel âge, de deux des anomalies faciales suivantes :**
 - Des fentes palpébrales étroites ;
 - Un philtrum (espace naso-labial) lisse ou aplati ;
 - une lèvre supérieure mince.

²² Astley S.-J., Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spectrum Disorders: The 4-Digit Diagnostic Code (3rd edition). Seattle : University of Washington Publication Services

²³ Chudley Albert E., Conry Julianne, Cook Jocelynn L., Looock Christine, Rosales Ted, LeBlanc Nicole, « Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale : lignes directrices canadiennes concernant le diagnostic », in CMAJ, March 1, 2005; 172 (5 suppl.)

²⁴ Larroque B., Kaminski M., Dehaene P., Subtil D., Querleu D., Prenatal alcohol exposure and signs of minor neurological dysfunction at preschool age. Dev Med Child Neurol. 2000 Aug;42(8):508-14

3. **Preuve de déficiences dans trois des domaines du système nerveux central ou plus**, notamment : les troubles neurologiques légers et profonds ; la structure du cerveau ; la cognition, la communication ; le rendement scolaire ; la mémoire ; le fonctionnement exécutif et le raisonnement abstrait ; la déficience de l'attention et hyperactivité ; le comportement adaptatif, les compétences sociales, la communication sociale.

Les critères de diagnostic des troubles neurologiques du développement liés à l'alcool, après avoir exclu d'autres diagnostics, sont les suivants :

1. **Preuve de déficiences dans trois ou plus des domaines du système nerveux central** : les troubles neurologiques légers et profonds ; la structure du cerveau ; la cognition ; la communication ; le rendement scolaire ; la mémoire ; le fonctionnement exécutif et le raisonnement abstrait ; la déficience de l'attention et hyperactivité ; le comportement adaptatif, les compétences sociales, la communication sociale.
2. **Exposition de la mère à l'alcool confirmée.**

Classification des conduites d'alcoolisation

1. **Non-usage (non-consommateur)**
2. **Usage « à moindre risque » (consommateur modéré)²⁵**
3. **Mésusage** : catégorie générique rassemblant toutes les conduites d'alcoolisation caractérisées par l'existence d'un ou plusieurs risques potentiels, ou par la survenue de dommages induits, alcoolo-dépendance incluse.
 - **Usage à risque** (consommateur à risque) dont les épisodes d'ivresse
 - **Usage nocif** (consommateur à problèmes)
 - **Usage avec dépendance** (consommateur dépendant ou alcoolo-dépendant)

²⁵ Nordmann R., « Alcool et modération : clarifier l'information du consommateur », in *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 2006, 190, 1803-1807

Stratégie du ministère chargé de la Santé pour lutter contre le SAF

La stratégie du ministère chargé de la Santé pour lutter contre le SAF et autres TCAF s'inscrit dans la continuité et repose sur diverses mesures

La politique de santé pour prévenir le syndrome d'alcoolisation fœtale associe mesures réglementaires, recommandations professionnelles, formations, actions d'information et recherche. Plusieurs directions du ministère chargé de la Santé sont mobilisées.

La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a rédigé et diffusé en décembre 2003 un Guide de bonnes pratiques pour les équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie (ELSA) qui comprend une fiche de recommandation spécifique pour aider les équipes à organiser la prise en charge des femmes enceintes ayant une addiction.

Plusieurs dispositions de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique concernent le SAF. Elles rendent obligatoires :

- des campagnes d'information sur la prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale ;
- une information, au collège et au lycée, sur les risques sanitaires de la consommation d'alcool pendant la grossesse ;
- la formation de tous les professionnels de santé et des professionnels du secteur médico-social aux effets de l'alcool sur le fœtus.

En 2005, à la demande du ministère chargé de la Santé, la Haute autorité de santé (HAS) a publié deux recommandations de bonne pratique concernant la grossesse : « *Préparation à la naissance et à la parentalité* », et « *Comment mieux informer les femmes enceintes ?* » qui préconisent notamment d'informer les femmes sur les risques liés à la consommation d'alcool (accessibles sur www.has-sante.fr).

Une mesure réglementaire importante a été prise en 2006 afin d'améliorer l'information des femmes enceintes et du grand public sur les dangers de la consommation d'alcool pendant la grossesse. L'arrêté du 2 octobre 2006 relatif aux modalités d'inscription du message à caractère sanitaire recommandant l'absence de consommation d'alcool par les femmes enceintes sur les unités de conditionnement des boissons alcoolisées, oblige les producteurs d'alcool à faire figurer sur l'ensemble des contenants de boissons alcoolisées qui sont mis sur le marché ou étiquetés depuis le 3 octobre 2007, un pictogramme ou un message sanitaire. Cette mesure a été possible grâce à un amendement parlementaire déposé par Madame Anne-Marie Payet avec le soutien du ministre chargé de la Santé et adopté le 19 octobre 2004 lors de la seconde lecture devant le Sénat du projet de loi sur les droits des personnes handicapées.

Dans le même sens, une information des femmes ainsi que le pictogramme figurent dans le carnet de santé maternité dont la maquette a fait l'objet d'un arrêté du 21 juin 2007 (publié au Journal officiel du 28 juillet 2007).

De plus, à la demande du ministre chargé de la Santé, l'Institut de veille sanitaire (InVs) a mis en place un protocole d'étude afin d'apprécier la faisabilité de la surveillance épidémiologique du SAF, à partir notamment de plusieurs services de maternité et de registres du handicap. Afin d'améliorer la reconnaissance des enfants atteints de SAF, une formation spécifique a été mise en place en 2005/2006 dans les services de maternité impliqués dans cette surveillance. Enfin, pour les enfants ayant été exposés à l'alcool durant la gestation à risque de TCAF autres que le SAF, le diagnostic est plus tardif et n'intervient souvent qu'à l'âge des apprentissages. Ces cas demanderont la mise en place dans un deuxième temps d'un autre protocole spécifique.

