

Mme Isabelle Varescon*, Mme Justine Gaugue**, Mme Jacqueline Wendland***

* Maître de conférences-HDR, Laboratoire de psychopathologie et neuropsychologie clinique, Université Paris Descartes, 71, avenue Édouard Vaillant, F-92774 Boulogne-Billancourt Cedex. Courriel : isabelle.varescon@univ-paris5.fr

** Psychologue clinicienne, Laboratoire de psychopathologie et neuropsychologie clinique, Université Paris Descartes, France

*** Maître de conférences, Université Lille 3. Laboratoire CNRS UMR 7593 "Vulnérabilité, adaptation et psychopathologie", Hôpital de la Salpêtrière, Paris, France

Reçu novembre 2006, accepté janvier 2007

Alcool et grossesse

Première utilisation du questionnaire de dépistage T-ACE dans une population française

Résumé

Mis au point par Sokol *et al.* (1989) et utilisé dans les pays anglo-saxons, le questionnaire de dépistage T-ACE a montré son intérêt pour repérer les conduites de consommation d'alcool à risque pendant la grossesse. Spécifiquement adapté à la pratique obstétricale, cet outil a pour qualités d'être court et facilement complété par les futures mères. L'objectif de notre étude était d'utiliser cet outil au sein d'une population française dans une perspective à la fois épidémiologique et de validation à long terme. Inclus dans un autoquestionnaire plus large, le T-ACE a été rempli par 115 femmes enceintes rencontrées en maternité et recrutées aléatoirement. L'analyse des résultats a montré que 20 femmes déclaraient consommer de l'alcool pendant leur grossesse et 15 femmes présentaient un score au T-ACE supérieur ou égal à deux, témoignant ainsi d'une consommation d'alcool à risque. La consommation de tabac était associée à l'utilisation de l'alcool. Ces premiers résultats seront complétés par une recherche ultérieure, explorant plus en détail les mécanismes qui sous-tendent la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Mots-clés

Alcool – Grossesse – Dépistage – T-ACE.

Summary

Alcohol and pregnancy. First use of the T-ACE screening test in a French population

The T-ACE screening test, developed by Sokol *et al.* (1989) and used in the English-speaking world, has been demonstrated to be useful to detect risk drinking during pregnancy. Specifically adapted to obstetric practice, this tool has the advantage of being short and easy to complete by pregnant women. The present study was designed to use this tool in a French population for the purposes of epidemiological assessment and long-term validation. Part of a larger self-administered questionnaire, the T-ACE was completed by 115 pregnant women in a maternity unit and recruited at random. Analysis of the results showed that 20 women reported alcohol consumption during pregnancy and 15 women presented a T-ACE score greater than or equal to two, corresponding to risk drinking. Smoking and drinking were found to be associated. These preliminary results will be completed by a subsequent study, investigating in more detail the mechanisms subtending drinking during pregnancy.

Key words

Alcohol – Pregnancy – Screening – T-ACE.

Malgré les récentes enquêtes menées pour informer et sensibiliser l'opinion publique et les professionnels, la consommation d'alcool pendant la grossesse reste encore un sujet tabou et suscite de nombreuses croyances (1-3). L'époque n'est pas si éloignée où l'on conseillait aux femmes enceintes de boire du vin pour pallier l'anémie et de

la bière pour favoriser les montées de lait (4). Pour ces raisons, la reconnaissance de la consommation d'alcool faite par les femmes pendant la grossesse est loin d'être spontanée. C'est pourquoi l'estimation de la prévalence de la consommation d'alcool pendant la grossesse demeure une tâche difficile. La tendance des futures mères à sous-esti-

mer leur consommation est principalement due à la méconnaissance des effets de l'alcool sur le fœtus et sur elles-mêmes, mais aussi à la crainte du jugement et des conséquences sociales, comme par exemple l'intervention des services sociaux au sein de leur famille (5). Cependant, la question des conduites d'alcoolisation pendant la grossesse ouvre de multiples voies de recherche : prévention, dépistage, prise en charge, ou encore étude des conséquences pour la mère et l'enfant. La recherche que nous proposons a pour toile de fond le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF), pathologie qui touche des enfants exposés *in utero* à l'alcool. Découvert en 1968 par Lemoine *et al.* (6), il est la première cause de retard mental évitable dans le monde. Nous nous intéresserons particulièrement ici à la question du dépistage des alcoolisations pendant la grossesse. Plus précisément, le présent article cherche à mettre en évidence l'intérêt d'utiliser un nouvel outil de dépistage qui pourrait être employé systématiquement lors des consultations prénatales.

