



Lausanne, avril 2026

Rapport de recherche N°186

# **Consommation d'alcool durant la grossesse**

## **Enquête sur l'adoption du principe de précaution, les obstacles et les groupes à risque**

Florian Labhart

*Ce projet de recherche a été cofinancé par le Fonds de prévention des problèmes liés à l'alcool, la Fondation Promedica et d'autres Fondations souhaitant rester anonymes*

## Remerciements

Nous remercions chaleureusement les femmes enceintes et leurs partenaires qui ont participé à ce projet, ainsi que les institutions partenaires, gynécologues et sage-femmes qui ont aidé au développement du questionnaire et ont relayé l'enquête.

Notre reconnaissance va également à Rachel Stauffer Babel, Marina Delgrande Jordan, Nicole Egli-Anthonioz, Noémie Farquet, Beatriz Ferreira, Fiona Köster, Heather Labhart, Marie-Noëlle McGarrity, Luca Notari, Angelica Rengifo Copete, Camila Sculco, Jehona Shkodriqi, Regula Walther, Sévane Wicht, Livia Andrani et Frank Zobel pour leur contribution essentielle à différents moments de la réalisation du projet, ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), à la Fondation Promedica et aux autres Fondations qui souhaitent rester anonyme, pour leur soutien financier.

## Impressum

---

Information :	Florian Labhart, +41 (0)21 321 29 51, flabhart@addictionsuisse.ch
Diffusion :	Addiction Suisse, Avenue Ruchonnet 14, 1003 Lausanne
Numéro de commande :	Rapport de recherche N°186
Graphisme/mise en page :	Addiction Suisse
Copyright :	© Addiction Suisse, Lausanne 2026
ISBN :	978-2-88183-362-5
DOI :	10.58758/rech186
Citation recommandée :	Labhart, F. (2026). <i>Consommation d'alcool durant la grossesse - Enquête sur l'adoption du principe de précaution, les obstacles et les groupes à risque</i> (Rapport de Recherche N°186). Lausanne : Addiction Suisse. doi : 10.58758/rech186

---

# Table des matières

<b>Table des matières</b> .....	<b>I</b>
<b>Index des Tables</b> .....	<b>III</b>
<b>Index des Figures</b> .....	<b>IV</b>
<b>Résumé</b> .....	<b>1</b>
<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>4</b>
<b>Riassunto</b> .....	<b>8</b>
<b>Summary</b> .....	<b>11</b>
<b>1 Introduction</b> .....	<b>14</b>
1.1 Contexte .....	14
1.2 Promouvoir le « principe de précaution » .....	15
1.3 Freins à l'application du « zéro alcool durant la grossesse » .....	16
1.4 Le présent projet .....	18
<b>2 Méthode</b> .....	<b>20</b>
2.1 Outils de collecte de données .....	20
2.2 Méthodes de recrutement .....	22
2.3 Échantillon et taux de rétention .....	23
2.4 Description de l'échantillon des femmes enceintes .....	25
<b>3 Résultats de l'enquête chez les femmes enceintes</b> .....	<b>27</b>
3.1 Profils de consommation avant et durant la grossesse (ci-après : profils) .....	27
3.2 Mesures prioritaires pour la protection de la santé du bébé .....	32
3.3 Connaissances et croyances sur les risques liés à la consommation d'alcool durant la grossesse .....	34
3.4 Sources d'informations consultées en général .....	37
3.5 Sources d'information pour des questions sur la grossesse .....	38
3.6 L'entourage .....	40
3.7 Littératie en santé .....	44
3.8 Moyens pour informer les femmes enceintes .....	46
3.9 Synthèse des caractéristiques des quatre profils .....	47
3.10 Entretiens d'approfondissement .....	49
<b>4 Résultats de l'enquête auprès des partenaires</b> .....	<b>56</b>
4.1 Description de l'échantillon .....	56
4.2 Consommation d'alcool avant et durant la grossesse .....	56
4.3 Mesures prioritaires pour la protection de la santé du bébé .....	57
4.4 Connaissances et croyances sur les risques liés à l'alcool durant la grossesse .....	58



4.5	Sources d'informations pour des questions liées à la grossesse .....	59
4.6	L'entourage .....	60
4.7	Moyens pour informer les partenaires .....	61
<b>5</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>63</b>
5.1	Limites de l'étude .....	66
<b>6</b>	<b>Références .....</b>	<b>68</b>
<b>7</b>	<b>Annexes .....</b>	<b>75</b>
7.1	Figures .....	75
7.2	Questionnaire .....	77

## Index des Tables

Table 1 : Habitudes de consommation d'alcool avant et pendant la grossesse, par profil.....	29
Table 2 : Mesures jugées prioritaires pour qu'un bébé naisse en bonne santé.....	33
Table 3 : Habitudes de consommation des partenaires avant et pendant la grossesse (n = 31)	57
Table 4 : Mesures jugées prioritaires pour qu'un bébé naisse en bonne santé, selon les partenaires (n = 34).....	58

## Index des Figures

Figure 1 : Exemples d'annonces publiées sur Instagram et Facebook.....	23
Figure 2 : Nombre de questionnaires initiés et retenus pour les analyses .....	24
Figure 3 : Distribution du nombre de répondantes à l'enquête (n = 805), par canton .....	25
Figure 4 : Nombre de répondantes par semaine de grossesse au moment de la participation à l'enquête (n = 805).....	26
Figure 5 : Répartition des quatre profils chez les femmes enceintes participantes (n = 690).....	28
Figure 6 : Répartition des profils, selon les caractéristiques démographiques.....	31
Figure 7 : Répartition des profils, selon les circonstances de la grossesse .....	32
Figure 8 : Mesure la plus importante (priorité numéro un) pour qu'un bébé naisse en bonne santé, par profil .....	34
Figure 9 : Avoir entendu parler du terme « syndrome d'alcoolisation foétale », selon le profil de consommation .....	34
Figure 10 : Connaissances et croyances sur les risques liés à l'exposition prénatale à l'alcool.35	
Figure 11 : Connaissances et croyances sur les risques liés à la consommation d'alcool durant la grossesse, par profil.....	36
Figure 12 : Ressources consultées pour s'informer en général, par ordre d'importance.....	37
Figure 13 : Cinq ressources les plus consultées pour s'informer en général par ordre d'importance, par profil .....	38
Figure 14 : Sources pour s'informer sur la grossesse .....	39
Figure 15 : Sources principales pour s'informer sur la grossesse, par profil .....	40
Figure 16 : Répartition des profils selon l'opinion de la famille et de l'entourage vis-à-vis de la consommation d'alcool en général.....	41
Figure 17 : Opinions et comportements des ami·e·s et connaissances par rapport à la consommation d'alcool durant la grossesse.....	42
Figure 18 : Perception des opinions et comportements des ami·e·s et connaissances par rapport à la consommation d'alcool durant la grossesse, par profil .....	43
Figure 19 : Changement de la consommation d'alcool durant la grossesse, en fonction de l'attitude du partenaire .....	44
Figure 20 : Niveau de littératie en santé générale, par profil .....	45
Figure 21 : Niveau de littératie en santé digitale, par profil .....	46
Figure 22 : Moyens d'atteindre les femmes enceintes pour informer sur la grossesse, par ordre d'efficacité.....	47
Figure 23 : Connaissances et croyances des partenaires sur les risques liés à la consommation d'alcool durant la grossesse (n = 34) .....	59
Figure 24 : Sources d'information utilisées par les partenaires pour s'informer sur la grossesse (n = 31).....	60

Figure 25 : Perception des opinions et comportements des ami·e·s et connaissances par rapport à la consommation d'alcool durant la grossesse (n = 29) .....	61
Figure 26 : Moyens d'atteindre les partenaires pour informer sur la grossesse (n = 32) .....	62



## Résumé

La consommation d'alcool durant la grossesse constitue la principale cause évitable de troubles neurodéveloppementaux chez l'enfant. L'exposition prénatale à l'alcool est associée à un large spectre de conséquences somatiques, cognitives et comportementales regroupées sous le terme de troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF), dont le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) représente la forme la plus sévère. Ces troubles, irréversibles, entraînent des difficultés d'apprentissage, des troubles du comportement et des déficiences adaptatives persistantes à l'âge adulte et représentent un fardeau considérable pour les personnes concernées, leurs familles et la société.

La recommandation de s'abstenir de toute consommation d'alcool durant la grossesse s'appuie sur une base scientifique solide. Comme il n'existe aucune limite prouvée pour une consommation d'alcool sans risque, de nombreuses autorités sanitaires à travers le monde ont adopté la recommandation du « zéro alcool durant la grossesse » en tant que principe de précaution. La Suisse se distingue toutefois par une communication officielle restreinte sur le sujet et par le manque de données empiriques sur ce sujet. Les études disponibles sont peu nombreuses, relativement anciennes et souvent basées sur de petits échantillons. Néanmoins, les quelques indicateurs existants laissent penser que le nombre de nouveau-nés concernés chaque année par un TSAF est conséquent (environ 1700 selon une estimation de 2018 de l'Office fédéral de la santé publique). Dans un contexte où la consommation d'alcool reste fortement ancrée dans la culture suisse, il est important d'actualiser les connaissances existantes et d'identifier les personnes les plus à risques de consommer de l'alcool durant la grossesse.

### Objectifs du projet

Ce projet de recherche constitue la première étape d'un programme plus large visant à renforcer la communication autour du principe de précaution et à améliorer les messages de sensibilisation. Cette première phase avait deux objectifs principaux :

- Obtenir une estimation de l'ampleur du phénomène de l'exposition prénatale à l'alcool en Suisse et selon les moments d'exposition (avant ou après la confirmation de grossesse).
- Analyser les facteurs individuels, contextuels et sociaux liés à l'application (ou non) du principe de précaution, notamment le rôle des croyances, de l'entourage et de la littératie en santé.

### Méthode

Les données ont été collectées entre novembre 2024 et août 2025 au moyen de trois instruments complémentaires : un questionnaire en ligne destiné aux femmes enceintes, un autre questionnaire pour les partenaires, et quelques entretiens individuels avec des femmes enceintes afin d'approfondir différents thèmes ressortis de l'enquête. Les questionnaires ont été diffusés dans les trois langues officielles (français, allemand, italien) ainsi que dans les quatre langues étrangères les plus fréquemment parlées en Suisse (anglais, espagnol, portugais et albanais).

Les participantes ont été recrutées grâce à des relais institutionnels (flyers mis à disposition dans des maternités, cabinets de gynécologie, sage-femmes, centres de périnatalité et de planning familial) et à des annonces sponsorisées sur les réseaux sociaux (Instagram, Facebook)

ciblant les femmes âgées de 18 à 45 ans résidant en Suisse. Au total, 805 femmes enceintes ont complété la partie principale du questionnaire et 570 ont répondu à l'intégralité des questions. Elles provenaient de l'ensemble des cantons, avec une légère surreprésentation de la Suisse romande. Leur âge moyen était de 32.6 ans et la majorité (57.8%) vivaient leur première grossesse. L'échantillon « de convenance » ainsi constitué permet de décrire certains comportements de consommation et facteurs associés, sans pour autant pouvoir prétendre être représentatif de l'ensemble des femmes enceintes en Suisse.

Les analyses quantitatives sont principalement descriptives, complétées par des tests statistiques de comparaison entre profils (tests du  $\chi^2$  et de la moyenne) réalisés à titre indicatif. L'analyse qualitative des entretiens a permis d'enrichir la compréhension des dynamiques sociales influençant les comportements.

### **Profils de consommation et caractéristiques-clés des femmes enceintes participantes**

Quatre groupes distincts ont été identifiés dans cet échantillon sur la base du moment d'arrêt de la consommation d'alcool. Le premier groupe, représentant 22% des participantes, n'a pas consommé d'alcool durant la grossesse, ni même durant les trois mois précédant la grossesse. Il comprend majoritairement des femmes de 40 ans et plus ou des femmes ayant eu la confirmation de leur grossesse dès la deuxième semaine. On y retrouve également davantage de femmes nées à l'étranger et/ou dont l'entourage désapprouve la consommation d'alcool.

Le deuxième groupe (29% des participantes) regroupe des femmes ayant consommé de l'alcool au cours des trois mois avant la grossesse mais qui ont arrêté durant cette période et avant la conception. Elles se distinguent par un niveau élevé de littératie en santé générale et digitale, une forte propension à consulter des livres et sources scientifiques, et une proportion plus importante de premières grossesses planifiées. Les femmes de ce groupe sont en outre légèrement sur-représentées parmi les femmes de 35 à 39 ans.

Le troisième groupe (43% des participantes) regroupe les femmes ayant consommé de l'alcool entre la conception et la confirmation de la grossesse, mais qui ont arrêté à l'annonce de celle-ci. Il comprend principalement des femmes jeunes, romandes, avec un niveau de formation supérieur, et inclut une proportion notable de grossesses non planifiées. Ces participantes ont pour la plupart réduit leur consommation après la conception et plus de la moitié ont arrêté la consommation ponctuelle à risque (quatre verres ou plus par occasion). Elles semblent conscientes que la consommation d'alcool peut être un facteur de risque durant la grossesse.

Le dernier groupe (6% des participantes) comprend les femmes ayant consommé de l'alcool après la confirmation de leur grossesse. Elles ont en moyenne un niveau de formation inférieur et un niveau de littératie en santé digitale plus faible que les autres groupes, ce qui limite leur accès à des informations fiables. Elles se fient beaucoup à leur entourage, souvent favorable à la consommation d'alcool, et affichent un taux élevé de croyances erronées sur les risques liés à l'alcool. Par ailleurs, certaines ont consommé de l'alcool pour ne pas révéler leur grossesse. Finalement, elles présentent également une tendance à penser que d'autres facteurs de risque, comme le tabac ou le stress, sont plus néfastes que l'alcool.

## **Connaissances, croyances et comportements des femmes enceintes participantes**

La majorité des participantes (73%) a déjà entendu parler du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) et plus de 90% identifient l'abstinence comme une mesure essentielle pour la santé du bébé. Cependant, la transposition de cette recommandation est inégale. Environ une participante sur cinq considère qu'un verre occasionnel n'est pas dangereux, et 10% pensent que certains types d'alcool seraient moins nocifs.

## **Rôle de l'entourage et des partenaires**

Les femmes enceintes participantes qui se fient principalement à leur famille ou à leurs ami·e·s pour s'informer sont plus susceptibles de maintenir une consommation d'alcool pendant la grossesse, surtout lorsque leur environnement la considère comme normale.

Un ou une partenaire solidaire dans le respect du principe de précaution (càd. qui diminuerait ou arrêterait aussi sa consommation) serait perçu·e comme un soutien important. Les résultats indiquent toutefois que les partenaires participent généralement peu à la recherche d'informations et laissent souvent à la femme enceinte la responsabilité de renoncer à la consommation.

## **Sources d'information et littératie en santé**

Les sites internet spécialisés et les professionnel·le·s de santé constituent les principales sources d'information sur la grossesse chez les femmes interrogées. Cependant, près de 40% des participantes présentent un niveau de littératie en santé ou en santé digitale limité, rendant difficile la distinction entre informations fiables et contenus erronés. Par ailleurs, les femmes ayant consommé de l'alcool durant la grossesse utilisent davantage les réseaux sociaux ou leur réseau familial pour s'informer, ce qui peut augmenter leur exposition à des opinions personnelles confirmant des croyances erronées.

## **Conclusions**

Les résultats de l'enquête montrent un écart entre les recommandations officielles, les connaissances et les pratiques liées à la consommation d'alcool durant la grossesse. Si la plupart des femmes enceintes ayant participé à l'enquête savent que la consommation d'alcool présente des risques pour le fœtus, environ la moitié (49%) ont consommé au moins un verre après la conception. Les mesures actuelles d'information et de sensibilisation sont donc perfectibles pour encourager et soutenir les femmes dans la mise en œuvre intégrale du principe « zéro alcool durant la grossesse » qui permet de protéger adéquatement les futurs nouveau-nés. Mettre en œuvre ce principe de précaution dès le projet de grossesse requiert des mesures visant à renforcer la sensibilisation préconceptionnelle (informer avant la grossesse), impliquer activement les partenaires et l'entourage, à améliorer la littératie en santé et à uniformiser les messages de sensibilisation à l'échelle nationale pour assurer la cohérence entre les sources institutionnelles, professionnelles et médiatiques. Si les autorités sanitaires, les professionnel·le·s et l'entourage agissent ensemble, la Suisse dispose des atouts nécessaires pour ancrer le message « zéro alcool pendant la grossesse » comme une norme collective reconnue, partagée et appliquée.

## Zusammenfassung

Alkoholkonsum während der Schwangerschaft ist die häufigste vermeidbare Ursache für neurologische Entwicklungsstörungen bei Kindern. Die pränatale Alkoholexposition ist mit einem breiten Spektrum somatischer, kognitiver und verhaltensbezogener Auswirkungen verbunden, die unter dem Begriff „Fetale Alkoholspektrumstörungen“ (FASD) zusammengefasst werden, wobei das Fetale Alkoholsyndrom (FAS) die schwerste Form darstellt. Diese irreversiblen Störungen führen zu Lernschwierigkeiten, Verhaltensstörungen und anhaltenden Anpassungsstörungen im Erwachsenenalter und stellen eine erhebliche Belastung für die Betroffenen, deren Familien und die Gesellschaft dar.

Die Botschaft „Kein Alkohol während der Schwangerschaft“ basiert auf einer soliden wissenschaftlichen Grundlage. Da es keinen nachgewiesenen Grenzwert für einen risikofreien Alkoholkonsum gibt, haben zahlreiche Gesundheitsbehörden weltweit dieses «Vorsorgeprinzip» übernommen. Die Schweiz zeichnet sich indes durch eine zurückhaltende Thematisierung seitens offizieller Stellen und einen Mangel an empirischen Daten in diesem Bereich aus. Die verfügbaren Studien sind nach wie vor begrenzt, basieren oft auf kleinen Stichproben und relativ alten Daten. Dennoch lassen die wenigen vorhandenen Indikatoren vermuten, dass die Anzahl an betroffenen Neugeborenen jedes Jahr beträchtlich ist (etwa 1700 laut einer Schätzung des BAG im Jahr 2018). In der Schweiz, wo Alkoholkonsum tief in der Kultur verwurzelt ist, ist es wichtig, den Wissensstand zu aktualisieren und jene Personen zu identifizieren, die am stärksten gefährdet sind, während der Schwangerschaft Alkohol zu konsumieren.

### Ziele des Projekts

Dieses Projekt ist der erste Teil eines grösseren Programms, das darauf abzielt, die Kommunikation rund um das Vorsorgeprinzip zu stärken und die Sensibilisierungsbotschaften zu verbessern. Diese erste Phase hatte zwei Hauptziele:

- Eine aktuelle Einschätzung des Ausmasses der pränatalen Alkoholexposition in der Schweiz zu erhalten und den Zeitpunkt der Exposition (vor oder nach der Bestätigung der Schwangerschaft) zu identifizieren.
- Eine Analyse der individuellen, kontextuellen und sozialen Faktoren, die mit der Einhaltung (oder Nichteinhaltung) des Vorsorgeprinzips zusammenhängen, insbesondere der Rolle von Annahmen zu diesem Thema, vom Umfeld und der Gesundheitskompetenz.

### Methode

Die Daten wurden zwischen November 2024 und August 2025 mit Hilfe von drei sich ergänzenden Instrumenten erhoben: einem Online-Fragebogen für Schwangere, einem weiteren Fragebogen für Partner und einigen Interviews mit Schwangeren, um bestimmte Themen, die sich aus der Umfrage ergaben, zu vertiefen. Die Fragebögen wurden in den drei Landessprachen (Französisch, Deutsch, Italienisch) sowie in den vier in der Schweiz am häufigsten gesprochenen Fremdsprachen (Englisch, Spanisch, Portugiesisch und Albanisch) verteilt.

Die Teilnehmerinnen wurden über Institutionen (Flyer in Geburtskliniken, gynäkologischen Praxen, bei Hebammen sowie in Perinatal- und Familienplanungszentren) und über gesponserte

Anzeigen auf sozialen Netzwerken (Instagram, Facebook) rekrutiert, die sich an Frauen im Alter von 18 bis 45 Jahren mit Wohnsitz in der Schweiz richteten. Insgesamt füllten 805 schwangere Frauen den Hauptteil des Fragebogens aus, und 570 beantworteten den gesamten Fragenbogen. Die Befragten stammten aus allen Kantonen, wobei die Westschweiz leicht überrepräsentiert war. Das Durchschnittsalter betrug 32,6 Jahre und die Mehrheit (57,8%) war zum ersten Mal schwanger. Die auf diese Weise gebildete „Gelegenheits“-Stichprobe ermöglicht die Beschreibung bestimmter Konsumverhaltensweisen und damit verbundener Faktoren, ohne jedoch für die Gesamtheit der schwangeren Frauen in der Schweiz repräsentativ zu sein.

Die quantitativen Analysen waren hauptsächlich deskriptiv und wurden durch statistische Tests zwischen den Profilen ( $\chi^2$ -Tests und Mittelwertvergleiche), die indikativ durchgeführt wurden, ergänzt. Die qualitative Auswertung der Interviews trug dazu bei, das Verständnis der sozialen Dynamiken zu vertiefen, die das Verhalten beeinflussen.

### **Konsumprofile und Schlüsselmerkmale der teilnehmenden Schwangeren**

Anhand des Zeitpunkts, zu dem der Alkoholkonsum eingestellt wurde, wurden vier unterschiedliche Profile in der Stichprobe identifiziert. Die erste Gruppe, die 22% der Teilnehmerinnen ausmacht, hielt sich strikt an das Vorsorgeprinzip und verzichtete bereits in den drei Monaten vor der Schwangerschaft auf Alkohol. Sie umfasst überwiegend Frauen ab 40 Jahren oder Frauen, deren Schwangerschaft bereits in der zweiten Woche bestätigt wurde. Darunter finden sich auch mehr im Ausland geborene Frauen und Frauen, deren Umfeld den Alkoholkonsum missbilligt.

Die zweite Gruppe (29% der Teilnehmerinnen) umfasst Frauen, die vor der Schwangerschaft Alkohol konsumiert hatten, aber vor der Empfängnis damit aufgehört haben. Sie zeichnen sich durch ein hohes Niveau an allgemeiner und digitaler Gesundheitskompetenz, eine starke Tendenz, Bücher und wissenschaftliche Quellen zu konsultieren, sowie durch einen höheren Anteil geplanter Erstschwangerschaften aus. Zudem sind sie unter den Frauen im Alter von 35 bis 39 Jahren leicht überrepräsentiert.

Die dritte Gruppe (43% der Teilnehmerinnen) umfasst Frauen, die nach der Empfängnis noch Alkohol konsumiert hatten, aber ab der Bestätigung der Schwangerschaft aufgehört haben. Sie besteht hauptsächlich aus jungen Frauen aus der Romandie mit hohem Bildungsniveau und umfasst einen erheblichen Anteil ungeplanter Schwangerschaften. Diese Teilnehmerinnen reduzierten ihren Konsum nach der Empfängnis, und mehr als die Hälfte stellte den gelegentlichen risikoreichen Konsum (vier Gläser oder mehr zu einer Gelegenheit) ein. Sie scheinen sich bewusst zu sein, dass Alkoholkonsum während der Schwangerschaft ein Risikofaktor sein kann.

Die letzte Gruppe (6% der Teilnehmerinnen) umfasst Frauen, die auch nach der Bestätigung ihrer Schwangerschaft Alkohol konsumiert haben. Sie haben in der Regel ein niedrigeres Bildungsniveau und eine geringere digitale Gesundheitskompetenz, was ihren Zugang zu verlässlichen Informationen einschränken kann. Sie verlassen sich stark auf ihr Umfeld, welches dem Alkoholkonsum oft positiv gegenübersteht, und weisen eine hohe Rate an falschen Annahmen über die mit Alkohol verbundenen Risiken auf. Zudem haben einige von ihnen

getrunken, um ihre Schwangerschaft zu verbergen. Schliesslich neigen sie ebenfalls dazu zu denken, dass andere Risikofaktoren wie Rauchen oder Stress schädlicher sind als Alkohol.

### **Wissen, Überzeugungen und Verhaltensweisen der teilnehmenden Schwangeren**

Die Mehrheit der Teilnehmerinnen (73%) hat bereits vom fetalen Alkoholsyndrom (FAS) gehört, und mehr als 90% betrachten Abstinenz als essenziell für die Gesundheit des Babys. Die Umsetzung dieser Empfehlung ist jedoch nach wie vor uneinheitlich. Etwa jede fünfte Teilnehmerin ist der Meinung, dass ein gelegentliches Glas Alkohol nicht schädlich sei, und 10 % glauben, dass bestimmte Alkoholsorten (z. B. Wein) weniger schädlich seien.

### **Rolle des Umfelds und der Partner**

Frauen, die sich hauptsächlich auf ihre Familie oder ihren Freundeskreis verlassen, um sich zu informieren, neigen eher dazu, während der Schwangerschaft weiter zu konsumieren, insbesondere wenn ihr Umfeld dies als normal ansieht.

Ein Partner, der sich solidarisch an das Vorsorgeprinzip hält (d. h. seinen Konsum ebenfalls reduziert oder einstellt), wird hingegen als wichtige Stütze wahrgenommen. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass die Partner sich in der Regel wenig an der Informationssuche beteiligen und die Verantwortung für den Alkoholverzicht oft der schwangeren Frau überlassen.

### **Informationsquellen und Gesundheitskompetenz**

Fachwebseiten und medizinisches Fachpersonal sind für die befragten Schwangeren die wichtigsten Informationsquellen zum Thema Schwangerschaft. Dennoch weisen fast 40 % der Teilnehmerinnen eine eingeschränkte allgemeine oder digitale Gesundheitskompetenz auf, was es ihnen erschweren kann, zwischen zuverlässigen Informationen und falschen Inhalten zu unterscheiden. Darüber hinaus nutzen Frauen, die während der Schwangerschaft Alkohol konsumiert haben, eher soziale Netzwerke oder ihr familiäres Umfeld, um sich zu informieren, was dazu führen kann, dass sie vermehrt persönlichen Meinungen ausgesetzt sind, die ihre falschen Annahmen bestätigen.

### **Schlussfolgerungen**

Die Resultate der Studie zeigen, dass weiterhin eine deutliche Diskrepanz zwischen offiziellen Empfehlungen, Wissensstand und Konsumverhaltensweisen während der Schwangerschaft besteht. Auch wenn die meisten teilnehmenden Schwangeren wissen, dass Alkoholkonsum Risiken für den Fötus birgt, haben etwa die Hälfte (49 %) nach der Empfängnis mindestens ein Glas Alkohol konsumiert. Die aktuellen Informations- und Sensibilisierungsmassnahmen lassen sich demnach noch verbessern, um Frauen dabei zu unterstützen, das Prinzip „Kein Alkohol während der Schwangerschaft“ konsequent umzusetzen und so die zukünftigen Neugeborenen angemessen zu schützen. Die Umsetzung dieses Vorsorgeprinzips bereits ab der Schwangerschaftsplanung erfordert Massnahmen zur Stärkung der präkonzeptionellen Sensibilisierung (Information vor der Schwangerschaft), die aktive Einbeziehung der Partner und des Umfelds, die Förderung der Gesundheitskompetenz sowie die Vereinheitlichung der Sensibilisierungsbotschaften auf nationaler Ebene, um die Kohärenz zwischen institutionellen,

professionellen und medialen Quellen sicherzustellen. Wenn Gesundheitsbehörden, Fachleute und das persönliche Umfeld gemeinsam handeln, verfügt die Schweiz über die notwendigen Voraussetzungen, um die Botschaft „Kein Alkohol während der Schwangerschaft“ als allgemein anerkannte, geteilte und gelebte Norm zu verankern.

## Riassunto

Il consumo di alcol durante la gravidanza è la principale causa evitabile di disturbi dello sviluppo neurologico nei bambini. L'esposizione prenatale all'alcol è associata a un ampio spettro di conseguenze somatiche, cognitive e comportamentali raggruppate sotto il termine di disturbi dello spettro fetale alcolico (FASD), di cui la sindrome alcolica fetale (SAF) rappresenta la forma più grave. Questi disturbi, irreversibili, causano difficoltà di apprendimento, disturbi comportamentali e deficit adattivi persistenti in età adulta e rappresentano un peso considerevole per le persone colpite, le loro famiglie e la società.

Il messaggio «zero alcol durante la gravidanza» è supportato da una solida base scientifica. Poiché non esiste un limite comprovato per un consumo di alcol senza rischi, numerose autorità sanitarie in tutto il mondo hanno adottato questo «principio di precauzione». La Svizzera si distingue tuttavia per una comunicazione ufficiale limitata sull'argomento e per la mancanza di dati empirici. Gli studi disponibili rimangono limitati, spesso basati su campioni ridotti e dati relativamente vecchi. Tuttavia, i pochi indicatori esistenti lasciano pensare che il numero di neonati interessati ogni anno da un disturbo dello spettro alcolico fetale (TSAF) sia considerevole (1700 secondo una stima del 2018 dell'Ufficio federale della sanità pubblica). In un contesto in cui l'accettazione del consumo di alcol rimane fortemente radicata nella cultura svizzera, è urgente aggiornare le conoscenze esistenti e identificare le persone più a rischio di bere durante la gravidanza.

