



**DÉCLARATION CONJOINTE :**  
Prévention du syndrome d'alcoolisme foetal (SAF) et  
des effets de l'alcool sur le fœtus (EAF) au Canada

octobre 1996

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes  
à maintenir et à améliorer leur état de santé.  
*Santé Canada*

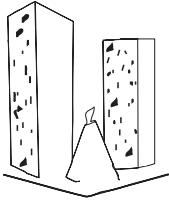
Santé Canada tient à remercier la **Société  
canadienne de pédiatrie**, qui a assuré la  
coordination et la supervision de ce projet.

Toute modification est interdite. Peut être  
reproduit sans autorisation.

Also available in English under the title: *Joint Statement:  
Prevention of Fetal Alcohol Syndrome (FAS) and Fetal  
Alcohol Effects (FAE) in Canada.*

Cat.: H39-348/1996F  
ISBN: 0-662-80842-8

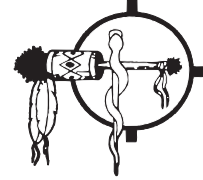
# C o-signataires



Association nationale des centres d'amitié



Société canadienne de pédiatrie



Native Physicians Association in Canada



Institut canadien de la santé infantile



Saskatchewan Institute on Prevention of Handicaps



CCSA - CCLAT  
Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies



Collège canadien de généticiens médicaux



Conseil canadien de la santé multiculturelle



Association canadienne de santé publique



Commission de la santé de l'Assemblée des Premières Nations



Association médicale canadienne



ᑭᓄᓄᓄ ᓄᓄᓄ ᓄᓄᓄᓄᓄᓄ  
PAUKTUUTIT



Inuit Women's Association



Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada



Collège des médecins de famille du Canada



Association des infirmières et infirmiers du Canada

## Introduction

Le syndrome d'alcoolisme fœtal est reconnu comme étant l'une des principales causes évitables de malformations congénitales et de retard de développement infantile au Canada.

Pour faire face à cet important problème de santé publique, les associations nationales qui représentent les milieux de la médecine, des sciences infirmières et des sages-femmes, les groupes autochtones et multiculturels et d'autres organismes réputés pour leurs travaux sur le SAF et les EAF ont mis au point et appuient cette *Déclaration conjointe sur la prévention du syndrome d'alcoolisme fœtal et des effets de l'alcool sur le fœtus au Canada* (voir la liste des co-signataires ci-jointe).

Cette déclaration vise à offrir des données factuelles pertinentes qui orienteront les professionnels de la santé appelés à traiter ou à conseiller les femmes, leur partenaire et leur famille concernant la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Aucun groupe, organisme, ministère ou niveau de gouvernement ni aucune collectivité ne peuvent s'attaquer efficacement à ce problème. Des efforts concertés sont nécessaires puisque chacun a intérêt à trouver des solutions à ce problème complexe.

## Définitions

Le syndrome d'alcoolisme fœtal, ou SAF, est une entité clinique qui englobe une série d'anomalies associées à la consommation d'alcool pendant la grossesse. Le diagnostic du SAF chez un enfant doit reposer au moins sur les critères suivants :

- retard de croissance prénatal et/ou postnatal;
- atteinte du système nerveux central, par exemple, anomalies neurologiques, retards de développement, troubles du comportement, troubles d'apprentissage ou autres déficits intellectuels et malformations cérébrales;

- traits faciaux caractéristiques : raccourcissement des fentes palpébrales, minceur de la lèvre supérieure, aplatissement de la région maxillaire et sillon mal dessiné entre la lèvre supérieure et le nez (il faut se garder de confondre ces traits avec ceux que l'on retrouve normalement chez divers groupes raciaux).