Grossesse et alcool

Bien que moins nombreuses que les hommes à consommer de l'alcool en excès, les femmes sont plus sensibles que ces derniers aux effets de l'alcool (7). Cette vulnérabilité est augmentée pendant la grossesse, touchant à la fois la femme et l'enfant qu'elle porte. Leutwyler *et al.* (8), réalisant une brève revue de la littérature sur la consommation d'alcool chez la femme enceinte, constatent qu'au niveau européen aucune étude de grande envergure n'existe. De plus, les quelques données disponibles ont été obtenues sur des populations de femmes présentant des caractéristiques hétérogènes, en utilisant des méthodologies différentes, ce qui rend les comparaisons difficiles.

Globalement, on estime que 17 à 25 % des femmes consommeraient de l'alcool pendant la grossesse. De plus, 5 à 6 % de ces futures mères auraient une consommation excessive, définie par l'OMS comme une consommation d'au moins deux verres par jour ou 14 verres par semaine (8-10). En France, peu de chiffres récents sont disponibles quant à l'alcoolisation des femmes enceintes. Senn *et al.* ont réalisé en 2005 une étude au CHU de Saint-Étienne, utilisant le questionnaire *Alcohol use disorders identification test*, sur une population de 403 femmes. Parmi elles, 48 % auraient eu un contact avec l'alcool pendant leur grossesse, 12,6 % une consommation régulière et 1 % une consommation abusive (3). Un an après, Vabret *et al.* publièrent leur étude sur 150 femmes hospitalisées en maternité qui ont répondu au questionnaire sur la consommation déclara-

rée d'alcool. Les résultats montrent que globalement les femmes diminuaient leur consommation lors de la grossesse, mais que 43 % la maintenaient, dont 9,9 % présentaient une consommation dangereuse (11).

Si les conséquences de l'alcoolisation excessive sur la santé de la mère sont bien connues, une attention toute particulière pour le fœtus a permis une meilleure connaissance des effets de l'alcool sur l'enfant à venir. Comme nous l'avons précisé précédemment, le risque le plus conséquent pour le bébé est celui d'être atteint de SAF (12). Mais la découverte des effets de l'exposition modérée à l'alcool fait naître de nouvelles entités diagnostiques. Ainsi, et en plus du SAF avéré, ont été mis en évidence les effets de l'alcool sur le fœtus. Cette entité diagnostique s'applique aux sujets ne présentant qu'un ou deux signes cliniques de SAF, avec le plus souvent une absence d'anomalie crânio-faciale, ce qui rend souvent sa détection difficile. Ici même, on nomme *alcohol related neurobehavioural disorders* les atteintes du système nerveux central sans autre signe associé, liées à une exposition prénatale à l'alcool. Enfin les *alcohol related birth defects* désignent les malformations viscérales liées à l'exposition à l'alcool (4).

Questions actuelles

La question d'un seuil de risque, en deçà duquel il n'y a pas de risque pour le fœtus, a été longtemps discutée. Les effets négatifs ayant été montrés pour de plus faibles consommations (jusqu'à un demi-verre par jour), l'abstinence totale est donc actuellement recommandée pendant toute la grossesse (13). D'autre part, le phénomène des alcoolisations ponctuelles ou *binge drinking* pose question s'il s'agit de la consommation en une seule occasion de plusieurs verres ou plus. Ces alcoolisations sont à la fois très rapidement détectées et très nocives, dans la mesure où elles produisent dans le sang des pics de concentration d'alcool dangereux pour le fœtus (14). Enfin, le développement de méthodes de prévention, et en particulier de dépistage, semble indispensable. L'utilisation de marqueurs biologiques s'est révélée peu fiable jusqu'à aujourd'hui, les chercheurs sont alors intéressés aux questionnaires de dépistage.

Il existe déjà des questionnaires de dépistage de la dépendance et de la consommation d'alcool, non spécifiques aux femmes enceintes, comme le CAGE et le MAST. Ces outils ont été développés sur des populations essentiellement masculines et sont peu adaptés à une pratique obstétricale dans laquelle on tente de mettre en évidence et limiter les consommations d'alcool faibles en quantité.

