



HAL
open science

Alcool & grossesse : état des lieux des connaissances des femmes en âge de procréer à la Maternité de Nancy

Catheline Liebgott

► To cite this version:

Catheline Liebgott. Alcool & grossesse : état des lieux des connaissances des femmes en âge de procréer à la Maternité de Nancy. Médecine humaine et pathologie. 2018. hal-03870396

HAL Id: hal-03870396

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870396v1>

Submitted on 24 Nov 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

NANCY

« Alcool & Grossesse : Etat des lieux des connaissances des femmes en âge de procréer à la Maternité de Nancy ».

Mémoire présenté et soutenu par

LIEBGOTT Catheline

Directeur de mémoire : PISSOCHET Pascale

Médecin Addictologue & Alcoologue, PH au CHRU de Nancy

Année de la soutenance 2018

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

NANCY

« Alcool & Grossesse : Etat des lieux des connaissances des femmes en âge de procréer à la Maternité de Nancy. »

Mémoire présenté et soutenu par

LIEBGOTT Catheline

Directeur de mémoire : PISSOCHET Pascale

Médecin Addictologue & Alcoologue, PH au CHRU de Nancy

Année de la soutenance 2018

REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes remerciements à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Je remercie, tout particulièrement, le Docteur Pascale PISSOCHET. En qualité de directrice de mémoire, vous avez su me guider dans mon travail et m'aider à trouver des solutions pour avancer.

Je remercie aussi Véronique MONSKI, sage-femme à la Maternité Régionale de Nancy, pour sa collaboration et ses précieux conseils.

Je souhaite également remercier Catherine DESSAINT, cadre sage-femme des consultations externes de la Maternité Régionale, et toute l'équipe de secrétaires de ce service sans qui l'enquête n'aurait jamais pu avoir lieu.

Je remercie aussi mes parents pour leur présence constante et leurs encouragements qui m'ont permis de toujours persévérer.

J'adresse un remerciement particulier à Romane MAAS avec qui j'ai déjà traversé tant d'épreuves et qui m'a été d'une aide précieuse pour l'élaboration de ce travail.

Je tiens enfin à remercier Maxime LANDRY pour l'amour, la patience et le réconfort qu'il m'a apporté tout au long de ce travail.

A la mémoire de ma bien-aimée grand-mère, Jacqueline, parce que tu m'accompagnes où que je sois, pour toujours et à jamais ...

ABREVIATIONS

ALD : Affection longue durée

API : Alcoolisation ponctuelle importante (équivalent du terme anglo-saxon binge drinking)

ASSEDIC : Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce

AVC : Accident vasculaire cérébral

BEP : Brevet d'études professionnelles

CAP : Certificat d'aptitude professionnelle

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CMU : Couverture maladie universelle

EPP : Entretien Prénatal Précoce

ETCAF : Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale

HAS : Haute Autorité de Santé

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

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

LH : Hormone Lutéinisante

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

RSA : Revenu de Solidarité Active

SAF : Syndrome d'Alcoolisation Fœtale

TVA : Taxe sur la Valeur Ajoutée

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	4
ABREVIATIONS	5
SOMMAIRE.....	6
INTRODUCTION.....	7
1. L'ALCOOL A TRAVERS LES SIECLES.....	7
2. LA PHARMACOCINETIQUE DE L'ALCOOL.....	8
3. L'ALCOOL ET SA CULTURE EN FRANCE	10
4. LA CONSOMMATION D'ALCOOL.....	11
5. LES EFFETS DE L'ALCOOL CHEZ LA FEMME.....	16
6. LES EFFETS DE L'ALCOOL SUR LE FOETUS	18
7. L'ENSEMBLE DES TROUBLES CAUSES PAR L'ALCOOLISATION FŒTALE.....	21
8. LE SYNDROME D'ALCOOLISATION FŒTALE	22
9. LA PREVENTION DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LES FEMMES ENCEINTES	25
L'ENQUETE.....	28
1. MATERIEL ET METHODES	28
2. MOYENS ET METHODES	29
RESULTATS.....	31
1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	31
2. CARACTERISTIQUES DES CONSULTATIONS EFFECTUEES PAR LES FEMMES ENCEINTES PARTICIPANTES.....	36
3. CARACTERISTIQUES DE LA PREVENTION FAITE AUPRES DES FEMMES ENCEINTES	36
4. CONNAISSANCES DES FEMMES SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE.....	40
5. CONNAISSANCES DES REPERCUSSIONS DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL SUR LE FOETUS	43
6. VOLONTE SUR LA PREVENTION	46
DISCUSSION	47
1. LES POINTS ESSENTIELS DE L'ENQUETE	47
2. LES LIMITES DE L'ENQUETE.....	48
3. COMPARAISON DES RESULTATS	48
4. LES HYPOTHESES	49
5. ACTIONS POSSIBLES	50
CONCLUSION GENERALE	52
BIBLIOGRAPHIE.....	54
ANNEXE I.....	60
ANNEXE II.....	66
ANNEXE III.....	67

INTRODUCTION

1. L'ALCOOL A TRAVERS LES SIECLES

L'alcool, comme on le rencontre habituellement dans notre société, est composé d'éthanol, et obtenu par distillation de jus ou de céréales fermentés contenant du sucre.

Son étymologie semble trouver ses origines dans la langue arabe. Le peuple arabe utilisait l'alambic, instrument servant à la distillation, pour fabriquer le khôl (fard à paupières), à partir d'une poudre noire. C'est par ce même procédé qu'il se mit à distiller des liquides. Issu de ce processus, le liquide obtenu prit le nom « al Khôl ».

L'histoire de l'alcool tend à être parallèle à celle de l'Humanité. De nombreuses traces, notamment écrites, font preuve de l'utilisation et de la présence de l'alcool dans les sociétés anciennes.

Ainsi, Platon écrit dans son œuvre « Le Banquet » : « *in vino veritas*¹ » (la vérité est dans le vin), reprenant alors un proverbe grec courant. Platon illustre ainsi la capacité du vin à délier les langues, permettant d'entrevoir la vérité.

De nombreux écrits font les louanges de l'alcool et de sa consommation grâce à laquelle l'Homme devient libre et sans contrainte. Par exemple, Baudelaire consacra une section de cinq textes au vin dans son ouvrage les « *Fleurs du Mal* », publié le 25 juin 1857². Le vin y est décrit comme permettant à l'Homme de s'évader, d'échapper à sa réalité. On peut également citer François Rabelais³ (XVI^{ème} siècle) et Ernest Hemingway⁴ qui déclaraient à quatre siècles d'intervalle : « Le vin est ce qu'il y a de plus civilisé au monde ».

D'autres écrits relatent les dangers que représente la consommation d'alcool et sont témoins de recommandations ancestrales faites aux femmes enceintes. Dans le livre des Juges que l'on peut lire dans l'Ancien Testament chrétien, un ange met en garde une future parturiente : « Maintenant prends bien garde, ne bois ni vin, ni liqueur forte, et ne mange rien d'impur⁵ ».

Cette mise en garde montre que, depuis toujours, l'alcool et sa consommation sont perçus comme nocives pour les femmes enceintes et leurs fœtus.

¹ Platon. (380 avant J-C). Le Banquet.

² Charles BAUDELAIRE ; Les Fleurs du mal. Edition Poulet-Malassis et de Broise. Paris, 1861

³ François Rabelais. Traité du bon usage du vin. Traduit du Tchèque par Marianne Canavaggio. Editions Allia, Paris, 2009. 47 pages

⁴ Ernest HEMINGWAY. Death in the Afternoon. Editions Scribner. 1932. 304 pages.

⁵ Juges, 13.4

2. LA PHARMACOCINETIQUE DE L'ALCOOL

L'éthanol a pour formule chimique semi-développée : $\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$. Cette molécule est absorbée par l'organisme humain grâce à une diffusion simple, pour sa plus grande part au niveau digestif. ^[17]

2.1 L'ABSORPTION DE L'ALCOOL

L'absorption de l'éthanol est modifiée essentiellement par 2 facteurs ^[16] :

- L'association ou non d'aliments à la prise d'éthanol. La présence de nourriture dans l'estomac ralentit la vidange gastrique par fermeture du verrou du pylore et diminution de la motricité gastrique. De ce fait, le pic d'alcoolémie est plus étalé dans le temps, et l'absorption de l'éthanol dure plus longtemps bien que la dose d'alcool ingérée reste inchangée.
- La concentration en éthanol de la boisson consommée. Des boissons alcoolisées à forte concentration en éthanol provoquent un spasme au niveau du pylore, retardant ainsi la vidange gastrique. Avec ce ralentissement, l'absorption se trouve également ralentie.

Des études tendent à mettre en évidence une différence entre les hommes et les femmes vis-à-vis de l'absorption de l'alcool ^[24]. La présence d'œstradiol et de progestérone, en plus grande proportion au cours de la phase lutéale du cycle menstruel ou durant la période de gestation, provoquerait une diminution de la vidange gastrique et une réduction du transit féminin. Ces deux modifications auraient pour effet de modifier l'absorption de l'éthanol chez les femmes.

Une analyse menée par Slade et Al. ^[35] et publiée en 2016, a regroupé 68 études afin d'évaluer et de comparer la consommation d'alcool entre les deux sexes. Ainsi, parmi les cohortes des individus nés dans les années 1990, les hommes sont plus nombreux que les femmes à consommer de l'alcool, mais les femmes demeurent plus sensibles aux méfaits de celui-ci.

Une seconde étude corrobore cette différence entre les hommes et les femmes face à l'alcool. C'est une méta-analyse menée par Wang & Al. ^[43], en 2014, qui a rassemblé 24 études, concernant au total environ 2 millions de participants. Cette analyse a mis en évidence un sex-ratio femme/homme de 1.07 portant sur l'augmentation des risques liés à la consommation d'alcool, toutes doses confondues. D'après cette étude, les femmes présenteraient un risque supérieur de mortalité, toutes causes confondues, par rapport à la consommation d'alcool. Les femmes seraient donc plus sensibles aux méfaits de l'alcool que les hommes.

Une fois absorbé, l'éthanol est distribué très rapidement par la circulation sanguine aux organes les plus vascularisés : le cœur, les poumons, et le foie. Puis, les concentrations d'éthanol dans ces organes et dans la circulation sanguine tendent à s'équilibrer.

Du fait de sa nature chimique, l'éthanol est très peu liposoluble et hydrophile. Ceci permet d'expliquer que le volume de distribution de l'éthanol est environ égal au volume d'eau libre du corps humain. Ce volume étant de 0.6 litre/kg chez l'homme et de 0.54 litre/kg environ chez la femme.

L'éthanol est distribué dans la masse maigre du corps humain, composée des os, des muscles, des organes, de la peau et des liquides biologiques. Du fait du dimorphisme sexuel qui les différencie, la masse maigre de la femme est inférieure à celle de l'homme. Ainsi, le volume de distribution de l'éthanol se trouve être plus faible chez les femmes, conduisant à une concentration sanguine en éthanol plus élevée pour une même quantité ingérée.

Chez la femme enceinte, le volume de distribution de l'éthanol se trouve augmenté, d'une part par l'augmentation physiologique du volume d'eau totale, et d'autre part par l'augmentation des graisses chez la femme gestante. [3] [17]

L'éthanol est facilement diffusible et va franchir la barrière placentaire grâce à sa nature chimique développée précédemment. Les concentrations en éthanol présentent dans le liquide amniotique, ainsi que dans la circulation sanguine du fœtus se trouvent être environ égales aux concentrations plasmatiques maternelles. [3] [17]

2.2 L'ELIMINATION DE L'ALCOOL

L'élimination de l'éthanol se produit grâce à deux voies : son métabolisme (90-95%) et son excrétion sous une forme inchangée (5-10%) [17] :

- Le métabolisme de l'éthanol a lieu essentiellement dans le foie. Le métabolisme hépatique va éliminer 80% de l'alcool consommé. Il repose sur 2 étapes d'oxydations successives, transformant l'éthanol en acétaldéhyde grâce à 3 voies enzymatiques.
- L'excrétion sous forme inchangée s'effectue par l'air expiré, les urines et la sueur. Il est également excrété dans le lait maternel.

Selon le Centre de Référence sur les Agents Tératogène (CRAT) [47], la concentration d'alcool présente dans le lait maternel serait équivalente à celle du sérum maternel. Ainsi, la quantité d'alcool ingérée par un enfant allaité serait d'environ 10% de la quantité maternelle ingérée rapportée au poids. De plus, selon la Leache League, la consommation d'alcool aurait un effet néfaste sur le réflexe d'éjection du lait ainsi que sur la production de celui-ci. En effet, l'alcool provoquerait une diminution de la production d'ocytocine (l'hormone qui déclenche le réflexe d'éjection du lait), ayant pour répercussion une baisse de ce réflexe et donc une diminution de la quantité de lait tiré par la femme allaitante. A l'inverse, l'alcool aurait un effet stimulant sur la production de prolactine (l'hormone responsable de la fabrication du lait par la glande mammaire) et provoquerait ainsi une hausse de la production lactée.

Ces deux effets contradictoires sur les deux hormones essentielles à l'allaitement sont responsables d'une baisse de la quantité de lait tiré par diminution du réflexe d'éjection, malgré une production de lait par la glande mammaire qui se trouve augmentée. [18]

3. L'ALCOOL ET SA CULTURE EN FRANCE

L'histoire de la France et celle de l'alcool, notamment par le vin, se trouvent entremêlées depuis des millénaires. Le pays français, tel que nous le connaissons aujourd'hui, s'est vu influencé par de nombreuses cultures depuis sa création et certaines de ces influences concernent les boissons alcoolisées. Si le vin est pris en exemple, son implantation semble remonter aux invasions grecques puis romaines, situant l'arrivée des vignes en France entre 1 000 et 500 ans avant Jésus-Christ. L'expansion du vin et de ses vignes sur tout le territoire français actuel se serait effectuée tout au long de la conquête des territoires par l'Empire romain.

Par son histoire, la France se trouve être un pays d'appartenance religieuse catholique. Cette relation et l'utilisation du vin, plus particulièrement, lors de rites appartenant à cette religion, ont contribué au développement des vignes et de la culture du vin sur tout le territoire français.

Fort de ces influences, le vin se retrouve alors cité dans de nombreux ouvrages et il est consommé en de nombreuses occasions. Encore à ce jour, il est considéré comme convenable et convivial de proposer à ses hôtes un rafraîchissement alcoolisé lors d'invitations ou de dîners. Cette proposition encourage les invités à se sentir accueillis par leur hôte, les incitant à se détendre et à engager la conversation.

S'il est présent au quotidien, l'alcool accompagne aussi les événements importants qui constituent la vie des Français. Ainsi, il est commun de consommer des boissons alcoolisées lors de naissances, de mariages ou de réussites jugées importantes dans la vie de chacun.

Cette relation particulière entre la France et la consommation de boissons alcoolisées se constate également au niveau économique.

Selon l'INSEE ^[16], en 2014, la France a bénéficié d'un chiffre d'affaires de 31 milliards d'euros grâce au vin et à son commerce. En 2017, le pays se hisse à la première place des exportateurs de vin dans le monde, récoltant 12.9 milliards d'euros à l'export de vin. ^[48]

L'intérêt économique français porté sur le vin concerne aussi son propre pays. Le pays a, en effet, consommé 3.5 millions de bouteilles de vin durant l'année 2016. La culture, la vente et l'exportation de vin concernent également 2000 entreprises environ, équivalent à 800 000 emplois de manière directe ou indirecte.

Ajouté à ses bénéfices, l'INSEE estime que les taxes apposées aux boissons alcoolisées, notamment celle du droit d'accise, rapportent à l'Etat français 2.5 milliards d'euros par an environ. La Taxe sur la Valeur Ajoutée (TVA) qui concerne les boissons alcoolisées, rapporte quant à elle 19.6% des bénéfices apportés par les taxes, et permet de financer une partie de l'Assurance Maladie et des coûts liés, entre autres, à la consommation de ces mêmes boissons alcoolisées. ^[21]

4. LA CONSOMMATION D'ALCOOL

4.1 INTRODUCTION

Avant de pouvoir étudier le profil de consommation de boissons alcoolisées en France, il convient d'effectuer une définition des différents types de consommation et des seuils qui concerne ce type de consommation.

4.2 LES SEUILS DE CONSOMMATION

En France, l'alcool est une drogue licite qui est soumise à certaines réglementations. A l'instar des quantités servies dans le domaine domestique, les quantités de boissons alcoolisées servies dans les bars, les cafés, ou les restaurants sont standardisées afin de contenir 1 unité d'alcool pur.

Cette dernière est définie par l'INPES comme correspondant à 10 grammes d'alcool pur. Ainsi, tous les verres représentés sur la figure 1, contiennent 1 unité d'alcool pur et sont appelés verre standard ^[13].

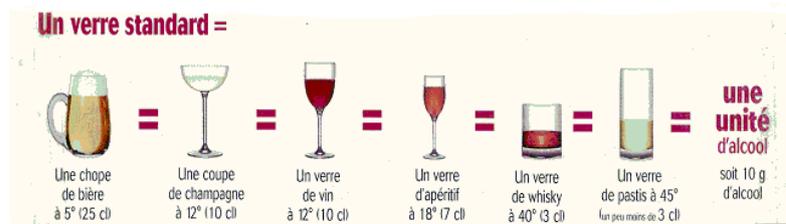


Figure 1. Représentation du verre standard contenant 1 unité d'alcool.

En s'appuyant sur la définition du verre standard, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a émis des recommandations concernant la consommation d'alcool.

Ces seuils de consommation ^[13] sont définis ainsi :

- « Jamais plus de 4 verres standards par occasion. »
- « Jamais plus de 21 verres standards par semaine pour un homme (soit environ 3 verres par jour). »
- « Jamais plus de 14 verres standards par semaine pour une femme (soit environ 2 verres par jour). »
- « L'OMS recommande aussi un jour d'abstention de consommation de boissons alcoolisées par semaine. »

L'OMS précise qu'il n'est pas recommandé de consommer de boissons alcoolisées lorsque celle-ci peut provoquer ^[13] :

- « Une situation à risque comme la conduite d'un véhicule, l'utilisation de machines, ou un emploi nécessitant une vigilance et une attention particulière. »
- « Une situation à risque individuel comme :
 - o La consommation rapide d'alcool ou l'association de l'alcool avec d'autres substances psychoactives,
 - o L'existence de pathologies organiques ou psychiques chez le sujet consommant,
 - o Une modification de la tolérance du consommateur en raison de son âge, de son faible poids, de son sexe, de ses traitements associés, etc.
 - o Une situation physiologique particulière telle que la grossesse ou l'allaitement. »

Ajouté à ces recommandations, l'OMS rappelle que toute consommation d'alcool peut avoir une influence sur le comportement et peut conduire à des accidents ou des actes préjudiciables.

4.3 CLASSIFICATION DU MODE DE CONSOMMATION DE L'ALCOOL

En plus de définir le verre standard contenant une unité d'alcool pur (soit 10 grammes d'alcool), l'OMS a classifié les différents types de consommation des boissons alcoolisées.

