Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 86 (1988)

Heft: 4

Artikel: Alcool et grossesse

Autor: Leclercq, Françoise

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-951023

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 12.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Alcool et grossesse

Par le Dr Françoise Leclercq, pédiatre, Paris

Les conséquences néfastes de l'alcool sur l'enfant dès la gestation sont connues depuis l'Antiquité. Les problèmes qui s'y rapportent ont été étudiés sous leurs différents aspects scientifiques vers la fin du XIXe siècle, avec des périodes d'oubli et de redécouvertes, et des hypothèses plus ou moins opposées. Mais l'action tératogène (c'est-à-dire susceptible d'induire les malformations) n'avait pas été démontrée jusqu'à ces dernières années, sauf chez l'animal.
Il fallut attendre 1968 pour que paraisse un très important travail de Lemoine, de Bordeaux, pour redonner de l'actualité à ce problème. Il faisait en effet une description précise de 127 enfants dont les «faciès» étaient étonnamment semblables, et qui étaient porteurs d'une série de troubles de croissance et de malformations diverses. Tous étaient issus de parents (en particulier de mères) alcooliques.
On peut regretter que ce travail soit passé à peu près inaperçu à l'époque. En 1972 et les années suivantes, des auteurs américains, Ulleland, Jones en particulier (qui ne connaissaient pas la publication française), pensèrent être les premiers à décrire «le syndrome d'alcoolisme fœtal».
Avant la reconnaissance, à la naissance, de ce tableau malformatif majeur, la toxicité de l'alcool dans le domaine de la reproduction peut s'exercer à différents stades par rapport à la conception: soit avant, soit pendant l'acte reproducteur, soit après, tout au long de la grossesse.

Avant la conception

D'anciennes théories ont voulu rendre l'alcool responsable d'agressions à plusieurs niveaux, soit des cellules sexuelles, des glandes reproductrices, ou encore des deux à la fois. Les modifications secondaires du patrimoine héréditaire dues à cette action toxique, susceptibles de faire apparaître des «tares» chez les descendants, ont fait l'objet de recherches. Les études récentes sur ce point n'ont pas permis d'apporter une réponse formelle.

Pendant la conception

L'intoxication alcoolique aiguë des parents ne semble pas entraîner de conséquences bien définies sur le produit de conception si l'on en croit l'expérience animale. L'enfant du «samedi soir» serait-il donc un mythe? Cette hypothèse admise depuis fort longtemps est bien difficile à prouver.

Renoncer à l'alcool déjà avant la grossesse

Les femmes désirant un enfant et qui se préparent à une grossesse, devraient renoncer à boire de l'alcool avant que le test de grossesse ne s'avère positif.
Depuis longtemps déjà, on sait que l'enfant peut être atteint de lésions lorsque sa mère consomme de grandes quantités d'alcool pendant la grossesse. Une nouvelle étude, menée par l'Hôpital de Charing Cross, à Londres, confirme que la première étape de la grossesse est d'une importance déterminante pour le développement futur de l'enfant. Elle révèle, d'autre part, que l'alcool, même consommé au moment de la conception et juste après, peut avoir des conséquences négatives sur l'enfant.
Ainsi, les femmes qui, au moment de la conception, buvaient en moyenne 100 grammes d'alcool par jour – ce qui correspond à environ 1 ½ dl de vin par jour – mettaient souvent au monde des enfants d'un poids inférieur à la norme. Ce dommage était irréversible, même lorsque ces femmes stoppaient leur consommation d'alcool dès la confirmation d'une grossesse.
Les auteurs de cette étude conseillent donc aux femmes qui désirent avoir un enfant de renoncer, par principe, à l'alcool, mais aussi au tabac. Si cette abstinence n'est respectée qu'après confirmation de la grossesse, l'influence nocive de ces deux drogues sur l'embryon est malheureusement irréversible. (ispa)

Après la conception

Nicloux, depuis 1900, a démontré que l'alcool circule librement à travers le placenta pour atteindre l'œuf à différents stades de son développement, de façon schématique, soit:

- au stade embryonnaire (de 1 à 3 mois)
  ou
- au stade fœtal (de 4 à 9 mois)

