



Alcool

PORTAIL D'INFORMATION PÉRINATALE

AUTEURES 2011

Sylvie Lévesque, INSPQ

COLLABORATRICES 2011

Nicole April, INSPQ
Louise Guyon, INSPQ
Sonia Morin, MSSS

AUTEURE 2016

Nicole April, INSPQ

COLLABORATRICES 2016

Karina Côté, MSSS
Sonia Morin, MSSS
Louis-Vincent Guay,
Institut universitaire sur les dépendances

CHARGÉE DE PROJET

Pascale Turcotte, INSPQ

SOUS LA COORDINATION DE

Roseline Olivier-Pilon, INSPQ

MISE EN PAGE ET RELECTURE

Anouk Sugàr, INSPQ

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Un comité scientifique assure la rigueur et le consensus des pratiques. Il est composé de représentants des organisations suivantes :

Association des obstétriciens et gynécologues du Québec;
Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec;
Ministère de la Santé et des Services sociaux;
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec;
Ordre des pharmaciens du Québec;
Ordre professionnel des diététistes du Québec;
Ordre des psychologues du Québec;
Ordre des sages-femmes du Québec;
Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec;
Protocoles infirmiers pour l'intervention téléphonique Info-Santé.
Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

COMITÉ DE VALIDATION

Un comité de validation assure la pertinence du contenu pour les intervenants et les professionnels en périnatalité.

L'utilisation des fiches par les professionnelles et professionnels du réseau de la santé et des services sociaux du Québec est autorisée aux conditions prévues à la page « Reproduction et droits d'auteurs » du Portail d'information prénatale, à l'adresse suivante : www.inspq.qc.ca/information-perinatale/a-propos/reproduction-et-droits-d-auteurs.

Toute autre utilisation doit être autorisée par le gouvernement du Québec, qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Pour obtenir cette autorisation, on peut formuler une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php ou écrire un courriel à droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Table des matières

1	Au sujet de la consommation d'alcool pendant la période périnatale	3
1.1	Définir la consommation d'alcool	3
1.2	Quelques chiffres	3
2	Qui est à risque?.....	3
3	Conséquences possibles sur la santé	4
3.1	Conséquences pour la grossesse	5
3.2	Conséquences pour l'enfant.....	5
3.3	Facteurs qui influencent les conséquences de la consommation d'alcool sur la santé.....	6
4	Consommation d'alcool avant l'annonce de la grossesse	6
5	Non-consommation d'alcool pendant la grossesse : ce qu'il faut savoir	7
5.1	Le point sur la consommation dite « modérée ».....	7
5.2	La réduction des méfaits	8
5.3	Le sevrage.....	9
5.4	L'environnement social.....	9
6	Alcool et allaitement	9
7	Diriger vers des ressources	12
8	Pour accompagner les parents.....	13
9	Ressources et liens utiles.....	14
9.1	Directive clinique de consensus sur la consommation d'alcool et la grossesse – SOGC	14
9.2	Services de première ligne.....	14
9.3	Services spécialisés.....	14
9.4	Centre des naissances du CHUM	15
9.5	Ressources pour répondre aux interrogations portant sur la consommation d'alcool pendant la grossesse.....	15
9.6	Ressource en nutrition périnatale.....	16
10	Lexique	17
11	Références.....	18

1 Au sujet de la consommation d'alcool pendant la période périnatale

1.1 Définir la consommation d'alcool

Dans cette fiche, la consommation d'alcool pendant la période périnatale inclut la consommation occasionnelle, régulière, abusive et liée à la dépendance.

1.2 Quelques chiffres

Les données les plus récentes disponibles provenant d'une enquête menée par l'Agence de la santé publique du Canada révèlent que 21 % des femmes québécoises ayant donné naissance en 2006 auraient consommé de l'alcool durant la grossesse. C'est le double de ce qui est observé pour l'ensemble du Canada, où 11 % des femmes rapportaient avoir consommé de l'alcool au cours de leur grossesse(1). Au Canada, environ 8 % en auraient pris moins d'une fois par mois, 2 % une fois par mois et 1 % plus d'une fois par mois (0,5 % de deux à trois fois par mois, 0,7 % une fois par semaine et 0,1 % de deux à trois fois par semaine)(2).

En ce qui concerne la quantité consommée, toujours au Canada, 96 % des femmes qui ont bu de l'alcool pendant la grossesse en ont pris un verre ou moins les jours où elles en ont bu(2).

Ainsi, cette étude montre que la grande majorité des femmes qui ont déclaré avoir consommé de l'alcool durant leur grossesse ont bu un verre ou moins et l'ont fait de façon occasionnelle.

2 Qui est à risque?

Toutes les femmes sont susceptibles de consommer de l'alcool pendant la grossesse, quels que soient leur âge, leur éducation et leur statut professionnel.

Toutefois, selon des analyses plus poussées de l'enquête canadienne mentionnée ci-dessus, certains facteurs ont été associés à la consommation d'alcool chez les femmes enceintes. Cette enquête décrit des associations statistiques. En d'autres termes, la probabilité de consommation d'alcool est augmentée en présence de ces facteurs(2) :

- Être née au Canada (comparativement aux femmes immigrantes);
- Être fumeuse;
- Avoir un partenaire (comparativement à ne pas en avoir);
- Avoir un certain type de réaction à l'annonce de la grossesse : les femmes qui sont indifférentes ou qui ne sont pas heureuses d'être enceintes sont plus susceptibles de boire de l'alcool pendant la grossesse;
- Avoir un âge plus avancé;
- Avoir un nombre de grossesses antérieures plus élevé(2).