Le non-usage :

Il est défini comme étant une absence de consommation de boissons alcoolisées. Il peut être dit ^[26] :

- Primaire, s'il ne s'est jamais produit d'usage initial ou s'il s'agit d'un choix durable dû à des préférences personnelles ou des convictions culturelles par exemple.
- Secondaire, s'il fait suite à une période de mésusage, il est alors appelé « abstinence ».

L'usage simple :

Il est défini comme une consommation de boissons alcoolisées modérée. Cela correspond à une consommation inférieure ou égale aux seuils précédemment énoncés et définis par l'OMS, en dehors des situations pouvant engendrer un risque. ^[27]

Les mésusages :

Le mésusage des boissons alcoolisées est défini selon trois types de consommations considérée comme causant des problèmes. ^[27] ^[38]

- **L'usage à risque** : il correspond aux consommations supérieures aux seuils de l'OMS qui ne sont pas associées à un dommage médical, psychique ou social, mais qui sont susceptibles d'en induire à court, moyen et long terme. Il correspond également aux consommations, inférieures ou égales aux seuils de l'OMS, mais effectuées dans des situations à risque ou représentant un risque individuel comme défini précédemment (point 4.2).

- **L'usage nocif** : il est défini par rapport aux conséquences induites par l'alcool. La consommation de boissons alcoolisées peut être inférieure aux seuils recommandés, mais il existe au moins un dommage d'ordre médical, psychique ou social induit par la consommation, sans dépendance à l'alcool
- **L'usage avec dépendance** : il regroupe toutes les conduites d'alcoolisation définies par une perte de la maîtrise de la consommation par le sujet. Cette dépendance est psychique en premier lieu et se traduit par une perte de la liberté d'abstention de consommation ainsi que par le fait de poursuivre la consommation en étant conscient des répercussions négatives de cette dernière. La dépendance peut aussi se manifester physiquement, notamment par la survenue d'une tolérance à l'alcool (qui contraint le sujet à augmenter les doses consommées pour ressentir les mêmes effets) et par des signes de sevrage lors de la suspension de la consommation.

Les mésusages de l'alcool peuvent faire l'objet d'une prise en charge adaptée et complète comportant des dimensions médicales, psychologiques et sociales.

4.4. LA CONSOMMATION D'ALCOOL DANS LE MONDE

L'Organisation Mondiale de la Santé a publié, en 2017, un rapport évaluant la consommation d'alcool dans le monde. Ce rapport nous apprend notamment que le pays le plus consommateur d'alcool au sein du monde est la Lituanie avec 18.2 litres d'alcool par personne et par année ^[44].

Cela étant, concernant la consommation d'alcool des pays regroupés en continent, c'est en Europe que l'on boit le plus. En effet, l'Europe détient une consommation de boissons alcoolisées de 10.3 litres par personne et par année ^[44].

4.5 LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN FRANCE

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en France. Les boissons alcoolisées les plus consommées sont, dans l'ordre décroissant : le vin, la bière, les alcools forts, puis les autres types d'alcools (champagne, cidres, etc.). En 2016, l'OMS estime la consommation française des 15 ans et plus à 11.7 litres de boissons alcoolisées par personne et par année (Annexe II) ^[44].

Selon le rapport de l'INPES, la part de 15-75 ans déclarant boire quotidiennement de l'alcool serait de 10% en 2014 contre 24% en 1992. Toutefois, en regard de ces déclarations, les consommations estimées par les données de la vente d'alcool étaient 2.5 fois supérieures aux consommations déclarées pour l'année 2005 pour les 15-75 ans ^[32].

Il existerait un réel écart entre les consommations déclarées et les consommations réelles. Par exemple, une enquête ^[1] réalisée en 2005 compare les chiffres obtenus par son étude, à savoir 3.4 litres d'alcool pur déclaré par habitant, à ceux émis par le World Drink Trends en 2003, à savoir 9.3 litres d'alcool pur par habitant en 2003. Afin d'expliquer la différence qui existe entre les consommations déclarées et les consommations estimées, les chercheurs de l'étude ont émis des hypothèses selon lesquelles les buveurs sous-déclarent leur consommation ou se déclarent comme non-buveurs.

Concernant la jeune population française, la part des 18-25 ans ayant connu une ivresse dans l'année est de 46% en 2014 (33% en 2005). Il existe également une tendance au rapprochement des comportements de consommation des jeunes femmes vers celui de jeunes hommes, en particulier chez les étudiants. Ainsi, en 2014, 28% des femmes ont connu des alcoolisations ponctuelles importantes, et 11% ont connu au moins 10 ivresses. De plus, cette tendance s'inscrit aussi dans le type de boissons consommées ; les femmes consommatrices de bières, boisson considérée comme masculine, passent de 7% en 2005 à 16% en 2014 ^[32].

Ces chiffres démontrent une modification de la consommation de la population française. Celle-ci concerne, non seulement la manière de consommer, mais aussi les produits de consommation. On note ainsi, une diminution de la consommation quotidienne d'alcool (principalement de vin), compensée par une hausse des conduites d'alcoolisation rapide. Les chiffres évoqués mettent également en évidence, une féminisation de la consommation d'alcool notamment chez les étudiants.

4.6 LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN LORRAINE.

Afin d'appréhender la consommation d'alcool par région, l'INPES et l'OFDT proposent un atlas, datant de 2005, reprenant les principales caractéristiques de consommations par région française ^[15].

Concernant les types de consommations d'alcool en Lorraine, il est tout d'abord notable qu'ils semblent suivre la tendance nationale sur de nombreux points. L'expérimentation, par exemple, est déclarée pour les 15-75 ans à 94% en Lorraine pour 92.5% pour la métropole. Cela étant, les consommations d'alcool quotidiennes tendent à être plus masculines en Lorraine avec un sexe ratio de 3.9 pour la Lorraine contre 2.8 pour le reste du pays.

L'âge moyen de la première ivresse en Lorraine est de 15 ans, comme pour le reste de la France. Les principales différences entre les consommations d'alcool en Lorraine et les consommations dans le reste de la France résident dans le type de boissons consommées : la bière occupe la première place en Lorraine (la deuxième en France), et sur les lieux de consommation : les consommations dans les lieux publics ouverts sont plus répandues en Lorraine que dans le reste de la métropole française.

4.7 LA CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LES FEMMES

En France, les femmes se révèlent être plus consommatrices de vin (29%) que des autres types de boissons alcoolisées. Au sein de la population féminine française, les consommations sont plus fréquentes avant 25 ans : 43% des 18-25 ans ont déclaré une Alcoolisation Ponctuelle Importante (API) dans l'année, 19% une API tous les mois et 34 % ont connu une ivresse dans l'année. ^[32]

Chez les 18-25 ans, en 2014, 30 % des femmes déclaraient avoir consommé de l'alcool toutes les semaines. Les modifications qui concernent les API ou l'ivresse chez les 18-25 ans se révèlent particulièrement notables chez les jeunes femmes. En effet, en 2014, 28% des étudiants déclarent des API mensuelles et des ivresses répétées, et 11% déclarent des ivresses régulières.

Le nombre moyen de verres bus lors de la dernière ivresse est de 8.6 pour les femmes (13 pour les hommes). Pour les 2 sexes, l'analyse du type d'alcool consommé au cours de la dernière ivresse montre que les verres d'alcools forts représentent la moitié des verres consommés. ^[32]

4.8 LA CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

Il existe une réelle difficulté d'évaluation de la consommation des femmes durant la grossesse. Cette difficulté réside non seulement dans l'absence de marqueur biologique permettant d'évaluer la consommation d'alcool avec précision, mais également dans l'image que la société véhicule concernant la consommation d'alcool chez la femme.

Cette représentation négative et culpabilisante peut, en effet, provoquer des biais de déclarations lors des études menées et se manifester par une sous-estimation de la consommation déclarée par rapport à la consommation réelle.

De par ces difficultés, les données apportées par les études sont très variables et la consommation française des femmes enceintes n'est pas connue avec exactitude.

L'enquête du baromètre santé mené par l'INPES en 2010 s'est intéressée à la consommation de substances psychoactives par les femmes enceintes en France. Cette enquête représentative de la population française démontre une consommation moindre d'alcool parmi les parturientes. La consommation de boissons alcoolisées est principalement occasionnelle.

Ce type de consommation est déclaré par 32% des femmes enceintes (contre 80% des femmes non enceintes du même âge). A l'opposé, 3 % des femmes enceintes déclarent boire toutes les semaines durant leur grossesse.

Pour ce qui concerne l'arrêt de la consommation d'alcool durant la grossesse, 60% des femmes déclarent avoir arrêté de consommer au démarrage de leur grossesse. Ce taux prend d'avantage d'ampleur après le premier trimestre de grossesse. En effet, les trois-quarts des femmes déclarent avoir stoppé leur consommation d'alcool après cette période ^[11].

Chez les femmes enceintes qui continuent de consommer de l'alcool durant la grossesse, les quantités ingérées sont plus faibles que les quantités ingérées avant la grossesse. En effet, la consommation hebdomadaire d'alcool se trouve être quatre fois inférieure chez les femmes enceintes qui consomment de l'alcool que chez les femmes non enceintes et consommatrices. De même, en 2014, seules 2% des parturientes déclarent une ou plusieurs API ^[11] contre 46% des femmes non enceintes. ^[32]

Selon l'enquête du baromètre santé 2010, un état de détresse psychologique est nettement associé à l'apparition d'épisodes d'API pendant la grossesse. En effet, l'arrêt de l'API s'avère moindre chez les femmes ayant les revenus les plus faibles et chez celles qui vivent seules, qui sont stressées, tristes ou déprimées ^[10].

Concernant les grossesses antérieures à l'enquête, les trois-quarts des femmes qui consommaient des boissons alcoolisées déclarent avoir cessé toute consommation durant la grossesse. Toutefois, l'arrêt lors des grossesses antérieures à l'enquête chez les plus jeunes (moins de 25 ans) apparaît plus faible : seule la moitié des femmes enceintes de moins de 25 ans déclarent un arrêt total de leur consommation.

Concernant la prévention, 69% des femmes disent avoir reçu des informations de prévention sur l'alcool, associées au tabac, de la part du professionnel de santé en charge de leur grossesse. Cela étant, seulement 22% rapportent que leur consommation d'alcool a été évaluée au cours de leur grossesse ^[11].

5. LES EFFETS DE L'ALCOOL CHEZ LA FEMME

5.1 LES REPERCUSSIONS ORGANIQUES CHEZ LA FEMME

Les conséquences de la consommation d'alcool sur la femme enceinte sont similaires à celles concernant la population générale. Il existe deux types de risques : les risques immédiats et les risques chroniques.

Les risques immédiats sont dus à l'effet que produit la consommation d'une boisson alcoolisée de manière excessive et aigüe. Il a été démontré, qu'une consommation d'alcool à faible dose est psychostimulante, provoquant dans le même temps une excitation et une désinhibition du sujet consommant. Une consommation d'une dose forte d'alcool va, quant à elle, induire des troubles du comportement et de la vigilance, des confusions, voire des pertes de conscience.

La levée des inhibitions et les troubles du comportement que peuvent induire une consommation d'alcool peuvent ainsi mener à des conduites à risque (mise en danger, conduite sexuelle à risque, etc.), à des violences verbales, physiques ou à des accidents (accident de la route, etc.). ^[17]

Les risques chroniques sont provoqués par la transformation de l'éthanol en acétaldéhyde, qui est toxique pour le corps humain. De ce fait, on peut observer plusieurs répercussions organiques dues à cette toxicité. Une consommation chronique d'alcool peut ainsi être un facteur favorisant l'apparition de cancers (notamment des voies aérodigestives supérieures), de pathologies hépatiques (stéatose, cirrhose, ...) et digestives, de pathologies cardio-vasculaires notamment en provoquant une hypertension artérielle. Ce type de consommation peut également engendrer des pathologies neurologiques en modifiant les fonctions cérébrales (diminution des réflexes, du champ de vision, ...) ou en créant des lésions cérébrales menant à des dysfonctionnements neurologiques. ^[45]

5.2 LES REPERCUSSIONS PSYCHOSOCIALES CHEZ LA FEMME

Il semblerait qu'il existe des différences entre les hommes et les femmes concernant la consommation d'alcool. En effet, d'après l'étude menée par Simmat-Durand Laurence ^[34], en 2009, les femmes présentant une dépendance à l'alcool manifesteraient plus de symptômes dépressifs que les hommes.

De plus, les femmes montrent une dépendance affective plus importante que les hommes. De ce fait, en ce qui concerne les addictions, les femmes déclarent dépendre, à la fois de leur substance de choix, et à la fois de leur partenaire. Ainsi, d'après cette enquête, l'addiction chez les femmes serait plus en lien avec leur vie affective que pour les hommes.

Pour ce qui relève de la raison menant à la consommation, il apparaît que les femmes consomment des substances psychoactives afin de surmonter des problèmes émotionnels et relationnels. Il apparaît également que les femmes sont plus sensibles que les hommes aux événements marquants de leur vie et notamment aux événements liés à leur enfance. En effet, les événements marquants ayant lieu dans l'enfance, semblent jouer un rôle essentiel dans la santé des femmes en général et dans leurs conduites d'alcoolisation. [34]

Au vu des données apportées par les études sur les caractéristiques de la consommation d'alcool féminine, il apparaît essentiel que la prise en charge de l'alcoolisation féminine, et par la suite de l'alcoolisation fœtale, passe également par une évaluation et une prise en compte des troubles psychiques et comportementaux associés à la consommation d'alcool. Il faut ainsi conseiller l'abstinence la plus totale dès le désir d'enfant. La constitution d'un environnement stable et rassurant autour de la femme est essentielle, notamment en conseillant ses proches afin qu'ils soutiennent son changement de comportement. Un suivi rapproché et empathique est primordial pour pouvoir envisager une abstinence de la consommation qui sera bénéfique pour l'enfant à naître. [49]

5.3 LES REPERCUSSIONS DE L'ALCOOL SUR LA FECONDITE FEMININE

En 2016, une étude a été menée au Danemark afin d'évaluer les effets d'une consommation d'alcool sur la fertilité. Elle a concerné 6120 Danoises âgées de 21 à 45 ans. Il est à noter que cette étude n'a pas fait de distinction entre une consommation régulière et une consommation excessive d'alcool. [25]

L'étude a révélé qu'en dessous d'un seuil établi à 14 verres par semaine, il ne semble pas exister d'effet sur la fécondité féminine. Au contraire, une consommation supérieure à 14 verres d'alcool par semaine entraînerait une baisse de la fertilité de 18% par rapport à la fertilité des femmes, du même âge, non consommatrice d'alcool. [25]

5.4 LES REPERCUSSIONS DE L'ALCOOL SUR LE DEROULEMENT DE LA GROSSESSE.

Une étude publiée en 2010, s'est intéressée aux conséquences, pour l'enfant à venir, du maintien de la consommation d'alcool pendant la grossesse. [41]

Cette étude a montré que dans le cas où la consommation d'alcool reste inchangée durant la grossesse, il existe un risque plus important pour l'enfant de naître prématuré et d'être hospitalisé en néonatalogie.

Concernant l'hypotrophie à la naissance, une seconde étude, menée en France en 2010, a démontré qu'il existe une hypotrophie chez les enfants dont les mères ont bu 2 verres d'alcool quotidiennement ou 3 verres ou plus lors d'une même occasion. [33]

Cela étant, il est difficile de mettre en évidence un lien direct et exclusif entre ces événements et la consommation d'alcool pendant la grossesse, du fait des nombreux facteurs qui interviennent dans ces complications obstétricales. Néanmoins, une consommation d'alcool pendant la grossesse est un facteur de risque important de complications sur le déroulement et le maintien de la grossesse en elle-même.

6. LES EFFETS DE L'ALCOOL SUR LE FOETUS

L'alcool est reconnu comme étant l'agent tératogène évitable le plus nocif pour le fœtus. En effet, grâce à sa nature chimique, décrite précédemment, il est très facile pour l'alcool de traverser la barrière placentaire. L'alcool consommé se trouvera, par conséquent, présent dans l'environnement immédiat du fœtus.

D'une part, à cause de son passage par le placenta, dont le rôle est d'alimenter le fœtus et d'évacuer ses déchets, il est directement apporté au fœtus. L'éthanol et ses produits de dégradations vont atteindre la circulation sanguine fœtale dont l'alcoolémie va rapidement s'équilibrer avec celle de sa mère. [2]

D'autre part, ces molécules se diffusent aussi dans le liquide amniotique. Ce dernier joue plusieurs rôles auprès du fœtus. Il possède des propriétés bactériostatiques et bactéricides pour protéger le fœtus des infections. Le liquide amniotique entoure complètement le fœtus dès le quatrième mois de grossesse et il lui permet d'effectuer des mouvements actifs, de développer son système musculaire et squelettique, et de se sensibiliser aux cinq sens.

Le fœtus déglutit et inhale le liquide amniotique tout au long de sa gestation. Ce détail permet de comprendre qu'une imprégnation alcoolique du liquide amniotique va constituer un apport régulier d'alcool au fœtus qui déglutit et inhale ce même liquide. La concentration en alcool chez le fœtus peut être supérieure à celle de la mère, et l'élimination de l'alcool est ralentie par une réabsorption constante d'alcool par absorption du liquide amniotique. [17]

Afin de bien appréhender les effets de l'alcool sur le fœtus, il est essentiel de se souvenir que le métabolisme de l'alcool et son élimination résident pour l'essentiel dans le foie (qui élimine 80% de l'alcool consommé). Le foie, tout comme de nombreux organes, se trouve être immature chez le fœtus dans sa nature comme dans son fonctionnement. De ce fait, l'élimination de l'alcool par le fœtus lui-même est beaucoup plus longue. Le fœtus va mettre plus de temps que sa mère à éliminer l'alcool consommé. Du fait de l'immaturité de son système de dégradation, le fœtus est vulnérable face à l'alcool. [17]

Il est également essentiel de souligner l'immaturité et la vulnérabilité des organes du fœtus, dont certains sont en développement tout au long de la grossesse. Le schéma (fig.2) suivant représente les différentes périodes de développement des organes et leur sensibilité à l'alcool au cours d'une exposition à cette drogue. [17]

Le troisième trimestre correspond à une phase de croissance cérébrale très intense. Elle s'accompagne d'une augmentation de la taille du cerveau, du fait de la croissance des neurones. C'est également au troisième trimestre que les cellules dendritiques vont développer leurs synapses, et établir la communication neuronale. Une exposition à l'alcool à ce stade peut engendrer une diminution de la création des synapses, une gliose réactionnelle (une multiplication des cellules gliales à la place des neurones) et un retard de myélinisation qui entravera la communication neuronale.^{[3] [17]}

La majorité des travaux ont démontré qu'il existe, au sein du cerveau, des zones plus sensibles à l'exposition à l'alcool. Ces zones sont les suivantes^[17] :

- Le cortex cérébral dont le rôle est de permettre l'analyse et la représentation de fonctions sensorielles et motrices telles que la motricité volontaire, le langage, la perception ou le raisonnement. Une exposition à l'alcool peut diminuer sa masse et réduire le nombre de neurones le constituant. Ces modifications peuvent avoir des répercussions sur le comportement de l'enfant atteint.
- L'hippocampe qui appartient au système limbique. Il est le centre du processus d'apprentissage et de mémorisation. Une exposition à l'alcool peut provoquer un dysfonctionnement des capacités d'apprentissage et de mémorisation de l'enfant atteint.
- Le cervelet qui participe aux fonctions motrices essentielles comme l'équilibre, le contrôle de la posture et le tonus musculaire. Il est aussi responsable de fonctions cognitives comme l'attention. Une exposition à l'alcool peut réduire sa taille et modifier sa constitution.