Alcool et barrière placentaire

a) Chez l'animal:
Nicloux a retrouvé des taux d'alcool dans le sang fœtal, à peu près identiques à ceux du sang maternel.
Une expérience plus récente de Idanpaan, en 1971, a permis de confirmer les données antérieures, et même de constater dans le corps du fœtus des concentrations alcooliques bien supérieures à celles retrouvées chez la mère (jusqu'à 10 fois plus).

b) Chez l'enfant:
Trois observations américaines d'enfants porteurs de syndrome d'alcoolisme fœtal confirment le passage transplacentaire de l'alcool:
- dans l'haleine d'un enfant pour le premier cas,
- dans le liquide amniotique d'un autre, qui dégageait une odeur caractéristique,
- dans le sang du cordon ombilical enfin, à un taux très élevé, supérieur à celui du sang maternel.

Description de la forme typique du syndrome d'alcoolisme fœtal

En cas d'atteinte précoce, l'alcool réalise une embryopathie de gravité variable, dont la forme la plus sévère est caractérisée par ce que l'on appelle «le syndrome d'alcoolisme fœtal» et dont les éléments essentiels se résument par:

A) un «faciès» bien particulier.
B) des troubles de croissance pré-natale persistants à la période postnatale.
C) une débilité mentale avec microcéphalie associée.
D) des malformations cardiaques considérées comme ayant un intérêt «majeur» par rapport aux autres malformations dites «mineures».

A) Le «faciès»

Le «faciès» est l'élément qui a attiré le plus souvent l'attention des auteurs par la constance de son aspect inhabituel et particulier, assez évocateur d'une intoxication alcoolique maternelle pour des observateurs entraînés.

De face
On observe surtout trois anomalies touchant plus de 80 % des cas, qui sont:
- le rétrécissement des fentes palpébrales, avec écartement exagéré des yeux, et différents troubles oculaires,
- la lèvre supérieure amincie, rétractée, laissant une zone vermillon,
- la distance lèvre supérieure-nez, allongée et effacée.

De profil
Le profil est beaucoup plus significatif, il se décrit ainsi:
- un front bombé,
- un nez caractéristique, retroussé, avec écrasement de sa base, et des narines antéversées,
- une bouche large, semi-ouverte, donnant parfois un aspect convexe à ce niveau par rapport au petit menton «fuyant»,
- le menton est donc petit et récessif (microrétrognathie),
- les oreilles sont décollées et mal ourlées,
- surtout un aplatissement de la partie moyenne du visage peut enfin être cité, qui serait dû à une hypoplasie du maxillaire supérieur, retrouvé dans 80% des cas au moins.

L'intérêt est de bien connaître l'aspect général du visage de ces enfants, dont les éléments à l'état isolé sont tout à fait banaux, communs à d'autres syndromes, mais deviennent d'une extrême valeur quand ils sont associés.
La découverte d'un enfant porteur d'un tel «faciès», évoquant son origine toxique, doit à présent conduire à un examen de tous les frères et sœurs et à une enquête familiale adroite, avec interrogatoire de la mère, à la recherche d'une intoxication éthylique possible, mais difficile à prouver, car le plus souvent inavouée.

B) Les troubles de la croissance prénatale et postnatale

1) les mensurations de naissance traduisent le nanisme intra-utérin. Par rapport à la durée de la grossesse, ces mensurations montrent, en règle générale, une atteinte à la fois de la taille, du poids et du périmètre crânien nettement insuffisants:

- poids ... compris entre 1800 et 2000 g correspondant à 35 ou 36 semaines de grossesse normale (au lieu de 41),
- taille ... comprise entre 43 et 45 cm correspondant à 36 à 38 semaines,
- périmètre crânien ... de 42,5 cm nettement insuffisant par rapport à la normale.
- la fréquence de l'atteinte prénatale est pratiquement constante (supérieure à 80% des cas au moins).

2) La croissance postnatale se poursuit avec un retard persistant pour le poids. La taille et le périmètre crânien, diminués dans les mêmes proportions, conservent à ces enfants un aspect assez harmonieux malgré la microcéphalie notée.
La fréquence de ces retards postnatals apparaît en général un peu supérieure (entre 90 et 100% – Clarren, à propos de 245 cas observés en 1978).