Pour ce qui est des caractéristiques socioéconomiques, comme le revenu, le milieu de vie urbain ou rural et le travail pendant la grossesse, elles ne semblent pas en lien avec la consommation d'alcool

pendant la grossesse, selon cette étude. Mais d'autres études internationales ne présentent pas les mêmes résultats, puisqu'elles signalent une consommation d'alcool plus élevée chez les femmes plus éduquées et plus aisées^(3,4). Une de ces études démontre que les professionnels de la santé posent moins de questions et donnent moins de conseils au sujet de la consommation d'alcool à ces femmes, qui sont plus nombreuses à déclarer consommer de l'alcool pendant la grossesse⁽³⁾.

3 Conséquences possibles sur la santé

L'alcool est un agent tératogène^(5,6), c'est-à-dire susceptible de provoquer une malformation congénitale par son action sur le fœtus.

En effet, le placenta ne filtre pas l'alcool : l'alcool passe directement du sang de la femme enceinte au sang du fœtus à travers le placenta, en concentration presque égale⁽⁷⁾. Par conséquent, lorsque l'alcool est consommé pendant la grossesse, il peut entraver la formation et la croissance de l'embryon et du fœtus, provoquant des effets néfastes sur la grossesse et chez l'enfant à naître.

L'effet de l'alcool sur le fœtus est le même, peu importe la boisson alcoolisée : bière, vin ou spiritueux.

Au Canada, un verre standard = 13,5 g (17 ml) d'alcool pur



341 ml (12 oz)
de bière
(5% d'alcool)



142 ml (5 oz) de
vin
(12% d'alcool)



85 ml (3 oz) de
vin fortifié (ex. :
Porto)
(20% d'alcool)



43 ml (1,5 oz)
de spiritueux
(40% d'alcool)

Illustration : Maurice Gervais
Source : Butt et collaborateurs, 2011

3.1 Conséquences pour la grossesse

Les études sur les conséquences de l'exposition prénatale à l'alcool sont difficiles à réaliser, et leurs résultats sont complexes à interpréter. Toutefois, à ce jour, les études suggèrent que les femmes qui consomment de l'alcool sont plus susceptibles de vivre :

- une fausse couche^(8,9);
- une mortinaissance, c'est-à-dire la mise au monde d'un enfant mort-né⁽⁹⁻¹¹⁾;
- une naissance avant terme^(12,13).

3.2 Conséquences pour l'enfant

Anomalies congénitales

L'alcool étant tératogène, il peut nuire au développement de plusieurs organes. Le cœur, les reins, le foie, les voies digestives et le système endocrinien peuvent être touchés⁽¹⁴⁾.

Troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale

Le cerveau est l'organe le plus sensible à l'alcool, et l'exposition prénatale peut engendrer des lésions du système nerveux central⁽¹⁴⁾.

Le diagnostic du trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) est complexe. Différents domaines du développement neurologique peuvent être touchés : habiletés motrices; neuroanatomie et neurophysiologie; cognition; langage; rendement scolaire; mémoire; attention; fonctionnement exécutif, y compris le contrôle des impulsions et l'hyperactivité; régulation de l'affect; comportement adaptatif, aptitudes sociales ou communication⁽¹⁵⁾.

Ces problèmes sont regroupés sous le terme « trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale » (TSAF). La terminologie du TSAF a évolué au fil du temps. En 2016, de nouvelles lignes directrices sur le diagnostic ont été publiées au Canada⁽¹⁵⁾. La nomenclature propose maintenant les diagnostics suivants :

- Le « TSAF avec traits faciaux caractéristiques » est diagnostiqué chez les enfants qui présentent trois traits faciaux caractéristiques (c'est-à-dire fente palpébrale courte, sillon sous-nasal absent et lèvre supérieure mince) et chez qui trois domaines de développement neurologique sont touchés. L'exposition prénatale à l'alcool peut être confirmée ou non;
- Le « TSAF sans traits faciaux caractéristiques » est le diagnostic fait chez les personnes dont la mère a consommé de l'alcool pendant la grossesse et qui souffrent de troubles importants du développement neurologique, mais qui n'ont pas de signes physiques particuliers. La majorité des personnes atteintes de TSAF entrent dans cette catégorie;
- « À risque de trouble neurodéveloppemental et de TSAF associés à l'exposition prénatale à l'alcool » est une nouvelle catégorie pour décrire les personnes qui ont été exposées à l'alcool dans la période prénatale, qui ont certains problèmes du développement neurologique, mais qui ne répondent pas aux critères diagnostiques du TSAF.

Le TSAF est un problème complexe qui nécessite une évaluation multidisciplinaire pour qu'il soit possible de formuler un diagnostic précis et de faire des recommandations de prise en charge adéquates⁽¹⁵⁾. Les auteurs des nouvelles lignes directrices précisent, en fonction de l'âge de la

personne à évaluer, quels professionnels sont requis au sein de l'équipe multidisciplinaire⁽¹⁵⁾. L'évaluation des enfants de moins de 18 mois requiert la présence de médecins pédiatres et de spécialistes en développement de l'enfant, qui sont en mesure de faire les évaluations physiques et neurodéveloppementales (p. ex., orthophoniste, physiothérapeute, ergothérapeute, psychologue clinicien)⁽¹⁵⁾.

