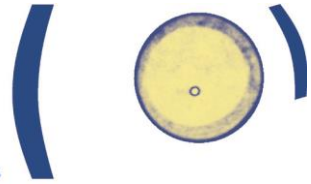


Schweizerischer Hebammenverband
Fédération suisse des sages-femmes
Federazione svizzera delle levatrici
Federaziun svizra da las spendreras



**Recommandations de bonne pratique (Guideline)
pour le dépistage et le conseil en matière de
consommation de tabac et d'alcool avant,
pendant et après la grossesse**

Table des matières

1. Introduction et buts des recommandations

- 1.1 Aperçu de la problématique
- 1.2 Rôle et tâches de la sage-femme
- 1.3 Délimitation et définition des termes
- 1.4 Destinataires

2. Effets de la consommation de tabac et d'alcool

- 2.1 Consommation de tabac et/ou d'alcool avant la grossesse
- 2.2 Consommation de tabac pendant la grossesse
- 2.3 Tabac et allaitement
- 2.4 Tabagisme en présence d'enfants
- 2.5 Consommation d'e-cigarettes
- 2.6 Consommation d'alcool pendant la grossesse
- 2.7 Alcool et allaitement
- 2.8 Tabac et alcool comme facteurs de risque de la mort subite du nourrisson

3. Dépistage et techniques d'intervention pour le conseil et le soutien

- 3.1 Dépistage de la consommation de tabac et d'alcool
- 3.2 Efficacité des interventions brèves lors de consommation de tabac ou d'alcool
- 3.3 Description des techniques d'intervention brèves pour le conseil et le soutien des femmes enceintes et des accouchées qui consomment du tabac et/ou de l'alcool
 - 3.3.1 Le modèle des stades du changement comportemental
 - 3.3.2 La méthode des 5 A
 - 3.3.3 L'entretien motivationnel
- 3.4 Thérapie de substitution nicotinique pour femmes enceintes
- 3.5 Prévention des rechutes
- 3.6 Indications sur le temps nécessaire pour le dépistage et le conseil

4. Synthèse des recommandations

5. Validité

6. Auteur-e-s, travail de synthèse, sponsors

7. Bibliographie

- 7.1 Pondération et gradation
- 7.2 Références

8. Annexes

Annexe 1: Le modèle des stades du changement comportemental

Annexe 2: La méthode des 5 A

- 2.1 Mise en œuvre des 5 A chez les fumeuses
- 2.2 Mise en œuvre des 5 A lorsque les parents exposent leur/s enfant/s à la fumée passive
- 2.3 Mise en œuvre des 5 A lors de consommation d'alcool

Annexe 3: Dépistage

- 3.1 Questions sur la consommation d'alcool
- 3.2 Questions sur le tabagisme
- 3.3 Questionnaire Fagerström

Annexe 4: L'entretien motivationnel

Annexe 5: Fluxogramme

5.1 Arbre décisionnel pour les recommandations de bonne pratique dans la prévention du tabagisme

5.2 Arbre décisionnel pour les recommandations de bonne pratique dans la prévention de la consommation d'alcool

5.3 Informations complémentaires : service spécialisés externes et liens utiles

Annexe 6: Travaux publiés par les auteur-e-s sur le sujet

1. Introduction et buts des recommandations

1.1 Aperçu de la problématique

Le tabagisme et la consommation d'alcool pendant la grossesse constituent les principaux risques qui peuvent être évités lors du développement prénatal. Jusqu'à ce jour, les nombreuses recherches scientifiques menées sur les méfaits du tabac et de l'alcool pendant la grossesse n'ont pas permis de déterminer un seuil au-dessous duquel la consommation serait sans risque (Flak et al., 2014 ; Huizink & Mulder, 2006). L'exposition à la fumée passive représente également une nuisance importante avec des conséquences néfastes pour la santé du fœtus et de l'enfant (Farber et al., 2015 ; BAG, 2012). Bien que la consommation de cigarettes et d'alcool soit nettement inférieure chez les femmes enceintes que chez les autres femmes du même âge, il existe des preuves que la consommation est plus élevée au cours du premier trimestre que durant le deuxième ou le troisième trimestre (Colvin et al., 2007). Une étude mandatée par l'Office fédéral de la santé publique (Grob & Lemola, 2005), menée auprès de 458 femmes de 14 cantons de Suisse alémanique et de Suisse romande, a abouti aux taux de prévalence suivants :

- 10,9% fument des cigarettes (en moyenne cinq par jour)
- 9,4% ont cessé de fumer pendant leur grossesse
- 13,2% consomment des boissons alcoolisées au moins deux à quatre fois par mois
- 1,7% boivent deux à trois fois par semaine
- 2,1% ont bu au moins une fois pendant leur grossesse quatre verres d'alcool ou plus

Concernant le tabagisme, la Suisse se trouve ainsi dans la moyenne des pays européens (Zeitlin et al., 2013). Etant donné les risques menaçant l'enfant et la mère, il est du devoir des professionnels de la santé d'informer les femmes enceintes et les accouchées de manière exhaustive et de les encourager à renoncer à fumer ou à boire de l'alcool. Or une enquête représentative financée par l'Office fédéral de la santé publique et effectuée auprès des mères au printemps 2014 a montré que cette tâche n'est pas toujours accomplie. Les thèmes « tabagisme » et « consommation d'alcool durant la grossesse » n'ont pas été abordés chez près d'un tiers des femmes enceintes (Dravta et al., 2014).

1.2 Rôle et tâches de la sage-femme

La protection et la promotion de la santé et du bien-être des adolescents, des jeunes enfants et des enfants à naître sont au centre des préoccupations des Nations unies en matière de droits de l'enfant et font partie intégrante du projet SANTE 21 de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé, OMS ; World Health Organization, WHO ; Statement of the European Alcohol and Health Forum, 2009). L'EMA (*European Midwives Association*) est solidaire de cette déclaration et engage ses associations membres à l'appliquer activement (Statement of European Midwives Association on Alcohol, 2008). Selon la feuille de route pour une mise en application efficace de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans la Région européenne (2015-2025) (OMS, 2015), il s'agit en particulier de fournir une aide ciblée au sevrage tabagique chez les femmes enceintes et les parents d'enfants en bas âge [article 14 (1)]. Cela signifie que les professionnels de la santé ont l'obligation d'accompagner et de conseiller efficacement les femmes avant, pendant et après la grossesse afin de limiter et/ou de prévenir les méfaits d'une consommation de tabac et d'alcool. En réponse à cette décision de principe, des recommandations destinées aux professionnels de la santé en matière de conseils aux femmes enceintes ont été élaborées dans divers pays européens. A titre d'exemple, on peut mentionner les présentes recommandations de la Fédération suisse des sages-femmes (FSSF) ainsi que la Public Health Guidance 26 « How to stop smoking in

pregnancy and following childbirth » du National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) du Royaume-Uni (NICE, 2010).

Les études montrent que les professionnels de la santé, en particulier les sages-femmes, jouent un rôle important dans l'information faite aux femmes enceintes à propos des risques de la consommation de tabac et d'alcool pour l'enfant à naître (Chamberlain et al., 2013). Les femmes enceintes font confiance aux sages-femmes et adaptent leur hygiène de vie à leurs recommandations (Herbert & Sykes, 2012 ; Lemola et al., 2013). Or, il n'est pas toujours facile pour les professionnels de conseiller les femmes sur leurs habitudes de consommation et de les assister lorsqu'elles entreprennent de les modifier. Le manque de temps ou de formation, voire la peur de blesser, sont souvent à l'origine des réticences à aborder directement les questions de consommation (notamment d'alcool ; Diekman et al., 2000 ; Lemola et al., 2013).

C'est à la sage-femme que revient la tâche de questionner, d'informer de manière ciblée, de conseiller et de soutenir les femmes et leur partenaire/famille sur la base de recommandations unifiées.

Les présentes recommandations de bonne pratique traitent

- des risques pour le fœtus, le nouveau-né et le nourrisson, consécutifs à la consommation de tabac et d'alcool par la mère pendant la grossesse, le post-partum et l'allaitement ;
- des techniques d'intervention possibles en termes de conseil et de soutien aux femmes enceintes et accouchées.

Ces recommandations de bonne pratique ont pour but

1. d'harmoniser l'information sur les dangers liés à la consommation de tabac et/ou de l'alcool avant, pendant et après la grossesse et si possible de garantir un accompagnement continu par les sages-femmes ; cette information a pour but :
 - a. de renseigner les femmes sur les risques de la consommation de tabac et d'alcool selon l'état actuel des connaissances scientifiques et, ce faisant, de les soutenir dans la prise d'une décision éclairée sur le comportement à adopter en matière de consommation.
 - b. d'inciter les femmes à cesser de fumer ou à réduire leur consommation de cigarettes ;
 - c. d'inciter les femmes à mettre fin à une consommation d'alcool problématique ou à la réduire ;
 - d. d'encourager les parents qui, pendant la grossesse, ont cessé de fumer et/ou de consommer de l'alcool à dose problématique à ne pas en reprendre l'habitude après la naissance (prophylaxie des rechutes).
2. d'informer les parents sur la nocivité du tabagisme passif pour l'enfant.
3. de donner aux sages-femmes des outils utiles pour la mise en œuvre journalière des mesures de dépistage et de conseils en cas de consommation de cigarettes et d'alcool avant, pendant et après la grossesse. Les recommandations et leur utilisation sont à intégrer dans la formation de base des sages-femmes ainsi que dans leur formation continue.

1.3 Délimitation et définition des termes

Ces recommandations de bonne pratique traitent de l'impact de la consommation de substances légales telles que boissons alcoolisées et cigarettes en période de maternité.

La consommation de tabac désigne essentiellement la cigarette, d'où le terme de « consommation de cigarettes ». Mais elle comprend aussi la pipe, le cigare, le narguilé et le tabac à chiquer. La consommation au moyen d'e-cigarettes sera traitée séparément au chapitre 2.5.

Le terme « consommation d'alcool » englobe l'absorption de vin, de bière, de spiritueux, de vin mousseux et d'alco pops ; la teneur en alcool (alcoolémie) de ces boissons est très variable. La recherche et la prévention en matière d'alcool définit souvent la quantité d'alcool en verres, sous-entendu « verres standard ». Un verre standard servi dans un restaurant contient entre 10 et 12 grammes d'éthanol pur (voir l'illustration p.10), alors que dans un lieu non commercial, la quantité servie est différente. Chez les femmes, l'alcool a des effets plus prononcés, car il est éliminé plus lentement que chez les hommes (Frezza et al., 1990).

Les éléments suivants ne sont pas traités dans le présent guide :

- les comorbidités de la consommation d'alcool et/ou de cigarettes chez la femme elle-même ;
- les dommages qui pourraient résulter de la consommation exclusive de cannabis ou d'autres substances illégales chez la femme et chez l'enfant ; lorsque le cannabis est fumé en combinaison avec du tabac, ce qui est généralement le cas, on peut recourir aux recommandations concernant la consommation de tabac.

1.4 Destinataires

La présente recommandation s'adresse en premier lieu à des sages-femmes actives dans différents domaines (sages-femmes indépendantes, sages-femmes salariées, sages-femmes étudiantes, sages-femmes en formation, etc.) et à divers autres professionnels de la santé qui conseillent et soutiennent les femmes avant, pendant et après leur grossesse ainsi que leur famille.

2. Effets de la consommation de tabac et d'alcool

2.1 Consommation de tabac et/ou d'alcool avant la grossesse

Fumer des cigarettes et consommer des boissons alcoolisées peut influencer la reproductivité des femmes et des hommes. Le tabagisme diminue la fertilité naturelle de la femme, dans la mesure où les substances toxiques absorbées ont un effet anti-œstrogène qui réduit le nombre de follicules en maturation et contrarie la progression des spermatozoïdes dans la glaire cervicale (Zenzes et al., 1997). Dans le cas de la procréation assistée (fertilisation in vitro), le risque de fausse couche est augmenté de 28% chez les fumeuses par rapport aux non-fumeuses (Firns et al., 2015 ; Lintsen and al., 2005). L'alcool augmente la synthèse ostrogénique et le cycle menstruel peut se trouver perturbé par des phénomènes d'anovulation et d'endométriose. Une consommation « modérée » de 3 à 5 verres par semaine peut déjà provoquer une baisse de la fertilité et une fausse couche (Bailey & Sokol, 2011). Chez les hommes, le tabac peut entraîner une diminution de la qualité du sperme (effet délétère sur la quantité, la mobilité et la morphologie des spermatozoïdes ; Taymour, 2010). La consommation excessive d'alcool a aussi un effet toxique sur les testicules (oligospermie ou azospermie ; Condorelli et al., 2015).

Le tabac et d'alcool limitent fortement la probabilité de concevoir un enfant. Si les deux partenaires en consomment, leur fertilité se réduit de plus de 50% (Hassan & Killick, 2004). Une modification en conséquence de l'hygiène de vie peut contribuer à augmenter la probabilité d'une grossesse.

De récentes recherches montrent que la consommation d'alcool et de tabac par le père avant la conception joue un rôle non seulement dans la probabilité de la conception mais aussi, par des modifications épigénétiques, sur la santé future de l'enfant (Condorelli et al., 2015 ; Finegersh et al., 2014 ; Soubry, 2015 ; Stuppia et al., 2015). De là découle l'importance de signaler, surtout lors de conseil préconceptionnel (p. ex. dans la planification familiale), que non seulement la femme, mais aussi l'homme devrait réfléchir à son comportement de consommation.