Le ministère en charge de la Santé et l'Inpes ont mis en place un site internet, alcool info service (www.alcoolinfoservice.fr) et un numéro d'assistance (Écoute alcool : 0 811 91 30 30) pour permettre au grand public de se faire aider concernant ses problèmes d'alcool. Une campagne de communication de l'Inpes a été réalisée en septembre 2006 pour informer le grand public et les femmes enceintes sur les

dangers de la consommation d'alcool pendant la grossesse et aussi pour leur faire connaître le pictogramme et le message sanitaire qui figurent sur la plupart des contenants de boissons alcoolisées depuis octobre 2007. L'Inpes a également réalisé en parallèle une communication auprès des professionnels de santé via notamment des messages dans la presse médicale spécialisée afin d'encourager les professionnels à aborder le sujet de l'alcool avec leurs patientes (tout au long de la grossesse) et avec les femmes désireuses d'avoir un enfant. En plus de cette campagne dans la presse, les gynécologues, sages-femmes et professionnels des centres de protection maternelle et infantile (PMI) ont reçu un courrier de sensibilisation à la problématique de la consommation d'alcool et de tabac pendant la grossesse ainsi que plusieurs exemplaires d'un document d'information à remettre à leurs patientes. Ce document sous forme de carte postale présente les messages sanitaires, rappelle les risques liés à la consommation d'alcool et de tabac pendant la grossesse ainsi que la recommandation « 0 alcool/0 tabac pendant la grossesse » et renvoie pour toute question vers les professionnels de santé ou vers les lignes d'Écoute alcool (0 811 91 30 30) et Tabac info service (0 825 309 310).

La circulaire de la Direction générale de la santé (DGS) du 12 octobre 2006 relative au repérage précoce intervention brève vise la diffusion nationale de la pratique du repérage précoce intervention brève en alcoologie par les médecins généralistes, afin que toute consommation à risque d'alcool soit dépistée systématiquement par les médecins généralistes pour intervenir le plus tôt possible. Cinq régions ont commencé des formations en 2006, cinq autres en 2007 et cinq nouvelles doivent commencer en 2008. Une évaluation nationale continue du dispositif est réalisée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

Le plan addiction 2007-2011 présenté par le ministre chargé de la Santé le 15 novembre 2006 et copiloté par la DGS et la DGOS prévoit notamment des actions de prévention de la consommation de substances psychoactives pendant la grossesse.

La DGS finance également la Société française d'alcoologie (SFA) dans le cadre d'une convention afin qu'elle assure à plus grande échelle la diffusion de ses recommandations pour la pratique clinique concernant le repérage et le prise en charge des conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse (cf. annexe 4).

Recommandations de la Société française d'alcoologie (SFA) concernant les conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse

Les recommandations de la SFA concernant le syndrome d'alcoolisation fœtale sont disponibles sur le site : www.sfalcoologie.asso.fr.

Gradations des recommandations

Selon le niveau des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations proposées sont classées en grade A (preuve scientifique établie), B (présomption scientifique) ou C. En l'absence de précisions, les recommandations correspondent à un accord.

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

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

Le grand public est plus ou moins ignorant des effets nocifs de l'alcool sur le développement embryo-fœtal. Le rôle des professionnels est de diffuser cette information de manière collective et individuelle.

Conseiller l'abstinence

Eu égard à la toxicité embryo-fœtale de l'alcool (Grade A), il est recommandé aux femmes de ne pas consommer de boissons alcooliques durant toute la durée de la grossesse.

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

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

Former les professionnels

Il est recommandé de développer les formations pluridisciplinaires sur les conséquences d'une exposition prénatale à l'alcool.

Il convient de former les professionnels aux facteurs psycho-dynamiques qui sous-tendent les conduites d'alcoolisation ainsi qu'à la culpabilité, la honte et le déni qui peuvent les accompagner.

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

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

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

Informer le grand public

Les informations concernant les risques d'une exposition prénatale à l'alcool doivent être portées à la connaissance de tous, hommes et femmes et notamment des plus jeunes, garçons et filles. La médecine de soins et la médecine de prévention doivent être en mesure de diffuser cette information.

Il est recommandé de rappeler les risques d'une exposition prénatale à l'alcool aux femmes enceintes ou qui désirent l'être, ces informations étant susceptibles de modifier le comportement de consommation (Grade A).

Il est recommandé que les conduites d'alcoolisation durant la grossesse soient prises en compte dans les politiques de santé, comme cela se fait dans la plupart des pays occidentaux. Une telle prise de position est susceptible d'infléchir l'incidence des expositions prénatales à l'alcool (Grade B).

Il est recommandé d'associer les producteurs et les distributeurs de boissons alcooliques aux messages de prévention quant à la consommation d'alcool durant la grossesse.

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

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

Il est recommandé de s'enquérir des pratiques de consommation d'alcool chez toutes les femmes qui désirent une grossesse ou qui sont enceintes, et ce, dès la déclaration de naissance (de la même manière que l'on s'informe du mode de vie, de la consommation de tabac, de médicaments, de produits illicites). L'entretien de parentalité envisagé par le législateur a d'ailleurs intégré cette dimension. Les questionnaires et les marqueurs biologiques peuvent être des moyens complémentaires à l'entretien pour nouer un dialogue en rapport avec la consommation d'alcool.

Repérer les conduites d'alcoolisation durant la grossesse

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

Il est recommandé de définir la valeur du score prédictif du questionnaire AUDIT chez la femme enceinte.

La validation en français du questionnaire T-ACE, considéré comme étant le questionnaire présentant les meilleures sensibilités et spécificité pour le repérage des conduites d'alcoolisation chez la femme enceinte est recommandée (accord professionnel).

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

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

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

Aider et accompagner les femmes enceintes qui s'alcoolisent

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La formalisation de réseaux autour de la problématique des conduites d'alcoolisation durant la grossesse est recommandée. Ce fonctionnement en réseau doit permettre d'assurer les meilleurs soins à l'enfant et sa famille. Le travail pluridisciplinaire doit permettre, en organisant au mieux l'accueil de l'enfant, d'éviter les placements en urgence.

L'enfant alcoolisé in utero doit pouvoir compter dès avant sa naissance sur des soins de qualité, grâce à la sensibilisation du personnel médico-psycho-social et éducatif.

