



Manuel du participant : Faciliter le changement

Prévention et action pour une grossesse sans alcool

INTERROGER • CONSEILLER • AIDER

Ce matériel de formation des médecins sur la consommation d'alcool et la grossesse a été élaboré en partenariat avec :

- *Motherisk* • Centre de toxicomanie et de santé mentale
- Division de la santé publique et des services communautaires de la ville de Hamilton
- Santé Canada, Direction générale de la santé de la population et santé publique, Région de l'Ontario
 - *Breaking the Cycle* • *FASworld Canada* • *AWARE* • Centre de ressource de FOCUS
 - *Equay wuk* • et un groupe de médecins engagés

Meilleur départ : Centre de ressources sur la maternité,
les nouveau-nés et le développement des jeunes enfants de l'Ontario
a/s du COIP

180, rue Dundas Ouest, bureau 1900, Toronto (Ontario) M5G 1Z8

Tél. : (416) 408-2249 ou 1 800 397-9567 Téléc. : (416) 408-2122

Courriel : beststart@beststart.org www.beststart.org

Le présent document a été produit grâce à des fonds accordés par les Centres de la petite enfance de l'Ontario. Le programme « Meilleur départ : Centre de ressources sur la maternité, les nouveau-nés et le développement des jeunes enfants de l'Ontario » est un programme clé du Centre ontarien d'information en prévention (COIP) et est financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Les informations contenues dans ce document reflètent les opinions de leurs auteurs et n'expriment pas nécessairement les points de vue officiels du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario ou des Centres de la petite enfance de l'Ontario.

La traduction de ce document a été rendue possible grâce à la contribution financière de Santé Canada, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, région du Québec, avec la précieuse participation des collaborateurs suivants :

Dispensaire diététique de Montréal (DDM)

Mme Marie-Paule Duquette, Directrice générale

Meilleur départ

Mme Wendy Burgoyne

Pour Santé Canada

Suzette Jeannotte, Gestionnaire de programmes Enfance-Jeunesse

Anne Turmaine, Consultante en programmes, ETCAF, région de Québec

Marie-Eve Bonneville, Consultante en programmes intérimaire, ETCAF, région du Québec

Thu-Cuc Lâm, Consultante en programmes PACE/PCNP, Montréal

Thien-Thanh Nguyen, Adjointe administrative

Un merci tout spécial à Caroline Harès, Conseillère en communications et réviseure, pour son œil de lynx et son aide précieuse.

Traduction

Marielle Houry

Eztranslation

65, rue Sherbrooke Est, app. 1618

Montréal (Québec) H2X 1C4

Courriel: mariellekh@eztranslation.net

Les opinions exprimées dans le présent document sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les points de vue officiels de Santé Canada.

Note : Les termes employés dans le présent document pour désigner des personnes sont pris au sens générique; ils ont à la fois valeur d'un féminin et d'un masculin.

Table des matières

Introduction	1
• Contexte du problème	1
• Objectifs	1
• Résultats prévus	1
Rôle du médecin	2
• Influence des médecins	2
• Préoccupations des médecins en matière de consommation prénatale d'alcool	2
Les femmes et la consommation d'alcool	3
• Aperçu des dommages causés par la consommation prénatale d'alcool.....	4
• Les femmes et l'alcool	6
• Habitudes de consommation et préoccupations.....	7
• Moment de la consommation	8
• Raisons de la consommation	9
• Profil des femmes qui boivent pendant leur grossesse.....	9
Patientes nécessitant une approche spécialisée	11
• Adolescentes enceintes	11
• Femmes autochtones	11
• Femmes issues de groupes culturels différents.....	11
• Femmes de statut socio-économique faible	12
• Femmes de statut socio-économique élevé	12
• Femmes vivant des situations de violence.....	12
• Aiguillage	12
Présentation des pratiques cliniques	13
Interroger les patientes sur leur consommation d'alcool ..	13
• Les moments clés	14
• La bonne méthode	15
• Outils de dépistage.....	16
• Signes et symptômes de la consommation d'alcool.....	17
Conseiller les patientes en matière de consommation prénatale d'alcool	18

Aider les patientes à faire face à la consommation prénatale d'alcool	19
• Philosophie d'intervention	19
• Réduction des méfaits	19
• Interventions brèves	19
• Gestion du sevrage alcoolique	20
• Traitement post-sevrage	21
• Soins pendant le travail et l'accouchement	21
Période post-natale	22
• Allaitement et consommation d'alcool	22
• Importance de la contraception	24
• Si vous soupçonnez un cas de SAF ou une condition connexe	24
• Si vous travaillez avec une famille touchée par le SAF ou un diagnostic connexe	25
Conclusions	26
Bibliographie	29
Annexe A : Questionnaire de dépistage (reproductible)	33
Annexe B : Document d'information à l'intention des patientes	34
Annexe C : Ressources et services	35



1. Introduction

Contexte du problème

L'exposition prénatale à l'alcool constitue l'une des causes premières de malformations congénitales évitables et de retards du développement chez les enfants canadiens (Santé Canada, 1996). La prévention de l'exposition prénatale à l'alcool revêt donc un caractère d'urgence. Les médecins qui s'occupent des femmes avant et pendant une grossesse ont un rôle important à jouer à cet égard : interroger les femmes sur leur consommation d'alcool, leur offrir des conseils adaptés et les aider à modifier leurs habitudes de consommation. Le programme de formation « Faciliter le changement : Prévention et action pour une grossesse sans alcool » présente les pratiques cliniques recommandées pour évaluer la consommation prénatale d'alcool et inciter à la modification des habitudes de consommation. Il vise les objectifs et résultats suivants :

Objectifs

- Comprendre les diverses conséquences d'une exposition prénatale à l'alcool;
- Explorer les effets de la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse;
- Connaître les caractéristiques sociodémographiques des femmes qui prennent de l'alcool pendant la grossesse;
- Déterminer les groupes présentant un risque plus élevé de consommation prénatale d'alcool;
- Acquérir des aptitudes de dépistage de la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse;
- Apprendre à conseiller les femmes en matière de consommation d'alcool et de grossesse;
- Explorer les façons d'aider les femmes qui ont besoin d'une approche spécialisée en raison de leur statut socio-économique, de leur culture, de leur âge ou d'un niveau de consommation élevé;
- Connaître les ressources et les services locaux, provinciaux et fédéraux disponibles en matière de consommation d'alcool pendant la grossesse.



Résultats prévus

Les médecins seront en mesure de :

- Connaître les effets de la consommation d'alcool pendant la grossesse;
- Comprendre les raisons qui poussent les femmes à boire avant et pendant une grossesse;
- Reconnaître le profil des femmes susceptibles de consommer de l'alcool pendant une grossesse;
- Utiliser un outil de dépistage efficace pour interroger les femmes sur leur consommation d'alcool;
- Conseiller les femmes en matière de consommation d'alcool et de grossesse;
- Offrir un counseling aux femmes qui ont besoin de traitement et de soutien continu et les diriger vers les services appropriés;
- Connaître les ressources et les services disponibles en matière de consommation d'alcool pendant la grossesse.

2. Rôle du médecin

Influence des médecins

Plusieurs études ont montré que les médecins ne posaient pas systématiquement de questions concernant la consommation d'alcool à leurs patientes enceintes. Bon nombre d'entre eux ne se sentaient pas prêts à aborder ce sujet avec leurs patientes (Nanson *et al.*, 1995; Nevin *et al.*, 2002). Les médecins disent avoir besoin de formation et de ressources d'aiguillage pour améliorer le dépistage de la prise d'alcool et les soins offerts aux femmes pendant la grossesse (Diekman *et al.*, 2000).

Les coûts sur les plans émotionnel et financier de l'éducation d'un enfant atteint du syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) sont élevés. La prévention de l'exposition prénatale à l'alcool s'est avérée d'un bon rapport coût-efficacité. Ainsi, les coûts liés à l'éducation d'un enfant atteint du SAF sont d'environ 30 fois supérieurs au coût des programmes de prévention primaire ciblant les populations à haut risque (Astley *et al.*, 2000). Les avantages de la prévention sont incommensurables, pour les enfants, les parents et la société.

Il existe des approches rapides et efficaces que les médecins peuvent adopter pour donner aux femmes des informations sur la consommation d'alcool pendant la grossesse, les aider à faire face au problème de prise d'alcool et repérer les patientes nécessitant des soins spéciaux :

Avant la grossesse : Les médecins peuvent informer leurs patientes des effets de la consommation prénatale d'alcool avant qu'elles ne soient enceintes. Ils peuvent interroger les femmes en âge de procréer sur leur consommation d'alcool et leur expliquer les avantages d'arrêter de boire avant une grossesse. Des affiches et des documents d'information peuvent être distribués à l'appui.

Pendant la grossesse : Les médecins peuvent repérer les femmes enceintes à risque afin de réduire la durée et l'importance de leur consommation d'alcool. Pour cela, ils doivent procéder au dépistage de la consommation prénatale d'alcool et aider les femmes à modifier leurs habitudes de consommation par le biais d'un counseling et d'un aiguillage vers les services appropriés.

Après l'accouchement : Les médecins ont la responsabilité de surveiller l'apparition de signes d'exposition prénatale à l'alcool chez les enfants et de diriger ceux-ci vers des spécialistes pour un diagnostic. Un diagnostic précoce et des services appropriés permettent d'améliorer la condition à long terme des enfants ayant reçu un diagnostic de syndrome d'alcoolisme fœtal ou un diagnostic connexe.

Les besoins des femmes varient selon leur niveau de consommation et le facteur suivant :

- Elles ne planifient pas une grossesse;
- Elles planifient une grossesse;
- Elles sont enceintes.

Voici quelques exemples de pratiques cliniques clés que les médecins peuvent adopter :

INTERROGER

- Interroger toutes les femmes en âge de procréer sur leur consommation d'alcool;
- Interroger toutes les femmes enceintes sur leur consommation d'alcool.

CONSEILLER

- Conseiller à toute femme planifiant une grossesse d'opter pour le choix le plus sûr : l'arrêt total de la consommation d'alcool;
- Conseiller à toute femme enceinte d'opter pour le choix le plus sûr : l'arrêt total de la consommation d'alcool;
- Conseiller aux femmes ayant consommé de l'alcool pendant leur grossesse de communiquer avec *Motherisk*.

AIDER

- Aider les femmes à cesser leur consommation d'alcool en leur offrant des informations, un counseling, des soins et un aiguillage vers les programmes et services appropriés.



Préoccupations des médecins en matière de consommation prénatale d'alcool

Si les médecins ne posent pas de questions sur la consommation d'alcool au cours de la grossesse, c'est souvent parce qu'ils :

- Manquent d'informations sur le sujet;
- Ne se sentent pas à l'aise pour poser de telles questions;
- Appréhendent la réaction des patientes;
- Ont eux-mêmes des problèmes en matière de consommation d'alcool;
- Manquent de temps;
- Ne savent pas comment s'y prendre pour poser ces questions;
- Ne connaissent pas les outils de dépistage efficaces;
- Ne savent pas quels conseils donner aux femmes;]
- Ne connaissent pas les services offerts aux femmes qui ont de la difficulté à modifier leurs habitudes de consommation.

(Miner *et al.*, 1996; Donovan, 1991)

Ce document vous aidera à surmonter nombre de ces obstacles et à mettre en œuvre des pratiques cliniques efficaces concernant la prise d'alcool pendant la grossesse. Des études ont montré qu'un counseling par encouragement et un aiguillage approprié de la part du médecin pouvaient entraîner une modification importante des habitudes de consommation d'alcool pendant la grossesse (Smith *et al.*, 1987).



3. Les femmes et la consommation d'alcool

Aperçu des dommages causés par la consommation prénatale d'alcool

Ce manuel est essentiellement consacré aux stratégies de prévention ou de réduction de la consommation prénatale d'alcool, à l'exclusion de cette section qui présente brièvement les dommages causés par l'alcool au fœtus en développement.

Le lien entre la consommation prénatale d'alcool et tout un ensemble d'anomalies physiques a été signalé pour la première fois dans les publications médicales en 1968 (Lemoine *et al.*, 1968). Plus tard, en 1973, le terme Syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) a été créé pour décrire les particularités faciales, les retards de croissance et les troubles neurocomportementaux observés chez les enfants exposés à l'alcool avant la naissance (Jones et Smith, 1973).

Effets de l'alcool sur le fœtus

L'alcool passe librement à travers le placenta et atteint chez le fœtus des concentrations aussi élevées que dans le corps de la mère. Or le fœtus a une capacité limitée à métaboliser l'alcool. L'alcool et l'acétaldéhyde peuvent endommager les cellules fœtales en développement (Hard *et al.*, 2001). L'alcool peut également affecter le cordon ombilical (Denkins *et al.*, 2000) et le placenta (Siler-Khodr, 2000). Une diminution du flux sanguin placentaire entraîne des risques d'hypoxie. L'alcool est le tératogène dont la consommation est la plus répandue parmi les femmes en âge de procréer; pris pendant la grossesse, il peut avoir des conséquences tragiques. Les effets de la consommation prénatale d'alcool varient selon :

- Le moment de l'exposition;
- La durée de la consommation d'alcool;
- La quantité d'alcool ingérée;
- L'état de santé général de la mère;
- Les services offerts à la mère;
- La consommation d'autres drogues;
- Les différentes combinaisons de ces facteurs.