2.2 Consommation de tabac pendant la grossesse

La nicotine traverse le placenta rapidement et les quantités de nicotine mesurées chez le fœtus sont supérieures de 15% à celles mesurées chez la mère (Walker et al., 1999). Des études sur des animaux démontrent la toxicité de la nicotine pendant la période fœtale, toxicité qui peut entraver le développement du système nerveux et provoquer des changements durables pour toute la vie (Abreu-Villaca et al., 2004). Les manifestations se caractérisent par des problèmes d'apprentissage et de mémoire (Steckler & Saghal, 1995). D'autres effets nocifs sur le fœtus sont une déficience nutritive en raison de l'altération de la fonction placentaire (Salihi & Wilson, 2007), l'oxygénation insuffisante des cellules nerveuses due à une teneur élevée de monoxyde de carbone dans le sang (Rougemont et al., 2002) et des modifications épigénétiques pouvant affecter le développement du cerveau (Knopik et al., 2012). Même la consommation de 1 à 5 cigarettes par jour est liée p. ex. à un poids réduit à la naissance (Voigt et al., 2006). Le tabagisme est l'une des importantes causes évitables d'un faible poids de naissance et de la mortalité infantile (Donofrio et al., 2014 ; Johansson et al., 2009). La fumée passive¹, elle aussi, est liée à une augmentation de risques pour l'enfant. Selon une méta-analyse (Leonardi-Bee et al., 2008) fondée sur 53 enquêtes primaires, la fumée passive induit un retard de croissance intra-utérin et un bébé de petit poids. Deux autres méta-analyses ont mis en évidence un risque accru de mort in utero (Leonardi-Bee et al., 2011 ; fondé sur 19 études primaires) et de malformations (Salmasi et al., 2010 ; fondé sur 76

études primaires). En outre, dans leur méta-analyse, Sabbagh et al. (2015) parviennent à la conclusion qu'une exposition maternelle à la fumée passive accroît d'une fois et demie le risque d'une fente labio-palatine. De nombreuses femmes cessent de fumer pendant leur grossesse. Mais 2/3 d'entre elles rechutent, souvent pendant la grossesse ou peu après l'accouchement, voire lorsqu'elles reprennent leur travail (Orleans et al., 2001 ; Harmer & Memon, 2013). Le facteur de risque le plus important pour une rechute est le fait que le partenaire fume (Lemola & Grob, 2008).

De manière générale, il est avéré que les avantages liés à l'arrêt du tabac prédominent nettement sur les désavantages potentiels ou les effets secondaires pour le bébé (induits p. ex. par le manque de nicotine). De nombreuses études d'interventions, menées auprès de plus de 29'000 femmes, ont montré qu'il n'y a pas d'effets secondaires indésirables sur l'enfant lors d'un arrêt du tabac (Chamberlain et al., 2013). Les fumeuses déclarent souvent que la cigarette les aide à gérer ou à limiter le stress. Mais il est notoire qu'une désaccoutumance réussie diminue l'intensité du stress et que, de façon générale, il y a moins de stress qu'avant l'arrêt du tabac (Parrott, 1999). La revue systématique de Chamberlain et al. (2013) a permis d'identifier trois études qui démontrent les effets positifs de l'arrêt du tabac sur le bien-être de la femme alors qu'aucune étude ne mentionne un effet négatif.

2.3 Tabac et allaitement

De manière générale, les bienfaits de l'allaitement pour la santé de l'enfant sont unanimement reconnus. L'allaitement influence favorablement le métabolisme de la thyroïde et protège des infections respiratoires et digestives (Dorea, 2007). Le tabagisme diminue la durée de l'allaitement (baisse du taux basal de prolactine, inhibition de l'oxytocine) (Amir, 2001). La nicotine passe rapidement dans le lait maternel où elle a une demi-vie d'environ 90 minutes. Outre la nicotine, la cigarette contient d'autres substances qui parviennent dans le lait maternel, comme des nitrates, nitrites, pesticides, dioxine, cadmium, plomb. Il est prouvé que les bébés dont les mères fument juste avant de les mettre au sein ont une durée de sommeil raccourcie et un cycle de sommeil modifié (Mennella et al., 2007). C'est pourquoi, il faut aussi recommander aux femmes qui allaitent de ne pas fumer (voir aussi les recommandations de l'American Academy of Pediatrics à ce sujet ; Eidelman et al., 2012). Une mère qui ne peut pas arrêter de fumer devrait le faire après avoir allaité (et pas en présence de l'enfant !), afin que le taux de nicotine dans le lait puisse baisser avant la prochaine tétée.

La fonction protectrice de l'allaitement mentionnée plus haut agit aussi chez les enfants de mères fumeuses. C'est pourquoi, il faut recommander aux fumeuses qui ne peuvent pas arrêter de fumer de malgré tout allaiter leur enfant et de revoir régulièrement la question d'un arrêt du tabac. Il est donc important que les sages-femmes encouragent l'allaitement aussi chez les mères qui ne cessent pas de fumer (Dorea, 2007).

2.4 Tabagisme en présence d'enfants

La protection contre le tabagisme passif est un objectif important de la promotion de la santé chez les enfants (Organisation mondiale de la Santé, 2015 ; cf. aussi les recommandations de l'American Academy of Pediatrics ; Groner et al., 2015). Les enfants exposés au tabagisme passif risquent de contracter plus souvent des maladies infectieuses pulmonaires. Il y a un risque plus élevé de maladies des voies respiratoires profondes (pneumonies, bronchiolites), d'otites et de méningites à méningocoques (Cook et al., 1994). En outre, il y a un risque accru d'asthme chez les jeunes enfants et leur fonction pulmonaire peut être durablement diminuée (Cook et al., 1994). La fumée passive constitue dès lors un facteur de risque important pour la morbidité aiguë et chronique, qui entraîne souvent l'hospitalisation (Hofhuis et al., 2003).

La « fumée secondaire » (générée par la cigarette et inhalée par les enfants), a une composition différente de la « fumée principale » (inhalée par le fumeur ou la fumeuse) : elle n'est pas filtrée et contient beaucoup plus de substances gazeuses comme le monoxyde de carbone, le benzol, le formaldéhyde, ou de particules fines comme la nicotine, le benzopyrène ou le cadmium. En outre, la présence de cotinine, une substance dérivée de la nicotine, peut être décelée dans l'urine et la salive du bébé (Fulton, 1990). Ces toxines peuvent subsister longtemps dans l'air ambiant après la dernière cigarette (« thirdhand smoke »²; Winickoff et al, 2009) et être absorbées par des surfaces (p. ex. des habits et des meubles). Par contact direct avec ces surfaces, l'enfant peut également absorber ces toxines. En outre, des agents oxydants présents dans la fumée et d'autres composés peuvent réagir avec l'air ambiant et produire des substances nocives (polluants d'intérieur) (Farber & Groner, 2015). Le tabagisme parental est par conséquent à considérer comme une source importante de l'exposition des enfants à la fumée passive.

2.5 Consommation d'e-cigarettes

On en connaît nettement moins sur les risques de la consommation d'e-cigarettes que sur la consommation du tabac, mais différents milieux estiment que les risques devraient être nettement moins élevés (Nutt et al., 2014 ; McNeill et al., 2015). Cette estimation se fonde toutefois sur des femmes qui n'étaient pas enceintes. Par exemple, Nutt et al. (2014) ont signalé explicitement que les risques pour l'enfant à naître peuvent être nettement plus élevés que ceux pour la mère. Tant qu'il n'y a pas de preuve de l'innocuité de la consommation d'e-cigarettes, la règle qui s'applique est qu'il est plus sûr d'y renoncer si l'on ne veut pas exposer son enfant à des risques difficiles à estimer.

2.6 Consommation d'alcool pendant la grossesse

L'alcool franchit facilement le placenta et la barrière hémato-encéphalique du fœtus (Julien, 1998). Le système de détoxification immature fait que l'alcool exerce une action délétère prolongée sur son système nerveux. Une forte consommation d'alcool pendant la grossesse peut provoquer un syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF). Ce dernier est diagnostiqué lorsque les trois groupes de symptômes suivants sont simultanément présents :

- a) dysmorphies cranio-faciales (microcéphalie, petite ouverture des yeux, minceur de la lèvre supérieure, aplatissement du faciès) ;
- b) retard de croissance pré- et postnatale en-dessous du 10^e percentile ;
- c) dysfonctionnement du système nerveux central (Sokol & Clarren, 1989).

Lorsque les anomalies faciales caractéristiques du SAF ne sont pas constatées, mais que des dysfonctionnements du système nerveux central se manifestent (sous la forme de troubles psychiques, de comportements sociaux inhabituels et/ou de retards du développement cognitif), on parle de « trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale » (TSAF) (en anglais : « fetal alcohol spectrum disorder » - FASD). Le terme TSAF a été introduit pour décrire les diverses affections possibles chez un enfant dont la mère a consommé de l'alcool pendant la grossesse. Le TSAF comprend le syndrome d'alcoolisation fœtale, le syndrome d'alcoolisation fœtale partiel et le trouble neurologique du développement lié à l'alcool (TNDLA) (en anglais : « alcohol-related neurodevelopmental disorder » - ARND), trouble dans lequel les effets sur le développement intellectuel sont les plus visibles alors qu'il n'y a pas d'atteintes physiques) (Chudeley et al., 2005). On estime que le SAF touche

²Pour mémoire : « firsthand smoke » désigne la fumée principale (p. ex. on fume soi-même une cigarette), « secondhand smoke » désigne la fumée secondaire (p. ex. on inspire la fumée d'une cigarette fumée par quelqu'un d'autre) et « thirdhand smoke » désigne les substances toxiques restant après l'extinction de la cigarette (p. ex. sur les vêtements).

environ 0.1% des nouveau-nés (Abel, 1995 ; Warren, 2001), alors que l'ARND est nettement plus fréquent.

Les études portant sur les effets possibles d'une consommation d'alcool dans la période prénatale sur le fœtus classifient souvent cette consommation en trois catégories : faible, modérée et forte. Ces trois catégories ne sont pas toujours définies de manière uniforme. En général, les quantités d'alcool consommées sont décrites en « verres standard ». En Suisse, un verre standard correspond à la consommation de 10 à 12 g d'alcool pur.

L'illustration suivante présente les différents verres standards en usage en Suisse.

Aperçu des différentes boissons alcooliques



1 verre de bière	3 dl 12-15 g
1 verre de vin ou de mousseux	1,5 dl 12-15 g
1 verre de spiritueux, Wodka, Whisky,...	0,25 dl 10 g
1 bouteille de premix, alcopop	2,75 dl 12-13 g

1 verre standard contient 10 à 12g d'alcool pur

Source : avec l'aimable autorisation de la Fédération genevoise pour la prévention de l'alcoolisme (fegpa, 2008).

Le texte ci-après se réfère à la définition à laquelle se réfère de Flak et al. (2014) qui réunit la « faible consommation » et la « consommation modérée » en une catégorie « consommation d'alcool faible à modérée ». En outre, la catégorie « forte consommation d'alcool » est divisée en grade 1 et grade 2.

- « consommation faible à modérée » : 1 à 6 verres standard par semaine
- « forte consommation grade 1 » : ≥ 7 à 13 verres standard par semaine
- « forte consommation grade 2 » : ≥ 14 verres standard par semaine

De plus, la catégorie « excès occasionnel » est importante ; elle est définie par Flak et al. (2014) de la manière suivante :

- « excès occasionnel » ≥ 4 verres standard lors d'une même occasion.

La méta-analyse la plus récente et la plus complète de Flak et al. (2014) montre que la « consommation faible à modérée d'alcool » peut déjà avoir des effets négatifs sur le développement futur des enfants dans le domaine de l'autorégulation et du comportement social. Les données disponibles (août 2016) sont toutefois peu claires. On n'a en effet pas pu démontrer d'effets négatifs d'une « consommation faible à modérée d'alcool » sur le développement cognitif des enfants (Flak et al., 2014).

En revanche, la recherche actuelle montre clairement que tant la « forte consommation d'alcool de degré 1 et 2 » que « l'excès occasionnel » accroît le risque de TSAF (Bailey & Sokol, 2008 ; Flak et al., 2014). D'une manière générale,

les effets d'une exposition prénatale à l'alcool dépendent aussi de différents autres facteurs tels que l'âge, les facteurs génétiques, les différences du métabolisme maternel ou la consommation simultanée d'autres substances (Charness et al., 2016 ; Stoler et al., 2002). Ainsi, il est possible que la consommation d'une certaine quantité soit inoffensive chez une femme, alors que la consommation de la même quantité chez une autre femme peut déjà avoir un effet néfaste sur le fœtus.

Comme les données scientifiques concernant les effets d'une „consommation faible à modérée d'alcool" durant la grossesse ne sont pas claires, la femme se retrouve face au dilemme éthique de savoir si elle veut prendre ou non le risque évitable d'exposer le fœtus à l'alcool (O'Leary & Bower, 2012). Le choix le plus sûr pour une femme enceinte est de renoncer complètement à l'alcool, c.-à-d. l'abstinence (O'Leary & Bower, 2012 ; Flak et al., 2014 ; Charness et al., 2016). Cela dit, la femme garde bien entendu le libre choix quant à la décision d'une consommation éventuelle d'alcool durant la grossesse. Un autre problème possible est qu'une insistance trop forte sur le risque d'atteinte du fœtus par une « consommation faible à modérée d'alcool » peut, chez certaines femmes, s'avérer plus néfaste qu'utile. Par exemple, une femme enceinte peut, après avoir bu de l'alcool, se faire du souci et avoir mauvaise conscience et ainsi entrer dans une réaction de stress. Bien que scientifiquement non-prouvé, il est concevable que cette réaction de stress génère également un effet défavorable sur le fœtus.

2.7 Alcool et allaitement

Selon l'étude Swiss Infant Feeding (Dratva et al., 2014), la prévalence initiale de l'allaitement en Suisse est de 95%. Ensuite, plus de 50% des enfants sont allaités exclusivement pendant au moins 12 semaines de leur vie. Bien qu'on ne dispose pas de données actuelles pour la Suisse, selon Haastrup (2014), 50% des femmes allaitantes boivent de l'alcool en Europe.

Il est à noter qu'autrefois les femmes étaient même encouragées à boire de l'alcool durant la période d'allaitement, avec l'argument que l'alcool favoriserait la lactation et rendrait ainsi l'enfant plus fort. En Valais, par exemple, jusque dans la première moitié du 20e siècle, le « vin des accouchées » était offert aux mères afin de les « remettre sur pied » rapidement après l'accouchement. Il leur était recommandé de boire un à deux litres de ce vin par jour pendant une dizaine de jours (Musée valaisan de la Vigne et du Vin, 2005).