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

Outils de l'Inpes pour améliorer la prise en charge de la consommation d'alcool chez la femme enceinte

L'Inpes a rédigé et diffusé plusieurs outils pour aider les professionnels à dépister et prendre en charge les consommateurs à risque d'alcool, mais aussi pour informer le grand public et les femmes enceintes sur les risques pris.

Ses différents documents sont téléchargeables sur le site de l'Inpes (www.inpes.sante.fr/) et peuvent également être adressés gratuitement sur simple demande.

Liste des supports disponibles :

- pour les professionnels :
 - Kit : « Alcool – ouvrons le dialogue »,
 - Dépliant, *Intervention auprès des consommateurs excessifs d'Alcool*, coll. « Repères pour votre pratique »,
 - Lettre « Évolutions. Résultats d'études et de recherches en prévention et en éducation pour la santé », *Alcool et grossesse : connaissances du grand public en 2007 et évolutions en trois ans*, n° 15, juin 2008,
 - Lettre bimestrielle d'informations sur les effets de l'alcool, *Actualités Alcool*,
 - Guide formateurs RPIB ;
- pour le grand public :
 - Brochure *Guide pratique pour faire le point sur votre consommation d'alcool*,
 - Dépliant *Alcool : votre corps se souvient de tout* ;
- pour les femmes enceintes :
 - Affiche et carte postale : « Zéro alcool pendant la grossesse »,
 - *Le guide nutrition pendant et après la grossesse*.

Questionnaires et autoquestionnaires de quantification du risque alcool : AUDIT/AUDIT-C/FACE/T-ACE

■ Questionnaire de dépistage AUDIT

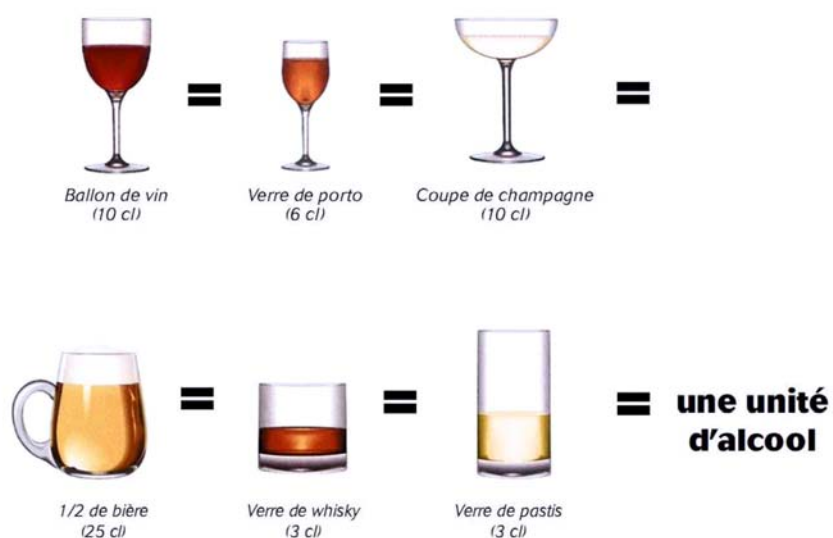
Disponible sur le site www.automesure.com/Pages/formulaire_alcool.html, le questionnaire de dépistage AUDIT peut être intégré dans un questionnaire de santé afin d'être utilisé dans les consultations d'obstétrique (Philippe Michaud, BMCM/ANPAA, 15 novembre 2006 et interprétation).

L'usage est de ne pas commencer le questionnaire avec les questions sur l'alcool.

Par exemple : « Madame, merci de bien vouloir répondre au questionnaire ci-dessous pendant l'attente de votre consultation avec le médecin ou la sage-femme. Il permettra de faire le point sur un certain nombre de facteurs de risque pour vous ou pour votre bébé. N'hésitez pas à demander si besoin de l'aide au personnel qui vous a accueillie. »

Les dix questions qui suivent concernent les douze mois qui précèdent votre grossesse.

Ce que nous nommons un **verre standard** représente une de ces boissons :



Avant votre grossesse...

1. Combien de fois vous arrivait-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

- jamais
- une fois par mois ou moins
- 2 à 4 fois par mois
- 2 à 3 fois par semaine
- 4 fois ou plus par semaine

Si vous ne consommez pas d'alcool, passez directement à la question 9.

2. Combien de verres standards buviez-vous ordinairement un jour où vous buvez de l'alcool ?

- un ou deux
- trois ou quatre
- cinq ou six
- sept à neuf
- dix ou plus

3. Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrivait-il de boire six verres standard ou plus ?

- jamais
- une fois par mois ou moins
- 2 à 4 fois par mois
- 2 à 3 fois par semaine
- 4 fois ou plus par semaine

4. Dans les douze derniers mois, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente, parce que vous aviez bu ?

- jamais
- une fois par mois ou moins
- 2 à 4 fois par mois
- 2 à 3 fois par semaine
- 4 fois ou plus par semaine

5. Dans les douze derniers mois, combien de fois avez-vous ressenti un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?

- jamais
- une fois par mois ou moins
- 2 à 4 fois par mois
- 2 à 3 fois par semaine
- 4 fois ou plus par semaine

6. Dans les douze derniers mois, combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé à consommer de l'alcool ?

- jamais
- une fois par mois ou moins
- 2 à 4 fois par mois
- 2 à 3 fois par semaine
- 4 fois ou plus par semaine

7. Dans les douze derniers mois, combien de fois avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?

- jamais
- une fois par mois ou moins
- 2 à 4 fois par mois
- 2 à 3 fois par semaine
- 4 fois ou plus par semaine

8. Dans les douze derniers mois, combien de fois n'avez-vous pas pu faire ce que normalement vous auriez dû faire, parce que vous aviez bu ?

- jamais
- une fois par mois ou moins
- 2 à 4 fois par mois
- 2 à 3 fois par semaine
- 4 fois ou plus par semaine

9. Vous êtes-vous blessée ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?

- jamais
- oui, mais pas dans les douze derniers mois
- oui, au cours des douze derniers mois

10. Est-ce qu'un ami, un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?

- jamais
- oui, mais pas dans les douze derniers mois
- oui, au cours des douze derniers mois

Les trois questions qui suivent portent sur votre consommation depuis l'annonce de votre grossesse (depuis que vous savez que vous êtes enceinte).