### Obiettivi del progetto

Questo progetto costituisce la prima fase di un programma più ampio volto a rafforzare la comunicazione sul principio di precauzione e a migliorare i messaggi di prevenzione. Questa prima fase, dedicata alla ricerca, ha due obiettivi principali:

- Ottenere una stima attuale dell'entità del fenomeno dell'esposizione prenatale all'alcol in Svizzera e identificare i momenti di esposizione (prima o dopo la conferma della gravidanza).
- Analizzare i fattori individuali, contestuali e sociali legati all'applicazione (o meno) del principio di precauzione, in particolare il ruolo delle credenze, dell'ambiente circostante e dell'alfabetizzazione sanitaria.

### Metodi

I dati sono stati raccolti tra novembre 2024 e agosto 2025 utilizzando tre strumenti complementari: un questionario quantitativo online destinato alle donne incinte, un questionario parallelo per i partner e alcune interviste qualitative con donne incinte per approfondire diversi temi emersi dall'indagine. I questionari sono stati distribuiti nelle tre lingue nazionali (francese, tedesco, italiano) e nelle quattro lingue straniere più parlate in Svizzera (inglese, spagnolo, portoghese e albanese).

Le partecipanti sono state reclutate grazie a canali istituzionali (volantini messi a disposizione in reparti di maternità, studi ginecologici, ostetriche, centri di perinatalità e pianificazione familiare) e annunci sponsorizzati sui social network (Instagram, Facebook) rivolti a donne di età compresa tra i 18 e i 45 anni residenti in Svizzera. In totale, 805 donne incinte hanno completato la parte

principale del questionario e 570 hanno risposto a tutte le domande. Le partecipanti provenivano da tutti i cantoni, con una leggera sovra rappresentazione della Svizzera romanda. La loro età media era di 32,6 anni e la maggioranza (57,8%) era alla prima gravidanza. Il campione « di convenienza » così costituito consente di descrivere alcuni comportamenti di consumo e fattori associati, senza tuttavia pretendere di essere rappresentativo dell'insieme delle donne in gravidanza in Svizzera.

Le analisi quantitative sono state principalmente di carattere descrittivo, integrate da test statistici di confronto tra profili (test  $\chi^2$  e della media). L'analisi qualitativa delle interviste ha permesso di arricchire la comprensione delle dinamiche sociali che influenzano i comportamenti.

### **Profili di consumo e caratteristiche principali delle donne in gravidanza partecipanti**

Quattro gruppi distinti sono stati identificati in questo campione sulla base del momento di cessazione del consumo di alcol. Il primo gruppo, che rappresenta il 22% delle partecipanti, ha applicato rigorosamente il principio di precauzione non consumando alcolici già nei tre mesi precedenti la gravidanza. Comprende principalmente donne di età superiore ai 40 anni o donne che hanno avuto la conferma della gravidanza già dalla seconda settimana. Vi si trovano anche un numero maggiore di donne nate all'estero e di donne il cui entourage disapprova il consumo di alcol.

Il secondo gruppo (29% delle partecipanti) comprende donne che hanno consumato alcol prima della gravidanza, ma hanno smesso prima del concepimento. Si distinguono per un elevato livello di alfabetizzazione sanitaria e digitale, una forte propensione a consultare libri e fonti scientifiche e una percentuale più elevata di prime gravidanze pianificate. Sono inoltre leggermente più rappresentate tra le donne di età compresa tra i 35 e i 39 anni.

Il terzo gruppo (43% delle partecipanti) comprende le donne che hanno consumato alcolici tra il concepimento e la conferma della gravidanza ma che hanno smesso al momento dell'annuncio di essa. Comprende principalmente donne giovani, residenti in Svizzera romanda, con un livello di istruzione superiore e include una percentuale significativa di gravidanze non pianificate. Queste partecipanti hanno per la maggior parte ridotto il loro consumo dopo il concepimento e più della metà ha smesso di consumare alcol in modo occasionale e rischioso (quattro bicchieri o più per occasione). Sembrano consapevoli del principio di precauzione, ma lo hanno applicato pienamente solo dopo la conferma della gravidanza.

L'ultimo gruppo (6% delle partecipanti) comprende le donne che hanno consumato alcol dopo la conferma della gravidanza. Queste donne hanno generalmente un livello di istruzione inferiore e una scarsa alfabetizzazione digitale e sanitaria, il che limita il loro accesso a informazioni affidabili. Si affidano molto alle persone che le circondano, spesso favorevoli al consumo di alcol, e mostrano un alto tasso di false credenze sui rischi legati all'alcol. Inoltre, alcune hanno consumato alcol per nascondere la loro gravidanza. Infine, tendono anche a pensare che altri fattori di rischio, come il fumo o lo stress, siano più dannosi dell'alcol.

## **Conoscenze, credenze e comportamenti delle donne in gravidanza partecipanti**

La maggior parte delle partecipanti (73%) ha già sentito parlare della sindrome alcolica fetale (SAF) e oltre il 90% identifica l'astinenza come una misura essenziale per la salute del bambino. Tuttavia, l'attuazione di questa raccomandazione rimane disomogenea. Circa una partecipante su cinque ritiene che un bicchiere occasionale non sia pericoloso e il 10% pensa che alcuni tipi di alcol siano meno nocivi.

## **Ruolo dell'ambiente circostante e dei partner**

Le donne che si affidano principalmente alla famiglia o agli amici per informarsi sono più propense a continuare a consumare durante la gravidanza, soprattutto quando il loro ambiente lo considera normale.

Un partner solidale nel rispetto del principio di precauzione (cioè che ridurrebbe o smetterebbe anche il proprio consumo) sarebbe percepito come un sostegno importante. I risultati indicano tuttavia che i partner partecipano generalmente poco alla ricerca di informazioni e spesso lasciano alla donna incinta la responsabilità di rinunciare al consumo.

## **Fonti di informazione e alfabetizzazione sanitaria**

I siti web specializzati e i professionisti della salute costituiscono le principali fonti di informazione sulla gravidanza tra le donne intervistate. Tuttavia, quasi la metà delle partecipanti presenta un livello limitato di alfabetizzazione sanitaria o digitale, il che rende difficile distinguere tra informazioni affidabili e contenuti errati. Inoltre, le donne che hanno consumato alcol durante la gravidanza utilizzano maggiormente i social network o la loro rete familiare per informarsi, il che può aumentare la loro esposizione a opinioni personali che confermano i loro preconcetti.

## **Conclusioni**

I risultati dell'indagine mostrano uno scarto tra le raccomandazioni ufficiali, le conoscenze e le pratiche legate al consumo di alcol durante la gravidanza. Se la maggior parte delle donne incinte che hanno partecipato all'indagine sa che il consumo di alcol comporta rischi per il feto, circa la metà (49%) ha consumato almeno un bicchiere dopo il concepimento. Le attuali misure di informazione e sensibilizzazione sono quindi migliorabili per incoraggiare e sostenere le donne nell'attuazione integrale del principio «zero alcol durante la gravidanza», che consente di proteggere adeguatamente i futuri neonati. Attuare questo principio di precauzione già a partire dal progetto di gravidanza richiede misure volte a rafforzare la sensibilizzazione pre-concezionale (informare prima della gravidanza), a coinvolgere attivamente i partner e l'entourage, a migliorare l'alfabetizzazione sanitaria e a uniformare i messaggi di sensibilizzazione a livello nazionale, al fine di garantire coerenza tra le fonti istituzionali, professionali e mediatiche. Se le autorità sanitarie, i/le professionisti/e e l'entourage agiscono insieme, la Svizzera dispone degli strumenti necessari per radicare il messaggio «zero alcol durante la gravidanza» come una norma collettiva riconosciuta, condivisa e applicata.

## Summary

Alcohol consumption during pregnancy is the leading preventable cause of neurodevelopmental disorders in children. Prenatal exposure to alcohol is associated with a wide range of somatic, cognitive and behavioural consequences grouped under the term foetal alcohol spectrum disorders (FASD), of which foetal alcohol syndrome (FAS) is the most severe form. These irreversible disorders lead to learning difficulties, behavioural disorders and persistent adaptive impairments in adulthood and represent a considerable burden for those affected, their families and society.

The message ‘no alcohol during pregnancy’ is supported by solid scientific evidence. As there is no proven safe limit for alcohol consumption, many health authorities around the world have adopted this ‘precautionary principle’. Switzerland, however, stands out for its limited official communication on the subject and lack of empirical data. The available studies remain limited, often based on small samples and relatively old data. Nevertheless, the few existing indicators suggest that about 1700 newborns are affected by FASD each year. In a context where the acceptance of alcohol consumption remains deeply rooted in Swiss culture, there is an urgent need to update knowledge and identify those most at risk of drinking during pregnancy.

### Project objectives

This project is the first step in a broader programme aimed at strengthening communication around the precautionary principle and improving prevention messages. This first phase, devoted to research, had two main objectives:

- To obtain a current estimate of the extent of prenatal alcohol exposure in Switzerland and identify the timing of exposure (before or after confirmation of pregnancy).
- To analyse the individual, contextual and social factors related to the application (or non-application) of the precautionary principle, in particular the role of beliefs, social environment and health literacy.

### Methods

The data were collected between November 2024 and August 2025 using three complementary instruments: a quantitative online questionnaire for pregnant women, a parallel questionnaire for partners, and a number of qualitative interviews with pregnant women to explore various topics that emerged from the survey in greater depth. The questionnaires were distributed in the three national languages (French, German, Italian) as well as in the four most frequently spoken foreign languages in Switzerland (English, Spanish, Portuguese and Albanian).

Participants were recruited through institutional channels (flyers made available in maternity wards, gynaecology practices, midwifery practices, perinatal centres and family planning centres) and sponsored advertisements on social media (Instagram, Facebook) targeting women aged 18 to 45 living in Switzerland. A total of 805 pregnant women completed the main part of the questionnaire and 570 answered all the questions. They came from all cantons, with a slight over-representation from French-speaking Switzerland. Their average age was 32.6 years and the majority (57.8%) were experiencing their first pregnancy. The “convenience” sample thus

constituted makes it possible to describe certain consumption behaviours and associated factors, without, however, claiming to be representative of all pregnant women in Switzerland.

The quantitative analyses were mainly descriptive, supplemented by statistical tests comparing profiles ( $\chi^2$  and mean tests). The qualitative analysis of the interviews provided a deeper understanding of the social dynamics influencing behaviours.

### **Consumption profiles and key characteristics of the pregnant women who participated**

Four distinct profiles were identified in this sample based on when alcohol consumption stopped. The first group, representing 22% of participants, strictly applied the precautionary principle by not consuming alcohol during the three months prior to pregnancy. It mainly includes women aged 40 and over or women who had their pregnancy confirmed as early as the second week. It also included more women born abroad and those whose friends and family disapproved of alcohol consumption.

The second group (29% of participants) includes women who consumed alcohol before pregnancy but stopped before conception. They are distinguished by a high level of general and digital health literacy, a strong propensity to consult books and scientific sources, and a higher proportion of planned first pregnancies. They are also slightly over-represented among women aged 35 to 39.

The third group (43% of participants) includes women who consumed alcohol between conception and confirmation of pregnancy but who stopped upon learning of it. It mainly comprises young women from French-speaking Switzerland with a higher level of education, and includes a significant proportion of unplanned pregnancies. Most of these participants reduced their consumption after conception and more than half stopped occasional risky consumption (four or more drinks per occasion). They seem to be aware of the precautionary principle but only fully applied it after confirmation of pregnancy.

The last group (6% of participants) includes women who consumed alcohol after confirming their pregnancy. They generally have a lower level of education and poor digital health literacy, which limits their access to reliable information. They rely heavily on their social circle, which is often supportive of alcohol consumption, and have a high rate of misconceptions about the risks associated with alcohol. In addition, some drank to hide their pregnancy. Finally, they also tend to believe that other risk factors, such as smoking or stress, are more harmful than alcohol.

### **Knowledge, beliefs and behaviours of the pregnant women who participated**

The majority of participants (73%) have heard of foetal alcohol syndrome (FAS) and more than 90% identify abstinence as an essential measure for the baby's health. However, the implementation of this recommendation remains uneven. Approximately one in five participants considered that an occasional drink was not dangerous, and 10% believed that certain types of alcohol were less harmful.

## **Role of family, friends and partners**

Women who rely primarily on their family or friends for information are more likely to continue drinking during pregnancy, especially when those around them consider it normal.

A supportive partner who follows the precautionary principle (i.e. who would also reduce or stop their consumption) would be seen as an important source of support. However, the results indicate that partners generally play little role in seeking information and often leave it up to the pregnant woman to take responsibility for giving up alcohol.

## **Sources of information and health literacy**

Specialised websites and healthcare professionals are the main sources of information on pregnancy among the women interviewed. However, nearly half of the participants have limited health or digital health literacy, making it difficult to distinguish between reliable information and misinformation. Furthermore, women who consumed alcohol during pregnancy are more likely to use social media or their family network for information, which may increase their exposure to personal opinions that confirm their preconceptions.

## **Conclusions**

The results show a gap between official recommendations, knowledge, and practices related to alcohol consumption during pregnancy. While most pregnant women who participated in the survey are aware that alcohol consumption poses risks to the foetus, around half (49%) reported having consumed at least one drink after conception. Current information and awareness-raising measures are therefore still improvable in order to encourage and support women in fully implementing the “zero alcohol during pregnancy” principle, which helps adequately protect unborn children. Implementing this precautionary principle as early as the preconception stage requires measures aimed at strengthening preconception awareness (informing before pregnancy), actively involving partners and the surrounding environment, improving health literacy, and standardizing awareness messages at the national level to ensure consistency between institutional, professional, and media sources. If health authorities, professionals, and the wider social environment work together, Switzerland has the necessary assets to establish the “zero alcohol during pregnancy” message as a recognized, shared, and widely adopted social norm.

# 1 Introduction

## 1.1 Contexte

L'alcool consommé durant la grossesse est la cause la plus fréquente de déficits cognitifs évitables chez les nouveau-nés et est reconnu comme un problème de santé publique à l'échelle mondiale (Andreasson et al., 2020; Popova et al., 2016). L'alcool ingéré par la mère passe au fœtus à travers le placenta et le taux d'alcoolémie du fœtus augmente rapidement (Sulik, 2014). Ses capacités d'élimination étant limitées (Heller & Burd, 2014), il est soumis à une exposition prolongée à l'alcool absorbé par la mère (Maitre et al., 2020) et même de faibles quantités d'alcool peuvent perturber son développement (Flak et al., 2014; Meyer-Leu et al., 2011). L'exposition prénatale à l'alcool peut notamment entraîner des dysfonctionnements du système nerveux central et des dommages, tels que des déficits cognitifs, comportementaux, émotionnels et adaptatifs, un faible poids à la naissance et d'autres anomalies congénitales occasionnant des conséquences sanitaires et sociales durables et souvent irréversibles (Lange et al., 2017).

La conséquence la plus grave de l'exposition prénatale à l'alcool est le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF ; code CIM-10<sup>1</sup> Q86.0). Il se caractérise par l'apparition simultanée de traits faciaux anormaux typiques, de problèmes de croissance, d'une déficience intellectuelle à divers degrés et de déficiences du système nerveux central (Maitre et al., 2020). En outre, un large éventail de diagnostics de troubles neurodéveloppementaux légers à sévères et de malformations congénitales sont regroupés dans le trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) (Chudley et al., 2005). Les symptômes de TSAF correspondent à 428 comorbidités dont les diagnostics se retrouvent dans 18 des 22 chapitres de la CIM-10 (Popova et al., 2016). Contrairement au SAF, les TSAF peuvent se révéler plusieurs années après la naissance (par exemple, déficit de l'attention, troubles de la mémoire, retards de la parole et du langage) (Caputo et al., 2016; Popova et al., 2016). S'agissant de pathologies invalidantes à vie, l'exposition prénatale à l'alcool engendre des coûts médicaux et sociaux conséquents (Popova et al., 2015), de l'ordre de plus de 100'000 euros par année pour une personne atteinte du FAS (Ericson et al., 2017) et 55'000 euros pour une personne diagnostiquée avec un FASD (Jolma et al., 2025).

Des méta-analyses publiées en 2017 (Lange et al., 2017; Popova et al., 2017) ont estimé que la prévalence mondiale du SAF dans la population générale est de 14.6 pour 10'000 naissances vivantes (Intervalle de confiance à 95% : 9.4-23.3; Popova et al., 2017). En Suisse, où la consommation d'alcool se situe au-dessus de la moyenne mondiale (World Health Organization, 2024), la prévalence estimée du SAF est plus de trois fois plus élevée, soit 48.5 pour 10 000 naissances (Intervalle de confiance à 95% ; 28.5-75.0). En ce qui concerne le TSAF, la prévalence mondiale est estimée à 77 pour 10 000 naissances (Intervalle de confiance à 95% : 49-117; Lange et al., 2017). L'estimation pour la Suisse est là aussi nettement plus élevée : 257 pour 10 000 naissances (Intervalle de confiance à 95% : 160-386). En extrapolant ces chiffres aux quelque 85 000 naissances annuelles, l'Office fédéral de la santé publique estime qu'entre

---

<sup>1</sup> Classification internationale des maladies de l'OMS, 10<sup>ème</sup> révision

170 et 425 enfants naissent chaque année avec un SAF et environ 1700 avec le TSAF (Office fédéral de la santé publique [OFSP], 2018).

Il convient toutefois de noter que ces estimations pour la Suisse reposent sur des études relativement anciennes et limitées (deux échantillons de respectivement 207 et 368 femmes enceintes; Dupraz et al., 2013; Lemola & Grob, 2007) et n'ont pas été validées par des données empiriques actuelles. En comparaison avec les pays voisins, la problématique de la consommation d'alcool durant la grossesse reste encore très peu étudiée. Les connaissances produites au cours des quinze dernières années proviennent de quelques études isolées (Gouilhers et al., 2019; Hammer et al., 2022; Hammer & Inglin, 2014; Meyer-Leu et al., 2011). Ces données montrent que 40% de femmes accouchant à la maternité du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) avaient consommé de l'alcool durant la grossesse, cette proportion étant supérieure chez les femmes d'origine suisse (43% vs. 26% parmi celle d'origine étrangère; Meyer-Leu et al., 2011). La proportion était également inférieure parmi les femmes âgées de moins de 30 ans par rapport aux plus âgées (30% et 46% respectivement).

En outre, les dernières données de prévalence disponibles du Monitoring des addictions en Suisse suggèrent que la consommation d'alcool pendant la grossesse ou l'allaitement reste importante. Entre 2011 et 2016, environ 18% des femmes enceintes ou allaitantes avaient déclaré avoir consommé de l'alcool au moins une fois par semaine, et 6% déclaraient une consommation ponctuelle à risque (plus de quatre verres d'affilée) au moins une fois par mois (Gmel & Notari, 2018). Cependant, ces données ne renseignent pas sur la prévalence d'exposition prénatale à l'alcool vu qu'elles considèrent indistinctement les périodes de la grossesse et de l'allaitement. En comparaison internationale, la part de femmes consommant de l'alcool durant la grossesse semblait malgré tout parmi les plus élevées d'Europe selon une étude de 2012 dans 11 pays européens (Mårdby et al., 2017).

## 1.2 Promouvoir le « principe de précaution »

La question de savoir s'il existe ou non une période ou un niveau de consommation d'alcool qui ne présenteraient aucun risque pour le développement du fœtus fait débat dans la littérature scientifique (Kurita et al., 2021; Mamluk et al., 2017). Il est toutefois établi que le SAF et les TSAF peuvent être totalement évités en s'abstenant de consommer de l'alcool pendant toute la durée de la grossesse. Ainsi, en l'absence d'un seuil de sécurité au-dessous duquel la consommation d'alcool serait sans danger, la seule posture sûre pour le fœtus est d'éviter toute consommation d'alcool dès la conception, voire durant les mois précédents, au nom du « principe de précaution » (Nau, 2017).

Depuis une dizaine d'années, les autorités de santé publique de nombreux pays ont adopté ce principe (Corrales-Gutierrez et al., 2020; Nau, 2017; Thom et al., 2020) dans leurs recommandations officielles. Par exemple, les recommandations britanniques en matière de consommation d'alcool, révisées en 2016, stipulent que « les femmes enceintes ou qui envisagent une grossesse doivent être informées que l'option la plus sûre est de ne pas consommer d'alcool » (British Medical Association, 2016). La même année, l'Agence nationale de santé publique française a lancé une campagne d'information nationale avec le message suivant : « Vous buvez un peu, il/elle boit beaucoup [...] Zéro alcool pendant la grossesse » (Santé publique France, 2017). Des campagnes similaires ont également été menées dans

d'autres pays voisins, notamment en Allemagne (Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration, 2016; Schindler & Hoff-Emden, 2017) et en Italie (Ministero della Salute, 2014).

En Suisse, la communication à destination du grand public a été moins étendue, puisque l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a publié en 2011 une fiche d'information mentionnant notamment que « il est recommandé de s'abstenir totalement de consommer de l'alcool durant la grossesse et l'allaitement » (Office fédéral de la santé publique [OFSP], 2011b, 2011a), mais uniquement dans deux langues nationales (à l'exclusion de l'italien et du romanche) et sans campagne de sensibilisation. La fiche d'information mentionne également que « si une femme a bu de l'alcool alors qu'elle ignorait être enceinte (c'est-à-dire dans les deux à trois premières semaines après la fécondation), cela n'aura pas de conséquence sur le développement de l'embryon à long terme » livrant ainsi un message plutôt ambigu, voire contradictoire. Par la suite, l'information sur les risques liés à la consommation d'alcool durant la grossesse en Suisse a été largement portée par des organisations non gouvernementales ou des initiatives privées, via communiqués de presse (PressePortal, 2018), brochures (Addiction Suisse, 2022), articles de presse (Théraulaz, 2020), sites web (Addiction Suisse, 2023) et associations de professionnels (FASD Schweiz, 2025).

En termes d'information aux consommatrices et consommateurs, la Suisse ne dispose d'aucune réglementation imposant l'apposition d'un pictogramme d'avertissement déconseillant la consommation d'alcool pendant la grossesse sur les bouteilles, contrairement à la France (depuis 2007), où son introduction a été contestée par les acteurs de l'industrie de l'alcool (Millot et al., 2022). En Australie, les acteurs de l'industrie sont parvenus à repousser l'introduction d'une telle mesure de trois ans (Mathews et al., 2013). Il n'est pas exclu que la Suisse fasse également face à des pressions similaires (p.ex. Mérienne, 2025).

Pour finir, des connaissances scientifiques récentes suggèrent que la consommation d'alcool des deux futurs parents avant même la conception peut affecter la croissance du fœtus, notamment sa taille et son poids (Van Der Windt et al., 2024). La consommation d'alcool des futurs pères avant la conception diminue également la qualité du sperme (Jensen et al., 2014; Ramon et al., 2024) et augmente le risque de fausse couche (Chai et al., 2022). A l'occasion de la journée internationale du FASD, le 9 septembre 2025, la Société Française d'Alcoologie et d'Addictologie promouvait ainsi une version étendue du principe de précaution, incluant non seulement la période avant la grossesse mais aussi les pères, avec le slogan : « Zéro alcool dès le projet de grossesse – au moins 3 mois avant, chez le papa aussi » (Société Française d'Alcoologie et d'Addictologie SF2A, 2025).

### 1.3 Freins à l'application du « zéro alcool durant la grossesse »

La littérature scientifique suisse et internationale a identifié de multiples facteurs susceptibles d'empêcher l'adoption et de limiter le renoncement à toute consommation d'alcool par les personnes concernées (Gouilhers et al., 2019; Hammer & Rapp, 2022; Lyall et al., 2021; Popova et al., 2022). Si certains facteurs sont liés aux caractéristiques et choix des femmes enceintes, le contexte familial et médical, ainsi que le rapport à l'alcool de la société dans son ensemble, ont également une influence prépondérante sur les comportements individuels.

## **Manque de présence et de clarté des informations provenant de sources de références**

L'adoption du principe de précaution par les autorités de santé publique est relativement récente (Nau, 2017; Thom et al., 2020) et il est encore facile de trouver des informations selon lesquelles une faible consommation d'alcool ne comporte aucun risque pour l'enfant à naître (Lim et al., 2019; Mérienne, 2025; Notari et al., 2025; Titran & Gratias, 2017). En outre, les femmes décrivent souvent leurs gynécologues comme n'étant pas assez clair·e·s sur les risques liés à la consommation d'alcool (Meurk et al., 2014). Par ailleurs, au niveau suisse, relativement peu de communications émanent des sources sanitaires officielles, telles que l'Office fédéral de la santé publique, la Société suisse de gynécologie et d'obstétrique, la Société suisse de pédiatrie ou la Fédération suisse des sage-femmes.

## **Culture de tolérance et croyances erronées provenant de sources informelles**

Au niveau sociétal, la Suisse connaît une culture de tolérance à l'égard de la consommation d'alcool, y compris pour et parmi les femmes enceintes (Gmel & Notari, 2018; Meurk et al., 2014). Ainsi, les croyances que la consommation de petites quantités d'alcool ou de certains types d'alcool est sans risque sont encore très répandues (Meurk et al., 2014). En outre, les femmes peuvent être influencées par les conseils erronés de leur partenaire, de leur famille et de leurs amis ou par les expériences vécues lors de grossesses antérieures (Elek et al., 2013; Meurk et al., 2014; Popova et al., 2022).

## **Manque de clarté dans les contenus disponibles en ligne**

Une étude récente sur la qualité de l'information disponible en Suisse sur différentes plateformes web (moteurs de recherche, réseaux sociaux, forums, YouTube, intelligences artificielles) met en évidence une forte visibilité du principe de précaution (Notari et al., 2025). Les auteurs notent toutefois que la persistance de la normalisation sociale de la consommation d'alcool (particulièrement dans les contenus générés par les internautes : réseaux sociaux, forums, commentaires sur YouTube), la circulation de documents obsolètes, l'exposition à des contenus étrangers parfois contradictoires et l'influence d'acteurs privés contribuent à entretenir des zones de confusion. Les informations erronées, telles que l'idée d'un « petit verre toléré », d'un « seuil acceptable » ou de « périodes moins dangereuses » restent fréquentes et instaurent une incertitude quant aux risques réels.

## **Littératie en santé insuffisante et manque d'encadrement médical**

Il est attendu des femmes enceintes qu'elles réduisent, voire s'abstiennent, de nombreux comportements à risque durant la grossesse comme la consommation d'alcool, mais aussi la fumée, la toxoplasmose, les aliments crus, l'excès de sucre ou encore la caféine. Or, la compréhension des raisons de ces privations et la priorisation de risques liés dépend en large partie du niveau de littératie en santé des personnes concernées, à savoir leurs savoirs et compétences pour accéder à l'information, la comprendre, l'évaluer et l'appliquer (Sørensen et al., 2012). Un faible niveau de littératie en santé peut ainsi amener à relativiser les risques de la consommation d'alcool au même rang que, par exemple, l'exposition à la nicotine ou l'excès de sucre (Durand et al., 2021; Hammer et al., 2022; Hammer & Inglin, 2014). Par ailleurs, alors que les professionnel·le·s de la santé sont essentiels pour soutenir les femmes enceintes dans

l'acquisition de ces compétences, différentes études montrent que les femmes estiment que les informations sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse sont confuses (Howlett et al., 2017) et que les professionnel·le·s de la santé ne fournissent pas suffisamment de conseils personnalisés (Raymond et al., 2009).

### **Grossesse déjà en cours ou souhait de ne pas la révéler**

Finalement, une consommation d'alcool au cours des premières semaines de grossesse peut avoir lieu pour de nombreuses autres raisons : grossesse imprévue, non-souhaitée ou non-remarquée ; attente d'un test de grossesse positif pour acter le fait d'être enceinte ; souhait de ne pas révéler la grossesse à l'entourage ou à l'employeur ; ou encore difficulté à réduire sa consommation.

#### **1.4 Le présent projet**

Ce projet de recherche constitue la première partie d'un projet de prévention plus large visant à renforcer la communication générale sur le principe de précaution et à améliorer les supports et les messages de sensibilisation destinés aux personnes les plus à risque d'ignorer les recommandations d'abstinence pendant la grossesse (Office fédéral de la santé publique [OFSP], 2025b). Le but général de cette première partie est de dresser un état des lieux de la situation en 2025 (p.ex. estimer l'ampleur du phénomène, identifier les facteurs de risques et les profils les plus à risque) afin de développer des propositions de mesures concrètes de prévention. Par la suite, les résultats saillants et les propositions de mesures seront priorisées et affinées par un groupe d'expert·e·s et de personnes concernées, puis mises en application.