3.3 Facteurs qui influencent les conséquences de la consommation d'alcool sur la santé

Ce ne sont pas tous les enfants dont les mères ont consommé de l'alcool durant la grossesse qui auront un TSAF. Les facteurs suivants contribuent au risque que la consommation maternelle d'alcool soit associée à des effets nuisibles sur la grossesse et le bébé à naître^(16,17) :

- L'effet dose-dépendant : plus la consommation d'alcool est élevée au cours de la grossesse, plus les risques d'observer des effets néfastes sur l'issue de grossesse et la santé du bébé sont élevés;
- Les habitudes de consommation : la consommation fréquente (plus de sept verres par semaine) ou en importante quantité lors d'une seule occasion (quatre verres ou plus) est la plus risquée pour le fœtus;
- La polyconsommation, c'est-à-dire la consommation de différentes substances psychoactives;
- Les caractéristiques personnelles de la mère (p. ex., état de santé, nutrition, capacités métaboliques, facteurs génétiques);
- La sensibilité individuelle du fœtus aux effets de l'alcool, elle-même influencée par son patrimoine génétique;
- La période de la consommation d'alcool au cours de la grossesse. En fonction du moment où l'alcool est consommé durant la grossesse, il peut nuire au développement de différents organes. Le cerveau est l'organe le plus sensible à l'alcool, et il se développe tout au long de la grossesse.

Pour ces raisons, il est recommandé de ne pas prendre d'alcool tout au long de la grossesse.

4 Consommation d'alcool avant l'annonce de la grossesse

Certaines femmes auront consommé de l'alcool en début de grossesse avant de savoir qu'elles étaient enceintes. Elles seront peut-être inquiètes des répercussions de cette consommation pour la santé de leur bébé.

Il est impossible d'écarter tout risque. Toutefois, si la mère a pris un verre à l'occasion (une fois ou deux par semaine) durant les premières semaines, cela présente peu de danger pour l'enfant. La consommation régulière d'alcool ou la prise de plusieurs verres lors de la même occasion comporte davantage de risques.

Voici ce qu'énoncent les directives cliniques de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada : « Les fournisseurs de santé devraient aviser les femmes du fait qu'une faible consommation aux débuts de la grossesse ne constitue pas une indication d'interruption de grossesse »⁽¹⁸⁾

5 Non-consommation d'alcool pendant la grossesse : ce qu'il faut savoir

La majorité des femmes cessent ou réduisent leur consommation d'alcool lorsqu'elles apprennent qu'elles sont enceintes⁽¹⁹⁾.

5.1 Le point sur la consommation dite « modérée »

La consommation d'alcool durant la grossesse est un sujet sensible. L'alcool est un produit de consommation courant et accepté socialement. Il est commun que les femmes et les hommes en consomment lors d'événements festifs, d'occasions sociales ou pour accompagner un repas.

Plusieurs femmes se questionnent sur la consommation « faible », « modérée » ou « occasionnelle » d'alcool durant la grossesse. Certaines souhaiteraient pouvoir prendre un verre de temps à autre, sans toutefois causer de tort au bébé qu'elles portent. Elles sont parfois perplexes devant le message recommandant l'abstinence.

Il n'existe pas de réponses précises à ces interrogations⁽²⁰⁻²²⁾.

Les risques de conséquences négatives associés à la consommation d'alcool importante et chronique ou à la consommation excessive d'alcool lors d'une même occasion (quatre consommations et plus par occasion) sont démontrés.

Quant à la consommation dite modérée, certaines études ont démontré une association entre des problèmes de comportement pendant l'enfance et la consommation d'alcool de la mère pendant la grossesse à des quantités qui sont considérées comme à faible risque chez des femmes qui ne sont pas enceintes (p. ex., de deux verres et demi à trois verres par occasion, et pas plus de cinq verres par semaine)⁽²¹⁾. Malgré cela, les résultats de l'ensemble des études sur les effets de la consommation modérée demeurent contradictoires. Cela est dû à différents facteurs⁽²²⁾ :

- La définition de la consommation modérée d'alcool : la consommation modérée peut être définie différemment d'une étude à l'autre. De plus, le moment de la consommation pendant la grossesse et les façons de boire ne sont pas toujours les mêmes d'une étude à l'autre et ne sont pas toujours bien décrits dans les articles scientifiques;
- La mesure des effets : l'alcool peut avoir un effet sur plusieurs organes et plusieurs dimensions du développement neurologique des enfants, mais les études ne peuvent pas analyser ni mesurer tous ces paramètres avec précision. Qu'une étude note une absence d'effet sur une dimension ne veut pas dire que la consommation d'alcool n'aurait pas d'effet sur d'autres dimensions.

On ne sait pas exactement quels sont les effets de la consommation occasionnelle d'une petite quantité d'alcool⁽²¹⁾. On ne peut pas présumer qu'il existe un seuil sécuritaire⁽²⁰⁻²²⁾. Un plus grand nombre d'études scientifiques sont nécessaires. C'est pourquoi le principe de précaution s'applique à tous les stades de la grossesse et pour toute quantité d'alcool.

Pourquoi conseiller aux femmes enceintes de s'abstenir de boire de l'alcool pendant la grossesse?