Depuis le début de votre grossesse...

11. Combien de fois vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

- jamais
- une fois par mois ou moins
- 2 à 4 fois par mois
- 2 à 3 fois par semaine
- 4 fois ou plus par semaine

Si vous ne consommez pas d'alcool depuis le début de votre grossesse, passez directement à la question 14.

12. Combien de verres standards buvez-vous ordinairement un jour où vous buvez de l'alcool ?

- un ou deux
- trois ou quatre
- cinq ou six
- sept à neuf
- dix ou plus

13. Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?

- jamais
- une fois par mois ou moins
- 2 à 4 fois par mois
- 2 à 3 fois par semaine
- 4 fois ou plus par semaine

Les questions qui suivent portent sur votre alimentation, etc.

Interprétation du score et des questions de l'AUDIT

Risque alcool chez la mère : questions 1 à 10

- Pour les questions à 5 modalités de réponse (1 à 8), les réponses sont cotées de 0 à 4 : 0/1/2/3/4.
- Pour les questions à 3 modalités de réponse (9 et 10), les réponses sont cotées de 0 à 4 : 0/2/4.
- Le score est calculé par addition des cotations de chaque question (0 à 40).

Dans l'interprétation proposée par Gache et coll. après l'étude de validation de la version française, pour les femmes :

- score inférieur à 6 : risque nul ou faible ;
- score entre 6 et 12 : consommation à risque ou à problème, sans dépendance ;
- score supérieur à 12 : dépendance.

Remarque : les questions 9 et 10 permettent de repérer les personnes qui ont eu dans le passé un trouble du contrôle de la consommation, et il est important d'en tenir compte dans les conseils qui suivent.

Risque fœtal : questions 11 à 13

Le risque fœtal lié à l'alcool n'est nul qu'en cas d'abstinence dès la conception, mais les recommandations françaises et britanniques diffèrent dans la traduction pratique.

Les questions 11 et 12 permettent d'évaluer le risque lié à une consommation habituelle, et la question 13 celui lié aux alcoolisations paroxystiques (cuites ou « binges »).

Il n'est pas utile de calculer de score pour déterminer le risque fœtal, les conseils pouvant s'adapter directement aux réponses de la femme.

Principaux résultats de l'expérience menée dans les Hauts-de-Seine

- Le remplissage de l'AUDIT en salle d'attente est très bien accepté et globalement faisable : 1 518 questionnaires proposés, 1 268 (83,5 %) ont pu être analysées (questionnaires complétés pour les questions concernant l'alcool et pas de deuxième passage en consultation).

- La consommation d'alcool décroît de façon « spontanée » (la proportion d'abstinentes passe de 51,4 % à 60,2 %).
- Parmi les 1 269 répondantes, 39,9 % ne sont pas abstinentes et 4,7 % boivent avec un risque fœtal élevé.
- 0,2 % présentent un score AUDIT évoquant une dépendance, et ce taux est stable selon les hôpitaux.

Faut-il utiliser des questionnaires plus courts tels que l'AUDIT-C ?

Quoique la SFA ait relevé leur intérêt, aucune validation française n'a été faite. L'AUDIT a pour seul défaut sa longueur qui, en général, n'est elle-même un obstacle que pour les personnes qui ne lisent pas le français. Il en est de même pour les autres questionnaires.

Les trois premières questions de l'AUDIT (AUDIT-C) permettent de quantifier le risque fœtal, et c'est le plus important à ce moment de la vie.

Repérer l'alcool-dépendance permet cependant d'anticiper les résistances au changement.

S'il faut une alternative à l'AUDIT, intégré ou non à un questionnaire de santé, on dispose donc de l'AUDIT-C, mais on y perd évidemment de l'information, et aussi les aspects motivationnels que représentent les dommages repérés par la personne.

■ Questionnaire de dépistage AUDIT-C

Les trois premières questions de l'AUDIT (AUDIT-C) permettent de quantifier le risque fœtal, et c'est le plus important à ce moment de la vie.

■ Questionnaire de dépistage FACE

Disponible sur le site www.alcoologie.org/Questionnaire-FACE-utilise-lors-d.html, le questionnaire de dépistage FACE –est notamment utilisé lors d'interventions alcoologiques brèves.

Au cours des douze derniers mois

1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

- jamais » : score : 0
- une fois par mois ou moins: score : 1
- 2 à 4 fois par mois: score : 2
- 2 à 3 fois par semaine: score : 3
- 4 fois ou plus par semaine: score : 4

2. Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- un ou deux » : score : 0
- trois ou quatre : score : 1
- cinq ou six : score : 2
- sept à neuf : score : 3
- dix ou plus : score : 4

Au cours de toute votre vie...

3. Votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ? -Non : 0 / Oui : 4

4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ? - Non : 0 / Oui : 4

5. Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ? - Non : 0 / Oui : 4

Interprétation du score (on effectue le total des scores relatifs aux réponses données aux questions 1 à 5 : 0-20 maxi), **pour les femmes :**

- score inférieur à 4 : risque faible ou nul ;
- score entre 4 et 8 : consommation excessive ;
- score supérieur à 8 : dépendance.

■ Questionnaire de dépistage T-ACE

T – Combien de verres d'alcool consommez-vous avant d'en ressentir l'effet ? (TOLÉRANCE)

A – Vous est-il arrivé d'être AGACÉE quand quelqu'un vous a dit que vous devriez diminuer votre consommation d'alcool ?

C – Avez-vous déjà pensé que vous devriez DIMINUER votre consommation ?

E – Vous arrive-t-il de BOIRE AU RÉVEIL pour vous aider à démarrer ou à vous remettre des conséquences d'une soirée trop arrosée ?