(Santé Canada, 2000b)

Niveaux de la consommation d'alcool

Le syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) semble être le résultat d'une consommation maternelle excessive d'alcool; cependant, aucune limite de sécurité n'a été établie à ce jour. Les conséquences d'une prise d'alcool modérée pendant la grossesse font l'objet d'une controverse. Certaines études ont montré l'existence d'un lien entre des niveaux de consommation peu élevés et un faible poids à la naissance, un retard de croissance intra-utérin (RCIU), des fausses couches, la naissance d'enfants mort-nés, des anomalies congénitales, des problèmes du développement et des troubles neurocomportementaux; des recherches plus poussées sont cependant nécessaires pour confirmer ce lien (Passaro et Little, 1997). Le plus sûr demeure donc de conseiller aux patientes de s'abstenir de boire de l'alcool pendant la grossesse.

Conséquences de la consommation d'alcool

L'exposition prénatale à l'alcool engendre un ensemble d'effets néfastes. Les fausses couches et la naissance d'enfants mort-nés représentent certaines des conséquences les plus graves. Parfois, les conséquences sont si peu apparentes qu'il est difficile de poser un diagnostic, comme dans le cas d'une seule malformation congénitale ou d'un problème d'apprentissage ou de comportement isolé. La gravité du syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) varie grandement : ainsi, certaines personnes ne seront pas capables d'apprendre à parler ou à marcher, tandis que d'autres pourront, avec un certain soutien, acquérir et gérer les habiletés de la vie quotidienne.

La consommation maternelle d'alcool peut causer des retards de croissance, des particularités faciales et des malformations congénitales. L'atteinte du système nerveux central ou des fonctions cérébrales constitue son effet le plus grave.

Tableau 1 : *Caractéristiques physiques de l'exposition prénatale à l'alcool*

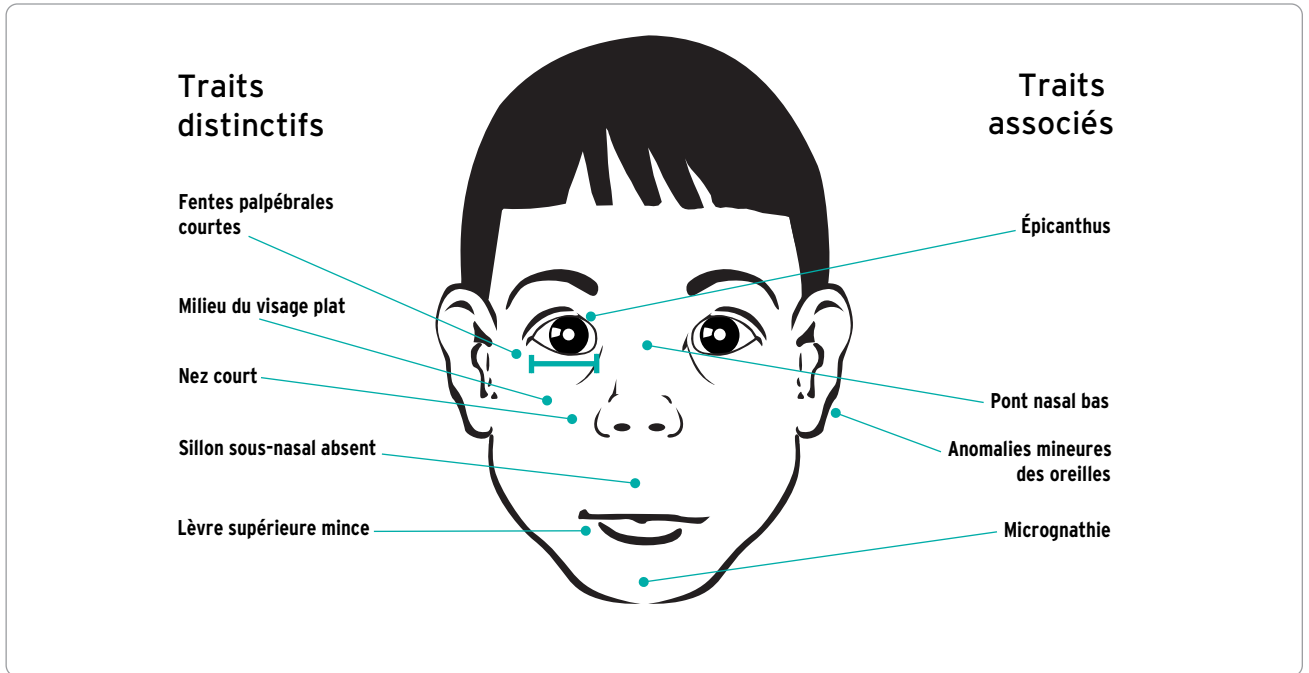
Catégorie :	Exemples de caractéristiques physiques
▶ Retards de croissance	- prénatal, faible poids ou petite taille - postnatal, faible poids ou petite taille
▶ Caractéristiques faciales	- lèvre supérieure mince - philtrum long et aplati - fentes palpébrales courtes - milieu du visage plat
▶ Système nerveux central	- petit périmètre crânien - troubles de l'attention - niveau d'activité élevé - retard de langage - troubles de l'apprentissage - graves problèmes de comportement
▶ Malformations congénitales	- anomalies des yeux - problèmes d'ouïe - chevauchement des dents - malformations des membres - malformations des organes internes

Particularités faciales liées à la consommation d'alcool

Un certain nombre de malformations, dont la dysmorphologie faciale, sont associées à l'exposition à l'alcool durant le premier trimestre de la grossesse (Abel, 1995). Les caractéristiques faciales dues à une exposition prénatale à l'alcool peuvent être très subtiles et nécessitent par conséquent une évaluation prudente. Il est également possible de confondre des traits normaux ou des traits associés à d'autres syndromes avec les traits faciaux caractéristiques du SAF, d'où l'importance de ne pas poser de sur-diagnostic. Les caractéristiques faciales liées à une exposition prénatale à l'alcool ne sont parfois pas apparentes à la naissance et ont tendance à s'estomper à l'adolescence.



Figure 1 : *Facès du syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF)*



Termes diagnostiques

L'exposition prénatale à l'alcool peut engendrer un ensemble d'effets néfastes, pour lesquels il existe plusieurs termes diagnostiques acceptés, fondés chacun sur des critères déterminés. Les enfants exposés à l'alcool avant la naissance peuvent en effet présenter tous les signes du syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF), certains d'entre eux seulement, ou peuvent même sembler n'en avoir aucun. Le diagnostic dépend souvent d'une confirmation de la prise d'alcool par la mère, à moins qu'il n'existe de caractéristiques suffisantes.

Tableau 2 : *Termes diagnostiques courants et critères de diagnostic*

Terme diagnostique :	Critères de diagnostic :
▶ Syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF)	- retard de croissance prénatal, postnatal ou les deux - traits faciaux caractéristiques - atteintes du système nerveux central
▶ Effets de l'alcool sur le fœtus (EAF)	- certaines des caractéristiques du SAF, mais pas toutes - plus récemment appelés SAF partiel (SAFp)
▶ Malformations congénitales liées à l'alcool (MCLA)	- malformations congénitales (p. ex. cardiaques, squelettiques, rénales, oculaires, auditives) associées à l'exposition prénatale à l'alcool - terme utilisé parfois pour désigner l'ensemble complet des effets néfastes de l'exposition prénatale à l'alcool
▶ Trouble neurologique du développement lié à l'alcool (TNDLA)	- anomalies du système nerveux central associées à l'exposition prénatale à l'alcool

Dans le passé, les EAF étaient considérés comme une version atténuée du SAF. Des études récentes ont cependant montré que les lésions cérébrales pouvaient être aussi importantes dans le cas des EAF que dans celui du SAF (Sampson *et al.*, 2000). Les personnes atteintes des EAF ont parfois plus de difficulté à s'adapter à la vie adulte, en partie à cause d'un diagnostic et d'une intervention tardifs (Streissguth *et al.*, 1996).

Le terme Ensemble des effets de l'alcoolisme foetal est un terme général de création récente qui désigne toute la gamme de problèmes pouvant être causés par une exposition prénatale à l'alcool.

Incidence du SAF

L'incidence exacte du SAF n'est pas connue, mais on estime à 1 ou 2 sur 1 000 le nombre d'enfants qui naissent avec le syndrome (Abel et Hannigan, 1995). Dans certaines collectivités, ce taux est bien plus élevé (Williams *et al.*, 1999). L'incidence des EAF est moins connue, mais on pense qu'elle est plusieurs fois supérieure à celle du SAF. Les conséquences sur les plans humain et économique de l'exposition prénatale à l'alcool sont considérables et permanentes.

Consommation paternelle d'alcool

La consommation paternelle d'alcool ne cause pas de problèmes de développement tels que le SAF ou une condition connexe chez le fœtus. Elle peut toutefois nuire à la qualité du sperme; de plus, elle a une forte influence sociale et psychologique sur la consommation maternelle (May, 1998).

Les femmes et l'alcool

La consommation d'alcool est un comportement répandu et socialement acceptable. Parmi les femmes canadiennes de 24 à 44 ans :

- 50 % boivent régulièrement de l'alcool;
- 12 % consomment 7 à 13 verres par semaine;
- 4 % prennent 14 verres ou plus par semaine.

(Santé Canada, 2000b)

Des enquêtes nationales donnent une indication de la fréquence de la consommation prénatale d'alcool :

- 17 % à 25 % des femmes ont affirmé avoir pris de l'alcool au cours de leur dernière grossesse;
- 7 % à 9 % des femmes ont affirmé avoir pris de l'alcool tout au long de leur dernière grossesse.

(Santé Canada, 2000b)

Parmi les femmes qui ont affirmé avoir consommé de l'alcool pendant leur dernière grossesse :

- 94 % ont déclaré avoir pris 2 verres ou moins par occasion;
- 3 % ont déclaré avoir pris 3 à 4 verres par occasion;
- 3 % ont déclaré avoir pris 5 verres ou plus par occasion.

(Santé Canada, 2000b)

Des taux de consommation plus élevés ont été constatés dans certaines collectivités et tranches de la population. Des taux de consommation élevés peuvent être le signe de problèmes communautaires sous-jacents, tels que la pauvreté, l'isolement et le désespoir.

Une grossesse représente une occasion de changement. En raison des préoccupations supplémentaires qui accompagnent généralement une grossesse, beaucoup de femmes se sentent davantage capables de faire face à leur consommation d'alcool et d'y remédier. Certaines populations demeurent cependant relativement peu conscientes des risques de la consommation prénatale d'alcool. Toutefois, une enquête nationale révèle que :

- 62 % des Canadiennes disent qu'elles s'arrêteraient de boire si elles découvraient qu'elles étaient enceintes;
- 11 % disent qu'elles réduiraient leur consommation d'alcool si elles étaient enceintes.

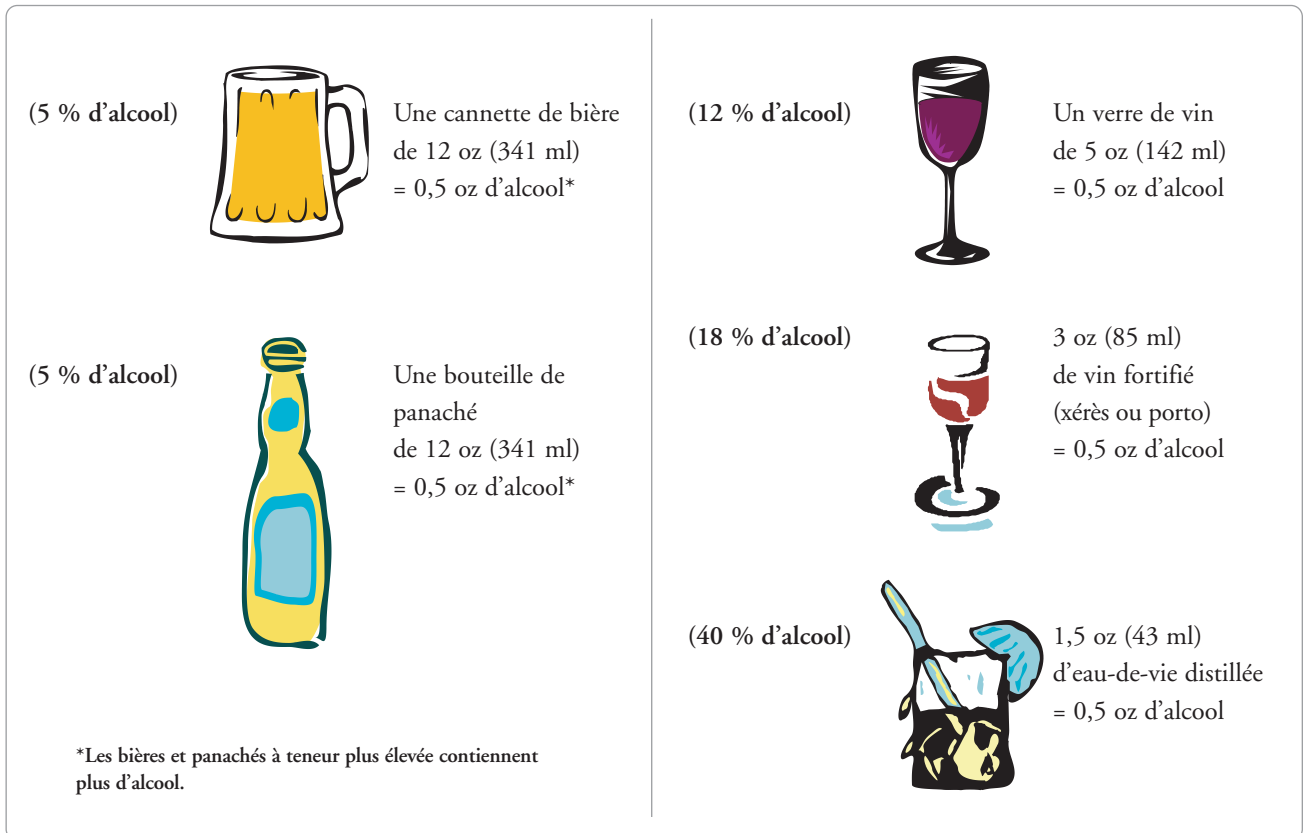
(Santé Canada, 2000a)



Habitudes de consommation et préoccupations

Tous les types de boissons alcoolisées sont dangereux pendant la grossesse. Le risque encouru par le fœtus est proportionnel à la quantité d'alcool consommée. Un verre standard contient 0,5 oz (14,2 ml) d'alcool.