Le présent rapport présente les résultats et enseignements de cette première partie du projet. Il vise deux objectifs complémentaires, concourant au développement d'une base de connaissances suffisante pour soutenir le travail ultérieur de sensibilisation et de communication.

Le premier objectif consiste à fournir un ordre de grandeur de l'ampleur du phénomène de l'exposition prénatale à l'alcool en Suisse, c'est-à-dire la proportion de femmes qui ont consommé de l'alcool pendant leur grossesse, et d'investiguer les périodes durant lesquelles cette consommation a eu lieu.

Le deuxième objectif consiste à identifier les facteurs individuels (p.ex. niveau de formation, connaissances, croyances erronées, littératie en santé), contextuels (p.ex. attitudes de l'entourage) ou encore sociétaux (p.ex. sources d'information disponibles) qui sont associés à l'application, ou non, du principe de précaution, y compris au tout début de la grossesse (c'est-à-dire avant la confirmation par un test de grossesse positif).

Ces connaissances permettront, dans le cadre d'un projet complémentaire, de développer une série de mesures pour améliorer la sensibilisation et la communication sur le principe de précaution. Les liens entre, d'un côté, les facteurs individuels, contextuels et sociétaux et, d'un autre côté, la consommation d'alcool à différents moments de la grossesse permettront d'élaborer des propositions de mesures visant à soutenir non seulement les femmes enceintes mais aussi les partenaires, la famille, les ami·e·s, l'environnement professionnel, les professionnel·le·s de la

santé et les autorités sanitaires pour mieux prévenir l'exposition prénatale à l'alcool et ses conséquences.

## 2 Méthode

### 2.1 Outils de collecte de données

Les données auprès des femmes enceintes ont été collectées par le biais d'une enquête par questionnaire en ligne et d'entretiens d'approfondissement avec quelques participantes à l'enquête. Par ailleurs, afin de recueillir quelques données complémentaires auprès du deuxième futur parent, un questionnaire a été développé à l'intention des partenaires des femmes enceintes désireux de participer à cette recherche.

#### 2.1.1 Questionnaire pour les femmes enceintes

Le questionnaire pour les femmes enceintes a été développé par Addiction Suisse sur la base d'enquêtes similaires menées dans d'autres pays, notamment au Canada (Environics Research Group, 2000, 2006) et en Allemagne (forsa Politik- und Sozialforschung GmbH, 2017), et dont les questions ont été adaptées à la situation suisse et contemporaine, par exemple en mesurant le degré de compréhension du principe de précaution et en actualisant la liste des sources d'information. Ses différentes sections portent sur les dimensions suivantes :

- caractéristiques démographiques (Bundesamt für Statistik [BFS], 2017)
- grossesses antérieures (Environics Research Group, 2006)
- connaissances et croyances sur les risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse (Environics Research Group, 2006; forsa Politik- und Sozialforschung GmbH, 2017)
- perception des comportements à risque pour la santé du bébé (Environics Research Group, 2006; Hammer & Inglin, 2014; Oechsle et al., 2020; Popova et al., 2022)
- comportements en matière de consommation d'alcool (Gmel & Notari, 2018)
- motifs de consommation d'alcool (D'Aquino et al., 2023)
- sources d'information utilisées (Environics Research Group, 2006; forsa Politik- und Sozialforschung GmbH, 2017)
- influence des proches et des pairs (Sunderland et al., 2022)
- rôle du ou de la partenaire (Environics Research Group, 2006)
- littératie en santé, en général et dans le monde digital (De Gani et al., 2021; M-POHL, 2019).

La version finale du questionnaire en français se trouve en Annexe. Les versions dans d'autres langues (voir Chapitre 2.1.1) peuvent être obtenues en contactant directement l'auteur.

Différentes mesures ont été prises pour rendre le questionnaire le plus accessible possible, y compris pour les femmes ayant un niveau de compréhension linguistique limité, celles ayant un rapport ambigu avec la consommation d'alcool ou encore celles ayant eu des expériences négatives lors de grossesses antérieures.

Premièrement, le questionnaire a été traduit dans les trois langues officielles (allemand, français et italien) ainsi que dans les quatre langues étrangères les plus parlées en Suisse (anglais, albanais, espagnol et portugais) en appliquant le principe de retraduction vers le français pour s'assurer de la cohérence du contenu entre les différentes langues.

Deuxièmement, un effort a été mis dans l'utilisation d'un langage neutre (non-stigmatisation des comportements qui pourraient avoir mis en danger la santé des bébés) et simple (simplification des questions trop compliquées en provenance d'autres questionnaires). Le contenu du questionnaire a été testé et approuvé par des professionnel·le·s des institutions impliquées dans la phase de recrutement (voir chapitre 2.2), dont plusieurs travaillent en contact direct avec des femmes précarisées et/ou issues de la migration, ainsi que des femmes souffrant de problèmes d'addiction.

Troisièmement, sachant qu'un tel questionnaire pouvait engendrer une fatigue (*'response burden'*), il a été construit de manière à collecter les informations les plus faciles à répondre en premier, et les batteries de questions les plus exigeantes (notamment la littératie en santé) ont été placées à la fin. Toutefois, malgré ces mesures, on observe que certains profils de femmes ont été plus prônes à arrêter de répondre en cours de questionnaire (voir Chapitre 2.3).

### 2.1.2 Entretiens d'approfondissement

A la fin du questionnaire, les participantes pouvaient laisser une adresse courriel de contact pour participer à la suite du projet, notamment pour contribuer à la rédaction ou la relecture des messages de santé qui allaient être élaborés par la suite afin d'informer et de sensibiliser les personnes sur les risques liés au fait de boire de l'alcool pendant la grossesse.

Nous avons proposé à huit participantes aux profils de consommation variés (voir Chapitre 3.1), quatre en Suisse romande et quatre en Suisse alémanique, de participer à un entretien d'environ 30 minutes pour approfondir certains thèmes ressortant de l'analyse des questionnaires. La discussion s'articulait autour des thèmes suivants, communiqués en avance par courriel :

- Accès à l'information sur les risques pendant la grossesse ;
- Moyens pour informer les femmes au début du projet de grossesse ;
- Influence de l'entourage ;
- Différences perçues avec les générations précédentes sur le vécu de la grossesse ;
- Difficulté d'arrêter la consommation d'alcool avant de tomber enceinte ;
- Implication des partenaires pour la protection de la santé des femmes enceintes et des bébés.

Au final, cinq entretiens (trois en Suisse romande et deux en Suisse alémanique) ont eu lieu par téléphone. Les éléments de réponse et phrases-clés ont été notés par l'interviewer au cours de l'entretien, puis les réponses des cinq participantes ont été regroupées pour une analyse thématique visant à faire ressortir les points de convergences entre les différentes personnes consultées. Chaque participante a reçu un bon de CHF 100.- pour la remercier de sa participation à cette phase de l'enquête.

Les résultats de ces entretiens sont présentés au Chapitre 3.10.

### 2.1.3 Questionnaire pour le ou la partenaire

Un questionnaire a également été développé pour les partenaires des femmes enceintes. Il reprend l'essentiel des éléments du questionnaire pour les femmes enceintes, notamment les

connaissances, les croyances et les attitudes à l'égard de la consommation d'alcool pendant la grossesse, la littératie en santé, et les sources d'information connues. En outre, une série de questions sur l'importance pour le ou la partenaire de modérer ou d'également arrêter sa consommation d'alcool a été intégrée. Le questionnaire d'un·e partenaire ne peut être apparié avec celui d'une femme enceinte dans le but de comparer les réponses car, pour des raisons de confidentialité, aucun code de pairage n'a été mis en place.

Les résultats des partenaires sont présentés au Chapitre 4.

## 2.2 Méthodes de recrutement

Sachant qu'une part importante du recrutement et le questionnaire se feraient en ligne, une page d'accueil a été créée avec les url [www.magrossesse.ch](http://www.magrossesse.ch)<sup>2</sup> et [www.meineschwangerschaft.ch](http://www.meineschwangerschaft.ch)<sup>3</sup>. Cette page, traduite dans les sept langues de l'enquête, fournissait des informations de base sur le but de l'enquête, la durée du questionnaire, une garantie de confidentialité, ainsi qu'une FAQ donnant plus d'informations sur les auteur·e·s de l'enquête, un courriel de contact, l'organe de financement et des liens vers des ressources en cas de questions sur la santé et l'usage de substances durant la grossesse. En bas de la page, deux boutons permettaient d'accéder respectivement au questionnaire pour les femmes enceintes et à celui pour leur partenaire. Le design de la page d'accueil et du questionnaire a été prévu pour s'adapter aux dimensions des écrans d'ordinateurs et de smartphones. En complément, un support physique a également été développé, sous la forme d'un flyer expliquant les buts et le déroulement du projet. Le flyer était en format recto-verso, une face s'adressant aux femmes enceintes et l'autre à leurs partenaires. Le lien vers la page d'accueil de l'enquête était indiqué dans le texte, ainsi que par le biais d'un code QR.

Les participantes ont été recrutées via deux canaux parallèles. D'un côté, nous avons démarché des partenaires de terrain pour relayer l'existence de l'enquête auprès des femmes enceintes fréquentant leurs structures. L'objectif de ce canal de recrutement était d'atteindre une grande diversité de profils de femmes enceintes, notamment des populations allophones, des femmes ayant un faible niveau de littératie, ou des femmes en situation de précarité. Chaque partenaire de terrain pouvait commander autant de flyers que souhaité, dans les sept langues de l'enquête, pour les mettre à disposition dans sa salle d'attente ou les distribuer durant les consultations. Plus de 500 demandes de collaboration ont été envoyées, essentiellement par courriel, à différents centres de périnatalité et de planning familial, des services hospitaliers de gynécologie et obstétrique, ainsi qu'à des gynécologues et des sage-femmes indépendant·e·s dans tout le pays. Une trentaine d'entre eux ont répondu positivement et ont commandé des flyers de recrutement. L'enquête a également été relayée dans l'édition de juin de la revue *Obstetrica*, publiée par la Fédération suisse des sage-femmes (*Obstetrica*, 2025).

En parallèle, le recrutement de participantes a eu lieu en ligne afin d'élargir le nombre de participantes aux femmes qui ne fréquenteraient pas les institutions partenaires. Des essais sur différents forums et réseaux sociaux (y.c. TikTok), ainsi que les données de part de marché

---

<sup>2</sup> Archive web: <https://web.archive.org/web/20250521144234/https://www.magrossesse.ch/fr/0>

<sup>3</sup> Archive web: <https://web.archive.org/web/20250324220445/https://meineschwangerschaft.ch/>

(NapoleanCat, 2025), ont montré que Instagram et Facebook permettaient le mieux d'atteindre les femmes en âge de grossesse. Sur ces deux plateformes, différentes annonces sponsorisées (exemples sur Figure 1) ont été publiées dans les 3 principales langues nationales, essentiellement le weekend, et ciblaient les profils suivants : pays = 'Suisse' ; langue = celle de l'annonce ; sexe = 'femme' ; âge = '18 à 45 ans' ; intérêts : 'Bébé (enfants et parents)' ou 'Congé parental (enfants et parents)' ou 'Grossesse (mammifère)'. Toutes les annonces renvoyaient directement sur la page d'accueil du projet.

Figure 1 : Exemples d'annonces publiées sur Instagram et Facebook



Conformément à la répartition linguistique de la population du pays, un budget plus élevé a été alloué au recrutement dans la partie germanophone et moins élevé dans la partie italophone. Sur l'ensemble de la période de recrutement, les publicités ont été affichées 394'207 fois sur 151'530 profils différents et ont généré 6'162 clics vers la page d'accueil de l'enquête, la répartition étant globalement la suivante pour les trois métriques : 49% allemand, 35% français et 16% italien.

La période de recrutement s'est étendue du 26 novembre 2024 au 31 août 2025. Les quatre premiers mois ont été consacrés aux pré-tests et aux traductions dans les sept langues, et à promouvoir le questionnaire auprès des partenaires de terrain. La promotion de l'enquête sur les réseaux sociaux a commencé le 25 mars 2025. Au final, 71% des répondantes ont été recrutées sur Instagram, 17% sur Facebook, 7% via des flyers auprès de partenaires de terrain, 2% via la recommandation d'amis ou connaissances, 1% via la newsletter des sage-femmes et 2% par un autre biais (p.ex. référencement Google).

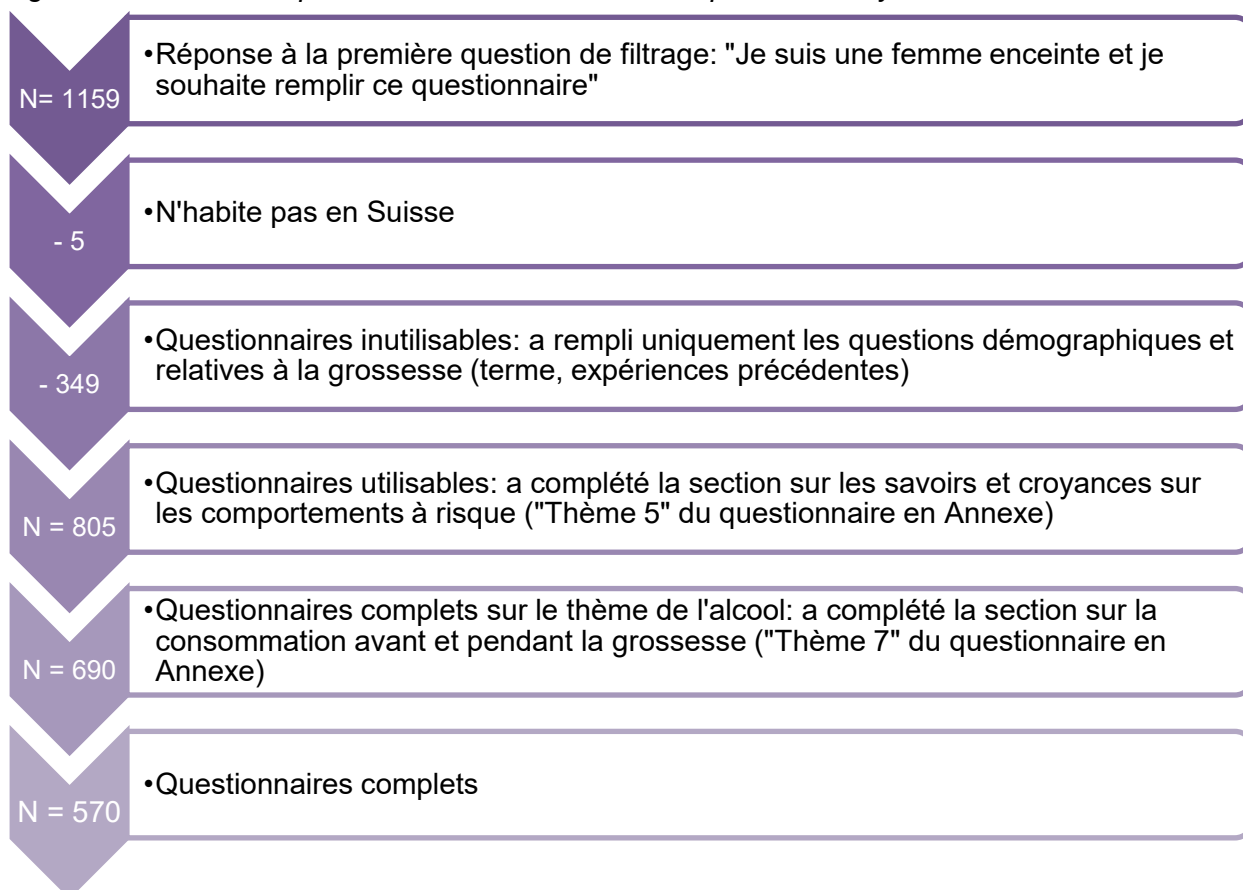
### 2.3 Échantillon et taux de rétention

L'enquête visait à atteindre au moins 800 femmes enceintes, dont environ 400 en Suisse alémanique et 400 en Suisse romande. L'échantillon constitué est dit « de convenance » et ne peut prétendre être représentatif de l'ensemble des femmes enceintes en Suisse. Il convient

cependant tout à fait au but principal du projet, à savoir l'identification des facteurs individuels, contextuels ou encore sociétaux associés à la consommation d'alcool à différents moments de la grossesse. Ainsi, le seul critère d'inclusion était celui d'être en cours de grossesse, quels que soient le degré d'avancement et le nombre de grossesses précédentes.

Au total, 1159 femmes ont répondu à la première question du questionnaire et indiqué être une femme enceinte et vouloir répondre au questionnaire (Figure 2). Parmi elles, 5 n'habitaient pas en Suisse et 349 n'ont rempli que les questions relatives aux caractéristiques démographiques et à la grossesse (voir section « Thème 4 » et précédentes du questionnaire en Annexes), laissant un échantillon final de 805 femmes ayant complété la section relative aux savoirs et croyances sur les comportements à risque durant la grossesse. Parmi celles-ci, 690 ont fini la section sur la consommation d'alcool et 570 ont complété le questionnaire complet, y.c. la section sur la littératie en santé. La durée médiane de remplissage du questionnaire complet était de 13.9 minutes (percentile 25 = 11.1 min ; percentile 75 = 17.5 min).

Figure 2 : Nombre de questionnaires initiés et retenus pour les analyses



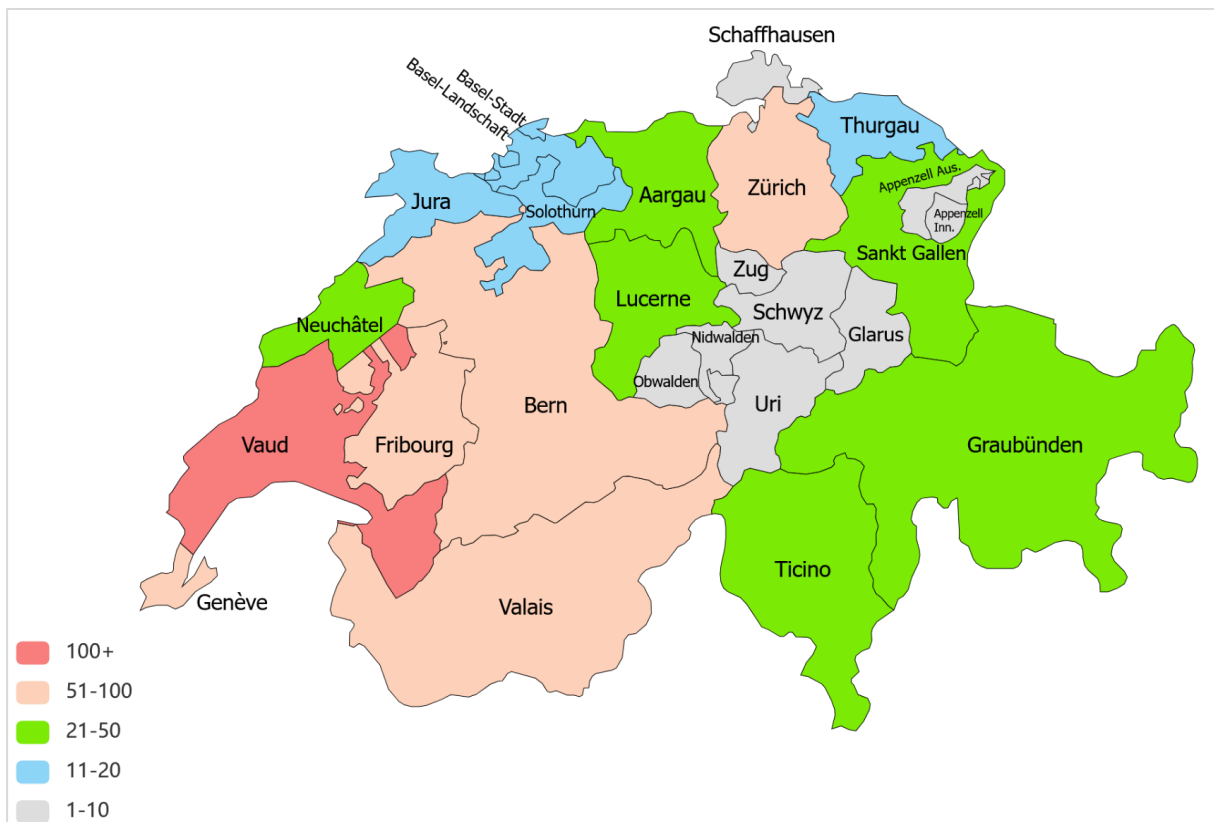
Comme indiqué ci-dessus, un nombre relativement important de participantes n'a pas complété l'intégralité du questionnaire. Le taux d'abandon avant la section relative aux savoirs et croyances sur les comportements à risque durant la grossesse était le plus élevé au Tessin (39.7%), suivi par la Suisse alémanique (32.9%) et la Suisse romande (26.7% ;  $X^2 = 7.9$  ;  $p < 0.05$ ). Il est aussi deux fois plus élevé parmi les femmes déclarant que la grossesse n'était pas planifiée (29.9% vs. 16.7% ;  $X^2 = 11.3$  ;  $p < 0.001$ ).

## 2.4 Description de l'échantillon des femmes enceintes

L'échantillon final de 805 femmes enceintes participantes, dit « de convenance », permet de décrire certains comportements de consommation et facteurs associés, sans pour autant pouvoir prétendre être représentatif de l'ensemble des femmes enceintes en Suisse.

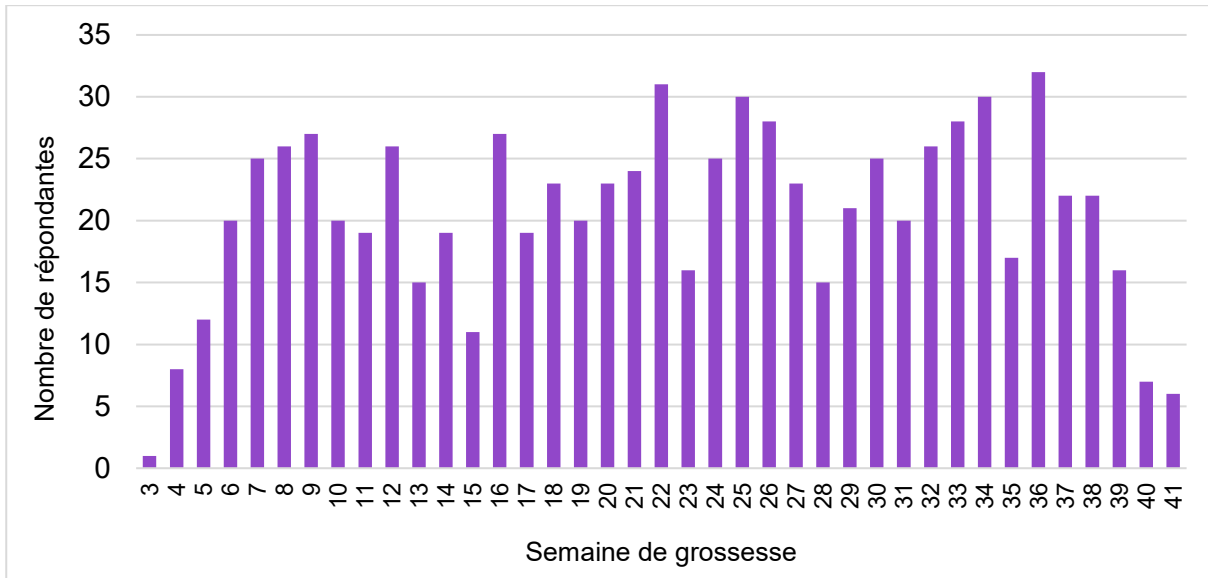
L'âge moyen des femmes enceintes répondantes était de 32.6 ans (min = 20, max = 46, écart-type (ET) = 3.9 ; Figure A1 en Annexes). Elles provenaient de tous les cantons suisses (Figure 3). En comparaison des données sur le nombre de naissances vivantes par canton de 2023 (Office fédéral de la statistique [OFS], 2024), les participantes de Suisse romande étaient sur-représentées (50.5% dans l'échantillon vs 26.5% dans la population générale) et ce dans tous les cantons romands. La Suisse italienne était également sur-représentée (5.0% vs. 3.0%) alors que la Suisse alémanique était sous-représentée (total : 44.4% vs. 70.5%) dans la plupart des cantons, à l'exception notable de Berne, Obwald et des Grisons.

Figure 3 : Distribution du nombre de répondantes à l'enquête (n = 805), par canton



Les femmes étaient en moyenne à la 22<sup>ème</sup> semaine de leur grossesse lorsqu'elles ont rempli le questionnaire (min = 3 ; max = 41 ; ET = 10.3). Environ un tiers (32.0%) des femmes étaient à leur premier trimestre, 36.8% à leur deuxième et 31.2% à leur troisième trimestre de grossesse (voir détail par semaine : Figure 4). En moyenne, elles ont eu la confirmation qu'elles étaient enceintes après 27 jours (min = 5 ; max = 207). Il s'agissait de la première grossesse pour 57.8% d'entre elles et 83.7% ont indiqué que la grossesse était planifiée.

Figure 4 : Nombre de répondantes par semaine de grossesse au moment de la participation à l'enquête (n = 805)



### 3 Résultats de l'enquête chez les femmes enceintes

Les questionnaires ont été programmés et les données collectées au moyen de l'outil d'enquête en ligne LimeSurvey. Comme il s'agit avant tout de faire un état des lieux des connaissances et croyances (Chapitres 3.2 et 3.3), de l'influence d'entourage (Chapitre 3.6) ou encore des meilleurs moyens pour atteindre les femmes enceintes avec des messages de prévention (Chapitre 3.8) les analyses sont principalement de nature descriptive (n, pourcentages), agrémentées – à titre indicatif – de tests statistiques de significativité (test du chi-carré ou de la moyenne pour tester les différences entre groupes). Les analyses ont été réalisées avec SPSS 25.

Les questions relatives à la fréquence de consommation d'alcool ont été recodées en fréquence mensuelle en utilisant la valeur médiane de la catégorie de réponse (p.ex. '2-3 fois par mois' = 2.5 ; '1-2 fois par semaine' = 6 ; 'chaque jour ou presque' = 26).

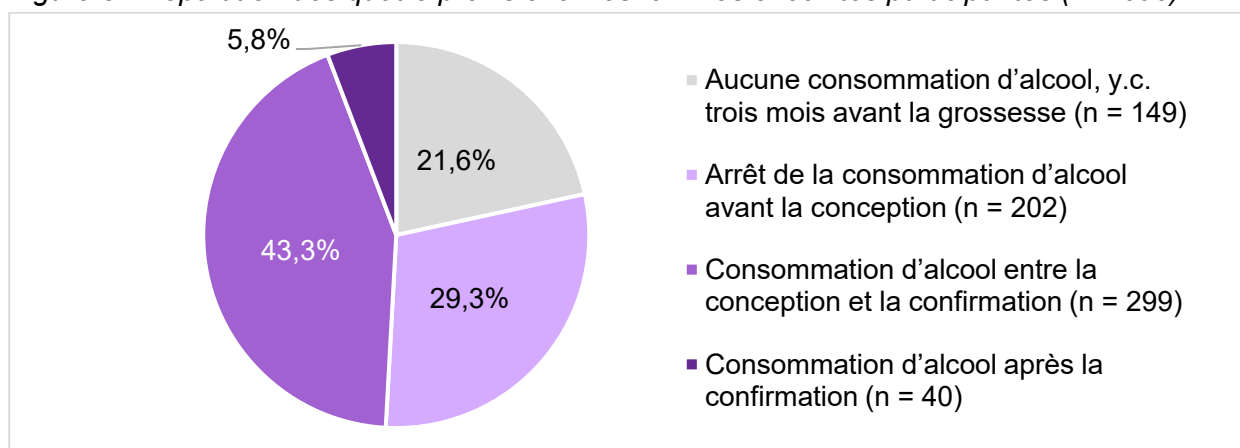
#### 3.1 Profils de consommation avant et durant la grossesse (ci-après : profils)

Afin de mettre en évidence les différences entre les femmes enceintes qui ont consommé de l'alcool, ou non, à différents stades de leur projet de grossesse, les résultats des différentes thématiques ci-dessus ont été déclinés selon quatre moments d'arrêt de la consommation d'alcool, à savoir les profils suivants :

1. Aucune consommation d'alcool durant les trois mois avant et durant la grossesse ;
2. Consommation d'alcool durant les trois mois avant la grossesse, mais arrêt avant la conception ;
3. Consommation d'alcool durant les premières semaines de grossesse, mais arrêt dès la confirmation (p.ex. test de grossesse positif) ;
4. Consommation d'alcool après la confirmation de la grossesse.