3) L'absence de «rattrapage» est, dans l'ensemble, le fait de tous les enfants, même lorsque l'environnement est favorable, ou lors de traitements intensifs.
L'évolution se fait donc dans le sens d'une aggravation avec l'âge, ces enfants restant petits et maigres.

4) Les données endocriniennes ont fait l'objet de nombreuses investigations pour déterminer si des anomalies hormonales pouvaient expliquer les troubles de croissance existants, mais aucune n'a pu être observée (taux d'hormones de croissance).

C) Les troubles situés au niveau du système nerveux central

Il se composent d'une débilité mentale avec microcéphalie, des anomalies de structure du cerveau, enfin de troubles de l'examen neurologique avec comportements anormaux.

1) La débilité mentale avec microcéphalie (déjà évoquée dans les données sur la croissance).
Elle se manifeste par une diminution des capacités intellectuelles, représente l'action la plus grave que l'on puisse imputer aux actions toxiques et néfastes dues à l'alcool sur le produit de conception.

- La fréquence du retard intellectuel chez ces enfants apparaît considérable, sûrement supérieure à 80%, dans l'étude de Clarren précédemment citée. Elle est même considérée par certains, comme constante.
- Sa gravité peut atteindre tous les degrés mais, dans la majorité des cas, se situe entre l'atteinte légère et modérée.
- L'évolution, une nouvelle fois, s'est faite dans le sens d'une aggravation du retard avec l'âge, confirmée par des tests de niveau mental moins bons à l'âge de 7 ans qu'à l'âge de 4 ans.

Cette évolution fâcheuse, selon de nombreux auteurs, ne paraît pas être en rapport avec des conditions – un milieu familial – défavorables après la naissance, mais liée, par contre, à une atteinte anténatale de l'alcool sur le cerveau en développement.
Une expérience soviétique de 1974, publiée par Shurygin, illustre tout à fait cette dernière hypothèse et démontre l'action toxique très précoce de l'alcool sur le développement embryonnaire. Elle a permis de **comparer 23 enfants nés de mères devenues alcooliques au cours de la grossesse avec 19 autres nés de mères devenues alcooliques après l'accouchement.**
- Dans le premier cas où les enfants étaient exposés à l'alcool «in-utero», on constata des troubles neurologiques constants à la période néonatale, et 14 d'entre eux furent considéréres comme porteurs d'un retard mental probable, donc d'une atteinte irréversible.
- Dans le deuxième cas, les enfants élevés par une mère devenue alcoolique après une grossesse normale, objectivèrent des troubles uniquement affectifs et du comportement, susceptibles de s'améliorer dans des conditions familiales favorables.

2) Des anomalies de structure du cerveau ont été décrites à partir de quelques cas d'autopsie qui ont permis d'individualiser:
- du point de vue microscopique, essentiellement des migrations cellulaires anormales,
- et du point de vue macroscopique, des développements incomplets de multiples structures dont la plus importante est l'agénésie du corps calleux, témoin d'une atteinte survenue avant le 40e jour de la grossesse et signant donc le rôle embryopathique (responsable de créer des malformations) de l'alcool sur le produit de conception.

30% des handicaps chroniques chez les enfants sont dus à l'alcool

Une étude portant sur 586 enfants handicapés chroniques de la province canadienne du Yukon a établi que 30% d'entre eux souffraient de dommages irréversibles dus à la consommation d'alcool de la mère au cours de la grossesse.
Le Dr K.O. Asante, qui commentait ces chiffres au congrès annuel des pédiatres canadiens, a déclaré que l'alcool était ainsi la cause la plus fréquente de dommages chez les enfants. «Les mères interrogées étaient parfaitement au courant du rapport entre la consommation d'alcool et les dommages aux enfants. Mais, étant donné qu'elles ne buvaient «que» de la bière – qu'elles ne considéraient pas comme de l'alcool – elles pensaient que le handicap de leurs enfants était dû à d'autres facteurs ...
Les mères n'étaient pas nécessairement toutes des alcooliques chroniques; certaines d'entre elles ne buvaient des quantités importantes qu'en fin de semaine.»
La province du Yukon a la plus forte consommation par habitant de tout le Canada: 22 litres d'alcool pur par année (en Suisse 11,1 litres).
(«Ispavision» 3/1, 1986, p. 4)