éventuellement en fréquence (15). Une voie intéressante est proposée avec le développement de questionnaires spécifiques, dont le T-ACE (*Tolerance, Annoy, Cut-down, Eye-opener*) considéré comme efficace par les équipes médicales dans des populations anglo-saxonnes (16). En comparant le T-ACE au CAGE et au MAST chez des femmes enceintes, Sokol *et al.* (16) ont montré que la sensibilité du T-ACE était de 70 % contre 38 % pour le CAGE et 36 % pour le MAST. À notre connaissance, le T-ACE n'a jamais été utilisé sur une population française.

Objectifs

L'objectif principal de notre recherche est d'appliquer une traduction du T-ACE à une population de femmes enceintes françaises consultant dans une maternité, dans une perspective épidémiologique, avec un objectif de validation à long terme. L'objectif secondaire est d'étudier la consommation de substances psychoactives associée à l'utilisation d'alcool.

Sujets et méthode

Les outils

Pour répondre aux objectifs de notre recherche, nous avons eu recours trois outils.

T-ACE

Le T-ACE est le point central de notre méthodologie. Sokol *et al.* l'ont mis au point dans le but de créer un outil spécifiquement adapté à la pratique des gynécologues et des obstétriciens, afin de permettre une détection plus aisée des conduites de consommations d'alcool à risque pour le fœtus (16). Composé de quatre items, le T-ACE est coté de 0 à 5 points. Les items portent sur la tolérance à l'alcool, c'est-à-dire sur la quantité à ingérer pour en sentir les effets (item *tolerance*), sur les conséquences éventuelles de cette consommation, comme le fait de devoir boire le matin pour éviter de se sentir mal (item *eye opener*), sur le sentiment de devoir réduire ou non sa consommation d'alcool (item *cut-down*), et sur les réactions négatives de l'entourage par rapport à la consommation d'alcool (item *annoyed*). Chaque réponse positive donne un point, sauf pour la question *tolerance* pour laquelle deux points sont attribués lorsque la femme donne une réponse supérieure ou égale à deux verres. Le seuil permettant de dépister une consommation potentiellement dommageable pour le fœtus est fixé à un score de 2. Les auteurs insistent sur

l'importance de la question *tolerance*, qui serait particulièrement sensible. Afin que les femmes évitent de minimiser leurs réponses aux questions directement centrées sur la quantité d'alcool consommée, les auteurs ont préféré demander aux femmes combien de verres leur permettent de sentir les effets de l'alcool. La consommation d'alcool n'est donc pas évoquée ici directement en termes de quantité. Une étude de validation portant sur 4 743 femmes aux États-Unis a montré une sensibilité de 83 % et une spécificité de 75 % pour un seuil d'une réponse positive, et une sensibilité de 70 % ainsi qu'une spécificité de 85 % pour un seuil de deux. Ainsi, en fixant le seuil à deux, on pourrait repérer 70 % des buveuses excessives durant la grossesse. Cette méthode devient alors plus efficace que les marqueurs biologiques. Senn *et al.*, s'intéressant à la consommation d'alcool pendant la grossesse, rappellent eux aussi que l'utilisation des marqueurs biologiques est non recommandée et que l'utilisation du T-ACE doit être développée (3). Par ailleurs, Kesmodel et Olsen (17) se sont intéressés à l'utilisation comparée d'entretiens, de questionnaires et de journaux de bord remplis par les femmes en cours de grossesse. Les questionnaires et les entretiens sembleraient être plus adaptés au dépistage des consommations faibles à modérées. De plus, l'utilisation rapide du T-ACE et la formulation des items qui le composent permettent de moins heurter les femmes qui généralement sous-estiment nettement leur consommation lorsqu'on leur pose des questions directes, par peur du jugement. La traduction française présentée ci-dessous et employée dans cette étude est disponible au Canada (18) :

- Combien devez-vous consommer de verres pour sentir l'effet de l'alcool ?
- Les gens vous ont-ils déjà agacé en critiquant votre consommation d'alcool ?
- Avez-vous déjà eu l'impression que vous devriez réduire votre consommation d'alcool ?
- Vous est-il déjà arrivé de prendre un verre en vous levant pour calmer vos nerfs ou vous débarrasser d'une "gueule de bois" ?