6.2 LES EFFETS SUR LES FONCTIONS HORMONALES FŒTALES

Une exposition in utéro à l'alcool pourrait également affecter le système endocrinien du fœtus et ainsi perturber le fonctionnement de nombreux organes.

L'axe hypothalamo-hypophyséogonadique va influencer le développement du système nerveux central et du système reproducteur. En effet, les hormones sexuelles qu'il produit régulent le développement de zones cérébrales présentant un dimorphisme sexuel. Ceci correspond à l'existence des différences de répartition neuronale au sein du cerveau créant ainsi des caractéristiques cérébrales distinctes entre les hommes et les femmes.^[17]

De nombreux travaux menés sur les animaux ont mis en évidence qu'une exposition prénatale à l'alcool peut affecter le développement sexuel^{[23] [42]}

Chez le rat, l'alcool diminuerait le nombre de cellules productrices de testostérone chez les mâles. Ces derniers auraient, à l'âge adulte, une tendance à un comportement plus proche de celui des femelles.

A l'inverse, chez les rates, une exposition à l'alcool perturberait la production d'hormones telles que la prolactine et l'hormone lutéinisante (LH). Ainsi, les femelles auraient un retard d'apparition de leur puberté, une réceptivité sexuelle diminuée, un comportement maternel moindre et une cessation de l'activité sexuelle plus rapide que chez les individus non exposés.

Durant la grossesse, les effets de l'alcool peuvent être très variables. Les répercussions de l'alcool sur le fœtus vont dépendre à la fois de la quantité d'alcool absorbée, de la répétition et de la durée de l'alcoolisation, du stade de la grossesse, du métabolisme maternel, mais aussi de la sensibilité à l'alcool du fœtus qu'il hérite de son patrimoine génétique.

Certains auteurs ^[4] soulignent la possibilité qu'en plus d'affecter les caractères sexuels primaires, l'alcool peut affecter les caractères sexuels secondaires comme la voix, les muscles ou la pilosité. Ces modifications peuvent avoir un impact psychologique à ne pas négliger chez les individus atteints.

7. L'ENSEMBLE DES TROUBLES CAUSES PAR L'ALCOOLISATION FŒTALE

C'est Paul LEMOINE, médecin des hôpitaux, qui sera le premier à décrire le syndrome d'alcoolisation fœtal tel qu'il est décrit aujourd'hui. En 1968, il rédige ses observations concernant 127 enfants exposés à l'alcool de manière prénatale. Il constate des similitudes chez ces enfants, concernant un retard de croissance, des malformations osseuses et cardiaques, ainsi qu'un retard mental et un comportement inadapté.

Aux Etats-Unis, en 1973, ce sont D-W SMITH et KL JONES qui, ignorant l'existence des travaux du Dr LEMOINE, vont faire les mêmes constatations. Ils rassembleront leurs observations sous le nom de « Fœtal Alcohol Syndrome ». ^[19]

A ce jour, le terme « Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale » (ETCAF) est préféré au terme « Syndrome d'alcoolisation fœtale » (SAF), essentiellement du fait de la diversité des répercussions et des diagnostics qui résultent d'une exposition prénatale à l'alcool. Le terme ETCAF rassemble les diagnostics du Syndrome d'Alcoolisation Fœtale partiel et complet, les Troubles Neurologiques liées à l'alcoolisation fœtale et les malformations liées à l'alcoolisation fœtale. ^[9]

Dans le cas du diagnostic d'un SAF chez un enfant, il est recommandé d'examiner la fratrie de l'enfant atteint. En effet, certaines études ont montré que le risque de SAF plus ou moins complet était bien supérieur dans la fratrie d'un enfant atteint que dans la population générale (80 pour 1 000 chez les aînés, 400 pour 1 000 chez les benjamins selon les données de périnatalité de 2015). ^[19]

8. LE SYNDROME D'ALCOOLISATION FŒTALE

Le Syndrome d'Alcoolisation Foetale est une affection qui comprend des anomalies physiques, mentales et comportementales. Il est causé par une alcoolisation maternelle au cours de la grossesse. Les effets de l'alcool sur le fœtus et l'enfant en devenir sont aléatoires mais réels. Ils dépendent de la quantité d'alcool absorbée et du moment de son absorption.

8.1 LA PREVALENCE DU SYNDROME D'ALCOOLISATION FŒTALE

L'incidence de l'ensemble des troubles liés à une exposition à l'alcool in utero est difficile à quantifier du fait de la multiplicité de ses formes et de ses diagnostics. Il existerait une sous-estimation du diagnostic pour des formes légères à modérées. De plus, le diagnostic du SAF se base pour sa première partie sur la déclaration de la consommation maternelle ; consommation qui est souvent niée ou cachée.

En 2013, l'HAS et l'INPES estiment qu'environ 8 000 bébés par an, en France, sont concernés par une exposition in utero à l'alcool. ^{[9][12]}

L'ETCAF concernerait 1 naissance pour 100 naissances vivantes. La prévalence du SAF (complet ou partiel) est estimée de 0.5 à 4.8 naissances pour 1 000 naissances vivantes selon les études.

Cette prévalence est nettement supérieure à celles des maladies rares dépistées systématiquement au troisième jour de vie des nouveau-nés en France : la mucoviscidose (1 à 9 cas pour 100 000 naissances vivantes), la phénylcétonurie (1 à 5 cas pour 10 000 naissances vivantes), l'hypothyroïdie congénitale (1 à 5 cas pour 100 000 naissances vivantes) et l'hyperplasie congénitale des surrénales (1 à 9 cas pour 100 000 naissances vivantes). ^{[9][12]}

De plus, la communauté scientifique estime qu'au vu des études réalisées et de celles en cours, il est impossible de déterminer un seuil minimal de consommation en dessous duquel il n'existerait aucun risque pour le fœtus. ^[49] En effet, il est quasiment impossible de situer avec exactitude le moment de la conception.

De ce fait, une des premières actions à mettre en place est une prévention précoce dont le but est d'éviter toute consommation d'alcool et ce, dès le désir de grossesse, afin d'éviter les répercussions le plus souvent irréversibles et préjudiciables pour le fœtus.

La prévention cherchera à informer et alerter la population sur les dangers de l'alcool pour le fœtus. Elle doit être mise en place et dispensée tout au long de la vie, avec un renforcement notable lors de la période de grossesse voire de désir d'enfant.

Cela étant, si la consommation d'alcool a été poursuivie après la conception, voire pendant la grossesse, il sera toujours bénéfique pour le fœtus de cesser la consommation d'alcool tout au long de la période de gestation.

8.2 LES CARACTERISTIQUES PHYSIQUES ET COMPORTEMENTALES DU SAF CHEZ L'ENFANT ATTEINT

Les caractéristiques physiques du SAF sont les suivantes :

- Une dysmorphie faciale avérée (fig. 3.) qui comporte
 - o Des signes discriminants : fentes palpébrales étroites, massif facial médian plat, philtrum lisse et bombé, lèvre supérieure fine.
 - o Des signes associés : épicanthus, racine du nez plate, anomalies mineures du pavillon de l'oreille, petit nez retroussé et micrognathie.
- Des troubles de la croissance avérés dont au moins un des critères suivants :
- Petit poids de naissance pour l'âge gestationnel
- Retard de croissance pondérale postnatale sans troubles nutritionnel et/ou poids anormalement bas pour la taille.

Elles sont associées à des anomalies neurodéveloppementales avérées, dont au moins un des critères suivants :

- Un petit périmètre crânien de naissance et/ou des anomalies cérébrales (microcéphalie, agénésie complète ou partielle du corps calleux, hypoplasie cérébelleuse)
- Et/ou des anomalies neurologiques plus ou moins sévères, comme des anomalies des performances motrices une surdité, des troubles de la coordination oculomotrice.

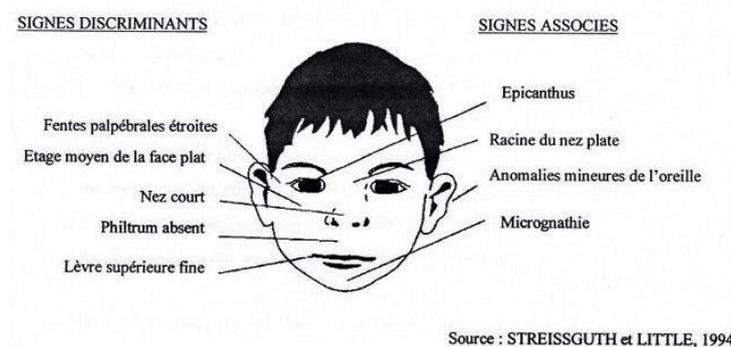


Figure 3. Les signes de la dysmorphie faciale caractéristique d'un SAF

8.3 LES MANIFESTATIONS CLINIQUES CHEZ LE NOUVEAU-NE

Les caractéristiques décrites précédemment ne sont pas toujours visibles à la naissance. En effet, plusieurs des manifestations du SAF (comme les troubles de l'apprentissage) se révéleront plus tard dans la vie de l'enfant atteint. Les éléments cliniques les plus souvent observables chez les nouveau-nés sont les caractéristiques physiques, et principalement le retard de croissance et le petit périmètre crânien. En cas d'atteintes sévères, des troubles ophtalmiques, auditifs ou des anomalies congénitales peuvent être mis en évidence dès la naissance. ^[49]

Une fois identifié, le nouveau-né doit être orienté vers des programmes permettant de traiter les troubles de développement. Il est indispensable de soutenir la mère de l'enfant atteint afin qu'elle puisse s'occuper d'un nourrisson considéré comme « difficile ».

8.4 LES MANIFESTATIONS CLINIQUES DANS LA PETITE ENFANCE

C'est pendant la période de la petite enfance que les manifestations comportementales inhérentes au SAF vont se manifester. Les enfants atteints vont présenter un retard d'acquisition du langage, ainsi qu'un retard moteur, voire une diminution des aptitudes cognitives comme des déficits de l'attention ou de l'apprentissage.

Le quotient intellectuel des enfants atteints de SAF varie entre 50 et 115 ^[49]. Lorsque l'enfant présente un QI considéré comme normal (entre 90 et 110), il présente des difficultés d'apprentissage dues à une mauvaise mémorisation.

Si des troubles caractéristiques du SAF sont repérés chez l'enfant en âge préscolaire (avant 6 ans), il est essentiel de l'orienter vers des équipes spécialistes du SAF afin de lui permettre d'apprendre à gérer ses anomalies du comportement comme l'hyperactivité, le manque de jugement ou l'impulsivité. ^[49]

Il est capital d'informer les parents et les personnes qui prennent soin de l'enfant. En effet, il est indispensable de donner aux parents la possibilité de prendre en charge le comportement de leur enfant de manière adaptée.

Les professionnels de santé et de la petite enfance ont un rôle à jouer dans cet apprentissage. Il est essentiel que les parents apprennent à comprendre et à décrypter le langage de leur bébé. Ce dernier doit profiter d'actes de nursing calme et doux, bannissant les mouvements brusques et soudains. Les enfants souffrant du SAF éprouvent aussi de la difficulté avec les changements et les transitions notamment lors de leur vie et leurs activités quotidiennes. Les parents de ces enfants doivent donc apprendre à établir et respecter une routine stricte. ^[49]

8.5 LES MANIFESTATIONS CLINIQUES A LONG TERME CHEZ LES ENFANTS ATTEINTS DE SAF

De nombreuses études ont démontré qu'il existe une fréquence importante de troubles du développement neurologique, cognitif et comportemental chez les enfants exposés à l'alcool in utero.

Le Dr LEMOINE, en 1992, a publié une série de constatations émanant de 105 enfants atteints revus à l'âge adulte. Les constatations énoncées sont les suivantes :

- La dysmorphie faciale, qui se modifie avec l'âge pour donner un visage plutôt allongé, est associée à une hypertrophie du nez et du menton.
- Le retard de croissance persiste jusqu'à 18 mois avant de s'estomper, au contraire de la microcéphalie qui s'accroît.
- Les troubles neurologiques restent présents : 100% des individus avaient un quotient intellectuel inférieur à 75 et tous ont manifesté des troubles majeurs de la scolarité, du comportement et de la socialisation.

Les troubles neurologiques évoluent en fonction de l'âge de l'enfant atteint. Au cours de la petite enfance, ils se manifestent notamment par des troubles de l'attachement mère-enfant avec un enfant irritable, présentant des troubles du sommeil, de l'alimentation et du comportement. ^[19]

Les enfants atteints de SAF peuvent souffrir de séquelles tout au long de leur vie. Ces séquelles se manifestent notamment par des troubles du comportement, notamment des attitudes familiales vis-à-vis de personnes étrangères, des erreurs de jugements ou des actions démesurées ou inadaptées à la situation, ou des attitudes de frustration ou d'impulsivité. ^[49]

9. LA PREVENTION DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

Concernant les répercussions de la consommation d'alcool pendant la grossesse, le meilleur outil d'action est la prévention. Elle peut s'effectuer à trois différents niveaux.

9.1 LA PREVENTION PRIMAIRE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE

Elle est définie par l'OMS comme étant l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et par conséquent de diminuer le risque d'apparition de nouveaux cas. Elle a pour but d'informer la population, et notamment, pour ce sujet, les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes. ^[26]

Dans le cadre de l'exposition à l'alcool in utero, différents moyens d'information de la population ont été mis en place durant la dernière décennie.

Depuis le 3 octobre 2007, en application de l'arrêté ministériel du 3 octobre 2006 (relatif aux modalités d'inscription du message à caractère sanitaire préconisant l'absence de consommation d'alcool par les femmes enceintes sur les unités de conditionnement des boissons alcoolisées), un pictogramme (fig. 4) est apposé sur tous les conditionnements contenant de l'alcool. Ce pictogramme peut se trouver accompagné de sa signification : « La consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse, même en faible quantité, peut avoir des effets graves sur la santé de l'enfant ». ^{[25] [31]}



Figure 4. Pictogramme intitulé "Zéro alcool pendant la grossesse"

Cette mesure législative intervient dans le cadre de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui prévoit :

- Des campagnes de prévention et d'information sur le SAF
- Une information dès le collège et le lycée, notamment sur les risques de l'alcool pendant la grossesse
- La formation des professionnels de santé

De plus, l'information figurera dans les carnets de maternité remis aux femmes enceintes qui viennent en consultations prénatales. ^[31]

En plus de l'information à la population, la prévention primaire regroupe également la sensibilisation des professionnels de périnatalité à l'importance et l'ampleur du problème. De ce fait, les gynécologues-obstétriciens, les sages-femmes, les médecins généralistes, et tous les professionnels acteurs de la périnatalité ont un rôle à jouer dans le dépistage, la prévention et l'information des femmes en âge de procréer.

9.2 LA PREVENTION SECONDAIRE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE

La prévention secondaire consiste à dépister le plus précocement possible la consommation d'alcool chez les femmes enceintes. Ce rôle central de dépistage s'adresse aux professionnels effectuant des consultations auprès des femmes en âge de procréer, et essentiellement des consultations pré-conceptionnelles et prénatales. Ainsi, les sages-femmes se retrouvent, avec les gynécologues, au centre de la prévention de l'exposition prénatale à l'alcool. ^{[3] [26]}

L'outil permettant le dépistage de la consommation d'alcool par la femme enceinte ou désireuse de procréer est l'interrogatoire. Il est recommandé de mettre en place un interrogatoire systématique qui évaluera avec le plus de précision possible la consommation d'alcool de la patiente. Il est essentiel, cependant, que les questions soient posées de manière naturelle et dénuée de tout jugement qui pourrait culpabiliser la patiente. ^[26]

Le ministère du travail, de l'emploi et de la santé, propose des exemples de formulations dans son guide destiné aux professionnels de santé. Il recommande d'aborder le sujet de l'alcool au milieu des autres questions sur le mode de vie et de l'intégrer à la recherche des autres toxiques. Il estime qu'il est préférable de citer les différentes boissons plutôt que de parler d'alcool de manière générale. En effet, pour la majorité des personnes, le terme « alcool » est associé à des alcools forts.

Il est également recommandé de ne pas faire usage de questions fermées ou comportant une négation, telle que : « Vous ne buvez pas d'alcool ? ».

Il existe également des questionnaires standardisés qui facilitent le dépistage et qui peuvent servir de support. Ils sont peu utilisés en France, mais peuvent permettre d'aborder la question de la consommation d'alcool plus facilement. ^[25]

L'HAS ^[8] propose le questionnaire CAGE-DETA qui se présente sous la forme de quatre questions :

- Avez déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
- Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
- Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
- Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin ?

Deux réponses positives sur quatre sont un bon critère prédictif d'un problème de consommation d'alcool.

Un second test, intitulé T-ACE ^[30], est un questionnaire à quatre questions. Il a été développé spécifiquement pour les femmes enceintes. Il est constitué de la manière suivante :

- T = tolérance : combien de verre(s) vous faut-il pour ressentir les effets de l'alcool ?
- A = Agacement : est-il arrivé que des proches, des professionnels de santé, s'inquiètent pour votre consommation d'alcool ?
- C = Cessation : avez-vous déjà essayé de réduire votre consommation d'alcool
- E = Eveil : avez-vous déjà eu besoin de consommer de l'alcool le matin pour être en forme ?

Pour T, 2 points sont attribués au-delà de 2 verres, 1 point est attribué pour une consommation inférieure. Pour A, C et E, 1 point est attribué si la réponse est positive.

Il existe un risque à partir d'un total de points égal à 2, et un risque élevé pour un score supérieur à 2.

Il existe également un auto-questionnaire, nommé AUDIT, composé de 10 questions sur la quantité d'alcool consommé et sur les dommages induits par celle-ci. Il évalue un mésusage sur l'année qui précède.

Il est essentiel de conserver un discours positif et non-culpabilisant, tout en informant les femmes des dangers de la consommation d'alcool pendant la grossesse pour leurs fœtus. Il faut leur conseiller de cesser toute consommation pendant la grossesse, mais également pendant l'allaitement maternel si celui-ci est envisagé. Il est également recommandé de proposer une aide et un soutien auprès d'un professionnel compétent.

9.3 LA PREVENTION TERTIAIRE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE

Elle intervient auprès des femmes qui ont consommé de l'alcool pendant leur grossesse ou qui ont des antécédents de naissance d'un enfant atteint par l'ensemble des troubles liées à la consommation d'alcool in utero.

