

La Consommation d'Alcool durant la Grossesse

O Consumo de Álcool durante a Gravidez

Alcohol Consumption during Pregnancy

Margaux Fruscione

Renata da Rocha Campos Franco¹

Institut Catholique de Toulouse (ICT)

Maria Raul Xavier

Universidade Católica Portuguesa

Résumé

Objectif: Comprendre les attitudes, les pensées et les sentiments qui empêchent ou favorisent la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse. Méthode: recherche descriptive qualitative avec vingt femmes enceintes, non diagnostiquées comme dépendantes à l'alcool. Procédure: application du questionnaire AUDIT avec une description des caractéristiques de la consommation avant et pendant la grossesse et un guide d'entretien semi-structuré divisé qui couvre les thèmes suivants: la consommation d'alcool et ses circonstances, informations et connaissances sur les conséquences de la consommation d'alcool pendant la grossesse, dépistage et prévention. Résultats: Les boissons les plus consommées sont principalement le vin, la bière et le champagne. Le risque de conséquences néfastes pour le bébé est la première raison de la décision d'arrêter de boire pendant la grossesse, et l'on note surtout une hésitation par rapport aux conséquences de la consommation d'alcool au cours de cette période.

Mots-clés: grossesse, alcool, syndrome d'alcoolisme foetal, prévention

Resumo

Objetivo: Compreender quais são as atitudes, os pensamentos e os sentimentos que impedem ou favorecem o consumo de álcool antes e durante a gestação. Método: Pesquisa qualitativa descritiva com vinte mulheres grávidas, não diagnosticadas como pessoas álcool-dependentes. Procedimento: aplicação do questionário AUDIT com a descrição das características de consumo, antes e durante a gravidez, e um guia de entrevista semiestruturada dividido nos seguintes temas: consumo de álcool e suas circunstâncias; informação e conhecimento sobre as consequências do consumo de álcool durante a gravidez; triagem e prevenção. Resultados: As bebidas mais consumidas são principalmente vinho, cerveja e champanhe. O risco de consequências nocivas ao bebê é o primeiro motivo para a decisão de parar de beber na gravidez, mas há hesitações sobre as consequências do consumo de álcool durante a gravidez.

Palavras-chave: gravidez, álcool, síndrome do alcoolismo fetal, prevenção

Abstract

Objective: Understanding attitudes, thoughts, and feelings that prevent or favor alcohol consumption before and during pregnancy. Method: qualitative descriptive research with twenty pregnant women not diagnosed as alcohol-dependent people. Procedure: Application of the AUDIT questionnaire describing consumptions before and during pregnancy and a semi-structured interview guide concerning the following themes: alcohol consumption and its circumstances; information and knowledge about the consequences of alcohol consumption during pregnancy; screening and prevention. Results: The most consumed drinks are mainly wine, beer, and champagne. The risk of harmful consequences to the baby is the first reason for the decision to stop drinking in pregnancy, but there are hesitations about the consequences of alcohol consumption during pregnancy.

Keywords: pregnancy, alcohol, fetal alcohol syndrome, prevention

¹ Adresse de contact: Institut Catholique de Toulouse, TR3 de CERES, Ethique, Philosophie, Sciences et Société de la Faculté Libre des Lettres et des Sciences humaines, Institut Catholique de Toulouse, 31, Rue de la Fonderie, BP 7012 – 31 068, Toulouse, Cedex 7, France. Téléphone: (+33) 05 61 36 81 00. E-mail: fran_re@yahoo.com.br

Introduction

La consommation d'alcool est une habitude mondiale faisant intervenir plusieurs cultures (World Health Organization [WHO], 2014). Pour la population en général, une consommation modérée d'alcool (une dose quotidienne pour les femmes et deux doses quotidiennes pour les hommes) est tolérée et considérée comme un comportement socialement accepté qui ne nuit pas à la santé (WHO, 2018). Cependant, une consommation abusive est nocive pour la santé et a causé plus de trois millions de décès dans le monde en 2016. Cela représente 1 décès sur 20. Globalement, l'usage nocif d'alcool est responsable de plus de 5% de la charge de morbidité mondiale (WHO, 2016).

Dans le monde, on estime que 237 millions d'hommes et 46 millions de femmes souffrent de troubles liés à l'alcool, avec une prévalence plus élevée chez les hommes et les femmes dans la région européenne (14,8% et 3,5%, respectivement) et dans la région Amériques (11,5% et 5,1%, respectivement). Les taux de consommation sont encore plus alarmants chez les jeunes de 15 à 19 ans. Ils sont les plus élevés en Europe (44%), suivis des Amériques (38%), ce qui montre que les taux d'abstinence tendent à diminuer dans les années à venir et la fréquence des consommations à être de plus en plus élevée (WHO, 2019). Au Brésil, à titre d'exemple, en 13 ans, la consommation abusive d'alcool a augmenté atteignant 17,9% de la population adulte. Selon les données recueillies par le ministère de la Santé en 2018 et publiées en 2019, le pourcentage de croissance le plus élevé a été observé chez les femmes, avec ingestion de quatre doses ou plus à la même occasion, au cours des 30 derniers jours.

Lorsque la consommation de femmes survient pendant la grossesse, plusieurs études indiquent un enjeu de santé publique car les niveaux d'exposition à l'alcool sans danger ne sont pas établis et même une consommation modérée peut nuire au fœtus (e.g., Brahic, Thomas & Dany, 2015). Ainsi, tout type de consommation d'alcool pendant la grossesse est considéré comme présentant un risque et l'abstinence est recommandée pour les femmes enceintes et celles désirant un enfant.

A l'heure actuelle en Europe et aux Amériques semble prévaloir une non reconnaissance qui consiste à déclarer que la majorité des femmes ignorent les risques que la consommation d'alcool peut faire encourir à leur futur enfant (e.g., De Chazeron et al., 2008). En France, par exemple, d'après une étude prospective de Houet, Vabret, Herlicoviez et Dreyfus (2005), sur la prévalence de l'exposition prénatale à l'alcool grâce à la consommation déclarée d'alcool de 50 femmes en post-partum (âge moyen : 29,8 ans), 43% déclarent maintenir un usage d'alcool pendant la grossesse. Puis, à l'occasion d'une enquête conduite par De Chazeron et al. (2008), auprès 837 femmes enceintes (âge moyen 29,7 ans), les résultats montrent que 52% révèlent avoir consommé de l'alcool au moins une fois durant la grossesse. Parmi ces femmes, 14% reconnaissent avoir eu au moins un épisode d'alcoolisation aiguë. Dumas, Simmat-Durand et Lejeune (2014) réalisent quant à eux une revue de la littérature depuis 2000 sur l'usage des substances psychoactives pendant la grossesse et la perception des risques. Les résultats de cette synthèse ont montré qu'en France, en 2010, 24% des femmes enceintes fumaient et 63 % buvaient de l'alcool.