Figure 2 : Définition des verres standard (un verre standard = 0,5 oz d'alcool)



Sous-déclaration

Les femmes sous-déclarent parfois les quantités d'alcool qu'elles prennent, pour diverses raisons :

- Elles se sentent coupables de boire;
- Elles ont peur d'être jugées;
- Elles craignent de perdre leur bébé ou leurs autres enfants.

Les femmes peuvent aussi sous-déclarer leur consommation parce qu'elles ne savent pas à quoi équivaut un verre standard. Lorsqu'elles indiquent le nombre de verres qu'elles boivent par jour, la plupart des personnes ont tendance à sous-estimer leur consommation. Il arrive fréquemment que les femmes consomment une quantité d'alcool plus grande que le verre standard en croyant qu'elle correspond à un verre; elles sous-estiment ainsi leur consommation de 30 % en moyenne (Kaskutas et Graves, 2000). Une étude a révélé que certains verres consommés étaient de 49 % supérieurs à la taille standard pour la bière et de 307 % pour les spiritueux (Kaskutas et Graves, 2001). L'ignorance en matière de définition d'un verre standard peut conduire à une sous-estimation de la consommation d'alcool.

Une consommation à risque

La consommation d'alcool pendant la grossesse n'a aucun avantage connu; bien au contraire, elle est associée à de nombreux problèmes. L'importance des dommages dépend de la quantité ingérée et est proportionnelle à l'exposition à l'alcool. Les effets néfastes sur le fœtus sont liés aux taux maximaux atteints par l'alcool dans le sang.

Quelques termes courants décrivant les différentes habitudes de consommation d'alcool chez les femmes :

Abstinentes : ne consomment pas d'alcool.

Buveuses à faible risque : consomment 1 à 2 verres standard par jour, et pas plus de 9 verres par semaine.

Buveuses à problème : consomment plus de 21 verres standard par semaine.

Buveuses dépendantes : ne peuvent s'arrêter de boire une fois qu'elles ont commencé.

Buveuses irrégulières : consomment 5 verres standard ou plus par occasion.



Le risque d'effets néfastes pour le fœtus augmente avec des taux élevés de consommation d'alcool, tels que :

- La consommation de 2 verres ou plus en moyenne par jour (consommation excessive);
- La consommation de 5 à 6 verres à certaines occasions (consommation irrégulière massive).

(Abel et Hannigan, 1995; Ebrahim *et al.*, 1999)

Limites de sécurité

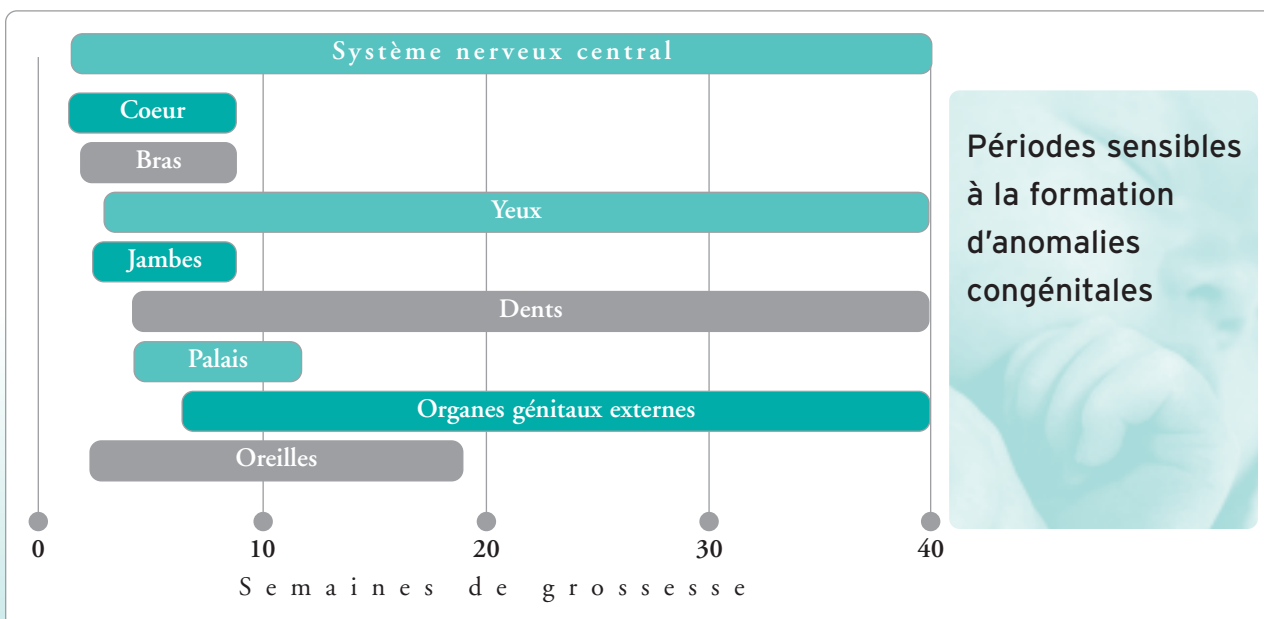
Les recherches effectuées à ce jour n'ont pas permis d'établir de limites de sécurité concernant la consommation prénatale d'alcool. Les risques d'une consommation d'alcool modérée pendant la grossesse ont fait l'objet de nombreuses controverses (Polygenis *et al.*, 1998). Les cas observés montrent que le SAF est davantage causé par une consommation excessive ou irrégulière massive. Il semble cependant exister un lien entre des niveaux de consommation modérés et un faible poids à la naissance, un retard de croissance intra-utérin (RCIU), des fausses couches, la naissance d'enfants mort-nés, des problèmes du développement et des troubles neurocomportementaux; des recherches plus poussées sont nécessaires sur ce plan (Passaro et Little, 1997; Sood *et al.*, 2001). Les médecins doivent donc conseiller aux patientes de s'abstenir de boire de l'alcool pendant la grossesse car c'est le choix le plus sûr (Abel et Kruger, 1999).

Moment de la consommation

L'exposition prénatale à l'alcool provoque chez le fœtus toute une série d'effets néfastes, dont le type et la gravité varient selon le moment, la quantité et la durée de la prise d'alcool. Il n'existe pas de période où l'on peut boire sans risque pendant la grossesse. Les périodes sensibles sont classées comme suit :

- Malformations congénitales : premier trimestre de grossesse;
- Retards de croissance : troisième trimestre de grossesse;
- Système nerveux central : toute la grossesse.

Figure 3 : Périodes sensibles à la formation d'anomalies congénitales



Premier trimestre

Pour éviter une exposition de leur fœtus à l'alcool pendant la période sensible que constituent les premières semaines de grossesse, les femmes doivent s'arrêter de boire avant de tomber enceintes. Cependant, près de la moitié des grossesses en Ontario sont non planifiées (Santé Canada, 2000d). Les médecins doivent donc relever un double défi : essayer d'une part de promouvoir la planification des grossesses en mettant l'accent sur ses avantages, et d'autre part d'évaluer et de modifier la prise d'alcool avant et pendant une grossesse. Les médecins peuvent rassurer les patientes qui ont bu non intentionnellement de petites quantités d'alcool au cours de leur premier trimestre de grossesse, en leur expliquant qu'il est peu probable que cette consommation cause des dommages graves au fœtus (Koren *et al.*, 1996).

Deuxième et troisième trimestres

Les dommages structurels possibles découlant d'une consommation d'alcool antérieure ne peuvent être évités; toutefois, on a constaté que les bébés nés de mères ayant arrêté de boire au deuxième trimestre présentaient moins de retard de croissance et de problèmes neurocomportementaux que ceux des mères ayant continué à boire pendant toute leur grossesse (Coles *et al.*, 1985). Il a également été démontré que la réduction ou l'arrêt de la consommation, même aussi tard qu'au cours du troisième trimestre, augmentaient la viabilité du fœtus (Jones et Chambers, 1998).

Raisons de la consommation

En général, les femmes qui boivent pendant leur grossesse n'ont pas l'intention de nuire à leur enfant. Une femme peut boire :

- Avant de savoir qu'elle est enceinte;
- Parce qu'elle ne sait pas que l'alcool est dangereux pour son bébé;
- Pour faire face aux problèmes de la vie;
- Pour se conformer à une norme sociale.

La consommation d'alcool peut être due ou mener à diverses conditions défavorables sur les plans social et de la santé, dont :

- Des accidents ou des blessures;
- La pauvreté;
- L'isolement;
- Des abus;
- Le stress ou la dépression;
- Des problèmes de santé mentale;
- La toxicomanie;
- Une faible estime de soi;
- Un comportement sexuel à haut risque;
- Des maladies transmissibles sexuellement;
- Une grossesse non planifiée;
- Des problèmes avec la justice.



La consommation d'alcool peut être aggravée par :

- Le tabagisme;
- La consommation d'autres drogues;
- Une mauvaise nutrition;
- Le stress.

Profil des femmes qui boivent pendant leur grossesse

Certaines tranches de la population semblent être plus à risque que d'autres d'avoir des enfants atteints du SAF. Des études ont relevé l'existence d'un lien entre des taux plus élevés de consommation prénatale d'alcool et un âge plus avancé, un revenu supérieur et le fait d'être mariée (Dzakpasu *et al.*, 1998). Par exemple, 22,6 % des femmes de 35 ans et plus ont déclaré avoir consommé de l'alcool pendant leur grossesse, contre 11,7 % des femmes de moins de 25 ans (Santé Canada, 2000c). Il ne s'agit pas là du groupe « à risque élevé » traditionnel en ce qui concerne la santé de la mère et du nouveau-né. Des études portant sur les mères d'enfants souffrant du SAF montrent une sur-représentation de femmes présentant les caractéristiques suivantes :

- Faible revenu;
 - Niveau scolaire peu élevé;
 - Appartenance à une minorité;
 - Grossesses non planifiées et non désirées;
 - Un autre enfant ayant reçu le diagnostic du SAF ou un diagnostic connexe.
- (Ernst *et al.*, 1999; Nanson, 1997; Hankin et Sokol, 1995)

D'autres études ont montré que les femmes jeunes présentaient un risque élevé d'avoir un enfant atteint du SAF en raison d'épisodes fréquents de consommation massive (5 verres ou plus par occasion) (Lex, 1990).

Interroger toutes les femmes

Il est important de soumettre toutes les femmes au dépistage de la consommation d'alcool, sans faire de suppositions fondées sur le revenu ou l'apparence. Le risque de consommation prénatale d'alcool est présent chez toutes les femmes, que leur statut socio-économique soit faible ou élevé.

Les femmes qui consomment de l'alcool sont nombreuses à changer leur comportement sans l'aide de professionnels, en apprenant qu'elles sont enceintes (Kaskutas et Graves, 1994). D'autres peuvent éprouver plus de difficulté à s'arrêter de boire. Au nombre de celles-ci, les femmes qui :

- Boivent depuis une longue période;
 - Ont un revenu inférieur;
 - Fument;
 - Ne sont pas mariées;
 - Vivent dans un environnement où la consommation d'alcool constitue une norme sociale;
 - Ont acquis une tolérance et une dépendance à l'alcool.
- (Santé Canada, 2000b)

La dépendance à l'alcool se traduit par la combinaison de trois caractéristiques ou plus parmi les suivantes :

- Tolérance ou réaction réduite aux effets enivrants de l'alcool;
 - Sevrage, qui se manifeste par une activité excessive du système nerveux végétatif due à un arrêt brusque de la consommation : transpiration, pouls accéléré, tremblements, crises convulsives, insomnie, nausées ou vomissements, hallucinations, agitation et anxiété;
 - Consommation d'alcool en plus grande quantité et plus souvent que voulu;
 - Difficulté à réduire ou à contrôler la prise d'alcool;
 - Temps considérable passé à consommer de l'alcool, à se remettre de ses effets et à planifier d'autres occasions de boire;
 - Effets néfastes sur le travail, les études, la famille, les amis et les loisirs;
 - Poursuite de la consommation malgré une connaissance de ses effets néfastes.
- (Brands *et al.*, 1998)

Un dépistage précoce et des interventions de soutien sont importants pour les femmes qui consomment de l'alcool pendant la grossesse.