Interprétation du score :

- T : 2 points s'il faut plus de 2 verres pour que la patiente atteigne un état « euphorique » ;
 - A,C,E : 1 point pour chaque réponse « oui ».
- Un total de 2 points ou plus indique que la femme a probablement un problème d'alcool (un diagnostic exige une évaluation plus approfondie).

Principales structures et outils ressources à votre disposition

■ Dans le domaine de la périnatalité

Le Plan périnatalité 2005-2007 comporte un ensemble de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins tout en développant une offre plus humaine et plus proche parmi lesquelles :

- **La mise en place d'un entretien prénatal précoce**

Cet entretien, réalisé le plus tôt possible au cours de la grossesse, a pour objet de favoriser l'expression des attentes, des besoins, des projets de la femme et du couple. Il est l'occasion de leur apporter toutes les informations utiles sur les ressources de proximité dont ils peuvent avoir besoin et sur lesquels ils pourront s'appuyer si nécessaire. L'entretien est réalisé sous la responsabilité d'une sage-femme le plus souvent qui oriente la femme vers un professionnel référent lorsqu'une vulnérabilité est décelée ;

- **Les réseaux de santé en périnatalité**

Les réseaux de santé en périnatalité proposent, en amont et en aval de la naissance, à l'hôpital et en ville, une prise en charge globale et continue de la femme enceinte et de son enfant par l'intervention coordonnée des professionnels concernés.

Une telle organisation doit permettre, de façon coordonnée avec le médecin traitant, d'assurer le suivi médical de la mère et de l'enfant ainsi que l'identification des facteurs de risque éventuels afin d'orienter la mère avant l'accouchement vers une structure adaptée. Cette organisation doit également permettre le repérage des vulnérabilités psycho-sociales et l'accompagnement s'y rapportant, ainsi que le suivi à long terme des nouveau-nés vulnérables et susceptibles de développer un handicap.

- [Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS/2006/151 du 30 mars 2006](#) relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité

- [Circulaire DHOS/DGS/02/6C/2005/300 du 4 juillet 2005](#) relative à la collaboration médico-psychologique en périnatalité

- **Le carnet de santé maternité**

Il est diffusé à chaque femme enceinte au début de sa grossesse sous la responsabilité du conseil général (par le biais des services de protection maternelle et infantile). Remanié en juin 2007, il comporte depuis cette date des messages de prévention destinés aux femmes enceintes, notamment en ce qui concerne l'interdiction de consommer de l'alcool.

■ Dans le domaine des addictions : les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA)

- [Circulaire DHOS/O2-DGS/SD6B /2000/460 du 8 septembre 2000](#) relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives

- [Circulaire DH/EO4/96-557 du 10 septembre 1996](#) relative à la constitution d'équipes d'alcoologie hospitalières de liaison

Les principales missions des ELSA sont la formation et l'assistance des équipes soignantes, l'élaboration de protocoles de soins et de prise en charge, l'intervention en tant que de besoin auprès des personnes hospitalisées et aux urgences, mais aussi le développement de lien avec le dispositif de prise en charge et le secteur médico-social. De plus, un guide de bonnes pratiques pour les ELSA a été rédigé, en 2003, par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), devenue la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) en 2010 ; ce guide propose une fiche spécifique pour la prise en charge des femmes enceintes ayant des conduites addictives et leurs enfants. Dans ce cadre, les recommandations sont : la formation et l'information des équipes des maternités sur le dépistage des conduites addictives, un rapprochement des équipes des maternités et des ELSA pour une prise en charge commune coordonnée, des rencontres régulières des personnels d'accueil et de consultation de la maternité pour connaître les nouvelles femmes enceintes à risque, la rencontre avec ces femmes enceintes lors des consultations en

maternité, en post-partum l'élaboration du projet de sortie avec les acteurs non hospitaliers, et enfin la construction d'un véritable partenariat avec les structures médico-sociales notamment les CSAPA.

➤ **Les coordonnées des ELSA de votre région sont disponibles auprès du centre hospitalier régional universitaire (CHRU).**

■ SAFFRANCE : plate-forme ressource nationale « Grossesse et Alcool »

SAFFRANCE est une association qui a pour but de faciliter la recherche et la formation, de proposer la fédération des connaissances et savoir-faire, de faciliter leur diffusion, de participer à l'élaboration, la promotion, la réalisation et le suivi en France, d'une politique de prévention, de soin et d'accompagnement de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) qui prenne en compte la diversité des professionnels concernés.

À cet effet, en tant que plate-forme ressource nationale, SAFFRANCE a construit pour les professionnels de la santé mais également pour le grand public **un site internet www.saffrance.fr** qui :

- met à votre disposition des experts nationaux et internationaux pour répondre à toutes vos questions concernant ce problème de santé publique ;
- coordonne, actualise et diffuse les informations et les formations sur ce thème ;
- valorise les expériences régionales liées aux réseaux formels et informels qui concourent à mettre en synergie toutes les compétences utiles aux familles confrontées depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte aux TCAF.

SAFFRANCE facilite l'organisation de colloques et de formations sur ce thème dans toutes les régions françaises afin que les TCAF soient dépistés, reconnus et leurs prises en charge organisées.

Exemple de Réunisaf (réseau de prévention et de prise en charge du SAF à La Réunion)