La France fait tout de même partie des pays de l'Union européenne les plus consommateurs d'alcool (Beck & Richard, 2014), principalement le vin et autres boissons fermentées, en s'appuyant sur un certain nombre de valeurs autant qu'elle les maintient. Si boire se donne d'abord comme un plaisir de l'immédiat, cette évidence est aussitôt absorbée par le cortège

de la convivialité et des réjouissances, entourée des traditions (Rigaud, 2015). Il faut être conscient que derrière son statut de drogue licite et culturellement bien intégrée, l'alcool n'en reste pas moins le produit d'addiction le plus nocif pour le fœtus (Seror et al., 2009). Selon le bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'institut de veille sanitaire sur la faisabilité de la surveillance du syndrome d'alcoolisation fœtale en France (Saurel-Cubizolles, Prunet & Blondel, 2013), la prévalence est de 7000 enfants qui naissent chaque année, ce qui correspond à 1 % des naissances, fragilisés par les effets de l'alcool sur le fœtus dont près de 700 qui sont atteints de la forme la plus importante, le syndrome d'alcoolisation fœtal complet, soit entre 1 à 2 % pour mille naissances.

La syndrome d'alcoolisation fœtale dans lequel on retrouve des malformations faciales, organiques ou squelettiques, ainsi qu'une atteinte cérébrale exprimée par des troubles cognitifs sévères, des troubles comportementaux corrélés à des troubles de l'attention, de l'hyperactivité, de mauvais résultats scolaires (e.g., Coles et al., 2016). La consommation d'alcool pendant la grossesse a été établie en tant que facteur de risque pour les résultats défavorables de la grossesse, incluant les enfants mort-nés, l'avortement spontané (Chiodo et al., 2012), les naissances prématurées (Patra et al., 2011), ainsi qu'un retard de croissance intra-utérin, une réduction du poids et de la taille à la naissance (O'Callaghan, O'Callaghan, Najman, Williams, & Bor, 2003), ainsi que du périmètre crânien (Gaugue-Finot, Wendland, & Varescon, 2009).

Kraemer, Moore, Newman, Barr et Schneider (2008), montrent que de petites doses d'alcool influeraient sur le développement cérébral du fœtus animal, mais à ce jour aucune étude poussée n'a été réalisée sur l'humain. Des recherches réalisées sur des enfants qui auraient été exposés à de faibles niveaux d'alcool avant leur naissance portent à penser que les atteintes cognitives subsisteraient jusqu'à l'adolescence (Willford, Leech, & Day, 2006). Selon O'Leary et al. (2010), cinq verres ou plus par occasion exposent le fœtus à un grand risque de souffrir de l'ensemble des troubles provoqués par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) ou du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF). En revanche, ils n'ont pu mettre en lumière un trouble mesurable du développement chez des enfants de deux ans dont les mères avaient bu au plus 20g par jour (1,5 verre standard canadien) et moins de 70g par semaine (moins de 5 verres standard canadiens) durant leur grossesse. Plusieurs revues exhaustives de la littérature traitant de la consommation d'alcool des mères en lien avec des anomalies congénitales n'apportent quant à elles aucune preuve concluante montrant que des niveaux inférieurs de consommation ont des effets néfastes sur l'enfant (Skogerbø et al., 2012). Cependant, en tenant compte du faible seuil de risque relaté dans certaines études, du risque de malentendu sur la quantité contenue dans un verre et des conséquences possibles pour l'enfant à naître dues à une consommation même légère, l'option la plus sécuritaire s'offrant à une femme attendant un enfant ou qui prévoit d'en avoir un serait de ne pas consommer d'alcool.

Toutes ces études ne sont toutefois pas concluantes et montrent la nécessité des nouvelles recherches qui tiennent compte d'autres variables capables d'explorer les perspectives et les expériences des femmes françaises sur la consommation d'alcool pendant la grossesse. En d'autres termes, cette recherche vise à comprendre: Quelles sont les différences entre le mode de consommation d'alcool avant et pendant la grossesse? Quels cognitions / sentiments sont associés à la consommation d'alcool pendant la grossesse par rapport aux participantes

elles-mêmes et aux autres femmes enceintes? Quelle est l'information que les participantes ont sur la consommation d'alcool pendant la grossesse, y compris le type d'information, la disponibilité et la source? Quels sont les facteurs (personnels, familiaux et sociaux) qui contribuent à la consommation ou à l'abstinence d'alcool pendant la grossesse? Quelles sont les expériences et les attitudes sur le dépistage, la prévention sélective et les indications concernant la consommation d'alcool dans le suivi de la grossesse dans les différents soins de santé? En répondant à ces questions, la présente recherche tentera de comprendre les facteurs de vulnérabilité et les facteurs qui protègent de la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Méthodologie

Participants

Nos participantes sont des femmes enceintes divisées en cinq groupes selon leurs modes de consommation (abstinente, modérée, à risque, nocive ou dépendante). Les critères utilisés pour intégrer un des cinq groupes sont déterminés par le test Alcohol Use Disorders Identification Test. Le groupe se compose de 20 participantes âgées de 27 à 45 ans, dont l'âge moyen est de 33,3 ans et l'écart-type de 4,8. Les participantes sont 90 % (N=18) à avoir un emploi stable contre 10 % (N=2) qui sont au chômage. Toutes sont en couple. Concernant le cursus scolaire, 80 % (N=16) d'entre elles ont fait des études supérieures.

Outils

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) est un outil de dépistage développé sous l'égide de l'OMS en collaboration avec des centres de médecine de premier recours. La version en langue française a été validée par Accietto (2003). Ce test est composé de 10 questions, les 8 premières traitent de la relation qu'entretient le patient avec l'alcool dans l'année écoulée. Les 2 dernières, en revanche, n'ont pas de temporalité. Les questions 1 à 3 mesurent la consommation d'alcool, de 4 à 6 les 26 comportements liés à la consommation, de 7 à 8 les effets néfastes et enfin de 9 à 10 les problèmes liés à la consommation d'alcool. Chaque question va de 0 à 4 points. Le total maximum est de 40 points. L'AUDIT est conçu pour être utilisé dans les soins de santé primaires et évalués dans une variété de contextes pour détecter les différents niveaux de consommation d'alcool d'une manière rapide et simplifiée.

Dans notre étude, les questions ont été divisées en deux temps: temps 1 (t1) se réfère à la période 12 mois avant la grossesse et temps 2 (t2) la période pendant la grossesse. Cette stratégie a été utilisée pour vérifier les possibles différences de consommations entre les deux périodes (t1 et t2). Le critère de jugement principal était l'évolution de la consommation déclarée d'alcool (CAD) avant et pendant la grossesse, classée selon les seuils d'usage et de mésusage. Un usage excessif correspond à plus de quatre verres lors d'une occasion de consommation et/ou plus de 14 verres par semaine en usage régulier. L'âge et la situation professionnelle ont également été recherchés.