La désignation «effets possibles de l'alcool sur le fœtus» (EAF) indique que l'alcool est considéré comme l'une des causes possibles de malformations congénitales chez un enfant.<sup>1</sup> Cette expression sert à décrire les enfants ayant été exposés à l'alcool avant la naissance, mais qui ne présentent que quelques caractéristiques du SAF, entre autres, un retard ou un ralentissement de la croissance, des malformations congénitales simples ou des troubles d'apprentissage et de comportement qui, dans certains cas, ne deviennent apparents que dans les mois ou les années suivant la naissance.

L'exposition à l'alcool avant la naissance peut entraîner des troubles de développement chroniques sous forme de SAF ou d'EAF possibles. S'il n'existe pas de statistiques concernant l'ampleur du phénomène du SAF et des EAF au Canada, on estime que dans les pays industrialisés, un à trois enfants sur 1 000 seront atteints du SAF à la naissance (Coles, 1993; Quinby et Graham, 1993). Le taux d'enfants touchés par des EAF à la naissance pourrait être beaucoup plus élevé. Il s'agit sans doute là de chiffres prudents, vu qu'il est difficile de calculer la fréquence d'une malformation congénitale qui (1) ne se détecte pas facilement à la naissance; (2) peut être confondue avec d'autres problèmes de santé et (3) doit être diagnostiquée au moyen d'un examen physique et à la lumière des antécédents médicaux du sujet, et non pas par un test de laboratoire.

---

1. La désignation EAF est souvent utilisée à tort pour caractériser une malformation congénitale jugée moins grave que le SAF; l'adjonction du mot «possible» introduit une nuance en indiquant que le lien entre l'alcool et l'anomalie constatée n'est pas établi avec certitude, ce qui restreint l'utilisation de cette expression potentiellement ambiguë (Sokol et Clarren, 1989).

L'alcool est un agent tératogène connu qui, par son action sur la croissance et la formation normale de l'organisme et du cerveau du fœtus, peut provoquer des malformations congénitales (Olson, 1992). Il peut avoir des effets dommageables sur le fœtus à n'importe quel stade de la grossesse, et non pas seulement au cours du premier trimestre. L'alcool absorbé par la femme enceinte traverse rapidement la barrière placentaire, de sorte qu'on retrouve dans le sang du fœtus une concentration d'alcool équivalente à celle observée chez la mère. Le cerveau et le système nerveux central de l'enfant à naître sont particulièrement sensibles à l'exposition prénatale à l'alcool.

Les risques de SAF sont plus élevés en cas de consommation continue ou importante d'alcool pendant la grossesse (Streissguth, 1989; Olsen, 1992).<sup>2</sup> Le phénomène a également été associé à des cas de consommation intermittente ou à des épisodes d'intoxication. D'autres études (Streissguth, 1990; Day, 1994; Jacobson, 1994) ont montré que les enfants nés de mères ayant consommé un verre ou deux par jour ou, à l'occasion, cinq verres ou plus à la fois, présentent des risques accrus de troubles d'apprentissage et d'autres troubles cognitifs et comportementaux.<sup>3</sup>

Malgré tout, il n'existe aucune information définitive que l'on puisse communiquer aux femmes concernant la quantité d'alcool qui peut être consommée sans risque au cours de la

grossesse. Par conséquent, *par mesure de prudence, les femmes qui sont enceintes ou qui pourraient le devenir devraient choisir de s'abstenir de boire.*

## Efforts de prévention

De toute évidence, la prévention est la première mesure de défense contre les effets de l'alcool au cours de la grossesse. Elle devrait comprendre les éléments suivants :