4. Patientes nécessitant une approche spécialisée

Adolescentes enceintes

Les adolescentes sont plus susceptibles d'avoir des grossesses non planifiées et de retarder le moment de la première consultation prénatale. Les taux de consommation fréquente et irrégulière massive sont élevés chez les toutes jeunes femmes (Allard-Hendren, 2000). Une étude ontarienne portant sur des étudiants de la 7^e à la 13^e année a montré qu'au cours des 12 derniers mois :

- 65,6 % de l'ensemble des étudiants ont déclaré avoir consommé de l'alcool;
- 65,0 % des étudiantes ont déclaré avoir consommé de l'alcool;
- 80 % de l'ensemble des étudiants de 12^e année ont déclaré avoir consommé de l'alcool. (Adlaf *et al.*, 2001)

La fréquence de la consommation en général et de la consommation excessive est également en hausse chez les jeunes :

- 16,3 % des buveurs consomment de l'alcool chaque semaine;
- 39,6 % des buveurs ont dit avoir consommé 5 verres ou plus en une seule occasion;
- 6,4 % des buveurs ont dit avoir consommé 5 verres ou plus en une seule occasion, 5 fois ou plus au cours des 4 semaines précédant l'enquête (Adlaf *et al.*, 2001).

La fréquence de la consommation excessive et irrégulière massive constitue un facteur de risque d'activité sexuelle non planifiée et non protégée pour les jeunes femmes. Une reconnaissance tardive de la grossesse et une première consultation prénatale tardive peuvent augmenter la durée de l'exposition involontaire du fœtus à l'alcool.



Femmes autochtones

La consommation d'alcool avant et pendant la grossesse est plus élevée dans certaines collectivités autochtones et traduit souvent des problèmes communautaires sous-jacents plus profonds, tels que la pauvreté et le désespoir. De nombreux organismes autochtones pensent qu'un traitement efficace de la question nécessite une approche holistique fondée sur les enseignements du cercle d'influences et la redécouverte des traditions culturelles et spirituelles (Gouvernement du Canada, 1993). Le traitement se base souvent sur une approche de guérison collective plutôt qu'individuelle (Van Biber, 1997). Il faut, dans la mesure du possible, mettre les femmes autochtones ayant un problème d'alcool en rapport avec des services culturellement appropriés.

Femmes issues de groupes culturels différents

La consommation prénatale d'alcool a des effets néfastes sur le fœtus, quel que soit le groupe ethnique ou culturel. La conception du rôle de la femme, de la consommation d'alcool, des soins prénatals appropriés et de l'éducation des enfants varie toutefois selon les cultures. Il est important de tenir compte des différentes valeurs et croyances culturelles des femmes que vous traitez :

- Offrez des conseils précis;
- Ne portez pas de jugement;
- Renseignez-vous sur les questions culturelles pour mieux comprendre les besoins des patientes;
- Évitez de faire des suppositions concernant les pratiques et les croyances des patientes.

Les immigrantes nouvellement arrivées au Canada peuvent avoir un problème de communication dû à une méconnaissance de la langue et ignorer les services dont elles ont besoin. Mettez-les en rapport avec des services appropriés sur les plans culturel et linguistique et choisissez à leur intention des documents faciles à lire avec des schémas clairs.

Si possible, demandez à une personne n'appartenant pas à la famille de servir d'interprète, pour assurer la confidentialité nécessaire à une éventuelle divulgation de problèmes difficiles, tels que la violence physique et la consommation de substances psychotropes.

Femmes de statut socio-économique faible

Les femmes qui vivent dans la pauvreté ont parfois recours à l'alcool pour tenter de gérer des niveaux élevés de stress et de désespoir. Leur situation peut être complexe en raison d'un logement inadéquat, d'un manque de vêtements, de nourriture et de services aux enfants, d'un soutien insuffisant et d'antécédents de traumatismes et de violence. Tout traitement de la consommation d'alcool qui ne tiendrait pas compte de ces facteurs a peu de chances de réussir et peut même réduire le recours aux services de soins prénatals.

Informez-vous avec délicatesse du revenu des patientes et de leur capacité à acheter des aliments sains. Indiquez-leur les services offerts par votre collectivité pour répondre à leurs besoins de base, tels que la nourriture, un abri et des services juridiques. Dans vos entretiens avec elles, montrez-leur de l'empathie et ne portez pas de jugement. Les conseils concernant des choix sains doivent être accompagnés de solutions concrètes pour les mettre en pratique. Par exemple, les femmes peuvent savoir qu'elles doivent manger plus de fruits et de légumes, mais ne pas avoir les moyens de les acheter. Un aiguillage vers des programmes de nutrition prénatale et d'autres services communautaires de soutien peut les aider à répondre à ces besoins.

Femmes de statut socio-économique élevé

Souvent, les médecins n'interrogent pas les femmes bien habillées et qui s'expriment bien sur leur consommation d'alcool. Évitez de faire des suppositions basées sur le revenu ou l'état matrimonial. La consommation d'alcool est un phénomène qui touche toutes les classes socio-économiques; certaines études révèlent même des taux de consommation prénatale plus importants chez les femmes ayant un statut socio-économique élevé (Dzakpasu , 1998).

Avec des informations et des conseils exacts et précis, beaucoup de femmes de statut socio-économique élevé seront en mesure d'éviter complètement l'usage de l'alcool pendant la grossesse. En effet, bon nombre d'entre elles retardent le moment d'avoir des enfants pour bien asseoir leur carrière, et planifient ensuite leurs grossesses. Il y a donc plus de chances de pouvoir les conseiller avant une grossesse et de les inciter à modifier leur comportement et à adopter des habitudes saines avant de tomber enceintes. Certaines femmes auront cependant besoin de soutien pour changer leur comportement face à l'alcool. Si une femme n'est pas prête à révéler à son entourage qu'elle est enceinte, donnez-lui des conseils pour l'aider à gérer certaines situations sociales où elle pourrait être amenée à consommer de l'alcool.

Femmes vivant des situations de violence

Les femmes peuvent avoir recours à l'alcool pour supporter une situation de violence. Essayez de détecter les signes de violence chez toutes les femmes, en particulier chez celles qui boivent de manière fréquente ou excessive. Dirigez les femmes victimes ou présumées victimes de violence vers les ressources et services appropriés. Faites en sorte que le partenaire ne soit pas présent lorsque vous posez des questions à la femme sur la violence subie et veillez à ne pas la mettre plus en danger qu'elle ne l'est.

Aiguillage

Outre les renvois directement liés à la consommation d'alcool, les femmes peuvent tirer profit d'un aiguillage vers d'autres programmes. L'accès aux services qui s'occupent de conditions sérieuses telles que la pauvreté, l'isolement, une alimentation inadéquate, la violence, etc., peut permettre d'augmenter la volonté et la capacité des femmes de faire face à la consommation d'alcool. Vous pouvez diriger vos patientes vers des services locaux tels que :

- Bébé en santé Enfants en santé;
- Les services de soutien et de santé destinés aux Autochtones;
- Les centres d'amitié;
- Le Programme canadien de nutrition prénatale;
- Le Programme d'action communautaire pour les enfants;
- Les centres de ressources pour les familles;
- Les programmes de soutien aux femmes enceintes;
- Les banques d'alimentation;
- Les cours prénatals;
- Les refuges pour femmes;
- Les centres de la petite enfance de l'Ontario.

5. Présentation des pratiques cliniques

Étudiez soigneusement la stratégie à adopter pour repérer et aider les femmes en ce qui concerne la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse. Cette section propose des méthodes pour interroger, conseiller et aider les patientes en matière d'alcool et de grossesse. Des explications plus détaillées portant sur les différentes étapes décrites sont données dans d'autres sections de ce manuel.

Figure 4 : Résumé des pratiques cliniques en matière de consommation d'alcool et de grossesse

INTERROGER la patiente : **Combien consommez-vous d'alcool?**

Ne prend pas d'alcool

À FAIBLE RISQUE :

1. **CONSEILLER** : « Pas d'alcool » est le choix le plus sûr pendant une grossesse ou lorsqu'on planifie une grossesse.

Prend de l'alcool

INTERROGER la patiente :

1. Combien de jours par semaine prenez-vous généralement de l'alcool?
2. Les jours où vous buvez, combien de verres prenez-vous?
3. Faire passer à la patiente le test de dépistage T-ARP.

Veiller à déceler des signes et symptômes de consommation d'alcool.

Résultat du test T-ARP : 0 à 5

LES FEMMES QUI BOUVENT DE L'ALCOOL :

1. **CONSEILLER** à la patiente qu'il est plus sûr de s'arrêter de boire.
2. **CONSEILLER** par une rétroaction et des informations personnalisées.
3. **CONSEILLER** aux patientes incapables de cesser leur consommation d'alcool de réduire celle-ci.
4. **AIDER** les patientes par un aiguillage vers les ressources appropriées.
5. **AIDER** les patientes par un suivi et un soutien continus.

Résultat du test T-ARP : 2 à 5

RISQUE POSSIBLE :

1. **BESOIN** d'évaluation supplémentaire.
2. **ÉVALUER** la disposition et la capacité de la patiente à s'arrêter de boire.
3. **ÉVALUER** sa dépendance à l'alcool.
4. **PRENDRE** les arrangements nécessaires pour une désintoxication médicale.

CONSEILLER aux patientes d'appeler la ligne d'aide de *Motherisk* sur la consommation d'alcool et de drogues pendant la grossesse au 1 877 327-4636.

Adapté de : Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba (2000). *Guideline 647: Fetal Alcohol Syndrome*.



Les conseils et soins à offrir aux patientes dépendent de leur statut en matière de procréation.

Tableau 3 : *Conseils et soins adaptés au statut de la patiente en matière de procréation*

	Ne planifie pas une grossesse	Planifie une grossesse	Pendant la grossesse	Après la grossesse
<p>INTERROGER</p> <ul style="list-style-type: none"> - fréquence - quantité - T-ARP 	<ul style="list-style-type: none"> - déterminer les risques pour la femme - déterminer les risques d'une grossesse non planifiée 	<ul style="list-style-type: none"> - déterminer les risques pour la femme - déterminer les risques pour une grossesse future 	<ul style="list-style-type: none"> - déterminer les risques pour la femme - déterminer les risques passés et futurs pour le fœtus 	<ul style="list-style-type: none"> - déterminer les risques pour la femme - déterminer les risques pour le bébé en cas d'allaitement
<p>CONSEILLER</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conseiller d'arrêter la consommation - Expliquer les risques de la consommation 	<p>« Si vous décidez de tomber enceinte, il serait plus sûr d'arrêter de boire. »</p> <p>« Votre niveau de consommation vous fait courir le risque d'une grossesse non planifiée. »</p>	<p>« Il est plus sûr d'arrêter de boire avant de tomber enceinte. »</p> <p>« L'alcool peut avoir des effets néfastes sur le fœtus en développement. »</p>	<p>« Il est plus sûr d'arrêter de boire si vous êtes enceinte. »</p> <p>« Appelez Motherisk pour obtenir des informations et des conseils. »</p>	<p>« Il est plus sûr de ne pas boire pendant la période d'allaitement. »</p> <p>« Si vous prenez de l'alcool, appelez Motherisk pour savoir combien de temps vous devez attendre avant reprendre l'allaitement. »</p>
<p>AIDER</p> <ul style="list-style-type: none"> - intervention brève - informations - aiguillage - suivi 	<ul style="list-style-type: none"> - discuter des méthodes de contraception fiables et de longue durée 	<ul style="list-style-type: none"> - aider la patiente à retarder sa grossesse jusqu'à l'arrêt de la consommation d'alcool 	<ul style="list-style-type: none"> - si la patiente est incapable de s'arrêter de boire, l'aider à réduire sa consommation autant que possible 	<ul style="list-style-type: none"> - si la patiente qui allaite consomme de l'alcool, lui indiquer combien de temps elle doit attendre avant de reprendre l'allaitement

6. INTERROGER les patientes sur leur consommation d'alcool

Les moments clés

Interrogez toutes les patientes sur leur consommation d'alcool. La consommation d'alcool est un phénomène répandu et la majorité des buveurs ne montrent aucun signe de prise d'alcool. Interrogez la patiente lors de sa première visite et de plusieurs visites de suivi ultérieures. Les moments clés pour poser des questions afin d'évaluer la consommation d'alcool sont les suivants

- La première visite;
- La visite gynécologique annuelle;
- Les visites avant la conception;
- Les visites de confirmation de la grossesse;
- Le milieu de la grossesse (24-28 semaines);
- La visite de sortie (32-36 semaines de grossesse).

L'environnement dans votre cabinet est important. Pensez à :

- Mettre des affiches sur l'alcool et la grossesse;
- Commander des documents à distribuer aux patientes, comme des brochures en plusieurs langues;
- Utiliser des systèmes de rappel pour ne pas oublier de poser des questions concernant la consommation d'alcool;
- Fournir des renseignements sur les lignes d'information.



La bonne méthode

Abordez le sujet en expliquant que vous allez poser une série de questions routinières, systématiquement adressées à toutes les patientes dans le but d'améliorer leur santé.