Le recueil s'est fait par entretien sur la base d'un guide d'entrevue semi-structurée (Hoffmeister, 2016), créé afin d'explorer les attitudes des femmes enceintes ayant une

consommation à faible risque à travers les facteurs associés à la consommation d'alcool dans son aspect émotionnel, cognitif, comportemental et social. Le guide vise à approfondir les connaissances sur la consommation d'alcool pendant la grossesse en France. Il couvre cinq thèmes principaux: la consommation d'alcool et les circonstances, les informations, les connaissances sur les conséquences de la consommation d'alcool pendant la grossesse, le dépistage et les préventions universelles, sélectives et indiquées. La prévention Universelle s'adresse à la population en général, sans analyse préalable du degré de risque individuel. La Prévention Sélective vise les sous-groupes dont les caractéristiques sont identifiées comme étant à risque et la Prévention Indiquée quand il y a déjà un problème lié à la consommation nocive d'alcool (Mrazek & Haggerty, 1994).

Procédure

Le recrutement des participantes s'est effectué dans les salles d'attentes de deux maternités Toulousaines. Les femmes enceintes ont été sollicitées pour leur participation à l'aide d'une feuille d'information décrivant les objectifs de notre recherche. Le discours des femmes a été recueilli au moyen d'entrevues individuelles, enregistrées sur bande audio puis transcrites sous forme de verbatim. Avant de commencer l'entrevue semi-structurée toutes les femmes ont signé le formulaire de consentement éclairé. Les entrevues étaient réalisées soit directement en la salle d'attente, soit ultérieurement au domicile des participantes. La durée des entretiens variait de 30 minutes à 1 heure 30. La collecte des données a été réalisée du 18 novembre au 9 décembre 2016. Cette recherche a reçu l'accord accord d'éthique CNIL : le numéro de déclaration est le 2135218 v0

Résultats

Score AUDIT avant et pendant la grossesse

L'analyse des résultats de l'AUDIT montrent qu'avant la grossesse 15 % (N=3) des participantes n'avaient aucune consommation d'alcool selon les déclarations. Parmi les 85 % (N=17) à avoir une consommation, 60 % (N=12) avaient une consommation dite normale, 20 % (N=4) ont une consommation à risque et 5 % (N=1) un usage nocif. Durant la grossesse, 70 % (N=14) obtiennent le score de 0 à l'AUDIT, 20 % (N=4) obtiennent un score égal à 1, 5 % (N=1) un score de 2 et enfin 5 % (N=1) le score de 3 qui est le plus élevé et qui boit occasionnellement depuis sa grossesse, environ 2 verres par mois ou plus. La participante qui a obtenu le score 1 à l'AUDIT durant la grossesse continue également à boire occasionnellement et de manière festive environ une fois par mois.

Les participantes ayant obtenu respectivement 1 et 2 au score de l'AUDIT ont bu le premier mois de leur grossesse sans savoir qu'elles étaient enceintes. Les participantes ayant obtenu 0 à l'AUDIT durant la grossesse ont toute arrêté de boire, bien que certaines présentent des scores élevés à l'AUDIT avec une consommation à risque avant la grossesse. Elles montrent un score de 0 durant la grossesse car elles ont totalement arrêté de boire, quant à la participante que présentant un usage nocif, elle a également arrêté totalement de boire à l'annonce de la grossesse. L'usage supérieur à 14 verres d'alcool par semaine ne concernait aucune participante, néanmoins les consommations excessives, c'est-à-dire 6 verres ou plus

lors d'une occasion particulière, étaient décrites par 60 % des femmes, de façon significative. En général, les femmes qui ont participé à cette étude avaient l'habitude de boire avant la grossesse, mais après avoir appris qu'elles étaient enceintes ont arrêté la consommation. L'abstinence pendant la grossesse est donc une caractéristique prédominante pour le groupe de femmes qui ont participé à cette recherche.

L'analyse semi-inductive du contenu des entretiens nous a donné comme résultat l'abstinence (aspect comportemental) comme catégorie principale car en effet, 70 % (N=14) des participantes ne boivent pas depuis leur grossesse. Les facteurs qui maintiennent l'abstinence aux niveaux personnels sont liés aux effets néfastes de cette consommation pour le fœtus (aspect cognitif) et liés au désir d'avoir un enfant en bonne santé (aspect affectif), ce qui converge avec les résultats de l'étude de Hoffmeister (2016), montrant que les raisons invoquées par les femmes de cesser la consommation d'alcool pendant la grossesse étaient principalement liées à la santé du fœtus.

Dans notre étude 70 % (N=14) de femmes ne buvant pas durant la grossesse ont reçu du soutien de leurs proches, implicitement ou explicitement : « Je pense qu'il s'est rendu compte aussi qu'il faut être présent pendant la grossesse et qu'il faut changer d'hygiène de vie à partir de là », (. . .) « ils te disent t'es enceinte donc tu bois pas », (. . .) « les femmes autour de moi n'ont pas bu », (. . .) « Je pense qu'il m'engueulerait s'il me voyait boire ».

La plupart des participantes interrogées ont signalé la grossesse comme raison pour ne pas boire d'alcool : « pour l'histoire de la santé du bébé », (. . .) « j'ai pas envie de faire courir de risques à ma fille », (. . .) « c'est très mauvais pour la santé des fœtus et que ça les rend même dépendants à l'alcool quant y naissent, ils sont dans les syndromes de sevrage ».

Puis, dans le cas de consommation, 30 % des participantes depuis la grossesse (N=6) ont eu une consommation récréative dans le contexte d'événements festifs à une ou plusieurs occasions. Parmi les six participantes, deux boivent occasionnellement depuis la grossesse, plus ou moins deux verres par mois selon les opportunités et une participante évalue sa consommation à un verre sur toute la grossesse. Les facteurs qui maintiennent leur consommation d'alcool sont liés à la difficulté à rester abstinentes lors d'événements festifs toujours associés à un moment de convivialité et à l'envie de garder la possibilité de choisir de boire ou pas, de ne pas être chosifiées par leur état de grossesse (aspect comportementale) : « Je trempe les lèvres parfois, sur la grossesse ça doit faire l'équivalent d'un verre environ », (. . .) « euh...ouais du vin, j'ai bu une gorgée de champagne pour mon mariage et voilà » (. . .) « pour une occasion particulière, pour marquer le coup bien sûr et après à d'autres moments le trempage de lèvres c'est juste pour goûter et avoir le goût du vin en fait, voilà », (. . .) « quand y a un repas de famille ou en soirée, j'vais prendre un verre de vin, surtout au repas », (. . .) « c'est plutôt une fois par mois on va dire », (. . .) « on me demande, c'est à moi de choisir quoi ! Je trouve que c'est bien de me proposer, c'est me respecter de ne pas choisir à ma place, ce qui me vexe plutôt c'est quand on me dit «oh non toi tu bois pas d'alcool» ben je fais ce que je veux », (. . .) « on va déboucher une bonne bouteille à la maison euh...parce qu'on a préparé un super repas, voilà, c'est toujours associé à un moment euh...agréable », (. . .) « alors le mari ouais quand on se fait une petite soirée à la maison tous les deux, on a des amis à la maison ou on va chez les amis...c'est plus ça ouais, ou au resto (. . .) ».