Renseignements sociodémographiques

Ils ont été obtenus au moyen d'un questionnaire conçu pour cette étude. Il se compose de dix items concernant l'âge, l'origine géographique, la situation familiale, le nombre d'enfants, la situation professionnelle et le lieu d'habitation.

Entretien semi-directif

Construit pour l'étude et enregistré, il a porté sur la consommation de substances autres que l'alcool (tabac, héroïne, cocaïne, psychotropes...).

Population et procédure

Nous avons inclus dans notre étude des femmes enceintes âgées de plus de 18 ans et ayant donné leur consentement éclairé. Ont été exclues les femmes se trouvant dans l'impossibilité de répondre aux questionnaires, en raison des difficultés de compréhension ou de maîtrise insuffisante de la langue française. La passation des questionnaires et des entretiens a été effectuée par une psychologue clinicienne. La durée de chaque rencontre était d'environ une demi-heure. Avant la passation du T-ACE, une question était posée pour savoir si les femmes avaient une consommation occasionnelle d'alcool. Dans un premier temps, un prétest a été effectué sur dix femmes. Cela avait pour but de vérifier si le questionnaire était bien adapté à la population. Ce prétest a montré que le questionnaire était globalement bien accepté et compris. Une seule modification a été apportée. Elle concerne la première question posée aux femmes avant la passation du T-ACE, qui était initialement "Buvez-vous parfois de l'alcool?". Celle-ci a été transformée en "Buvez-vous parfois de la bière, du vin ou d'autres boissons alcoolisées?". Ce changement s'explique par le fait que, pour la plupart des femmes interrogées, le mot "alcool" concerne principalement des alcools dits "forts", à l'exclusion de la bière et du vin, souvent considérés comme des boissons peu ou pas alcoolisées. Cette précision a permis d'évaluer au mieux la consommation de ces femmes, réduisant ainsi une sous-estimation liée aux termes employés.

Lieu de la recherche

La recherche s'est déroulée à la maternité Paul Gellé de Roubaix (Nord). Les femmes étaient sollicitées pour participer à l'étude avant leur consultation prénatale, dans la salle d'attente. Si les femmes répondaient positivement, elles étaient reçues dans un bureau par une psychologue. Il leur était précisé que le choix de participer ou non à l'étude ne modifiait aucunement leur prise en charge. Après l'accord de la patiente, un formulaire de consentement lui était fourni. Les sujets sollicités étaient assurés du caractère confidentiel et anonyme de la recherche. La confidentialité des données recueillies était garantie par l'attribution d'un numéro pour chaque sujet rendant ainsi complètement anonymes la saisie et l'analyse des données.

Analyse des données

Le recueil des données a été effectué sur un dossier anonyme puis saisi sur une base de données. L'analyse statis-

tique a été réalisée à l'aide des techniques traditionnelles moyennes, fréquence, écarts types (DS), extrêmes, corrélations. Le seuil de significativité est de 5 %. Le traitement statistique a été réalisé du logiciel Statistica®.

Résultats

Notre recherche est en cours et nous présentons ici les premiers résultats obtenus auprès de 115 femmes et

Données sociodémographiques

La moyenne d'âge des femmes est de 27,8 ans (DS 4,2). La majorité d'entre elles sont originaires de France (78,26 %) et vivent en couple (80 %). Plus de la moitié ont un niveau d'étude inférieur au baccalauréat (52,2 %). 53,9 % n'ont pas d'activité extérieure rémunérée (53,9 %). 40 % d'entre elles, c'est leur première grossesse. Seules 11,3 % des femmes ont été vues au premier trimestre de leur grossesse.

Consommation d'alcool

Rappelons ici que le T-ACE permet de dépister une consommation d'alcool à risque, avec un score de deux réponses positives ou plus. Sur l'ensemble de la population, 15 femmes ont obtenu un score positif sur les 20 qui rapportent consommer parfois de l'alcool (17,39 %). Elles sont âgées de 30,2 ans (DS 4,2) et ont déjà au moins un enfant (11/15) et sont enceintes de 5,4 mois en moyenne (DS = 1,54). La majorité d'entre elles vivent en couple (13/15) en moyenne depuis cinq ans (DS = 3,24), six ont un faible niveau d'étude, quatre possèdent un baccalauréat et cinq ont un niveau d'études supérieures. Près de la moitié (7/15) n'ont pas d'activité professionnelle. Ces résultats ne les différencient pas significativement de ceux obtenus chez les femmes non consommatrices ou consommatrices occasionnelles.