Elle s'intéresse à la période postnatale et tend à dépister au plus tôt la survenue des différents handicaps, moteurs, cognitifs ou sensoriels de l'enfant atteint. Son but est de prendre rapidement en charge les conséquences de la consommation d'alcool pendant la grossesse et de diminuer le risque de récurrences dans le cas de grossesses ultérieures. ^[26]

L'ENQUETE

1. MATERIEL ET METHODES

1.1 OBJECTIFS

Après une recherche initiale concernant le sujet : « L'Alcool et la grossesse », deux questions ont été soulevées :

- « Quelles sont les connaissances des femmes en âge de procréer concernant les répercussions de la consommation d'alcool pendant la grossesse ? »
- « Les femmes en âge de procréer sont-elles assez informées sur le sujet : Alcool et grossesse ? »

Un objectif secondaire consistait à mettre en évidence une différence de connaissance chez les femmes en fonction de leur parité.

Une étude sous forme de questionnaire a été réalisée. Les objectifs de cette étude consistent à évaluer les connaissances des femmes en âge de procréer sur l'alcool ainsi que leur volonté vis-à-vis de la prévention effectuée à ce sujet.

1.2 LES HYPOTHESES

Les hypothèses formulées avant le début de l'étude sont les suivantes :

- Il existe des lacunes concernant les connaissances des femmes sur les répercussions de l'alcool pendant la grossesse.
- Il existe, de la part des femmes en âge de procréer, une volonté d'être plus informée sur l'alcool et ses effets sur la grossesse.

1.3 POPULATION ETUDIEE

L'objectif de l'étude est de réaliser un état des lieux des connaissances des femmes. Le choix de la population étudiée s'est orienté sur les femmes âgées de 15 à 50 ans consultant dans le service de consultations externes de la Maternité Régionale de Nancy. Les femmes interrogées peuvent être enceintes ou non, et doivent consulter dans les services de consultations obstétricales ou gynécologiques.

2. MOYENS ET METHODES

2.1 LE QUESTIONNAIRE

Le moyen utilisé pour mener l'étude est un questionnaire, diffusé à la Maternité Régionale de Nancy. Le questionnaire comporte une page de présentation rédigée afin d'expliquer les raisons de l'étude, ainsi qu'un document d'information appartenant au Département de la Recherche et de l'Innovation du CHRU de Nancy dont l'objectif est d'informer les patientes sur leurs droits concernant l'étude.

Le questionnaire a été conçu pour respecter l'anonymat des participantes, tant dans sa conception que dans sa diffusion.

2.2 LA COMPOSITION DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire se divise pour sa part en 52 questions à choix multiples et une question d'expression libre. Il se compose de plusieurs parties (Annexe I) :

- La première partie comporte 8 questions. Elle permet de mettre en évidence les caractéristiques de la population étudiée. Les caractéristiques étudiées sont : l'âge, la situation familiale, le niveau d'étude, la situation financière et professionnelle, le type de logement et la couverture sociale des patientes interrogées.
- La deuxième partie, composée de 6 questions, permet de recueillir les informations sur la gestité (nombre de grossesses) et la parité (nombre d'accouchements) des patientes, mais également sur leurs antécédents en matière de contraception. Une septième question permet de s'enquérir du possible état de grossesse des patientes interrogées au moment du questionnaire.
- Une troisième partie nécessite 17 questions afin d'évaluer la perception des patientes vis-à-vis des recommandations et de la prévention dispensées par les professionnels de santé. Elles permettent de se renseigner sur les informations reçues par les patientes au cours de leurs consultations, notamment à travers des outils de prévention, comme le carnet de maternité. Elles renseignent également l'identité du professionnel de santé les ayant dispensées.
- Pour la quatrième partie, 15 questions permettent d'évaluer les connaissances des femmes. Elles s'intéressent à la connaissance de la prévention nationale mise en place depuis 2007 ; le pictogramme et son message : « La consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse, même en faible quantité, peut avoir des effets graves sur la santé de l'enfant ». Des questions sont également prévues pour évaluer les connaissances des femmes sur la consommation d'alcool recommandée aux femmes enceintes et sur les répercussions fœtales dues à cette consommation.
- Pour la dernière partie, 3 questions permettent d'évaluer la volonté des femmes interrogées vis-à-vis de la prévention. Une question d'expression libre est prévue afin de laisser un espace aux participantes afin de recueillir leurs avis ou leurs remarques.

2.3 DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire anonyme a été diffusé dans le service de consultations externes de la Maternité Régionale de Nancy. Il était proposé aux patientes venant consulter, par les secrétaires du service. Afin de ne pas pouvoir identifier les personnes ayant répondu, le dépôt du questionnaire s'est effectué dans une boîte aux lettres. Les investigateurs de l'étude n'avaient donc aucune connaissance des femmes ayant accepté de participer.

Le questionnaire a été diffusé sur une période s'étalant du 16 octobre 2017 au 18 mars 2018. Ainsi, 200 questionnaires ont été distribués. Parmi les 200 questionnaires distribués, 97 ont été récupérés. Cela correspond à un taux de participation brut de 48.5%.

Après analyse des questionnaires, il s'est avéré que 93 questionnaires ont été exploitables et ont été utilisés pour l'étude. Ainsi, le taux de participation final à l'étude est de 46.5%.

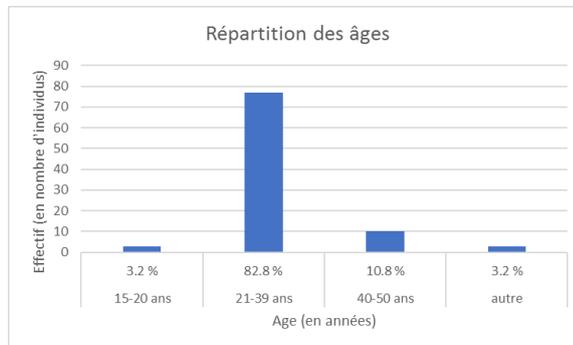
2.4 TRAITEMENT DES DONNEES

Les résultats recueillis ont été saisis et analysés à l'aide des logiciels Epidata, Epidata Analysis. Les figures ont été réalisées à l'aide du logiciel Excel.

RESULTATS

1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

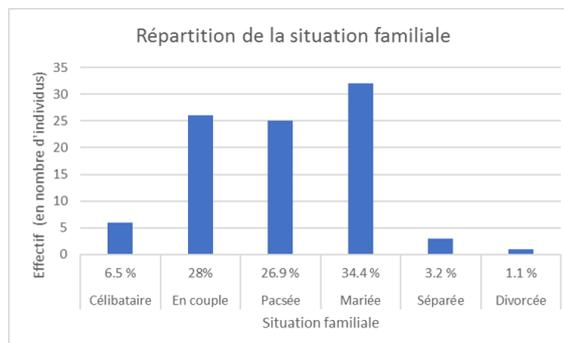
1.1 REPARTITION DES PATIENTES SELON L'AGE



Histogramme n°1 : Répartition des âges de la population étudiée

La population étudiée se trouve, à plus de 80%, dans la tranche d'âge « 21-39 ans ». La seconde catégorie d'âge est la tranche « 40-50 ans » et les patientes restantes se répartissent également dans les tranches « 15-20 ans » et « autre ».

1.2 REPARTITION DES PATIENTES EN FONCTION DE LEUR SITUATION FAMILIALE

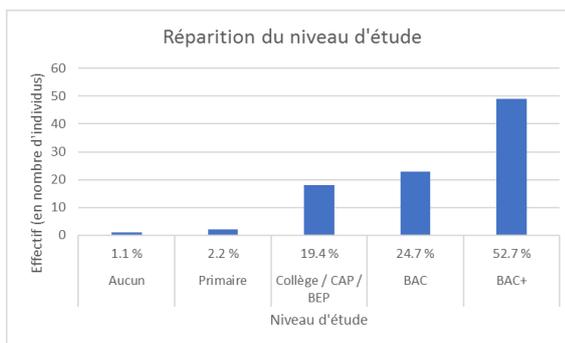


Histogramme n°2 : Répartition de la situation familiale de la population étudiée

Concernant la situation familiale des patientes ayant participé à l'étude, on peut noter que 89% d'entre elles vivent dans une situation de vie de couple ; 28% vivent en couple, environ 27% sont pacsées et environ 34% sont mariées.

Pour les femmes qui ne sont pas concernées par cette situation, nous avons essentiellement 7% qui sont célibataires, seulement 3.2% déclarent être séparées et 1.1% est divorcée.

1.3 REPARTITION DES PATIENTES EN FONCTION DE LEUR NIVEAU D'ETUDE.



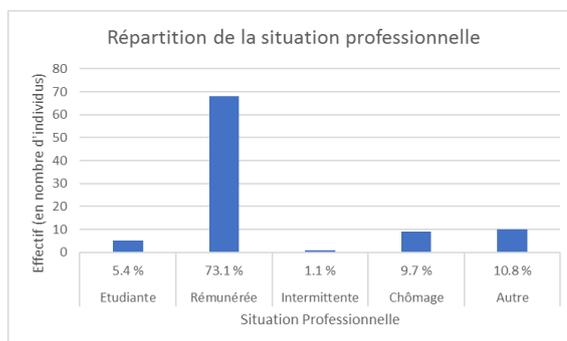
Histogramme n°3 : Répartition du niveau d'étude de la population étudiée.

Plus de la moitié des participantes à l'étude ont effectué des études supérieures après l'obtention du baccalauréat.

Pour la seconde moitié, on peut noter qu'environ un quart des patientes ont obtenu leur baccalauréat. De même, approximativement un cinquième d'entre elles ont un niveau d'étude correspondant soit au Brevet des Collèges, soit au BEP, soit au CAP.

Les 3% restants se répartissent entre un niveau équivalent au primaire ou aucun niveau d'étude.

1.4 REPARTITION DES PARTICIPANTES SELON LEUR SITUATION PROFESSIONNELLE.



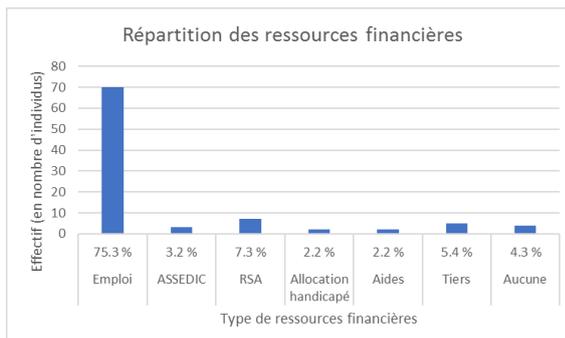
Histogramme n°4 : Répartition de la situation professionnelle des participantes

Concernant la situation professionnelle, on peut noter que plus de 70% des femmes interrogées pratiquent une activité professionnelle à temps plein. Ajoutée à cela, environ 1% des participantes déclarent une activité rémunérée intermittente.

Concernant les femmes ne déclarant pas d'activité professionnelle, environ 10% sont au chômage et environ 11% ont déclaré une activité « autre », avec pour 3 d'entre elles la précision : « Mère au foyer ».

On note également que 5% des femmes interrogées sont étudiantes.

1.5 REPARTITION DES PARTICIPANTES SELON LA PROVENANCE DE LEURS RESSOURCES FINANCIERES PRINCIPALES.

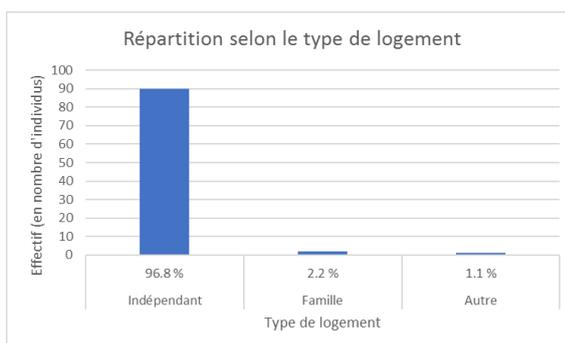


Histogramme n° 5 : Distribution des ressources financières de la population étudiée

En corrélation avec l'exercice d'une activité professionnelle, on note que pour les trois-quarts des interrogées, la ressource financière principale provient de l'emploi.

Le quart restant se divise de la manière suivante : 7% bénéficie du RSA, environ 3% des ASSEDIC, « l'allocation adulte handicapé » et les aides non nommées représentent 4% et 5% reçoivent leurs ressources d'un tiers. Les femmes déclarant n'avoir aucune ressource représentent les 4% restants.

1.6 REPARTITION DES PARTICIPANTES SELON LEUR TYPE DE LOGEMENT



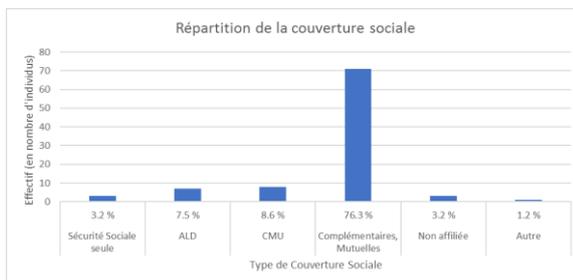
Histogramme n°6 : Répartition de la population selon leur logement

Il est à noter qu'environ 97% des patientes interrogées vivent dans un logement indépendant qui comprend les locations et les propriétés sans différenciation.

Les 3% restants se divisent de la manière suivante : environ 2% déclarent vivre avec leur famille et 1% a choisi la catégorie « autre » sans plus de précision.

1.7 REPARTITION DES PARTICIPANTES SELON LEUR COUVERTURE SOCIALE

Sur les 93 participantes à l'étude, environ 91% sont affiliées à la sécurité sociale.



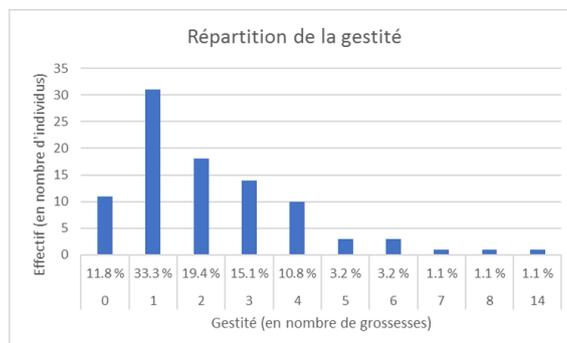
Histogramme n°7 : Répartition des patientes selon leur couverture sociale

Concernant la couverture sociale des patientes interrogées, on peut constater que plus des trois-quarts bénéficient d'une assurance complémentaire à la sécurité sociale.

Environ 8% des patientes déclarent bénéficier d'une couverture prenant en charge une affection longue durée (ALD). De plus, approximativement 9% de la population attestent bénéficier de la couverture maladie universelle (CMU).

Les 7% restants se divisent entre la sécurité sociale seule (environ 3%), la non affiliation (environ 3%) et la catégorie « autre » (1%) sans plus de précision.

1.8 REPARTITION DES FEMMES SELON LEUR GESTITE

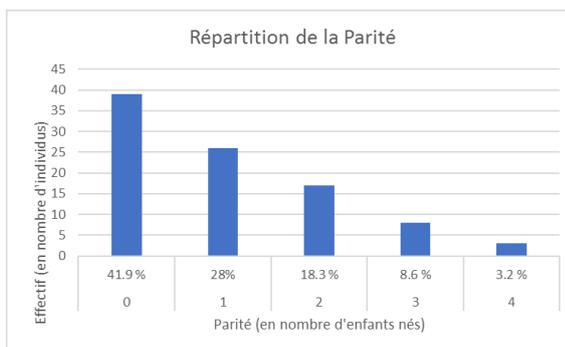


Histogramme n°8 : Répartition des participantes selon leur gestité

Concernant leur gestité, quasiment 12% des participantes déclarent n'avoir jamais été enceintes. On peut noter qu'environ 30% des interrogées déclarent avoir été enceinte une seule fois au cours de leur vie.

Les multigestes représentent environ 58 % de la population dans leur totalité avec une prédominance des femmes ayant eu deux, trois ou quatre grossesses qui comptabilisent 45% de la population totale. Les 10% restants concernent les femmes ayant eu plus de quatre grossesses.

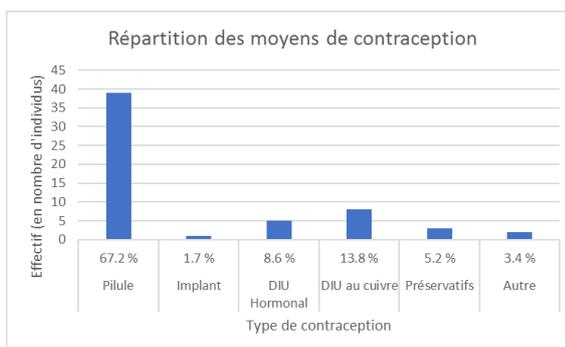
1.9 REPARTITION DES PARTICIPANTES SELON LEUR PARITE



Histogramme n°9 : Répartition de la population en fonction de leur parité

La majorité des femmes interrogées (42%) déclarent être nullipares. On peut noter qu'il y a 58% des femmes interrogées qui ont déjà accouché au moins une fois. Parmi elles, 28% notifient être primipare. Enfin, 30% de la population étudiée déclarent avoir mis au monde plus d'un enfant.

1.10 REPARTITION DES PATIENTES SELON LEUR COUVERTURE CONTRACEPTIVE



Histogramme n°10 : Répartition des moyens de contraception

Au moment de l'enquête, environ 30% des participantes déclarent utiliser un moyen de contraception. A l'inverse, approximativement 20% attestent ne pas utiliser de contraceptifs. Parmi les 93 patientes interrogées, 45 femmes ne prennent pas de contraception puisqu'elles sont enceintes.

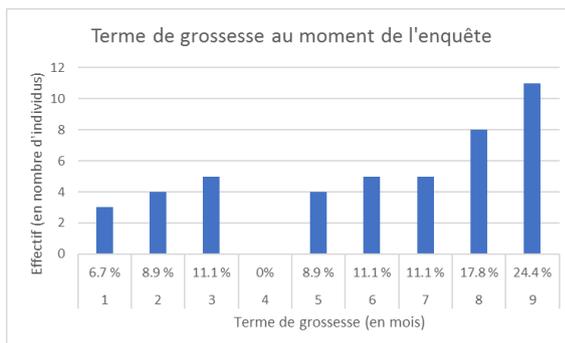
Parmi les 45 femmes enceintes au moment de l'enquête, presque 65% attestent avoir utilisé un moyen de contraception avant la grossesse actuelle.

Au sein de la population étudiée, on peut observer que le principal moyen de contraception sélectionné est la pilule (sans distinction faite entre les différents types de pilules). Le second moyen de contraception utilisé est le dispositif intra-utérin au cuivre (environ 14%), suivi par le dispositif intra-utérin hormonal à environ 9%.

Les derniers 10% concernent principalement les préservatifs, puis la catégorie « autre » (sans précision) et enfin l'implant qui concerne environ 2% de la population étudiée.

1.11 REPARTITION DES FEMMES ENCEINTES EN FONCTION DE LEUR TERME

Sur les 93 femmes interrogées, 45 femmes déclarent être enceintes au moment de l'enquête et 2 femmes ne savent pas si elles sont enceintes.



Histogramme n°11 : Répartition des termes de grossesse au moment de l'enquête

Environ un quart des femmes enceintes interrogées (11 femmes), étaient dans leur 9^{ème} mois au moment de l'enquête.

On peut noter qu'un peu plus de la moitié des femmes enceintes interrogées (24 femmes) étaient dans leur dernier trimestre au moment où elles ont répondu au questionnaire.