Dans le cas de non abstinence, l'entourage devient ici facteur de risque, principalement le conjoint, la famille, parfois les amis proches qui incitent ou soutiennent la consommation

de la femme enceinte : « chez des gens, chez des amis, on me propose tout le temps », (. . .) « en général c'est plus des réflexions de type: un verre c'est bon, tu peux boire un verre », (. . .) « ils disent que je peux boire de temps en temps », (. . .) « par rapport à la famille, quand j'ai annoncé que j'étais enceinte à mes parents et à mes grands-parents, ils ont voulu fêter ça et voilà, donc ils m'ont proposé un verre », (. . .) « il vaut mieux une femme qui est pas frustrée et qui s'accorde une cigarette parce qu'elle en a envie occasionnellement et bien évidemment pareil pour l'alcool », (. . .) « le fait d'avoir un ami médecin et que sa femme a bu quelques verres euh voilà...elle a même allaité, c'était suffisant donc j'ai pas cherché plus loin ».

Cependant, la consommation d'alcool, même modérée, génère de la culpabilité (aspect affectif), « j'ai vu la campagne-là qui est sortie y a pas longtemps que même un verre c'est pas bien, zéro alcool, j'y pense quand j'bois, c'est très culpabilisant! », (. . .) « je bois vraiment si j'en ai envie, je me force pas à chaque fois, notamment hier j'ai bu, c'était des super vins », (. . .) « pendant la grossesse les goûts, les sensations décuplées et le vin il est encore meilleur donc voilà, mais oui après je sais que bon et c'est mieux de pas boire quoi », (. . .) « je trouve que c'est culpabilisant finalement parce que une future maman qui éprouve un sentiment de culpabilité est beaucoup plus néfaste au nourrisson, que de s'accorder de temps en temps un verre ». Ce que met en évidence le discours des participantes est l'importance de la prévention pour alerter la population sur les risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse et l'importance de développer des stratégies de *coping* pour maintenir l'abstinence totale, conformément aux directives nationales et internationales.

Les résultats ont également indiqué que les alcools les plus plébiscités sont la bière, le champagne et principalement le vin. Ces données coïncident avec celles d'April, Audet, Guyon et Gagnon (2010), qui observent que le vin, le champagne et la bière sont considérés comme moins nocifs pendant la grossesse que les alcools forts. « Du vin et à peu près un verre une fois par mois », (. . .) « du vin, de la bière, pas trop forte », (. . .) « champagne pour mon mariage », (. . .) « du champagne dans les occasions », (. . .) « ça peut m'arriver aussi de prendre une bière ». De plus, nous avons également observé que la consommation a été plus fréquente chez les participantes qui ont déjà vécu l'expérience d'être enceinte avant cette entrevue, ce qui montre une « autorisation subjective » de la consommation d'alcool. « Sur la première grossesse j'ai bu zéro verre toute la grossesse et sur une deuxième grossesse j'pense qu'on est moins j'sais pas...première grossesse on veut tout bien faire quoi », (. . .) « j'aurais pas bu comme pour ma première grossesse où là ça a été zéro alcool, zéro cigarette pendant neuf mois ».

Concernant leurs connaissances (aspect cognitif) quant aux conséquences de la consommation d'alcool pendant la grossesse, elles sont relativement vagues, voire erronées « je bois une fois par mois et un verre, parce que c'est quand même assez espacé, y a pas de notion d'addiction pour le bébé », « (. . .) après dans mes études de médecine j'ai appris qu'il fallait boire beaucoup d'alcool pour faire du mal au bébé, donc peut-être que c'est pour ça que je me permets de tremper les lèvres ». Concernant les périodes à risque, l'idée commune selon laquelle les dangers seraient maximisés durant les trois premiers mois de la grossesse, au moment où les organes se forment, est présente pour 15 % (N=3) des participantes, contre 5 % (N=1) qui pensent que la consommation d'alcool est plus grave au second trimestre et 15 % (N=3) des participantes seulement savent qu'en réalité le risque est

équivalent tout au long de la grossesse. Les 65 % restant n'avaient aucune connaissance à ce sujet ou n'ont pas su donner de réponses claires et précises.

L'analyse de contenu a révélé également la catégorie « facilité et difficulté » au niveau de la verbalisation vers le personnel médical d'une potentielle consommation pendant la grossesse. Les participantes qui ont dit qu'il était facile de parler de leurs consommations avaient une consommation faible et l'intention de faire la révélation auprès de l'équipe médicale afin d'obtenir des informations sur les conséquences. Tandis que les participantes qui ont dit avoir des difficultés à parler étaient celles qui buvaient en plus grande quantité et qui avaient une crainte liée à la stigmatisation sociale associée à la consommation d'alcool pendant la grossesse (tabous, préjugés, désirabilité sociale, honte). « J'aurais peut-être pas posé la question, peut-être pas par honte ».

Cette recherche montre que les précautions à prendre durant la grossesse sont mal connues. En effet les participantes qui consomment ou non sont 45 % (N=9) à émettre l'idée que boire modérément est tolérable, qu'à faible dose il n'y a pas de risque et que ce n'est pas vraiment boire, principalement selon le type de boisson et/ou la notion de fréquence de consommation « un verre de temps en temps et pas tout le temps ». Parfois l'idée de régularité était invoquée « on boit tous les jours, voire plusieurs fois par jour » et à des comportements de type alcoolique « je pense que si on s'accorde un verre par jour par exemple y a une espèce d'habitude qui s'installe et c'est cette habitude qui est malsaine, mais si on prend un verre par mois c'est qu'on a la capacité de gérer ». Dès lors arrêter de boire revient uniquement à ne pas avoir une consommation régulière ou quotidienne « on me demande si je bois, j'ai répondu non tellement j'y pense que ce que je bois c'est comme si c'était non quoi ».

Cette logique se retrouve lorsqu'il s'agit de déterminer des seuils précis au-delà desquels la consommation d'alcool pendant la grossesse deviendrait dangereuse ou plutôt quel serait le nombre de verres acceptable qu'une femme enceinte pourrait boire durant la grossesse sans danger pour le bébé « j'ai déjà entendu dire des femmes qui buvaient une coupe de champagne ou des alcools plus légers pendant la grossesse donc j'y pense pas que ce soit non plus super dangereux parce que leurs enfants vont bien », (. . .) « je pense que si une femme boit trois verres pendant sa grossesse, sur neuf mois je dirais que c'est peut-être pas très grave (. . .) « je pense que tremper les lèvres occasionnellement c'est pas dangereux ».