La croyance populaire veut par ailleurs que la consommation de bière soit recommandée pendant la période d'allaitement. Selon une étude étasunienne, bon nombre de professionnels conseillent aux femmes qui allaitent de faire une consommation modérée de bière, arguant que celle-ci favoriserait la lactation (Mennella, 2002). Il existe effectivement des éléments indiquant que le malt d'orge dans la bière stimule la production de prolactine (Koletzko & Lehner, 2000). Mais comme l'effet de stimulation n'est pas dû à l'alcool présent dans la bière, la lactation peut aussi être stimulée par de la bière sans alcool.

Selon certaines estimations, dans le cas d'une même consommation d'alcool de la mère, l'exposition de l'enfant à l'alcool lors de l'allaitement est nettement plus basse que lors de la période fœtale (de 20 à 100 fois moins ; Schwegler et al., 2012), ce qui est dû au fait que, durant la période fœtale, l'enfant absorbe l'alcool directement via le sang du cordon ombilical, alors que lors de l'allaitement l'absorption est orale.

Diverses études montrent cependant un effet défavorable de la consommation d'alcool durant la période d'allaitement sur la lactation (Haastrup et al., 2014). Avec une consommation modérée d'alcool, il faut s'attendre à une baisse d'env. 20% du volume de lait dans les premières quatre heures suivant la consommation, car les taux hormonaux d'ocytocine et de prolactine sont perturbés (ralentissement du réflexe d'éjection du lait et diminution de la libération de prolactine). On a également constaté que l'odeur du lait maternel change et que les nourrissons boivent en moyenne nettement moins de lait lorsque leur mère a bu de l'alcool (Schwegler et al., 2012). Certaines études font en outre apparaître une durée plus courte du

sommeil et une irritabilité plus grande chez les enfants juste après avoir été exposés à l'alcool dans le lait maternel (Mennella, 2001 ; Schuetze et al., 2002). Alors que l'abstinence durant la période d'allaitement est la solution la plus sûre, une recommandation dans ce sens comprend le risque que les femmes renoncent entièrement à l'allaitement ou l'interrompent plus tôt. C'est pourquoi, un conseil devrait donner des recommandations pratiques pour que la consommation d'alcool ne réduise pas le succès de l'allaitement (cf. recommandations). Parmi ces recommandations, il y a l'incitation à ne pas boire d'alcool durant le premier mois après l'accouchement, jusqu'à ce que l'allaitement soit bien établi (Giglia, 2006). Ensuite, l'allaitement peut être reporté à plusieurs heures après la consommation ou alors le lait maternel peut être exprimé ou pompé avant la prise d'alcool envisagée. La dégradation de l'alcool dans le lait de la mère dure environ trois heures par verre standard (Ho et al., 2001). Par exemple, après la consommation d'un verre standard de bière, il faut trois heures pour qu'aucun résidu d'alcool ne puisse être décelé dans le lait maternel.

2.8 Tabac et alcool comme facteurs de risque de la mort subite du nourrisson

A ce jour, les causes exactes de la mort subite du nourrisson ne sont pas connues ; cependant, le tabagisme actif et passif pendant la grossesse et après l'accouchement doit être considéré comme un facteur de risque important (Sudden Infant Death Syndrome, SIDS, 2009 ; Carpenter, et al., 2004).

Le tabagisme augmente massivement le risque surtout lorsque l'enfant passe la nuit dans le lit des parents (bedsharing). Selon Carpenter et al. (2004), la combinaison des facteurs 'tabagisme' et 'bedsharing' multiplie par dix, voire plus, le risque de mort subite du nourrisson. De ce fait, il est primordial pour réduire le risque de mort soudaine du nourrisson que l'espace dans lequel il dort soit sans fumée (Demott et al., 2006).

La consommation d'alcool peut également accroître ce risque lorsque les parents ont bu et que leur faculté de perception est réduite. Dans ce cas, le bedsharing comprend un risque plus élevé de mort soudaine du nourrisson ; celui-ci ne devrait donc pas partager le lit de ses parents (Demott et al., 2006 ; Carpenter et al., 2004).

3. Dépistage et techniques d'intervention pour le conseil et le soutien

Dans tous les cas, il est indispensable de bâtir une relation professionnelle afin d'assurer le conseil et le soutien des femmes et de leurs familles avant, pendant et après la grossesse par la mise en œuvre du dépistage et des interventions utiles. Pour rendre les entretiens attrayants et accompagner les processus de changement comportementaux en fonction des ressources, il faut en sus des outils de dépistage, faire appel à différentes techniques de communication.

3.1 Dépistage de la consommation de tabac et d'alcool

Pour que les interventions psychosociales s'adressent bien aux femmes qui en ont le plus besoin, il s'agit dans un premier temps de procéder adéquatement au dépistage (cf. annexe 3). Concernant le tabagisme, ce dépistage consiste à demander d'office si la personne fume et, pour les femmes fumeuses, d'effectuer ensuite le test de Fagerström pour estimer le degré de dépendance à la nicotine (cf. annexe 3.3). L'identification des habitudes de consommation d'alcool exige un dépistage adéquat. Le questionnaire AUDIT-C³ qui a été développé sous le patronage de l'OMS (Saunders et al., 1993) garantit cela. L'AUDIT-C est une version raccourcie et adaptée du

³ Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption (procédé de dépistage pour l'identification de troubles liés à l'alcool)

test AUDIT entier (cf. annexe 3.1). L'AUDIT-C est à remplir par les femmes elles-mêmes (auto-évaluation), car il a été démontré que la demande orale peut conduire à une sous-estimation, avec des indications nettement inférieures sur la consommation d'alcool, que lorsque les femmes remplissent elles-mêmes un questionnaire (Mc Namara et al., 2005). Le test de dépistage AUDIT-C a été validé pour la grossesse ; autrement dit, il présente une haute sensibilité et spécificité concernant l'identification d'une consommation problématique d'alcool durant la grossesse (Burns et al., 2010).

3.2 Efficacité des interventions brèves lors de consommation de tabac et/ou d'alcool

Les études faites sur les interventions brèves auprès de femmes enceintes démontrent que des moyens relativement modestes permettent de prévenir efficacement l'exposition du fœtus aux substances nocives. et aussi de réduire fortement la consommation d'alcool (Hankin, 2002; Handmaker & Wilbourne, 2001, O'Connor et al., 2007) et de tabac (Lumley et al., 2009, Cochrane Review; Melvin & Gaffney, 2004). La consommation d'alcool (Hankin, 2002 ; Handmaker & Wilbourne, 2001 ; O'Connor et al., 2007) et de cigarettes (Chamberlain et al., 2013) peut nettement être réduite en encourageant les femmes à changer leur comportement de consommation durant la grossesse (WHO, 2014 ; Stade, 2009), par exemple au moyen d'interventions psychologiques et pédagogiques (entretiens-conseil et/ou programmes d'auto-apprentissage via PC, smartphone ou tablette). Pour les femmes non-compulsives, la méthode des 5 A (annexe 2), par exemple, est une stratégie avérée efficace (OMS, 2014). La simple distribution de matériel d'information sur les risques pour l'enfant à naître suivie d'une discussion au cours de l'entretien-conseil peut conduire à l'arrêt ou à la réduction du tabac (Fiore, 2008).

3.3 Description des techniques d'intervention brève pour le conseil et le soutien des femmes enceintes et des accouchées qui consomment du tabac et/ou de l'alcool

Motiver et soutenir les femmes avant, pendant et après la grossesse pour qu'elles arrêtent le tabac et l'alcool nécessite des connaissances professionnelles pointues, des compétences en pratique clinique et un suivi dans la durée.

Plusieurs modèles théoriques peuvent servir de guide pour le dépistage, et l'intervention auprès des femmes enceintes et des accouchées qui consomment des substances légales comme le tabac et l'alcool. Ci-après sont présentés la « méthode des stades de changement comportemental » (Prochaska & Di-Clemente, 1983 ; Velicier et al 1998), « la méthode des 5 A » (WHO, 2014 ; Fiore et al., 2008) et « l'entretien motivationnel selon cinq principes » de Miller et Rollnick (E : 2002 ; D : 1999 ; F :2013). Pour le conseil et le soutien, on peut associer des éléments de chacune des méthodes. Pour la conduite d'entretien, c'est l'entretien motivationnel qui est recommandé.

3.3.1 Le modèle des stades du changement comportemental (modèle transthéorique)

Le modèle des stades du changement comportemental (voir annexe 1) thématise les décisions prises par l'individu ; le changement y est décrit comme un processus et une progression à travers six étapes (Velicier et al., 1998). Les six stades décrivent une variété d'états motivationnels qui conduisent progressivement au changement : de l'indétermination à la décision de modifier un comportement problématique, en passant par la rechute, jusqu'à l'arrêt complet et durable du changement de comportement. Il est important d'évaluer le stade auquel se trouvent

la femme et son partenaire, afin de structurer et d'adapter l'intervention et le soutien en fonction de leurs besoins.

3.3.2 La méthode des 5 A

La méthode des 5 A comporte cinq étapes et a été conçue pour aider efficacement les femmes à arrêter de fumer et les accompagner dans leur démarche (voir annexe 2). Les cinq étapes sont basées sur le modèle de changement de comportement et permettent de déceler les habitudes de consommation, ainsi que de stimuler, de soutenir et de faire durer un nouveau comportement.

La méthode des 5 A (qui prend trois à cinq minutes) s'intègre facilement à une consultation de grossesse (WHO, 2014) et peut être transposée pour le conseil en cas de consommation modérée d'alcool.

Les outils servant à déterminer le degré de dépendance à la nicotine et à l'alcool peuvent être repris des annexes 3.1, 3.2 et 3.3. En outre, les 5 A peuvent aussi être utilisés pour diminuer la fumée passive (WHO, 2014) cf. annexe 2.2.

3.3.3 L'entretien motivationnel selon cinq principes

L'entretien motivationnel a été développé par les psychologues Miller et Rollnick (2002). L'entretien motivationnel est décrit comme une méthode centrée sur le client ou la cliente et qui stimule sa motivation à changer de comportement, en explorant les contradictions motivationnelles internes. On peut ainsi planifier et évaluer pas à pas les changements dans le cadre du conseil et du soutien (Lindson-Hawley et al., 2015) (cf. annexe 4).

3.4 Thérapie de substitution nicotinique pour femmes enceintes

L'utilité de la thérapie de substitution nicotinique durant la grossesse pour la cessation du tabac et la santé de l'enfant n'est pas encore prouvée à ce jour (Coleman et al., 2015). Lors d'une dépendance modérée à forte à la nicotine (cf. annexe 3.3 : test de Fagerström, de 3 à 10 points) il est en revanche indiqué de faire appel à un ou à une spécialiste pour un soutien au sevrage nicotinique.

3.5 Prévention des rechutes

La grossesse ainsi que la période post-partum représentent une chance de diminuer la prévalence du tabagisme (Simmons et al., 2013 ; Jiménez-Muro et al., 2012) et/ou de la consommation d'alcool chez les femmes. C'est pourquoi il faut déjà aborder le thème de la rechute lors du conseil et du soutien durant la grossesse, en identifiant les situations de tentation (facteurs de risques pour une rechute) et en élaborant des solutions, respectivement des stratégies de gestion (Hajek et al., 2013). Pour prévenir une rechute, les lignes directrices pour le conseil aux femmes enceintes en vue d'un arrêt du tabac du Centre fédéral pour l'éducation à la santé (BZgA, 2004) peut être utile (cf. annexe 5.3). Comme le taux de rechute dans la consommation d'alcool et de tabac est très élevé (80 à 90%) au cours des 12 premiers mois, la prévention des rechutes est particulièrement importante (Hendershot et al., 2011).

3.6 Indications sur le temps nécessaire au dépistage et au conseil dans le champ d'activité de la sage-femme

Le *Deutsches Krebsforschungszentrum* (dkfz, 2004) a identifié le temps nécessaire lors d'une consultation pour désaccoutumance tabagique (en cabinet de médecine générale) de la manière suivante :

- Anamnèse env. 5 min
- Identification des profils de risques individuels env. 5 min
- Interventions spécifiques aux stades env. 10 min
- Mise en œuvre de stratégies favorisant la désaccoutumance env. 3 min
- Mesures pour prévenir la rechute env. 1 min
- Etablissement d'un plan de suivi env. 3 min

Les estimations ci-après se réfèrent aux taux de prévalence de la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse en Suisse (cf. page 4).

Pour la plupart des femmes (env. 75%), un temps supplémentaire est nécessaire pour l'anamnèse (remplir le questionnaire) et pour l'information générale sur les risques liés à la consommation de tabac et d'alcool. La durée totale de la première consultation est alors estimée à environ sept minutes.

Pour les 10% de femmes qui ont cessé de fumer dès qu'elles ont appris qu'elles étaient enceintes (les ex-fumeuses), un encouragement verbal est préconisé : la sage-femme confirme la décision prise en la qualifiant d'importante et bonne. Par ailleurs, à **chaque** consultation ultérieure, elle devra demander à la femme si elle a rechuté ; si l'arrêt est maintenu, il faut encourager la femme à persévérer dans sa démarche. S'il n'y a pas eu de rechute, il faudra compter deux minutes supplémentaires lors de chaque consultation.

Le groupe à risque comprend 15% des femmes. Parmi elles, 10% sont des fumeuses et 5%, des femmes qui ont une consommation élevée d'alcool (c.-à-d. en moyenne 7 verres ou plus d'alcool par semaine) et/ou des excès occasionnels (c.-à-d. qui occasionnellement ont bu quatre verres ou plus d'alcool). Pour ce groupe-là, on prendra d'autres mesures, individuellement et en fonction des données de l'anamnèse (voir annexe 5.2) ; la première consultation dure alors 27 minutes.