Ensuite, 12 femmes ont déclaré être dans leur 1^{er} trimestre au moment de l'enquête. Puis, 9 femmes ont attesté être dans leur deuxième trimestre au moment de l'étude. On peut noter que le 2^{ème} trimestre n'est représenté que par le 5^{ème} et le 6^{ème} mois.

2. CARACTERISTIQUES DES CONSULTATIONS EFFECTUEES PAR LES FEMMES ENCEINTES PARTICIPANTES

Concernant les 45 femmes enceintes qui ont participé à l'étude, 44 (98%) ont effectué leur première consultation au cours de leur premier trimestre. La patiente restante (2%) déclare avoir effectué sa première consultation au cours du deuxième trimestre.

3. CARACTERISTIQUES DE LA PREVENTION FAITE AUPRES DES FEMMES ENCEINTES

Les femmes ayant été enceintes ou l'étant au moment du questionnaire ont été invitées à répondre aux questions permettant d'évaluer les consultations, et la prévention faite par les professionnels de santé au sujet de l'alcool et de la grossesse. Ainsi, le nombre de femmes concernées par ces questions s'élèvent à 82.

3.1 L'ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE (EPP)

L'enquête s'est intéressée à la réalisation de l'entretien prénatal précoce. Cet entretien est généralement réalisé au cours du quatrième mois de grossesse. Il est très souvent utilisé pour aborder les éléments de prévention inhérents à la grossesse, dont l'alcool fait partie. Ainsi, l'EPP est un outil de prévention concernant la consommation d'alcool et ses répercussions sur la grossesse.

L'enquête a révélé que sur les 82 femmes ayant ou ayant eu une grossesse, la moitié déclare ne pas avoir bénéficié de cet entretien.

La seconde moitié se répartit entre les 29 femmes qui attestent avoir bénéficié d'un EPP et les 12 participantes qui ne savent pas si elles ont bénéficié d'un tel entretien.

Parmi les 29 femmes attestant avoir eu un EPP, un peu plus de la moitié en a bénéficié également lors de grossesses antérieures. Presque 28% des EPP réalisés dans la population étudiée l'ont été pendant la grossesse en cours lors de l'enquête. Seul 1/5 des 29 bénéficiaires d'EPP, l'a reçu lors de chacune de leur grossesse.

Un peu plus de la moitié des EPP réalisés l'ont été par une sage-femme. Environ 46% des EPP ont été réalisés par un gynécologue-obstétricien. Les 4% restants des EPP ont été pratiqués par un médecin généraliste.

3.2 LE CARNET DE MATERNITE

Le carnet de maternité est un second outil de prévention utilisé pendant la grossesse. Il est distribué aux femmes venant consulter pour la première fois à la Maternité Régionale de Nancy. Il contient des informations de prévention sur l'alimentation, le tabac, et également sur l'alcool pendant la grossesse.

L'enquête s'est intéressée à la distribution et la lecture des carnets de maternité afin d'évaluer l'utilisation de cet outil et la réceptivité des femmes qui l'ont reçu.

Sur les 82 femmes qui sont enceintes, ou qui l'ont été, environ trois quarts d'entre elles déclarent avoir reçu le carnet de maternité et parmi elles, plus de 90% l'ont lu.

Parmi les 61 patientes ayant reçu le carnet de maternité, 44% en ont pris possession lors de grossesses antérieures. Environ 26% l'ont reçu lors de la grossesse en cours lors de l'enquête et le même pourcentage l'a reçu à chaque grossesse. Les 2% restants ont sélectionné la proposition « autre » sans plus de précision.

Ainsi, sur les 61 femmes qui ont reçu le carnet, 79% (48 femmes) déclarent savoir qu'il existe une page consacrée à l'alcool dans le carnet de maternité.

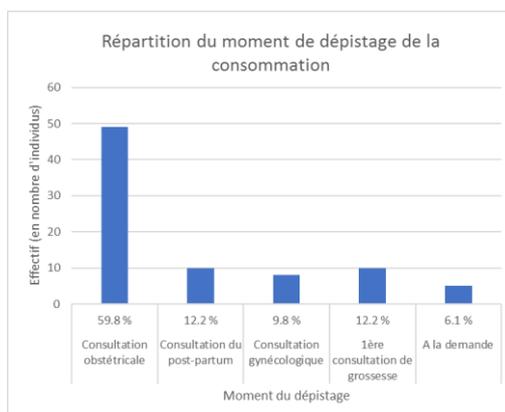
On peut également noter qu'une seule femme ayant reçu et lu le carnet de maternité ne sait pas qu'il existe une page concernant la prévention faite pour l'alcool pendant la grossesse.

3.3 INFORMATION ET PREVENTION AU COURS DES CONSULTATIONS

Parmi les 82 femmes ayant été ou étant enceintes, 72% déclarent avoir reçu des informations et des recommandations concernant l'alcool et la grossesse au cours de leurs consultations obstétricales. Parmi ces femmes, un peu plus de 70% attestent que les professionnels de santé se sont renseignés sur leur consommation d'alcool au cours de leur grossesse.

Pour ces 58 femmes, la consommation a été évaluée à environ 34% par une sage-femme. Approximativement, 23% des consommations ont été renseignées par un gynécologue-obstétricien. On constate également une activité conjointe de sages-femmes et de gynécologues-obstétriciens. En effet, environ 17% des consommations renseignées l'ont été à la fois par une sage-femme et un gynécologue-obstétricien. Pour environ 8% de la population concernée, la consommation de boissons alcoolisées a été demandée par un médecin généraliste.

On peut ainsi noter qu'en alliant les consommations répertoriées seules ou en collaboration avec un gynécologue-obstétricien, les sages-femmes sont concernées par un peu plus de la moitié du dépistage des consommations dans la population étudiée.



Histogramme n°12 : Répartition du moment de dépistage de la consommation

Pour les 58 femmes dont la consommation d'alcool a été évaluée, l'enquête s'est également intéressée au moment choisi pour effectuer ce dépistage.

Sur les 82 femmes ayant répondu à cette partie, on peut noter que le dépistage de la consommation d'alcool s'est effectué pour 72% d'entre elles lors d'une consultation qui concernait la grossesse (environ 60% en consultation obstétricale et 12% lors de la 1^{ère} consultation de grossesse).

Pour environ 12% des femmes ayant répondu, le dépistage a eu lieu lors d'une consultation du post-partum. Pour quasiment 10% d'entre elles, la consommation de boissons alcoolisées a été renseignée au cours d'une consultation gynécologique. Pour 6% des femmes ayant répondu, le dépistage de la consommation d'alcool s'est effectué puisqu'elles l'ont-elles même demandé.

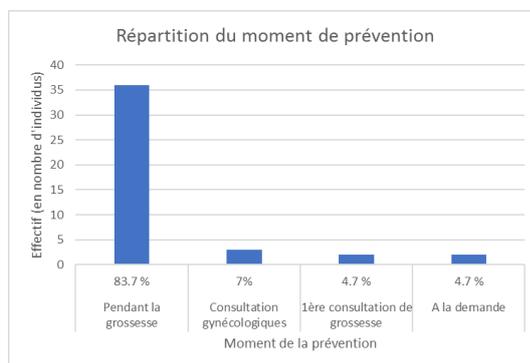
3.4 RECOMMANDATIONS SUR L'ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE

Parmi les 82 femmes ayant répondu à cette partie, 57% (47 femmes) ont attesté avoir reçu des recommandations concernant la consommation d'alcool durant la grossesse.

Dans ces 57 femmes, 55% (26 femmes) l'ont reçu de la part d'une sage-femme. Les sages-femmes ont dispensé plus de la moitié des recommandations sur la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Environ 40% (19 femmes) ont reçu ces informations par un gynécologue-obstétricien. Parmi les 47 femmes ayant reçu des recommandations au sujet de l'alcool pendant la grossesse, une a été renseignée par un médecin généraliste et une a sélectionné l'option « autre », sans plus de précision.

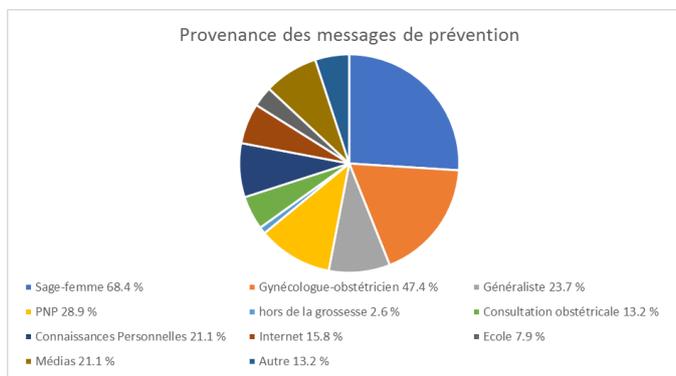
Pour la prévention, parmi les 82 femmes ayant eu ou ayant une grossesse, un peu plus de la moitié (43 femmes) attestent avoir reçu des éléments de prévention.



Histogramme n°13 : Répartition du moment choisi pour la prévention

Parmi ces 43 femmes, plus de 84% (36 femmes) attestent avoir reçu des messages de prévention, notamment concernant la consommation d'alcool pendant la grossesse, lors d'une consultation concernant cette dernière. Environ 7% (3 femmes) affirment avoir reçu des messages de prévention lors d'une consultation gynécologique.

Deux femmes déclarent que la prévention a été effectuée au cours de la première consultation de grossesse et pour deux femmes, elle l'a été à la demande de la patiente.



Graphique n°1 : Répartition de la provenance des messages de prévention

Concernant les messages de prévention, une question de l'enquête avait pour but de définir la provenance de ces messages de prévention.

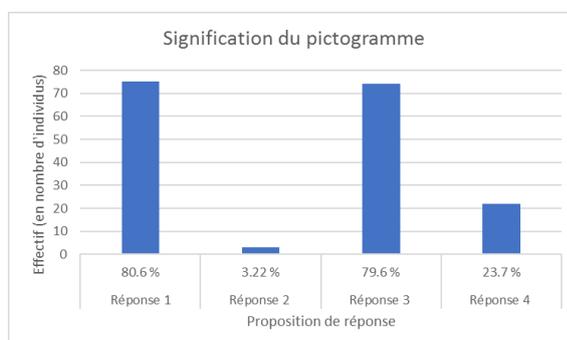
Les professionnels de santé sont la source de plus de la moitié des messages de prévention délivrés aux patientes. Après les professionnels de santé, les deux sources principales sont les connaissances personnelles et les médias (à 21% pour tous les deux). Il est intéressant de noter qu'internet se révèle comme une source plus importante de messages de prévention que l'école (15% contre environ 8%).

4. CONNAISSANCES DES FEMMES SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE

4.1 CONNAISSANCE DU PICTOGRAMME

Sur les 93 femmes interrogées, presque 96% d'entre elles déclarent connaître le pictogramme mis en place en octobre 2007.

Pour évaluer la connaissance des femmes concernant le pictogramme, le questionnaire proposait 4 possibilités (cf. question 20.a du questionnaire en Annexe I).



Histogramme n°14 : Réponse donnée quant à la signification du pictogramme

Les réponses justes à cette question sont les suivantes :

- C'est un message à caractère sanitaire préconisant l'absence de consommation d'alcool par les femmes enceintes. (Réponse 1)
- La consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse, même en faible quantité, peut avoir des conséquences graves sur la santé de l'enfant. (Réponse 3)

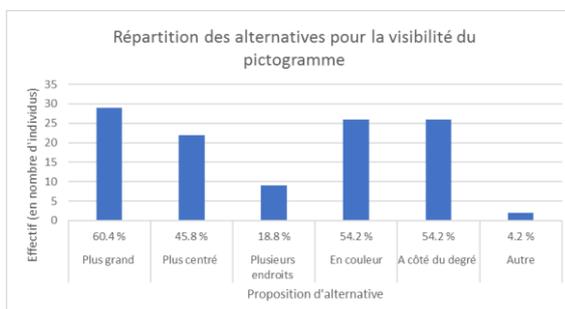
Les bonnes réponses, à savoir la réponse 1 et la réponse 3, ont été sélectionnées par environ 80% des patientes. Il semble que le message qui doit être délivré par le pictogramme est bien compris par la population étudiée.

Concernant les mauvaises réponses à la question n°20 :

- La réponse 2 qui mentionne qu'il n'existe aucun danger pour le fœtus avant le 3^{ème} trimestre a été sélectionné par environ 3% des patientes
- La réponse 4 qui précise que seule une consommation importante d'alcool est dangereuse pour le fœtus a été choisi par presque 24% des patientes.

Au sujet du pictogramme, environ 48 % (45 femmes) des femmes interrogées trouvent que pictogramme est assez visible.

La majorité des femmes interrogées lors de l'étude, soit 52% (48 patientes), trouvent que le pictogramme n'est pas assez visible. Le questionnaire proposait des solutions pour améliorer cette visibilité avec la possibilité de choisir plusieurs propositions.



Histogramme n°15 : Alternatives choisies par les patientes pour la visibilité du pictogramme

Concernant les possibilités de modifications du pictogramme proposées dans le questionnaire, environ 60% des patientes ont choisi « plus grand », ce qui en fait la proposition la plus choisie.

Les propositions « en couleur » et « à côté du degré d'alcool » arrivent en seconde position dans les mêmes proportions (environ 54%).

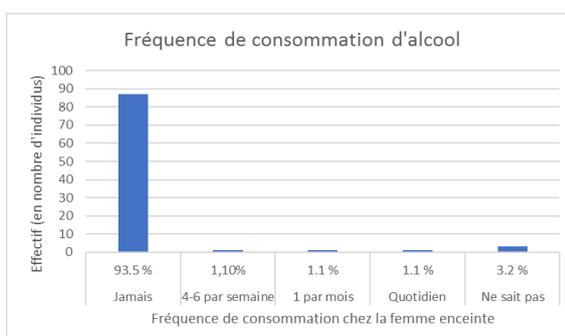
La proposition « plus centrée » est sélectionnée par 45% des interrogées et la proposition « à plusieurs endroits » est choisi par environ 19% des patientes.

Enfin, deux patientes ont sélectionné la catégorie « autre » sans autre précision.

Parmi les 93 participantes, plus des trois-quarts trouvent que le message « Zéro alcool » est tout à fait compréhensible à la vue du pictogramme, contre environ 24% qui trouvent que le pictogramme ne suffit pas à illustrer cette recommandation.

Au sein des interrogées, environ 63% trouvent que le pictogramme encourage le respect de la recommandation, mais seulement 23% pensent qu'il est suffisant pour inciter ce respect.

4.2 CONNAISSANCES SUR LA FREQUENCE DE CONSOMMATION D'UNE FEMME ENCEINTE



Histogramme n°16 : Répartition des réponses concernant la consommation d'alcool

Sur les 93 femmes participant à l'enquête, plus de 93% pensent que les femmes enceintes ne doivent jamais consommer de boissons alcoolisées.

Pour les 7% restants, une femme pense que les femmes enceintes peuvent consommer de l'alcool 4 à 6 fois par semaine pendant la grossesse. Une consommation mensuelle a été choisie par une femme tout comme une consommation quotidienne.

Trois patientes interrogées ne savent pas quelle consommation de boissons alcoolisées est recommandée pour les femmes enceintes.

4.3 CONNAISSANCES SUR LA DOSE D'ALCOOL DANS LES VERRES STANDARDS

Nous tenons à rappeler que chacun des verres standards représentés contient la même quantité d'alcool, à savoir 1 unité d'alcool équivalente à 10 grammes d'alcool pur.

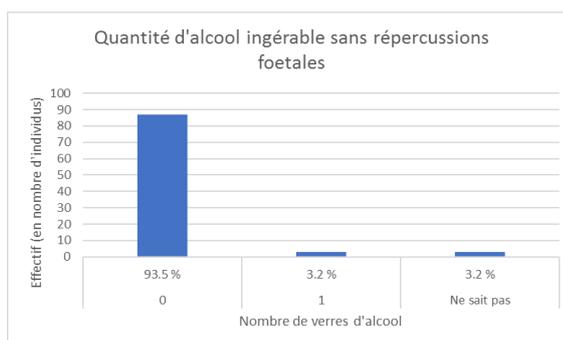
Pour cette question, une image représentant les verres standards a été présentée aux patientes. Il leur a été demandé de choisir le verre d'alcool contenant la plus haute dose d'alcool.

Environ 60% des 93 participantes savent que tous les verres représentés contiennent la même quantité d'alcool, à savoir 10 gramme d'alcool pur.

Un cinquième des patientes interrogées pensent que le verre contenant du pastis est celui qui contient la plus haute dose d'alcool. Approximativement 15% de patientes estiment que c'est le whisky qui représente la plus haute dose d'alcool.

Concernant le verre d'apéritif, de vin et de champagne, ils ont chacun été choisis par une seule participante.

4.4 CROYANCES DES FEMMES SUR LA QUANTITE D'ALCOOL INGERABLE SANS REPERCUSSIONS SUR LE FŒTUS



Histogramme n°17 : Répartition des réponses sur la quantité d'alcool autorisée

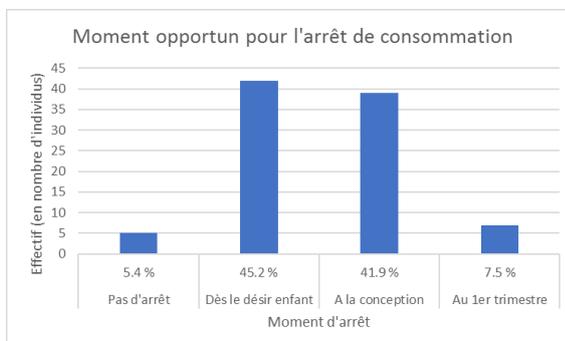
Parmi les 93 participantes à l'étude, environ 94% pensent qu'une femme enceinte ne doit pas consommer d'alcool pendant la grossesse.

Pour 3 participantes, une femme enceinte peut consommer un verre de boisson alcoolisée par occasion sans que cela n'ait de répercussions sur son fœtus.

Trois interrogées ne savent pas quelle quantité d'alcool une femme enceinte peut consommer sans danger pour son fœtus.

4.5 CONNAISSANCES CONCERNANT L'ARRÊT DE CONSOMMATION D'ALCOOL DURANT LA GROSSESSE

Sur la totalité des participantes, environ 94% pensent qu'il est essentiel de cesser toute consommation d'alcool pendant la grossesse.



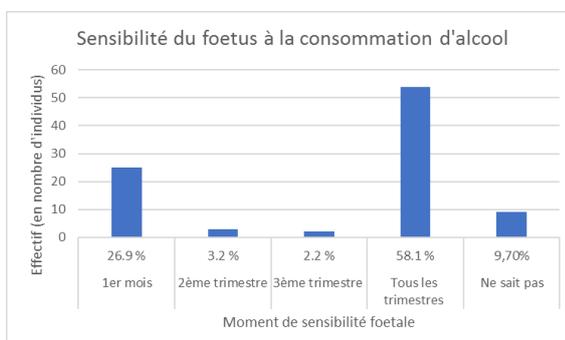
Histogramme n°18 : Choix du moment opportun pour l'arrêt de la consommation

Concernant le moment opportun pour l'arrêt de la consommation de boissons alcoolisées, parmi les femmes qui pensent qu'il faut cesser toute consommation :

- Environ 45% pensent qu'il est nécessaire de cesser toute consommation de boisson alcoolisée dès le désir d'enfant
- Presque 42% pensent que la consommation d'alcool doit prendre fin dès la conception.
- Pour environ 8% des interrogées, les femmes enceintes doivent cesser leur consommation d'alcool lors du 1^{er} trimestre.