- **Prévention primaire** – mesures qui empêchent l'apparition d'un éventuel problème de santé. Dans le cas du SAF et des EAF, il s'agit d'informer la population, surtout les jeunes, des dangers de la consommation d'alcool pendant la grossesse et, de manière plus générale, de tenir compte des déterminants de la santé.
- **Prévention secondaire** – mesures visant à reconnaître les sujets à risque. Les stratégies de prévention secondaire devraient comprendre les programmes de dépistage et d'intervention précoce et la prestation de services aux femmes enceintes et à celles qui sont en âge de procréer et qui sont susceptibles de mettre au monde un enfant atteint du SAF ou d'EAF.
- **Prévention tertiaire** – mesures destinées à prévenir la récurrence du phénomène par le biais du traitement et par des efforts visant à atténuer les effets cognitifs, comportementaux et sociaux du SAF et des EAF. Les stratégies de prévention tertiaire devraient comprendre le diagnostic et les programmes spécialement conçus pour les enfants atteints de SAF ou des EAF et pour ceux et celles qui en prennent soin, ainsi que les interventions auprès des femmes et de leur partenaire qui ont déjà un enfant atteint du SAF ou des EAF et qui prévoient avoir d'autres enfants.

Comme les femmes enceintes sont généralement réceptives à l'idée de surveiller leur consommation d'alcool pendant leur grossesse, le professionnel de la santé se voit offrir une excellente occasion de promouvoir des changements de comportement. La

2. Selon la définition qu'en donne le U.S. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), une consommation importante d'alcool renvoie à deux verres ou plus par jour ( $\geq 2$  consommations/jour) et une consommation modérée, à un verre ou deux par jour (1-2 consommations/jour). Ces valeurs étant calculées à partir d'une consommation hebdomadaire moyenne, il est possible qu'elles rendent davantage compte d'épisodes de consommation abusive que d'une consommation quotidienne (Jacobson, 1994).

3. Une consommation renvoie au volume d'une boisson moyenne qui contient 13,6 g ou 17 mL d'alcool absolu (AA). C'est la concentration que l'on retrouve dans une bouteille de bière de 12 oz (341 mL), cinq onces (142 mL) de vin ou 1,5 oz (43 mL) d'alcool à 80°.

détection précoce de la consommation d'alcool chez les femmes enceintes et les conseils judicieux dispensés à ces dernières sont les pierres angulaires du traitement. Les professionnels de la santé peuvent jouer un rôle clé dans la réduction des risques associés à la consommation d'alcool au cours de la grossesse.

## Recommandations

Le SAF et les EAF peuvent être prévenus. C'est dans cette optique qu'ont été élaborées les recommandations suivantes :

1. Les efforts de prévention devraient être dirigés vers les femmes avant et pendant la période de la procréation, de même que vers les personnes qui ont de l'influence sur elles, entre autres, leur partenaire, leur famille et les membres de la collectivité. Tous les efforts doivent ***tenir compte de la famille et du milieu culturel***, autrement dit, cibler aussi bien la femme enceinte que son partenaire et son milieu familial dans le contexte de la collectivité à laquelle ils appartiennent. De plus, ils doivent ***reposer sur une démarche intégrée***, en d'autres termes, mobiliser tous les services que suppose la prise en compte des besoins souvent complexes de ces femmes sur les plans social, économique et affectif.
2. Il y a lieu de diffuser auprès de tous les professionnels de la santé de l'information concernant les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse afin de faciliter le dépistage précoce des comportements à risque et l'intervention précoce.
3. Il faudrait étendre et évaluer les programmes de formation continue destinés aux professionnels de la santé et conçus pour leur permettre d'améliorer leurs compétences en counselling, de façon à ce qu'ils puissent inciter et aider les buveurs et buveuses à risque à modifier leur comportement. Par ailleurs, les professionnels de la santé devraient se familiariser avec les ressources qui existent dans leur collectivité pour inciter et aider les buveurs et buveuses à risque à modifier leur comportement.
4. Les professionnels de la santé qui travaillent auprès des membres et des responsables des collectivités doivent transmettre aux femmes et à leur partenaire un message uniforme, à savoir qu'il est plus prudent de s'abstenir de boire pendant la grossesse.
5. Les professionnels de la santé ont un rôle essentiel à jouer en repérant les femmes dont la consommation d'alcool présente un risque pour le fœtus et pour elles-mêmes. Il faudrait appliquer des méthodes de dépistage<sup>4</sup> pour déterminer quelles sont les femmes qui risquent de consommer de grandes quantités d'alcool avant et durant la grossesse. De même, les professionnels de la santé se doivent d'informer les femmes à risque, d'intervenir de façon positive et d'orienter l'intéressée vers les services appropriés.
6. Il faudrait que les services de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies tiennent compte des besoins des femmes dans la planification de leurs programmes, notamment en ce qui concerne les services de transport et de garderie. Les centres de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies devraient accorder la priorité aux femmes enceintes qui s'adressent à eux.
7. Les professionnels de la santé devraient informer les femmes ayant consommé à l'occasion de faibles quantités d'alcool dans leur grossesse que le risque pour le fœtus, pendant la plupart des cas, est sans doute très faible. Ils devraient informer les femmes que le risque dépend de la quantité d'alcool consommée, de la morphologie, de la santé nutritionnelle et d'autres facteurs liés au mode de vie de la future mère. Ils devraient informer les femmes déjà exposées au risque que le fait de cesser de boire à n'importe quel stade de la grossesse sera bénéfique pour le fœtus comme pour elles-mêmes.