Évitez les questions qui peuvent laisser supposer que vous attendez une réponse négative. Une fois que la patiente aura répondu par la négative, il sera difficile de pousser l'interrogatoire plus loin (Weiner *et al.*, 1985). Par exemple :

- **Question négative** : Vous ne buvez pas d'alcool, n'est-ce pas?
- **Question positive** : Combien consommez-vous d'alcool?

Commencez par vous enquêter de la quantité d'alcool consommée par la patiente. Si celle-ci déclare ne pas prendre de l'alcool, insistez sur le fait qu'il est plus sûr de ne pas consommer de l'alcool avant et pendant une grossesse. Si la patiente reconnaît boire de l'alcool, questionnez-la sur la fréquence de sa consommation et les quantités absorbées. Posez-lui les 4 questions du test de dépistage T-ARP. Le résultat du test indiquera si la patiente est « à risque » ou « à risque élevé ». Soyez attentif en outre aux signes et symptômes de consommation d'alcool.

Lorsque vous interrogez les femmes sur leur consommation d'alcool, il est important de :

- Ne pas porter de jugement;
- Prêter une oreille attentive à leurs préoccupations;
- Éviter toute réaction ou commentaire désapprouvés;
- Vous intéresser aussi bien à la mère qu'à l'enfant;
- Savoir déceler des problèmes plus vastes, tels que la pauvreté et la violence;
- Faire des commentaires favorables sur le recours de la femme à des soins prénatals.

Outils de dépistage

Les fournisseurs de soins de santé ont plus de mal à reconnaître les problèmes liés à l'alcool chez les femmes que chez les hommes. Ainsi, une étude a montré que les fournisseurs de soins de santé avaient repéré 67 % des hommes aux prises avec un problème d'alcool, contre seulement 24 % des femmes (Buchsbbaum *et al.*, 1992). Les femmes ont 50 % de chances de moins que les hommes de recevoir un traitement pour des problèmes liés à l'alcool (Weisner et Schmidt, 1992). Les programmes de dépistage de routine peuvent aider à repérer les femmes ayant un problème d'alcool.

Les médecins doivent savoir que les patientes ont tendance à sous-déclarer leur consommation d'alcool. Les outils de dépistage qui posent des questions indirectes sur la prise d'alcool sont utiles pour repérer les femmes à risque. Beaucoup d'outils de dépistage rapide concentrent leurs questions sur les conséquences de la consommation, en évitant les questions directes sur l'usage d'alcool.

Outils de dépistage efficaces

Il existe plusieurs outils de dépistage rapide permettant d'évaluer le niveau de risque en matière de consommation d'alcool. Les outils d'évaluation constituent un moyen efficace pour repérer les femmes qui ont besoin d'aide pour modifier leurs habitudes de consommation d'alcool. Certains sont plus adaptés que d'autres à l'évaluation de la consommation prénatale d'alcool. Le test CAGE-DETA, bien que très utilisé, s'est avéré peu efficace chez certaines populations féminines (Cherpitel, 1997; Bradley *et al.*, 1998). Le test T-ARP a été conçu pour éliminer le déni et la sous-déclaration d'une consommation excessive chez les femmes enceintes, et s'est révélé très efficace auprès de celles-ci (Russell *et al.*, 1996; Russell, 1994). Une étude a montré qu'il avait permis de repérer 69 % des buveuses à haut risque dans une cohorte de 971 femmes enceintes (Sokol *et al.*, 1989). Rappelez-vous de faire des commentaires favorables sur les progrès de la patiente lors de chaque visite prénatale.

Figure 5 : Test de dépistage T-ARP

T-ARP

- ▶ **TOLÉRANCE** - Combien devez-vous consommer de verres pour sentir l'effet de l'alcool?
 - Inscrire 2 points pour plus de 2 verres
 - Inscrire 0 pour 1 ou 2 verres
- ▶ **AGACEMENT** - Les gens vous ont-ils déjà agacée en critiquant votre consommation d'alcool?
 - Inscrire 1 pour oui
- ▶ **RÉDUCTION** - Avez-vous déjà eu l'impression que vous devriez réduire votre consommation d'alcool?
 - Inscrire 1 pour oui
- ▶ **PETIT VERRE PRIS LE MATIN** - Vous est-il déjà arrivé de prendre un verre en vous levant pour calmer vos nerfs ou vous débarrasser d'une gueule de bois?
 - Inscrire 1 pour oui

**Résultat à risque possible = 2 points ou plus
Maximum - 5 points**

(Sokol *et al.*, 1989)

Lorsque vous procédez au dépistage de la consommation d'alcool, gardez à l'esprit qu'une réponse positive est probablement exacte, mais qu'une réponse négative ne l'est pas toujours (Offord et Craig, 1994). Continuez à poser des questions concernant la consommation d'alcool lors de visites ultérieures et soyez attentif aux signes et symptômes de consommation. Le dépistage vous aidera à repérer les comportements à risque et à mettre les patientes en rapport avec les ressources et les services appropriés. Le but toutefois est de réduire toutes les formes de consommation maternelle d'alcool. Si la patiente dit ne pas boire, insistez sur le fait que le choix le plus sûr pendant une grossesse est de s'abstenir de consommer de l'alcool. Si elle prend de l'alcool, offrez-lui des conseils et des soins adéquats et dirigez-la vers les services appropriés.

Signes et symptômes de la consommation d'alcool

La majorité des femmes qui consomment de l'alcool ne présentent aucun signe physique de consommation. En plus du test de dépistage, essayez de déceler d'autres indications d'une consommation d'alcool.

Tableau 4 : *Signes et symptômes de la consommation d'alcool*

Indices physiques	Indices psychologiques	Signaux d'alerte
Odeur d'alcool dans l'haleine	Perte de mémoire	Blessures répétées
Cicatrices, blessures	Dépression	Nombreuses visites à l'urgence
Hypertension	Anxiété	Recours tardif aux soins prénatals
Symptômes de sevrage	Panique	Rendez-vous manqués
Tachycardie	Paranoïa	État d'ébriété
Tremblements	Changements d'humeur inexplicables	Enfant plus âgé atteint du SAF
Trouble de l'élocution		Accouchement à l'extérieur de l'hôpital
		Antécédents de violence physique ou psychologique exercée par le partenaire
		MTS (y compris le SIDA)
		Problèmes au niveau du respect du traitement
		Antécédents familiaux d'alcoolisme et de toxicomanie

7. CONSEILLER les patientes en matière de consommation prénatale d'alcool

Avant et pendant une grossesse, les patientes ont besoin de conseils concernant la consommation d'alcool et son impact sur la santé génésique.

Conseiller l'abstinence :

Recommandez aux patientes d'arrêter toute consommation d'alcool si elles planifient une grossesse ou si elles sont enceintes, indépendamment de leurs habitudes de consommation et de leur statut socio-économique.

Formulez vos conseils de façon claire et directe, par exemple :

- Lorsque vous planifiez une grossesse, il est plus sûr d'arrêter toute consommation d'alcool avant la conception;
- Le choix le plus sûr est de ne pas boire pendant une grossesse;
- Si vous êtes enceinte, il est plus sûr de vous arrêter de boire.

Si une patiente est incapable d'arrêter sa consommation, conseillez-lui de la réduire autant que possible.

Expliquer les risques de la consommation d'alcool :

Dans la mesure du possible, exprimez-vous de façon constructive en donnant à la patiente une évaluation exacte des risques (Weiner *et al.*, 1985). L'autocritique et la culpabilisation concernant les habitudes de consommation ne sont pas productives et peuvent engendrer chez la femme le sentiment de ne pas être à la hauteur et provoquer une augmentation de la prise d'alcool. Comparez les réflexions suivantes :

- **Constructive** : Si vous arrêtez de boire, vous aurez plus de chances de mettre au monde un bébé en santé.
- **Négative** : Votre consommation d'alcool a déjà nui à votre bébé.
- **Constructive** : L'intérêt que vous portez à votre bébé vous aidera à être une bonne mère.
- **Négative** : Si vous aimiez vraiment votre bébé, vous ne boiriez pas autant.
- **Constructive** : Vous vous sentirez mieux quand vous serez sobre, et votre enfant aussi.
- **Négative** : Votre consommation continue d'alcool empêche votre bébé de se développer normalement.

La décision de poursuivre ou d'interrompre une grossesse est une décision personnelle qui peut être très difficile à prendre et doit être respectée. Une femme dont la consommation présente des risques élevés pour son fœtus peut décider de mener sa grossesse à terme, alors qu'une autre à faible risque peut choisir d'interrompre la sienne. Lorsqu'une femme décide de mettre fin à sa grossesse, le médecin doit déployer tous les efforts possibles pour l'aider à changer ses habitudes de consommation (Koren *et al.*, 1998).

La consommation d'alcool pendant la grossesse :

Vous pouvez dire aux patientes ayant bu de petites quantités d'alcool avant d'apprendre qu'elles étaient enceintes que les risques encourus sont minimes. Conseillez à toute patiente enceinte qui reconnaît prendre de l'alcool d'appeler la ligne d'aide sans frais sur la consommation d'alcool et de drogues pendant la grossesse (1 877 327-4636).



8. AIDER les patientes à faire face à la consommation prénatale d'alcool

Les femmes qui boivent pendant leur grossesse ont besoin d'un counseling adapté et éventuellement, d'un aiguillage vers les services appropriés. L'arrêt de la consommation en tout temps pendant la grossesse peut améliorer l'issue de celle-ci.

Des efforts, renvois et services supplémentaires peuvent être requis pour aider les femmes qui consomment de l'alcool et vivent dans des conditions difficiles.

Philosophie d'intervention :

Les médecins qui abordent la question de l'alcool de manière non menaçante et en mettant les patientes à l'aise peuvent aider celles-ci à modifier leur comportement (Morse et Hutchins, 2000). Les stratégies efficaces pour amener les patientes qui consomment des substances psychotropes à se faire soigner se caractérisent par les éléments suivants :

- Neutralité;
- Renforcement de la motivation;
- Honnêteté et ouverture;
- Perspective axée sur les femmes;
- Renforcement des points forts;
- Prise en compte des valeurs culturelles;
- Soutien et encouragement.



Réduction des méfaits

Bien que le choix le plus sûr demeure de cesser toute consommation d'alcool pendant la grossesse, de nombreuses femmes ne s'y sentent pas prêtes, n'y sont pas disposées ou en sont incapables. Dans de tels cas, les soins prénatals peuvent améliorer l'issue de la grossesse, même si la patiente continue de boire. Une approche fondée uniquement sur l'abstinence totale doit être évitée car elle risquerait d'éloigner les femmes des soins prénatals. Or ceux-ci, ainsi que toute réduction de la consommation, sont susceptibles d'avoir des conséquences favorables pour la mère et l'enfant. Si une patiente n'est pas capable d'envisager une abstinence totale, malgré vos explications concernant les risques, aidez-la, sans la juger, à réduire sa consommation d'alcool autant que possible. Aidez-la également à améliorer son état de santé général de plusieurs autres manières. Une meilleure alimentation et une réduction de l'usage du tabac peuvent diminuer les risques, même si la femme continue de boire (Hagberg et Mallard, 2000). Félicitez la patiente pour chaque petit pas effectué en direction d'une amélioration de son état de santé.

Interventions brèves

La grossesse est une période où les femmes peuvent se montrer plus réceptives aux interventions liées à la consommation d'alcool. On a signalé que les interventions brèves avaient une influence sur la consommation d'alcool chez certaines femmes enceintes (Handmaker *et al.*, 1999; Reynolds *et al.*, 1995; Chang *et al.*, 2000). Selon Larsson (1983), 76 % des femmes buvant de l'alcool ont diminué ou cessé leur consommation après une intervention brève. Certaines femmes auront cependant besoin d'une approche plus intensive comprenant un traitement et, au besoin, une désintoxication.

Les interventions brèves portent sur les facteurs de risque associés au comportement de la patiente face à l'alcool; elles doivent comprendre une résolution de problèmes et un aiguillage vers des services pouvant l'aider à assurer ses besoins de base en matière de soutien social, d'alimentation, de logement et de sécurité. Les interventions doivent examiner les éléments suivants :

- L'état de santé général de la femme;
- Le déroulement de la grossesse;
- Les changements apportés par la femme à son mode de vie depuis sa grossesse;
- Sa disposition à modifier ses habitudes de consommation d'alcool;
- La détermination d'objectifs;
- Les situations où la femme est susceptible de boire.

Pour évaluer la motivation de la patiente à modifier ses habitudes de consommation, questionnez-la sur :

- L' **importance** de ce changement pour elle;
- Le degré de **conviction** qu'elle a d'y parvenir.

FRAMES est une stratégie efficace d'intervention brève qui comporte plusieurs éléments importants. Combinée avec le dépistage, elle permet de réduire la consommation d'alcool chez les buveurs excessifs (Yahne et Miller, 1999).

Figure 6 : *Stratégie d'intervention brève FRAMES*

FRAMES

- ▶ **Faire des commentaires** : faire des commentaires personnalisés aux clientes concernant leur situation individuelle.
- ▶ **Responsabilité** : mettre l'accent sur le fait que le changement est la responsabilité de la personne et son libre choix.
- ▶ **Avis** : faire des recommandations claires sur la nécessité d'un changement, de manière encourageante plutôt qu'autoritaire.
- ▶ **Menu** : proposer un ensemble de stratégies de changement, en donnant à la cliente le choix entre plusieurs options.
- ▶ **Empathie** : adopter une approche empathique, réfléchie, chaleureuse et encourageante.
- ▶ **Se faire confiance** : renforcer la confiance des clientes en leur capacité de changement.