3) Les troubles de l'examen neurologique, puis les troubles du comportement. Ces troubles apparaissent un peu différents selon l'âge:

- Dans la première enfance, il existe un retard psychomoteur (retard de la marche, du langage...) sur le plan neurologique; du point de vue du comportement, il s'agit surtout d'une hyperirritabilité.
- Chez les enfants plus âgés, des atteintes au niveau du cervelet, des troubles du tonus et, parfois, des malaises ont été retrouvés à l'examen neurologique.
  Sur le plan du comportement, ces enfants sont essentiellement hyperactifs, instables, avec scolarité perturbée, problèmes affectifs.

En conclusion de ce chapitre, les Américains, puis d'autres auteurs, ont insisté sur l'importance de dépistage précoce de telles anomalies, car ils rangent ce syndrome d'alcoolisme fœtal **au 3e rang des maladies malformatives comprenant un retard mental grave.**

D) Les anomalies cardiaques

Le mérite d'avoir établi l'importance et la valeur réelle des anomalies cardiaques dans l'embryo-fœtopathie alcoolique, revient aux équipes de Lens, Roubaix, réunies autour de Dupuis. Leurs travaux, publiés en 1978, ont relaté les résultats de 50 cardiopathies dépistées chez des enfants tous atteints du syndrome d'alcoolisme fœtal.
La fréquence très élevée des défauts du cloisonnement cardiaque, représentée par des communications interauriculaires, mais surtout par des communications interventriculaires (50% des cas) a été notée par la majorité des auteurs.
Enfin, ces dernières anomalies citées évoluent de façon bénigne car de petite taille pour la plupart d'entre elles.

L'ampleur grandissante du problème cardiaque a conduit à une estimation du «risque cardiaque fœtal» qui se situe entre: **10 et 20%** des cas quand l'intoxication est importante.

Enfin, des travaux récents laissent apparaître que les cardiopathies congénitales d'origine alcoolique **sont plus fréquentes** que celles dues **à la rubéole.**

E) D'autres anomalies,

considérées actuellement comme d'importance mineure, ont été relatées à propos:

- du squelette et des articulations
- des organes génitaux externes,
- de la sphère rénale.

pbp-Poss

Les autres pathologies du produit de conception

Les anomalies précédemment décrites ne résument pas toute la pathologie du produit de conception qui peut se traduire, selon l'intensité et le moment de l'intoxication par:

1. Des avortements spontanés qui sont en plus grand nombre chez les mères alcooliques. Il est difficile, pour de multiples raisons, d'en apprécier l'importance.
2. Des accouchements prématurés plus nombreux, passant de 4% chez les mères sobres à 17% en cas d'intoxication maternelle, selon Ouellette (1977).
3. Une mortalité périnatale supérieure, évaluée dans la descendance de 23 femmes alcooliques à un chiffre de 17% contre 2% dans une population normale (Jones, 1974).
4. Enfin, des troubles de croissance prénatals et postnatals sans malformation (dysmaturité) sont constatés et c'est peut-être l'éventualité la plus fréquente. Cette pathologie a souvent été évoquée dans les publications antérieures à 1957.

Après la naissance

Une pathologie néonatale un peu particulière chez l'enfant né de mère alcoolique a été décrite. A côté des troubles respiratoires et métaboliques, de survenue banale, liés à des difficultés d'adaptation à la vie extra-utérine, un ensemble de manifestations d'origine cérébrale a été regroupé dans les termes de «syndrome de privation d'alcool» ou de «retrait» et mérite d'être détaillé car rarement cité dans la littérature. Les manifestations retrouvées sont:

- l'irritabilité,
- le tremblement,
- l'agitation psychomotrice,
- des augmentations intermittentes du tonus musculaire (secousses),
- une hypersensibilité au bruit et des troubles de la succion,
- des malaises ou même des convulsions,
- une distension abdominale.