4. Les méthodes de dépistage actuellement en usage incluent les méthodes CAGE, T-ACE et TWEAK (Offord et Craig, 1994; Russell, 1994). Ces méthodes prévoient l'emploi d'un questionnaire succinct, conçu pour dépister les buveurs et buveuses à risque.

8. Les professionnels de la santé, incluant les omnipraticiens, les pédiatres et les autres professionnels à qui sont adressés les enfants devraient chercher à être mieux sensibilisés à la question de la consommation d'alcool pendant la grossesse de façon à pouvoir aider à déterminer les causes possibles de malformations congénitales et d'autres troubles du développement ainsi qu'à reconnaître et à prévenir les risques possibles lors des grossesses à venir.
9. Les chercheurs et les intervenants en santé doivent être en communication constante pour trouver et évaluer les moyens de prévention primaire, secondaire et tertiaire les plus efficaces dans la lutte contre le SAF et les EAF.

## Conclusion

La consommation d'alcool pendant la grossesse est un problème de santé d'intérêt national. Les professionnels de la santé des quatre coins du Canada ont la responsabilité de trouver et de mettre en oeuvre des stratégies de prévention qui auront pour effet de réduire l'incidence du SAF et des EAF.

## Bibliographie

- Aase JM. «Clinical Recognition of FAS: Difficulties of Detection and Diagnosis.» *Alcohol, Health and Research World*, 1994; 18: 5-9.
- Aase JM, Jones KL et Clarren SK. «Do We Need the Term 'FAE'?» *Pediatrics*, 1995; 95: 428-430
- Abel EL, Sokol RJ. «Incidence of fetal alcohol syndrome and economic impact of FAS-related anomalies.» *Drug Alcohol Depend*, 1987; 19: 51-70.
- Alpert JJ, Zuckerman B. «Alcohol use during pregnancy: What is the risk?» *Pediatrics in Review*, 1991; 12(12): 375-381.
- American Academy of Pediatrics. «Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effects.» *Pediatrics*, 1993, 91: 1004-1006.
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Groupe de travail national sur la politique. «Le syndrome d'alcoolisme fœtal : un problème de santé infantile et familiale.» Ottawa : CCLAT, 1994.
- Coles C. «Impact of prenatal alcohol exposure on the newborn and the child.» *Clin Obstet Gynaecol*, 1993; 36: 255-266.
- Day NL, Richardson GA. «Comparative Teratogenicity of Alcohol and Other Drugs.» *Alcohol Health and Research World*, 1994; 18(1): 42-.
- Eliany M, Giesbrecht N, Nelson M et coll. *La consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes Canadiens : rapport technique de l'enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues*. Ottawa : Santé et Bien-être social Canada, 1992.
- Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*. Ottawa : Santé Canada, 1994.
- Hingson R, Alpert JJ, Day N et coll. «Effects of maternal drinking and marijuana use on fetal growth and development.» *Pediatrics*, 1982; 70: 539-546.
- Jacobson JL, Jacobson SW. «Prenatal Alcohol Exposure and Neurobehavioral Development: Where Is the Threshold?» *Alcohol Health and Research World*, 1994; 18(1): 30-.
- Jacobson SW, Jacobson JL, Sokol RJ et coll. «Prenatal alcohol exposure and infant information processing ability.» *Child Dev*, 1993; 64(6): 1706-21.