Gestion du sevrage alcoolique

Le sevrage alcoolique commence 6 à 48 heures après l'arrêt de la consommation; il se manifeste par divers symptômes, tels qu'une hyperactivité, de la transpiration, des tremblements, de l'anxiété, de l'insomnie et des crises convulsives. L'alcool est éliminé au rythme de moins d'un verre standard par heure (10 mg/dl/heure) et la désintoxication est généralement terminée au bout de 72 heures. Le sevrage peut provoquer une hypoxie chez le fœtus et augmenter les risques de détresse fœtale et de fausses couches spontanées. Il doit donc être traité médicalement. Pour obtenir des conseils concernant les soins à donner aux patientes enceintes pendant le sevrage, communiquez avec *Motherisk*. Les soins devraient comprendre :

- Une prise de renseignements complète sur les antécédents de la patiente, y compris la quantité et la fréquence de la consommation d'alcool et d'autres drogues;
- Une analyse sanguine et un test d'urine pour déterminer le taux d'alcool;
- Une administration de thiamine 100 mg im, d'acide folique, de vitamines et de fer;
- Une attention dévouée et une pièce calme;
- Une administration de diazépam 10 à 20 mg po par heure, selon le degré du sevrage;
- Une surveillance des signes vitaux, des cas de délire, de la condition du fœtus et de l'apparition de signes du syndrome de Wernicke;
- En cas de sédation, interrompre l'administration de médicaments;
- Une fois le sevrage stabilisé, pas besoin de réduire le diazépam progressivement;
- **Un aiguillage pour un traitement.**

Bien que de nombreux programmes accordent la priorité aux femmes enceintes, les obstacles au traitement n'ont pas été éliminés pour autant. Au nombre de ceux-ci, les facteurs suivants, de grande importance et qui doivent être reconnus et levés :

- La peur de se voir enlever le bébé à la naissance par les services de protection de l'enfance;
- La peur de se voir enlever ses autres enfants par les services de protection de l'enfance;
- Le manque de services en matière de garde d'enfants;
- Le manque de services pour femmes enceintes;
- Le manque de services appropriés sur les plans linguistique et culturel;
- La dépression;
- Une relation de violence;
- La pression exercée par des membres de la famille;
- Le refus de voir la consommation d'alcool comme un problème;
- Une faible perception du risque encouru par le fœtus.

Traitement post-sevrage

Après le sevrage, il faut contrôler en continu la consommation d'alcool chez les patientes. La croissance et le bien-être du fœtus doivent être vérifiés régulièrement. Les soins continus aux femmes enceintes qui prennent de l'alcool doivent porter sur les problèmes médicaux, psychosociaux et de toxicomanie. Les programmes spécialement destinés aux femmes sont préférables en raison de différences liées au sexe en matière de :

- Motivation (souci pour le fœtus);
- Obstacles (garde d'enfants);
- Problèmes tels que des antécédents de violence physique et sexuelle.

(Walitzer et Connors, 1997)

Les éléments suivants sont d'une grande importance dans le traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies au cours de la période périnatale :

- Un service respectueux;
- Une prestation de soins intégrés et pratiques;
- Une collaboration et une coordination entre les services;
- Un continuum de services flexibles, incluant :
 - Une gestion de cas et un calendrier flexible;
 - Une prise en compte des problèmes familiaux;
 - Des soins continus et un suivi.

Soins pendant le travail et l'accouchement

Si la patiente est en état d'ébriété lors du travail et de l'accouchement, offrez-lui des soins de soutien et surveillez l'apparition des symptômes de sevrage. S'il y a sevrage :

- Administrez des benzodiazépines à action brève (lorazépam) 1 à 2 mg po/sl q1h;
- Surveillez le fœtus;
- Recourez à la césarienne en cas de détresse fœtale.

Si la patiente a suivi un traitement, contrôlez la douleur par :

- Une épidurale ou des narcotiques à action brève pendant le travail et l'accouchement;
- Des substances non-opioïdes au début de la période post-partum.

Si l'administration d'opioïdes se révèle nécessaire, ne renvoyez pas la patiente chez elle avec de grandes quantités d'opioïdes ou de sédatifs.

9. Période post-natale

La consommation d'alcool pendant l'allaitement

Le lait maternel est vraiment l'aliment idéal pour nourrir votre bébé. D'ailleurs, l'allaitement au sein est meilleur que l'allaitement au biberon pour la santé du nourrisson et celle de la mère. Cette fiche d'information destinée aux professionnels de la santé contient des renseignements importants sur les façons de réduire les conséquences négatives potentielles de la consommation d'alcool, tout en continuant à encourager l'allaitement maternel.

L'alcool consommé par la mère passe dans son sang et dans le lait maternel. L'organisme l'élimine ensuite en le métabolisant. La concentration d'alcool dans le lait maternel est similaire à la concentration présente dans le sang de la mère au moment de la tétée. Bien qu'un nouveau-né nourri au sein soit exposé à une infime partie de l'alcool consommé par la mère, il métabolise l'alcool deux fois moins vite qu'un adulte au cours de ses premières semaines de vie. L'alcool n'est **pas** emmagasiné dans le lait maternel, puis passé au bébé lors d'une tétée ultérieure. **Il n'a pas été démontré que le fait de boire un verre d'alcool de temps en temps nuisait au bébé allaité.** Une seule exposition à l'alcool contenu dans le lait maternel peut produire un léger effet sédatif et changer l'odeur ou le goût du lait maternel. Il faudrait idéalement éviter de donner le sein pendant environ deux heures après avoir consommé une boisson alcoolisée. Certaines femmes préfèrent alors extraire du lait maternel afin de soulager l'engorgement des seins.

La consommation excessive d'alcool par une mère qui allaite peut nuire à l'écoulement du lait

et entraîner les effets indésirables suivants chez le nourrisson :

- altération du développement moteur
- changement des habitudes de sommeil
- diminution de la quantité de lait absorbée
- risque d'hypoglycémie

Aucune mère ne devrait consommer de l'alcool avec excès ou tous les jours en raison des répercussions que cela peut avoir sur les soins à l'enfant et du risque de trouble d'alcoolisation fœtale associé à une future grossesse.

- Les femmes peuvent protéger leur bébé des effets indésirables de l'alcool en tenant compte de leur horaire d'allaitement lorsqu'elles prennent un verre. Il pourrait être utile de communiquer l'information du tableau ci-joint aux mères de nourrissons dont les tétées sont espacées de plusieurs heures.

Pour de plus amples renseignements sur la consommation d'alcool et l'allaitement, appelez la ligne d'aide de Motherisk au 1 877 327-4636.

Tableau - Période de temps allant du début de la consommation jusqu'à l'élimination de l'alcool du lait maternel pour des femmes de poids variés, en supposant que le métabolisme de l'alcool se fait au rythme constant de 15 mg/dl et que la femme est de taille moyenne (1,62 m ou 5 pi 4 po).

***1 verre = 340 g (12 oz) de bière à 5 %, 141,75 g (5 oz) de vin à 11 %, ou 42,53 g (1,5 oz) d'alcool à 40 %.**

Exemple no 1 : Une femme de 40,8 kg (90 lb) qui consomme trois verres d'alcool en une heure doit attendre 8 heures et 30 minutes pour que l'alcool soit complètement éliminé de son lait, tandis qu'une femme de 95,3 kg (210 lb) qui consomme la même quantité doit attendre 5 heures et 33 minutes.

Exemple no 2 : Une femme de 63,5 kg (140 lb) qui boit 4 bières doit attendre 9 heures et 17 minutes pour que l'alcool soit complètement éliminé de son lait. Ainsi, si la consommation a débuté à 20 h, la femme devra attendre jusqu'à 5 h 17.

© Le médecin de famille canadien 2002; vol. 48, p. 39-41.

Poids de la mère Kg (lb)	Nombre de verres* (heures : minutes)											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
40,8 (90)	2:50	5:40	8:30	11:20	14:10	17:00	19:51	22:41				
43,1 (95)	2:46	5:32	8:19	11:05	13:52	16:38	19:25	22:11				
45,4 (100)	2:42	5:25	8:08	10:51	13:34	16:17	19:00	21:43				
47,6 (105)	2:39	5:19	7:58	10:38	13:18	15:57	18:37	21:16	23:56			
49,9 (110)	2:36	5:12	7:49	10:25	13:01	15:38	18:14	20:50	23:27			
52,2 (115)	2:33	5:06	7:39	10:12	12:46	15:19	17:52	20:25	22:59			
54,4 (120)	2:30	5:00	7:30	10:00	12:31	15:01	17:31	20:01	22:32			
56,7 (125)	2:27	4:54	7:22	9:49	12:16	14:44	17:11	19:38	22:06			
59,0 (130)	2:24	4:49	7:13	9:38	12:03	14:27	16:52	19:16	21:41			
61,2 (135)	2:21	4:43	7:05	9:27	11:49	14:11	16:33	18:55	21:17	23:39		
63,5 (140)	2:19	4:38	6:58	9:17	11:37	13:56	16:15	18:35	20:54	23:14		
65,8 (145)	2:16	4:33	6:50	9:07	11:24	13:41	15:58	18:15	20:32	22:49		
68,0 (150)	2:14	4:29	6:43	8:58	11:12	13:27	15:41	17:56	20:10	22:25		
70,3 (155)	2:12	4:24	6:36	8:48	11:01	13:13	15:25	17:37	19:49	22:02		
72,6 (160)	2:10	4:20	6:30	8:40	10:50	13:00	15:10	17:20	19:30	21:40	23:50	
74,8 (165)	2:07	4:15	6:23	8:31	10:39	12:47	14:54	17:02	19:10	21:18	23:50	
77,1 (170)	2:05	4:11	6:17	8:23	10:28	12:34	14:40	16:46	18:51	20:57	23:03	
79,3 (175)	2:03	4:07	6:11	8:14	10:18	12:22	14:26	16:29	18:33	20:37	22:40	
81,6 (180)	2:01	4:03	6:05	8:07	10:08	12:10	14:12	16:14	18:15	20:17	22:19	
83,9 (185)	1:59	3:59	5:59	7:59	9:59	11:59	13:59	15:59	17:58	19:58	21:58	23:58
86,2 (190)	1:58	3:56	5:54	7:52	9:50	11:48	13:46	15:44	17:42	19:40	21:38	23:36
88,5 (195)	1:56	3:52	5:48	7:44	9:41	11:37	13:33	15:29	17:26	19:22	21:18	23:14
90,7 (200)	1:54	3:49	5:43	7:38	9:32	11:27	13:21	15:16	17:10	19:05	20:59	22:54
93,0 (205)	1:52	3:45	5:38	7:31	9:24	11:17	13:09	15:02	16:55	18:48	20:41	22:34
95,3 (210)	1:51	3:42	5:33	7:24	9:16	11:07	12:58	14:49	16:41	18:32	20:23	22:14

Importance de la contraception

Une grossesse non planifiée ou non désirée peut être la conséquence de la consommation d'alcool par la mère.

Les obstacles à la planification familiale comprennent :

- La consommation d'alcool et d'autres drogues par la mère;
- Le manque d'accès aux moyens de contraception;
- Le manque de soutien de la part du partenaire en matière de recours à la contraception.

(Astley, 2000)

Proposez aux femmes qui courent le risque d'une grossesse non planifiée en raison de leur problème d'alcool des moyens de contraception fiables et de longue durée, comme des injections de Depo-Provera, des implants Norplant ou un dispositif intrautérin (Koren *et al.*, 1998).

Conseillez-leur également d'utiliser des préservatifs pour se protéger des maladies transmissibles sexuellement.

Si vous soupçonnez un cas de SAF ou une condition connexe

Le médecin de famille peut être le premier à déceler les signes d'une exposition prénatale à l'alcool chez un enfant. Un diagnostic précoce et des interventions appropriées se traduisent par de meilleures issues pour les enfants. Souvent aussi, les parents gèrent mieux leur situation lorsqu'ils comprennent que les problèmes de comportement et d'apprentissage de leur enfant sont dus à une lésion cérébrale et non à un choix délibéré de sa part d'être inattentif et non coopératif. Le diagnostic du SAF et des conditions connexes nécessite une approche multidisciplinaire et peut être complexe pour les raisons suivantes :

- Les caractéristiques faciales peuvent ne pas être apparentes à la naissance et s'estompent généralement à l'adolescence;
- Les troubles d'apprentissage, de l'attention et du comportement n'apparaissent parfois clairement qu'au moment où l'enfant commence à aller à l'école;
- Les critères de diagnostic du SAF peuvent être confondus avec ceux d'autres syndromes;
- Les caractéristiques faciales du SAF peuvent être confondues avec des traits normaux;
- Les courbes de croissance standard ne conviennent pas à toutes les communautés;
- Les tests psychologiques donnent des résultats qui ne sont pas exacts chez certaines communautés;
- Les informations sur la consommation maternelle d'alcool ne sont pas toujours disponibles ou fiables.

Si vous soupçonnez un cas de SAF ou une condition connexe, dirigez l'enfant vers des services de diagnostic et mettez la famille en rapport avec les sources d'information, les structures de soutien et les services appropriés. Pour de plus amples informations sur les services de diagnostic disponibles dans votre localité, communiquez avec le service d'information sur le SAF et les EAF au 1 800 559-4514.