5. CONNAISSANCES DES REPERCUSSIONS DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL SUR LE FOETUS

5.1 CONNAISSANCES CONCERNANT LA SENSIBILITE DU FOETUS A LA CONSOMMATION D'ALCOOL



Histogramme n°19 : Croyances des femmes concernant la sensibilité du fœtus à la consommation d'alcool

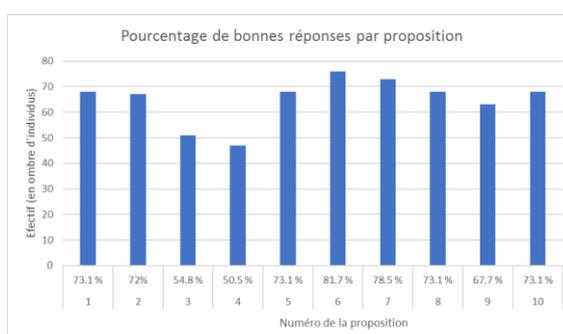
Parmi les patientes participant à l'enquête, plus de la moitié (58%) savent que le fœtus est sensible à la consommation d'alcool à chaque trimestre de la grossesse.

Pour environ 27% des interrogées, le fœtus est plus sensible pendant les premiers mois de la grossesse.

Trois patientes (3%) pensent que le fœtus est plus sensible au 2^{ème} trimestre et deux (2%) pensent qu'il l'est essentiellement au 3^{ème} trimestre de grossesse.

5.2 CONNAISSANCES CONCERNANT LES RISQUES INDUIT PAR UNE CONSOMMATION D'ALCOOL

La question 28 du questionnaire (Annexe I) contient des propositions concernant les répercussions de la consommation d'alcool. Toutes ces propositions sont justes.



Histogramme n°20 : Bonne réponse par proposition de la question 2

Plus de 70% des patientes ont bien répondu aux propositions suivantes :

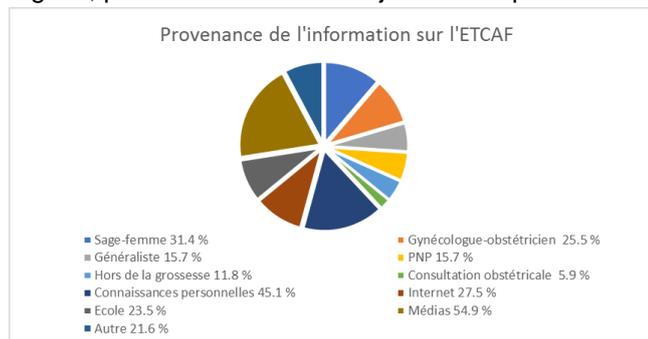
- L'alcool provoque des comportements à risque mettant la vie de l'individu en danger
- La consommation d'alcool provoque des accidents de la route et de la voie publique
- La consommation d'alcool provoque des fausses-couches, des hématomes rétro-placentaires et des morts fœtales in utero.
- L'alcool provoque des malformations chez l'enfant, au niveau de la face et du cerveau
- La consommation d'alcool provoque un retard de croissance chez l'enfant.
- La consommation d'alcool est un risque d'accouchement prématuré
- L'alcool provoque des handicaps moteurs et physiques chez l'enfant.

En revanche, seul environ 55% ont répondu que l'alcool pouvait engendrer des complications organiques maternelles et seulement 50% estiment que l'alcool peut provoquer une diminution de la fécondité féminine.

Concernant le fait que la consommation d'alcool peut engendrer des troubles de l'attention chez l'enfant, seul 68% des interrogées ont donné une réponse positive.

5.3 CONNAISSANCES CONCERNANT L'ENSEMBLE DES TROUBLES CAUSES PAR L'ALCOOLISATION FŒTALE

Sur les 93 femmes interrogées, plus de la moitié ont déjà entendu parler de l'ETCAF.



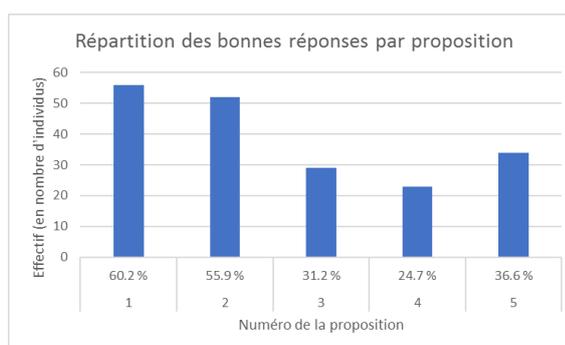
Graphique n°2 : Origine de l'information sur l'ETCAF

L'enquête s'est intéressée à la provenance des informations sur l'ETCAF chez les patientes qui en ont entendu parler.

Les informations sur l'ETCAF proviennent principalement des connaissances personnelles et des médias.

Les professionnels de santé de la périnatalité sont la troisième source principale d'information concernant l'ETCAF. La section des professionnels de santé est dominée par la sage-femme qui réalise cette information lors de consultations, mais également lors de séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

L'enquête a ensuite proposé aux participantes de définir l'Ensemble des Troubles de l'Alcoolisation Fœtale. Toutes les propositions de cette question sont justes.



Histogramme n°21: Répartition des bonnes réponses à la question 30

Il est à noter que seules 4 patientes ont répondu positivement à toutes les propositions et ont donc parfaitement défini l'ETCAF.

Ainsi la répartition des bonnes réponses données par les patientes à la question 30 est illustrée par l'histogramme n°20.

Environ 60% des femmes interrogées savent que l'ETCAF désigne les affections découlant de la consommation d'alcool chez la femme enceintes.

Plus de la moitié des participantes (56%) savent que le terme ETCAF regroupe les diagnostics : le syndrome d'alcoolisation fœtale, le syndrome d'alcoolisation fœtale partiel, les troubles neurologiques du développement liés à l'alcool et les anomalies congénitales liées à l'alcool.

Seul un tiers des participantes (31%) pensent que l'ETCAF comprend également les problèmes de retards mentaux et d'apprentissage de l'enfant.

Un quart des patientes (25%) pensent que l'ETCAF comprend les troubles du comportement chez l'enfant.

Le poids plus faible à la naissance et les problèmes de croissance ont été sélectionnés par environ 37% des interrogées.

6. VOLONTE SUR LA PREVENTION

Sur les 93 femmes interrogées, 66% se disent assez informées sur le sujet de l'alcool pendant la grossesse.

Cela étant, parmi les interrogées, 30% auraient aimé avoir plus d'information sur le sujet. La majorité des participantes ne souhaitent donc pas être plus informées.

L'enquête a demandé aux participantes de choisir le moment qu'elles trouvaient le plus opportun pour effectuer la prévention sur la consommation d'alcool. Il est important de préciser que plusieurs réponses étaient possibles.

Plus de la moitié des participantes (52%) a jugé que le moment le plus opportun pour aborder la prévention relative à la consommation d'alcool est le lycée. Le moment idéal pour la prévention cité en second est le collège à environ 42%.

Pour 39% des interrogées, la consultation gynécologique est le meilleur moment pour débiter la prévention vis-à-vis de l'alcool. Dans les mêmes proportions, est citée la consultation pré-conceptionnelle.

Pour environ 33% des patientes interrogées, c'est la première consultation de grossesse qui est jugée comme le meilleur moment pour aborder la consommation d'alcool.

Pour seulement 6% des participantes la prévention de la consommation d'alcool doit être effectuée uniquement pendant la grossesse.

DISCUSSION

1. LES POINTS ESSENTIELS DE L'ENQUETE

Avant de comparer les résultats de l'enquête mise en place pour ce travail, il apparaît essentiel de souligner les points que ces derniers ont mis en évidence, ainsi que les limites imputables à ce travail.

Il a été mis en évidence par notre étude que le moment opportun pour effectuer la prévention concernant la grossesse et l'alcool doit se situer bien avant l'apparition de la grossesse elle-même.

De plus, les résultats obtenus ont démontré qu'il existe une prévention primaire relativement active au sein de la Maternité Régionale de Nancy. En effet, le carnet de maternité est un outil largement utilisé au sein de la structure. Une utilisation moindre est faite de l'entretien prénatal précoce. Afin d'expliquer ce résultat, il est indispensable de préciser que cet entretien doit être proposé aux patientes qui ont l'entière liberté de l'accepter ou de le refuser. De ce fait, le résultat mitigé quant à l'utilisation de cet outil de prévention peut également se traduire par une volonté moyenne de prévention de la part des patientes.

Il est tout de même à noter que la majorité des actes de prévention au sein de la Maternité Régionale de Nancy ont été mis en place par des sages-femmes, ce qui appuie d'autant plus le rôle essentiel de ces dernières concernant la prévention faites aux femmes enceintes.

En ce qui concerne la connaissance des femmes, il apparaît que les patientes interrogées détiennent une bonne connaissance générale concernant l'alcool et la grossesse. En effet, elles ont une très bonne connaissance des outils de prévention, tels que le pictogramme, utilisés pour informer sur les répercussions de la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Des comparaisons mettant en relation les connaissances et la parité ont été effectuées, mais aucune différence n'a été mise en évidence entre les différents groupes. En effet, bien que les résultats n'aient pas été présentés afin d'alléger cet écrit, les trois groupes : « nullipare », « primipare » et « multipare » présentaient des pourcentages de bonnes réponses aux questions très similaires d'un groupe à l'autre.

Aucune différence de connaissance n'a été mise en évidence et cela ne permet pas de traiter l'hypothèse secondaire selon laquelle il existe une différence de connaissances selon la parité.

Bien que les répercussions générales de l'alcool soient bien connues, les conséquences se rapportant au fœtus semblent être moins évidentes pour la population étudiée. Ainsi, même si le terme de l'Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale semble connu, sa définition et les conséquences qu'ils regroupent ne sont pas aussi évidentes pour la population de l'étude. De même, il existe certaines lacunes concernant les effets qu'engendre une consommation d'alcool sur le fœtus et sur la grossesse en elle-même. Cela étant, la majorité de la population étudiée sait que seule une absence de consommation est sûre pour le fœtus.

Quant à la volonté de prévention, il apparaît que les femmes ayant participé à l'étude ne souhaitent pas bénéficier d'une prévention ou d'une information supplémentaire concernant l'alcool et ses répercussions durant la grossesse. Il est à noter que la population étudiée a désigné la période du lycée comme étant le moment le plus propice à une prévention efficace concernant le sujet de l'étude.

2. LES LIMITES DE L'ENQUETE

Afin de pouvoir interpréter les résultats fournis par cette enquête, il apparaît indispensable de mentionner les limites relatives à cette dernière. En effet, cette enquête n'a pas été construite pour être représentative de la population française, mais pour établir un état de lieux de connaissances d'une population spécifique. Ceci, ajouté au fait que l'étude menée se trouve être unicentrique, explique que l'enquête est uniquement applicable aux femmes entre 15 et 50 ans consultant dans le service de consultations externes de la Maternité Régionale de Nancy.

L'objectif de l'enquête étant de faire un état de lieux, une des limites principales de l'enquête s'avère être le facteur temporel qui a réduit le temps de diffusion du questionnaire, limitant ainsi le nombre de réponses. La seconde limite essentielle de l'étude réside en son sujet. Bien qu'il soit ancré dans la société française l'alcool est un sujet tabou et certaines informations rendues lors du questionnaire auraient pu être biaisées par cette perception de l'alcool. Il est également, tout à fait envisageable que les femmes ayant accepté de participer à l'étude étaient celles qui se sentaient concernées par l'intitulé de l'étude et qui avait, éventuellement, déjà de bonnes connaissances sur le sujet.

3. COMPARAISON DES RESULTATS

Les résultats obtenus lors de cette enquête ont été comparés à l'enquête réalisée en 2007 par l'institut de sondage BVA pour l'INPES et à l'enquête publiée le 06/09/2017 par Santé publique France, concernant les connaissances des Français vis-à-vis de la consommation d'alcool pendant la grossesse.

3.1 L'ENQUETE DE L'INPES ^[7]

Cette enquête correspond à une campagne réalisée, en 2006 en deux vagues, auprès de deux échantillons indépendants. Elle concerne les femmes françaises de 15 ans et plus. Cette étude a été réalisée au moment de la parution de l'arrêté ayant mené à la prévention actuelle concernant l'alcool et la grossesse. Les résultats de notre enquête ont été comparés aux chiffres publiés en 2007. Il est intéressant de confronter les résultats de notre étude avec ceux de cette enquête du fait des similitudes existant entre les deux populations.

En 2007, environ 87% de la population étudiée pensait qu'il ne fallait pas consommer d'alcool durant la grossesse, contre 94% pour notre population étudiée. Concernant les quantités qui peuvent être consommées lors d'une occasion, 94% de notre population estime qu'il existe un risque dès le premier verre pour seulement 30% de la population étudiée en 2007.

Au sujet de l'équivalence entre les différents alcools, on peut observer que la moitié de la population étudiée en 2007 savait que les verres standards contiennent la même quantité d'alcool et que chaque alcool comporte un danger pour le fœtus. Pour notre population, la connaissance de ce fait s'élève à 60%.

Ainsi, en comparant les chiffres de cette enquête avec ceux relatifs à notre étude, on peut noter qu'il existe une bien meilleure connaissance de l'alcool et de ses répercussions dans notre population étudiée que dans celle étudiée en 2007. Cette comparaison permet d'entrevoir l'efficacité de la prévention mise en place en 2006, étant donné qu'elle démontre de bien meilleures connaissances en 2017-2018 qu'en 2007.

3.2 L'ENQUETE DE SANTE PUBLIQUE FRANCE EN 2017^[31]

Cette enquête a été réalisée du 19 au 20 mai 2017 sur un échantillon représentatif de la population française de 15 ans et plus (1004 personnes). Elle s'intéresse aux connaissances du grand public sur l'alcool et ses répercussions pendant la grossesse. Ces chiffres faisant parti des derniers qui ont été publiés, il apparaît comme essentiel de les analyser, bien que la population étudiée diffère entre cette enquête et notre étude.

L'enquête réalisée par Santé Publique France illustre une bien meilleure intégration du message « Zéro alcool pendant la grossesse » par l'ensemble de la population française. En effet, en 2017, 44% des Français déclaraient qu'il n'existe pas de consommation d'alcool sans risque pendant la grossesse. De même, un peu plus d'un tiers des français disait qu'il existe un risque dès le premier verre et 33% savent qu'il existe un risque tout au long de la grossesse.

Concernant chacun de ces intitulés, l'on peut noter que les femmes en âge de procréer consultant à la Maternité de Nancy semblent avoir de meilleures connaissances que la population française. Pour ce qui concerne les verres standards et la quantité d'alcool qu'ils contiennent il semblerait que les connaissances des femmes étudiées dans notre étude s'alignent avec celles de la population française.

Au vu de ces comparaisons, il semblerait que les femmes en âge de procréer consultant à la Maternité Régionale de Nancy possèdent de meilleures connaissances au sujet de l'alcool et de la grossesse que la population française en général.

4. LES HYPOTHESES

Rappelons que les hypothèses formulées avant l'étude étaient les suivantes :

- Il existe des lacunes concernant les connaissances des femmes sur les répercussions de l'alcool pendant la grossesse.
- Il existe, de la part des femmes en âge de procréer, une volonté d'être plus informée sur l'alcool et ses effets sur la grossesse

Après analyse des résultats amenés par l'enquête, il apparaît nécessaire d'infirmier ces deux hypothèses. En effet, les données ont démontré que la population étudiée possédait de bonnes connaissances sur le sujet de l'alcool et de la grossesse, avec néanmoins quelques imprécisions sur les conséquences spécifiques au fœtus.

De plus, la seconde hypothèse peut également être infirmée du fait que la population étudiée n'a pas fait part d'une volonté à recevoir une prévention supplémentaire concernant le sujet de l'alcool et de la grossesse.

5. ACTIONS POSSIBLES

Cette étude a permis de mettre en lumière quelques points concernant les connaissances des femmes vis-à-vis de l'alcool et de la grossesse. En effet, si la population manifeste de bonnes connaissances concernant l'alcool et ses répercussions générales, il est également observable qu'il existe quelques lacunes sur les connaissances concernant les répercussions fœtales. Ces dernières concernent essentiellement la période de sensibilité du fœtus à l'alcool et la connaissance de l'Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale.

Une action possible pouvant améliorer ce point, pourrait être un temps dédié en consultation afin d'exposer clairement les possibles répercussions de la consommation d'alcool sur le fœtus. Chaque consultation auprès d'un professionnel de santé peut être l'occasion d'établir un échange dénué de jugement, dans le but d'informer la population ciblée sur les effets néfastes que l'alcool peut avoir sur le fœtus.

En effet, au même titre qu'une information claire et détaillée est donnée lors d'une intervention chirurgicale ou lors de la prise d'un médicament, pourquoi ne pas expliciter de la même façon les répercussions fœtales imputables à la consommation d'alcool. La prévention faite à ce sujet est souvent perçue comme une restriction, une interdiction, qui peut sembler excessive si les raisons menant à cette interjection ne sont pas clairement expliquées. Il serait possible qu'une information claire, permettant à la patiente de prendre toute la conscience des dangers que représente la consommation d'alcool pour son fœtus et pour l'enfant en devenir qu'il représente, pourrait inciter cette dernière à un respect plus stricte des recommandations. Cet exposé devra être explicite et dénué de jugement, tout en respectant la déontologie.

L'INPES a publié en 2016 des dépliants permettant d'expliquer les grandes lignes de la prévention faite par rapport à l'alcool pendant la grossesse (Annexe III). Ces documents constituent un outil supplémentaire pour optimiser la qualité de la prévention dispensée sur le sujet grâce à l'information et aux conseils.

Afin de rendre cette prévention, la plus universelle possible, elle pourrait être incluse dans les programmes scolaires, au même titre que la prévention routière ou l'apprentissage de la reproduction humaine. Une prévention et une information précoce des élèves et **étudiants** français pourraient préparer, les futurs parents qu'ils seront, à être plus sensibles et plus informés sur la consommation d'alcool et ses répercussions pendant la grossesse.

Concernant le moment idéal pour la prévention, l'étude a mis en évidence une lacune de connaissance quant au moment de l'arrêt de la consommation d'alcool. En effet, la moitié des patientes interrogées situait ce moment après le désir d'enfant ce qui peut éventuellement mettre en danger l'enfant en devenant aux premiers jours de sa conception. Ainsi, une prévention concentrée uniquement autour de la grossesse serait considérée comme tardive, puisque la patiente ne prendra conscience des dangers de cette consommation qu'une fois enceinte.

Un second axe d'action pourrait consister à organiser des moments d'échanges et de discussion dédiés à l'alcool et à ses effets lors de la grossesse, en complément aux journées de prévention concernant la contraception, organisées au lycée. Ces journées pourraient s'articuler autour d'informations et de débats qui auraient pour but de favoriser les interactions et la réflexion des étudiants sur ce sujet.