Kaminski M, Rumeau C, Schwartz D. «Alcohol consumption in pregnant women and the outcome of pregnancy.» *Alcoholism*, 1978; 2(2): 155-63.

Lumley J, Correy JF, Newman NM et coll. «Cigarette smoking, alcohol consumption and fetal outcome in Tasmania 1981-82.» *Austr NZ J Obstet Gynaec*, 1985; 25(1): 33-40.

Offord D, Craig D. «Prévention primaire du syndrome d'alcoolisme fœtal.» *Guide canadien de médecine clinique préventive*. Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, 1994; p. 60 à 71.

Olsen, J. Recommendations. «A European Concerted Action: Maternal Alcohol Consumption and its Relation to the Outcome of Pregnancy and Child Development at 18 months.» *International Journal of Epidemiology*, 1992; 21: S82-83.

Olson HC, Burgess DM, Streissguth AP. «Fetal Alcohol Syndrome (FAS) and Fetal Alcohol Effects (FAE): a lifespan view, with implications for early intervention.» *ZERO TO THREE/National Center for Clinical Infant Programs*, 1992; 13(1): 24-29.

Pietrantonio M, Knuppel RA. «Alcohol use in pregnancy.» *Clin Perinatol*, 1991; 18(1): 93-111.

Quinby PM, Graham AV. «Substance abuse among women.» *Prim Care*, 1993; 20: 31-139.

Russell M. «New Assessment Tools for Risk Drinking During Pregnancy: T-ACE, TWEAK, and Others.» *Alcohol Health and Research World*, 1994, 18(1): 55-.

Sokol RJ, Clarren SK. «Guidelines for use of terminology describing the impact of prenatal alcohol exposure on the offspring.» *Alcohol Clin Exp Res*, 1989; 13(4): 597-598.

Streissguth AP, Barr HM et Sampson PD. «Moderate prenatal alcohol exposure: Effects on child IQ and learning problems at age 7 and one half years.» *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 1990; 14(5): 662-669.

Streissguth AP, Barr HM, Sampson PD, Darby BL et Martin DC. «I.Q. at age 4 in relation to maternal alcohol use and smoking during pregnancy.» *Developmental Psychology* 1989; 25: 3-11.

USD, HHS, NIH, *8th Special Report to US Congress on Alcohol and Health*, September 1993; Chapter 9, pp. 203-232.

## Liste des co-signataires

Association canadienne de santé publique / Canadian Public Health Association

Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada / Aboriginal Nurses of Canada

Association des infirmières et infirmiers du Canada / Canadian Nurses Association

Association médicale canadienne / Canadian Medical Association

Association nationale des centres d'amitié / National Association of Friendship Centres

BC FAS Resource Society

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies / Canadian Centre on Substance Abuse

Collège canadien de généticiens médicaux / Canadian College of Medical Geneticists

Collège des médecins de famille du Canada / College of Family Physicians of Canada

Commission de la santé de l'Assemblée des Premières Nations / Assembly of First Nations Health Commission

Conseil canadien de la santé multiculturelle / Canadian Council on Multicultural Health

Confédération canadienne des sages-femmes / Canadian Confederation of Midwives

Institut canadien de la santé infantile / Canadian Institute of Child Health

Native Physicians Association in Canada

Newborn Follow Up Program, Health Sciences Centre (Manitoba)

Pauktuutit, Inuit Women's Association

Saskatchewan Institute on Prevention of Handicaps

Société canadienne de pédiatrie / Canadian Paediatric Society