On trouvera d'autres informations sur les aspects économiques relatifs aux interventions de sevrage tabagique au cours de la grossesse dans les analyses économiques correspondantes. Diverses études montrent le rapport coût-efficacité, par exemple du sevrage tabagique au cours de la grossesse sur la base des 5 A, par comparaison aux coûts que peuvent générer les conséquences à long terme chez l'enfant (cf. p. ex. Ayadi et al., 2006).

4. Synthèse des recommandations

Principes généraux :

- La sage-femme est consciente de la tâche importante qui lui incombe, à savoir d'informer de manière claire et précise toutes les femmes et leurs partenaires sur les risques que la consommation de tabac et/ou d'alcool comportent pour l'enfant.
- Le dépistage systématique d'une éventuelle consommation de tabac et/ou d'alcool est indiqué pour toutes les femmes dans le cadre du suivi de grossesse, d'accouchement et de post-partum, quel que soit leur milieu culturel ou professionnel.
- Comme il n'y a pas de quantité « sûre » pour la consommation d'alcool et de tabac durant la grossesse et la période d'allaitement, il faut recommander de façon générale aux femmes enceintes de renoncer entièrement à l'alcool et/ou au tabac. Ainsi, il faut viser (a) que les femmes cessent ou du moins réduisent la consommation de tabac et (b) qu'elles cessent ou réduisent la consommation problématique d'alcool. La décision sur le comportement de consommation appartient en dernier lieu à la femme et à cet effet, elle doit être soutenue pour qu'elle puisse prendre une décision éclairée.

Recommandations générales pour le conseil

1. Aux femmes et aux hommes désireux d'avoir un enfant, il faut recommander qu'ils cessent de fumer et réduisent à une faible dose leur consommation d'alcool afin d'augmenter la probabilité d'une conception, de diminuer le risque d'avortement et de protéger la santé et le développement de l'enfant.
2. Lors du conseil et du soutien au quotidien, il est recommandé d'utiliser des outils de dépistage validés (voir annexe 3.1 et 3.3) pour l'identification différenciée de la consommation de tabac et d'alcool. Les questionnaires peuvent être remplis par la femme elle-même, par exemple dans le cadre d'une consultation prénatale. Puis les résultats peuvent être discutés lors de l'entretien et d'autres mesures définies le cas échéant.
3. Si l'anamnèse confirme la consommation d'alcool et/ou de tabac, il faut appliquer des techniques d'intervention éprouvées dans le conseil et le soutien (voir point 3 et annexes 1 à 4).
4. Si une sage-femme constate qu'une femme est préoccupée, estimant avoir nui à son enfant (parce qu'elle a consommé de l'alcool et/ou du tabac avant de savoir qu'elle était enceinte), elle se doit de la rassurer. On peut consulter à cet égard Holzgreve et al. (2007 ; p. 447) : « Au cours des deux premières semaines du développement ou des quatre semaines qui suivent les dernières règles, les effets tératogènes soit déclenchent une fausse couche, soit n'ont pas de conséquences ». Cette « règle du tout ou rien » et son cadre temporel sont en général admis et son application clinique est justifiée et aidante. D'un autre côté, les éléments scientifiques actuels concernant les risques d'une « consommations faible à modérée d'alcool » durant la grossesse manquent toujours de clarté (cf. Flak et al., 2014 ; Charness et al., 2016), laissant penser que les dommages dus aux soucis de la femme (et au stress qu'ils provoquent) dépassent l'effet défavorable de l'alcool.
5. Si la consommation d'alcool et/ou le tabagisme mettent en danger la sécurité de l'enfant et/ou de la femme, notamment en combinaison avec d'autres substances (médicaments, drogues) prises par la femme, et éventuellement par son partenaire, il faut mettre en place d'autres mesures de protection de l'enfant et/ou de la femme (services de protection de l'enfant et de l'adulte, organismes spécialisés dans la violence domestique, etc.).
6. Afin d'augmenter la sécurité de l'enfant en cas de consommation d'alcool et de tabac des parents, il est déconseillé de faire dormir l'enfant dans le lit des parents.

Recommandations spécifiques pour le conseil aux femmes qui fument ou sont exposées à la fumée passive

1. L'objectif général doit être l'arrêt total du tabac.
2. Si un renoncement complet à la cigarette n'est pas possible, la femme/son partenaire doivent être amenés à en réduire la consommation pendant la grossesse et la période postnatale.
3. Si une femme ne peut renoncer à la nicotine pendant la période d'allaitement, il faut malgré tout lui conseiller d'allaiter (en raison des bienfaits du lait maternel pour la santé du bébé) et de planifier la cigarette après la tétée.
4. Les parents qui recommencent ou continuent de fumer après la naissance doivent être informés qu'il est primordial pour la santé et le développement de l'enfant que celui-ci grandisse dans un environnement sans fumée (y compris une chambre sans fumée), en leur expliquant les conséquences de la fumée passive.
5. En cas de forte dépendance à la nicotine, la collaboration interprofessionnelle avec des spécialistes est indispensable.
6. Une intervention brève fait sens à partir d'une consommation d'une cigarette par jour, d'une consommation occasionnelle ou lorsque le partenaire fume.
7. Dans le but de prévenir une rechute, la femme et son partenaire doivent être encouragés et félicités dans leur démarche d'abstinence de la cigarette. Cela vaut aussi pour l'arrêt de la consommation d'alcool durant la grossesse. Lors de l'entretien, il faut souligner les avantages d'un arrêt durable du tabac, et préparer la femme et son partenaire à gérer des situations critiques (prévention d'une rechute). Il faut aussi tenir compte des facteurs du milieu social et du soutien des proches et renforcer/encourager l'estime de soi de la femme.

Recommandations spécifiques pour le conseil en cas de consommation d'alcool

1. En cas de consommation faible à modérée d'alcool (de l'ordre d'1 à 6 verres standard par semaine), il s'agit surtout de faire remarquer à la femme qu'il n'est toujours pas prouvé scientifiquement que l'alcool ne nuit pas à l'enfant.
2. En cas de consommation plus élevée d'alcool (forte consommation de grade 1, cf. annexe 3.1, c.-à-d. 7 à 13 verres standard par semaine, ou excès occasionnels, c.-à-d. 4 verres standard ou plus lors d'une même occasion moins d'1 fois par mois), il faut individualiser le conseil et le soutien (selon annexes 1 à 4).
3. En cas de forte consommation d'alcool (forte consommation de grade 2, cf. annexe 3.1, c.-à-d. 14 verres standard ou plus par semaine, ou excès fréquents, c.-à-d. 4 verres standard ou plus lors d'une même occasion, 1 fois ou plus par mois), il faut individualiser le conseil et le soutien avec la collaboration des spécialistes (cf. base de données des offres d'aide Infodrog : Centrale nationale de coordination des addictions, annexe 5.3) de façon à instaurer des mesures contribuant à protéger la santé de la femme et de l'enfant.
4. En cas de consommation d'alcool, la sage-femme doit effectuer une consultation/intervention lorsque la femme obtient, avec « l'AUDIT-C adapté », un score-quantité d'au moins 8 points, ce qui correspond à une forte consommation de grade 1 (soit 7 verres standard ou plus par semaine), ou un score-excès d'au moins 2 points, ce qui correspond à des excès occasionnels peu fréquents (soit 4 verres standard ou plus lors d'occasions moins d'1 fois par mois). Le recours à un spécialiste ou un professionnel spécialisé est indiqué lorsque la femme obtient, avec « l'AUDIT-C adapté », un score-quantité d'au moins 9 points, ce qui correspond à une forte consommation de grade 2 (soit 10 verres standard ou plus par semaine), ou un score-excès d'au moins 3 points, ce qui correspond à des excès occasionnels plus fréquents (soit 4 verres standard ou plus lors d'occasions au moins 1 fois par mois).

5. Conseil aux mères qui allaitent :

- Le choix le plus sûr est de ne pas consommer d'alcool.
- Il est recommandé que la femme renonce entièrement à l'alcool durant le premier mois après la naissance, jusqu'à ce que l'allaitement soit bien établi. Après le premier mois, on peut informer à leur demande la femme et le partenaire qu'il est possible de boire 1 à 2 verres standard par jour et au maximum 3 verres standard à une occasion particulière (Giglia, 2010 ; Haastrup, 2014).
- L'instruction à la page 13 peut être utile pour estimer la vitesse avec laquelle l'alcool est dégradé dans le sang et le temps après lequel il n'est plus détectable dans le lait maternel.

5. Validité

Les présentes recommandations sont en général révisées après cinq ans ou lorsque de nouvelles données scientifiques pertinentes sont disponibles.

6. Auteur-e-s, travail de synthèse, sponsors

Trois auteur-e-s ont travaillé par voie de correspondance à la réalisation de ces recommandations de bonne pratique :

Yvonne Meyer-Leu, Prof. Ordinaire, Haute école spécialisée de Suisse occidentale HES-SO / Haute Ecole Santé Vaud HESAV, Filière Bsc sage-femme, Lausanne, responsable du mandat FSSF

Katharina Tritten Schwarz, chargée de cours filière sage-femme BSc, Domaine Santé, discipline Obstétrique, Haute école spécialisée bernoise, Berne

Sakari Lemola, Prof. Dr. phil., Department of Psychology, University of Warwick, United Kingdom

Les recherches bibliographiques sont inspirées de travaux antérieurs sur le sujet (cf. annexe 7).

Les recommandations ont été expertisées par le « Sounding Board » de la Fédération suisse des sages-femmes (FSSF) le 30 septembre 2016 et approuvées par le Comité central de la FSSF le 21 mars 2017.

Ce travail a été réalisé sur mandat de la FSSF et n'est pas financé par des sponsors.

Lausanne, 16.12.2016

Meyer-Leu Yvonne

Lemola Sakari

Tritten Schwarz Katharina

7. Bibliographie

7.1 Pondération et gradation

Les études quantitatives citées ont fait l'objet d'une pondération selon leur niveau de preuve scientifique ou degré d'évidence :

Degré I

L'évidence est fondée sur des études randomisées et contrôlées (ou de méta-analyses) d'une envergure telle que le danger est faible qu'elles contiennent des faux-positifs ou faux-négatifs.

Degré II

L'évidence est fondée sur des études randomisées et contrôlées qui sont trop petites pour pouvoir prétendre au niveau I ; elles peuvent présenter des biais, qui ne sont néanmoins pas significatifs statistiquement, ou pas de biais. Elles peuvent présenter un risque de faux négatifs.

Degré III

L'évidence est fondée sur des études contrôlées non-randomisées et des études de cohortes, des séries de cas ou des études comparatives.

Degré IV

L'évidence est fondée sur des avis d'experts ou de groupes d'experts renommés, à l'instar de ceux qui figurent dans des publications d'actes de conférence ou dans des guidelines.

Degré V

L'évidence est fondée sur les avis des personnes qui ont élaboré ou actualisé un écrit, selon leur expérience, leur connaissance des publications correspondantes et leurs discussions avec des collègues spécialistes.

7.2 Références

Abel, E. L. (1995). An update on incidence of FAS: FAS is not an equal opportunity birth defect, <i>Neurotoxicol Teratol</i> , 17(4):437-443.	degré III
Abreu-Villaca, Y., Seidler, F. J., Tate, C. A., Cousins, M. M., & Slotkin, T. A. (2004). Prenatal nicotine exposure alters the response to nicotine administration in adolescence: effects on cholinergic systems during exposure and withdrawal, <i>Neuropsychopharmacology</i> , 29(5):879-890.	degré III
Amir, L. H. (2001). Maternal smoking and reduced duration of breastfeeding: a review of possible mechanisms, <i>Early Hum Dev</i> , 64(1):45-67.	degré III
Ayadi, M. F., Adams, E. K., Melvin, C. L., Rivera, C. C., Gaffney, C. A., Pike, M. A., Rabius, V., Ferguson, J. N. (2006). Costs of a smoking cessation counseling intervention for pregnant women: comparison of three settings, <i>Public Health Reports</i> , 121(March-April):120-126.	Degré IV

Bailey, B.A. & Sokol, R.J. (2011). Prenatal Alcohol Exposure and Miscarriage, Stillbirth, Preterm Delivery, and Sudden Infant Death Syndrome <i>Alcohol Research & Health, Volume 34, Issue Number 1</i> http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh341/86-91.html (Zugang 27.03.2016).	Degré IV
Bailey, B.A., Sokol, R.J. (2008). Pregnancy and alcohol use: evidence and recommendations for prenatal care, <i>Clin Obstet Gynecol</i> , 51:436-444.	degré IV
Bundesamt für Gesundheit (2012). Basisinformationen zum Passivrauchen. http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/07322/?lang=de (Zugang 09.01.2015).	IV
Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (2004). Leitfaden für die Beratung Schwangerer zum Rauchverzicht. Köln. http://www.bzga.de/botmed_31520000.html (Zugang 14.05.2016).	IV
Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (2015). Bewusst verzichten: Alkoholfrei in der Schwangerschaft - Praxismodule für die Beratung Schwangerer, Köln. http://www.bzga.de/botmed_32040000.html (Zugang 14.05.2016).	
Burns, E., Gray, R., Smith, L.A. (2010). Brief screening questionnaires to identify problem drinking during pregnancy: a systematic review, <i>Addiction</i> , 105(4):601-14.	degré I
Bush, K. R., Kivlahan, D. R., Davis, T. M., Dobie, D. J., Sporleder, J. L., Epler, A. J. et al. (2003). The TWEAK is weak for alcohol screening among female Veterans Affairs outpatients, <i>Alcohol Clin Exp Res</i> , 27(12):1971-1978.	degré III
Carpenter, R. G., Irgens, L. M., Blair, P. S., England, P. D., Fleming, P., Huber, J. et al. (2004). Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study, <i>Lancet</i> , 363(9404):185-191.	degré III
Chamberlain, C., O'Mara-Eves, A., Oliver, S., Caird, J. R., Perlen, S. M., Eades, S. J., Thomas, J. (2013). Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy, <i>Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 10</i> . Art. No.: CD001055. DOI: 10.1002/14651858.CD001055.pub4.	degré I
Charness, M. E., Riley, E. P., & Sowell, E. R. (2016). Drinking During Pregnancy and the Developing Brain: Is Any Amount Safe?, <i>Trends in Cognitive Sciences</i> , 20(2):80-82.	degré IV