Ce tableau survient dans les heures qui suivent l'accouchement et semble en partie pouvoir être attribué à une suppression brutale du toxique réalisant des conditions de sevrage chez l'enfant.
Un des principaux intérêts de cette description réside dans la ressemblance de ce syndrome de privation avec:

- celui décrit chez l'homme dans le cas de delirium tremens,
- le syndrome d'abstinence chez les enfants nés de mère droguée,
- celui qui survient après un arrêt thérapeutique de médicament antiépileptique,
- celui créé expérimentalement chez la souris après arrêt de l'alcoolisation.

Commentaires

La fréquence du syndrome d'alcoolisme fœtal.

Les premières estimations de la fréquence ont fait l'objet d'une publication du Nord de la France autour de Dehaene en 1977. Il est fait état du chiffre suivant: 1/312 naissances.
Une autre estimation américaine relate chez les enfants vivants:

- fréquence de la forme typique du syndrome: 1 à 2 cas sur 1000 naissances,
- fréquence des formes partielles: 3 à 5 pour 1000 naissances.

L'évaluation du «risque fœtal»:

relation entre la consommation maternelle d'alcool et la variabilité des tableaux cliniques.
L'apparition des différents tableaux cliniques est liée aux fluctuations de la consommation alcoolique maternelle. Elle est fonction de multiples variables, dont:

- la dose ingérée,
- le moment d'exposition du fœtus à l'alcool.
- la nature du toxique,
- la durée de l'imprégnation éthylique maternelle,
- la façon de boire (ingestion chronique et/ou intermittente),
- les facteurs associés (tabac, drogue, médicaments).

a) La dose d'alcool ingéré

Une étude prospective effectuée par Ouellette en 1977, sur la descendance de 633 femmes alcooliques, permet d'établir une

dose d'alcool par jour susceptible d'entraîner un risque fœtal élevé chez les descendants, dose estimée à:
174 ml d'alcool pur/jour/mère, soit environ 2 litres de vin à 11° par jour.
Un autre chiffre sur la consommation minimale a été évalué en 1978 par Clarren, également aux Etats-Unis, à
89 ml d'alcool pur/jour, soit 6 verres d'alcool fort.
En 1976, Rumeau-Rouquette, Kaminsky et Schwartz, s'appuyant sur plus de 9000 cas de femmes alcooliques enceintes, ont montré qu'une consommation quotidienne de
40 cl de vin/jour, soit environ ½ litre de vin, entraîne un «risque» plus élevé d'avoir une issue défavorable à la grossesse, avec une mortinatalité plus élevée, essentiellement par hématome rétroplacentaire ou une dysmaturité fréquente. Enfin, des chiffres récents, publiés par Hanson en 1978, ont permis de constater un risque – pour des doses encore plus faibles – de voir apparaître des malformations dans la descendance des mères alcooliques:

Pour une consommation moyenne/jour d'alcool pur	«risques» de malformation
Moins d'une once (29,5 g):	apparemment bas
Entre une et deux onces:	environ 10%
Deux onces ou plus (jusqu'à 5):	19%

b) Le moment crucial d'exposition du fœtus à l'alcool a été l'objet d'une publication par Streisguss (1978). Elle tend à prouver que le moment le plus critique pour l'apparition des malformations correspond à une atteinte par l'alcool dans les premières semaines de la grossesse, juste après la conception et avant le diagnostic positif de grossesse, **donc lorsque la mère est encore ignorante de son état.**

c) La nature du toxique, rarement évoquée, sauf par l'équipe de Rumeau-Rouquette (1976) qui a souligné l'effet plus grave de l'intoxication alcoolique **à la bière.**

d) Facteurs associés susceptibles de modifier le métabolisme de l'alcool (inhibition ou potentialisation). Les associations les plus souvent citées sont le tabac, les tranquillisants et les drogues.

Le tabagisme est le facteur le plus souvent associé chez la femme alcoolique. Les effets bien connus du tabac sont représentés par
- un retard de croissance intra-utérin (surtout en rapport avec le fait de fumer pendant la deuxième partie de la grossesse),
- une prématurité double chez les fumeuses;
- des avortements plus nombreux;
- une mortalité supérieure.

Quant aux interaction alcool/tabac, elles restent à étudier et soulèvent le problème de leur action cumulative vraisemblable.
Mais il semble bien que le tabac, à lui seul, ne soit pas capable d'induire des malformation.