Plusieurs raisons justifient ce choix :

- L'alcool est un produit tératogène, c'est-à-dire qu'il peut causer des anomalies congénitales et nuire au développement fœtal;
- Aucune étude, à ce jour, ne prouve qu'une consommation modérée ou occasionnelle soit sécuritaire pour le fœtus;
- Les connaissances limitées sur les différences individuelles qui jouent un rôle dans le métabolisme de l'alcool ne permettent pas de prédire qui est à risque et qui ne l'est pas.

Conséquemment, le message le plus sécuritaire qui peut être transmis aux femmes enceintes est celui de ne pas consommer d'alcool durant la grossesse⁽²³⁾.

Toutefois, certaines femmes ont pris de l'alcool avant de savoir qu'elles étaient enceintes ou avant de connaître la recommandation d'abstinence. Vous pouvez leur rappeler qu'il n'est jamais trop tard pendant la grossesse pour décider de cesser de boire de l'alcool.

Qu'en est-il de l'utilisation d'alcool dans la cuisine?

Il arrive que des recettes de cuisine (p. ex., sauces, recettes de viande) utilisent des boissons alcoolisées. Pour la femme enceinte, l'utilisation d'alcool lors de la préparation des repas ne cause pas de problèmes, car l'alcool s'évapore lorsqu'il est porté à ébullition. Toutefois, il est suggéré d'éviter les plats où l'alcool n'a subi aucune transformation (p. ex., dessert arrosé d'alcool).

5.2 La réduction des méfaits

Bien que l'idéal soit de cesser complètement toute consommation d'alcool durant la grossesse, ce ne sont pas toutes les femmes qui seront abstinentes ou qui auront la capacité et les ressources nécessaires pour cesser de consommer. Pour elles, une approche de réduction des méfaits pourrait être une option pragmatique.

Cette approche vise à diminuer les conséquences néfastes de la consommation d'alcool (ou de drogues) sur le développement fœtal et la santé des femmes, en les aidant à réduire ou à cesser leur consommation d'alcool et en répondant à leurs besoins immédiats, qu'il s'agisse de besoins sociaux, de santé ou de sécurité⁽²⁴⁾.

Les femmes peuvent être encouragées à adopter des comportements de santé pouvant avoir un effet positif sur l'issue de la grossesse et le développement du bébé : privilégier une alimentation saine et la prise de suppléments (p. ex., multivitamines, acide folique et fer), demeurer physiquement actives, et bénéficier d'un suivi régulier de grossesse⁽²⁵⁾. Leurs partenaires peuvent aussi être invité(e)s à adopter des comportements favorables à la santé, pour eux-mêmes et pour favoriser de bonnes habitudes dans la famille.

Il est donc suggéré de souligner les efforts que fait la femme enceinte pour favoriser le bon développement de son bébé. Il faut aussi reconnaître que les femmes qui ont des problèmes de consommation d'alcool ou qui sont dépendantes peuvent avoir d'autres problèmes de santé ou vivre dans des contextes difficiles qui méritent une attention particulière. Dans tous les cas, il faut éviter de juger ou de stigmatiser les femmes. Il faut plutôt les aider à avoir accès à des services répondant à leurs besoins, que ce soit en périnatalité ou en dépendance.

5.3 Le sevrage

Les femmes enceintes dépendantes à l'alcool doivent être évaluées par un médecin. Au moment de cesser la consommation, elles peuvent présenter des symptômes de sevrage et avoir besoin de médication⁽²⁵⁾. Le sevrage peut se manifester notamment par de l'anxiété, des nausées ou des vomissements, de la transpiration abondante, des tremblements et des palpitations⁽²⁶⁾.

Un bébé né d'une mère qui a consommé de grandes quantités d'alcool pendant la grossesse peut lui aussi présenter des signes de sevrage à la naissance. Il doit donc être évalué médicalement. Les problèmes de sevrage peuvent persister quelques semaines. Les signes de sevrage chez le nouveau-né incluent une extrême irritabilité, des tremblements, des troubles de l'alimentation et de la diarrhée; il peut aussi avoir des problèmes de fréquence cardiaque, de respiration et de digestion⁽²⁷⁾.

5.4 L'environnement social

Certaines femmes rapportent subir de la pression de leur entourage pendant la grossesse pour consommer de l'alcool⁽²⁸⁾. Des personnes discréditent leur décision de ne pas boire d'alcool ou encore les encouragent à en consommer lors d'activités sociales et festives. Les professionnels de la santé sont encouragés à sensibiliser les femmes enceintes à cette possibilité, pour les inciter à réfléchir aux stratégies possibles pour y faire face.

Les futurs parents pourraient apprécier ces recettes de cocktails sans alcool publiées par le Dispensaire diététique de Montréal :

www.dispensaire.ca/app/uploads/Depliant_a_votre_sante_VF_ecran.pdf.

Le soutien du ou de la partenaire et de l'entourage quant à la cessation de consommer de l'alcool durant la grossesse s'avère donc précieux pour aider la femme enceinte à surmonter les pressions sociales. Concrètement, le conjoint et l'entourage peuvent :

- offrir des occasions de rencontre où l'alcool n'est pas présent ou n'occupe pas une place centrale (p. ex., rencontre dans un café ou à la maison, et non dans un bar);
- s'assurer que des boissons non alcoolisées sont disponibles et offertes à tous;
- soutenir la femme enceinte en lui rappelant le caractère temporaire de cette abstinence;
- ne pas inciter à la consommation d'alcool et respecter les choix de la femme enceinte;
- au besoin, modifier leur propre consommation d'alcool par solidarité avec la femme enceinte.