Chudley, A. E., Conry, J., Cook, J. L., Look, C., Rosales, T., LeBlanc, N., and the Public Health Agency of Canada's National Advisory Committee on Fetal Alcohol Spectrum Disorder (2005). Fetal alcohol spectrum disorder. Canadian guidelines for diagnosis, <i>CMAJ</i> , 172 (suppl):S1-21.	degré IV
Condorelli, R. A, Calogero, A. E., Vicari, E., La Vignera, S. (2015). Chronic consumption of alcohol and sperm parameters: our experience and the main evidences, <i>Andrologia</i> , 47:368-79.	degré III
Cook, D. G., Whincup, P. H., Jarvis, M. J., Strachan, D. P., Papacosta, O. & Bryant, A. (1994). Passive exposure to tobacco smoke in children aged 5-7 years: individual, family, and community factors, <i>BMJ</i> , 308(6925):384-389.	degré III
Coleman, T., Chamberlain, C., Davey, M.-A., Cooper, S.E., Leonardi-Bee, J. (2015). Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy, The Cochrane Library.	degré I
Colvin, L., Payne, J., Parsons, D., Kurinczuk, J. J. & Bower, C. (2007). Alcohol consumption during pregnancy in nonindigenous west Australian women, <i>Alcohol Clin Exp Res</i> , 31(2):276-284.	degré III
Demott, K., Bick, D., Norman, R., Ritchie, G., Turnbull, N., Adams, C. & Taylor, C. (2006). Clinical Guidelines And Evidence, Review For Post Natal Care: Routine Post Natal Care Of Recently Delivered Women And Their Babies, London: National Collaborating Centre For Primary Care And Royal College Of General Practitioners.	degré IV
Deutsches Krebsforschungszentrum, Lindinger, P. (2004). Die Rauchersprechstunde - Beratungskonzept für Gesundheitsberufe, Heidelberg:1-24.	degré IV
Diekman, S. T., Floyd, R. L., Découflé, P., Schulkin, J., Ebrahim, S. H. & Sokol, R.J. (2000). A survey of obstetrician-gynecologists on their patients alcohol use during pregnancy, <i>Obstet Gynecol</i> , 95(5):756-763.	degré III
Donofrio, B., Class, Q., Lahey, B., & Larsson, H. (2014). Testing the Developmental Origins of Health and Disease Hypothesis for Psychopathology Using Family-Based, Quasi-Experimental Designs, <i>Child Development Perspectives</i> , 8(3):151-157.	degré III
Dorea, J. G. (2007). Maternal smoking and infant feeding: breastfeeding is better and safer, <i>Matern Child Health J</i> , 11(3):287-291.	degré IV

Dratva, J., Gross, K., Späth, A., Stemp Stutz, E. (2014). Swiss Infant Feeding Study - SWIFS, <i>Studie im Auftrag des Schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit</i> (Verfügung 13.005392).	degré III
Eidelman, A. I., Schanler, R. J., Johnston, M., Landers, S., Noble, L., Szucs, K., & Viehmann, L. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. <i>Pediatrics</i> , 129(3):e827-e841.	degré IV
Fagerstrom, K. O. & Schneider, N. G. (1989). Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire, <i>J Behav Med</i> , 12(2):159-182.	degré II
Farber, H.J., Groner, J., Walley, S., Nelson, K. (2015). Protecting children from tobacco, nicotine, and tobacco smoke, From the American Academy of Pediatrics, <i>Pediatrics</i> , 136(5):e1439-1467	degré IV
Finegersh, A., Homanics, G.E. (2014). Paternal alcohol exposure reduces alcohol drinking and increases behavioral sensitivity to alcohol selectively in male offspring, <i>Plos one</i> , 9(6): e99078.	
Fiore, S., Jaén, C. R., Baker, T., Bailey, W. C., Glenn, B., Benowitz, N. L. Christiansen, B. A. et al. (2008). A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: A U.S. Public Health Service Report, <i>Am J Prev Med</i> , 35(2):158-176.	degré I
Firns, S., Fernandes Cruzat, V., Keane, K. N., Joesbury, K. A., Lee, A. H., Newsholme, P., Yovich, J. L. (2015). The effect of cigarette smoking, alcohol consumption and fruit and vegetable consumption on IVF outcomes: a review and presentation of original data, <i>Reprod Biol Endocrinol</i> , 13:134.	degré III
Flak, A. L., Su, S., Bertrand, J., Denny, C. H., Kesmodel, U. S., Cogwell, M. E. (2014). The Association of mild, moderate, and binge prenatal alcohol exposure and child neuropsychological outcomes: a meta-analysis, <i>Alcohol Clin Exp Res</i> , 38(1):214-226.	degré I
Frezza, M., DiPadova, C., Pozzato, G., Terpin, M., Baraona, E. & Lieber, C. S. (1990). High blood alcohol levels in women: the role of decreased gastric alcohol dehydrogenase activity and first-pass metabolism, <i>N Engl J Med</i> , 322:95-99.	degré III
Fulton, B. (1990). The galactopharmacopedia. Recreational drug use in the breastfeeding mother. Part 2: Licit'drugs, <i>J Hum Lact</i> , 6(1):15-16.	degré IV

Genf Federation Alkoholprävention (fegpa). (2008) Plateforme «Femmes - alcool - parentalité: Alcool au féminin». <i>Prospekt</i> , 1-6.	degré IV
Giglia, R. C. (2010). Alcohol and lactation: an updated systematic review, <i>Nutrition & Dietetics</i> , 67 (4):237-243.	degré II
Giglia, R. C. & Binns, C. (2006). Alcohol and lactation: A systematic review, <i>Nutrition & Dietetics</i> , 63 (2):103-116.	degré II
Göransson, M., Magnusson, A. & Heilig, M. (2006). Identifying hazardous alcohol consumption during pregnancy: implementing a research-based model in real life. <i>Acta Obstet Gynecol Scand</i> , 85(6):657-662.	degré III
Grob, A. & Lemola, S. (2005). Substanzkonsum junger Eltern in der Schweiz, <i>Schlussbericht einer Studie im Auftrag des Schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit</i> (Verfügung 03.001623).	degré III
Groner, J. A., Walley, S. C., Etzel, R. A., Wilson, K. M., Farber, H. J., Balk, S. J., & Moore, J. E. (2015). Public policy to protect children from tobacco, nicotine, and tobacco smoke. From the American Academy of Pediatrics, <i>Pediatrics</i> , 136(5):998-1007.	degré IV
Haastруп, M.B., Pottegard, A., Damkier, P. (2014). Alcohol and breastfeeding, <i>Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology</i> , 144:168-173.	degré IV
Hajek, P., Stead, L. F., West, R., Jarvis, M., Hartmann-Boyce, J., & Lancaster, T. (2013). Relapse prevention interventions for smoking cessation, <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , Issue 1. Art. No.: CD003999. DOI: 10.1002/14651858.CD003999.pub3.	degré I
Handmaker, N. S. & Wilbourne, P. (2001). Motivational interventions in prenatal clinics, <i>Alcohol Res Health</i> , 25(3):219-221.	degré II
Hankin, J. R. (2002). Fetal alcohol syndrome prevention research, <i>Alcohol Res Health</i> , 26(1):58-65. https://www.ehd.org/pdf/FAS_Prevention_Research.pdf (Zugang 14.05.2016)	degré II
Harmer, C. & Memon, A (2013). Factors associated with smoking relapse in the postpartum period: an analysis of the child health surveillance system data in Southeast England, <i>Nicotin Tob Res</i> , 15(5):904-909.	degré III
Hassan, M. A. & Killick, S. R. (2004). Negative lifestyle is associated with a significant reduction in fecundity, <i>Fertil Steril</i> , 81(2):384-392.	degré IV

Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H., & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. <i>Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy</i> , 6, 17. http://doi.org/10.1186/1747-597X-6-17	degré I
Herberts, C., & Sykes, C. (2012). Midwives' perceptions of providing stop-smoking advice and pregnant smokers' perceptions of stop-smoking services within the same deprived area of London, <i>Journal of Midwifery & Women's Health</i> , 57(1):67-73.	Qualitative
Ho, E., Collantes, A., Kapur, B. M., Moretti, M., Koren, K. (2001). Alcohol and breast feeding: calculation of time to zero level in milk. <i>Biol Neonate</i> , 80(3):219-222.	degré III
Hofhuis, W., de Jongste, J. C. & Merkus, P. J. (2003). Adverse health effects of prenatal and postnatal tobacco smoke exposure on children, <i>Arch Dis Child</i> , 88(12):1086-1090.	degré IV
Holzgreve, W., Tercanli, S. & Miny, P. (2007). Pränatale Diagnostik und genetische Beratung. In: K. Diederich, W. Holzgreve, W. Jonat, A. Schultze-Mosgau, K-T. M. Schneider, J. M. Weiss, <i>Gynäkologie & Geburtshilfe</i> , S. 439-475. Heidelberg: Springer.	degré IV
Huizink, A. C. & Mulder, E. J. (2006). Maternal smoking, drinking or cannabis use during pregnancy and neurobehavioral and cognitive functioning in human offspring, <i>Neurosci Biobehav Rev</i> , 30(1):24-41.	degré II
Jiménez-Muro, A., Nerín, I., Samper, P., Marqueta, A., Beamonte, A., Gargallo, P., Oros, D., & Rodríguez, G. (2012). A proactive smoking cessation intervention in postpartum women, <i>Midwifery</i> , 29:240-245.	degré II
Johansson, A. L., Dickman, P. W., Kramer, M. S., & Cnattingius, S. (2009). Maternal smoking and infant mortality: does quitting smoking reduce the risk of infant death?, <i>Epidemiology</i> , 20(4):590-597.	degré III
Julien, R.M.A. (1998). A Primer of Drug Action, A Concise, Non-technical Guide to the Actions, Uses and Side Effects of Psychoactive Drugs, eight ed. Freeman and Company, New York (S. 64-78).	degré IV
Knopik, V. S., Maccani, M. A., Francazio, S., & McGeary, J. E. (2012). The epigenetics of maternal cigarette smoking during pregnancy and effects on child development. <i>Development and psychopathology</i> , 24(04):1377-1390.	degré IV

Koletzko, B. & Lehner, F. (2000). Beer and breastfeeding, <i>Adv Exp Med Biol</i> , 478:23-28.	degré II
Lemola, S. & Grob, A. (2004). Mutter und Kind nach der Geburt. Fragebogen zum Geburtserleben, zur sozialen Unterstützung und zum Genussmittelkonsum von Müttern kurz nach der Geburt. Unveröffentlichter Fragebogen, Universität Bern.	degré IV
Lemola, S. & Grob, A. (2008). Smoking cessation during pregnancy and relapse after childbirth: the impact of the grandmother's smoking status, <i>Matern Child Health J</i> , Jul 12(4):525-533.	degré III
Lemola, S., Meyer-Leu, Y., Samochowiec, J., & Grob, A. (2013). Control beliefs are related to smoking prevention in prenatal care, <i>Journal of evaluation in clinical practice</i> , 19(5):948-952.	degré III
Leonardi-Bee, J., Britton, J., & Venn, A. (2011). Secondhand smoke and adverse fetal outcomes in nonsmoking pregnant women: a meta-analysis, <i>Pediatrics</i> , 127(4):734-741.	degré I
Leonardi-Bee, J., Smyth, A., Britton, J. & Coleman, T. (2008). Environmental tobacco smoke and fetal health: systematic review and meta-analysis, <i>Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed</i> , 93(5):F351-361.	degré I
Lindson-Hawley, N., Thompson, T. P., Begh, R. Motivational interviewing for smoking cessation, <i>Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 3</i> . Art. No.: CD006936. DOI: 10.1002/14651858.CD006936.pub3	degré I
Lintsen, A. M., Pasker-de Jong, P. C., de Boer, E. J., Burger, C. W., Jansen, C. A., Braat, D. D. & van Leeuwen, F. E. (2005). Effects of subfertility cause, smoking and body weight on the success rate of IVF, <i>Hum Reprod</i> , 20(7):1867-1875.	degré III
Magnusson, A., Goransson, M. & Heilig, M. (2005). Unexpectedly high prevalence of alcohol use among pregnant Swedish women: failed detection by antenatal care and simple tools that improve detection, <i>J Stud Alcohol</i> , 66(2):157-164.	degré III
McNamara, T. K., Orav, E. J., Wilkins-Haug, L. (2005) Risk during pregnancy - Self-report versus medical record, <i>AJOG</i> , 193:19815.	degré II

McNeill, A., Brose, L. S., Calder, R., Hitchman, S. C., Hajek, P., & McRobbie, H. (2015). E-cigarettes: an evidence update. <i>Public Health England</i> , 3:1-44. http://tobacco.cleartheair.org.hk/wp-content/uploads/2015/08/PHE-e-cig-review-summary-Aug-2015.pdf (Zugang 06.12.2016)	degré IV
Melvin, C. & Gaffney, C. (2004). Treating nicotine use and dependence of pregnant and parenting smokers: an update, <i>Nicotine Tob Res</i> , 6 Suppl, 2:S107-124.	degré II
Mennella, J. A., Yourshaw, L. M. & Morgan, L. K. (2007). Breastfeeding and smoking: short-term effects on infant feeding and sleep, <i>Pediatrics</i> , 120(3):497-502.	degré III
Mennella, J. A. (2002). Alcohol and lactation: the folklore versus the science. In: K.G. Auerbach, ed. <i>Current issues in clinical lactation</i> , (S. 3-10). Boston, MA: Jones and Bartlett Publishers.	degré III
Mennella, J. (2001). Alcohol's effect on lactation, <i>Alcohol Res Health</i> , 25(3):230-234.	degré II
Miller, W. R. & Rollnick, S., (2013). <i>L'entretien motivationnel - Aider la personne à engager le changement</i> , trad. par Lecaillier, D., Michaud, P. Paris, InterEditions.	
Miller, W. R. & Rollnick, S., (2002). <i>Motivational Interviewing. Preparing people for change</i> , 2 nd edition. New York: The Guilford Press.	
Miller, W. R. & Rollnick, S. (1999). <i>Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen</i> , Freiburg: Lambertus.	
Musée valaisan de la Vigne et du Vin (2005). La coupe et le vin de l'accouchée, S. Pont, In: <i>Quand le bois sert à boire</i> (Ouvrage collectif du Musée valaisan de la Vigne et du Vin publié sous la direction d'Anne-Dominique Zufferey-Périsset) Editions du Musée valaisan de la Vigne et du Vin, Sierre-Salquenen.	degré V
NICE public health guidance 26. (2010). Quitting smoking in pregnancy and after childbirth, http://guidance.nice.org.uk/PH26/Guidance/pdf/English (Zugang 27.03.2016).	degré IV

