

LES CONDUITES D'ALCOOLISATION AU COURS DE LA GROSSESSE

Comité d'organisation

Pr Jean Adès, Pr Jean-Louis Balmès, Pr Dominique Barrucand, Dr Jean-Yves Bénard, Dr Marie-Françoise Bourrillon, Pr Françoise Carpentier, Mme Marie Choquet, Dr Bernard Dor, Pr Jean-Dominique Favre, Dr Pierre Gallois, Dr Claudine Gillet, Dr Eric Hispard, Dr Dominique Martin, Dr Philippe Michaud, Dr Claude Orsel, Pr François Paille, Dr Didier Playoust, Pr Michel Reynaud, Dr Alain Rigaud, Dr Alain Sarda, Dr Gérard Vachonfrance

Groupe de travail

Mme Nathalie Brunelle, infirmière, Charleville-Mézières
Dr Jean-Pierre Chabrolle, pédiatre, Le Havre
Dr Thierry Danel, psychiatre, Lille
Pr Martine Daoust, pharmacienne, Amiens
Dr Dominique Ernouf, médecin pharmacologue, Tours
Dr Isabelle Gabriel, médecin alcoologue, La Membrolle
Dr Denis Lamblin, pédiatre, Saint-Louis de la Réunion
Pr Didier Lemery, gynécologue-obstétricien, Clermont-Ferrand
Mme Martine Masson, sage-femme, Roubaix
Dr Colette Marcand, médecin alcoologue, Vénissieux
Dr Sylvie Odent, pédiatre généticienne, Rennes
Dr Didier Playoust, médecin alcoologue, Tourcoing
Mme Françoise Prido, sage-femme, Castenet-Tolosan
Mme Véronique Quaglino, neuropsychologue, Amiens
Dr Caroline Rubi, psychiatre, Lille
Dr Jean-Claude Semet, pédiatre, Saint Jean de Verges

Groupe de lecture

Pr Jean-Louis Balmès, hépato-gastro-entérologue, Nîmes
Mme Nicole Berlo-Dupont, sage-femme, Paris
Dr Roland Bouet, pédopsychiatre, Poitiers
Dr Christine Bricout-Chantraine, généraliste, Henin-Beaumont
Dr Gérard Chabert, Unapei, Rouen
Pr Xavier Codaccioni, gynécologue-obstétricien, Lille
Pr Patrice Couzigou, hépato-gastro-entérologue, Pessac
Dr Michel Craplet, psychiatre, Paris
Dr Jean-Christophe Cuvelier, neuropédiatre, Lille
Pr Sylvain Dally, toxicologue, Paris
Mme Marie-Anne Dantzer, sage-femme, Nice
Dr Philippe Dehaene, pédiatre, Roubaix
Mme Delamarre Josette, infirmière, Argenteuil
Pr Michel Delcroix, gynécologue-obstétricien, Bailleul
Dr Jean-Pierre Dubos, pédiatre, Lille

Mme Liliane Dupont, infirmière, Lille
Mr Joel Fischer, infirmier, Avesnes-Helpes
Mme Catherine Foulhy, sage-femme, Clermont-Ferrand
Pr Guy Frijia, radiologue, Paris
Mme Jacqueline Girona, sage-femme, Grenoble
Dr Magloire Gnansounou, pédiatre, Maubeuge
Pr Marie Gonzales, foetopathologie génétique, Paris
Dr Hervé Gouedard, pédiatre, Morlaix
Dr Pierre Gressens, neuropédiatre, Paris
Dr Patrick Hastier, hépato-gastro-entérologue, Nice
Mme Sylvie Kaczmarek, UNAPEI, Paris
Dr Monique Kaminski, épidémiologiste, Villejuif
Dr Etienne Kammerer, généraliste, Mulhouse
Pr Bruno Kastler, radiologue, Besançon
Dr Béatrice Larroque, épidémiologiste, Villejuif
Dr Anne-Marie Lehr-Drylewicz, généraliste, Parclay-Meslay
Pr Claude Lejeune, néonatalogiste, Paris
Dr Yves Le Noc, généraliste, Nantes
Dr Damien Subtil, gynécologue-obstétricien, Lille
Mme Nubyat-Toumi, infirmière, Calais
Mme Marie-Hélène Plaet, psychologue, Lille
Dr Chantal Samaille, pédiatre, Roubaix
Dr Raymund Schwan, psychiatre, Clermont-Ferrand
Dr Laure Spinozi, généraliste, Tourcoing
Mme Frédérique Teunier, sage-femme, Paris
Dr Yves Theis, médecin de santé publique, Lille
Dr Anne Vellay, généraliste, Paris
Pr Paul Verbanck, neuropsychiatre, Bruxelles
Dr Ziolkowski, généraliste, Liévin