Sur les 690 femmes enceintes ayant complété la section sur la consommation d'alcool, 21.6% ont indiqué ne pas avoir consommé d'alcool durant les trois mois avant la grossesse (Table 1). Parmi les autres participantes, 29.3% ont consommé de l'alcool durant les trois mois avant la grossesse mais ont arrêté avant la conception. A l'inverse, environ la moitié (49.1%) ont indiqué avoir consommé de l'alcool durant la grossesse. La plupart d'entre elles ont arrêté dès la confirmation de leur grossesse (43.3%) mais 5.8% ont également consommé de l'alcool par la suite (Figure 5).

Figure 5 : Répartition des quatre profils chez les femmes enceintes participantes (n = 690)



D'une manière générale, on observe aussi une diminution de la consommation d'alcool selon l'avancée du projet de grossesse, mais à des niveaux différents selon le profil. Ainsi, les participantes qui ont consommé de l'alcool durant leur grossesse avaient également des habitudes de consommation plus élevées durant les trois mois avant la conception (voir Période 1 dans Table 1) que celles qui ont arrêté avant la conception, tant au niveau de la fréquence mensuelle de consommation, du nombre maximum de verres par occasion et de la consommation ponctuelle à risque (définie comme la consommation de 4 verres standards ou plus lors d'une même occasion).

Parmi les femmes qui ont arrêté à la confirmation de leur grossesse, la fréquence moyenne de consommation d'alcool et la part de consommation ponctuelle à risque ont diminué entre la période avant la conception et la période avant la confirmation (respectivement 4.8 à 3.3 occasions par mois ; et 42.4% vs 21.8% avec une consommation ponctuelle à risque)

Finalement, les habitudes de consommation ont encore diminué après la confirmation de la grossesse (Période 3 dans Table 1) parmi les quelques femmes qui ont consommé de l'alcool après cette annonce. La fréquence moyenne de consommation étant inférieure à un verre par mois en moyenne. Certaines participantes ont toutefois consommé deux ou trois verres par occasion et une participante a largement dépassé le seuil de consommation ponctuelle à risque.

Table 1 : Habitudes de consommation d'alcool avant et pendant la grossesse, par profil

	Aucune consommation d'alcool (y.c. trois mois avant la conception)	Arrêt de la consommation d'alcool avant la conception	Consommation d'alcool entre la conception et la confirmation	Consommation d'alcool après la confirmation	Test statistique
<b>Période 1 : Trois mois avant la conception</b>					
Nombre d'occasions par mois (moyenne (ET))		2.7 (4.1)	4.8 (5.2)	5.5 (5.8)	a, b
Nombre maximum de verres en une occasion		10	21	15	
Consommation ponctuelle à risque *		21.4%	42.4%	28.9%	a
<b>Période 2 : Entre la conception et la confirmation de la grossesse</b>					
Nombre d'occasions par mois (moyenne (ET))			3.3 (4.3)	3.1 (5.0)	
Nombre maximum de verres en une occasion			20	12	
Consommation ponctuelle à risque *			21.8%	32.4%	c
<b>Période 3 : Depuis la confirmation de la grossesse</b>					
Nombre d'occasions par mois (moyenne (ET))				0.7 (0.4)	
Nombre maximum de verres en une occasion				12	
Consommation ponctuelle à risque *				2.5%	
<b>Test statistique</b>			d	d, e, f	

Notes : ET = écart-type ; \* 4 verres standards ou plus par occasion ; a-f) différence statistiquement significative ( $p < .05$ ) entre les Profils 2 et 3 (a), Profils 2 et 4 (b), Profils 3 et 4 (c), ainsi qu'entre les Périodes 1 et 2 (d), Périodes 1 et 3 (e), Périodes 2 et 3 (f) ; les différences d, e et f ont été testées que pour la fréquence mensuelle de consommation.

### 3.1.1 Variations de la consommation d'alcool selon les caractéristiques démographiques

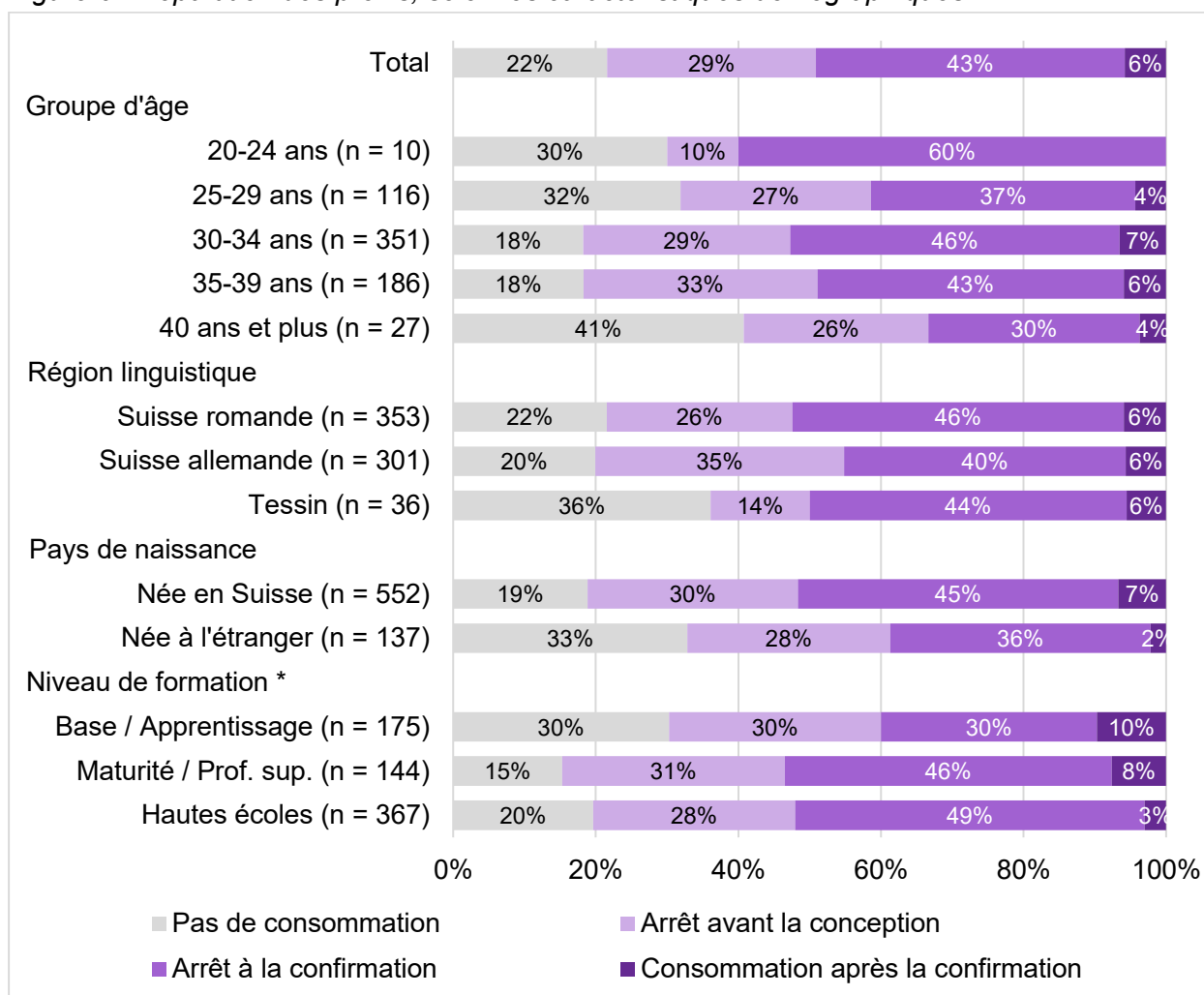
Les caractéristiques démographiques associées aux différents profils de consommation d'alcool durant la grossesse varient (Figure 6).

Aucune femme parmi les 20-24 ans qui ont participé à cette enquête a rapporté avoir consommé de l'alcool après la confirmation de la grossesse, et deux tiers des femmes de 40 ans et plus n'ont pas consommé d'alcool après la conception. Les différences entre les autres classes d'âge sont relativement faibles et restent juste en dessous du seuil de significativité statistique ( $\chi^2 = 20.9$ , ddl = 12,  $p = 0.052$ ).

Le taux d'abstinence durant la grossesse est plus élevé au Tessin que dans les autres régions de Suisse ( $\chi^2 = 13.1$ , ddl = 6,  $p = 0.041$ ). Les femmes qui sont nées en Suisse étaient par contre proportionnellement plus nombreuses à consommer de l'alcool avant la grossesse (30% vs. 28%), en début de grossesse (45% vs. 36%) et après la confirmation de celle-ci (7% vs 2%) que les femmes nées à l'étranger ( $\chi^2 = 15.7$ , ddl = 3,  $p = 0.01$ ). On observe également une proportion plus élevée des femmes abstinentes avant la grossesse parmi celles nées à l'étranger.

On observe aussi des différences importantes selon le niveau de formation ( $\chi^2 = 30.2$ , ddl = 6,  $p < 0.001$  ; Figure 6), en particulier chez les femmes ayant un niveau formation de base ou un apprentissage. En comparaison avec celles qui ont d'autres niveaux de formation, elles sont à la fois surreprésentées parmi les femmes abstinentes et parmi celles ayant consommé de l'alcool après la confirmation de la grossesse.

Figure 6 : Répartition des profils, selon les caractéristiques démographiques



Notes : \* Catégories par niveau de formation :

Base / Apprentissage = 'Aucune formation', 'Ecole obligatoire', 'Formation générale sans maturité', 'Apprentissage ou formation professionnelle de base' ;

Maturité / prof. sup.' = 'Maturité ou gymnase', 'Formation professionnelle supérieure' ;

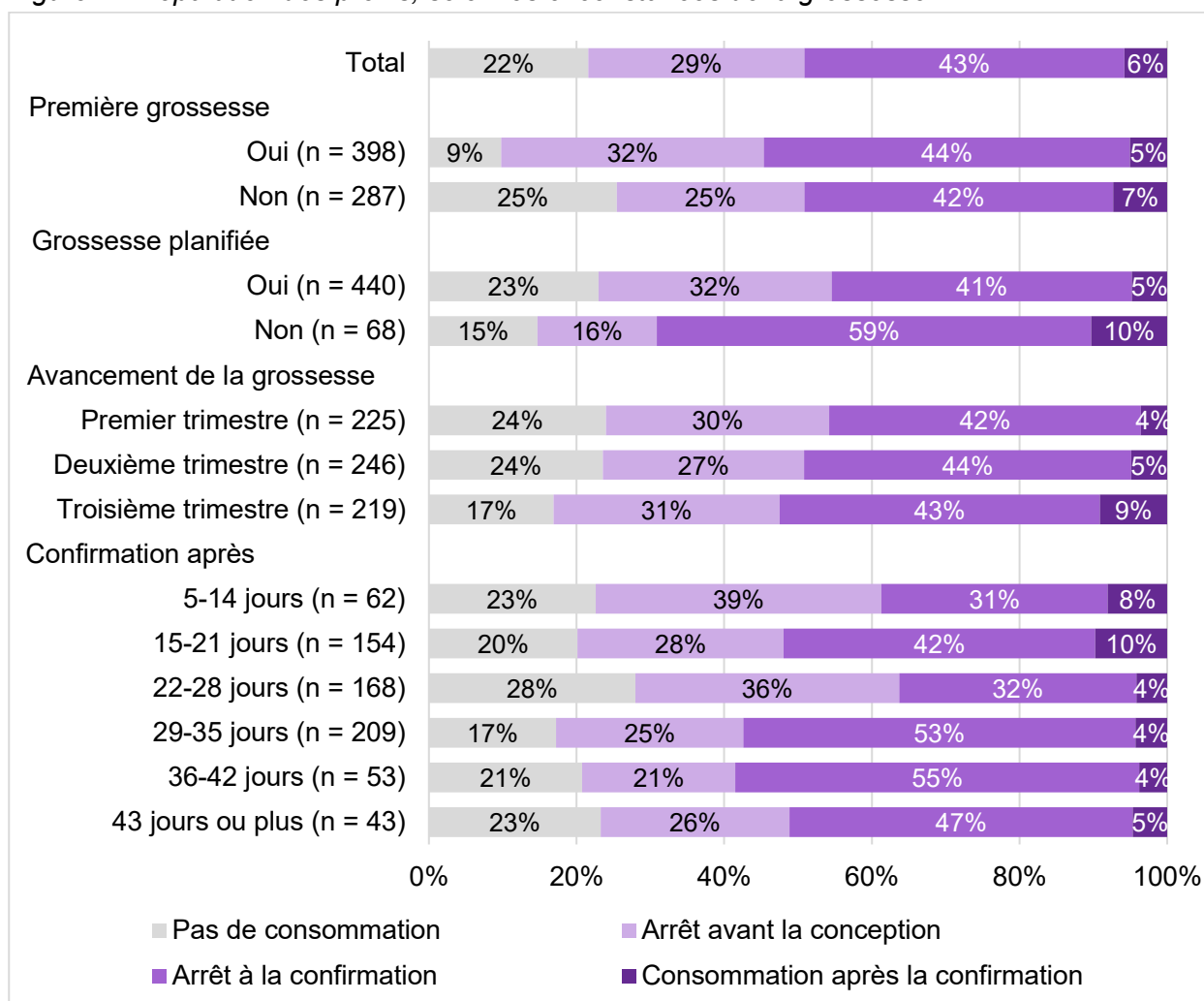
Hautes écoles = 'Haute école spécialisée ou universitaire', 'Doctorat ou habilitation'.

### 3.1.2 Variations selon les circonstances de la grossesse

La distribution des profils varie également sensiblement selon les circonstances de la grossesse en cours (Figure 7). Les femmes vivant leur première grossesse sont proportionnellement plus nombreuses à avoir consommé de l'alcool durant les trois mois avant la grossesse ou pendant celle-ci (91% vs 75%), mais légèrement moins nombreuses à avoir consommé après sa confirmation (5% vs 7% ;  $\chi^2 = 8.0$ , ddl = 3, p = 0.045).

Les femmes qui ont une grossesse planifiée sont plus nombreuses à ne pas boire durant la grossesse ( $\chi^2 = 14.3$ , ddl = 3, p = 0.002 ; Figure 7). Près d'un tiers d'entre-elles (32%) a arrêté de boire avant la conception et un quart (23%) était abstinente durant les trois mois avant la grossesse. A l'inverse, les femmes dont la grossesse n'était pas planifiée étaient 69% à avoir consommé de l'alcool avant la confirmation et 10% encore après celle-ci.

Figure 7 : Répartition des profils, selon les circonstances de la grossesse



Aucune différence significative n'apparaît quant à la répartition des profils de consommation selon le degré d'avancement de la grossesse. La part de participantes ayant consommé de l'alcool après la confirmation est légèrement plus élevée parmi les femmes qui sont plus avancées dans leur grossesse, ce qui peut s'expliquer par le fait que, durant trois trimestres, elles ont eu plus d'occasions de boire de l'alcool que durant le seul premier trimestre. A l'inverse, on observe que les femmes ayant appris leur grossesse tôt (moins de 21 jours) ont été légèrement plus nombreuses à boire de l'alcool après la confirmation que les autres participantes ( $\chi^2 = 32.5$ , ddl = 15,  $p = 0.006$ ).

Finalement, on observe très peu de variations sur la répartition des profils selon les mois de participation à l'enquête (Figure A2 en Annexes).

### 3.2 Mesures prioritaires pour la protection de la santé du bébé

Les femmes enceintes sont incitées à changer, réduire ou interrompre de nombreux comportements à risque durant la grossesse comme la consommation d'alcool, mais aussi la fumée, la toxoplasmose, les aliments crus, l'excès de sucre ou encore la caféine. Pour évaluer l'ordre des priorités qu'elles leur donnent, le questionnaire demandait aux participantes de choisir

et d'ordonner, parmi une liste de dix mesures, les cinq qui, selon elles, étaient les plus importantes pour qu'un bébé naisse en bonne santé, (voir Thème 5 du questionnaire en annexe).

Plus de la moitié des participantes considèrent que 'éviter de boire de l'alcool', 'éviter de fumer' et 'éviter certains aliments (tels que salades, charcuterie, sushis, fromages)' font partie des cinq choses les plus importantes à faire pendant la grossesse pour qu'un bébé naisse en bonne santé (Table 2). Les deux premières mesures ont été citées par plus de 90% des participantes, et la mesure 'éviter de boire de l'alcool' a été mentionnée comme priorité numéro un par 54% des participantes.

Par ailleurs, les mesures telles que 'prendre des compléments alimentaires', 'éviter les situations stressantes', 'avoir une activité physique régulière' et 'éviter le contact avec la caisse à chat' ont été mentionnées par plus d'un tiers des participantes, mais rarement comme priorité numéro un.

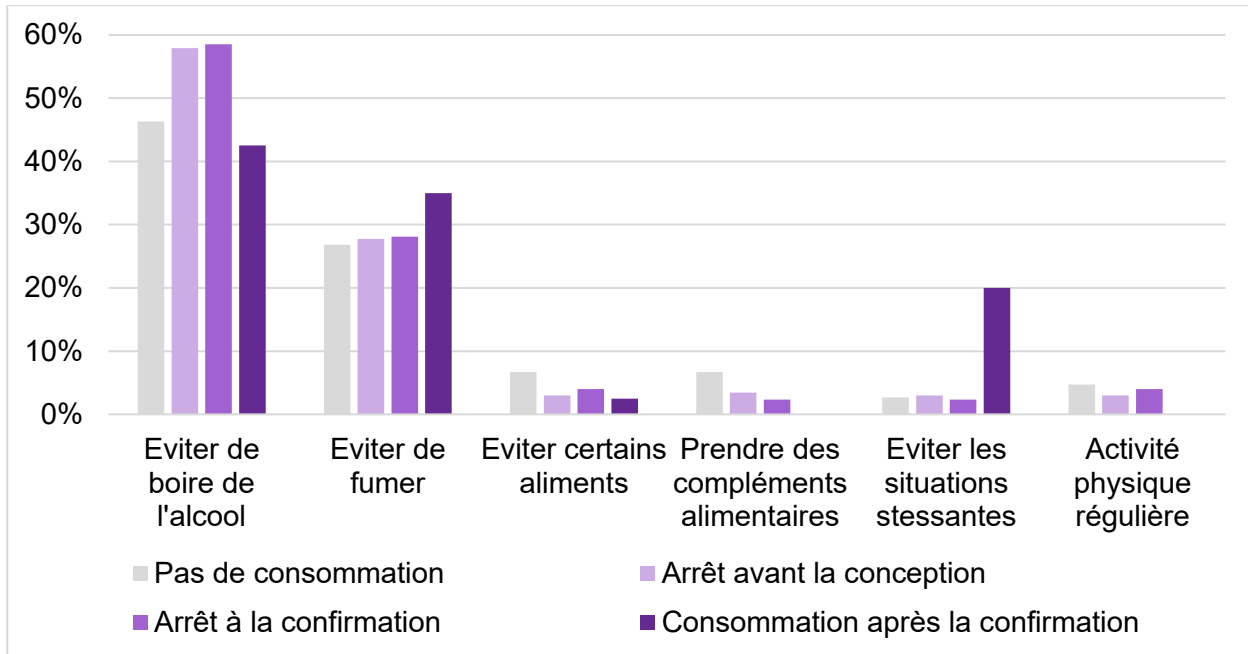
Table 2 : Mesures jugées prioritaires pour qu'un bébé naisse en bonne santé

	Priorité #1	Dans le top 5
	n (%)	n (%)
Eviter de boire de l'alcool	414 (54.0%)	739 (96.3%)
Eviter de fumer	214 (27.9%)	691 (90.1%)
Eviter certains aliments (p.ex. salades, charcuterie, sushis, fromages)	34 (4.4%)	562 (73.3%)
Prendre des compléments alimentaires pour la grossesse	29 (3.8%)	366 (47.7%)
Eviter les situations stressantes	27 (3.5%)	361 (47.1%)
Avoir une activité physique régulière	27 (3.5%)	340 (44.3%)
Eviter le contact avec la caisse à chat	10 (1.3%)	270 (35.2%)
Eviter les cosmétiques contenant du Rétinol	5 (0.7%)	67 (8.7%)
Limiter la consommation de café	3 (0.4%)	186 (24.3%)
Limiter la consommation de sucre	3 (0.4%)	96 (12.5%)
Eviter certaines huiles essentielles	1 (0.1%)	97 (12.6%)

La priorité numéro un ne change pas selon le profil, 'éviter de boire de l'alcool' restant la mesure la plus souvent citée (Figure 8). On remarque cependant que les participantes ayant consommé de l'alcool après la confirmation de leur grossesse étaient moins nombreuses (43%) à citer cette mesure que les femmes ayant arrêté leur consommation avant la conception (58%) ou à la confirmation de la grossesse (59%). Par contre, elles étaient plus nombreuses à estimer que 'éviter de fumer' ou 'éviter les situations stressantes' devrait être la priorité numéro un pour qu'un bébé naisse en bonne santé.

Les femmes qui n'ont pas consommé d'alcool durant la grossesse étaient moins nombreuses à mentionner 'éviter de boire de l'alcool' comme priorité numéro un, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'il s'agit de toute manière d'un risque auquel elles n'allaient pas exposer leur bébé.

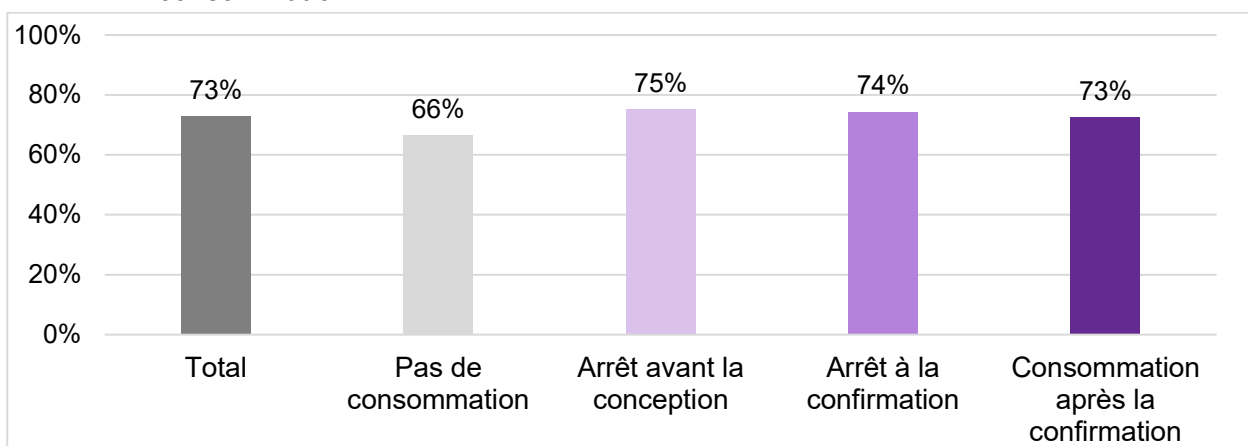
Figure 8 : Mesure la plus importante (priorité numéro un) pour qu'un bébé naisse en bonne santé, par profil



### 3.3 Connaissances et croyances sur les risques liés à la consommation d'alcool durant la grossesse

Près de trois quarts (73%) des participantes ont affirmé avoir déjà entendu parler du terme « syndrome d'alcoolisation fœtale » (Figure 9). Les différences entre les profils de consommation sont faibles et non significatives.

Figure 9 : Avoir entendu parler du terme « syndrome d'alcoolisation fœtale », selon le profil de consommation



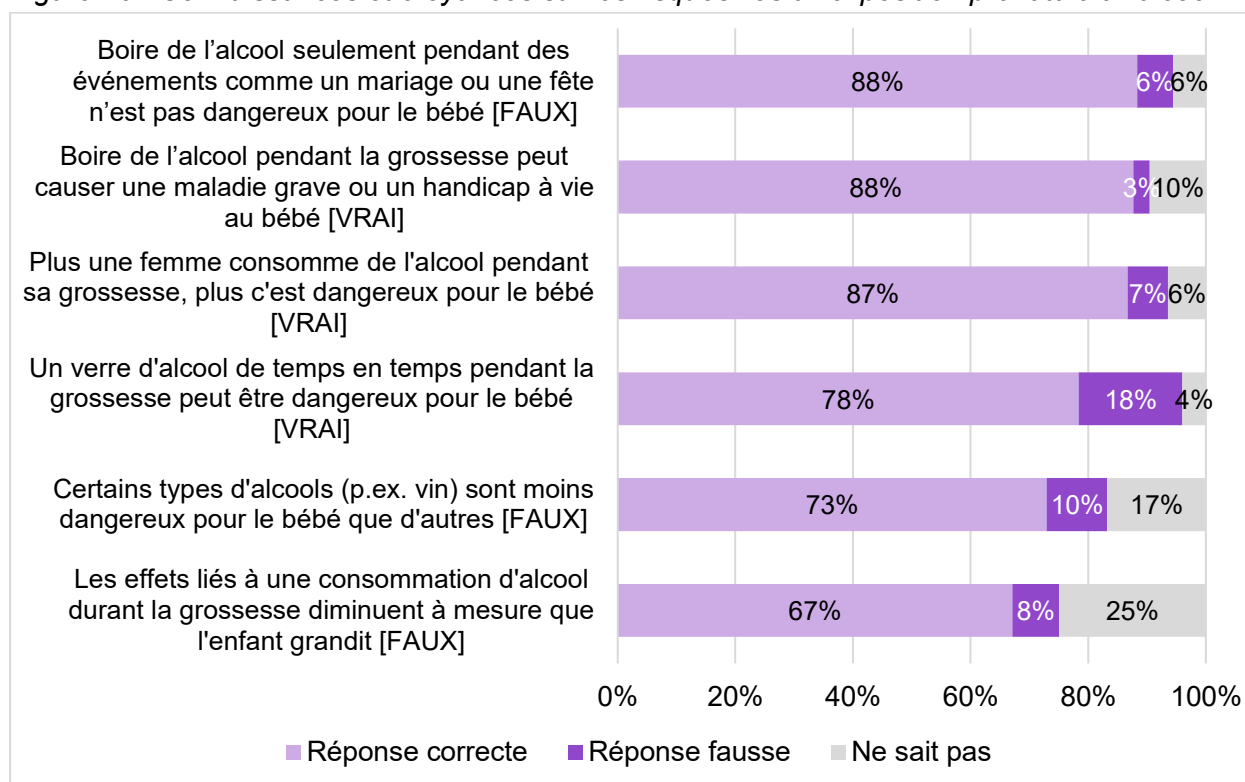
Six affirmations servaient à évaluer le niveau de connaissances (réponses correctes), de croyances erronées (réponses fausses, ou « ça dépend du mois ») ou d'incertitude (réponse « ne sait pas ») par rapport aux risques liés à la consommation d'alcool durant la grossesse (Figure 10). Dans l'ensemble, la grande majorité (87 à 88%) des participantes a répondu correctement à

la question si l'alcool consommé lors d'un événement peut être dangereux pour le bébé, si cela peut occasionner une maladie grave ou un handicap à vie et si le risque augmente avec la quantité consommée.

Concernant les croyances erronées, le taux le plus élevé de réponses fausses concernait l'affirmation '*un verre d'alcool de temps en temps pendant la grossesse peut être dangereux pour le bébé*', à laquelle 18% des participantes ont répondu « non » ou « ça dépend du mois ». Par ailleurs, 10% des participantes semblent penser que '*certain types d'alcool (p.ex. vin) sont moins dangereux pour le bébé que d'autres*'. Une récente étude sur les contenus disponibles en ligne et sur les réseaux sociaux (Notari et al., 2025) a justement mis en évidence la présence récurrente d'informations erronées sur ces deux thèmes en particulier, ce qui pourrait empêcher les personnes cherchant activement des informations à ce sujet à trouver des réponses fiables.

Par ailleurs, près d'un quart des femmes enceintes ont répondu ne pas savoir si l'affirmation '*les effets liés à la consommation d'alcool durant la grossesse diminuent à mesure que l'enfant grandit*' est vraie ou fausse, et 8% pensent que c'est le cas.