Ce doute divulgue, par exemple, le manque d'information et de clarté sur la directive de l'OMS (WHO, 2004) qui conseille l'abstinence totale pendant la grossesse : *Savez-vous que l'OMS conseille aux femmes enceintes de ne pas boire d'alcool pendant la grossesse, car on ne sait pas encore quelle est la dose limite possible de consommation qui ne comporte aucun risque pour la femme enceinte, ni le bébé?* « peut-être que je savais même pas qu'ils faisaient des recherches pour connaître le seuil minimum », (. . .) « j'y pense que le manque d'information est dû justement à une non information du secteur sanitaire, enfin de l'OMS qui devrait peut-être plus orienter et expliquer pourquoi », (. . .) les gens on leur dit souvent faut pas faire ça, mais pourquoi? ». Parmi les participantes, 80 % (N=16) semblent ne pas connaître cette recommandation précise de l'OMS ou du moins mal la connaître. Parmi ces mêmes participantes, 20 % (N=4) d'entre-elles ont exprimé que l'information donnée n'était pas claire et qu'elle pourrait même représenter un « danger », qu'il serait mieux de ne pas la divulguer du fait que l'on ne connaisse pas le seuil minimum et que certaines personnes

pourraient penser qu'il est possible alors de consommer. « Non je savais pas que c'était ça la raison, je suis pas sûr qu'il faut le dire qu'on sache pas, dès qu'on laisse un peu une porte ouverte les gens s'engouffrent dedans malheureusement », (. . .) « non ça me parle pas du tout », (. . .) « si ça se trouve un verre ça risque rien donc ils le savent pas au final ». Plusieurs participantes demandent des chiffres et sont désireuses de plus d'explications sur les conséquences, elles pensent que le message « Zéro alcool » n'est pas suffisant. Il s'avère que les 45 % de participantes pensant qu'une consommation modérée d'alcool durant la grossesse est tolérable font partie des participantes qui n'ont pas connaissance des directives de l'OMS.

Selon le discours invoqué par les participantes, l'étiquetage d'informations sanitaires sur les bouteilles d'alcool bénéficie d'une grande approbation. 90 % des participantes (N=18) se déclarent favorables à la présence d'un pictogramme sur les bouteilles, y compris celles qui boivent occasionnellement de l'alcool. Le pictogramme est perçu par l'ensemble des personnes interrogées comme clair, facile à comprendre et utile. Cependant, dans ces 90 %, il y a 10 % des participantes (N=2) qui le trouvent trop petit et pas assez percutant « je l'ai vu mais c'est petit, ils pourraient je pense mettre un logo un peu plus conséquent ».

Les résultats de ces études ont donc mis en lumière l'imprécision qui règne en matière de connaissance des risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse. Les sources en sont multiples, mais ce sont la tradition, les livres et le corps médical qui sont jugés les plus crédibles. La tradition, transmise de mère en fille ou par l'entourage ayant déjà eu des enfants « après je pense aussi que c'est du fait que j'ai eu plusieurs grossesses autour de moi et qu'on entend les gens qui parlent et qui nous conseillent que ci et ça, qu'il ne faut pas faire ci et ça ». Il ressort de l'étude qu'effectivement, pour plusieurs participantes les grands-parents, les oncles et les tantes, voire les parents qui sont d'une autre génération, poussent à la consommation « mon père me dit que à son époque c'était pas interdit de boire ». De l'autre côté, les livres et les médecins apparaissent comme des sources scientifiques et objectives de savoir. Pourtant, une petite partie seulement des participantes interrogées ont appris par leur médecin ce qu'elles savent sur les précautions à prendre pour les femmes enceintes.

Discussion

De fait, 70 % de nos participantes ont stoppé leur consommation durant leur grossesse, tandis que 30 % ont continué. Ce résultat coïncide avec l'étude de Brahic et al. (2015), selon laquelle 69 % des femmes enceintes ont stoppé leur consommation, tandis que 31 % ont continué à boire. Pour 5 % d'entre elles, la fréquence de la consommation était d'une fois par mois ou moins, un résultat qui concorde avec les résultats de l'étude de Xavier et al. (2015).

Le contexte le plus cité avant la grossesse est l'événement festif et il est effectivement le même pour les participantes ayant bu durant la grossesse, que ce soit à une soirée entre amis, lors d'un repas en famille ou pour une occasion particulière comme un mariage ou un anniversaire. Concernant le type de boissons consommées avant la grossesse, dans l'ordre d'importance sont cités, le vin, les cocktails, la bière, le champagne et le cidre. Durant la grossesse ce sont le vin, la bière et le champagne qui sont les plus consommés. Notre étude rejoint celle d'April et al. (2010) selon lesquels l'alcool, vin, champagne et bière jouissent

d'une meilleure réputation que les alcools forts, moins de danger à boire ces alcools selon certaines participantes qui n'ont pas toute la notion de verre standard et le seuil n'est pas reconnu, comme le corrobore l'étude de Brahic et al. (2015). La consommation d'alcool, a fortiori dans un pays à forte tradition vinicole, est largement associée à une notion de convivialité et de plaisir. Bien que le type de consommation soit dit « social », durant la grossesse, ceci correspond à un non-respect des préconisations de l'OMS (WHO, 2014) concernant l'abstinence, témoin qu'il y a encore des femmes qui boivent durant la grossesse, comme décrit dans l'étude de Nykjaer et al. (2014).

Toutes les participantes interrogées ont signalé la grossesse comme raison de ne pas boire d'alcool ou de diminuer leurs consommations, montrant que les raisons invoquées par les femmes sont principalement liées à la santé du fœtus. La plupart des participantes de notre étude ayant arrêté de boire durant la grossesse, estiment qu'il est facile de ne pas boire d'alcool pendant la grossesse. Cependant, une participante signale une grande difficulté et une autre avoue se sentir un peu frustrée surtout lors de festivités. Quant aux raisons de la consommation pendant la grossesse, ont été énumérées plusieurs raisons : rester maîtresse de ses choix de consommer ou pas, le fait que la grossesse décuple les sensations, pour avoir le goût du vin, boire si on en a envie serait moins nocif que de ne pas boire et transmettre sa frustration au bébé. Ceci inclut la notion de négociation des risques qui vise la cognition conditionnelle en légitimant certains risques comparés au stress qui pourrait être provoqué en ne buvant pas, vécu comme plus nocif pour certaines participantes (April et al., 2010). Cette rationalisation est également présente pour la consommation de tabac, effectivement trois participantes continuent à fumer depuis leur grossesse, le stress étant la justification principale et étant évalué par ces femmes comme un moindre mal (Brahic & al., 2015). Qu'il s'agisse d'alcool ou de tabac, il existe une forte dévaluation des risques associés à une faible consommation (Toutain, 2010). Concernant la pression sociale explicite à la consommation, 12 des 20 participantes se sont vues offrir de l'alcool au cours de la grossesse, principalement par la famille, des amis, un serveur ou/et un collègue de travail. Une participante rapporte l'expérience répétée d'avoir subi des pressions par la famille pour boire et s'être sentie à la fois vexée et coupable si elle n'acceptait pas. Du coup, elle a bu un fond de verre pour faire plaisir à la famille. D'autres préfèrent faire semblant de boire pour ne pas à avoir à se justifier.