La drogue associée à l'alcool:
Le chanvre indien, le LSD, les opiacés augmentent les issues défavorables des grossesses, mais leur rôle tératogène n'a pas été prouvé formellement.

Les médicaments (en particulier l'association tranquillisants/alcool) associés à l'alcool chez une femme enceinte compliquent – et surtout aggravent – les conséquences néfastes possibles de l'alcool sur le produit de conception.

Comme l'écrit de Dr Cardon dans son étude non encore publiée, il serait utile de savoir combien, parmi les 12000 malformations diverses constatées chaque année (2% des 600000 naissances actuelles, selon Jalbert) sont dues aux boissons alcooliques, au tabac, aux drogues et aux médicaments, pris seuls ou en association.

Les enfants de fumeurs restent plus petits

Les enfants qui fument passivement au cours de leurs premières années de vie parce que leurs parents sont de gros fumeurs grandissent moins vite.
Un groupe de travail du Departement of Community Medicine de la St. Thomas Medical School, à Londres, a publié des données à ce sujet dans le «British Medical Journal».
Dans le cadre d'une étude réalisée en Grande-Bretagne et intitulée «National Study of Health and Growth», on enregistre depuis 1977 les habitudes de fumer des familles.
Les enfants de près de 3000 familles britanniques ont été examinés du point de vue de leur taille par rapport au tabagisme dans leur famille. Différents groupes ont été formés:
- les familles où personne ne fume,
- les familles dont un membre fume,
- les familles dont deux membres ou plus fument.

On a constaté qu'il existe un rapport statistiquement significatif entre les tailles inférieures à la moyenne et les habitudes de fumer des parents. Les enfants les plus petits sont issus de familles dont deux membres au moins fumaient régulièrement. Les enfants les «plus grands» avaient, par contre, des parents non fumeurs; lorsqu'il y avait un seul fumeur dans la famille, les valeur étaient moyennes.
(«Ispavision», n° 1, 1984, p. 6)

Conclusions

Le risque que fait courir au produit de conception l'éthylisme gestationnel paraît très élevé et cette condition étiologique peut être tenue notamment pour une des causes les mieux caratérisées d'embryofœopathie récurrente et susceptible de s'exprimer par un avortement, un syndrome de nanisme intra-utérin avec débilité mentale et malformations, par une dysmaturité sans malformation, par une mortalité néo-natale élevée.
Ces notions plus ou moins soupçonnées ou connues depuis fort longtemps avaient été quelque peu oubliées. Des travaux récents, français et américains les rappellent opportunément.
La gravité de ces syndromes réside, en dehors de la mortalité, dans la fréquence du retard mental chez ces enfants, retard qui aurait pu être évitable, si la mère n'avait pas bu.
Le remède est simple en théorie: il suffit, pendant la gestation, de s'abstenir de consommer des boissons contenant de l'alcool, ainsi d'ailleurs que de fumer.
Une vaste campagne d'information à cet égard est d'autant plus nécessaire que le risque tératogène est des plus grands dès le premier jour de la gestation et avant même que la future mère sache qu'elle est enceinte.
En cette époque d'enfantements programmés on ne saurait donc trop recommander aux jeunes femmes qui décident d'avoir des enfants sains et beaux de s'arrêter de boire toute boisson alcoolisée dès l'arrêt des moyens anticonceptionnels.
Cette recommandation n'exlut naturellement pas la mise en œuvre de la prévention génèrale de la consommation alcoolique excessive par l'enseignement de la sobriété, c'est-à-dire de la consommation facultative, modérée et circonstancielle de boissons alcooliques, particulièrement recommandable aux femmes en âge de procréer. Elle n'exclut pas non plus – à titre de prévention – le dépistage précoce
- d'une intoxication alcoolique éventuelle au cours des examens prénuptiaux,
- d'état pathologique chez le produit de conception, faisant soupçonner un alcoolisme maternel.

A l'information du public doit répondre la formation du personnel médical et paramédical impliqué dans la surveillance des femmes enceintes et des nourrissons.

(Article tiré des «Dossiers de l'obstétrique», N° 61 [mars 1980], p. 7–13.)

La bibliographie, peut être obtenue à la rédaction. HG