Figure 10 : Connaissances et croyances sur les risques liés à l'exposition prénatale à l'alcool

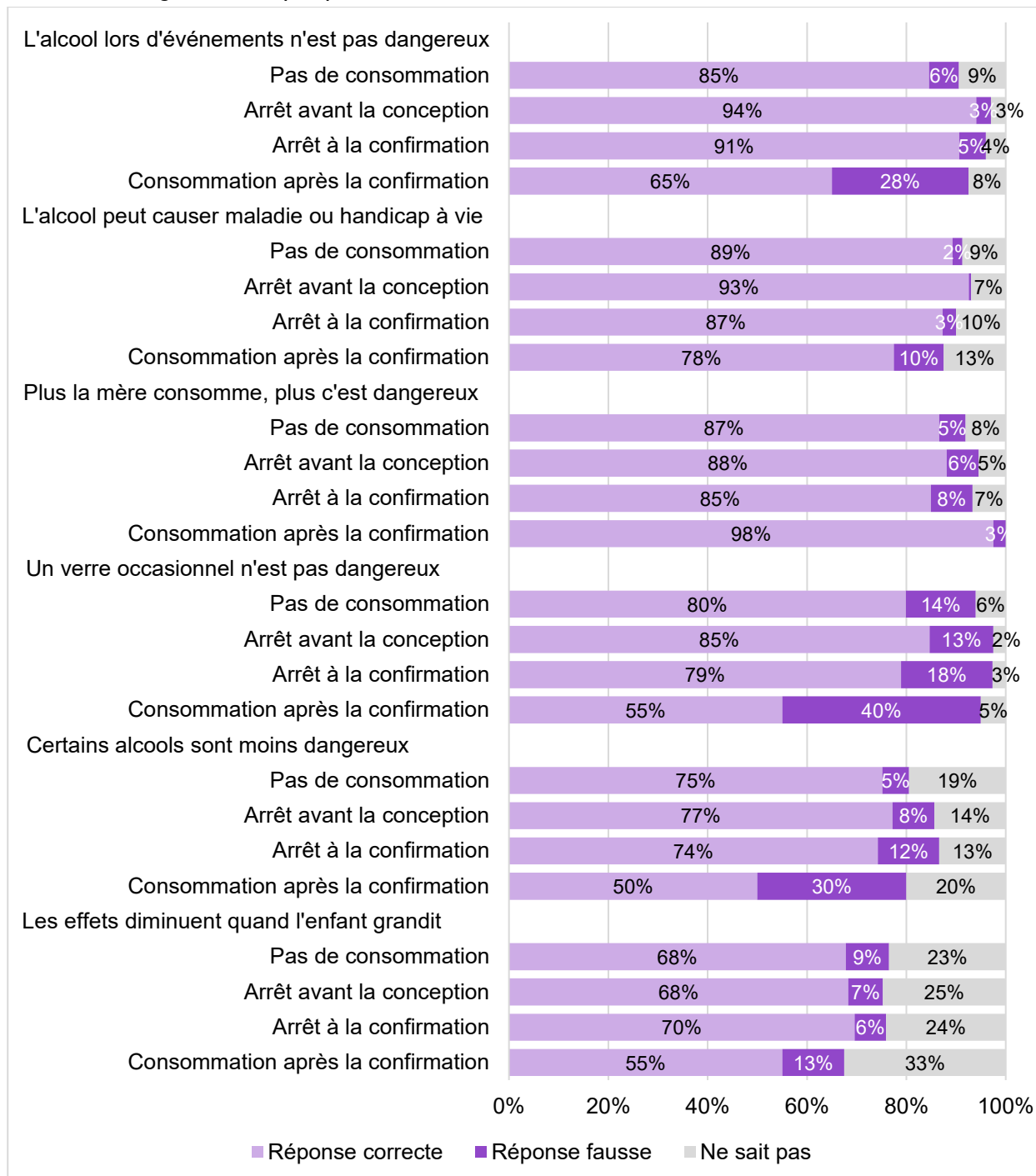


Note : l'option de réponse « ça dépend du mois de grossesse » a été agrégée avec la réponse fausse car aucune de ces affirmations ne dépend du mois de grossesse.

Au niveau des différences entre les profils de consommation (Figure 11), on observe que les femmes ayant consommé de l'alcool après la confirmation de leur grossesse sont plus nombreuses à penser que '*boire de l'alcool seulement pendant des événements comme un mariage ou une fête n'est pas dangereux pour le bébé*' (28%), '*un verre d'alcool de temps en temps pendant la grossesse [n'est pas] dangereux pour le bébé*' (40%) et que '*certain types*

*d'alcools (p.ex. vin) sont moins dangereux pour le bébé que d'autres'* (30%). Le fait que ces trois résultats soient cohérents et consistants entre eux suggère qu'il s'agit d'une conséquence directe d'un manque d'information, voire de désinformation, chez ces personnes. A l'inverse, peu de différences sont notables dans les réponses des trois autres profils.

Figure 11 : Connaissances et croyances sur les risques liés à la consommation d'alcool durant la grossesse, par profil

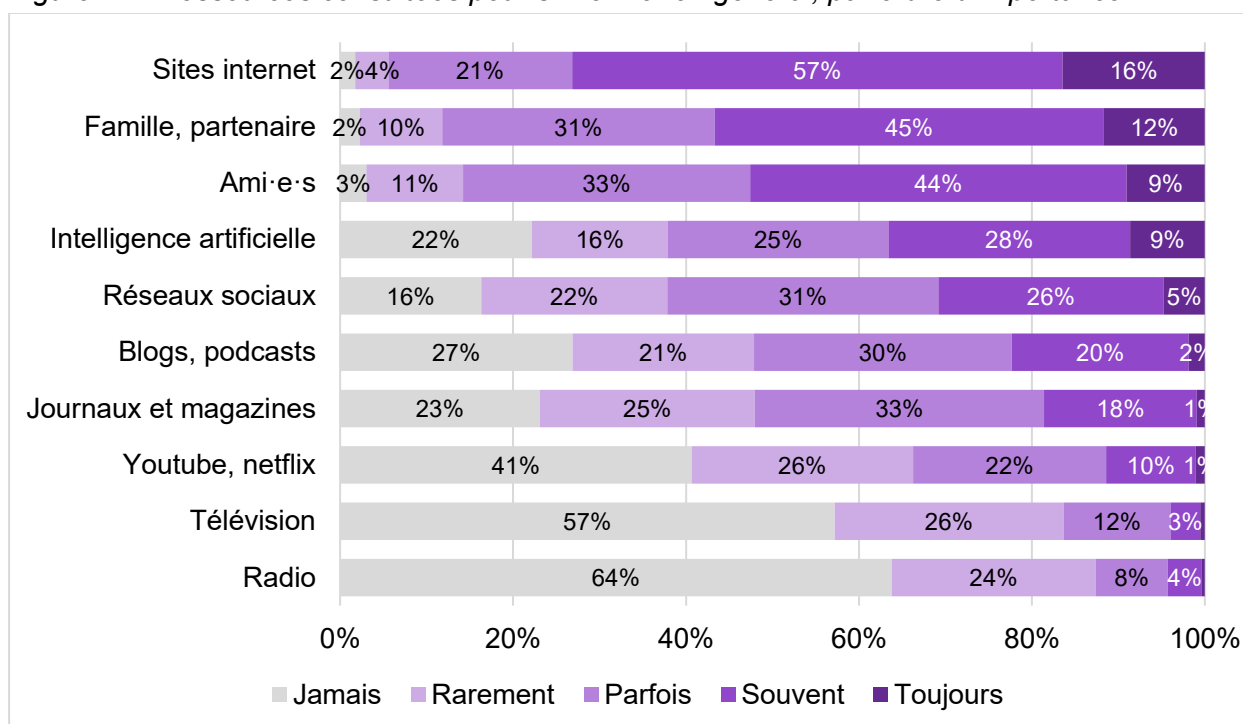


### 3.4 Sources d'informations consultées en général

Les sources d'informations les plus consultées par les participantes pour rechercher de l'information en général sont les ressources en lignes (sites internet, outils d'intelligence artificielle, réseau sociaux) et leurs proches (famille, partenaire, amis et amies ; Figure 12). Ainsi, près de trois quarts des répondantes ont indiqué consulter 'souvent' ou 'toujours' des sites internet, qui est la source d'information principale. Indicateur de l'époque actuelle, on observe également que les outils d'intelligence artificielle (IA) sont plus fréquemment utilisés pour s'informer que les réseaux sociaux. Ce résultat est à priori plutôt positif sachant que les modèles d'IA sont généralement mieux modérés que les réseaux sociaux, du moins en ce qui concerne les informations sur les dangers liés à l'alcool durant la grossesse (Notari et al., 2025).

A l'inverse, les médias traditionnels tels que journaux, télévision et radio sont peu consultés pour rechercher de l'information en général.

Figure 12 : Ressources consultées pour s'informer en général, par ordre d'importance

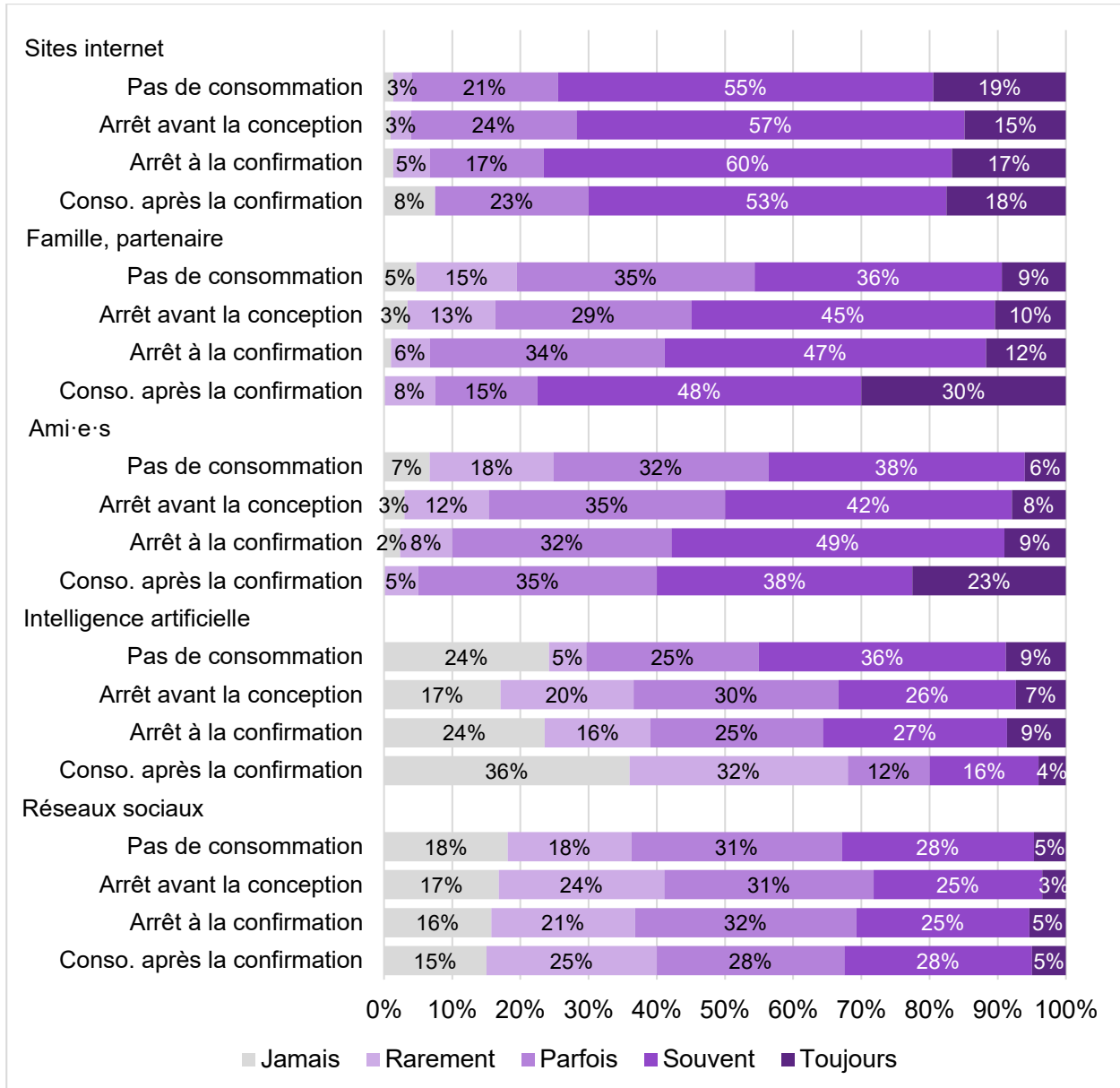


On observe un lien fort entre l'utilisation plus fréquente de la famille et des ami·e·s comme source d'information et la consommation d'alcool pendant la grossesse (resp.  $\chi^2 = 38.7$ , ddl = 12,  $p < 0.001$  ;  $\chi^2 = 32.6$ , ddl = 12,  $p = 0.001$  ; Figure 13). Parmi les femmes ayant consommé de l'alcool après la confirmation de leur grossesse, 30% disent toujours s'informer auprès de leur famille ou de leur partenaire et 23% toujours auprès de leurs ami·e·s, ce qui peut constituer un risque d'être conforté dans ses convictions par des personnes qui les partagent.

En ce qui concerne les ressources en ligne, les femmes ayant consommé de l'alcool après la confirmation de leur grossesse utilisent visiblement moins les outils d'intelligence artificielle que

les autres profils ( $\chi^2 = 22.6$ , ddl = 12,  $p = 0.032$ ), alors qu'aucune différence n'est observée entre les quatre profils pour les sites internet et les réseaux sociaux.

Figure 13 : Cinq ressources les plus consultées pour s'informer en général par ordre d'importance, par profil



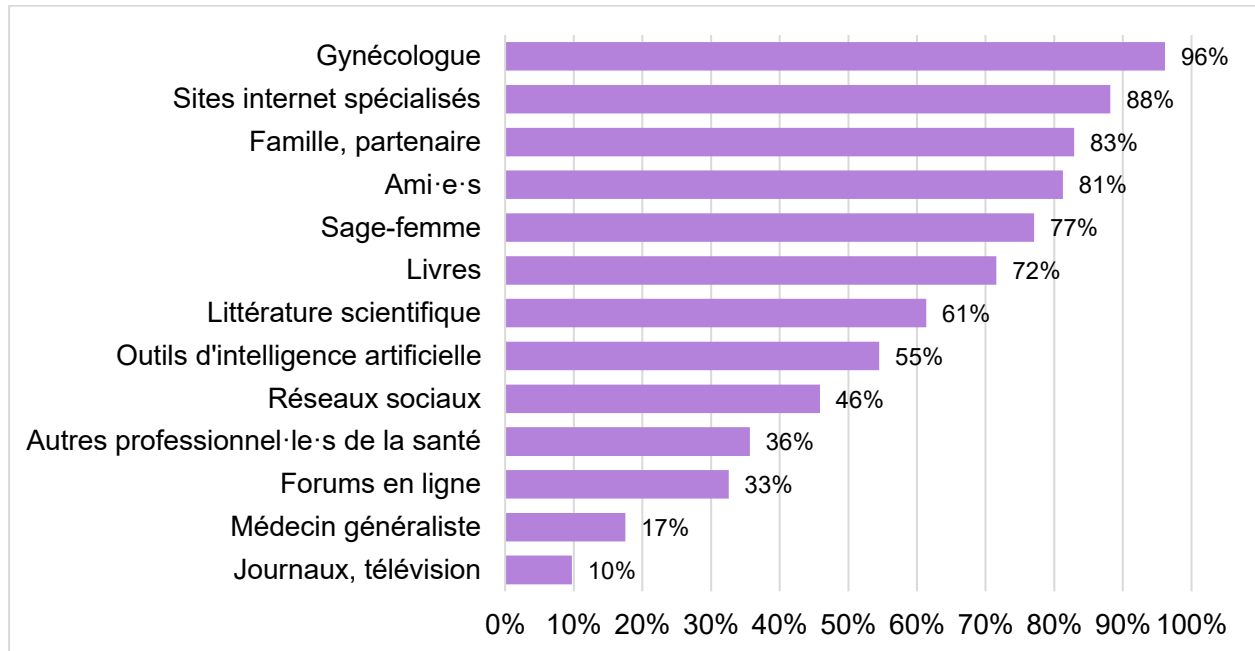
Note : Analyse effectuée uniquement sur les 5 catégories les plus fréquentes de la Figure 12.

### 3.5 Sources d'information pour des questions sur la grossesse

Un large éventail de sources d'informations sont consultées par au moins la moitié des participantes pour s'informer en cas de questions sur leur grossesse (Figure 14). Ces sources comprennent des professionnel-le-s de la santé (gynécologues et sage-femmes), des proches (famille, partenaire, ami·e·s), des ressources en ligne (sites internet spécialisés, outils d'intelligence artificielle) et des ressources littéraires (livres, littérature scientifique). Trois de ces différents types de ressources sont sollicités par au moins quatre femmes sur cinq, à savoir les

gynécologues (par 96% des répondantes), les sites internet spécialisés (88%), ainsi que la famille ou le partenaire et les ami·e·s (respectivement 83% et 81%). Les autres professionnel·le·s de la santé (qui incluent psychologues, ergothérapeutes, naturopathes), ainsi que les médecins généralistes, sont assez peu sollicité·e·s.

Figure 14 : Sources pour s'informer sur la grossesse

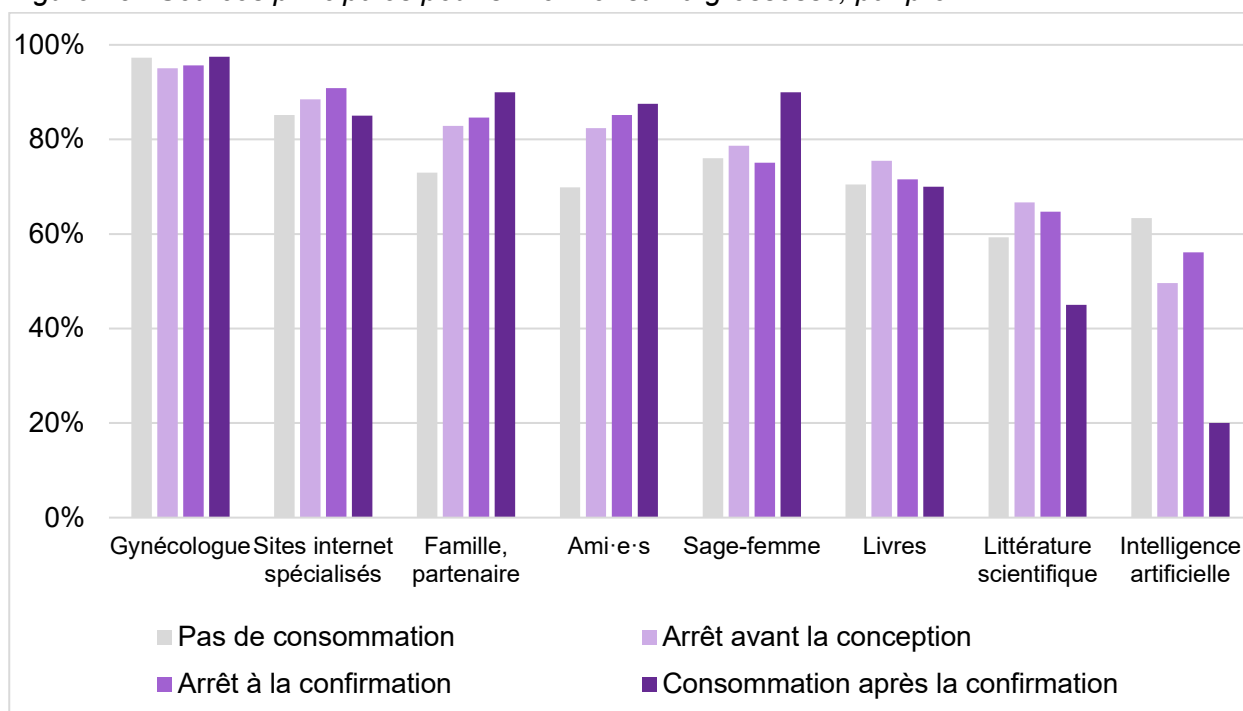


Au niveau des différences entre les profils (Figure 15), on observe un lien fort entre le recours à la famille et aux ami·e·s comme source d'information sur la grossesse et la consommation d'alcool pendant celle-ci (resp.  $\chi^2 = 11.3$ , ddl = 3,  $p = 0.010$  ;  $\chi^2 = 16.6$ , ddl = 3,  $p < .001$ ), un phénomène qui était également observé pour les sources d'information en général (Chapitre 3.4). A l'inverse, les femmes qui n'ont pas consommé d'alcool durant les trois mois avant la grossesse ont moins recours aux conseils de la famille et des ami·e·s. Il est fort possible que ces femmes se soient abstenues de consommer de l'alcool par conviction personnelle, sur conseil médical (p.ex. lors d'une procédure de procréation médicalement assistée (PMA)) ou parce qu'elles sont bien informées, ce qui pourrait diminuer l'influence potentielle de certains conseils erronés provenant de la famille ou d'amis.

Les participantes qui ont consommé de l'alcool après la confirmation de leur grossesse sont également plus nombreuses à s'adresser à des sage-femmes pour s'informer sur leur grossesse ( $\chi^2 = 4.0$ , ddl = 1,  $p = 0.047$ ). Il est possible que, pour ces femmes, les sage-femmes sont davantage considérées comme des confidentes et que le contact est plus facile qu'avec le ou la gynécologue. Elles sont également moins portées sur la littérature scientifique que les autres profils de femmes enceintes ( $\chi^2 = 5.9$ , ddl = 1,  $p = 0.015$ ).

On observe peu de différences entre les femmes qui ont arrêté de consommer de l'alcool avant la conception et celles qui ont arrêté dès la confirmation de la grossesse.

Figure 15 : Sources principales pour s'informer sur la grossesse, par profil



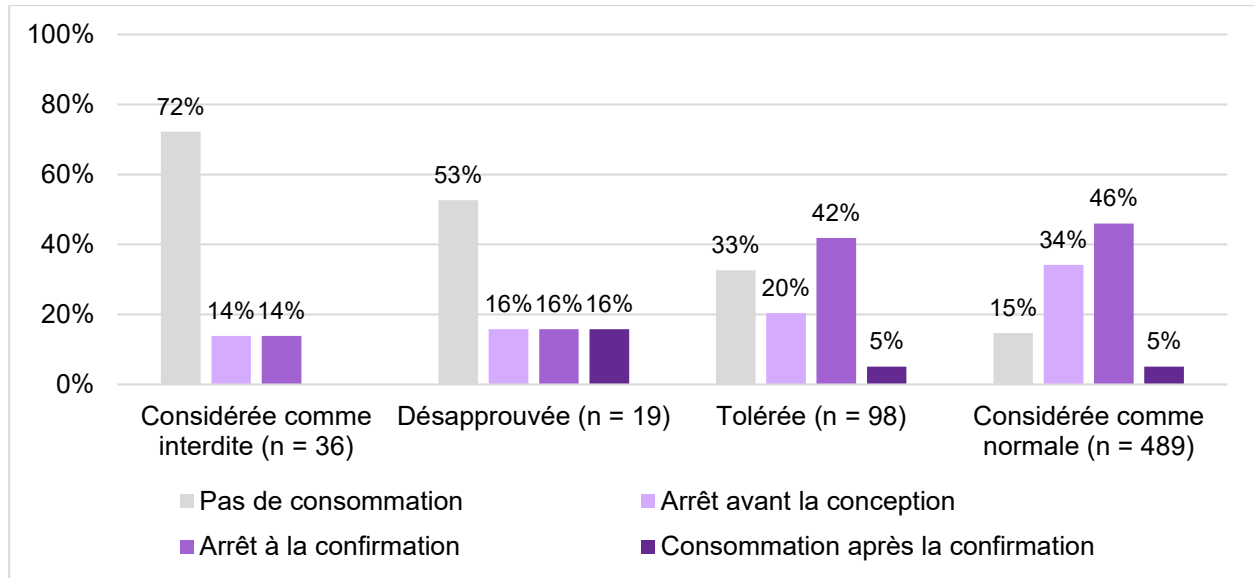
### 3.6 L'entourage

#### 3.6.1 Opinions de la famille et de l'entourage sur la consommation d'alcool en général

Sur l'ensemble des répondantes, environ trois quart (489 réponses sur 642 valides, soit 76.2%) disent que leur famille et leur entourage considèrent la consommation d'alcool comme normale, ce qui n'est pas une surprise vu la diffusion de la consommation d'alcool en Suisse. Malgré le fait que le nombre de réponses dans les autres catégories soit relativement faible, on observe néanmoins un lien significatif entre l'attitude de l'entourage et le type de profil de consommation des femmes enceintes ( $\chi^2 = 94.4$ , ddl = 9,  $p < 0.001$  ; Figure 16). Ainsi, plus de la moitié des participantes vivant dans un cadre familial qui considère la consommation d'alcool comme interdite (72%) ou la désapprouve (53%) n'en ont pas consommé avant et durant la grossesse. A l'inverse, seules 15% des femmes de familles qui considèrent la consommation d'alcool comme normale se sont totalement abstenues.

Les participantes qui ont consommé de l'alcool après la conception proviennent presque exclusivement de familles qui tolèrent la consommation d'alcool ou la considèrent comme normale. Près de trois quart (76%) des femmes ayant consommé de l'alcool après la confirmation de la grossesse, ainsi que 82% de celles ayant consommé entre la conception et la confirmation proviennent de familles dans lesquelles la consommation est considérée comme normale (Figure A3 en Annexe).

Figure 16 : Répartition des profils selon l'opinion de la famille et de l'entourage vis-à-vis de la consommation d'alcool en général



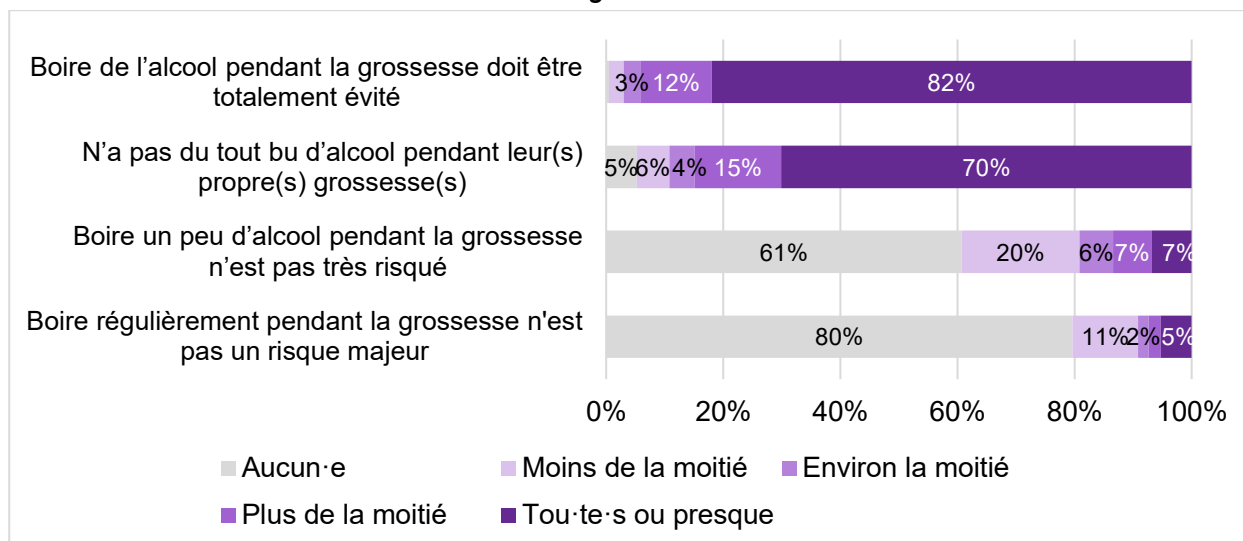
Note: Cette figure présente les mêmes résultats que la Figure A3 en Annexe, mais avec un croisement de catégories inversé.

### 3.6.2 Opinions et comportements de la famille et de l'entourage par rapport à la consommation d'alcool durant la grossesse

Sur l'ensemble des participantes, 82% estiment que tou·te·s ou presque tou·te·s leurs ami·e·s et connaissances pensent que boire de l'alcool pendant la grossesse doit être totalement évité (Figure 17). Par ailleurs, 70% estiment que toutes ou presque toutes leur amies et connaissances n'ont pas du tout consommé d'alcool durant leur grossesse (Figure 17).

Les participantes indiquent en outre qu'une minorité de leur ami·e·s et connaissances pensent que 'boire un peu d'alcool pendant la grossesse n'est pas risqué' (14%) ou que 'boire régulièrement pendant la grossesse n'est pas un risque majeur' (6%). Ces proportions correspondent aux résultats généraux sur les connaissances et croyances des femmes enceintes elles-mêmes, présentés au Chapitre 3.3.