La pression sociale a donc été identifiée comme un important facteur de vulnérabilité. En l'occurrence les facteurs familiaux peuvent à la fois contribuer à prévenir la consommation mais aussi, à l'inverse, la provoquer. De même, nous avons pu observer que les événements sociaux sont des situations à risque de consommation d'alcool souvent rapportés par les participantes. La grossesse est invoquée comme la principale raison d'être abstinentes durant la grossesse, mais rester abstinentes lors des événements festifs est associé à un sentiment de « manque ».

Concernant la consommation d'autres femmes enceintes, la plupart des participantes de notre étude (45 %) ne désapprouvent pas les femmes enceintes qui consomment de l'alcool « modérément ». Les participantes admettent pour la plupart qu'elles pourraient aborder une autre femme enceinte afin de la prévenir des risques encourus si cette dernière était une amie mais pas s'il s'agissait d'une inconnue. L'idée qui ressort également est celle de ne pas vouloir juger les autres, dans un souci de tolérance où finalement chacune est libre de faire ce qu'elle veut et doit prendre ses responsabilités. Deux participantes ont précisé

qu'elles se sentiraient choquées de voir une femme enceinte boire et une autre participante a dit qu'elle se sentirait gênée, mais moins si la femme en question buvait une bière, plutôt qu'un cocktail. La fréquence et le type d'alcool ont une grande influence dans le discours des femmes interrogées.

Selon plusieurs discours, il ressort une certaine permissivité de la part des professionnels de santé, ainsi que des amis et de la famille. A la question : « Quelqu'un de l'équipe soignante qui suit votre grossesse vous a-t-il questionné concernant la quantité d'alcool consommée ? », 5 participantes émettent un doute sur l'information qu'elles ont reçu, ne sachant plus si elles l'ont vraiment reçu, par qui et à quelle moment, contre 9 participantes qui expliquent avoir juste répondu à une question très standardisée et finalement assez superficielle : « Vous buvez ? Vous fumez ? ». La démarche ne va pas plus loin, il n'y a pas d'approche individualisée, ce qui peut augmenter les sous-déclarations, voire les non-déclarations. Nos résultats ici corroborent l'étude de Brahic et al. (2015) et montrent que la prévention sélective est encore peu explorée en France. Seulement trois participantes expriment le fait d'avoir reçu un message clair de la part de la personne suivant la grossesse par rapport au fait de ne pas consommer; zéro alcool; durant la grossesse et quand même 3 participantes disent explicitement ne pas avoir été interrogées à propos de leur potentielle consommation d'alcool. Deux d'entre-elles ajoutent qu'elles ont eu une question uniquement sur le tabac. Concernant la question : «Le médecin / infirmière qui accompagne votre grossesse vous a-t-il déjà parlé des conséquences de boire de l'alcool pendant la grossesse?», dix huit participantes reconnaissent n'avoir reçu aucune explication sur les conséquences, contre deux participantes qui disent avoir reçu un papier explicatif, sans discussion supplémentaire autour de ce document avec la personne suivant la grossesse. Ce qui apparait ici, c'est le doute et l'incertitude entourant les questions sur la consommation posées par les médecins, qui visiblement évoquent le sujet sans aller plus loin une fois cette question passée, sans chercher à en savoir davantage ou même donner des explications qui pourraient freiner la consommation d'une femme qui n'oserait pas dire en face à son médecin qu'elle boit. La plupart des participantes ont d'ailleurs exprimé le besoin d'avoir plus d'explications et connaître les raisons de la préconisation de l'OMS « Zéro alcool » (April et al., 2010).

En ce qui concerne les médias en tant que source d'information sur la consommation d'alcool pendant la grossesse, les participantes ont évoqué la littérature, les publicités télévisées, les dépliants donnés par les médecins dans les salles d'attente et internet. Mais, les autres sources d'informations proviennent de la famille, des amies ayant déjà des enfants et elles font parfois référence à des sources non spécifiées, surtout comme intériorisation des normes circulant dans la société. L'étude de Toutain (2010) rapporte que les informations factuelles obtenues par les professionnels de santé peuvent être totalement discréditées par l'influence de la famille ou des amis. Toutes les participantes ont indiqué que la population générale devrait avoir des informations sur le sujet, principalement les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes et leurs conjoints. En ce qui concerne la disponibilité de l'information, la majorité des répondantes estiment qu'il est facile d'obtenir des informations sur la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Selon les facteurs personnels, la grossesse est invoquée comme la principale raison concernant l'abstinence. Concernant les facteurs de vulnérabilité pour la consommation d'alcool pendant la grossesse, la pression sociale est mentionnée, les facteurs familiaux

peuvent contribuer à prévenir la consommation (Toutain, 2010) ou au contraire la provoquer (Dupraz, Graffa, Baraschi, Etterb, & Boulvain, 2013).

Un autre facteur personnel associé à la consommation d'alcool est la difficulté à rester abstinentes lors de moments festifs. Le manque d'information et la minimisation des risques liés à la consommation occasionnelle représentent des facteurs non protecteurs pour les femmes enceintes. L'attitude de référence est la dévaluation des risques associés, qui se manifeste pour neuf participantes. La notion de culpabilité (Peadon, 2011) est également évoquée.

Le doute émis par les participantes quant à la quantité acceptable d'alcool qu'une femme enceinte puisse consommer met en évidence le manque d'information sur le sujet et peut contribuer à une consommation pendant la grossesse. Le fait d'être sur une deuxième grossesse peut aussi être un facteur potentiel contribuant à la consommation d'alcool. Dans notre étude deux participantes ont dit ne pas avoir bu pour leur première grossesse, mais la pression et les restrictions sont telles qu'elles se sont autorisées un verre de temps de temps pour la seconde.

Les vingt participantes de notre étude ont reçu un suivi pour la grossesse. En revanche aucune n'a été dépistée pour l'alcool. L'interrogation se pose sur la qualité du suivi de la grossesse, sachant qu'il existe des études montrant que le dépistage de la consommation d'alcool est, en soi, un facteur qui inhibe la consommation d'alcool pendant la grossesse (e.g., Gray & Henderson, 2006). L'étude de Campos et Ribeiro (2012) montre elle aussi qu'au Portugal le niveau de dépistage des soins de santé primaire en générale n'est pas effectué comme il devrait l'être. Onze des participantes interrogées disent pourtant qu'elles accepteraient de faire une prise de sang pour évaluer leur taux d'alcool. L'étude de Campos et Ribeiro (2012) confirme ces données, car l'analyse a montré que plus de 80 % des participantes (pas enceintes) étaient réceptives au dépistage (soit par questionnaire ou biochimique). Passant à la question de la prévention sélective, neuf des participantes ont été soumises à la prévention sélective sous forme d'intervention standardisée. Une des participantes ayant bu au début de sa grossesse sans savoir qu'elle était enceinte en a parlé avec sa gynécologue qui l'a fortement déculpabilisée. Les onze participantes qui ont été soumises à la prévention sélective disent n'avoir reçu aucune information concernant les risques et les conséquences de la consommation d'alcool durant la grossesse. Nos résultats sont soutenus par l'étude de Lopez (2013), qui montre que les médecins n'ont suivi la consommation d'alcool durant la grossesse de leurs patientes que dans 45 % des cas et seulement 17,2 % des femmes enceintes ont reçu une information quant à la quantité d'alcool qu'il est acceptable de consommer durant une grossesse.