À l'île de la Réunion, le SAF représente 10 % des enfants en institutions spécialisées²⁶. Dès 1996, la prévention des effets de l'alcool sur le fœtus est inscrite comme une **priorité régionale de santé**. L'écoute des mamans²⁷ et de leurs familles nous permet de mieux comprendre leurs itinéraires de vie. Beaucoup de souffrance, de violence, de ruptures, de solitude, d'insécurité, de non-dits ont émaillé leurs vies, souvent dès leur petite enfance. L'alcool, facile d'accès, s'inscrit dès l'adolescence comme une échappatoire face à l'incompréhension et l'isolement social. Dans ce contexte de dépendance, la survenue d'une grossesse ne fait qu'aggraver cette image négative. À la naissance, la « sauvegarde de l'enfant » est la priorité du projet. Les placements d'enfants, en urgence, ne peuvent être des solutions uniques. Durant deux ans, des réunions centralisées et de proximité des représentants de tous les partenaires médico-pédago-psychosociaux concernés par ces situations permettent de confirmer, avec humilité, le désarroi des professionnels face à cette problématique, d'approcher certains dysfonctionnements (pratiques trop solitaires, cloisonnements institutionnels, manques de liens et de cohérence entre les différentes prises en charges, méconnaissances sur le SAF, les autres TCAF et sur la femme malade de l'alcool...). Il nous paraît à tous essentiel de mettre au centre du dispositif l'aide à la famille, et non plus l'inverse, qui demandait à une femme déjà exclue de faire des démarches actives vers de multiples personnes-ressources, souvent éloignées de son domicile. La médecine doit articuler ses actions avec un grand nombre de partenaires psychosociaux et associatifs. Depuis 2001, Réunisaf propose un réseau de santé formalisé de personnes ressources pluridisciplinaires, pluri-institutionnelles pour les situations repérées. **Réunisaf articule ses actions surtout autour de deux outils** : « le cœur de réseau » et des comités de réflexions.

Le « cœur de réseau » crée du lien et de la cohérence entre les différentes personnes ressources, appelées « acteurs de réseau », à proximité d'une situation. Il doit permettre, auprès de chaque famille, d'aboutir à un réseau de proximité transdisciplinaire, sécurisant et vigilant afin d'éviter les ruptures, sources de rechutes de la maladie alcool. Il se compose d'un coordinateur médical, d'une animatrice éducatrice spécialisée, d'une médiatrice animatrice, d'une secrétaire d'accueil, et d'une experte en expérience, maman abstinente depuis 8 ans... Les femmes sont adressées au cœur de réseau par les partenaires médico-sociaux, principalement des maternités, du CAMSP, du Conseil général, mais aussi les médecins et sages-femmes libéraux... Le cœur de réseau évalue avec elles leurs besoins, les accompagne vers les personnes adéquates pour répondre à leurs attentes, ce qui nécessite de nombreuses rencontres de mise en confiance, tant vis-à-vis du cœur de réseau que vis-à-vis des personnes ressources. Il assure un suivi et un soutien réguliers des familles et des professionnels. Ce suivi se fait par des liens téléphoniques, des réunions d'évaluation, des courriers, des consultations transdisciplinaires, des visites pluridisciplinaires à domicile avec les personnes ressources... Confronté à une population en rupture sociale et face à des pratiques très individuelles et sectorisées, le personnel du cœur de réseau doit développer beaucoup de diplomatie et une grande souplesse de fonctionnement.

Un large comité de réflexion, divisé en quatre commissions qui couvrent tous les volets de la prévention (« Agir ensemble pour essayer de mieux travailler en transversal », « Formation-recherche-action », « Insertion sociale pour modifier le regard de la société sur la femme malade de l'alcool » et « Prévention primaire »). Face à cette problématique de santé publique si méconnue en France, les réflexions y sont riches de propositions d'actions. Les relations étroites entre les commissions et le travail de proximité du cœur de réseau permettent de vérifier la pertinence des nouveaux outils mis en place.

²⁶ Serreau R., Maillard T., Verdier R., Bouchara L., Catteau C., Hervé C., Fourmaintraux A., Lamblin D., Lesure J.-F., Jacqz-Aigrain E., Étude clinique et prévalence du syndrome d'alcoolisation fœtale pris en charge dans les établissements médicosociaux de l'île de la Réunion, Archives de pédiatrie, 2002, volume 9, numéro 1, p. 14-20

²⁷ Payet-Venin R.- M., *Miroir de verres*, hors collection, éditions Réunisaf ; août 2009

Au terme des cinq premières années de fonctionnement (2002-2007)²⁸, les évaluations réalisées en lien avec l'Observatoire régional de la santé (ORS) montrent que cette approche communautaire vis-à-vis d'une population cumulant de nombreux risques de handicaps permet :

- des accompagnements plus précoces des situations, dépistées non plus au travers des enfants porteurs d'une déficience, mais lors des grossesses ;
- au cœur de réseau, de faciliter la coordination auprès de 151 femmes qui ont en moyenne deux enfants atteints ;
- une abstinence acquise pour près de la moitié des femmes ;
- la baisse du nombre d'enfants porteurs des formes graves (aucun en 2005 et 2006) et même la naissance de bébés sains (9), dans des familles qui avaient eu auparavant des enfants porteurs d'un SAF ;
- une diminution du nombre de placements d'enfants ;
- un nombre croissant d'acteurs médico-psycho-socio-pédagogiques et de justice (plus de 500 à ce jour) impliqués dans ce travail communautaire, véritable challenge face à notre système de santé si cloisonné, où l'acte individuel reste beaucoup plus valorisé que l'action collective ;
- la formation chaque année de plus de 500 futurs acteurs médico-psycho-pédago-sociaux (médecins, sages-femmes, puéricultrices, travailleurs sociaux, professeurs des écoles...) tant sur le SAF que sur le travail en réseau de santé ;
- la réalisation d'outils de prévention primaire : un conte pour les enfants de CM1, un DVD pour les lycéens et les collégiens, l'animation de la journée mondiale de prévention du SAF les 9 septembre...
- des économies de santé non négligeables. Rappelons qu'il « suffit » que la maman s'arrête de s'alcooliser pour éviter à la société la charge d'un enfant porteur d'une déficience aux lourdes conséquences, entre autres financières : une approche du coût médico-psycho-social d'un enfant porteur d'un SAF a été évaluée de 600 000 euros à plus de 3 millions d'euros pour les formes sévères. Ce bilan ne tient pas compte des réductions des surcoûts secondaires à la fragilité psychique des enfants *a priori* moins atteints, dont la route vers la délinquance, la marginalisation, la toxicomanie et l'exclusion sociale est toute tracée.