Dans le même ordre d'idées, les stands de prévention présents lors de manifestations étudiantes pourraient comporter une partie dédiée à l'alcool et à ses répercussions, notamment durant la grossesse. Ainsi, les participants à ces manifestations auraient la possibilité de se responsabiliser et de s'autonomiser vis-à-vis de leur consommation d'alcool.

CONCLUSION GENERALE

L'objectif du travail effectué était de réaliser un état des lieux des connaissances, au sujet de l'alcool et de la grossesse, parmi des femmes en âge de procréer consultant à la Maternité Régionale de Nancy.

Il a été démontré que la population étudiée a une bonne connaissance des répercussions de l'alcool pendant la grossesse. Quelques lacunes concernant les répercussions propres au fœtus ont été mises en évidence. Au cours de cette enquête, aucune différence de connaissances en fonction de la parité n'a été mise en évidence au cours de cette étude. De plus, la population étudiée n'a pas manifesté la volonté de recevoir davantage d'informations et de prévention vis-à-vis de ce sujet.

Les hypothèses énoncées avant l'enquête, à savoir le fait qu'il existe des lacunes de connaissances concernant l'alcool et la grossesse chez les femmes, le fait que les femmes aimeraient être plus informées sur ce sujet, ont toutes les deux été infirmées par l'enquête.

L'alcool occupe une place particulière dans la culture française. Il fait partie des drogues licites, tolérées par l'Etat et notre société. Sa consommation fait partie des mœurs françaises, étant considérée comme marque d'accueil, de bienvenue et de convivialité.

Au cours de la grossesse, il est considéré comme le plus nocif des agents tératogènes pour le fœtus. La consommation alcool pendant la grossesse est la cause de graves répercussions physiques et psychiques pour le fœtus donc de l'enfant en devenir. La consommation de boissons alcoolisées au cours de la grossesse peut aussi avoir des effets sur le long terme, durant toute la vie psycho-socio-cognitivo-comportementale de l'enfant touché. Ces effets touchent principalement le cerveau, se traduisant par des retards mentaux, des difficultés de concentration et d'apprentissage, ainsi que des modifications du comportement. Ces répercussions peuvent passer inaperçues ou rester non diagnostiquées ce qui laisse présager une sous-estimation de la prévalence de l'Ensemble des troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale.

Compte tenu des répercussions inhérentes à la consommation d'alcool durant la grossesse, il est indispensable de procéder à une prévention générale optimale afin d'informer toute la population des risques encourus. Il est impératif que chaque femme en âge de procréer puisse prendre connaissance des dangers inhérents à une consommation d'alcool. Ainsi, les professionnels de santé ont un rôle essentiel à pourvoir auprès des femmes, au sujet de l'alcool. Parmi eux, les sages-femmes s'inscrivent tout à fait dans ce rôle de par leurs actions de prévention menées auprès des femmes.

Concernant ces recommandations, il n'existe aujourd'hui aucune dose seuil permettant d'assurer une consommation d'alcool sans aucune répercussion fœtale. De ce fait, la recommandation la plus complète est celle qui consiste à déconseiller la consommation de boissons alcoolisées dès le désir d'enfant. Il est important de continuer de mettre en place des actions, telles que la Journée Mondiale de Sensibilisation au Syndrome d'Alcoolisation Fœtale, et les outils de prévention tels que les affiches ou les documents destinés aux femmes enceintes.

La prévention de la consommation d'alcool lors de la grossesse est un véritable enjeu de Santé Publique afin de permettre à toutes les femmes désireuses d'avoir un enfant de pouvoir offrir à celui-ci toutes les chances de grandir et vivre en bonne santé.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie :

[1] ARDWINSON P., LEON C., GUILLEMONT J. *Consommation annuelle d'alcool déclarée, France, 2005*. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, septembre 2006, n°34-35. Pages 255-258. [Consulté le 19/04/2018]

Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2006/34_35/beh_34_35_2006.pdf

[2] BIGEL C. *Si on en parlait autour d'un verre ?* [Mémoire en ligne]. Metz-Thionville : Ecole de Sage-femme Pierre Morlane. 90 pages. [Consulté le 19/03/2017].

Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2011_BIGEL_CLEMENTINE.pdf

[3] BIRCKEL E. *Enquête sur les connaissances et le mode de consommation d'alcool des femmes pendant la grossesse*. [Thèse en ligne]. Université Henri-Poincaré de Nancy. 110 pages. [Consulté le 15/01/2018]

Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDPHA_T_2011_BIRCKEL_EMELINE.pdf

[4] CICERO & Coll. *Influence of chronic alcohol administration on representative indices of puberty and sexual maturation in male rats and the development of their progeny*. Journal of pharmacology and experimental therapeutics, novembre 1990, volume 255, n°2, pages 707-715 [Consulté le 19/04/2018]

Disponible sur : <http://jpet.aspetjournals.org/content/255/2/707.short>

[5] Collège National des gynécologues et obstétriciens français, *Extrait des mises à jour en Gynécologie et Obstétrique, Tome XXVII Alcool pendant la grossesse : tératogène et neurotoxique*. Paris, 2003. 14 pages. [Consulté le 20/12/2017]

Disponible sur : http://www.cngof.net/Journees-CNGOF/MAJ-GO/livres/2003_go_307_subtil.pdf

[6] GUILLEMONT J., ROSILIO T., DAVID M., LEON C., ARWIDSON P. *N°3 : Connaissances des Français sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse*. Paris ; Octobre 2006. [Consulté le 29/09/2016]

Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/984.pdf>

[7] GUILLEMONT J., LEON C. *Alcool et grossesse : connaissances du grand public en 2007 et évolutions en trois ans*. Evolutions n° 15, juin 2008. [En ligne] [Consulté le 25/02/2018]

Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1117.pdf>

[8] HAS. *Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »*. Octobre 2014. 1 page. [En ligne] [Consulté le 30/03/2018]

Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_questionnaire_cage.pdf

[9] HAS, le 11/12/2013. *Troubles causés par l'alcoolisation foetale*. [En ligne] [Consulté le 18/03/2018]

Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1710823/fr/troubles-causes-par-l-alcoolisation-foetale

[10] INPES. *Compte-rendu – 8ème journée de prévention*. Paris, juin 2013. 32 pages. [Consulté le 19/03/2017]

Disponible sur : http://inpes.santepubliquefrance.fr/jp/cr/pdf/2013/SYNTHSE_ALCOOL_GROSSESSE.pdf

[11] INPES, Mars 2013. *Enquête sur la consommation de substances psychoactives des femmes enceintes*. La santé en action : numéro 423. Pages 5-9. [En ligne] [Consulté le 25/03/2018]

Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-423.pdf>

[12] INPES, le 09/09/2013. *Grossesse et alcool*. [En ligne] [Consulté le 18/03/2018]

Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2012/028-grossesse-alcool.asp>

[13] INPES. *Guide pratique : pour faire le point sur votre consommation d'alcool*. Paris, 2016. 36 pages. [Consulté le 24/03/2018]

Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/861.pdf>

[14] INPES et MILDECA. *Etude réalisée par BVA pour l'INPES du 25 au 27 juin 2015 auprès d'un échantillon représentatif de la population française de 1005 personnes âgées de 15 ans et plus*. 2015. [en ligne]. [Consulté le 05/10/2016]

Disponible sur : <http://f.info.drogues.gouv.fr/o/?s=1245-97D-20CB-8f66f76e-15E>

[15] INPES et OFDT. *Atlas régional des consommations d'alcool*. 2005. Pages 178-183. [Consulté le 26/03/2018]

Disponible sur : https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/Atlas_alcool_lorraine.pdf

[16] INSEE. *Comptes de l'agriculture en 2016*. 06/07/2017 [Consulté le 19/04/2018]

Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2528912?sommaire=2528915>

[17] INSERM. *Expertise collective. Alcool : Effets sur la santé*. Paris, 2001. Editions INSERM. 374 pages. [Consulté le 16/03/2018]

Disponible sur : <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/41>

[18] LECHE LEAGUE FRANCE. AA64 : *Alcool et allaitement*. Allaiter aujourd'hui, N°64, 2005. [Consulté le 19/04/2018]

Disponible sur : <https://www.llf france.org/1175-64-alcool-et-allaitement>

[19] LEJEUNE C., « *Syndrome d'alcoolisation fœtale* », *Devenir* 2001/4 (Vol. 13), p. 77-94.

[DOI 10.3917/dev.014.0077] [Consulté le 23/03/2018]

Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-devenir-2001-4-page-77.htm>

[20] LEROY-CREUTZ M., FRESSON J., BEDEL S., MITON A. *Alcool et grossesse en Lorraine : études des pratiques professionnelles et aide au repérage*. Nancy ; 2015. [Consulté le 13/10/2016]

Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-6-page-797.htm>

[21] L'EXPRESS. *En neuf ans, la consommation d'alcool des ménages français a baissé de 10 litres*. Le 24/08/2017. [En ligne]. [Consulté le 25/03/2017]

Disponible sur : https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/en-neuf-ans-la-consommation-d-alcool-des-menages-francais-a-baisse-de-10-litres_1937425.html

[22] MAILLOT D. *Alcool et grossesse : Connaissances, Attitudes et informations des femmes enceintes, état des lieux à la Réunion*. [Mémoire de sage-femme], Ecole de sage-femme de la Réunion. 2012, 89 pages. [Consulté le 15/06/2017]

Disponible sur : http://peidd.fr/IMG/pdf/memoire_alcool_et_grossesse_maillot_delphine_esf.pdf

[23] MCGIVERN, R.F., AND RILEY, E.P. *Influence of perinatal alcohol exposure on sexual differentiation*. In : *Zakhari, S., ed. Alcohol and the Endocrine System*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Research Monograph No. 23. Bethesda, MD : the Institute, 1993. p. 223–248

[24] MEZEY E. *Influence of Sex hormones on Alcohol Metabolism*. *Alcoholism : clinical & experimental research*. Avril 2000, page 421. [Consulté le

Disponible sur : <https://onlinelibrary.wiley.com/toc/15300277/24/4>

[25] MIKKELSEN E. & Al. *Alcohol consumption and fecundability : prospective Danish cohort study*, *British Medical Journal*, 2016, page 354 [DOI : <https://doi.org/10.1136/bmj.i4262>]

Disponible sur <https://www.bmj.com/content/354/bmj.i4262>

[26] Ministère des Solidarités et de la Santé. *Rapport Flajolet*, Annexe 1. 2001. 89 pages. [Consulté le 25/03/2018]

Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>

[27] OMS. *Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool*. Genève : 2010. 48 pages. [Consulté le 13/10/2016]

Disponible sur : http://www.who.int/publications/list/alcohol_strategy_2010/fr/

- [28] PEADON et al. *Women's knowledge and attitudes regarding alcohol consumption in pregnancy : a national survey*. BMC Public Health. 23 August 2010. 8 pages [DOI :10.1186/1471-2458-10-510]
[Consulté le 15/09/2016]
Disponible sur : <http://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-510>
- [29] REBOULET M. *Etat des lieux des connaissances sur les risques de l'alcoolisation maternelle, du dépistage et de la prévention réalisées par les professionnels de périnatalité d'Auvergne* [mémoire en ligne]. Clermont-Ferrand : Ecole de sage-femme de Clermont-Ferrand. 132 pages. [Consulté le 13/10/2016]
Disponible sur : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/MEM-CLERM-ESF/dumas-01083550v1>
- [30] RESAPSAD. *Les questionnaires spécifiques aux femmes enceintes ; le T-ACE*. 2011. 1 page. [En ligne] [Consulté le 30/03/2018]
Disponible sur : <http://www.resapsad.org/sites/resapsad.cpm.aquisante.priv/files/TACE.pdf>
- [31] SANTE PUBLIQUE FRANCE, 06/09/2017. *Alcool et grossesse : des Français de plus en plus conscients des risques, mais la vigilance reste de mise*. [En ligne] [Consulté le 24/03/2018]
Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/Accueil-Presse/Tous-les-communiqués/Alcool-et-grossesse-des-Français-de-plus-en-plus-conscients-des-risques-mais-la-vigilance-reste-de-mise>
- [32] SANTE PUBLIQUE FRANCE ET INPES. *La consommation d'alcool en France*. Le 25/02/2016. [En ligne] [Consulté le 24/03/2018]
Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/alcool/consommation-alcool-france.asp>
- [33] SAUREL-CUBIZOLLES M, PRUNET C. BLONDEL B., *Consommation d'alcool pendant la grossesse et santé périnatale en France en 2010*. Bulletin épidémiologie hebdomadaire, mai 2013, n°16-17-18, p. 180-182
Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2013/BEH-n-16-17-18-2013>
- [34] SIMMAT-DURAND L. *Femmes et addictions dans la littérature internationale : sexe, genre et risques*. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, mars 2009, n° 10-11, p. 86 - 89
Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2009/10_11/beh_10_11_2009.pdf
- [35] SLADE &Al., *Birth cohort trends in the global epidemiology of alcohol use and alcohol-related harms in men and women : systematic review and metaregression*. BMJ open, August 2016. [DOI : 10.1136/bmjopen-2016- 011827]
Disponible sur : <http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/6/10/e011827.full.pdf>

- [36] SOCIETE FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE. *Les conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse : Recommandations*. Paris, 10 octobre 2002. 2 pages. [Consulté le 22/11/2016]
Disponibles sur : <https://www.sfalcoologie.asso.fr/page.php?choix=A10>
- [37] SOCIETE FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE. *Les conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse*. Paris, juin 2003. Tome 25, pages 515-535 [consulté le 15/06/2017]
- [38] SOCIETE FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE. *Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement*. Alcoologie et Addictologie, 2015, n°37. p. 5- 84.
Disponible sur : <https://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf>
- [39] T. HOUET, F. VABRET, M. HERLICOVIEZ, M. DREYFUS. *Comparaison de la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse*. Novembre 2005. Vol 34, N°7, pages 687-693. [Doi : JGYN-11-2005-34-7-0368-2315-101019-200504056]
[Consulté le 20/10/2016]
Disponibles sur : <http://www.em-consulte.com/revue/JOGO/32/3-C1/table-des-matieres/>
- [40] TOUTAIN S. *What women in France say about alcohol abstinence during pregnancy*. *Drug and Alcohol Review*. March 2010. 29, pages 184–188. [DOI : 10.1111/j.1465-3362.2009.00136.x] [Consulté le 15/09/2016]
Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2044722>
- [41] TOUTAIN S. & all. *Consequences for the newborn of alcohol consumption during pregnancy*. Archives de pédiatrie, septembre 2010 volume n°17, issue 19. P. 1273-1280
[DOI : <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2010.06.018>]
- [42] UDANI & Coll. *Effects of in Utero Exposure to Alcohol upon Male Rats*. *Alcoholisme : Clinical and Experimental Research*, juillet 1985, volume 9, issue 4.
[DOI : <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1985.tb05559.x>]
Disponible sur : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1530-0277.1985.tb05559.x>
- [43] WANG et Al. *Effect of Drinking on All-Cause Mortality in Women compared with Men : A Meta-Analysis*. *Journal of Women's Health*, Mai 2014 Vol.23, n°5. [DOI : 10.1089/jwh.2013.4414]
Disponible sur ; <https://www.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/jwh.2013.4414>
- [44] WHO (OMS). *World health Statistics*. Suisse, 2017. 116 pages. [Consulté le 18/03/2018]
Disponible sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255336/9789241565486-eng.pdf;jsessionid=E0C339662C04FF694F45BCE0B6A3639C?sequence=1>

Filmographie :

[45] ALLO DOCTEURS. *Les conséquences de l'alcool sur le cerveau*. Mis à jour le 27/03/2015
Disponible sur ; https://www.allodocteurs.fr/maladies/anatomie-du-corps-humain/les-consequences-de-l-rsquo-alcool-sur-le-cerveau_2132.html

[46] GRATIAS L., réal *Les bébés de l'alcool*. Production : Ex nihilo France 2, 2003. 50 minutes.

Sites internet :

[47] CRAT. *Alcool*. Mise à jour le 27 juin 2012.

Disponible sur : https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=140

[48] FEVS. *Les exportations 2016 des vins et spiritueux français*. 9/02/2017.

Disponible sur : http://www.fevs.com/files/actu/69_210_1.pdf

[49] SOCIETE CANADIENNE DE PEDIATRIE. *Le syndrome d'alcoolisation foetale*. Reconnu le 28 février 2018

Disponible sur : <https://www.cps.ca/fr/documents/position/syndrome-alcoolisation-foetale>

Ressources non exploitées pour la rédaction :

FAUDOU-SOURISSE V. *Maija petit volcan*. Paris : Editions Attrape-Lune. 2015.

ISBN 978-2-9553945-0-2

ANNEXE I

Annexe n°1 : Questionnaire utilisé pour mener l'enquête

1) Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

- 15-20 ans 21-39 ans 40-50 ans Autre :

2) Quelle est votre situation matrimoniale actuelle ?

- Célibataire En couple Pacsée Mariée
 Séparée Divorcée Veuve Autre :

3) Quel est votre niveau d'étude ?

- Aucun Primaire Collège / CAP / BEP
 Lycée BAC BAC +, précisez (nombre) :

4) Quelle est votre situation professionnelle ?

- Etudiante, élève, en stage, ... Activité rémunérée intermittente
 Activité rémunérée Chômage
 Retraitée Autre :

5) Quelle est l'origine principale de vos ressources financières ?

- Revenus d'emploi Autres prestations sociales, précisez :
 Retraite
 Pension d'invalidité Ressource venant d'un tiers
 ASSEDIC Autre ressources, précisez :
 RSA
 Allocation Adulte Handicapé Aucune

6) Quelle est votre situation de logement actuelle ?

- Indépendant Etablissement pénitentiaire
 Chez des amis Sans domicile fixe
 Chez de la famille Autre :

7) Bénéficiez-vous d'une couverture sociale ?

- Oui Non

7.a) Si oui laquelle ?

- Affilié à la Sécurité sociale Non affilié
 ALD (affection longue durée) Autre :
 CMU (couverture minimum universelle) Ne sait pas
 Avec une couverture complémentaire (mutuelles santé, ...)
- Aide Médicale de l'Etat (AME)

8) Veillez renseigner les antécédents obstétricaux vous concernant en précisant leur nombre :

- Grossesse (actuelle incluse) : oui non nombre :
Fausse-couche : oui non nombre :
Interruption médicale de grossesse : oui non nombre :
Interruption volontaire de grossesse : oui non nombre :

9) Jusqu'à ce jour, combien avez-vous eu d'enfants (hors grossesse actuelle) ?

Né après 8 mois :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	nombre :
Nés avant 8 mois :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	nombre :
Pesant moins de 2500g :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	nombre :
Mort-nés :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	nombre :
Nés vivant puis décédés avant 28j :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	nombre :

10) Avez-vous actuellement un moyen de contraception ?

Oui Non Non, car je suis enceinte

10.a) Si oui, lequel avez-vous ?

10.b) Si vous avez répondu : « Non, car je suis enceinte », aviez-vous un moyen de contraception avant votre grossesse ?