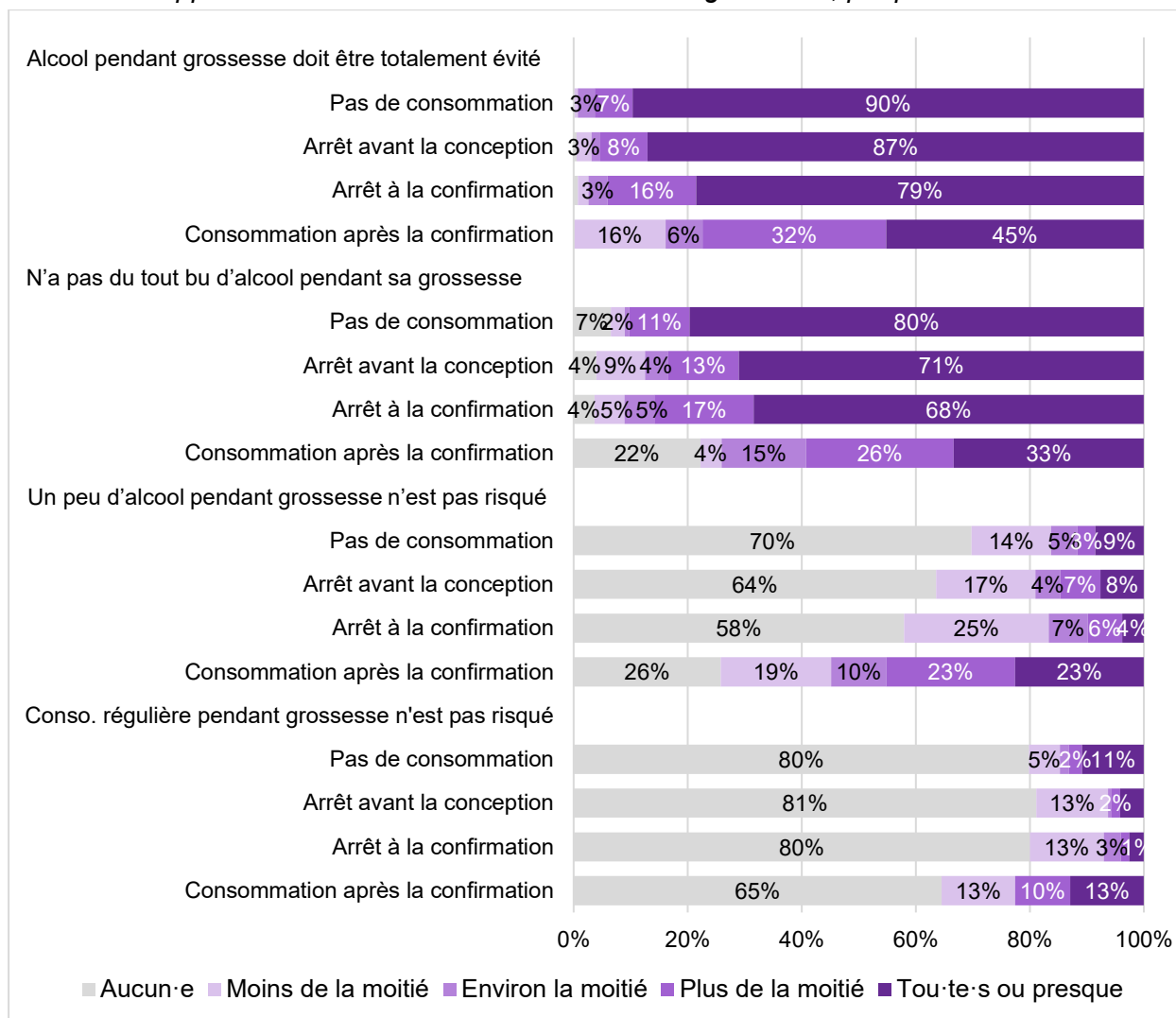
Figure 17 : Opinions et comportements des ami·e·s et connaissances par rapport à la consommation d'alcool durant la grossesse



Au niveau des différences entre les profils, les résultats suggèrent un contexte plutôt permissif, voire encourageant, vis-à-vis de la consommation d'alcool durant la grossesse parmi les participantes qui ont consommé de l'alcool après la confirmation de la grossesse (Figure 18). Par exemple, près de la moitié d'entre elles (46%) estiment que plus de la moitié de leurs ami·e·s et connaissances pense que 'boire un peu d'alcool pendant la grossesse n'est pas très risqué', contre au maximum 15% pour les autres profils ( $\chi^2 = 47.5$ , ddl = 12,  $p < 0.001$ ). De plus, 22% ont indiqué qu'aucune de leurs ami·e·s et connaissances n'a pas consommé d'alcool durant leur grossesse, contre au maximum 4% pour les deux autres profils de femmes ayant consommé jusqu'à la conception ou jusqu'à l'annonce de la grossesse ( $\chi^2 = 45.4$ , ddl = 12,  $p < 0.001$ ). Sachant que ces femmes ont aussi davantage tendance à se référer à leur entourage en cas de question sur la grossesse (Chapitre 3.5), il y a un risque de prendre exemple sur cet entourage ou de recevoir des conseils erronés.

Peu de différences sont en revanche à noter entre les trois autres profils de femmes enceintes.

Figure 18 : Perception des opinions et comportements des ami-e-s et connaissances par rapport à la consommation d'alcool durant la grossesse, par profil



### 3.6.3 Souhait de ne pas révéler la grossesse

Parmi les motifs pour lesquelles une personne boit de l'alcool durant la grossesse, l'item 'parce que vous ne vouliez pas encore dire que vous êtes enceinte' a été rajouté. Ce motif a été cité par 12% des femmes ayant consommé de l'alcool entre la conception et la confirmation de la grossesse et par un quart (25%) des femmes ayant consommé de l'alcool après la confirmation de leur grossesse.

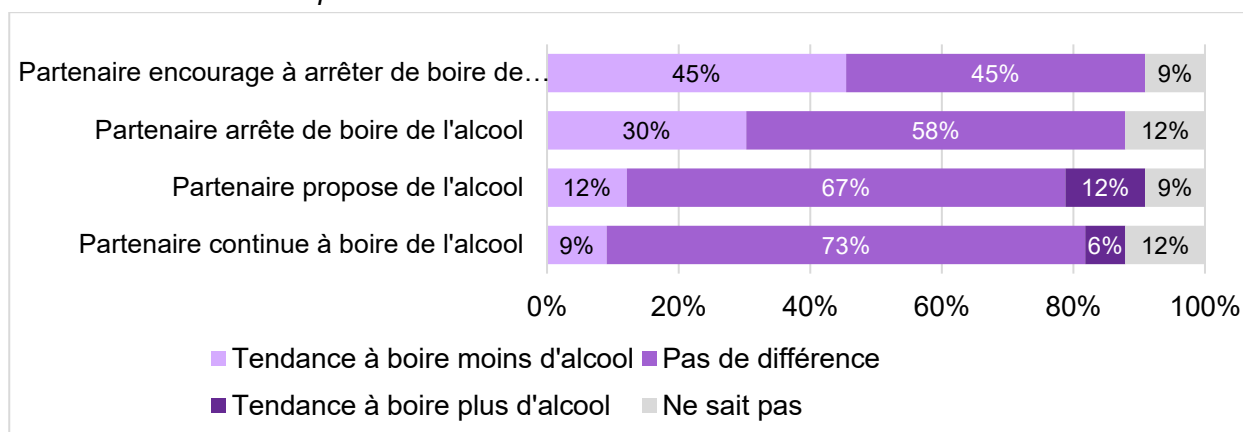
### 3.6.4 Influence de l'attitude du ou de la partenaire sur la consommation d'alcool durant la grossesse

Une série de questions a été posée uniquement aux femmes qui ont consommé de l'alcool après la confirmation de leur grossesse, afin d'évaluer l'impact potentiel de l'attitude de leur partenaire sur leur propre consommation d'alcool. Près de la moitié des femmes concernées (45%) ont indiqué qu'elles pensent qu'elles à consommeraient moins d'alcool si leur partenaire les

encourageait à arrêter, et près d'un tiers (30%) diminuerait aussi sa consommation si le partenaire arrêta de boire de l'alcool (Figure 19).

A l'inverse, 6% des participantes ayant consommé de l'alcool après la confirmation de la grossesse ont indiqué qu'elles auraient tendance à consommer plus d'alcool si leur partenaire continuait également à en boire et elles seraient même 12% à consommer plus d'alcool si leur partenaire leur en proposait.

Figure 19 : Changement de la consommation d'alcool durant la grossesse, en fonction de l'attitude du partenaire



### 3.7 Littératie en santé

Les femmes enceintes peuvent être confrontées à des informations peu claires ou erronées véhiculées par certains proches (Chapitre 3.6) ou en ligne (Notari et al., 2025). Leur capacité de s'informer auprès de sources fiables et d'en retirer du sens dépend en partie de leur niveau de littératie en santé. Celle-ci « englobe les connaissances, la motivation et les compétences des personnes pour accéder à l'information, la comprendre, l'évaluer et l'appliquer afin de se forger une opinion, de prendre des décisions en matière de soins de santé, de prévention des maladies et de promotion de la santé, ainsi que d'améliorer leur qualité de vie tout au long de leur existence » (Sørensen et al., 2012).

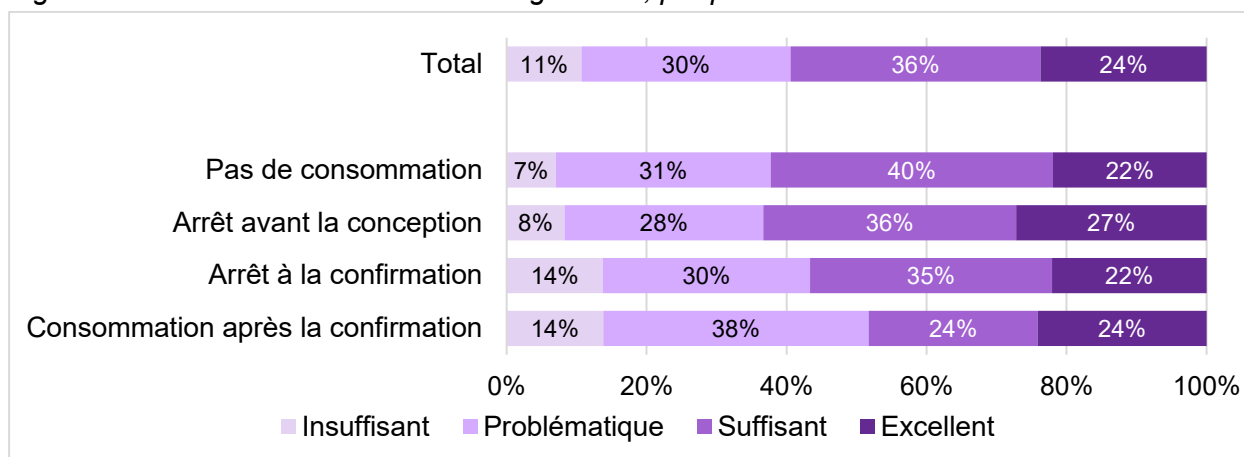
Dans le cadre de ce projet, deux échelles ont été utilisées pour mesurer la littératie en santé générale (HLS<sub>19</sub>-Q12) et la littératie en santé digitale (HLS<sub>19</sub>-DIGI) (De Gani et al., 2021; M-POHL, 2019). Les niveaux de littératie ont été évalués en utilisant la détermination officielle des seuils de l'échelle de littératie en santé générale (HLS<sub>19</sub>-Q12: M-POHL, 2019) selon la procédure suivante :

- Excellent : le nombre de réponses « très facile » doit être supérieur à la moitié des items, et le nombre de réponses « très difficile » + « difficile » ne doit pas dépasser un item.
- Suffisant : au moins 83% items doivent recevoir la réponse « très facile » ou « facile » et pas plus de 2 items doivent recevoir la réponse « très difficile » ou « difficile ».
- Problématique : tous les répondants qui ne font pas partie des groupes « excellent », « suffisant » ou « insuffisant » (c'est-à-dire une fois que les trois autres catégories ont été calculées)

- Insuffisant : le nombre de réponses « très difficile » + « difficile » doit être supérieur à la moitié des items, et le nombre de réponses « très facile » ne doit pas dépasser un item.

Le niveau de littératie en santé générale des participantes a été évalué comme étant 'suffisant' ou 'excellent' pour plus de la moitié d'entre elles (Figure 20). Alors que la différence entre les groupes n'est pas significative sur l'ensemble de l'échelle ( $\chi^2 = 8.7$ , ddl = 9,  $p = 0.468$ ), on observe toutefois une différence significative pour deux items de l'échelle. Dans les deux cas, les femmes ayant consommé de l'alcool après la confirmation de la grossesse sont plus nombreuses à trouver 'difficile', voire 'très difficile' de 'trouver des informations sur comment faire en cas de problèmes psychologiques (p.ex. stress, dépression)' ( $\chi^2 = 25.5$ , ddl = 9,  $p = 0.002$ ) et de 'comprendre les informations sur les dépistages et examens de santé recommandés (p.ex. dépistage du cancer du sein)' ( $\chi^2 = 27.8$ , ddl = 9,  $p = 0.001$ ).

Figure 20 : Niveau de littératie en santé générale, par profil

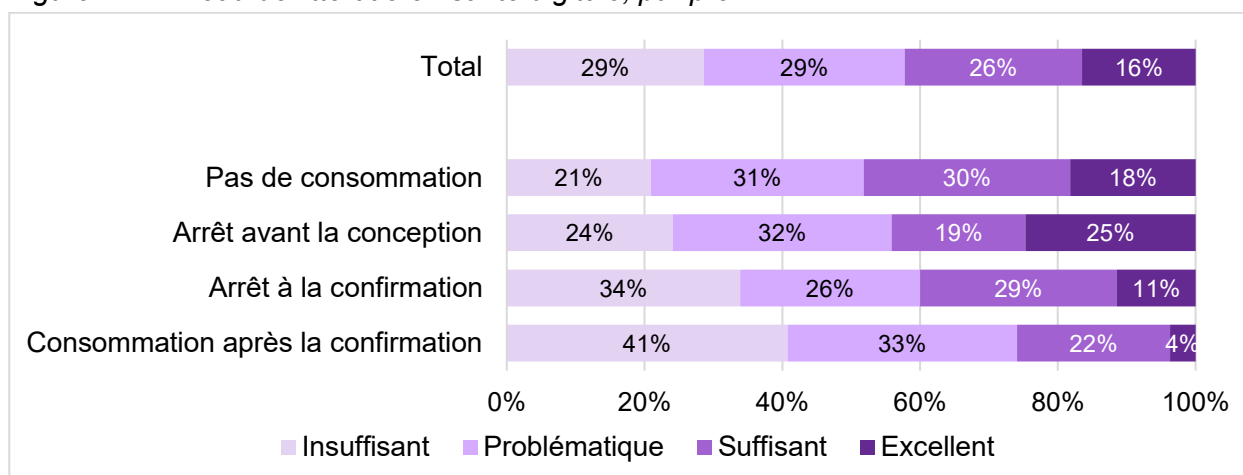


Note : Catégories déterminées selon les directives de l'échelle de littératie en santé générale (HLS19-Q12: M-POHL, 2019)

Le niveau de littératie en santé digitale des participantes a été évalué comme étant 'suffisant' ou 'excellent' pour 42% d'entre elles (Figure 21). Au niveau de différences entre les profils, les femmes ayant arrêté de consommer de l'alcool avant la conception sont plus nombreuses à avoir un niveau de littératie en santé digitale 'suffisant' ou 'excellent', alors que celles ayant consommé de l'alcool au début de la grossesse, et surtout celles ayant consommé après la confirmation de la grossesse sont significativement plus nombreuses à avoir un niveau de littératie qualifié d'insuffisant' ( $\chi^2 = 26.6$ , ddl = 9,  $p = 0.002$ ).

Cette différence entre les profils de consommation s'observe particulièrement sur trois items, mettant en évidence les éléments avec lesquels les femmes ayant consommé de l'alcool durant leur grossesse éprouvent le plus de difficulté. Il s'agit de difficultés à 'choisir les bons mots-clés pour trouver les informations' ( $\chi^2 = 23.7$ , ddl = 9,  $p = 0.005$ ), à 'savoir si vous pouvez faire confiance aux informations' ( $\chi^2 = 23.8$ , ddl = 9,  $p = 0.005$ ), et 'de savoir si les informations sont adaptées à vous' ( $\chi^2 = 31.2$ , ddl = 9,  $p < 0.001$ ). Pour les trois items, les femmes ayant arrêté de consommer de l'alcool avant la conception sont celles qui ont le plus haut taux de réponse 'très facile'.

Figure 21 : Niveau de littératie en santé digitale, par profil



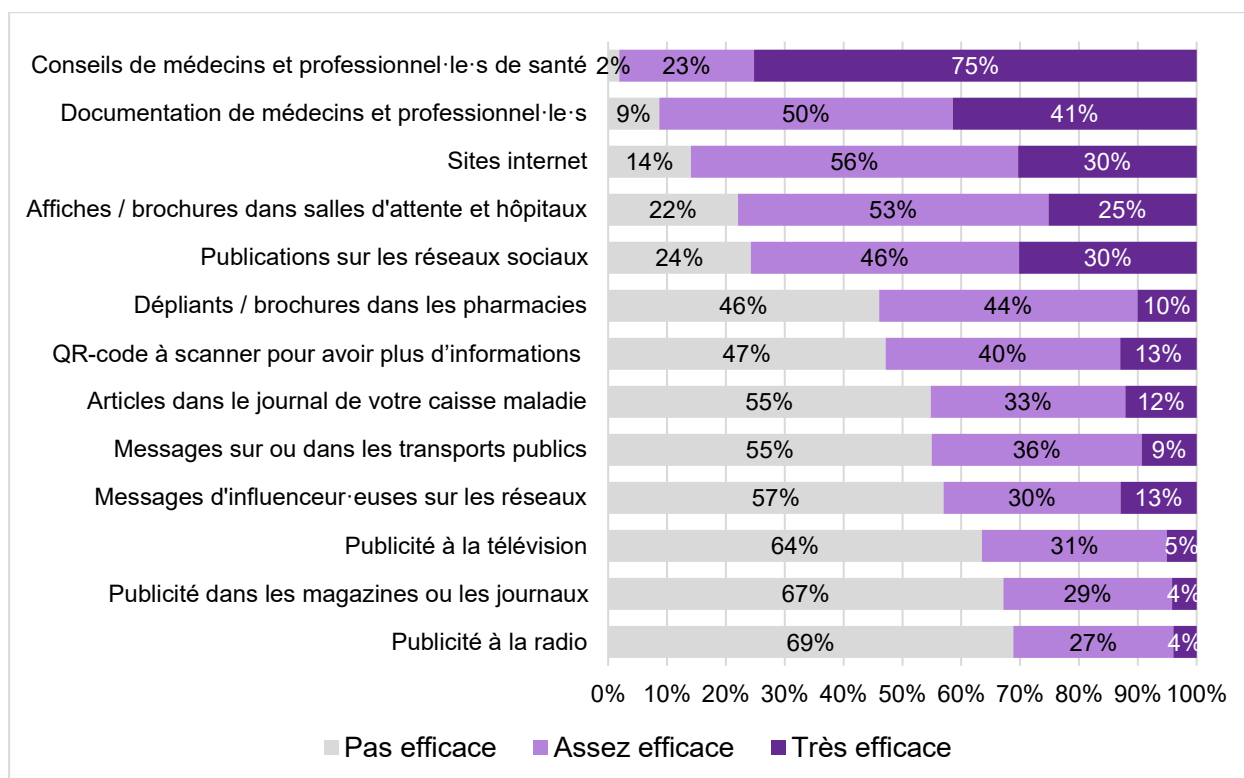
Note : Catégories déterminées selon les directives de l'échelle de littératie en santé générale (HLS19-Q12: M-POHL, 2019)

### 3.8 Moyens pour informer les femmes enceintes

A la question 'quels seraient les meilleurs moyens pour vous atteindre, si on voulait vous informer sur les comportements qui ont un effet négatif ou un effet positif sur la grossesse ?' 75% des participantes ont répondu que les conseils de médecins et d'autres professionnel·le·s de la santé seraient 'très efficaces' pour les atteindre (Figure 22). C'est le seul canal qui dépasse un taux de 'très efficace' de plus de 50%. Par ailleurs, près d'un tiers des participantes estiment que des dépliants ou brochures fournis par ces mêmes médecins et autres professionnel·le·s de la santé (41%), des sites internet (30%), et des publications sur les réseaux sociaux (30%) seraient également très efficaces pour les atteindre.

A l'inverse, les messages d'influenceurs et influenceuses sur les réseaux sociaux, la publicité dans les médias traditionnels ou le journal de la caisse maladie ne sont pas perçus comme étant des canaux efficaces pour informer sur les comportements qui ont un effet négatif ou positif sur la grossesse.

Figure 22 : Moyens d'atteindre les femmes enceintes pour informer sur la grossesse, par ordre d'efficacité



Les résultats ne montrent aucune différence significative entre les différents profils.

### 3.9 Synthèse des caractéristiques des quatre profils

Les résultats de ce chapitre ont mis en évidence de nombreuses différences entre les quatre profils. Si les deux premiers ont appliqué les préceptes du principe de précaution, deux autres sont concernés par une exposition prénatale à l'alcool, soit 43.3% des répondantes ayant consommé de l'alcool entre la conception et la confirmation de la grossesse et 5.8% en ayant consommé après la confirmation. La suite de ce chapitre résume les caractéristiques principales liées à chacun des profils.

#### **Profil 1 : Aucune consommation d'alcool, y compris durant les trois mois avant la grossesse**

Parmi les femmes enceintes ayant réussi à appliquer le principe de précaution, un premier groupe se compose des femmes n'ayant pas consommé d'alcool du tout au cours des trois mois avant la grossesse. Elles représentent 21.6% des répondantes à cette enquête. En comparaison avec les autres profils, on peut observer que les femmes de 40 ans et plus, ainsi que celles ayant eu la confirmation de leur grossesse avant-même le retard de règle (soit moins de 13 jours après la conception) y sont sur-représentées. Ces résultats suggèrent que ce groupe se compose en partie de femmes dont la chance de tomber enceinte est réduite ou dont la grossesse est considérée « à risque » parce qu'elles ont plus de 40 ans. Elles font probablement l'objet d'un suivi médical plus intensif que les femmes plus jeunes et savent peut-être que l'alcool a un effet

négatif sur la fertilité et augmente le risque de fausse couche (Sundermann et al., 2019, 2021), et mettent ainsi toutes les chances de leur côté pour concrétiser leur projet de maternité. Les commentaires spontanés en fin de questionnaire montrent aussi que certaines suivent un programme de procréation médicalement assistée. On peut en outre noter dans ce groupe une plus grande proportion de femmes nées à l'étranger, ainsi que des personnes décrivant que la consommation d'alcool est considérée interdite ou désapprouvée par leur entourage.

### **Profil 2 : Arrêt de la consommation d'alcool avant la conception**

Le second groupe de femmes enceintes ayant appliqué le principe de précaution se compose des celles ayant consommé de l'alcool durant les trois mois avant la grossesse, mais qui ont arrêté avant la conception. Elles représentent 29.3% des répondantes à cette enquête. En comparaison avec les autres profils de participantes, les personnes de ce groupe se caractérisent par un plus haut niveau de littératie en santé générale et digitale, une plus forte tendance à lire des livres et de la littérature scientifique pour se renseigner sur la grossesse, une proportion plus élevée de premières grossesses et de grossesses planifiées, ainsi qu'une légère sur-représentation parmi les 35 à 39 ans. Lors des entretiens, elles témoignaient avoir investi de l'énergie et du temps pour rechercher des informations fiables et développer un savoir spécifique sur les risques et conséquences de certains comportements sur leur grossesse. Les femmes de ce groupe apparaissent comme étant celles qui se sont le plus en contrôle de leur grossesse et capables de mettre la priorité sur la protection du fœtus.

### **Profil 3 : Consommation d'alcool entre la conception et la confirmation de la grossesse**

Regroupant 43% des répondantes, le groupe des femmes ayant consommé de l'alcool entre la conception et la confirmation de la grossesse est le plus important dans cette enquête. En comparaison des autres profils de participantes, les personnes de ce groupe se caractérisent par une sur-représentation de femmes relativement jeunes, romandes, et ayant une formation de niveau supérieur. Elles sont également sur-représentées parmi les 16% de femmes déclarant que leur grossesse n'était pas planifiée. Par ailleurs, les résultats montrent qu'elles ont déjà diminué leur fréquence de consommation d'alcool après la conception et que plus de la moitié ont arrêté la consommation ponctuelle à risque (soit 4 verres standards ou plus par occasion).

Les personnes avec ce profil semblent ainsi avoir connaissance du principe de précaution mais ne l'ont appliqué pleinement qu'après la confirmation de la grossesse. En comparaison des femmes ayant arrêté avant la conception, elles étaient probablement moins renseignées ou avancées dans la préparation de leur projet de grossesse, ou elles ont peut-être attendu de nombreux mois pour tomber enceintes et n'ont pas voulu trop changer leurs habitudes durant cette période d'attente.

Il est également possible que certaines considèrent qu'une grossesse ne commence qu'au moment du test de grossesse positif. A ce propos, il est d'ailleurs intéressant de constater que 11 personnes de ce groupe ont signalé comme commentaire en fin de questionnaire qu'il y avait une erreur dans la logique de filtrage des questions, car elles avaient dû répondre à une série de questions sur l'alcool durant la grossesse bien qu'elles n'en aient pas consommé depuis sa confirmation. Elles avaient néanmoins toutes répondu avoir consommé de l'alcool entre la conception et la confirmation.

## Profil 4 : Consommation d'alcool après la confirmation de la grossesse

Le dernier groupe de femmes enceintes, qui comprend celles qui rapportent avoir consommé de l'alcool après la confirmation de leur grossesse, est le plus petit (5.8% des participantes) et celui chez qui les futurs enfants sont les plus à risque. En comparaison avec les autres, ces femmes ont généralement un niveau de formation inférieur et sont plus nombreuses à avoir un niveau de littératie en santé digitale qualifié d'insuffisant, ce qui peut limiter leur accès et leur capacité à évaluer les informations. Elles se distinguent également par un recours accru à leur entourage (familles et ami·e·s) en cas de questions sur la grossesse, tout en indiquant que cet entourage a généralement une opinion plutôt favorable vis-à-vis de la consommation d'alcool durant la grossesse.

On observe également au sein de ce groupe un taux particulièrement élevé de croyances erronées, notamment 40% des participantes qui estiment qu'un verre de temps en temps n'est pas dangereux pour l'enfant à naître et 30% qui estiment que certains types d'alcool sont moins dangereux que d'autres. Elles étaient également 25% à en avoir consommé pour ne pas révéler qu'elles étaient enceintes. Enfin, elles étaient 35% à penser que la mesure la plus importante à faire pour qu'un bébé naisse en bonne santé est d'éviter de fumer et 20% d'éviter les situations stressantes. On peut toutefois remarquer que, pour la majorité d'entre elles, la consommation d'alcool a sensiblement diminué après la confirmation de la grossesse, notamment en termes de fréquence de consommation et de nombre maximal de boissons par occasion.

### 3.10 Entretiens d'approfondissement

Ce chapitre présente les messages-clés provenant des cinq participantes ayant participé à un entretien d'approfondissement. Ces entretiens visaient à préciser et à faire ressortir des pistes d'explication sur différentes thématiques émergeant de l'enquête. Lors des entretiens, six thèmes ont été abordés successivement et les réponses des cinq participantes ont été regroupées pour une analyse thématique visant à faire ressortir les points de convergence.

#### 3.10.1 Thème 1 : Accès à l'information sur les risques pendant la grossesse

Formulation de la question durant l'entretien : « *Avez-vous l'impression d'être suffisamment soutenue et informée sur les risques pour vous et votre bébé durant la grossesse ?* »

#### Connaissances au début de la grossesse

Les cinq participantes n'ont pas la même expérience en matière d'acquisition de connaissances avant et durant la grossesse. Deux d'entre-elles disent avoir été livrées à elles-mêmes pour trouver les informations essentielles, parfois avec un sentiment d'insécurité ou de solitude. Elles estiment avoir manqué de soutien médical, en particulier au début de la grossesse, et regrettent que leur gynécologue se soit surtout limité·e aux aspects techniques sans donner suffisamment d'explications pratiques. Les trois autres, en revanche, se considèrent suffisamment informées, soit grâce à leur formation professionnelle dans le domaine de la santé, soit grâce à un suivi médical spécialisé (par exemple en clinique de fertilité). Pour elles, les informations de base sur les risques (alcool, tabac, listériose, médicaments) étaient déjà connues ou ont été bien transmises.

## Sources d'information consultées

Internet est la ressource la plus fréquemment citée, mais il est abordé avec prudence : si certaines participantes y ont trouvé des réponses rapides, toutes reconnaissent la difficulté de trier les informations fiables des conseils douteux. Des sites spécialisés comme [swissmom.ch](http://swissmom.ch) ou les pages de l'OFSP sont perçus comme des références crédibles, mais le second est trop technique et pas assez vulgarisé. Les proches jouent aussi un rôle important : les femmes se tournent vers leurs amies, collègues ou des membres de la famille ayant une expertise (par ex. sage-femme). Les médecins spécialistes consulté·e·s pour d'autres problèmes de santé (dermatologue, rhumatologue) fournissent parfois des conseils utiles liés à la grossesse. En revanche, les informations transmises par les influenceurs et influenceuses sur les réseaux sociaux sont jugées peu fiables, car perçues comme biaisées par des partenariats commerciaux.