6 Alcool et allaitement

Lorsque la mère qui allaite consomme de l'alcool, il se retrouve dans le lait qu'elle produit à des concentrations similaires à celles qui sont présentes dans son sang^(16,29). Le pic d'alcool dans le lait survient de 30 à 90 minutes après la consommation, selon la présence d'aliments dans l'estomac de la mère⁽¹⁶⁾. L'alcool dans le lait diminue à mesure que le sang l'élimine. Par conséquent, exprimer le lait après avoir bu n'élimine pas l'alcool, car il demeure présent dans le lait tant et aussi longtemps qu'il en reste dans le sang⁽¹⁶⁾.

La mère qui allaite et qui souhaite prendre un verre d'alcool occasionnellement peut le faire sans craindre de causer du tort à son bébé. Les avantages de l'allaitement sont plus grands que les risques d'une consommation légère et occasionnelle⁽³⁰⁾.

Pour éviter que le bébé soit exposé à l'alcool, il est suggéré de suivre les précautions suivantes :

- **Si la mère souhaite prendre une consommation :** il est proposé qu'elle allaite son bébé juste avant de prendre un verre. Après cette consommation, il est suggéré qu'elle attende de deux à trois heures avant d'allaiter de nouveau, afin de permettre à l'alcool d'être éliminé de son corps⁽³⁰⁾
- **Si la mère souhaite prendre plus d'une consommation :** il est proposé qu'elle utilise du lait maternel exprimé à l'avance (congelé ou réfrigéré) pour nourrir son bébé dans la période où il y a de l'alcool dans son lait. Dans la même situation, si la mère exprime son lait, il est suggéré de le jeter. Le fait d'exprimer son lait après une consommation d'alcool ne fait pas en sorte que la prochaine tétée en sera exempte. Tant que la mère a une certaine concentration d'alcool dans son sang, le lait qu'elle produit en contient⁽³¹⁾.

Un bébé plus âgé demeure sensible aux effets de l'alcool; toutefois, son « horaire » d'allaitement est plus prévisible, puisqu'une certaine routine s'installe peu à peu pour les moments de tétée. Il devient alors plus facile de savoir à quel moment il est susceptible de vouloir boire, et donc de planifier une consommation en conséquence.

Le tableau qui suit, une adaptation de Koren (2002), pourrait aider les femmes à prévoir le temps nécessaire au corps pour éliminer l'alcool⁽³⁰⁾.

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

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

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

Exemple n° 1 : Une femme de 40,8 kg (90 lb) qui consomme trois verres d'alcool en une heure doit attendre 8 heures et 30 minutes pour que l'alcool soit complètement éliminé de son lait, tandis qu'une femme de 95,3 kg (210 lb) qui consomme la même quantité doit attendre 5 heures et 33 minutes.

Exemple n° 2 : Une femme de 63,5 kg (140 lb) qui boit 4 bières doit attendre 9 heures et 17 minutes pour que l'alcool soit complètement éliminé de son lait. Ainsi, si la consommation a débuté à 20 h, la femme devra attendre jusqu'à 5 h 17.

Reproduit avec l'autorisation de Motherisk.

Il a été démontré que l'alcool peut diminuer la production de lait et le réflexe d'éjection⁽²⁹⁾. Le seuil à partir duquel la diminution du réflexe d'éjection est observée est difficile à établir, et il semble y avoir des variations importantes entre les individus^(32,33). De plus, le sommeil des bébés pourrait être perturbé par la présence d'alcool dans le lait maternel⁽²⁶⁾.

7 Diriger vers des ressources

Parmi l'ensemble des femmes enceintes qui consomment de l'alcool, certaines manifestent des difficultés à cesser leur consommation, présentent des problèmes de dépendance à l'alcool ou ont besoin d'une supervision médicale lors du sevrage.

Les professionnels sont encouragés à diriger les femmes et leurs conjoints pour qui la cessation d'alcool présente une difficulté accrue vers des ressources spécialisées, qui pourront leur offrir une évaluation et un suivi appropriés (voir la section « Ressources et liens utiles »).

8 Pour accompagner les parents



Voici quelques questions qui peuvent vous permettre d'accompagner les futurs parents dans leur préparation. Les questions sont formulées simplement afin d'explorer avec les futures mères et les futurs pères, leurs connaissances et leurs préoccupations dans le contexte d'un suivi individuel ou lors d'une rencontre prénatale de groupe. Elles sont suivies de quelques pistes de réponses pour compléter l'information dont ils ont besoin. Il est à noter que cette section ne constitue pas un résumé de la fiche.

Selon vous, quelles sont les recommandations concernant l'alcool pendant la grossesse?

Il est recommandé de ne pas prendre d'alcool durant la grossesse. L'alcool peut nuire à la grossesse et causer des malformations chez le bébé.

On sait que plus la consommation d'alcool est grande, plus les risques pour la santé du bébé sont grands. On ne sait pas exactement quels sont les effets de la consommation occasionnelle d'une petite quantité d'alcool. C'est pourquoi le fait de ne pas en boire du tout pendant la grossesse protège la santé du bébé.

Quels moyens peuvent aider les femmes enceintes à ne pas boire d'alcool pendant la grossesse?

Les femmes enceintes sont encouragées à demander de l'aide si elles ont de la difficulté à arrêter leur consommation d'alcool durant la grossesse. Différents moyens peuvent l'aider.