Oui Non

10.c) Si oui, lequel aviez-vous ?

11) Etes- vous actuellement enceinte ?

Oui Non Ne sait pas

- Si vous êtes actuellement enceinte, passez à la question n° 12.
- Si vous n'êtes pas enceinte actuellement, mais que vous l'avez déjà été auparavant, passez directement à la question n° 14.
- Si vous vous n'avez jamais été enceinte et que vous ne l'êtes pas actuellement, passez à la question n° 20.

12) Actuellement, quel est le terme de votre grossesse ?mois ou semaines

13) Au cours de cette grossesse, à quel moment avez-vous effectué votre première consultation de suivi obstétrical ?

Au 1^{er} trimestre de grossesse Au 2^{ème} trimestre de grossesse
 Au 3^{ème} trimestre de grossesse Autre :

14) Au cours de votre (vos) grossesse(s) actuelle ou passées, avez-vous bénéficié d'un entretien prénatal précoce ?

Oui Non Ne sait pas

14.a) Si oui :

Lors de grossesses passées Lors de la grossesse actuelle
 Les deux Aucune

14.b) Avec quel professionnel de santé :

Sage-femme Gynécologue-obstétricien
 Médecin généraliste Autre (précisez) :

15) Au cours de votre (vos) grossesse(s) actuelle ou passées, vous a-t-on remis un carnet de maternité ?

Oui Non

15.a) Si oui :

Lors de grossesses passées Lors de la grossesse actuelle
 Les deux Aucune

15.b) Si oui, l'avez-vous lu ?

- Oui Non

16) Saviez-vous que le carnet de maternité contient des informations et des recommandations concernant la consommation d'alcool durant la grossesse ?

- Oui Non

17) Au cours de votre (vos) grossesse(s) actuelle ou passées, lors de vos consultations obstétricales, s'est-on renseigné sur votre consommation de boissons alcoolisées ?

- Oui Non

17.a) Si oui, qui vous a demandé ce renseignement ?

- Sage-femme Gynécologue-obstétricien
 Médecin généraliste Autre (précisez) :

17.b) A quel moment ?

- Au cours d'une grossesse
 Lors d'une consultation du Post-partum
 Au cours d'une consultation gynécologique
 Au cours d'une consultation de contraception
 A votre première consultation
 A votre demande

18) Au cours de votre (vos) grossesse(s) actuelle ou passées, lors des consultations obstétricales, avez-vous reçu des recommandations sur la consommation d'alcool durant la grossesse ?

- Oui Non

18a) Par quel professionnel de santé :

- Sage-femme Gynécologue-obstétricien
 Médecin généraliste Autre (précisez) :

19) Au cours de votre (vos) grossesse(s) actuelle ou passées, avez-vous reçu des messages de prévention concernant la consommation d'alcool ?

- Oui Non

19.a) A quel moment ?

- Au cours d'une grossesse
 Lors d'une consultation du Post-partum
 Au cours d'une consultation gynécologique
 Au cours d'une consultation de contraception
 A votre première consultation
 A votre demande

19.b) Si oui, par qui ou comment ? (Plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sage-femme | <input type="checkbox"/> Lors d'une consultation obstétricale |
| <input type="checkbox"/> Gynécologue-obstétricien | <input type="checkbox"/> Par des connaissances personnelles |
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste | <input type="checkbox"/> Sur internet |
| <input type="checkbox"/> Lors d'une préparation à la naissance | <input type="checkbox"/> Au collège ou au lycée lors de cours prévus à cet effet |
| <input type="checkbox"/> Lors d'une consultation ne concernant pas la grossesse | <input type="checkbox"/> Par les médias |
| | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : |

20) Connaissez-vous ce pictogramme ?



- Oui Non

20.a) Que signifie-t-il ? (Plusieurs réponses possibles)

- C'est un message à caractère sanitaire préconisant l'absence de consommation d'alcool par les femmes enceintes.
- C'est un message à caractère sanitaire préconisant l'absence de consommation d'alcool par les femmes enceintes uniquement au troisième trimestre.
- La consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse, même en faible quantité, peut avoir des conséquences graves sur la santé de l'enfant.
- La consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse, en quantité importante, peut avoir des conséquences graves sur la santé de l'enfant.

21) Trouvez-vous que ce pictogramme, placé sur les bouteilles de boissons alcoolisés est assez visible ?

- Oui Non

21.a) Si non, d'après vous, il faudrait que le pictogramme soit : (plusieurs réponses possibles)

- Plus grand
- Placé de manière plus centrale sur l'étiquette
- Placé à plusieurs endroits
- En couleur pour le rendre plus voyant
- Placé à côté du degré d'alcool, sur l'avant de l'étiquette
- Autre (précisez) :

22) Pensez-vous que la recommandation : " 0 alcool pendant la grossesse », illustrée par le pictogramme présenté à la question 21, est compréhensible pour tous les publics ?

- Oui Non

22.a) Cette prévention par l'image incite-t-elle, selon vous, au respect de la recommandation "0 alcool durant la grossesse" ?

- Oui Non

22.b) L'utilisation du pictogramme suffit-elle, selon vous, à inciter les femmes à respecter la recommandation qu'il illustre ?

- Oui Non

23) D'après vous, à quelle fréquence une femme enceinte peut-elle consommer des boissons alcoolisées, sans qu'il y ait de risques de répercussions pour son bébé ?

- Jamais
- 1 fois par mois ou moins
- 2 à 4 fois par mois
- 2 à 3 fois par semaine
- 4 à 6 fois par semaine
- Quotidiennement
- Je ne sais pas

24) A votre avis, lequel de ces verres de boissons alcoolisées contient la plus haute dose d'alcool ?



Tous ces verres contiennent la même dose d'alcool.

-
-
-
-
-
-
-

25) D'après vous, quelle quantité d'alcool une femme enceinte peut-elle consommer au cours d'une même occasion ? (Les quantités proposées sont basées sur un verre standard de bar)

- 0
- 1 verre
- 2 verres
- 3 verres
- 4 verres
- 5 verres
- > 5 verres
- Ne sait pas

26) Pensez-vous qu'il est nécessaire de cesser toute consommation de boissons alcoolisées durant le temps de la grossesse ?

- Oui
- Non

26.a) Si oui, à partir de quel moment pensez-vous qu'il est nécessaire de cesser cette consommation ?

- Pas d'arrêt
- Au 2^{ème} trimestre de grossesse
- Dès le désir d'enfant
- Au 3^{ème} trimestre de grossesse
- Dès la conception
- Je ne sais pas
- Au 1^{er} trimestre de grossesse

27) D'après vous, à quel terme de la grossesse le fœtus est-il le plus sensible à la consommation d'alcool ?

- Les 1^{er} mois
- Le 2^{ème} trimestre
- Le 3^{ème} trimestre
- Tous les trimestres
- Aucun moment
- Je ne sais pas

28) A votre avis, une consommation d'alcool chez la femme en âge de procréer peut provoquer (plusieurs réponses possibles) :

- Des comportements à risque mettant la vie en danger du fait de l'effet désinhibiteur et sédatif de l'alcool.
- Des accidents de la route ou de la voie publique
- Des complications organiques chez la mère dues à la consommation d'alcool.
- Une diminution de la fécondité féminine.
- Le survenue de fausses-couches, d'hématomes rétro-placentaire et de morts fœtales in utero.
- Des malformations chez l'enfant, notamment au niveau du cerveau et de la face.
- Un retard de croissance intra-utérin avec des poids de naissance plus petits que la moyenne.
- Un risque plus élevé d'accouchement prématuré.
- Des troubles de l'apprentissage et de l'attention chez l'enfant.
- Des handicaps moteurs et physiques chez l'enfant.

29) Avez-vous déjà entendu parler de l'Ensemble des troubles causés par l'Alcoolisation Fœtale ?

- Oui Non.

29.a) Si oui, de quelle manière en avez-vous pris connaissance ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sage-femme | <input type="checkbox"/> Lors d'une consultation obstétricale |
| <input type="checkbox"/> Gynécologue-obstétricien | <input type="checkbox"/> Par des connaissances personnelles |
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste | <input type="checkbox"/> Sur internet |
| <input type="checkbox"/> Lors d'une préparation à la naissance | <input type="checkbox"/> Au collège ou au lycée lors de cours prévus à cet effet |
| <input type="checkbox"/> Lors d'une consultation ne concernant pas la grossesse | <input type="checkbox"/> Par les médias |
| | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : |

30) D'après vous, parmi les items suivants quels sont ceux qui caractérisent l'Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale ?

- C'est un terme général qui désigne les affections découlant de la consommation d'alcool par une femme enceinte.
- Il regroupe les diagnostics suivants : le syndrome d'alcoolisation fœtale, le syndrome d'alcoolisation fœtale partiel, les troubles neurologiques du développement liés à l'alcool, et les anomalies congénitales liées à l'alcool.
- Ils comprennent des problèmes de retards mentaux et des troubles de l'apprentissage chez l'enfant.
- Ils comprennent les troubles du comportement et les attitudes sociales inadaptées de l'enfant.
- L'enfant a un poids plus faible à la naissance et présente des problèmes de croissance.

31) Avant ce questionnaire, pensiez-vous, personnellement, avoir été assez informée sur la consommation d'alcool et ses répercussions pendant la grossesse ?

- Oui Non Je ne sais pas

32) Auriez-vous aimé recevoir d'avantage d'informations et/ ou une prévention plus approfondie concernant ce sujet ?

- Oui Non Je ne sais pas

33) A votre avis, quel moment vous paraît idéal pour mettre en place une prévention concernant l'alcool et la grossesse ?

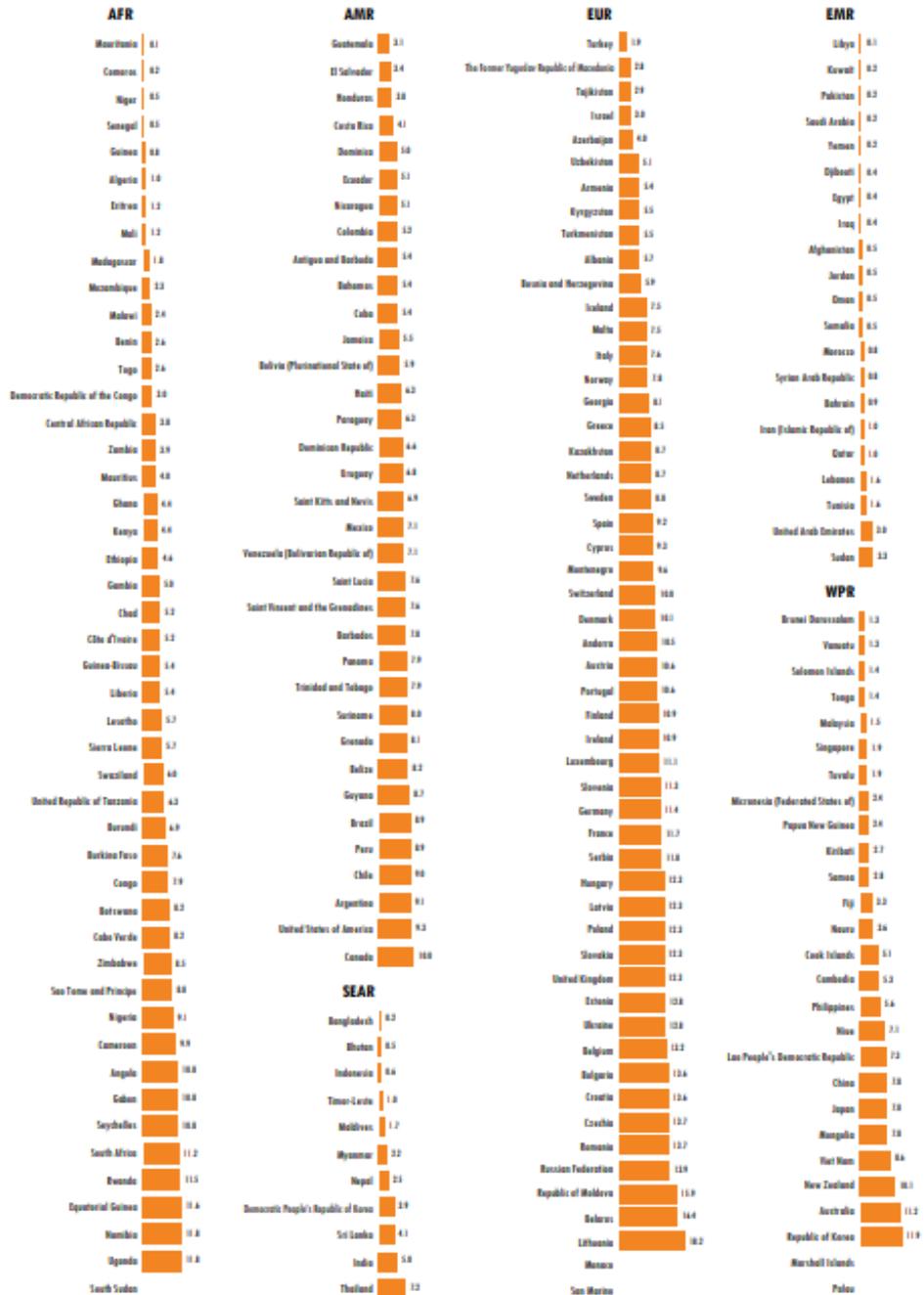
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Au collège | <input type="checkbox"/> A la première consultation de grossesse |
| <input type="checkbox"/> Au lycée | <input type="checkbox"/> Uniquement lors de la grossesse |
| <input type="checkbox"/> Lors de consultation gynécologiques | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : |
| <input type="checkbox"/> Lors de consultations pré-conceptionnelles | |

34) Expression libre : Avez-vous des choses à rajouter ou des suggestions ?

.....
.....
.....
.....

ANNEXE II

Estimation de la consommation totale par habitant (> 15 ans) en litre d'alcool pur.



ANNEXE III

Annexe 2 : Dépliant de prévention mis en place par l'INPES en 2016



Comment résister à la tentation ?

L'alcool est très présent autour de nous. On vous proposera peut-être d'en boire un peu durant votre grossesse.

N'hésitez pas à rappeler à votre famille et vos amis que pendant 9 mois c'est zéro alcool. Si vous ne voulez pas dire que vous êtes enceinte au début, trouvez des prétextes pour refuser le verre d'alcool que l'on vous propose : « je suis sous antibiotiques », « j'ai mal à la tête », « je suis au régime », « j'ai trop bu hier »...

Des questions ? Besoin de conseils ?

Parlez-en à votre médecin, gynécologue, sage-femme, pharmacien...

Vous pouvez aussi appeler
Alcool Info Service

0 980 980 930
ALCOOL.INFO.SERVICE.FR

7 jours / 7, de 8 h à 2 h,
appel anonyme et non surtaxé.

ou échanger avec nous sur :
alcool-info-service.fr
chats, forums de discussion, témoignages, adresses utiles, questions-réponses... et obtenez une réponse personnalisée.



ZÉRO ALCOOL

PENDANT LA GROSSESSE



L'alcool passe-t-il dans le sang du bébé ?

L'alcool bu par la mère passe dans le sang du bébé par le placenta. Rapidement, **il y a autant d'alcool dans le sang du bébé que dans celui de la mère**. De plus, le bébé reste exposé plus longtemps aux effets toxiques de l'alcool car son petit foie l'élimine plus lentement.

Existe-t-il une quantité d'alcool sans risque pour le fœtus ?

On ne sait pas aujourd'hui quelle est la quantité minimale d'alcool qui est toxique pour l'enfant à naître. Il est donc recommandé **de ne pas boire du tout d'alcool pendant votre grossesse**.

Quelles peuvent être les conséquences ?

L'alcool est dangereux pour le bébé, il peut :

- provoquer fausse couche ou accouchement prématuré ;
- empêcher le bon développement des organes du fœtus (cerveau, cœur, bras, jambes, etc.) ;
- entraîner un retard mental ou physique et des troubles du comportement de l'enfant.



Peut-on boire de l'alcool quand on allaite ?

Si vous allaitez, il est recommandé de ne pas boire d'alcool, car l'alcool passe dans le lait maternel. Si ce n'est pas possible, évitez de boire juste avant la tétée. Attendez entre 2 et 3 heures avant de redonner le sein si vous avez bu un verre d'alcool. N'hésitez pas à demander des conseils à votre pédiatre, médecin, pharmacien ou sage-femme.



Certains alcools sont-ils moins dangereux que d'autres ?

Il n'y a pas d'alcool moins dangereux qu'un autre. Un verre standard de bière, de whisky, de vin, de pastis... contient la même quantité d'alcool pur (environ 10 grammes). Ils présentent donc tous le même danger pour le fœtus.



ballon de vin 12° (10 cl)	verre de pastis 40° (2,5 cl)	verre de whisky 40° (2,5 cl)	coupe de champagne 12° (10 cl)	verre apéritif 18° (7 cl)	1/2 de bière 5° (25 cl)
---------------------------	------------------------------	------------------------------	--------------------------------	---------------------------	-------------------------

Le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF)

C'est la conséquence la plus grave d'une consommation d'alcool pendant la grossesse. Cette complication, heureusement rare, entraîne un retard de croissance, des anomalies faciales, des malformations et des atteintes cérébrales...



Ce picto figure sur tous les conditionnements d'alcool pour rappeler les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Vous venez d'apprendre que vous attendez un enfant et le fait d'avoir bu de l'alcool les premières semaines vous inquiète ?

Ne restez pas seule avec vos questions, n'hésitez pas à en parler au personnel de santé qui vous accompagne pendant votre grossesse : médecin, gynécologue, sage-femme, professionnel de la PMI (Protection Maternelle et Infantile).

Vous êtes enceinte et avez des difficultés avec l'alcool ?

Toute période d'abstinence d'alcool est bonne pour votre bébé, quel que soit le stade de votre grossesse. Il existe des équipes spécialisées pour vous aider avec bienveillance et sans jugement.

Vous trouverez les adresses les plus proches de chez vous sur alcool-info-service.fr ou en téléphonant au **0 980 980 930** (7 jours / 7, de 8 h à 2 h, appel anonyme et non surtaxé).

67

« Alcool & Grossesse : Etat des lieux des connaissances des femmes à La Maternité de Nancy ».

Les répercussions fœtales résultant d'une consommation d'alcool pendant la grossesse constituent un véritable enjeu de santé publique. De plus, il n'existe à ce jour aucun traitement pouvant prévenir ou guérir ces répercussions. Les seules actions possibles sont la prévention et l'information.

Une étude a été menée du 16 octobre 2017 au 18 mars 2018 afin d'évaluer les connaissances des femmes âgées de 15 à 50 ans sur le sujet de l'alcool et la grossesse à la Maternité de Nancy.

Cette étude a révélé une bonne connaissance des répercussions de l'alcool sur la grossesse et le fœtus de la part des femmes. Elle a montré qu'il n'existe pas de volonté de recevoir plus de prévention et d'information concernant ce sujet (66% se considèrent comme assez informées).

Ces résultats semblent se corrélérer aux études menées par l'INPES en 2007 et par Santé Publique France en 2017 auprès de la population française.

Mots clés :

Alcool - Grossesse – Femmes – Connaissances.