Nutt, D., Phillips, L., Balfour, D., Curran, V., Dockrell, M., Foulds, J., Fagerstrom, K., Letlape, K., Milton, A., Polosa, R., Ramsey, J., Swenor, D. (2014) Estimating the harms of nicotine containing products using the MCDA approach, <i>Eur Addict Res</i> , 2014:20:218-225.	degré IV
O'Connor, M. J. & Whaley, S. E. (2007). Brief intervention for alcohol use by pregnant women, <i>Am J Public Health</i> , 97(2):252-258.	degré II
O'Leary, C. M., Bower, C. (2012). Guidelines for pregnancy: What's an acceptable risk, and how is the evidence (finally) shaping up?, <i>Drug and Alcohol Review</i> , 31:170-183.	degré I
Organisation Mondiale de la Santé. Feuille de route reprenant les mesures en vue d'une meilleure mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans la Région européenne 2015-2025 : dire adieu pour toujours au tabac http://www.euro.who.int Retrieved on the January 11th 2016.	degré IV
Orleans, C. T., Johnson, R. W., Barker, D. C., Kaufman, N. J. & Marx, J. F. (2001). Helping pregnant smokers quit: meeting the challenge in the next decade, <i>West J Med</i> , 174(4):276-281.	degré IV
Parrott, A. C. (1999). Does cigarette smoking cause stress?, <i>Am Psychol</i> , 54(10):817-820.	degré IV
Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change, <i>J Consult Clin Psychol</i> , 51(3):390-395.	degré III
Röske, K., Hannöver, W., Grempler, J., Thyrian, J. R., Rumpf, H. J., John, U. & Hapke, U. (2006). Post-partum intention to resume smoking, <i>Health Education Research</i> , 21(3):386-392.	degré III
Rougemont, M., Do, K. Q. & Catagne, V. (2002). New model of glutathionedeficit during development: effect on lipid peroxidation in the rat brain, <i>J Neurosci Res</i> , 70:774-783.	degré III
Sabbagh, H. J., Hassan Ahmed Hassan, M., Innes N. P. T., Elkodary, E. M., Little, J., Mossey, P. A. (2015). Passive Smoking in the etiology of non-syndromic orofacial clefts: a systematic review and metaanalysis, <i>Plos one</i> , March 11.	degré II

Salihu, H. M. & Wilson, R. E. (2007). Epidemiology of prenatal smoking and perinatal outcomes, <i>Early Hum Dev</i> , 83(11):713-720.	degré II
Salmasi, G., deGréy, R., Jones, J., & McDonald, S. D. (2010). Environmental tobacco smoke exposure and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analyses, <i>Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica</i> , 89(4):423-441.	degré I
Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R. & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II, <i>Addiction</i> , 88(6):791-804.	degré III
Schuetze, P., Eiden, R. D., Chan, A. W. K. (2002). The effects of alcohol in breast milk on infant behavioral state and mother-infant feeding interactions, <i>Infancy</i> , 3:349-363.	degré IV
Schwegler, U., Kohlhuber, M., Roscher, E., Kopp, E., Ehlers, A., Weißenborn, A., Rubin, D., Lampen, A., Fromme, H. (2012). Alkohol in der Stillzeit - Eine Risikobewertung unter Berücksichtigung der Stillförderung. Berlin, Bundesinstitut für Risikobewertung, http://www.bfr.bund.de/cm/350/alkohol-in-der-stillzeit-eine-risikobewertung-unter-beruecksichtigung-der-stillfoerderung.pdf (Zugang 12.02.2016).	degré IV
Simmons, V. N., Sutton, S. K., Quinn, G. P., Meade C.D., & Brandon, T. H. (2013). Prepartum and postpartum predictors of smoking, <i>Nicotine & Tobacco Research</i> , 16(4):461-468. doi:10.1093/ntr/ntt177	degré II
Sokol, R. J. & Clarren, S. K. (1989). Guidelines for use of terminology describing the impact of prenatal alcohol on the offspring, <i>Alcohol Clin Exp Res</i> , 13(4):597-598.	degré IV
Soubry A. (2015). Epigenetic inheritance and evolution: A paternal perspective on dietary influences, <i>Prog Biophys Mol Biol</i> , 118:79-85.	degré III
Stade, B. C., Bailey, C., Dzenoletas, D., Sgro, M., Dowswell, T., Bennett, D. (2009). Psychological and/or educational interventions for reducing alcohol consumption in pregnant women and women planning pregnancy, <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , Issue 2. Art. No.: CD004228. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4164939/pdf/emss-57361.pdf (Zugang 14.05.2016).	degré II

Statement of the European Alcohol and Health Forum. (2009) First progress report on the implementation of the EU strategy. September. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_progress.pdf (Zugang 27.03.2016).	degré IV
Statement of European Midwives Association on Alcohol, September 2008. http://www.europeanmidwives.com/position-papers (Zugang 27.03.2009).	degré IV
Steckler, T. & Sahgal, A. (1995). The role of serotonergic-cholinergic interactions in the mediation of cognitive behaviour, <i>Behav Brain Res</i> , 67(2):165-199.	degré III
Stoler, J. M., Ryan, L. M., Holmes, L.B. (2002). Alcohol dehydrogenase 2 genotypes, maternal alcohol use, and infant outcome, <i>J Pediatr</i> , 141(6):780-785.	degré III
Stuppia, L., Franzago, M., Ballerini, P., Gatta, V., Antonucci I. (2015). Epigenetics and male reproduction: the consequences of paternal lifestyle on fertility, embryo development, and children lifetime health, <i>Clin Epigenetics</i> , 7:120-135	degré III
Sudden Infant Death Syndrome - SIDS Schweiz (2009) SIDS-Prävention http://sids.ch/kindstod/index.html (Zugang 27.03.2016)	degré IV
Taymour, M. (2010). Cigarette smoking and male infertility, <i>JAR</i> , 1(3):179-186.	degré II
Velicier, W. F., Prochaska, J. O., Fava, J. L., Norman, G. J. & Redding, C. A., (1998). Transtheoretical model, summary overview of the transtheoretical model, University of Road Island, US. http://web.uri.edu/cprc/detailed-overview/ (Zugang 27.03.2016).	degré III
Voigt, M., Hermanussen, M., Wittwer-Backofen, U., Fusch, C. & Hesse, V. (2006). Sex-specific differences in birth weight due to maternal smoking during pregnancy, <i>Eur J Pediatr</i> , 165(11):757-761.	degré III
Walker, A., Rosenberg, M., & Balaban-Gil, K. (1999). Neurodevelopmental and neurobehavioral sequelae of selected substances of abuse and psychiatric medications in utero, <i>Child Adolesc Psychiatr Clin N Am</i> , 8(4):845-867.	degré II
Warren, K. R., Calhoun, F. J., May, P. A., Vijoien, D. L., Li, T-K., Tanaka, H. et al. (2001). Fetal alcohol syndrome: an international perspective, <i>Alcohol Clin Exp Res</i> , 25(5):202S-206S.	degré IV

Winickoff, J. P., Friebely, J., Tanski, S. E., Sherrod, C., Matt, G. E., Hovell, M. F. & McMillen, R. C. (2009). Beliefs about the health effects of «thirdhand» smoke and home smoking bans, <i>Pediatrics</i> , 123:e74–e79.	degré IV
World Health Organization (2014) Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care (Zugang 04.01.2016).	degré IV
Zeitlin, J., Mohangoo, A. D., Delnorn, M., Alexander, S., Blondel, B., Bouvier-Colle, M. H., et al. (2013). European perinatal health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010.	degré IV
Zenzen, M. T., Reed, T. & Casper, R. (1997). Effects of cigarette smoking and age on the maturation of human oocyte, <i>Hum Reprod</i> , 12: 1736–1741.	degré III

8. Annexes

Annexe 1 : La méthode des stades du changement comportemental

La méthode des stades du changement comportemental, inspirée de **Prochaska & Di-Clemente, 1983** ; Velicier et al 1998.

Les six stades du changement comportemental sont brièvement expliqués ci-après :

Indétermination (Precontemplation)

Caractéristiques : la personne n'a pas l'intention, dans les 6 prochains mois, de prendre des mesures qui l'aideraient à cesser sa consommation.

Attitude pendant l'entretien : écoutez les arguments en maintenant une position claire. A l'affirmation : « Je fume très peu », vous pouvez par exemple répondre : « Même si l'on fume peu, cela peut mettre l'enfant en danger. » Informez sur les avantages de l'arrêt du tabac et les conséquences de la fumée passive.

Intention (Contemplation)

Caractéristiques : la personne reconnaît son problème et envisage de modifier son comportement au cours des 6 mois à venir. Des sentiments d'ambivalence peuvent se manifester pendant un certain temps.

Attitude pendant l'entretien : aidez la personne à soupeser les avantages et désavantages liés aux changements.

Préparation (Preparation)

Caractéristiques : la personne prévoit, dans un proche avenir (<1 mois), de prendre des mesures qui lui faciliteront l'arrêt de la consommation. Elle a des intentions concrètes et se sent soutenue dans sa démarche.

Attitude pendant l'entretien : discutez les obstacles qui empêchent actuellement l'arrêt et explorez avec la personne/le couple des stratégies et des solutions permettant de surmonter la dépendance.

Action (Action)

Caractéristiques : la personne a concrètement modifié son comportement au cours des 3 derniers mois.

Attitude pendant l'entretien : félicitez la personne pour sa démarche. Discutez les possibilités de rechute et définissez des stratégies de diversion pour parer à une soudaine envie de cigarette.

Consolidation (Maintenance)

Caractéristiques : jusqu'ici, la personne a évité une rechute et a moins souvent envie de reprendre ses anciennes habitudes ; elle commence à se sentir à l'aise dans sa nouvelle situation.

Attitude pendant l'entretien : demandez à la femme si elle a été tentée de se remettre à l'alcool et/ou au tabac ces derniers temps : si oui, combien de fois et à quelle intensité. A ce stade, il faut encourager et aider la femme à tenir bon (en associant des membres de la famille, par exemple).

Rechute (Relapse)

Caractéristiques : la personne rechute. Seuls quelque 15% des personnes retombent au stade de l'« indétermination », la plupart retournent au stade de « préparation ». De nombreuses personnes ont besoin de plusieurs tentatives (jusqu'à quatre) afin de stabiliser définitivement le changement.

Attitude pendant l'entretien : la rechute n'est pas un échec, mais plutôt une base sur laquelle on peut travailler et construire.

Souvent, la rechute est due à des charges émotionnelles. Une évaluation des facteurs de risque immédiats et des facteurs protecteurs, ainsi que l'élaboration de stratégies lors de la consultation, entre autres l'évitement des tentations, contribuent à limiter les possibilités de rechute.

Annexe 2 : La méthode des 5 A

La méthode des 5 A comporte cinq étapes :

2.1 Mise en œuvre des 5 A chez les fumeuses

1) Ask (questionner) :

La sage-femme s'enquiert des habitudes tabagiques et de la dépendance à la nicotine chez toutes les femmes enceintes concernées. Elle s'enquiert aussi si elles fumaient avant leur grossesse. Pour les fumeuses qui ont cessé de fumer spécialement à cause de leur grossesse, il importe d'individualiser le soutien pour prévenir les rechutes, comme d'ailleurs pour celles qui ont une consommation active de tabac.

2) Advise (conseiller) :

La sage-femme incite la femme enceinte à arrêter de fumer et l'informe sur les risques pour l'enfant. L'important ici est de se centrer sur la femme et d'encourager clairement la volonté d'arrêter (OMS, 2014).

3) Assess (évaluer la volonté et la motivation d'arrêt) :

La sage-femme évalue la volonté et la disposition de la femme enceinte à renoncer sans délai au tabac.

4) Assist (accompagner) :

La sage-femme soutient et accompagne la femme enceinte pendant le processus de désaccoutumance, jusqu'à l'abstinence, selon le plan suivant :

- aider la femme à se fixer une date d'arrêt ;
- établir un plan de désaccoutumance et définir ensemble des stratégies de changement de comportement ;
- associer l'entourage (la consommation de tabac du partenaire est l'un des principaux facteurs de rechute!) ;
- fournir et commenter une brochure d'aide à l'arrêt du tabac ;
- Chez les grandes fumeuses qui ont de la difficulté à arrêter, il est important de soutenir la femme et sa famille en collaboration avec un ou une spécialiste.

5) Arrange (assurer le suivi) :

La sage-femme évoque le tabagisme à toutes les visites/consultations ultérieures, même en cas de désaccoutumance réussie. Si la réponse à la question « Avez-vous l'intention de recommencer à fumer un jour ? » est affirmative, il faut en demander les raisons, afin que les priorités pour prévenir une future rechute puissent être définies (Röske et al., 2006).

2.2 Mise en œuvre des 5 A lorsque les parents exposent leur(s) enfant(s) à la fumée passive

1) Ask (questionner) :

La sage-femme demande aux parents s'ils sont au courant des risques du tabagisme passif sur leur(s) enfant(s).