²⁸ Lamblin D., Maillard T., Provost C., Ricquebourg M., *Prévention de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale à la Réunion*, Archives de Pédiatrie, juin 2008, volume 15, n° 5, p. 513-515 ; Nordmann R., « Alcool et modération : clarifier l'information du consommateur », in *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 2006, 190, 1803-1807

Conditions nécessaires à l'apparition spontanée d'un réseau de santé et d'une démarche pragmatique adaptée aux conditions locales

La nécessité de mettre en œuvre des réseaux de prévention et de prise en charge du SAF et des TCAF ne doit pas faire oublier qu'il existe déjà, dans la plupart des régions concernées, des réseaux dont les thèmes ne sont pas très éloignés, et avec lesquels peuvent se tisser des relations étroites (réseaux périnatalité, réseaux addictions, réseaux de prévention de handicaps, réseaux psychiatriques...). Sachant que le lancement d'un réseau représente un effort de plusieurs années, il serait contre-productif de vouloir les multiplier.

■ Conditions nécessaires à l'apparition spontanée d'un réseau de santé

- L'investissement personnel nécessaire est tel qu'aucun n'a jamais été créé sur un sujet aussi banal que le rhume de cerveau ou l'entorse de cheville : ils concernent presque toujours des populations ou des pathologies lourdes ou chroniques.
- Le réseau n'est envisagé que lorsqu'un ou plusieurs professionnels aguerris doivent aller au-delà des limites de leurs compétences pour apporter une solution viable aux questions posées.
- Ne peuvent se lancer dans cette démarche que des individus dont l'identité professionnelle est suffisamment claire pour qu'ils ne redoutent pas qu'elle soit contestée dans une telle démarche d'ouverture à d'autres.
- Enfin, le réseau est toujours dû à la conjonction d'opportunités particulières, de professionnels prêts à cette démarche, dans un environnement particulier où il apparaît comme la solution la plus opportune.

■ Une démarche pragmatique adaptée aux conditions locales

C'est évidemment dans le « cœur de réseau » que l'investissement est le plus important, les autres professionnels se contentant de faire l'effort d'adhérer à la démarche en suivant les formations proposées lorsqu'elles sont proposées, en diffusant les informations transmises à ceux des patients qui leur semblent répondre aux caractéristiques mises en avant par le réseau, en essayant d'appliquer les protocoles mis au point dans le cœur de réseau...

Lorsqu'un réseau support existe déjà, le plus logique pour les quelques professionnels qui accepteront de s'investir prioritairement dans la prévention et la prise en charge du SAF et des TCAF est de ne pas recommencer toute la démarche de mise en place d'un réseau puis de recherche de financements, mais de s'y greffer comme un bourgeon supplémentaire et complémentaire. Sinon, ils courent le risque de porter préjudice aux réseaux existants et de ne pas trouver les soutiens nécessaires.

Par ailleurs, il ne faut pas se cacher que Réunionaf a bénéficié de conditions rares : le fait que la Réunion soit une île lointaine, constituant un isolat épidémiologique, a permis de beaucoup mieux mesurer l'impact du réseau sur l'incidence du SAF, et la distance par rapport à la métropole a probablement rendu les autorités moins pointilleuses sur le respect de délais trop courts pour qu'on puisse en mesurer les effets sur l'incidence des pathologies et en estimer l'impact financier. Les conditions d'évaluation à trop court terme (3 ans) imposées par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) constituent en effet un obstacle incontestable à la mise en œuvre sur le territoire métropolitain d'actions de prévention de pathologies lourdes : seuls peuvent être mesurées dans les premières années les modifications induites par le réseau sur l'environnement professionnel (organisation, puis changement de pratiques), sur l'opinion publique et sur l'environnement politique (sensibilisation au problème).

Toute nouvelle initiative peut dorénavant s'appuyer sur l'expérience acquise à la Réunion, mais pas en réinventant la roue pour en refaire toute la démarche. Une fois le cœur de réseau SAF constitué, il doit pouvoir se greffer sur un réseau pré-existant en intégrant ses propres formations à celles qui y sont déjà prévues, en bénéficiant de la logistique déjà mise en place pour la compléter, et en profitant de l'échéance

de renouvellement de ses financements pour y constituer une extension répondant aux conditions imposées.

Il n'est pas exclu qu'à certains endroits, puisse se mettre en place une démarche laissant à chaque réseau sa spécificité, mais mettant en commun entre les divers réseaux tout ce qui n'est pas spécifique (logistique, coordination, organisation des formations, recherche de financements, secrétariat ...), comme cela avait été fait à Alès (Gard) il y a une dizaine d'années au sein des réseaux de santé du bassin Alésien (RESEDA).

Liste de quelques organismes de formations sur le SAF et autres TCAF (et coordonnées)

■ En métropole

SAFFRANCE

e-mail : secretariat@saffrance.fr

Site : www.saffrance.fr

Diplôme Universitaire Périnatalité et addictions

Pr Claude Lejeune

Groupe d'études grossesse et addictions (GEGA)

Hôpital Louis Mourier

92701 Colombes

e-mail : claud.lejeune@lmr.aphp.fr

Site : www.medecine.univ-paris-diderot.fr/index.php/formation-continue/du-et-diu/344-perinatalite-et-addictions-

Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA)

20, rue Saint-Fiacre

75002 Paris

Tél. accueil : 01 42 33 51 04 / Fax : 01 45 08 17 02

e-mail : contact@anpa.asso.fr

Site : www.anpaa.asso.fr

Centre d'accompagnement en alcoologie (C2A)

31, rue de l'Abondance

69003 Lyon

Tél. accueil soin : 04 72 84 62 00 / Fax : 04 78 95 13 12

e-mail : c2a.asso@free.fr

Fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie (F3A)

154, rue Legendre

75017 Paris

Tél. accueil : 01 42 28 65 02 / Fax : 01 46 27 77 51

e-mail : f3a-secretariat@alcoologie.org

Site : www.alcoologie.org/

Société française d'alcoologie (SFA)