## Types d'informations recherchées

Les besoins en information des cinq femmes interrogées se concentrent sur des aspects très concrets de la vie quotidienne. L'alimentation est une préoccupation centrale : quels fromages ou charcuteries sont à éviter ? Est-ce que tout l'alcool s'évapore à la cuisson ? Les bières avec 0% d'alcool sont-elles sûres ? Les participantes cherchent aussi à comprendre comment gérer leurs symptômes (nausées, fatigue, tension) et à savoir quels médicaments sont compatibles avec la grossesse. Certaines ont ainsi pris connaissance de risques dans des domaines assez pointus, comme les cosmétiques ou les crèmes solaires. Globalement, elles expriment le besoin d'accéder à des informations précises, détaillées et validées scientifiquement.

## Attentes et critiques

Un point commun évoqué est la volonté de comprendre le *pourquoi* des recommandations. Les participantes ne veulent pas seulement connaître les interdits, mais pouvoir comprendre les explications scientifiques sur lesquels ils reposent et le niveau réel de risques encourus. L'absence d'information en amont du premier rendez-vous médical est aussi évoquée : la période d'environ six semaines jusqu'au premier rendez-vous gynécologique est vécue comme un « trou d'information », d'autant plus que certaines femmes choisissent pour différentes raisons de ne pas encore faire part de leur grossesse à leur entourage, ce qui augmente la charge de devoir tout apprendre par soi-même.

## Pistes d'amélioration

Les participantes suggèrent plusieurs voies pour améliorer l'accès à l'information. Premièrement, il faudrait proposer un accompagnement plus précoce, dès les premières semaines de grossesse. Elles soutiennent également la création des supports adaptés à différents publics : des publications sur les réseaux sociaux par des acteurs institutionnels reconnus et des outils numériques plus interactifs pour remplacer ou compléter les brochures classiques. La fiabilité et la clarté doivent être validées par des institutions reconnues (OFSP, associations professionnelles). Enfin, toutes insistent sur l'importance d'une communication pédagogique et transparente, permettant aux futures mères de se sentir actrices de leur santé plutôt que simples exécutantes de directives.

### 3.10.2 Thème 2 : Moyens pour informer les femmes au début du projet de grossesse

Formulation de la question durant l'entretien : « *Quelles seraient les meilleures manières, ou les meilleures personnes, pour informer les futures mères avant ou au début de leur projet de grossesse ?* »

#### **Le rôle essentiel du ou de la gynécologue**

Les femmes interrogées indiquent que la consultation gynécologique est un moment-clé pour transmettre des informations fiables, personnalisées et approfondies. Plusieurs estiment que les gynécologues devraient aborder plus systématiquement la question des risques et des bonnes pratiques dès qu'une patiente exprime le souhait d'avoir un enfant, voire en amont. Certaines regrettent que l'information ne soit donnée qu'à la première consultation de suivi de grossesse, souvent tardive (parfois au-delà de six semaines), laissant un vide durant les toutes premières semaines, période pourtant décisive pour le développement du fœtus. Dans cette optique, certaines suggèrent que les gynécologues remettent des brochures, envoient des documents par email ou proposent un « package » d'informations couvrant les points essentiels, et ce dès le projet de conception.

La pharmacie est également citée comme un lieu d'information pertinent. La remise d'une brochure ou d'un dépliant pratique lors de l'achat d'acide folique pourrait constituer un moyen discret et efficace d'atteindre les femmes au bon moment.

#### **Les outils numériques**

Les outils numériques sont dorénavant incontournables. Certaines femmes utilisent déjà des applications de suivi de cycle ou de grossesse (Flo, Babysoon, Preglife) et souhaitent que ces outils intègrent un module spécifique dédié à la préparation à la grossesse. Ces apps sont vues comme accessibles, pratiques et adaptées aux usages quotidiens des jeunes femmes. Les réseaux sociaux sont également perçus comme inévitables, car leurs algorithmes identifient très vite les recherches ou comportements liés au désir de maternité. Les participantes y voient un canal efficace pour atteindre les femmes qui envisagent une grossesse ou qui viennent de concevoir, même si certaines expriment une inquiétude face au caractère intrusif de ce ciblage. Dans ce contexte, la légitimité de la source d'information est jugée essentielle : un message émanant de sage-femmes, de [swissmom.ch](http://swissmom.ch), de l'OFSP ou d'associations reconnues comme Addiction Suisse sera pris au sérieux, alors qu'un contenu venant de plateformes généralistes ou d'influenceurs inspire beaucoup moins de confiance.

#### **Les documents écrits**

Les supports traditionnels comme les magazines ou brochures sont jugés de manière critique car ils sont démodés, trop longs et peu adaptés aux habitudes actuelles de recherche d'information. Certaines participantes leur voient toutefois une utilité s'ils sont remis dans un cadre précis (cabinet médical, pharmacie), en particulier sur les sujets sensibles qu'elles n'osent pas forcément aborder directement avec leur gynécologue par crainte d'être jugées.

### 3.10.3 Thème 3 : Influence de l'entourage

Formulation de la question durant l'entretien : « *Avez-vous vécu des situations où vous avez eu l'impression que votre entourage (famille, amis, amies, collègues) vous incitait à ne pas respecter vos limites ?* »

#### **Diversité de vécus**

Les témoignages des participantes montrent une diversité d'attitudes de l'entourage par rapport à la consommation d'alcool et de tabac durant la grossesse. Deux femmes déclarent n'avoir jamais ressenti de pression de la part de leur famille ou de leurs proches. Elles soulignent que leur entourage respecte leurs choix et qu'aucune incitation malveillante ou mal avisée n'a été exercée. À l'inverse, trois participantes rapportent des situations où elles ont senti une pression implicite ou explicite. Certain·e·s collègues ou ami·e·s ont fait des remarques du type « un verre, ça va », « un petit verre, ce n'est pas grave » ou ont questionné leur volonté de ne pas consommer d'alcool. Ces sollicitations peuvent créer une gêne, forcer à se justifier ou générer un débat non sollicité.

#### **Résister à une culture de la consommation d'alcool**

Les femmes insistent sur l'importance d'avoir une forte personnalité pour résister aux pressions. L'alcool étant intégré dans de nombreux contextes sociaux et professionnels, refuser de boire de l'alcool peut nécessiter des justifications répétées, créant un stress supplémentaire pour la femme enceinte. Cette pression n'est pas uniquement circonscrite à la grossesse : elle reflète une culture sociale largement tolérante envers la consommation d'alcool, dans laquelle la sobriété peut être perçue comme excessive ou contraignante.

### 3.10.4 Thème 4 : Différences perçues avec les générations précédentes

Formulation de la question durant l'entretien : « *Percevez-vous une différence par rapport aux générations précédentes (par exemple, vos parents, vos grands-parents) ?* »

#### **Ecart et incompréhension entre générations**

Les participantes soulignent unanimement un écart important entre leur génération et celle de leurs parents ou grands-parents dans la manière d'aborder la grossesse et ses risques. Cet écart se manifeste à la fois dans les comportements quotidiens, les normes sociales et l'accès à l'information.

#### **Baisse du niveau de tolérance**

Plusieurs participantes ont le sentiment que les générations précédentes avaient une tolérance beaucoup plus élevée vis-à-vis de la consommation d'alcool et de tabac pendant la grossesse. Une participante raconte que ses grands-parents continuent, encore aujourd'hui, à lui proposer un verre même alors qu'elle est très avancée dans sa grossesse. De la même manière, exposer son entourage à la fumée passive n'était pas perçu comme dangereux : on fumait donc à côté des femmes enceintes. Une participante évoque la situation actuelle avec sa propre mère, qui

continue à fumer à proximité et considère exagéré le fait de devoir s'éloigner. Ces attitudes révèlent une différence générationnelle dans la perception des risques liés à la grossesse, mais aussi une forme d'incompréhension intergénérationnelle.

### **Persistance des croyances**

Les cinq participantes soulignent unanimement un écart important entre leur génération et celle de leurs parents ou grands-parents dans la manière d'aborder la grossesse et ses risques. Elles estiment que leur génération est globalement mieux informée et moins encline à prendre des risques. Certaines remarques montrent la difficulté des générations précédentes à reconnaître la raison d'être des précautions prises par les participantes : « Ah, tout ce à quoi vous devez faire attention aujourd'hui quand vous êtes enceintes » ; « Avant, c'était différent, mais les enfants étaient quand même en bonne santé ».

#### *3.10.5 Thème 5 : Arrêt de la consommation d'alcool avant de tomber enceinte*

Formulation de la question durant l'entretien : « *Beaucoup de femmes attendent la confirmation de leur grossesse (par exemple, un test de grossesse positif) avant d'arrêter de boire de l'alcool. D'après votre expérience ou celle de vos amies, pourquoi ne renonce-t-on pas à l'alcool dès la conception ?* »

### **Une période d'attente indéterminée**

La première raison évoquée est la difficulté à tomber enceinte. Pour beaucoup de femmes, il est possible d'arrêter de manière préventive pendant les trois ou quatre premiers mois d'essai. Cependant, pour celles qui mettent plus longtemps à tomber enceinte, renoncer à l'alcool prématurément est parfois perçu comme « s'arrêter de vivre ». Cela crée une pression et un stress supplémentaires qui peuvent rendre la conception plus difficile.

Les participantes mettent aussi en avant l'aspect émotionnel et de protection personnelle. Arrêter l'alcool prématurément pourrait impliquer de se comporter comme si la grossesse était déjà effective, ce qui peut être difficile à accepter émotionnellement, surtout après des mois d'essais infructueux. Il s'agit alors d'une forme d'autoprotection pour réduire la déception en cas d'échec.

### **Retarder les privations**

Les participantes insistent également sur la dimension des privations : la période de grossesse est vécue comme un moment où l'on doit renoncer à de nombreux plaisirs, ce qui peut être difficile à accepter. L'arrêt, par précaution, de l'alcool et de certains aliments peut allonger considérablement cette période de renoncements, rendant la période avant la conception inutilement pénible.

### **Continuer une vie sociale normale**

La notion de plaisir joue également un rôle dans la décision de continuer à consommer de l'alcool avant la confirmation de grossesse. Certaines femmes maintiennent une consommation occasionnelle (« une petite bière de temps en temps ») pour « préserver » leur vie sociale et le

plaisir associé aux sorties ou aux rencontres, particulièrement dans les premiers mois où la grossesse n'est pas encore visible.

### **Préserver le secret**

L'alcool étant fortement intégré à la vie sociale en Suisse, l'arrêt précoce est décrit comme difficile, voire problématique dans certains contextes professionnels ou amicaux. Certaines participantes ont ainsi préféré renoncer à participer à certaines sorties, notamment professionnelles, pour ne pas devoir révéler leur projet de grossesse.

L'arrêt de la consommation d'alcool peut aussi être problématique en famille, car il est souvent interprété par l'entourage comme le signe d'une grossesse en cours. Cette attitude des proches ajoute une charge émotionnelle en cas de fausse couche car, en plus de gérer la déception en couple, il faudra aussi en informer les proches.

#### *3.10.6 Thème 6 : Implication des partenaires*

Formulation de la question durant l'entretien : « *Comment impliquer davantage les partenaires dans la protection de la santé des femmes enceintes et des bébés ?* »

### **Participer aux consultations médicales**

Les participantes ressentent que la responsabilité de protéger la santé du fœtus pendant la grossesse repose majoritairement sur elles, ce qui peut générer un sentiment de solitude ou de charge inégale. Pour impliquer les partenaires, la présence aux consultations gynécologiques est jugée essentielle, non seulement pour partager l'expérience avec la mère, mais aussi parce que les pères ont des questions qui diffèrent de celles des femmes. Les cours de préparation à l'accouchement ou l'haptonomie sont également identifiés comme des moments clés pour favoriser leur participation active et leur compréhension des enjeux.

### **Partager le principe de précaution**

Certaines participantes soulignent que l'implication de leur partenaire s'observe dans certaines pratiques au quotidien : leur partenaire s'occupe par exemple des courses en tenant compte des restrictions alimentaires et se renseigne sur ce qui est autorisé ou non.

Questionnées sur l'impact d'une réduction hypothétique de consommation d'alcool de leur partenaire, les participantes y auraient été favorables. Bien qu'aucune ne l'ait demandé dans le cadre de sa grossesse, elles estiment que si les partenaires diminuaient ou arrêtaient de boire de l'alcool, cela faciliterait l'abstinence des mères et montrerait en outre un engagement symbolique dans le projet commun. Par ailleurs, une participante en fin de grossesse mentionne que la consommation de son partenaire l'inquiète et la stresse car elle se demande ce qui se passerait si le travail se mettait en route et que son partenaire n'était pas sobre.

### **Eduquer les partenaires**

Les participantes insistent sur l'importance que les partenaires soient attentifs à leurs conjointes et commencent à se renseigner dès qu'elles essaient de tomber enceintes. Pour améliorer

l'implication des partenaires, elles proposent des supports adaptés et ciblés, tels que des livres sur la paternité, qui ne se limitent pas à de simples brochures remises par leurs femmes. Les applications existantes permettent d'adresser des messages courts et pertinents au partenaire, semaine par semaine, et d'inclure des conseils sur l'alcool ou d'autres comportements de santé.

## 4 Résultats de l'enquête auprès des partenaires

L'enquête auprès des partenaires a été lancée en parallèle de l'enquête auprès des femmes enceintes sans objectif spécifique en termes de nombre de réponses.

Pour le recrutement, nous avons utilisé le dos des flyers pour les femmes enceintes pour faire connaître l'enquête auprès de leurs partenaires (cf. Chapitre 2.2) et comptions sur la recommandation de certaines participantes après avoir rempli leur propre questionnaire. Des annonces ont également été publiées pendant une semaine sur Instagram et Facebook, mais aucun usager n'a rempli de questionnaire par ce biais.

Il s'agit donc d'un échantillon de convenance de partenaires probablement très motivé·e·s par le projet de grossesse et qui n'a aucune prétention de représentativité. Les résultats apportent néanmoins des éclairages sur la perception du rôle des partenaires vis-à-vis de la consommation d'alcool durant la grossesse et offrent des pistes précieuses pour mieux les impliquer dans ce 'projet de couple'.

### 4.1 Description de l'échantillon

Entre novembre 2024 et août 2025, 50 personnes ont ouvert le questionnaire et indiqué être le ou la partenaire d'une femme enceinte et vouloir y répondre (Figure 2). Parmi eux, 16 n'ont rempli que les questions relatives aux caractéristiques démographiques et à la grossesse, laissant un échantillon final de 34 personnes ayant au moins complété la section relative aux savoirs et croyances sur les comportements à risque durant la grossesse. La durée médiane de remplissage du questionnaire complet était de 18 minutes (percentile 25 = 13.2 min ; percentile 75 = 28.5 min).

Deux partenaires étaient des femmes et 32 étaient des hommes. L'âge moyen était de 34.6 ans (min = 21, max = 55, écart-type (ET) = 5.9 ; Figure A1 en Annexes) et 19 habitaient en Suisse romande, 12 en Suisse allemande et 3 en Suisse italienne. Leurs conjointes en étaient en moyenne à leur 20<sup>ème</sup> semaine de grossesse lors remplissage du questionnaire (min = 5 ; max = 40 ; ET = 10.5) et ont eu la confirmation qu'elles étaient enceintes après 27 jours en moyenne (min = 5 ; max = 135). Il s'agissait de la première grossesse pour 5 conjointes sur 6.

### 4.2 Consommation d'alcool avant et durant la grossesse

Huit partenaires sur dix ont consommé de l'alcool durant les trois mois avant la grossesse à une fréquence moyenne de 4.7 occasions par mois (Table 3). Les partenaires étaient un peu moins nombreux·ses à consommer de l'alcool durant la grossesse, mais avec une fréquence quasiment identique. Un peu moins de la moitié avait eu au moins un épisode de consommation ponctuelle à risque (cinq verres standard ou plus en une occasion) avant la grossesse avec une fréquence moyenne de 2.6 occasions par mois. La fréquence de consommation épisodique à risque a cependant diminué après la confirmation de la grossesse.

Table 3 : Habitudes de consommation des partenaires avant et pendant la grossesse (n = 31)

	Trois mois avant la grossesse	Depuis la confirmation de la grossesse
<b>Consommation en général</b>		
Prévalence	84%	68%
Fréquence mensuelle (moyenne (ET))	4.7 (5.3)	4.1 (3.1)
<b>Consommation ponctuelle à risque (5 verres ou plus en une occasion)</b>		
Prévalence	45%	36%
Fréquence mensuelle (moyenne (ET))	2.6 (3.3)	1.2 (0.8)

Note : ET = écart-type.

Le questionnaire des partenaires comprenait également des questions sur la consommation d'alcool des femmes enceintes. Selon leurs réponses, environ un tiers des compagnes n'avait pas consommé d'alcool avant la grossesse, la moitié en avait consommé entre la conception et la confirmation de la grossesse et un sur dix en avait consommé après la confirmation de la grossesse, soit des proportions légèrement plus élevées de ceux de l'échantillon de femmes enceintes (Chapitre 3.1). Parmi celles qui ont consommé après la confirmation de la grossesse, les partenaires indiquaient qu'elles l'avaient fait deux à trois fois par mois en moyenne, alors que la plupart des femmes enceintes indiquaient l'avoir fait moins fréquemment (moins d'une fois par mois).

#### 4.3 Mesures prioritaires pour la protection de la santé du bébé

Comme pour les femmes enceintes (Chapitre 3.2), plus de la moitié des partenaires considèrent que '*éviter de boire de l'alcool*', '*éviter de fumer*' et '*éviter certains aliments (tels que salades, charcuterie, sushis, fromages)*' font partie des cinq choses les plus importantes à faire pendant la grossesse pour qu'un bébé naisse en bonne santé (Table 4). Les deux premières mesures ont même été citées par plus de neuf partenaires sur dix, et l'item le plus cité comme priorité numéro 1 est d'éviter de fumer.

Les mesures telles que '*éviter les situations stressantes*' et '*avoir une activité physique régulière*' et '*éviter le contact avec la caisse à chat*' ont été mentionnées par près de la moitié des partenaires, mais rarement comme priorité numéro 1.

Table 4 : Mesures jugées prioritaires pour qu'un bébé naisse en bonne santé, selon les partenaires (n = 34)

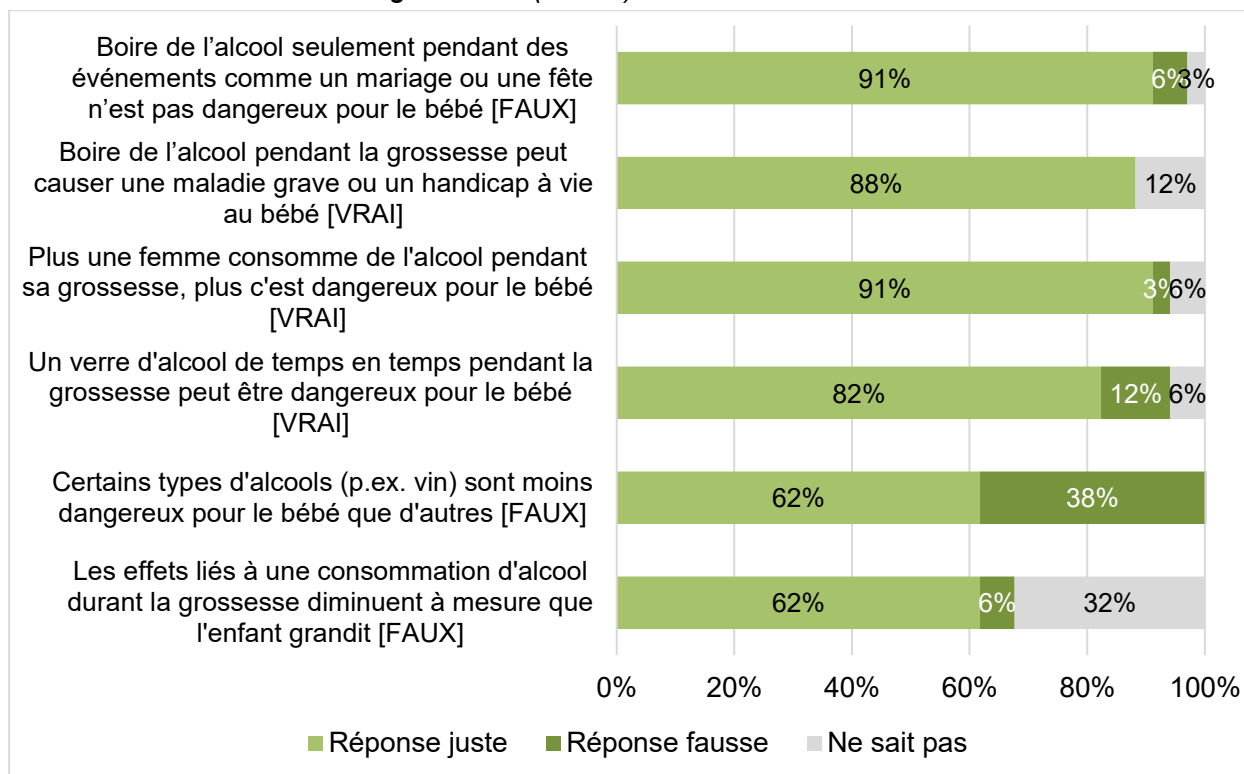
	Priorité #1	Dans le top 5
	n	n
Eviter de boire de l'alcool	12	32
Eviter de fumer	16	32
Eviter certains aliments (p.ex. salades, charcuterie, sushis, fromages)	2	27
Prendre des compléments alimentaires pour la grossesse	1	6
Eviter les situations stressantes	2	16
Avoir une activité physique régulière	1	19
Eviter le contact avec la caisse à chat	0	10
Eviter les cosmétiques contenant du Rétinol	0	1
Limiter la consommation de café	0	10
Limiter la consommation de sucre	0	5
Eviter certaines huiles essentielles	0	4

Note : Ordre des items identique à celui de la Table 2 (pour les femmes enceintes)

#### 4.4 Connaissances et croyances sur les risques liés à l'alcool durant la grossesse

Seulement trois partenaires sur dix ont déjà entendu parler du terme « syndrome d'alcoolisation fœtale ». Ce chiffre contraste fortement avec la proportion (73%) chez les femmes enceintes (cf. Chapitre 3.3). Cependant, la grande majorité des partenaires (près de neuf sur dix ; soit un score quasiment identique à celui des femmes enceintes) a répondu juste aux questions si l'alcool consommé lors d'un événement peut être dangereux pour le bébé, si cela peut occasionner une maladie grave ou un handicap à vie et si le risque augmente avec la quantité consommée (Figure 23).

Figure 23 : Connaissances et croyances des partenaires sur les risques liés à la consommation d'alcool durant la grossesse (n = 34)



Note : Ordre des items identique à celui de la Figure 10 (pour les femmes enceintes) ; l'option de réponse « ça dépend du mois de grossesse » a été agrégée avec la réponse fausse car aucune de ces affirmations ne dépend du mois de grossesse.

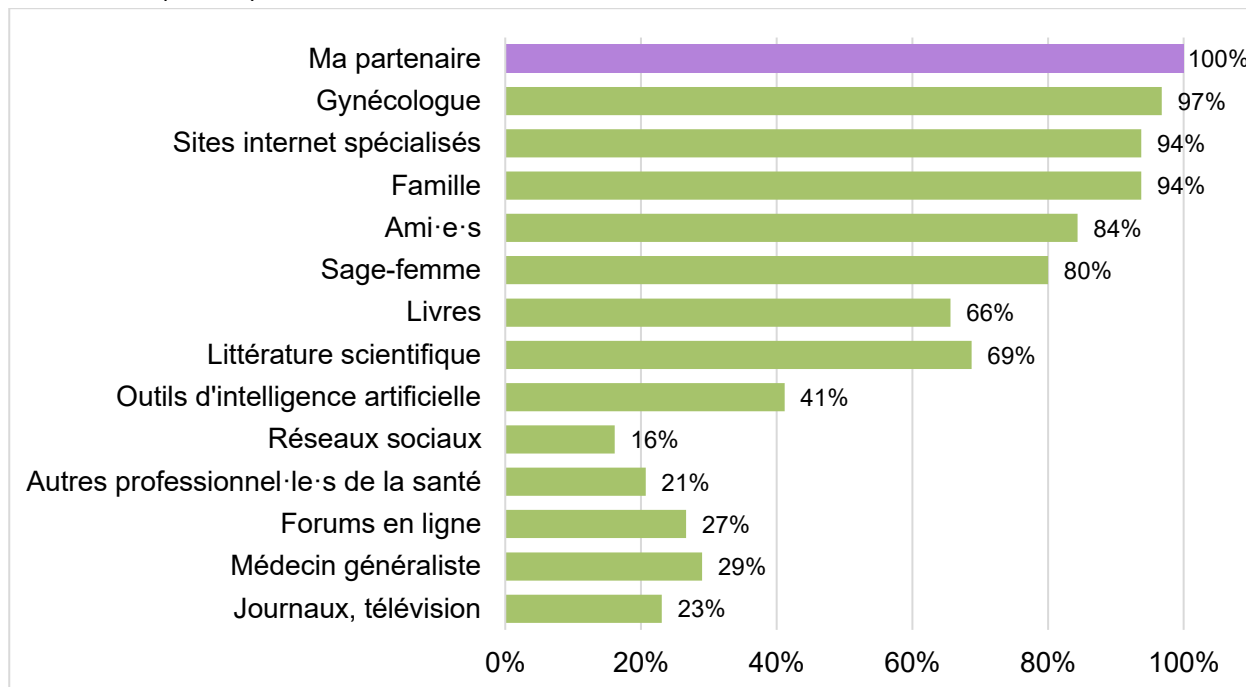
Le taux le plus élevé de réponses fausses concernait l'affirmation '*certain types d'alcool (p.ex. vin) sont moins dangereux pour le bébé que d'autres*', à laquelle près de quatre partenaires sur dix ont répondu que « oui » ou que « ça dépend du mois ». Ce résultat fait écho à une étude récente mettant en évidence la présence récurrente d'informations en ligne erronées sur ce thème (Notari et al., 2025). On peut également noter que près d'un tiers des partenaires ont répondu ne pas savoir si l'affirmation '*les effets liés à une consommation d'alcool durant la grossesse diminuent à mesure que l'enfant grandit*' est vraie ou fausse, et que 2 participant·e·s ont indiqué que c'est le cas. Ce résultat suggère que le message indiquant que les dommages causés par l'alcool sont irrémédiables n'est pas suffisamment communiqué et avec pas suffisamment de clarté.

#### 4.5 Sources d'informations pour des questions liées à la grossesse

Tout comme chez les femmes enceintes, un large éventail de sources d'informations sont consultées par au moins la moitié des partenaires pour s'informer en cas de questions sur la grossesse (Figure 24). Ces sources comprennent des professionnel·le·s de la santé (gynécologues et sage-femmes), des proches (famille, partenaire, ami·e·s), des ressources en ligne (sites internet spécialisés) et des ressources littéraires (livres, littérature scientifique). Cependant, la source principale d'information des partenaires est leur conjointe, ce qui indique à la fois le rôle de référence que doivent porter les femmes enceintes durant une grossesse, mais

aussi le risque pour les partenaires de n'avoir que des informations qui ont déjà été interprétées par leur conjointe.

Figure 24 : Sources d'information utilisées par les partenaires pour s'informer sur la grossesse (n = 31)

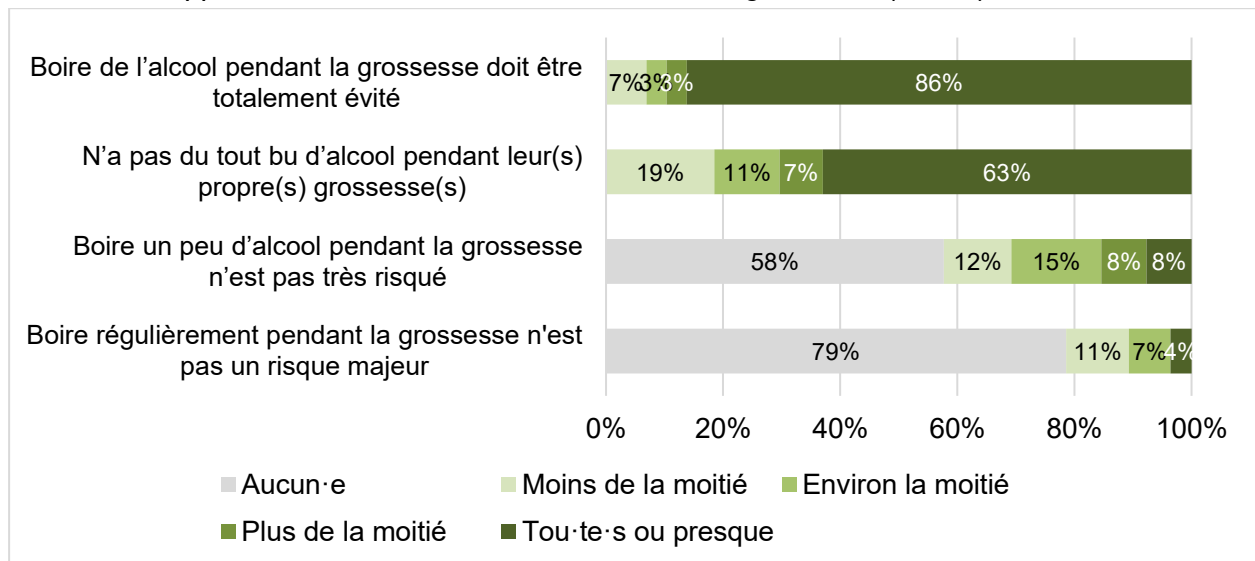


Note : Ordre des items identique à celui de la Figure 14 (pour les femmes enceintes).