Cependant, à partir des résultats obtenus au sein de l'échantillon, on retrouve une différence d'âge significative ($p = 0,0541$) entre les femmes qui déclarent consommer parfois de l'alcool (30,2 ans en moyenne) et celles qui ne rapportent pas cette consommation (27,34 ans en moyenne). En revanche, il n'est pas retrouvé de différence significative entre l'âge des mères qui ont eu ou non un enfant positif pour le questionnaire T-ACE ($p = 0,67$). Ce résultat semble montrer que si l'on observe plus souvent

dance à consommer de l'alcool chez les femmes plus âgées, elles ne semblent pas être plus fréquemment des consommatrices excessives pendant la grossesse.

Consommation de substances psychoactives autres que l'alcool

Parmi notre population, un tiers des femmes déclarent fumer du tabac régulièrement (24,35 %) ou occasionnellement (6,09 %). Parmi elles, 77 % présentent une réelle dépendance tabagique. En lien avec la consommation d'alcool, il existe une différence significative entre les femmes fumeuses et celles non fumeuses. Les femmes qui déclarent consommer parfois de l'alcool présentent une dépendance tabagique ($p = 0,0179$). Le même constat est fait lorsque l'on compare le groupe de femmes ayant un T-ACE positif aux groupes de femmes fumeuses et celles non fumeuses ($p = 0,0106$). La dépendance tabagique est donc fortement associée à la consommation d'alcool. Dans notre échantillon, les substances déjà utilisées par les femmes hors grossesse étaient le cannabis (8,69 %), les psychotropes (8,69 %) et l'ecstasy (0,87 %). Seulement deux femmes rapportent un usage régulier de psychotropes pendant leur grossesse.

Discussion

Les résultats de notre étude sur un échantillon de 115 femmes enceintes consultant dans une maternité ont montré que 20 d'entre elles déclaraient consommer de l'alcool pendant leur grossesse et 15 ont obtenu un score positif au questionnaire de dépistage T-ACE. La proportion de femmes consommatrices d'alcool occasionnelles ou de façon problématique rejoint les résultats d'autres études françaises (3, 11). Les données obtenues mettent en évidence que la consommation d'alcool est le plus souvent associée à une consommation de tabac pendant la grossesse. Ces résultats vont dans le sens de la littérature où la consommation d'alcool chez la femme enceinte est souvent associée à la consommation d'autres substances psychoactives (9, 10, 19). Le tabac présenterait ainsi non seulement un risque en lui-même pour la santé de l'enfant, mais serait aussi un facteur de risque de consommation d'alcool.

D'un point de vue méthodologique, l'utilisation du T-ACE en dépistage prénatal est une démarche qui a été perçue comme positive de la part de l'équipe médicale et des futures mères lors de notre recherche. Cette indication nous paraît importante dans la mesure où cet outil n'avait

jamais été utilisé dans ces conditions dans une population française. Le thème abordé étant peu facile à évoquer, il semble intéressant de pouvoir utiliser cet outil court et simple d'utilisation. Sur un plan plus clinique, rappelons que les femmes dépistées ne l'avaient pas encore été pendant leur suivi prénatal. Celles qui le souhaitaient ont été orientées vers un professionnel de la maternité.

Les résultats présentés ne doivent pas nous faire oublier les limites de notre étude. Nous souhaitons pour une première utilisation du T-ACE proposer cet outil à une population de femmes enceintes tout-venant. Pour cette raison, notre échantillon était hétérogène. Ainsi, le moment de la passation était différent selon les femmes, allant du début à la fin de la grossesse. Or, on peut supposer que consommer de l'alcool en tout début de grossesse ou au dernier trimestre n'implique pas forcément les mêmes mécanismes et n'a pas les mêmes conséquences pour l'enfant. Il s'agira donc de proposer un dépistage dès le début de la grossesse pour des raisons évidentes de prévention et d'aide à apporter aux femmes. La mise en place d'interventions brèves en début de grossesse permettrait de mieux connaître les motivations des femmes concernant l'abstinence ou non de leur consommation d'alcool (20). De plus, la recherche s'est déroulée dans un seul hôpital. Il serait intéressant d'inclure des femmes enceintes consultant dans différentes maternités situées dans d'autres départements français. Comme nous l'avons précisé, l'acceptation du T-ACE s'est faite sans difficulté, ce qui nous encourage à poursuivre notre étude sur un échantillon de femmes plus conséquent en établissant des critères de sélection précis afin de mieux contrôler les données obtenues. Nous pourrions donc ainsi affiner nos résultats et procéder à la validation française de l'outil. Par ailleurs, nous pensons qu'il serait souhaitable pour les femmes qui obtiennent un T-ACE positif d'approfondir leur relation à l'alcool, le degré de dépendance et l'histoire de leur consommation dans le cadre d'entretiens de recherche systématiques.