Le ou la partenaire, la famille et les amis peuvent aider et encourager la femme enceinte, ce soutien est précieux! Cela peut se faire, par exemple, en organisant des activités où il n'y a pas d'alcool ou des activités où des breuvages non alcoolisés sont offerts.

Il existe aussi des ressources spécialisées qui peuvent aider les futurs parents en lien avec leur consommation d'alcool. Comme intervenant, nous pouvons faciliter cette démarche.

Selon vous, quelles sont les précautions à prendre concernant la consommation d'alcool pendant l'allaitement?

Certaines précautions sont suggérées si la mère souhaite allaiter et prendre de l'alcool à l'occasion. Pour limiter la présence d'alcool dans le lait :

- Allaiter le bébé juste avant de prendre un verre;
- Après avoir pris une consommation, attendre de deux à trois heures avant d'allaiter de nouveau.

Si la mère qui allaite souhaite prendre plus d'un verre en une occasion, il est recommandé de donner du lait qui avait été exprimé avant la consommation d'alcool.

9 Ressources et liens utiles



Les adresses, noms d'organismes ou documents mentionnés dans cette section ont retenu l'attention des différents partenaires ayant collaboré à la rédaction de cette fiche en raison de leur pertinence. Toutefois, il ne s'agit nullement d'une liste exhaustive et les contenus qui y sont développés n'engagent ni la responsabilité des différents partenaires ni celle de l'Institut national de santé publique du Québec.

9.1 Directive clinique de consensus sur la consommation d'alcool et la grossesse – SOGC

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) a publié cette directive clinique en août 2010, une fois qu'elle a été approuvée par de nombreuses associations. La directive établit des normes pour l'intervention clinique au sujet de la consommation d'alcool chez les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes :

www.pregnancyinfo.ca/wp-content/uploads/2017/05/gui245CPG1008F.pdf

9.2 Services de première ligne

Les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) regroupent plusieurs missions, et ils ont été constitués afin d'assurer une meilleure intégration des services. À l'intérieur des CISSS et CIUSSS, les CLSC ont comme mission d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants.

Dans le cadre du programme-services Dépendances, le CLSC offre des services d'accueil, de détection, d'intervention précoce, de désintoxication externe et de suivi pour le maintien à la méthadone. Ce programme regroupe les services destinés aux personnes qui ont des comportements à risque en ce qui concerne la consommation de psychotropes ou les jeux de hasard et d'argent, ou qui présentent des problèmes d'abus ou de dépendance. Il comprend aussi des services destinés aux familles et aux proches des personnes dépendantes.

Les femmes enceintes, les mères de jeunes enfants et les personnes ayant des problèmes de santé mentale font partie des clientèles spécialement ciblées par l'offre de service et qui doivent être systématiquement considérées. Ces personnes doivent être orientées de manière prioritaire vers les centres de réadaptation en dépendances (CRD) lorsqu'elles présentent un problème dont le niveau de gravité correspond à un diagnostic d'abus ou de dépendance.

Les professionnels du programme-services Dépendances du CLSC s'assurent de diriger les personnes vers les services spécialisés appropriés à leur besoin. Il est donc indiqué de diriger, en premier lieu, la femme enceinte vers le CLSC le plus près de chez elle :

www.sante.gouv.qc.ca/repertoire-ressources/clsc/

9.3 Services spécialisés

Centres de réadaptation en dépendance (CRD)

Ces centres, présents dans toutes les régions du Québec, offrent des services spécialisés aux personnes qui présentent des problèmes de dépendance, parmi lesquelles les femmes enceintes et les mères de jeunes enfants sont reçues en priorité. Les services offerts par les CRD sont les suivants :

- Programme régional d'évaluation spécialisée;
- Désintoxication externe intensive;
- Désintoxication avec hébergement;
- Réadaptation interne et externe (y compris le maintien à la méthadone);
- Réinsertion sociale;
- Soutien à l'entourage.

Des ressources privées ou communautaires certifiées offrant de l'hébergement en toxicomanie sont aussi présentes dans plusieurs régions du Québec.

Sur le site du ministère de la Santé et des Services sociaux, une page regroupe pour chaque région les ressources publiques et les ressources privées ou communautaires :

www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/dependances/

9.4 Centre des naissances du CHUM

Ce centre offre à la population des soins généraux, spécialisés et ultraspecialisés durant les périodes pré, per et postnatales. *Main dans la main* est un programme d'intervention qui offre un soutien à de futurs parents ayant une consommation abusive de substances. Pour de l'information, contactez Karine-Alexandra Lavandier au 514 890-8000, poste 35655.

9.5 Ressources pour répondre aux interrogations portant sur la consommation d'alcool pendant la grossesse

Centre IMAGE

Ce centre d'information québécois est destiné aux professionnels de la santé et offre des renseignements sur l'innocuité et les risques liés aux médicaments durant la grossesse et durant l'allaitement : 514 345-2333 ou www.image.chu-sainte-justine.org.

SAFERA

Le site web de cet organisme québécois présente de l'information sur le trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) ainsi que des ressources et du soutien pour les personnes qui sont atteintes de TSAF : (873) 559-1108 ou www.safera.net.

SAMHSA

Sur le site Web de cet organisme (Substance Abuse and Mental Health Services Administration), il y a de l'information en anglais sur le trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF, ou FASD en anglais). Vous pouvez y trouver des publications et des ressources visant à soutenir les personnes atteintes du TSAF et leur famille : www.samhsa.gov.