Si vous travaillez avec une famille touchée par le SAF ou un diagnostic connexe

L'éducation d'enfants souffrant d'une exposition prénatale à l'alcool peut poser de nombreux défis. En effet, ces enfants ont des besoins médicaux, psychologiques et sociaux complexes. Un cadre de vie stable, un diagnostic précoce et des services appropriés peuvent permettre de réduire l'ampleur des problèmes sociaux et de comportement qui se manifestent chez eux.

Les enfants atteints du SAF ou ayant reçu un diagnostic connexe ont souvent :

- De la difficulté à manger;
- De la difficulté à dormir;
- Des niveaux d'activité élevés;
- Des problèmes de mémoire;
- Une attention de courte durée;
- Des troubles du langage et de la parole;
- Des problèmes en matière d'abstraction;
- Une faible capacité de discernement;
- Des problèmes sociaux;
- De la difficulté à établir et à maintenir des relations avec les autres;
- Des problèmes de vision et d'ouïe.



Les malformations congénitales et les lésions cérébrales des enfants exposés à l'alcool avant la naissance sont irréversibles; toutefois, des stratégies d'éducation et de soins parentaux spécialisées peuvent améliorer la condition de ces enfants. Bien qu'il nous reste beaucoup à apprendre sur la façon de traiter avec des nouveau-nés, des nourrissons, des enfants, des adolescents et des adultes ayant reçu un diagnostic de SAF ou un diagnostic connexe, il est possible de faire quelques généralisations :

Nouveau-nés et nourrissons : À ce stade, les stratégies visent essentiellement à calmer le bébé et à remédier à un retard staturo-pondéral. Des méthodes spéciales peuvent être utilisées pour emmailloter, tenir, apaiser, nourrir et stimuler le bébé.

Enfants : Les enfants exposés à l'alcool avant la naissance peuvent présenter des problèmes de vision, d'ouïe et de langage qui doivent être évalués le plus tôt possible. En cas de chevauchement des dents, le recours à l'orthodontie peut s'avérer nécessaire. Pour favoriser l'apprentissage, il est recommandé d'assurer les éléments suivants : cadre calme et tranquille, routine et structure, réduction des possibilités de distraction et répétition.

Adolescents et adultes : Lorsqu'un enfant atteint l'adolescence, son comportement peut devenir difficile et poser des défis tant à l'école qu'à la maison. Des problèmes de santé mentale et de toxicomanie et des démêlés avec la justice peuvent apparaître. Dans certains cas, ces problèmes vont jusqu'à l'incarcération, une paternité ou maternité précoce et des difficultés au niveau de l'emploi et d'une vie autonome. L'incapacité à penser aux conséquences de ses actions peut mener à de nombreuses situations défavorables. De plus, comme la fonction d'adaptation et les capacités cognitives de l'enfant augmentent à mesure qu'il grandit, les problèmes sociaux s'en trouvent aggravés. Les adolescents continuent d'avoir besoin d'un environnement structuré et qui leur assure une certaine sécurité. Une intervention en leur faveur et une gestion de cas sont des services importants à leur offrir à ce stade.

Communiquez avec les groupes et organismes locaux pour connaître les services disponibles dans votre collectivité. Les programmes nationaux suivants peuvent également aider les familles à trouver les informations dont elles ont besoin :

Service d'information sur le SAF et les EAF

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT)

75, rue Albert, pièce 300

Ottawa (Ontario) K1P 5E7

Tél. : 1 800 559-4514

Télec. : (613) 235-8101

Courriel : fas@ccsa.ca

URL : www.ccsa.ca/fasgen.htm



10. Conclusions

Une grossesse est une période où les femmes sont généralement prêtes à penser à leur santé et à chercher à l'améliorer. Parce qu'elles pensent à leur bébé et à leur nouveau rôle de mère, elles peuvent être plus aptes à amorcer le difficile processus de modification de leur comportement en matière de consommation d'alcool.

Des études ont montré que la consommation prénatale d'alcool pouvait nuire au développement du fœtus à tous les stades de la grossesse. L'arrêt ou la réduction de la consommation sont bénéfiques pour la mère et l'enfant. Si l'abstinence totale dès avant la conception représente le choix le plus sûr, l'arrêt de la consommation à tout moment de la grossesse a des effets favorables pour le bébé.

Les médecins ont un rôle important à jouer face à la question de consommation d'alcool avant et pendant la grossesse. Par des approches brèves et peu coûteuses, ils peuvent amener les femmes à modifier leur consommation d'alcool pendant la grossesse. Interroger les femmes sur leur consommation d'alcool en se basant sur des outils de dépistage efficaces, les conseiller en leur expliquant les risques encourus et les aider à changer leurs habitudes de consommation sont autant d'approches cliniques importantes en matière d'alcool et de grossesse.

Bibliographie

- Abel, E.L. (1995). An update on incidence of FAS: FAS is not an equal-opportunity birth defect. *Neurotoxicol Teratol*, 17:437-443.
- Abel, E.L., Kruger, M. (1999). What really causes FAS? *Teratology*, 59:4-6.
- Abel, E.L., Hannigan, J.H. (1995). Maternal Risk Factors in Fetal Alcohol Syndrome: Provocative and permissive influences. *Neurotoxicology and Teratology*, 17(4):445-462.
- Adlaf, E.M., Paglia, A., Ivis, F.J. (2001). *Drug use among Ontario students: Findings from the OSDUS*. Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale.
- Allard-Hendren, R. (2000). Alcohol use and adolescent pregnancy. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 25(3):159-162.
- Astley, S.J., Bailey, D., Talbot, C., Clarren, S.K. (2000). Fetal alcohol syndrome (FAS) primary prevention through FAS diagnosis: I. Identification of high-risk birth mothers through diagnosis of their children. II. Comprehensive profile of 80 birth mothers of children with FAS. *Alcohol & Alcoholism*, 35(5):499-519.
- Barr, H.M., Streissguth, A.P. (2001). Identifying maternal self-reported alcohol use with fetal alcohol spectrum disorder. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25(2):283-287.
- Bradley, K.A., Boyd-Wickizer, J., Powell, S.H., Burman, M.L. (1998). Alcohol screening questionnaires in women. *JAMA*, 280(2):166-171.
- Brands, B., Sproule, B., Marshman, J. (1998). *Drugs and Drug Abuse*, 3e éd., Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie.
- Buchsbaum, D.G., Buchanan, R.G., Poses, R.M., Schnoll, S.H., Lawton M.J. (1992). Physician detection of drinking problems in patients attending general medicine practice. *J Gen Intern Med*, 7:517-521.
- Chang, G., Goetz, M.A., Wilkins-Haug, L., Berman, S. (2000). A brief intervention for prenatal alcohol use: an in depth look. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(4):265-369.
- Cherpitel, C.L. (1997). Brief screening instruments for alcoholism. *Alcohol Health and Research World*, 21(4):348-351.
- Clarren, S.K., Randels, S.P., Sanderson, M., Fineman, R.M. (2001). Screening for fetal alcohol syndrome in primary schools: a feasibility study. *Teratology*, 63(1):3-10.
- Coles, C.D., Kable, J.A., Drews-Botsch, C., Falek, A. (2000). Early identification of risk for effects of prenatal exposure to alcohol. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(4):607-616.
- Coles, C.D., Smith, I., Fernhoff, P.M., et al. (1985). Neonatal neurobehavioral characteristics as correlates of maternal alcohol use during gestation. *Alcohol Clin Exp Res*, 9(5):454-460.
- Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba (2000). *Guideline 647: Fetal Alcohol Syndrome*. Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba.
- Deikman, S.T. et al. (2000). A survey of obstetrician-gynecologists on their patients' alcohol use during pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 95(5):756-763.

- Denkins, Y.M. *et al.* (2000). Effects of gestational alcohol exposure on the fatty acid composition of umbilical cord serum in humans. *American Journal of Clinical Nutrition*, 71(1 suppl.):300s-306s.
- Donovan, C.L. (1991). Factors predisposing, enabling and reinforcing screening of patients for preventing fetal alcohol syndrome. *J Drug Edu*, 22(9):35-42.
- Dzakpasu, S., Mery, L.S., Trouton, K. (1998). *Système canadien de surveillance périnatale : L'alcool et la grossesse*. Ottawa, Santé Canada.
- Ebrahim, S.H. *et al.* (1999). Comparison of binge drinking among pregnant and nonpregnant women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 180(1):1-7.
- Ernst, C.C. *et al.* (1999). Intervention with high-risk alcohol and drug-abusing mothers: II. Three year findings of the Seattle model of paraprofessional advocacy. *Journal of Community Psychology*, 27(1):19-38.
- Gouvernement du Canada. Commission royale sur les peuples autochtones (1993). *Sur le chemin de la guérison : rapport de la Table ronde nationale sur la santé et les questions sociales*. Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services.
- Hagberg, H., Mallard, C. (2000). Antinatal brain injury: etiology and possibilities of prevention. *Seminars in Neonatology*, 5(1):41-51.
- Handmaker, N., Miller, W.R., Manicke, M. (1999). Findings of a pilot study if motivational interviewing with pregnant drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 60(2):285-287.
- Hankin, J.R., Sokol, R.J. (1995). Identification and care of problems associated with alcohol ingestion in pregnancy. *Seminars in Perinatology*, 19(4):286-292.
- Hard, M.L., Einarson, T.R., Koren, G. (2001). The role of acetaldehyde in pregnancy outcome after prenatal alcohol exposure. *Therapeutic Drug Monitoring*, 23:427-434.
- Ho, E., Collantes, A., Kapur, B.M., Koren, G. (2001). Alcohol and breastfeeding: Calculation of time to zero level in milk. *Biology of the Neonate*, 80:219-222
- Jones, K.L., Smith, D.W. (1973). Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. *Lancet*, 2:999-1001.
- Kaskutas, L.A., Graves, K. (1994). Relationship between cumulative exposure to health related messages and awareness and behaviour-related drinking during pregnancy. *American Journal of Health Promotion*, 9(2):115-124.
- Kaskutas, L.A., Graves, K. (2000). An alternative to standard drinks as a measure of alcohol consumption. *Journal of Substance Abuse*, 12(1-2):67-78.
- Kaskutas, L.A., Graves, K. (2001). Pre-pregnancy drinking: How drink size affects risk assessment. *Addiction*, 96(8):1199-1209.
- Koren, G. (2002). Drinking alcohol while breastfeeding. Motherisk Update. *Le médecin de famille canadien*, 48:39-41.
- Koren, G., Koren, T., Gladstone, J. (1996). Mild maternal drinking and pregnancy outcome: perceived versus true risks. *Clin Chim Acta*, 246(1-2):155-162.
- Koren, G., Loebstein, R., Nulman, I. (1998). Fetal alcohol syndrome: Role of the family physician. *Le médecin de famille canadien*, 44: 38-40.
- Lamminpaa, A. (1995). Alcohol intoxication in childhood and adolescence. *Alcohol Alcohol*, 30:5-12.

- Larsson, G. (1983). Prevention of fetal alcohol effects. An anecdotal program for early detection of pregnancies at risk. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 62:171-178.
- Lemoine, P., Harousseau, H., Borteyru, J.P., Menuet, J.C. (1968). *Les enfants des parents alcooliques. Anomalies observées. À propos de 127 cas. Société de Pédiatrie de L'Ouest*. Réunion du 16 avril 1967, Arch Franc Pediatr, 25:830-832.
- Lex, B.W. (1990). Prevention of substance abuse problems in women. Paru dans *Drug and Alcohol Use Prevention: Drug and Alcohol Abuse Reviews*, publié sous la direction de R.R. Watson, 167-221, Clifton, New Jersey, Humana Press.
- Little, R.E. *et al.* (1989). Maternal alcohol use during breastfeeding and infant mental and motor development at one year. *N Engl J Med*, 321:425-430.
- May, P. (1998). Concepts and programs for the prevention of FAS: Research issues in the prevention on Fetal Alcohol Syndrome and alcohol-related birth defects. Paru dans *Finding common ground: Working together for the future, Conference syllabus, November 19-21, 1998 Vancouver, BC, 65-93*. Vancouver, University of British Columbia.
- May, P.A. *et al.* (2000). Epidemiology of fetal alcohol syndrome in a Southern African community in the Western Cape Province. *American Journal of Public Health*, 90(12):1905-1912.
- Mennella, J.A., Beauchamp, G.K. (1991). The transfer of alcohol to human milk. Effects on flavor and the infant's behavior. *N Engl J Med*, 325:981-985.
- Mennella, J.A., Gerrish, C.J. (1998). Effects of exposure to alcohol in mother's milk on infant sleep. *Pediatrics*, 101:E2.
- Miner, K.J., Holtan, N., Braddock, M.E., Cooper, H., Kloehn, D. (1996). Barriers to screening and counseling pregnant women for alcohol use. *Minnesota Medicine*, 79:43-47.
- Morse, B.A., Hutchins, E. (2000). Reducing complications from alcohol use during pregnancy. *Journal of American Medical Womens Association*, 55(4):225-227.
- Nanson, J.L. (1997). Binge drinking during pregnancy: Who are the women at-risk? *Journal de l'Association médicale canadienne*, 156(6):807-808.
- Nanson, J.L., Bolaria, R., Snyder, R.E., Morse, B.A., Weiner, L. (1995). Physician awareness of Fetal Alcohol Syndrome: A survey of pediatricians and general practitioners. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 152(7):1071-1076.
- Nevin, A.C., Parshuram, C.C., Nulman, I.I., Koren, G.G., Einarson, A.A. (2002). A survey of physicians knowledge regarding awareness of maternal alcohol use and the diagnosis of FAS. *BMC Fam Pract.*, 3(1):2.
- Offord, D.R., Craig, D.L. (1994). Prévention primaire du syndrome d'alcoolisme foetal. Paru dans : Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique. *Guide canadien de médecine clinique préventive*. Ottawa, Santé Canada, 52-61.
- Polygenis, D. *et al.* (1998). Moderate alcohol consumption during pregnancy and the incidence of fetal malformations: a meta-analysis. *Neurotoxicol Teratol*, 20(1):61-67.
- Passaro, K-A, Little, R.E. (1997). Childbearing and alcohol use. Paru dans *Gender and alcohol: Individual and social perspectives*, p.90-113. Nouveau-Brunswick, Rutgers University Press.
- Reynolds, K.D. *et al.* (1995). Evaluation of a self-help program to reduce alcohol consumption among pregnant women. *International Journal of the Addictions*. 30(4) :427-443.
- Russell, M. (1994). New assessment tolls for risk drinking during pregnancy: T-ACE, TWEAK and others. *Alcohol and Research World*, 18(1):55-61.