Si dresser une liste exhaustive des facteurs de risque d'alcoolisation pendant la grossesse paraît utopique, au vu de la complexité du phénomène étudié, il nous semble incontournable d'étudier les antécédents psychopathologiques et l'état psychologique de la future mère au moment de la rencontre. On sait que les troubles de l'humeur et les troubles anxieux sont plus fréquents chez les femmes consommatrices d'alcool (5). De même, une étude a montré que parmi 80 mères ayant un enfant atteint de SAF, 96 % avaient un ou plusieurs troubles psychiatriques (21). Enfin, le soutien social perçu est reconnu pour avoir un impact positif sur la santé physique et mentale. La dépres-

sion du post-partum est par exemple plus fréquente lorsque le soutien social perçu est faible (22). Astley *et al.* ont retrouvé un soutien social perçu faible chez les femmes ayant un enfant atteint de SAF et non abstinentes (21). La même constatation a été faite chez les femmes ayant de grandes consommations ponctuelles (23). Enfin, concernant les partenaires des femmes sollicitées, la consommation de substances psychoactives ainsi que la place et le rôle que les femmes leur attribuent dans le déroulement de la grossesse demandent à être étudiés. En effet, on sait que les partenaires des femmes enceintes ont une influence sur le comportement prénatal des futures mères (24, 25).

Conclusion et perspectives

Cette recherche a permis de dresser un état des lieux de la consommation d'alcool et de substances psychoactives, en particulier le tabac, dans une population de femmes enceintes tout-venant. L'utilisation d'une version française du T-ACE nous a amenées à dégager les caractéristiques principales du groupe de femmes qui ont une consommation d'alcool à risque pendant leur grossesse et à dépister des femmes qui ne l'avaient pas été jusque-là. Rappelons que plus de 17 % des femmes de notre échantillon présentaient une consommation potentiellement à risque. Cette proportion amène à entrevoir l'importance du développement d'outils capables d'identifier cette population. La version française du T-ACE a montré ici son intérêt et a bénéficié de l'encouragement des professionnels de santé rencontrés au fil de notre recherche. L'objectif à long terme est de contribuer à sa validation pour dépister et prévenir les conduites d'alcoolisation chez les femmes enceintes. Par ailleurs, des recherches ultérieures permettront, après la phase de dépistage de la consommation d'alcool chez la femme enceinte, d'explorer plus en détail les mécanismes qui sous-tendent cette consommation pendant la grossesse.

Bien que modeste, cette recherche peut fournir des pistes de travail dans le champ du dépistage des conduites d'alcoolisation à risque pendant la grossesse, champ complexe qui reste encore à découvrir et faire découvrir. ■

Remerciements. – Cette étude a été rendue possible grâce à l'accord et l'accueil chaleureux des membres de l'équipe du service du Dr Denis Therby à la maternité Paul Gellé de Roubaix. Nous remercions également toutes les femmes qui ont accepté de participer à l'étude.

I. Varescon, J. Gaugue, J. Wendland
Alcool et grossesse. Première utilisation du questionnaire
dépistage T-ACE dans une population française
Alcoologie et Addictologie 2007 ; 29 (3) : 221-226