PRINCEPS éditions

Dr Gisèle Gilkes-Dumas

64, avenue du Général de Gaulle

F-92130 Issy-les-Moulineaux

Tél. : 33 (0)1 46 38 24 14 / Fax : 33 (0)1 40 95 72 15

e-mail : princeps.gdumas@wanadoo.fr

Site : www.sfalcoologie.asso.fr/

■ À La Réunion

Délégation Réunion de SAFFRANCE

Tél. : 02 62 91 94 95

e-mail : secretariat@saffrance.fr

Bibliographie

- Alcool. *Effets sur la santé*, collection « Expertise collective », INSERM, 2001
- Alcoologie et addictologie, 2001, n° 23 (4 suppl.), p. 67S-75S
- Astley S.-J., *Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spectrum Disorders: The 4-Digit Diagnostic Code* (3rd edition). Seattle : University of Washington Publication Services
- Bloch J., Cans C., De Vigan C., de Brosses L., Doray B., Larroque B., Perthus I., « Faisabilité de la surveillance du syndrome d'alcoolisation fœtale, France, 2006-2008 », in *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 10-11, 10 mars 2009
- Chabrolle J.-P., Chabrolle R.-M., Dépistage et prise en charge des enfants exposés in utero à l'alcool, Alcool et grossesse, Médecine Périnatale, 35^e journée nationale Tours, 26-27 octobre 2005, p. 41-50, édition Arnette
- Chudley Albert E., Conry Julianne, Cook Jocelynn L., Looock Christine, Rosales Ted, LeBlanc Nicole, « Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale : lignes directrices canadiennes concernant le diagnostic », in *CMAJ*, March 1, 2005; 172 (5 suppl.)
- Dr Urso Baiardo L., Dr Fline-Barthes M.-H., Pr Subtil D., Dr Therby D., « Consommation d'alcool et de tabac durant la grossesse, intérêt de l'élaboration d'un autoquestionnaire de dépistage », in *Alcoologie et addictologie*, 2010, tome 32, n° 2, p. 17
- Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF)
- Haute autorité de santé, *Préparation à la naissance et à la parentalité*, Recommandations de bonne pratique, novembre 2005 ; Ces recommandations professionnelles accompagnent les mesures du plan périnatalité 2005-2007
- Inpes, *Interventions auprès des consommateurs excessifs d'alcool*, coll. « Repères pour votre pratique »
- Jacobson S.-W., Jacobson J.-L., Sokol R.-J., Chiodo L.-M., Corobana R., Maternal age, alcohol abuse history, and quality of parenting as moderators of the effects of prenatal alcohol exposure on 7.5-year intellectual function. *Alcohol Clin Exp Res.* 2004 Nov;28(11):1732-45
- Lamblin D., *Les enfants porteurs de l'ensemble des troubles causés par alcoolisation fœtale et leur devenir*, Recherche Action, Alcool, grossesse et santé des femmes, décembre 2005
- Lamblin D., Maillard T., Provost C., Riquebourg M., *Prévention de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale à la Réunion*, Archives de Pédiatrie, juin 2008, volume 15, n° 5, p. 513-515
- Larroque B., Kaminski M., « Prenatal alcohol exposure and development at preschool age: main results of a French study », in *Alcohol Clin Exp Res.*, 1998 Apr;22(2):295-303
- Nordmann R., « Consommation d'alcool, de tabac ou de cannabis au cours de la grossesse », in *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 2004, 188, p. 519-521
- Recommandations de la Société française d'alcoologie, « Les conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse », in *Alcoologie et Addictologie*, 2002
- Robert J. Sokol, MD; Virginia Delaney-Black, MD, MPH; Beth Nordstrom, PhD, « Fetal Alcohol Spectrum Disorder », in *JAMA (The Journal of the American Medical Association)*, 2003;290:2996-2999
- Streissguth, A.P., Barr H.M., Kogan J. and Bookstein F.L. (1996). Understanding the occurrence of secondary disabilities in clients with fetal alcohol syndrome (FAS) and fetal alcohol effects (FAE): Final report to the Centers for Disease Control and prevention on Grant No. R04/CCR008515 (tech. Report No. 96-06). Seattle : University of Washington, Fetal Alcohol and Drug Unit.
- Vabret F., Houet T., Dreyfus M., Davy A., « Consommation déclarée d'alcool de 150 femmes hospitalisées en maternité », in *Alcoologie et addictologie*, 2006, Tome 28, n° 3, p. 217-222

Larroque B., Kaminski M., Dehaene P., Subtil D., Querleu D., Prenatal alcohol exposure and signs of minor neurological dysfunction at preschool age. *Dev Med Child Neurol.* 2000 Aug;42(8):508-14

Nordmann R., « Alcool et modération : clarifier l'information du consommateur », in *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 2006, 190, 1803-1807

Serreau R., Maillard T., Verdier R., Bouchara L., Catteau C., Hervé C., Fourmaintraux A., Lamblin D., Lesure J.-F., Jacqz-Aigrain E., Étude clinique et prévalence du syndrome d'alcoolisation fœtale pris en charge dans les établissements médicosociaux de l'île de la réunion, *Archives de pédiatrie*, 2002, volume 9, numéro 1, p. 14-20

Payet-Venin R.- M., *Miroir de verres*, hors collection, éditions Réunisaf ; août 2009

Secrétariat d'édition et mise en page
Magali Schweitzer

Couverture
Nathalie Saguès

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé
Délégation à l'information et à la communication (DICOM)

L'alcool, parlez-en avec vos patientes, aidez-les à y renoncer

La consommation d'alcool pendant la grossesse représente la première cause de handicap mental d'origine non génétique chez l'enfant en France. La méconnaissance de l'effet tératogène de l'alcool sur le fœtus, et donc du risque induit par l'alcoolisation pendant la grossesse, quel que soit le moment de cette dernière et la quantité d'alcool consommée, constitue un réel problème de santé publique. De plus, pour des professionnels, la question de la consommation d'alcool peut être difficile à aborder avec la femme enceinte.

L'objectif de ce guide est de prévenir l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) en intervenant auprès des femmes enceintes. Pour cela, ce document s'efforce d'apporter aux professionnels des réponses aux deux questions les plus difficiles :

- Comment aborder la consommation d'alcool ?
- Comment, dans les situations les plus complexes, inscrire son action dans une continuité et une cohérence des prises en charge de la mère et de l'enfant ?

Ce guide concerne au premier chef tous les professionnels en contact avec les femmes enceintes et celles qui sont en désir de grossesse (médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes...).