- Russell, M. *et al.* (1996). Detecting risk drinking during pregnancy: A comparison of four screening tools. *American Journal of Public Health*, 86(10):1435-1439.
- Santé Canada (1996). *Déclaration conjointe : Prévention du syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) et des effets de l'alcool sur le fœtus (EAF) au Canada*. Ottawa, Santé Canada.
- Santé Canada (2000a). *La connaissance des effets de la consommation d'alcool pendant la grossesse et du syndrome d'alcoolisme fœtal: Résultats d'un sondage national*. Ottawa, Santé Canada, <http://www.fas-saf.com/>.
- Santé Canada (2000b). *Meilleures pratiques : Syndrome d'alcoolisme fœtal/effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse*. Ottawa, Santé Canada.
- Santé Canada (2000c). *Rapport sur la santé périnatale au Canada 2000*. Ottawa, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux (Canada).
- Santé Canada (2000d). *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales*. Ottawa, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux (Canada).
- Sampson, P.D., Streissguth, A.P., Bookstein, F.L., Barr, M.B. (2000). On categorizations in analyses of alcohol teratogenesis. *Environmental Health Perspectives*, 108(3) 421-428.
- Siler-Khodr, T.M., Yang, Y., Grayson, M.H., Henderson, G.I., Lee, M., Schenker, S. (2000). Effects of ethanol on thromboxane and prostacyclin production in the human placenta. *Alcohol*, 21(2):169-180.
- Smith, T. *et al.* (1987). Identifying high risk pregnant drinkers; biological and behavioural correlates of continuous drinking during pregnancy. *J. Stud. Alcohol*, 48:304-309.
- Sokol, R. *et al.* (1989). The T-ACE Questions, practical prenatal detection of risk drinking. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 160(4):863-871.
- Sood, B. *et al.* (2001). Prenatal exposure and childhood behavior at age 6 to 7 years: I. Dose-response effect. *Pediatrics*, 108(2):34.
- Streissuth, A. *et al.* (1996). *Understanding the occurrence of secondary disabilities in clients with Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effects*. Seattle, University of Washington School of Medicine.
- Van Biber, M. (1997). *It takes a community: A resource manual for community-based prevention of Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effects*. Ottawa, Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada.
- Walitzer, K.S., Connors, G.J. (1997). *Gender and treatment of alcohol-related problems*. Paru dans *Gender and alcohol: Individual and social perspectives*, publié sous la direction de R.W. Wilsnack et S.C. Wilsnack, 445-461. Nouveau-Brunswick, Rutgers University Press.
- Weiner, L., Rosett, H., Mason, E.A. (1985). Training professionals to identify and treat pregnant women who drink heavily. *Alcohol Health and Research World*, 3:33-35.
- Weisner, C., Schmidt, L. (1992). Gender disparities in treatment for alcohol problems. *JAMA*, 268:1872-1876.
- Williams, R.J., Odaibo, F. et McGee, J.M. (1999). Incidence of Fetal Alcohol Syndrome in Northeastern Manitoba. *Revue canadienne de santé publique*, 90(3):192-195.
- Yane, C.E., Miller, W.R. (1999). Enhancing motivation for treatment and change. Paru dans *Addictions: A comprehensive guidebook*, publié sous la direction de B.S. McCrady et E.E. Epstein, 235-249. New York, Oxford.

Annexe A - Questionnaire de dépistage (reproductible)

Nom : Date :

Fréquence/Quantité

Combien consommez-vous d'alcool?

Prend de l'alcool.....

Ne prend pas d'alcool.....

Combien de jours par semaine prenez-vous généralement de l'alcool?

Les jours où vous buvez, combien de verres prenez-vous?

T-ARP

Combien devez-vous consommer de verres pour sentir l'effet de l'alcool?
(Inscrire 0 pour 1 ou 2 verres, 2 pour plus de 2 verres)

Les gens vous ont-ils déjà agacée en critiquant votre consommation d'alcool?
(Inscrire 1 pour oui)

Avez-vous déjà eu l'impression que vous devriez réduire votre consommation d'alcool?
(Inscrire 1 pour oui)

Vous est-il déjà arrivé de prendre un verre en vous levant pour calmer vos nerfs ou vous débarrasser d'une gueule de bois? (Inscrire 1 pour oui)

Résultat total :

(Résultat à risque élevé = 2 points ou plus)

Disposition à arrêter la consommation

Quelle importance a pour vous l'arrêt de votre consommation d'alcool?

Combien avez-vous confiance en votre capacité d'arrêter de boire?

REMARQUES :

.....

.....

.....

.....

Annexe B – Document d'information à l'intention des patientes

L'alcool et la grossesse

Est-ce que je peux boire de l'alcool sans risque en étant enceinte?

La consommation d'alcool pendant la grossesse peut nuire à votre bébé. Votre bébé risque d'avoir un retard de croissance, des malformations congénitales ou des lésions cérébrales. L'arrêt de la consommation est bénéfique pour lui.

Que faire si j'ai consommé quelques verres d'alcool avant d'apprendre que j'étais enceinte?

De nombreuses grossesses ne sont pas planifiées. Si vous avez consommé quelques verres avant d'apprendre que vous étiez enceinte, il est peu probable que cela nuise à votre bébé. Mais vous pouvez aider votre bébé en arrêtant de boire.

Est-ce que je peux consommer quelques verres d'alcool pendant ma grossesse?

Nous ne savons pas au juste à partir de quelle quantité l'alcool devient nuisible pour le bébé. Le plus sûr est donc de ne pas boire du tout pendant la grossesse. Il n'y a pas non plus de période sûre pour boire pendant la grossesse.

Certains types de boissons alcoolisées sont-ils moins dangereux que d'autres?

Tous les types de boissons alcoolisées, qu'il s'agisse de bière, de vin ou d'alcool, peuvent nuire à votre bébé.

Qu'est-ce que le SAF?

Le SAF ou Syndrome d'alcoolisme fœtal est l'un des termes utilisés pour décrire la condition des enfants dont les mères ont consommé de l'alcool pendant leur grossesse. Ces enfants ont des traits faciaux quelque peu différents, sont plutôt petits et beaucoup d'entre eux présentent des problèmes d'apprentissage car ils souffrent de lésions cérébrales.

Est-ce que les personnes atteintes du SAF peuvent guérir de leur problème?

Le SAF est un problème qui dure toute la vie.

Est-ce que la consommation d'alcool par le père peut causer le SAF?

La consommation d'alcool par le père ne peut pas causer le SAF. Par contre, elle a une influence sur la consommation de la mère.

Si vous avez pris de l'alcool en étant enceinte, vous pouvez obtenir des conseils et des informations en appelant la **ligne d'aide de *Motherisk* sur la consommation d'alcool et de drogues pendant la grossesse au 1 877 327-4636.**

Vous pouvez vous faire aider si vous souhaitez arrêter la boisson. Parlez-en à votre médecin de famille ou communiquez avec *Motherisk*.



Annexe C - Ressources et services

Organisme

Alberta Clinical Practice Guidelines Program

106, avenue NW, bureau 12230
Edmonton (Alberta) T5N 3Z1
Tél. : (780) 482-2626
Télé. : (780) 482-5445
Courriel : ama_cpg@amda.ab.ca

Meilleur départ : Centre de ressources sur la maternité, les nouveau-nés et le développement des jeunes enfants de l'Ontario

a/s du COIP
180, rue Dundas Ouest, bureau 1900
Toronto (Ontario) M5G 1Z8
Tél. : (416) 408-2249 ou 1 800 397-9567
Télé. : (416) 408-2122
Courriel : beststart@beststart.org
www.beststart.org

Centre de toxicomanie et de santé mentale

33, rue Russell
Toronto (Ontario) M5S 2S1
Tél. : (416) 535-8501 poste 6982
Télé. : (416) 595-6601
Courriel : library@camh.net
www.camh.net

Collège des médecins de famille du Canada

2630, avenue Skymark
Mississauga (Ontario) L4W 5A4
Tél. : (905) 629-0900
Télé. : (905) 629-0893
www.cfpc.ca

Service d'information sur le SAF et les EAF Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

75, rue Albert, bureau 300
Ottawa (Ontario) K1P 5E7
Tél. : (613) 235-4048 poste 223
ou 1 800 559-4514
Télé. : (613) 235-8101
Courriel : fas@ccsa.ca
www.ccsa.ca/fasgen.htm

Ressources et services

- Preface to the Prevention and Diagnosis of FAS (Introduction à la prévention et au diagnostic du SAF)
- Recommendations for Prevention of FAS (Recommandations sur la prévention du SAF)
- Guideline for the Diagnosis of FAS (Lignes directrices pour le diagnostic du SAF)
- Affiche sur l'alcool et la grossesse
- Modèles SAF
- Panneaux sur l'alcool et la grossesse
- Trousse du formateur *Faciliter le changement*
- Manuel du participant *Faciliter le changement*
- Fiche de consultation sur le dépistage de la consommation d'alcool
- Fiche de consultation sur l'alcool et l'allaitement
- How to Build Partnerships with Physicians (Comment établir des partenariats avec les médecins)
- Bibliothèque de référence sur l'alcool et la grossesse
- Ligne d'information sans frais 1 800 463-6273
- Formulaire de demande d'approbation de crédits MAINPRO
- Bibliothèque de référence sur le SAF/EAF
- Répertoire canadien des services d'information et de soutien en matière de SAF/EAF

Organisme

Publications de Santé Canada

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Tél. : (613) 954-5995

Télééc. : (613) 941-5366

www.fas-saf.com

Centre des manuels scolaires du Manitoba

B. P. 910

Souris (Manitoba) R0K 2C0

Tél. : (204) 483-4040

Télééc. : (204) 483-3441

Courriel : mtbb@merlin.mb.ca

www.edu.gov.mb.ca

Motherisk

The Hospital for Sick Children

555, avenue University

Toronto (Ontario) M5G 1X8

Tél. : 1 877 327-4636

Télééc. : (416) 813-7562

www.motherisk.org

National Institute on Alcohol

Abuse and Alcoholism

Publication Distribution Centre

Box 10686

Rockville, MD 20849-0686

www.niaaa.nih.gov

Ontario College of Family Physicians

357, rue Bay, bureau 800

Toronto (Ontario) M5H 2T7

Tél. : (416) 867-9646

Télééc. : (416) 867-9990

www.cfpa.ca/ocfp

Ressources et services

- Affiche *Enceinte? Pas d'alcool*
- Brochure *Enceinte? Pas d'alcool*
- *Déclaration conjointe : Prévention du syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) et des effets de l'alcool sur le fœtus (EAF) au Canada*
- What Doctors Need to Know about FAS (Ce que les médecins doivent savoir au sujet du SAF) – CD-ROM ou cassette
- Formation à l'intention des médecins
- Affiche *Ligne d'aide sur la consommation d'alcool et de drogues pendant la grossesse*
- Brochures *Ligne d'aide sur la consommation d'alcool et de drogues pendant la grossesse*
- Ligne d'aide sur la consommation d'alcool et de drogues pendant la grossesse (1 877 327-4636)
- Carte pour portefeuille sur la grossesse
- Évaluation du SAF/TNDLA
- Dépistage de la consommation d'alcool à risque et interventions auprès des femmes en âge de procréer
- Dépistage et traitement des enfants exposés à l'alcool avant la naissance
- Formulaire de demande d'approbation de crédits MAINPRO

Faciliter le changement
Prévention et action pour une grossesse sans alcool
est un projet élaboré en collaboration par :

Meilleur départ
Centre de ressources sur la maternité, les nouveau-nés et le
développement des jeunes enfants de l'Ontario

Motherisk

Centre de toxicomanie et de santé mentale

Division de la santé publique et des services communautaires
de la ville de Hamilton

Santé Canada, Direction générale de la santé de la population
et santé publique, Région de l'Ontario

Breaking the Cycle

FASworld Canada

AWARE

Centre de ressource de FOCUS

Equay wuk

et un groupe de médecins engagés

2005