Centre de ressources Meilleur départ

Ce centre de ressources sur la maternité, les nouveau-nés et le développement des jeunes enfants de l'Ontario est l'un des principaux programmes de Nexus Santé, une organisation bilingue de promotion de la santé qui collabore avec divers partenaires pour construire des communautés saines, équitables et prospères. Le Centre de ressources Meilleur départ offre du soutien aux fournisseurs de services travaillant dans le domaine de la santé de la femme avant et pendant la grossesse, ainsi que dans celui du développement des jeunes enfants : www.fr.meilleurdepart.org/.

9.6 Ressource en nutrition périnatale

Nourrir la vie

Nourrir la vie est un site Web spécialisé offrant de l'information en nutrition périnatale. Son contenu est rédigé par l'équipe du Dispensaire diététique de Montréal, un organisme communautaire qui, depuis 1879, fournit chaque année un soutien nutritionnel et social à plus d'un millier de femmes enceintes financièrement démunies. Plus précisément, le site Web offre aux intervenants des organismes communautaires partout au Québec une boîte à outils comprenant un service virtuel gratuit d'information et de formation en nutrition périnatale : www.dispensaire.ca/outils/publications-produites-avec-des-partenaires/.

10 Lexique

Fente palpébrale : Distance entre les coins interne et externe de l'œil.

Malformations congénitales :

Anomalies morphologiques des organes, des membres ou des tissus présentes dès la naissance (héréditaires ou non).

Mortinaissance :

Naissance d'un enfant mort-né (pesant 500 g ou plus ou après une grossesse de 20 semaines ou plus).

Réflexe d'éjection :

Éjection active du lait hors de la glande mammaire sous l'influence de la contraction des cellules musculaires.

Sillon sous-nasal : Creux situé entre la lèvre supérieure et le nez.

Tératogène :

Susceptible de provoquer des malformations congénitales par son action sur le fœtus.

11 Références

- (1) AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2009). *Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*, Ottawa, Gouvernement du Canada.
- (2) WALKER, M. J., B. AL-SAHAB, F. ISLAM et H. TAMIM (2011). « The epidemiology of alcohol utilization during pregnancy: an analysis of the Canadian Maternity Experiences Survey (MES) », *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 11, p. 52.
- (3) CHENG, D., K. UDUHIRI et L. HURT (2011). « Alcohol consumption during pregnancy : Prevalence and provider assessment », *Obstetrics & Gynecology*, vol. 117, n° 2, p. 212-217.
- (4) NYKJAER, C., N. A. ALWAN, D. C. GREENWOOD, N. A. B. SIMPSON, A. W. M. HAY, K. L. M. WHITE et J. E. CADE (2014). « Maternal alcohol intake prior to and during pregnancy and risk of adverse birth outcomes: evidence from a British cohort », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 68, n° 6, p. 542-549.
- (5) RILEY, E. P., C. L. MCGEE et E. R. SOWELL (2004). « Teratogenic effects of alcohol: a decade of brain imaging », *American Journal of Medical Genetics*, vol. 127C, p. 35-41.
- (6) SPÉZIA, F. (2006). « Alcool, tabac et cannabis : revue des études de tératogénèse chez l'animal. », *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité*, vol. 34, p. 940-944.
- (7) HELLER, M., et L. BURD (2014). « Review of ethanol dispersion, distribution, and elimination from the fetal compartment », *Birth Defects Research Part A: Clinical and Molecular Teratology*, vol. 100, n° 4, p. 277-283.
- (8) KESMODEL, U., K. WISBORG, S. F. OLSEN, T. B. HENRIKSEN et N. J. SECHER (2002). « Moderate alcohol intake in pregnancy and the risk of spontaneous abortion », *Alcohol & Alcoholism*, vol. 37, n° 1, p. 87-92.
- (9) BAILEY, B. A., et R. J. SOKOL (2011). « Prenatal Alcohol Exposure and Miscarriage, Stillbirth, Preterm Delivery, and Sudden Infant Death Syndrome », *Alcohol Research & Health*, vol. 34, n° 1, p. 86-91.
- (10) ALIYU, M. H., R. E. WILSON, R. ZOOROB, S. CHAKRABARTYA, A. P. ALIO, R. S. KIRBY et H. M. SALIHU (2008). « Alcohol consumption during pregnancy and the risk of early stillbirth among singletons », *Alcohol*, vol. 42, n° 5, p. 369-374.
- (11) KESMODEL, U., K. WISBORG, S. F. OLSEN, T. B. HENRIKSEN et N. J. SECHER (2002). « Moderate alcohol intake during pregnancy and the risk of stillbirth and death in the first year of life », *American Journal of Epidemiology*, vol. 155, n° 4, p. 305-312.
- (12) SOKOL, R. J., J. J. JANISSE, J. M. LOUIS, B. N. BAILEY, J. AGER, S. W. JACOBSON et J. L. JACOBSON (2007). « Extreme prematurity : An alcohol-related birth effect », *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*, vol. 31, n° 6, p. 1031-1037.