En ce qui concerne l'appréciation critique que les participantes font de la prévention, la plupart estiment que les préventions universelles et sélectives sont importantes pour tout le monde. L'idée qui est plusieurs fois ressortie, c'est que les explications sur les dangers de l'alcool durant la grossesse devraient faire partie de l'éducation au collège et au lycée, pour que tout le monde, garçons et filles y aient accès le plus tôt possible.

Concernant la réflexion sur les stratégies de prévention hypothétiques que les participantes jugent efficaces, il y a les spots publicitaires, dans la rue et surtout à la télévision, les campagnes, une participante ayant suggéré de mettre plus d'images « choc ». Parmi les femmes interrogées, 14 sur 20 pensent que les professionnels de santé suivant leur

grossesse ne sont pas d'accord avec la consommation d'alcool modérée. Cinq ne savent pas quoi penser et une fait la supposition que son gynécologue serait d'accord car il lui a dit oui pour la cigarette mais modérément. En ce qui concerne les points de vue sur les stratégies de prévention, toutes les participantes aimeraient obtenir de l'aide par des professionnels pour arrêter la consommation d'alcool si elle devait devenir problématique. Ce qui est important pour les participantes c'est la discussion, le suivi, apporter de l'aide, expliquer les risques et les conséquences, parler, écouter, orienter vers des spécialistes en addictologie et vers des psychologues afin de comprendre la part psychologique.

Considérations Finales

Nous avons observé à travers notre recherche que plusieurs femmes sont conscientes des risques de l'alcool liés à la grossesse. Malgré cette prise de conscience, leurs connaissances (aspect cognitif) vis-à-vis des conséquences d'une consommation d'alcool pendant la grossesse restent peu connues, vagues, voire erronées. Lorsqu'on leur demande de qualifier ces risques pour le fœtus et l'enfant à naître, les participantes rapportent pour des « malformations » et des « troubles du développement pour le fœtus », le « syndrome de sevrage à la naissance », le « poids faible à la naissance », des « retards mentaux » ou des « conséquences neurologiques pour l'enfant ». Puis, personne ne rapporte la « fausse-couche », la « prématurité », une « dépendance du nourrisson », le « développement psychomoteur », des « troubles de l'attention » et de « l'apprentissage », une « potentielle addiction plus tard », ou des « séquelles à l'âge adulte ».

Les réponses des participantes montrent que les précautions à prendre durant la grossesse sont encore mal connues. Les participantes qui consomment émettent l'idée que boire modérément est tolérable, qu'à faible dose il n'y a pas de risque et que ce n'est pas vraiment boire. Une certaine permissivité est autorisée au vu du discours des personnes interrogées.

La minimisation des risques liés aux consommations ponctuelles représentent des facteurs non protecteurs pour les femmes enceintes. Le doute verbalisé par ces femmes envers la possible quantité d'alcool « acceptable » pendant la grossesse démontre le manque d'information sur le sujet et peut contribuer à une consommation pendant la grossesse.

En l'occurrence, l'attente d'un second enfant peut aussi être un facteur potentiellement favorable à la consommation d'alcool. Dans notre étude, les participantes se sont autorisées plus de choses, notamment de « tremper les lèvres » durant leur seconde grossesse.

Bien que l'abstinence soit une caractéristique positive pour 70 % des femmes enceintes interrogées, le scénario français de notre recherche nous a montré à quel point certaines questions restent fragiles, la notion de doute étant dominante dans le discours des participantes, ces questions doivent donc être explorées en profondeur.

La prescription de l'abstinence totale nous semble donc fragile. Les femmes enceintes n'ont quasiment pas reçu d'indication quant à la quantité acceptable d'alcool pendant la grossesse. La question récurrente que pose les femmes enceintes est de savoir combien de verres il leur serait possible de boire durant la grossesse sans faire prendre de risque à leur enfant. Dans la plupart des cas, la recommandation de ne pas boire reste un idéal dans la mesure où, en réalité, les soignants autorisent à boire une unité standard d'alcool de temps en temps ou lors d'occasions spéciales.

A travers notre recherche, nous avons constaté que ce manque d'information ne permet pas aux femmes enceintes un choix éclairé sur la consommation d'alcool pendant leur grossesse, ce qui peut être un facteur de vulnérabilité pour la consommation. Par ailleurs, la recherche devrait également être élargie avec toutes les personnes concernées au cours des différentes étapes de la grossesse, auprès des professionnels de santé, auprès des époux ou conjoints, ainsi que des familles afin de mieux comprendre les attitudes de chacun. Le fait de cibler l'ensemble de la société permettrait par la suite de transmettre de l'information en sensibilisant tous et chacun à un message unique. Ceci offrirait l'avantage de créer un soutien plus grand pour les femmes enceintes et faciliterait le développement d'une norme sociale en permettant la création d'un consensus.

Références

- Accietto, C. (2003). La validation d'une version française du questionnaire A.U.D.I.T « Alcohol Use Identification Test » (Doctoral Thesis, University of Geneva, Geneva, Canada).
- April, N., Audet, C., Guyon, L., & Gagnon, H. (2010). Représentations sociales et consommation d'alcool pendant la grossesse. *Drogues, Santé et Société*, 9(2), 17-48.
- Beck, F., & Richard, J. B. (2014). La consommation d'alcool en France. *La Presse Médicale*, 43(10), 1067-1079. doi:<https://doi.org/10.1016/j.lpm.2014.02.027>
- Brahic, J., Thomas, O., & Dany, L. (2015). Alcool et grossesse: Une recherche qualitative auprès de femmes enceintes. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 3(107), 403-434.
- Campos, P. P., & Ribeiro, C. (2012). Rastreo do consumo de álcool nos cuidados de saúde primários – atitudes dos utentes. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar* 28(2), 98-104.
- Chiodo, L. M., Bailey, B., Sokol, R. J., Janisse, J., Delaney-Black, V., & Hannigan, J. H. (2012). Recognized spontaneous abortion in mid-pregnancy and patterns of pregnancy alcohol use. *Alcohol*, 46(3), 261-267. doi:10.1016/j.alcohol.2011.11.006
- Coles C. D., Gailey A. R., Mulle J. G., Kable, J. A., Lynch, M. E., & Jones, K. L. (2016). A comparison among 5 methods for the clinical diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 40(5), 1000-1009. Récupérer de <https://doi.org/10.1111/acer.13032>
- De Chazeron, I., Llorca, P. M., Ughetto, S., Vendittelli, F., Boussiron, D., Sapin, V., & Lemery, D. (2008). Is pregnancy the time to change alcohol consumption habits in France Alcoholism. *Clinical & Experimental Research*, 32(5), 868-873.
- Dumas, A., Simmat-Durand, L., & Lejeune, C. (2014). Grossesse et usage de substances psychoactives en France. Synthèse de la littérature. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 43(9), 649-656.
- Dupraz, J., Graffa, V., Baraschi, J., Etterb, J.-F., & Boulvain, M. (2013). Tobacco and alcohol during pregnancy: prevalence and determinants in Geneva in 2008. *Swiss Medical Weekly*, 143, 13795.
- Gaugue-Finot, J., Wendland, J., & Varescon, I. (2009). Enjeux du dépistage de la consommation d'alcool pendant la grossesse. *Devenir*, 21(3), 125-142.
- Gray, R., & Henderson, J. (2006). Review of the effects of the fetal effects of prenatal alcohol exposure: *Report to the Department of Health*. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford.