2) Advise (conseiller) :

La sage-femme complète les connaissances des parents sur les risques du tabagisme passif pour leur(s) enfant(s).

3) Assess (évaluer) :

Sonder et discuter les habitudes actuelles des parents. Comment vivent-ils l'exposition de leur(s) enfant(s) à la fumée passive ? Quelles seraient les mesures

à prendre pour protéger la santé de leur(s) enfant(s) ? Il importe que les parents puissent formuler eux-mêmes les mesures possibles et que ce ne soit pas la sage-femme qui le fasse à leur place.

4) Assist (accompagner) :

Lors de la consultation, les parents doivent pouvoir reconnaître l'importance de protéger leur(s) enfant(s) contre le tabagisme passif. Lors de l'accompagnement, la sage-femme encourage les parents à renoncer complètement à fumer dans des lieux fermés et à engager les tiers à en faire autant (lors d'invitations à leur domicile ou à l'extérieur, chez la maman de jour, dans la voiture de tiers, etc.).

5) Arrange (assurer le suivi) :

La sage-femme accompagne le processus et reprend à chaque consultation les questions et problèmes qui pourraient se poser. Elle réévalue, adapte et redéfinit les mesures décidées préalablement avec les parents.

2.3 Mise en œuvre des 5 A en cas de consommation d'alcool

La méthode des 5 A s'applique également en cas de consommation d'alcool. Il y a toutefois, dans ce cas, une différence essentielle lors du dépistage (étape 1) : il est difficile de mesurer la consommation d'alcool en demandant simplement à la femme si elle consomme de l'alcool (Magnusson et al., 2005 ; Göransson et al., 2006). C'est pourquoi il faut privilégier une méthode standard. On peut par exemple utiliser une forme adaptée des trois premières questions de l'*Alcohol Use Disorder Identification Test*, à savoir l'AUDIT-C adapté aux femmes enceintes (Saunders et al., 1993 ; Bush et al., 2003 ; Lemola & Grob, 2004) (voir l'annexe 3.1).

Annexe 3 : Dépistage

Le questionnaire suivant (dépistage) devrait être remis à la femme pour qu'elle le remplisse elle-même (cf. 3.1), p. ex. en attendant une consultation. Les réponses peuvent ensuite être évaluées et discutées pendant la consultation.

Annexe 3.1 : Questions sur la consommation d'alcool (basée sur le questionnaire AUDIT-C)

Veillez répondre aussi honnêtement que possible aux trois questions suivantes sur votre consommation d'alcool.

	jamais	1 à 3 fois par mois	1 à 2 fois par semaine	3 à 4 fois par semaine	5 à 7 fois par semaine
1. A quelle fréquence avez-vous bu de l'alcool ces derniers temps (c.-à-d. depuis que vous savez que vous êtes enceinte)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<hr/>					
	je ne bois jamais	une gorgée	1 verre	2 verres	3 verres ou plus
2. Combien de verres d'alcool avez-vous bus ces derniers jours? (c.-à-d. les jours où vous avez bu de l'alcool)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<hr/>					
	jamais	moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	presque chaque jour
3. Combien de fois, ces derniers temps, avez-vous bu occasionnellement 4 verres d'alcool ou plus?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Illustration des quantités standard d'alcool par groupe de boissons alcoolisées telles qu'elles s'appliquent en Suisse (1 verre d'alcool = 10 à 12 g d'alcool pur) :



1 verre de bière	3 dl 12-15 g
1 verre de vin ou de mousseux	1,5 dl 12-15 g
1 verre de spiritueux, vodka, whisky...	0,25 dl 10 g
1 bouteille de premix, Alcopop	2,75 dl 12-13 g

Source: avec l'aimable autorisation de la Fédération genevoise pour la prévention de l'alcoolisme (fegpa, 2008).

Interprétation :

Les deux premières questions de l'AUDIT-C adapté permettent de calculer le « score-quantité » (somme de la ,question 1' et de la ,question 2'). Sur la base du « score-quantité de l'AUDIT-C », on distingue quatre degrés de gravité d'une consommation régulière d'alcool :

- 1) Pas de consommation d'alcool (somme ,question 1' + ,question 2' = 2 points ;
- 2) Consommation faible à modérée d'alcool (somme ,question 1' + ,question 2' = 3-7 points ; correspond à 1- 6 verres standard par semaine)
- 3) Forte consommation d'alcool, grade 1 (somme ,question 1' + ,question 2' = 8 points ; correspond à 7-9 verres standard par semaine)
- 4) Forte consommation d'alcool, grade 2 (somme ,question 1' + ,question 2' ≥ 9 points ; correspond à 10 verres standard ou plus par semaine)

La troisième question de l'AUDIT-C adapté permet de déterminer le « score excès de l'AUDIT-C adapté » :

- 1) Pas d'excès occasionnel d'alcool (score = 1 point)
- 2) Rares excès occasionnels (score = 2 points)
- 3) Fréquents excès occasionnels (score = 3 à 5 points)

La sage-femme doit effectuer un conseil individualisé si

1. la somme de la ,question 1' et de la ,question 2' (« score-quantité de l'AUDIT-C adapté ») s'élève à 8 points ou plus
2. la ,question 3' (« score-excès de l'AUDIT-C adapté ») donne 2 points ou plus.

Une consultation supplémentaire par un professionnel spécialisé est indiquée si

1. la somme de la ,question 1' et de la ,question 2' (« score-quantité de l'AUDIT-C adapté ») s'élève à 9 points ou plus
2. la ,question 3' (« score-excès de l'AUDIT-C adapté ») donne 3 points ou plus.

Annexe 3.2 : Questions sur le tabagisme

1. Fumez-vous?

- ₁ Oui, je fume (nombre) cigarettes par jour: * continuez à la question 4
- ₂ J'ai cessé de fumer * continuez à la question 2
- ₃ Non, je n'ai jamais fumé * continuez à la question 4

2. Quand avez-vous cessé de fumer?

Il y a mois

Il y a an/s

3. Combien de cigarettes fumiez-vous autrefois?

Nombre de cigarettes par jour:.....

4. Votre partenaire fume-t-il?

- ₁ Oui (nombre) cigarettes par jour:.....
- ₂ Non * continuez à la question 6

5. Votre partenaire fume-t-il en votre présence?

₁ Oui

₂ Non

6. Etes-vous souvent exposée à la fumée passive?

₁ Oui A quelles occasions?

₂ Non

Annexe 3.3 : Questionnaire Fagerström

Le questionnaire Fagerström est un outil qui permet de mesurer la dépendance à la nicotine (Fagerström & Schneider, 1989). L'interprétation du questionnaire montre aussi s'il est indiqué ou non de faire appel à un professionnel spécialisé (cf. critères d'évaluation au bas de la page).

Le questionnaire Fagerström sur la dépendance à la nicotine	
Combien de temps après vous être réveillé, fumez-vous votre première cigarette?	5 minutes <input type="checkbox"/> ₃ 6 à 30 minutes <input type="checkbox"/> ₂ 31 à 60 minutes <input type="checkbox"/> ₁ après 60 minutes <input type="checkbox"/> ₀
Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de dans les endroits où c'est interdit (par exemple cinémas, bibliothèques) ?	oui <input type="checkbox"/> ₁ non <input type="checkbox"/> ₀
A quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?	la première <input type="checkbox"/> le matin <input type="checkbox"/> ₁ d'autres <input type="checkbox"/> ₀
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	jusqu'à 10 <input type="checkbox"/> ₀ 11 à 20 <input type="checkbox"/> ₁ 21 à 30 <input type="checkbox"/> ₂ 31 et plus <input type="checkbox"/> ₃
Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?	oui <input type="checkbox"/> ₁ nein <input type="checkbox"/> ₀
Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de rester au lit presque toute la journée ?	oui <input type="checkbox"/> ₁ non <input type="checkbox"/> ₀
Total des points	

(Deutsches Krebsforschungszentrum, 2004)

Evaluation de la dépendance à la nicotine

Explication :

0-2 points : correspond à une dépendance faible ;

3-5 points : correspond déjà à la présence d'une dépendance moyenne ; ici, le recours à un professionnel spécialisé est indiqué ;

6-7 points : correspond à une dépendance marquée ; en général, d'autres démarches sont nécessaires ; ici, le recours à un professionnel spécialisé est indiqué ;

8-10 points : correspond à une forte dépendance ; ici, le recours à un professionnel spécialisé est indiqué.

Annexe 4 : L'entretien motivationnel

Les cinq stratégies et les quatre principes de l'entretien motivationnel selon Miller & Rollnick (1999)

Pour encourager la motivation, on peut procéder selon les **cinq stratégies** suivantes lors de l'entretien :

- 1. Poser des questions ouvertes** (encourager la femme à parler, créer une atmosphère d'acceptation et de confiance)
- 2. Ecouter activement** (répéter ce qui a été dit, reformuler ou paraphraser, refléter les sentiments exprimés)
- 3. Confirmer les déclarations** (confirmer les points forts et les efforts formulés)
- 4. Résumer** (les résumés permettent à la femme d'ajouter quelque chose ou d'apporter une correction)
- 5. Parler changement** (« change talk » ; laisser formuler les côtés positifs et négatifs du comportement actuel et encourager les déclarations en faveur d'un changement). Faire si possible toujours formuler les solutions par la femme elle-même.

... et se fonder sur les **quatre principes** suivants :

1. Exprimer de l'empathie

- Créer une atmosphère de confiance ; cela donne de la sécurité.
- Etre à l'écoute, prendre au sérieux le point de vue de la cliente, le considérer comme justifié dans le contexte individuel (stratégie de survie).
- Accepter le problème sans l'approuver ; l'acceptation facilite le changement.
- Paraphraser ses propos, les résumer.

2. Développer les divergences

- Confronter à la réalité désagréable.
- Démontrer les contradictions entre le comportement actuel et les buts fondamentaux de l'existence (santé, bonheur, image positive de soi). Montrer les contradictions entre les buts poursuivis et le comportement actuel est la première étape du changement.
- Augmenter la probabilité d'un changement par la prise de conscience des méfaits liés au comportement actuel.
- Savoir que la personne est prise dans un conflit d'approche et d'évitement.
- Savoir qu'une pression extérieure n'amène pas de changement.
- Identifier les conflits avec les objectifs de vie supérieurs.
- Amener la personne à identifier elle-même ces contradictions et **éviter toute argumentation.**
- Ne pas jouer au spécialiste qui, avec son savoir, tend à vouloir persuader, ce qui crée de la résistance. Ne pas culpabiliser, ne pas forcer à voir le problème.
- Eviter les reproches ; viser une douce confrontation. Si l'on vous dit que ça ne va pas, la réaction sera que ça va certainement aller.
- Ne pas utiliser d'étiquettes telles que fumeuse ou alcoolique, mais laisser la personne établir elle-même le diagnostic.
- Danser avec la cliente au lieu de la combattre.

3. Accepter la résistance et la réorienter

- Savoir que la résistance sert de protection.
- Adopter la voie douce du « judo psychologique », utiliser l'énergie de l'autre pour lui faire prendre la direction souhaitée.
- Favoriser la prise de conscience.
- Inviter la cliente à tenir compte de nouvelles informations et à modifier ses points de vue.
- Répondre aux questions par des questions.
- Laisser la personne développer des idées pour la résolution du problème.
- Paraphraser et résumer les propos importants, faire préciser la compréhension du problème, restituer les sentiments exprimés (« Pour vous, il n'est pas question de cesser le tabac ; vous ne voyez pas comment y parvenir ; Si vous vous lancez, cela pourrait mal tourner »).
- Décaler le point de vue (« D'accord, je fume de temps en temps, mais je ne suis pas dépendante ; le véritable problème n'est sans doute pas là ; dites-moi plutôt comment et dans quelles circonstances vous fumez »).
- Insister sur la liberté de décision et d'action.