- (13) PATRA, J., R. BAKKER, H. IRVING, V. W. V. JADDOE, S. MALINI et J. REHM (novembre 2011). « Dose-response relationship between alcohol consumption before and during pregnancy and the risks of low birth weight, preterm birth and small-size-for-gestational age (SGA) – A systematic review and meta-analyses », *Bjog*, vol. 118, n° 12, p. 1411-1421.
- (14) CAPUTO, C., E. WOOD et L. JABBOUR (1 juin 2016). « Impact of fetal alcohol exposure on body systems: A systematic review », *Birth Defects Research Part C: Embryo Today: Reviews*, p. n/a-n/a.
- (15) COOK, J. L., C. R. GREEN, C. M. LILLEY, S. M. ANDERSON, M. E. BALDWIN, A. E. CHUDLEY, J. L. CONRY, N. LEBLANC, C. A. LOOCK, J. LUTKE, B. F. MALLON, A. A. MCFARLANE, V. K. TEMPLE et T. ROSALES (16 février 2016). « Fetal alcohol spectrum disorder: a guideline for diagnosis across the lifespan », *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal De L'association Medicale Canadienne*, [en ligne], vol. 188, n° 3, p. 191-197, <<https://doi.org/10.1503/cmaj.141593>> (consulté le 6 juin 2016).
- (16) EUNJI, KIM (2013). « Alccol », dans *Grossesse et allaitement: guide thérapeutique*.
- (17) JACOBSON, J. L., et S. W. JACOBSON (1999). « Drinking moderately and pregnancy. Effects on child development. », *Alcohol Research and Health*, vol. 23, n° 1, p. 25-30.
- (18) SOCIÉTÉ DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS DU CANADA (2010). « Directive clinique de consensus sur la consommation d'alcool et la grossesse », *Journal d'obstétrique et de gynécologie du Canada*, vol. 32, n° 8, p. S1-S2.
- (19) ALSHAARAWY, O., N. BRESLAU et J. C. ANTHONY (2016). « Monthly Estimates of Alcohol Drinking During Pregnancy: United States, 2002–2011 », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 77, n° 2, p. 272-276.
- (20) CHARNESS, M. E., E. P. RILEY et E. R. SOWELL (2016). « Drinking During Pregnancy and the Developing Brain: Is Any Amount Safe? », *Trends in Cognitive Sciences*, vol. 20, n° 2, p. 80-82.
- (21) *Guidelines for pregnancy: What's an acceptable risk, and how is the evidence (finally) shaping up? - O'LEARY - 2011 - Drug and Alcohol Review - Wiley Online Library*, <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1465-3362.2011.00331.x/abstract?userIsAuthenticated=false&deniedAccessCustomisedMessage=>>> (consulté le 21 juin 2016).
- (22) NICLASEN, J. (mai 2015). « Prenatal exposure to alcohol and the developing fetus: methodological issues », *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, vol. 122, n° 6, p. 770-772.
- (23) MUKHERJEE, R. A. S., S. HOLLINS, M. T. ABOU-SALEH et J. TURK (2005). « Low level alcohol consumption and the fetus », *British Medical Journal*, vol. 330, p. 375-376.
- (24) PARKES, T., N. POOLE, A. SALMON, L. GREAVES et C. URQUHART (2008). *Double exposure: A better practices review on alcohol interventions during pregnancy*, [en ligne], <<http://bccwh.bc.ca/wp-content/uploads/2014/08/Double-Exposure.pdf>> (consulté le 28 septembre 2016).

- (25) FERREIRA, E., B. MARTIN, C. MORIN et CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SAINTE-JUSTINE (2013). *Grossesse et allaitement: guide thérapeutique*.
- (26) ETHERINGTON, J. M. (novembre 1996). « Emergency management of acute alcohol problems. Part 1: Uncomplicated withdrawal », *Canadian Family Physician Médecin De Famille Canadien*, vol. 42, p. 2186-2190.
- (27) SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (2012). « L'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale - Soins de nos enfants », <http://www.soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/fetal_alcohol_spectrum_disorder> (consulté le 28 septembre 2016).
- (28) AUDET, C., N. APRIL, L. GUYON, M. DE KONINCK et INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (dir.) (2006). *Représentations de la consommation d'alcool pendant la grossesse et perceptions des messages de prévention chez les femmes enceintes*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec.
- (29) HAASTRUP, M. B., A. POTTEGÅRD et P. DAMKIER (2014). « Alcohol and Breastfeeding », *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*, vol. 114, n° 2, p. 168-173.
- (30) KOREN, G. (2002). « Drinking alcohol while breastfeeding. Will it harm my baby? », *Canadian Family Physician*, vol. 48, p. 39-41.
- (31) MENNELLA, J. (2001). « Alcohol's effect on lactation », *Alcohol Research and Health*, vol. 25, n° 3, p. 230-234.
- (32) MENNELLA, J., Y. PEPINO et K. TEFF (2005). « Acute alcohol consumption disrupts the hormonal milieu of lactating women », *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, vol. 90, n° 4, p. 1979-1985.
- (33) COBO, E. (1973). « Effect of different doses of ethanol on the milk-ejecting reflex in lactating women », *American journal of obstetrics and gynecology*, vol. 115, n° 6, p. 817.
- (34) Butt, P., D. Beirness, F. Gliksman, C. Paradis et T. Stockwell. (2011). « L'alcool et la santé au Canada : résumé des données probantes et recommandations de consommation à faible risque », Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Ottawa (Ontario). <https://www.ccsa.ca/fr/lalcool-et-la-sante-au-canada-resume-des-donnees-probantes-et-directives-de-consommation-faible>

Centre d'expertise
et de référence

www.inspq.qc.ca