- Hoffmeister, K. (2016). Atitudes acerca do consumo de álcool na gravidez: vozes de uma população oculta (Master dissertation, Universidade Católica Portuguesa, Portugal).
- Houet, T., Vabret, F., Herlicoviez, M., & Dreyfus, M. (2005). Comparaison de consommation d'alcool avant et pendant la grossesse: À partir d'une série prospective de 150 femmes. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 34(7), 687-693.
- Kraemer, G. W., Moore, C. F., Newman, T. K., Barr, C. S., & Schneider, M. L. (2008). Moderate level fetal alcohol exposure and serotonin transporter gene promoter polymorphism affect neonatal temperament and limbic-hypothalamic-pituitary-adrenal axis regulation in monkeys. *Biological Psychiatry*, 63(3), 317-324.
- López, M. B. (2013). Saber, valorar y actuar: Relaciones entre información, actitudes y consumo de alcohol durante la gestación. *Health and Addictions*, 13(1), 35-46.
- Mrazek P. J. & Haggerty R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press.
- Nykjaer, C., Alwan, N. A., Greenwood, D. C., Simpson, N. A., Hay, A. W., White, K. L., & Cade, J. E. (2014). Maternal alcohol intake prior to and during pregnancy and risk of adverse birth outcomes: Evidence from a British cohort. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 68 (6) 542-549.
- O'Callaghan, F. V., O'Callaghan, M., Najman, J. M., Williams, G. M., & Bor, W. (2003). Maternal alcohol consumption during pregnancy and physical outcomes up to 5 years of age: a longitudinal study. *Early Human Development*, 71(2), 137-148.
- O'Leary, C. M., Nassar, N., Zubrick, S. R., Kurinczuk, J. J., Stanley, F., & Bower, C. (2010). Evidence of a complex association between dose, pattern and timing of prenatal alcohol exposure and child behaviour problems. *Addiction*, 105(1), 74-86.
- Patra, J., Bakker, R., Irving, H., Jaddoe, V. W., Malini, S., & Rehm, J. (2011). Dose-response relationship between alcohol consumption before and during pregnancy and the risks of low birthweight, preterm birth and small for gestational age (SGA) systematic review and meta-analyses. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118(12), 1411-1421.
- Peadon, E., Payne, J., Henley, N., D'antoine, H., Bartu, A., O'Leary, C., . . . & Elliott, E. (2011). Attitudes and behaviour predict women's intention to drink alcohol during pregnancy: the challenge for health professionals. *BMC Public Health*, 11(584), 1-10.
- Rigaud, A. (2015). Les représentations sociétales de l'alcool et de sa consommation: Les paradoxes français. Dans: *Éd., Les représentations de l'alcoolique: Images et préjugés* (pp. 45-50). Toulouse, France: Érès. Récupérer de <https://doi.org/10.3917/eres.oster.2015.01.0045>.
- Saurel-Cubizolles; M. J.; Prunet, C. & Blondel, B. (2013). Consommation d'alcool pendant la grossesse et santé périnatale en France en 2010. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire de l'institut de veille sanitaire, BEH 16-17-18*, 180-185.
- Seror, E., Chapelon, E., Bué, M., Garnier-Lengliné, H., Lebeaux-Legras, C., Loudenot, A., & Lejeune, C. (2009). Alcool et grossesse. *Archives de Pédiatrie*, 16(10), 1364-1373.
- Skogerbø, Å., Kesmodel, U. S., Wimberley, T., Støvring, H., Bertrand, J., Landrø, N. I., & Mortensen, E. L. (2012). The effects of low to moderate alcohol consumption and binge drinking in early pregnancy on executive function in 5-year-old children. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 119(13), 1201-1210.

- Toutain, S. (2010). What women in France say about alcohol abstinence during pregnancy. *Drug and Alcohol Review*, 29(2), 184-188.
- Willford, J. A., Leech, S. L., & Day, N. L. (2006). Moderate prenatal alcohol exposure and cognitive status of children at age 10. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 30(6), 1051-1059.
- World Health Organization. (2014). *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy*. Genève: WHO. Récupérer de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107130>
- World Health Organization. (2016). *Prevention of harm caused by alcohol exposure in pregnancy: Rapid review and case studies from Member States*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Récupérer de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329491>
- World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Genève: WHO. Récupérer de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603>
- World Health Organization. (2019). *Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Récupérer de https://intranet.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/401931/ACHP_datasourcesmethods_AW2.pdf
- Xavier, M. R.; Dias, P.; Veiga, Elisa; Silva, R; Godinho, C. (2015). *Attitudes about pregnancy and motherhood and alcohol consumption in a group of Portuguese pregnant women*. Proceedings of the 17th European Conference on Development Psychology, Braga.

Reçu en: 25/09/2019

Dernière révision: 27/11/2019

Accepté en: 11/12/2019

À propos des auteurs:

Margaux Fruscione: Master en Psychologie Clinique de la Santé à l'Institut Catholique de Toulouse (ICT), France. Psychologue clinicienne. **E-mail:** marg@gmx.fr, **Orcid:** <http://orcid.org/0000-0003-4250-0524>

Renata da Rocha Campos Franco: Doctorat en évaluation psychologique à l'Universidade São Francisco (USF), Brésil. Psychologue clinicienne à l'Association Addiction France. Membre associé de l'Unité de recherche Cérés (Culture, Ethique, Religion et Société) à l'Institut Catholique de Toulouse. **E-mail:** fran_re@yahoo.com.br, **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0002-7352-2833>

Maria Raul Xavier: Doctorat en sciences biomédicales. Psychologue. Professeur adjoint à la Faculté d'éducation et de psychologie, Universidade Católica Portuguesa. Chercheur principal du projet « Alcool et grossesse, travail » en collaboration avec deux équipes de recherche internationales – Universidad Pontificia Comillas, Madrid, Espagne et Institut Catholique de Toulouse, France. **E-mail:** m.xavier@porto.ucp.pt, **Orcid:** <http://orcid.org/0000-0002-2223-2000>