Références bibliographiques

- 1 - Expertise collective INSERM. Exposition prénatale à l'alcool : données biologiques, données épidémiologiques. In : *Alcool et santé*. Paris : INSERM, 2001 : 119-143.
- 2 - Société Française d'Alcoologie. Les conduites d'alcoolisation : recommandations pour la pratique clinique. *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (4) : 65-75.
- 3 - Senn M, Straub D, Pellet J *et al.* Syndrome d'alcoolisation fœtale. Étude portant sur la consommation d'alcool pendant la grossesse. *Alcoologie et Addictologie* 2005 ; 27 (3) : 181-185.
- 4 - Gaugue J, Varescon I, Wendland J. Le syndrome d'alcoolisation fœtale : état de la question. *Psychotropes* 2006, 12 (1) : 113-119.
- 5 - Hans SL. Demographic and psychosocial characteristics of substance-abusing pregnant women. *Clin Perinatol* 1999, 26 (1) : 1-10.
- 6 - Lemoine P, Harousseau H, Borteyru JP, Menuet JC. Les parents alcooliques. Anomalies observées : à propos de 100 cas. *Quest Médicale* 1968, 6 : 476-482.
- 7 - Limousin F. Spécificité clinique et biologique de l'alcoolisme chez la femme. *Encéphale* 2002 ; 28 : 503-509.
- 8 - Leutwyler J, Daepfen JB, Gerber S, Hohlfeld P. Grossesse et consommation d'alcool. *Revue Médicale de la Suisse Romande* 2004 ; 124 : 47-50.
- 9 - Kaminski M, Lelong N, Bean K, Chwalow J, Subtil D. Consumption of alcohol, tobacco and coffee in pregnant women living in a high consumption area between 1988 and 1992 in an area of high consumption. *J Obstet Gyn R B* 1995 ; 60 : 121-128.
- 10 - Chasnoff IJ, Neuman K, Thornton C, Callaghan MA. Screening for substance use in pregnancy: a practical approach for the primary care physician. *Am J Obstet Gynecol* 2001 ; 184 (4) : 771-775.
- 11 - Vabret F, Houet T, Dreyfus M, Davy A. Consommation d'alcool de 150 femmes hospitalisées en maternité. *Alcoologie et Addictologie* 2006 ; 28 (3) : 217-222.
- 12 - Biéder J, Callens H. Embryofœtopathie alcoolique (syndrome de Lemqine). *Ann Med-Psychol* 2002 ; 160 (1) : 67-71.
- 13 - Société Française d'Alcoologie. Stratégies d'évaluation des conduites d'alcoolisation chez la femme enceinte. *Alcoologie et Addictologie* 2003 ; 25 (2) : 825-875.
- 14 - Ernouf D, Morineau S. Syndrome d'alcoolisation fœtale et anomalies physiopathologiques. *Alcoologie* 1999 ; 21 (2) : 329-335.
- 15 - Chang G. Alcohol-screening instruments for pregnant women. *Alcohol Res Health* 2001 ; 25 (3) : 204-209.
- 16 - Sokol RJ, Martier SS, Ager JW. The T-ACE questions: prenatal detection of risk-drinking. *Am J Obstet Gynecol* 1988 ; 160 : 863-870.
- 17 - Kesmodel U, Olsen SF. Self reported alcohol intake in pregnancy: comparison between four methods. *J Epidemiol Community Health* 2001 ; 55 : 738-745.
- 18 - Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxiques (<http://www.ccsa.ca/toolkit/women/section9f.htm>).
- 19 - Wiemann CM, Berenson AB, Landwehr BM. Racial and ethnic correlates of tobacco, alcohol and illicit drug use in a pregnant population. *J Reprod Med* 1995 ; 40 (8) : 571-578.
- 20 - Chang G, McNamara TK, Orav EJ, Wilkins-Haug L. Brief intervention for prenatal alcohol use: the role of drinking goal setting. *J Subst Abuse* 1998 ; 31 : 419-424.
- 21 - Astley SJ, Bailey D, Talbot C, Clarren SK. Fetal Alcohol Syndrome: primary prevention through FAS diagnosis: II. A descriptive profile of 80 birth mothers of children with FAS. *Alcoholism* 2000 ; 35 (5) : 509-519.
- 22 - Bruchon-Schweitzer M. Psychologie de la Santé. Paris : Dunod, 2003.
- 23 - Pascoe JM, Kokotailo PK, Broekhuizen FF. Correlates of gravid women's binge drinking during pregnancy: a longitudinal study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995 ; 149 : 1325-1329.
- 24 - LeLong N, Kaminski M, Chwalow J, Bean K, Subtil D. Alcohol and behaviour of pregnant women and health professional towards alcohol and tobacco consumption. *Patient Educ Couns* 2000 ; 25 : 39-49.
- 25 - Chang G. Screening and brief intervention in prenatal alcohol use. *Alcohol Res Health* 2005 ; 28 : 80-84.