Thème des recommandations

Les recommandations pour la pratique clinique « **Les conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse** » ont pour objectif d'aider toutes les personnes susceptibles d'être confrontées aux alcoolisations au cours de la grossesse ou à leurs conséquences. Il a été demandé au groupe de travail de proposer:

1. des recommandations pour la diffusion des connaissances et des messages concernant l'exposition prénatale à l'alcool
2. des recommandations pour le repérage et la prise en charge des conduites d'alcoolisation chez la femme enceinte.

Le groupe de travail a élaboré ses recommandations à partir d'une analyse de la littérature et une expertise des pratiques déclinées en 5 questions :

1. Etat des connaissances actuelles concernant d'une part la consommation d'alcool et ses effets durant la grossesse et d'autre part les répercussions de cette consommation sur l'enfant à naître. Aspects expérimental, clinique et neuropsychologique.
2. Etat actuel des recommandations quant à la consommation d'alcool durant les différentes étapes de la grossesse dans les pays occidentaux. Leur évaluation
3. Stratégies d'évaluation des conduites d'alcoolisation chez la femme enceinte
4. Stratégies d'intervention pour la mère et l'enfant durant la grossesse lorsque la mère consomme des boissons alcooliques
5. Stratégies d'intervention à la naissance pour la mère et l'enfant lorsque la mère a consommé des boissons alcoolisées durant la grossesse

Méthodologie de recherche

Les bases de données consultées ont été MEDLINE et de TOXIBASE. Mots clés : fetal alcohol syndrome, fetal alcohol effects, prenatal alcohol exposure, pregnancy AND alcohol, pregnancy AND alcoholism. Une recherche sur INTERNET avec le moteur de recherche GOOGLE à la recherche de littérature française non référencée par MEDLINE et TOXIBASE, concernant plus particulièrement les expériences pratiques et les prises de position associatives et gouvernementales. Mots clés fetal alcohol syndrome, fetal alcohol effects, syndrome d'alcoolisation fœtale, syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF), effets de l'alcool sur le fœtus (EAF). Le groupe de travail a particulièrement consulté l'expertise collective INSERM Alcool 2001.



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

Les conséquences d'une exposition prénatale à l'alcool ont été décrites pour la première fois dans la littérature scientifique en 1968 par le pédiatre français Paul Lemoine. Le terme syndrome d'alcoolisme fœtal a été introduit en 1973 par Jones et Streissguth. Le syndrome décrit en 1968 et 1973 concernait la descendance des femmes s'alcoolisant de manière importante. Dans les années qui ont suivi, les descriptions de la dysmorphie, du syndrome malformatif et du grand handicap psychomoteur et sensoriel ont ainsi été privilégiées. Des séquelles neuropsychologiques handicapantes peuvent pourtant exister chez des personnes dont l'exposition prénatale à l'alcool a été moindre : troubles de l'apprentissage, troubles des fonctions exécutives, troubles psycho-comportementaux et psychoaffectifs avec leurs conséquences en termes de dysfonctionnement personnel, interpersonnel et social. Le grand public est très largement ignorant de ces effets nocifs de l'alcool sur le développement embryofœtal. Il est en droit de posséder cette connaissance et les instances habituelles d'information sanitaire seraient condamnables de ne pas le faire. Les professionnels ont le devoir, selon leur fonction, de diffuser cette information de manière collective et individuelle. Enfin, les soignants du champ sanitaire et social sont insuffisamment formés pour aborder la consommation d'alcool durant les consultations pré et post-natales.

Conseiller l'abstinence

Eu égard à la toxicité embryofœtale de l'alcool (Grade A) il est recommandé aux femmes de ne pas consommer de boissons alcooliques durant toute la durée de la grossesse. Une dose minimale d'alcoolisation sans conséquences n'étant pas aujourd'hui définie, le conseil quant à une

dose minimale qui serait sans danger n'est pas recommandé (Grade B).

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

Former les professionnels

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

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

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

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

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

Informier le grand public

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

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

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

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

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

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

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

Repérer les conduites d'alcoolisation durant la grossesse

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

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

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

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

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

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

Aider et accompagner les femmes enceintes qui s'alcoolisent

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gradation des recommandations

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