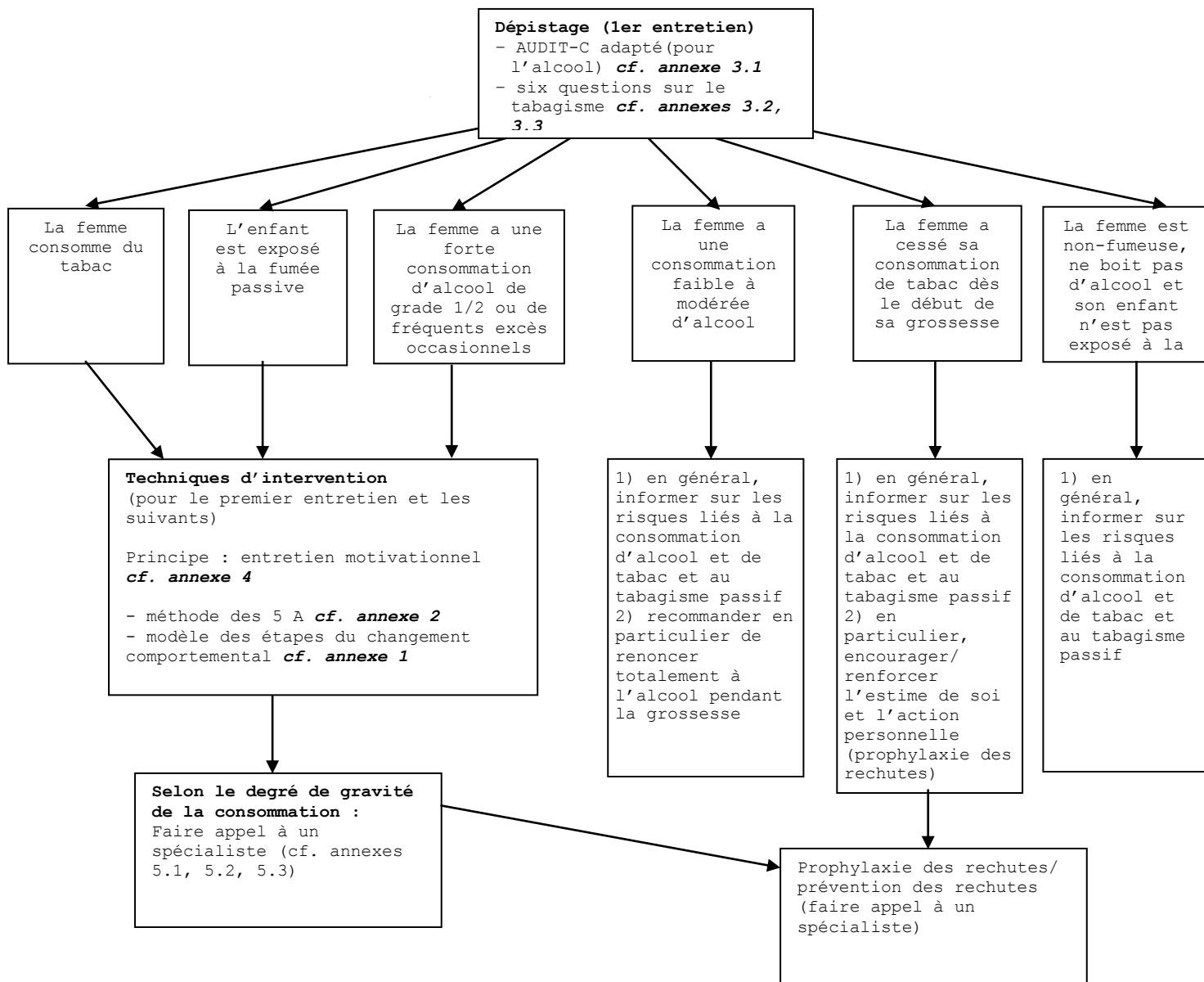
4. Renforcer l'efficacité personnelle

- Croire au changement possible comme source de motivation (renforcer la confiance dans les compétences, renforcer la perception des compétences pour faire face aux obstacles sur la route du changement).
- Souligner la responsabilité individuelle ; la cliente est responsable de sa décision de changer (« C'est votre décision ; vous pouvez le faire ; vous pouvez y arriver »).
- Renforcer la confiance en planifiant ensemble les premières étapes du changement de comportement et en soutenant aussi le comportement en cas de rechute.

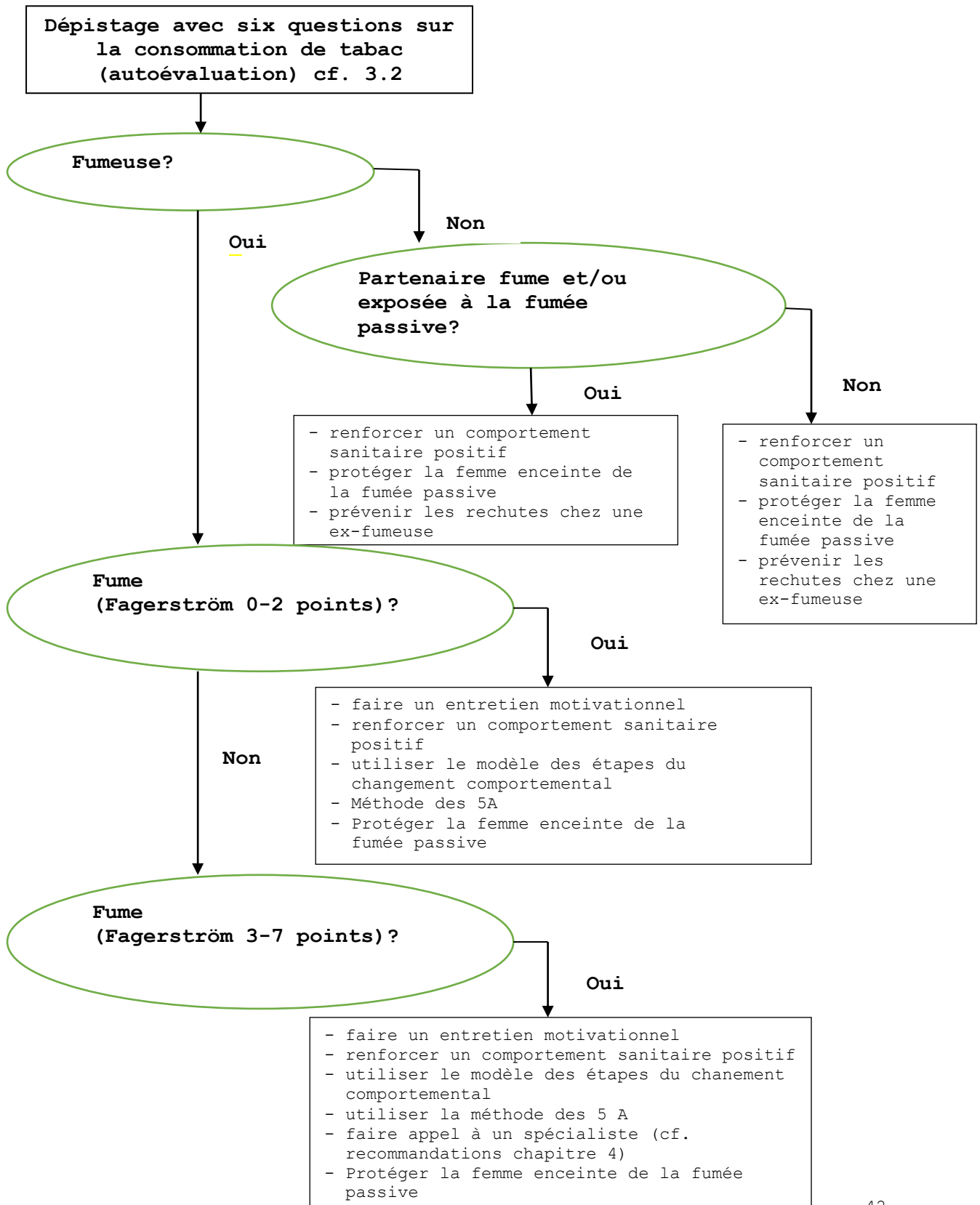
Parler en images et redonner les termes techniques dans un langage adapté. Associer par ailleurs d'autres technique (telles que l'homéopathie, etc.).

Annexe 5 : Fluxogramme

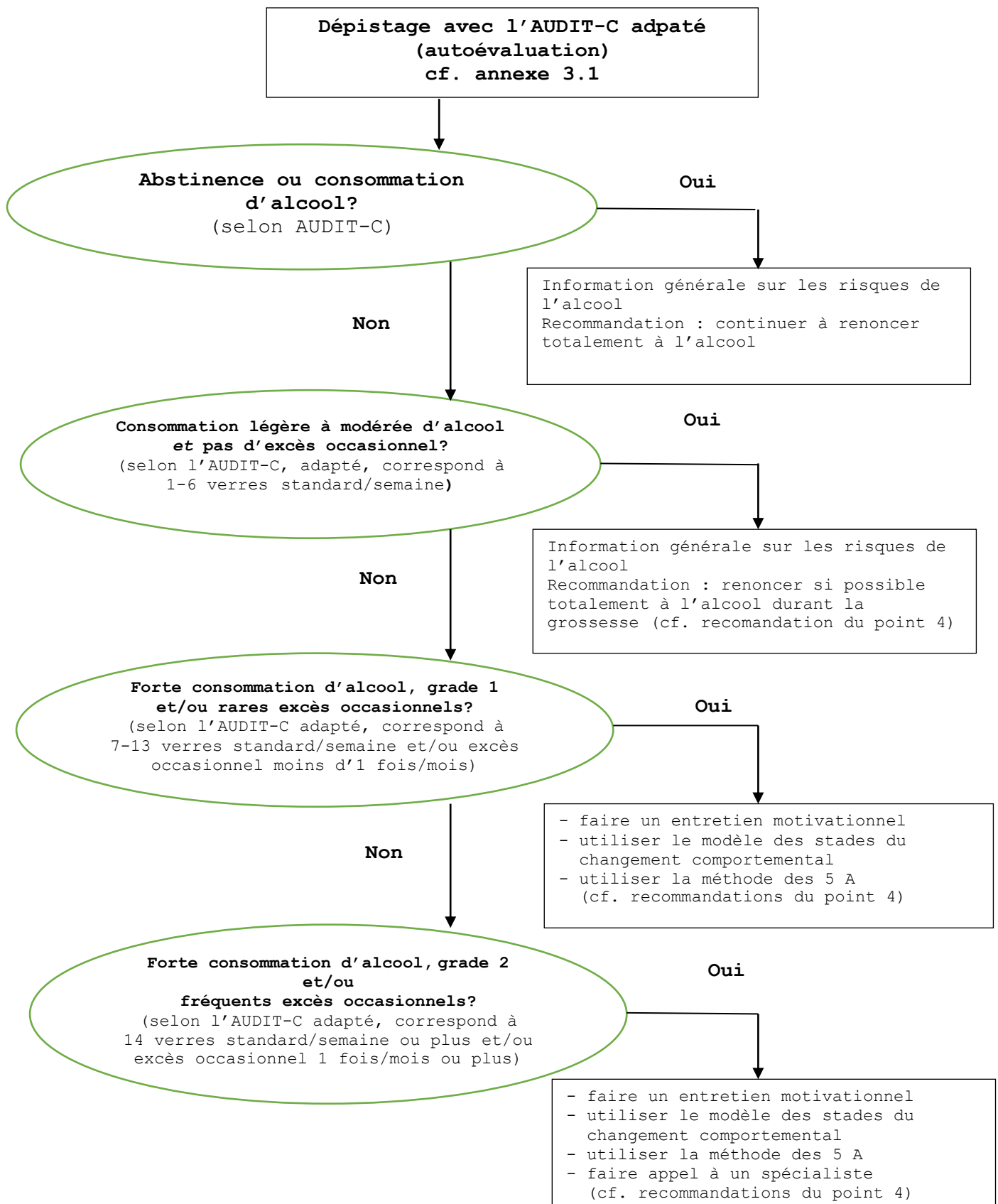
Mise en œuvre des recommandations de bonne pratique pour prévenir la consommation de tabac et d'alcool :



5.1 Arbre décisionnel pour les recommandations de bonne pratique dans la prévention du tabagisme



5.2 Arbre décisionnel pour les recommandations de bonne pratique dans la prévention de la consommation d'alcool



5.3 Informations complémentaires: services spécialisés externes et liens utiles

La Centrale nationale de coordination des addictions (Infodrog) fournit les coordonnées d'un réseau d'experts et propose aussi différentes offres de thérapie, de conseil et de réduction des risques, avec mise à disposition d'une banque de données des offres en cas d'addiction, de brochures et de matériel spécifique.

- Centrale nationale de coordination des addictions
lien : <http://www.infodrog.ch/>
- Services de prévention de la violence cf. Association professionnelle suisse de consultations contre la violence
lien: <http://www.fvgs.ch>

Annexe 6: Travaux publiés par les auteur-e-s sur le sujet

Publications

- Lemola, S. & Grob, A. (2008). Smoking cessation during pregnancy and relapse after childbirth: the impact of the grandmother's smoking status. *Matern Child Health J*, Jul 12(4), 525-33.
- Lemola, S. & Grob, A. (2007). Drinking and smoking in pregnancy: which questions do Swiss physicians ask?, *Swiss Med Wkly*, 137, 66-69.
- Lemola, S., Meyer-Leu, Y., Samochowiec, J. & Grob, A. (2013). Control beliefs are related to smoking prevention in prenatal care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 19, 948-952. doi:10.1111/j.1365-2753.2012.01891.x
- Meyer-Leu, Y., Lemola, S., Daepfen, J-B., Deriaz, O., Gerber, S. (2011). Association of Moderate Alcohol Use and Binge Drinking During Pregnancy with Neonatal Health. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35, 1669-1677. doi:10.1111/j.1530-0277.2011.01513.x

Direction de projets de recherche

- Grob, A. & Lemola, S. (2007/2008). Substanzkonsumscreening in der Schwangerschaftsvorsorge: Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.
- Grob, A. & Lemola, S. (2004/2005). Substanzkonsum junger Eltern in der Schweiz: Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.
- Meyer-Leu, Y. et al. (2007/2008). Dépistage de la consommation d'alcool à risque chez les femmes enceintes et approche préventive par l'intervention brève. Recherche subsidiée par DO-RE.
- Meyer-Leu, Y. et al. (2003/2004). Impact du conseil à la désaccoutumance tabagique chez des mères en post partum. Recherche subsidiée par DO-RE.

Sessions de posters et présentations

- Meyer-Leu, Y. und Tritten, K. (2016). Alkohol und Tabak: Teratogenität und Outcome, Screening und Beratung bei Alkohol- und Tabakkonsum. Referat. Workshop Schweizerische Arbeitsgemeinschaft Perinatale Pharmakologie, Universitätsspital Zürich.
- Meyer-Leu Y., (2009). Consommation modérée d'alcool durant la grossesse et santé néonatale. Présentation libre. Swiss Public Health Conference, Zurich.
- Meyer-Leu, Y. et al. (2008). Screening of pregnant women alcohol/Tobacco consumption and neonatal issue. Poster. 28th Triennial Congress of International Confederation of Midwives, Glasgow.
- Meyer-Leu, Y. et al. (2007). Identifikation schwangerer Frauen mit einem Risiko zum Alkoholkonsum oder doppeltem Konsum von Alkohol und Tabak. Poster. Nationalkongress des Schweizerischen Hebammenverbandes, Olten.
- Tritten, K. (2008). Posterpräsentation der Masterthesis am Schweizerischen Hebammenkongress in Sarnen. Thema: «Gesundheitsfachfrauen in Ausbildung, ihr Rauchverhalten, ihr Wissen über Tabakprävention und ihre berufsbedingten Einstellungen dazu».
- Tritten, K. (2008). Posterpräsentation der Masterthesis an der Public Health Konferenz in Genf. Thema: »«Gesundheitsfachfrauen in Ausbildung, ihr Rauchverhalten, ihr Wissen über Tabakprävention und ihre berufsbedingten Einstellungen dazu».