#### 4.6 L'entourage

Près de neuf partenaires sur dix estiment que tou·te·s ou presque tou·te·s leur ami·e·s et connaissances pensent que consommer de l'alcool pendant la grossesse doit être totalement évité et deux tiers estiment que toutes ou presque toutes leurs amies et connaissances n'ont pas consommé d'alcool durant leur grossesse (Figure 25). Ces résultats sont presque identiques à ceux des femmes enceintes (Figure 17). La différence entre les deux items pourrait être révélatrice d'un écart entre le nombre de personnes qui savent qu'il faut éviter l'alcool durant la grossesse et le nombre de personnes qui mettent effectivement ce principe en pratique.

Figure 25 : Perception des opinions et comportements des ami·e·s et connaissances par rapport à la consommation d'alcool durant la grossesse (n = 29)



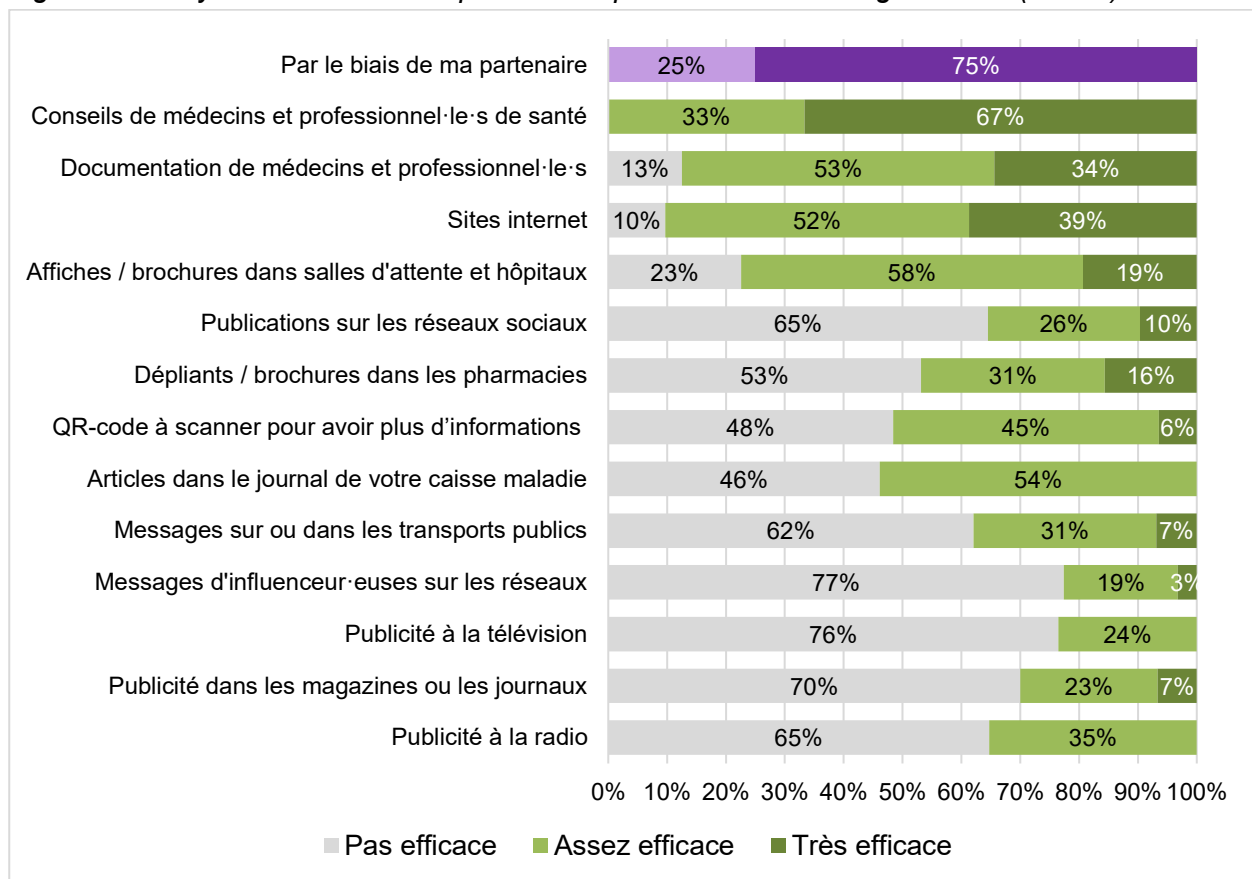
Note : Ordre des items identique à celui de la Figure 17 (pour les femmes enceintes).

#### 4.7 Moyens pour informer les partenaires

A la question 'Quels seraient les meilleurs moyens pour vous atteindre, si on voulait vous informer sur les comportements qui ont un effet négatif ou un effet positif sur la grossesse?', le moyen a priori le plus efficace serait leur conjointe (Figure 26). Près de deux tiers des partenaires estiment que des conseils de médecins et professionnel·le·s de la santé seraient très efficaces, et environ un tiers pensent que de la documentation fournie par ces professionnel·le·s et des sites internet seraient également très efficaces.

Contrairement aux femmes enceintes (Figure 22), les partenaires se disent peu atteignables par des publications sur les réseaux sociaux. Cependant, comme pour elles, les messages d'influenceurs sur les réseaux sociaux, la publicité dans les médias traditionnels ou le journal de la caisse maladie ne sont pas perçus comme étant des canaux efficaces pour informer sur les comportements qui ont un effet négatif ou un effet positif sur la grossesse.

Figure 26 : Moyens d'atteindre les partenaires pour informer sur la grossesse (n = 32)



Note : Ordre des items identique à celui de la Figure 22 (pour les femmes enceintes).

## 5 Discussion

Ce projet a pour objectif de mieux comprendre les facteurs liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse en Suisse, et d'identifier les leviers susceptibles de renforcer l'application du « zéro alcool » durant la grossesse, aussi appelé « principe de précaution ». En s'appuyant sur les réponses de plus de 800 femmes enceintes et d'une trentaine de leurs partenaires, les résultats mettent en évidence la coexistence d'une connaissance relativement bien diffusée qu'il ne faudrait pas consommer de l'alcool durant la grossesse et de la persistance de certains comportements à risque. L'analyse met aussi en lumière plusieurs dimensions interdépendantes qui façonnent les comportements et les représentations liées à la consommation d'alcool durant la grossesse.

### **Le taux d'exposition prénatale à l'alcool reste comparativement élevé**

L'enquête auprès des femmes enceintes révèle un taux d'exposition prénatale à l'alcool élevé, avec environ une répondante sur deux qui indique avoir consommé de l'alcool après la conception. Si la grande majorité d'entre-elles a arrêté de le faire dès la confirmation de la grossesse, environ 6% des femmes enceintes ont encore consommé de l'alcool après cette confirmation. Ces résultats sont comparables aux taux mesurés dans des études similaires menées dans certains pays à forte culture de consommation d'alcool comme l'Irlande ou l'Australie (McCormack et al., 2017; O'Keeffe et al., 2015) mais semblent supérieurs à ceux relevés dans des pays européens qui sont plus volontaires que la Suisse sur le thème de la prévention du FASD comme la France (Cinelli et al., 2022) ou les Pays-Bas (Lanting et al., 2015).

Si près de la moitié des répondantes ont consommé de l'alcool durant la grossesse, cela renvoie donc à un déficit en matière de prévention et de normes sociales, et non pas à des comportements de négligence individuels. Pour améliorer cette situation, notre pays aurait tout intérêt à s'inspirer de ce qui se fait dans les pays qui ont mis la prévention de l'exposition prénatale à l'alcool comme une véritable priorité de santé publique. Les cas de syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) et des troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) – dont on estime qu'ils concernent respectivement entre 170 à 425 et 1700 naissances par années en Suisse (Office fédéral de la santé publique [OFSP], 2018) – sont tous évitables.

### **Informier et sensibiliser en amont**

L'un des constats principaux de cette étude est que l'arrêt de la consommation d'alcool s'effectue souvent trop tard pour prévenir les expositions précoces. Ainsi, presque toutes les participantes (96.3%) savaient au moment de participer à l'enquête qu'éviter de consommer d'alcool figure parmi les cinq comportements essentiels à adopter pour qu'un bébé naisse en bonne santé, mais la moitié a quand même déclaré avoir consommé durant au moins les premières semaines de grossesse. L'application du principe de précaution semble ainsi être différée jusqu'à la confirmation de la grossesse (p.ex. par un test de grossesse) parce que, comme expliqué lors des entretiens d'approfondissement (Chapitre 3.10.5), renoncer à l'alcool prématurément peut-être perçu comme une pression, une privation ou encore un aveu de maternité à un moment non souhaité.

Cela souligne l'importance de renforcer la communication préconceptionnelle, notamment lors des consultations gynécologiques routinières ou des programmes de préparation à la parentalité. C'est d'autant plus important que trois quarts des participantes identifient les professionnel·le·s

de la santé, et en particulier les gynécologues, comme les messagers les plus crédibles en lien avec la grossesse.

### **Différences entre les groupes**

L'analyse comparative des profils de consommer d'alcool à différents moments de la grossesse (Chapitre 3.9) suggère de fortes disparités notamment en lien avec le niveau de formation, la littératie en santé et le degré d'anticipation de la grossesse.

Ainsi, les femmes interrogées qui ont consommé de l'alcool après la confirmation de leur grossesse tendent à avoir un niveau de formation plus faible ou une littératie en santé plus limitée. Elles pourraient ainsi être plus vulnérables aux informations erronées, car elles s'appuient davantage sur les proches (famille, ami·e·s) et les réseaux sociaux, où peuvent circuler des croyances erronées, pour s'informer sur la grossesse. Quant aux femmes qui ont consommé de l'alcool entre la conception et la confirmation de la grossesse, elles sont plutôt jeunes, romandes, avec un niveau de formation supérieur, et concernent une proportion notable de grossesses non planifiées. La consommation d'alcool semble ici moins résulter d'un manque de connaissances que d'une difficulté à se projeter dans les exigences liées à la grossesse avant que celle-ci ne soit confirmée, ou encore d'une volonté de maintenir une vie sociale dans un environnement où l'abstinence est un comportement inhabituel.

Ces résultats soulignent l'importance de mesures spécifiques pour atteindre les personnes les plus vulnérables ou les moins préparées en tenant compte de leurs spécificités et de leurs conditions de vie. Il s'agit ainsi d'éviter que des inégalités structurelles dans l'accès et la compréhension de l'information amplifient ou s'ajoutent à des vulnérabilités sociales existantes.

### **Contexte culturel et croyances erronées**

Les résultats de l'enquête mettent en évidence que la consommation d'alcool pendant la grossesse est conditionnée par un contexte sociétal - caractérisé par une large diffusion et tolérance vis-à-vis de la consommation d'alcool, la persistance de croyances erronées et le manque de communication sur les risques de la part des autorités sanitaires - mais dont la gestion est portée quasiment uniquement par les femmes enceintes.

Différents résultats mettent en évidence l'influence normative du contexte, notamment le fait que 76% des participantes affirment que leur famille et leur entourage considèrent la consommation d'alcool en général comme « normale » et qu'on y retrouve une sur-représentation de femmes ayant consommé de l'alcool jusqu'à la confirmation de leur grossesse. Par ailleurs, la perception, rapportée dans un entretien que renoncer à l'alcool avant la conception équivaut à « s'arrêter de vivre », illustre la difficulté pour certaines jeunes femmes de renoncer à la consommation d'alcool lors des occasions festives, l'abstinence étant perçue comme une privation ou une contrainte anormale, à laquelle l'entourage échappe.

Un autre enjeu de société qui impacte directement les femmes enceintes se reflète dans la proportion non négligeable de femmes qui ont consommé de l'alcool pour ne pas révéler leur grossesse. Ce résultat rappelle la persistance d'habitudes sociales et professionnelles qui font que la maternité n'est généralement pas révélée avant le 4<sup>ème</sup> mois de grossesse et reste parfois difficile à concilier avec la carrière professionnelle.

Par ailleurs, les résultats montrent que près d'une femme sur cinq pense qu'un verre d'alcool occasionnel n'est pas dangereux pour le fœtus, et qu'une sur douze ignore que les effets de

l'exposition prénatale sont irréversibles, illustrent le déficit de savoir sur les risques et conséquences de la consommation d'alcool durant la grossesse. Cela rappelle l'importance de la mise en place de mesures structurelles et de sensibilisation de l'ensemble de la société à ces enjeux. Une mesure-phare serait l'apposition d'un pictogramme sur les bouteilles d'alcool encourageant les femmes enceintes à ne pas en consommer. D'autres mesures peuvent inclure des campagnes d'information nationales ou régionales, une amélioration des informations accessibles en ligne, une sensibilisation des employeurs et des collègues.

### **Le rôle de l'entourage**

Bien qu'il soit possible que la famille proche et que les ami·e·s puissent avoir un effet protecteur pour certaines femmes enceintes, les résultats de l'enquête mettent aussi en évidence des configurations dans lesquelles l'entourage peut contribuer à légitimer la consommation d'alcool durant la grossesse. Les participantes qui ont consommé de l'alcool après la confirmation de leur grossesse se réfèrent ainsi plus fréquemment à leur entourage pour s'informer sur les risques ou pour examiner leurs comportements que les autres groupes. Les entretiens montrent également que les générations précédentes (p.ex. grands-parents), socialisées dans un contexte où la sensibilisation aux risques était moins développée, tiennent parfois un discours plus permissif, voire rassurant, au sujet d'une consommation modérée d'alcool durant la grossesse.

A l'inverse, le rôle du ou de la partenaire peut se révéler déterminant pour limiter la consommation. Un soutien explicite en faveur du principe de précaution, et surtout l'arrêt de sa propre consommation, pourrait favoriser l'arrêt de la consommation d'alcool depuis la conception, alors qu'une attitude permissive ou ambivalente vis-à-vis de la consommation d'alcool durant la grossesse pourrait être un obstacle et augmenter la probabilité de comportements à risque. Les résultats mettent également un décalage manifeste au niveau de l'implication dans la recherche d'informations sur la grossesse, les partenaires ayant tendance à se fier avant tout aux connaissances de leur conjointe. Cela limite les chances que le ou la partenaire s'approprie les préceptes du principe de précaution de manière autonome et soutienne proactivement sa partenaire.

Ces observations plaident pour une approche de la prévention inclusive, qui reconnaît et valorise la place des partenaires dans le projet de grossesse.

### **L'importance de la littératie en santé**

Les résultats confirment que la littératie en santé, et particulièrement la littératie en santé digitale, peut jouer un rôle clé dans la capacité à identifier et à interpréter correctement les facteurs de risques durant la grossesse. Les femmes qui disposent de faibles compétences numériques sont potentiellement plus exposées à des contenus fallacieux notamment sur les réseaux sociaux, un domaine où la normalisation de la consommation d'alcool et les messages erronés sur les risques liés la consommation d'alcool durant la grossesse sont fréquents.

Renforcer la littératie en santé constitue un levier essentiel pour améliorer l'autonomie décisionnelle des femmes et leur aptitude à exercer un jugement critique face aux informations qui leur parviennent. Un tel renforcement requiert des efforts coordonnés entre les institutions publiques, les professionnel·le·s de la santé et les médias afin de diffuser des messages cohérents, scientifiquement fondés et facilement accessibles à l'ensemble des groupes linguistiques et culturels du pays.

## 5.1 Limites de l'étude

Différentes limites méthodologiques sont associées à cette enquête et doivent être prises en compte pour l'interprétation des résultats.

Premièrement, l'échantillon des répondantes à l'enquête a principalement été recruté par le biais des réseaux sociaux et il n'est ainsi pas représentatif de l'ensemble des femmes enceintes. On y trouve notamment une sur-représentation de femmes vivant en Suisse romande et de celles ayant une formation de niveau supérieur. La participation volontaire a aussi pu introduire un biais d'auto-sélection, favorisant les personnes déjà sensibilisées à la thématique. Cet échantillon demeure cependant nettement plus grand que ceux utilisés pour estimer le nombre de cas de SAF et de TSAF en Suisse en 2017 (Lange et al., 2017).

Deuxièmement, l'ensemble des données repose sur des déclarations auto-rapportées, ce qui expose les résultats à des biais de mémoire et de désirabilité sociale. Les participantes ont pu minimiser leur consommation d'alcool, en particulier en lien avec un sujet aussi sensible que la grossesse. La stigmatisation associée à la consommation d'alcool durant la grossesse peut aussi avoir conduit certaines femmes à sous-déclarer cette consommation, entraînant une sous-estimation du taux réel d'exposition prénatale.

Troisièmement, les participantes ont été regroupées en quatre profils définis sur la base de la période d'arrêt de consommation, mais la dernière période (consommation d'alcool après la confirmation de la grossesse) n'était pas terminée au moment de remplir le questionnaire. Il est donc possible que la part de participantes concernées (5.8%) soit sous-évaluée car elle ne prend pas en compte toute la durée de la grossesse. On remarque d'ailleurs que le taux augmente selon le nombre de trimestres écoulés, et s'établit à 9% parmi les participantes qui vivaient leur troisième trimestre de grossesse lorsqu'elles ont répondu au questionnaire.

Quatrièmement, le recrutement au travers des partenaires de terrain s'est révélé difficile. Malgré des partenariats avec des acteurs-clés de la périnatalité dans différents cantons, institutions et associations professionnelles, ainsi qu'une demande de soutien auprès de plus de 500 gynécologues indépendant·e·s, moins de 10% des participantes ont été recrutées par ce biais. Or, le recours à des partenaires de terrain est important pour atteindre des personnes présentant des niveaux de consommation élevés (p.ex. consultation spécialisée) ou qui ne sont pas ou peu adeptes des réseaux sociaux. Les femmes présentant une littératie digitale faible ou une méfiance envers les enquêtes en ligne ont aussi pu être exclues de facto.

Cinquièmement, nous avons choisi de ne pas poser plus de questions sur les circonstances de la grossesse, bien que de telles informations auraient pu être utiles pour mieux contextualiser les résultats. Des questions sur le nombre de cycles ou de mois nécessaires pour tomber enceinte, sur un éventuel recours à une procédure de PMA (procréation médicalement assistée) et sur l'expérience de fausses couches auraient notamment permis d'affiner le profil des groupes de femmes abstinentes ou, au contraire, ayant consommé de l'alcool jusqu'à la confirmation de la grossesse. Il s'agissait cependant de questions relativement intrusives et il n'est pas exclu que l'ajout de telles questions aurait augmenté le taux d'abandon en cours de questionnaire.

Finalement, nous avons choisi de focaliser cette enquête uniquement sur l'alcool à cause des dommages majeurs et irréversibles que sa consommation peut causer aux fœtus. Le fait que 28% des femmes enceintes participantes pensent qu'arrêter de fumer est la priorité numéro un pour qu'un bébé naisse en bonne santé montre toutefois qu'il serait judicieux d'examiner le rôle de l'usage d'autres substances psychoactives dans le vécu de la grossesse. En particulier, il serait important d'investiguer dans quelle mesure des comportements moins problématiques pour la santé du fœtus (p. ex. arrêter de fumer, éviter le stress) entrent en concurrence avec la volonté de réduire la consommation d'alcool.

## 6 Références

- Addiction Suisse. (2022). *Focus—Alcool et grossesse*. Addiction Suisse. <https://shop.addictionsuisse.ch/fr/alcool/345-focus-alcool-et-grossesse.html>
- Addiction Suisse. (2023). *Objectif zéro alcool pendant la grossesse : Informations et astuces*. Addiction Suisse. <https://grossesse-sans-alcool.ch/>
- Andreasson, S., Chikritzhs, T., Dangardt, F., Holder, H., Naimi, T., & Stockwell, T. (2020). *Alcohol and Society 2020 : Alcohol, pregnancy and infant health – a shared responsibility*. Swedish Society of Nursing, SFAM, SAFF, CERA & IOGT-NTO. [https://www.iogtse.cdn.triggerfish.cloud/uploads/2020/02/alcohol-pregnancy\\_alcohol-and-society-2020\\_report\\_en.pdf](https://www.iogtse.cdn.triggerfish.cloud/uploads/2020/02/alcohol-pregnancy_alcohol-and-society-2020_report_en.pdf)
- British Medical Association. (2016). *Alcohol and pregnancy preventing and managing fetal alcohol spectrum disorders*. British Medical Association London. <https://www.bma.org.uk/media/2082/fetal-alcohol-spectrum-disorders-report-feb2016.pdf>
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2017). *Schweizerische Gesundheitsbefragung*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/sgb.html>
- Caputo, C., Wood, E., & Jabbour, L. (2016). Impact of fetal alcohol exposure on body systems : A systematic review: Impact of Fetal Alcohol Exposure on Body Systems. *Birth Defects Research Part C: Embryo Today: Reviews*, 108(2), 174-180. <https://doi.org/10.1002/bdrc.21129>
- Chai, J., Guo, T., Deng, Y., Jiang, L., Zhang, J., Xu, Q., Peng, Z., He, Y., Wang, Y., Zhang, Y., Zhang, H., Wang, Q., Shen, H., Zhang, Y., Yan, D., Yang, Y., & Ma, X. (2022). Preconception alcohol consumption and risk of miscarriage in over 4.5 million Chinese women aged 20–49 years. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 48(e1), e53-e59. <https://doi.org/10.1136/bmj.srh-2020-201012>
- Chudley, A. E., Conry, J., Cook, J., Looock, C., Rosales, T., & LeBlanc, N. (2005). Fetal alcohol spectrum disorder : Canadian guidelines for diagnosis. *Canadian Medical Association Journal*, 172(5\_suppl), S1-S21. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1040302>
- Cinelli, H., Lelong, N., Le Ray, C., & NP2021 Study group. (2022). *Rapport de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 en France métropolitaine : Les naissances, le suivi à 2 mois et les établissements – Situation et évolution depuis 2016*. Inserm. <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/581189/4098075?version=1>
- Corrales-Gutierrez, I., Mendoza, R., Gomez-Baya, D., & Leon-Larios, F. (2020). Understanding the Relationship between Predictors of Alcohol Consumption in Pregnancy : Towards Effective Prevention of FASD. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4), 1388. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041388>
- D'Aquino, S., Callinan, S., Smit, K., Mojica-Perez, Y., & Kuntsche, E. (2023). Why do adults drink alcohol? Development and validation of a Drinking Motives Questionnaire for adults. *Psychology of Addictive Behaviors*, 37(3), 402-415. <https://doi.org/10.1037/adb0000877>
- De Gani, S. M., Jaks, R., Bieri, U., & Kocher, J. P. (2021). *Health Literacy Survey Schweiz 2019–2021. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG*. Zürich: Careum Stiftung. [https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19-21-CH\\_Schlussbericht\\_Careum%20Gesundheitskompetenz\\_Health%20Literacy%20Survey\\_20210914.pdf](https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19-21-CH_Schlussbericht_Careum%20Gesundheitskompetenz_Health%20Literacy%20Survey_20210914.pdf)
- Dupraz, J., Graff, V., Barasche, J., Etter, J.-F., & Boulvain, M. (2013). Tobacco and alcohol during pregnancy : Prevalence and determinants in Geneva in 2008. *Swiss Medical Weekly*, 143(2122), w13795. <https://doi.org/10.4414/smw.2013.13795>

- Durand, D., Millot, I., Binquet, C., & Heilmann, É. (2021). Risques infectieux alimentaires et grossesse : De quelles informations les professionnels de santé disposent-ils ? : *Les Enjeux de l'information et de la communication*, N° 20/3A(S1), 91-102. <https://doi.org/10.3917/enic.hs9.0091>
- Elek, E., Harris, S. L., Squire, C. M., Margolis, M., Weber, M. K., Dang, E. P., & Mitchell, B. (2013). Women's Knowledge, Views, and Experiences Regarding Alcohol Use and Pregnancy : Opportunities to Improve Health Messages. *American Journal of Health Education*, 44(4), 177-190. <https://doi.org/10.1080/19325037.2013.768906>
- Environics Research Group. (2000). *La connaissance des effets de la consommation d'alcool pendant la grossesse et du syndrome d'alcoolisme foetal—Résultats d'un sondage national*. Environics Research Group Limited. [https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/fas-saf-natsurv-2000/pdf/ap-ag-finalreport\\_f.pdf](https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/fas-saf-natsurv-2000/pdf/ap-ag-finalreport_f.pdf)
- Environics Research Group. (2006). *Alcohol use during pregnancy and awareness of fetal alcohol syndrome and fetal alcohol spectrum disorder : Results of a national survey*. Environics Research Group Limited. [https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/fas-saf-natsurv-2006/pdf/ap-ag-finalreport06\\_e.pdf](https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/fas-saf-natsurv-2006/pdf/ap-ag-finalreport06_e.pdf)
- Ericson, L., Magnusson, L., & Hovstadius, B. (2017). Societal costs of fetal alcohol syndrome in Sweden. *The European Journal of Health Economics*, 18(5), 575-585. <https://doi.org/10.1007/s10198-016-0811-4>
- FASD Schweiz. (2025). *FASD Schweiz*. <https://fasd-schweiz.ch/>
- Flak, A. L., Su, S., Bertrand, J., Denny, C. H., Kesmodel, U. S., & Cogswell, M. E. (2014). The Association of Mild, Moderate, and Binge Prenatal Alcohol Exposure and Child Neuropsychological Outcomes : A Meta-Analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 38(1), 214-226. <https://doi.org/10.1111/acer.12214>
- forsa Politik- und Sozialforschung GmbH. (2017). *Alkoholkonsum und Schwangerschaft*. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Drogen\\_und\\_Sucht/Berichte/Studie\\_BevBefragung\\_Alkohol\\_Schwangerschaft\\_Forsa.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Studie_BevBefragung_Alkohol_Schwangerschaft_Forsa.pdf)
- Gmel, G., & Notari, L. (2018). *Alkohol- und Tabakkonsum während der Schwangerschaft in der Schweiz—Auswertung der Suchtmonitoring-Befragung 2011-2016 Kommentierte Grafiken*. Sucht Schweiz.
- Gouilhers, S., Meyer, Y., Inglin, S., Pfister Boulenaz, S., Schnegg, C., & Hammer, R. (2019). Pregnancy as a transition : First-time expectant couples' experience with alcohol consumption. *Drug and Alcohol Review*, 38(7), 758-765. <https://doi.org/10.1111/dar.12973>
- Hammer, R., Gouilhers, S., Radu, I., Pehlke-Milde, J., & Meyer, Y. (2022). Uncertainty, manageability and individuation : A longitudinal qualitative study of women's conceptualisations of risk from pregnancy to breastfeeding—the case of alcohol consumption. *SSM - Qualitative Research in Health*, 2, 100152. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2022.100152>
- Hammer, R., & Inglin, S. (2014). 'I don't think it's risky, but...' : Pregnant women's risk perceptions of maternal drinking and smoking. *Health, Risk & Society*, 16(1), 22-35. <https://doi.org/10.1080/13698575.2013.863851>
- Hammer, R., & Rapp, E. (2022). Women's views and experiences of occasional alcohol consumption during pregnancy : A systematic review of qualitative studies and their recommendations. *Midwifery*, 111, 103357. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103357>
- Heller, M., & Burd, L. (2014). Review of ethanol dispersion, distribution, and elimination from the fetal compartment : Fetal Alcohol Exposure. *Birth Defects Research Part A: Clinical and Molecular Teratology*, 100(4), 277-283. <https://doi.org/10.1002/bdra.23232>

- Henriksen, T. B., Hjollund, N. H., Jensen, T. K., Bonde, J. P., Andersson, A.-M., Kolstad, H., Ernst, E., Giwercman, A., Skakkebaek, N. E., & Olsen, J. (2004). Alcohol consumption at the time of conception and spontaneous abortion. *American Journal of Epidemiology*, *160*(7), 661-667. <https://doi.org/10.1093/aje/kwh259>
- Howlett, H., Gray, W. K., Dismore, L., Mackenzie, S., Langley, K., Davidson, C., & Rankin, J. (2017). A survey of attitudes, beliefs and practice regarding alcohol use and screening in pregnancy : An opportunity for support and education? *Journal of Research in Nursing*, *22*(8), 618-633. <https://doi.org/10.1177/1744987117745579>
- Jensen, T. K., Gottschau, M., Madsen, J. O. B., Andersson, A.-M., Lassen, T. H., Skakkebaek, N. E., Swan, S. H., Priskorn, L., Juul, A., & Jørgensen, N. (2014). Habitual alcohol consumption associated with reduced semen quality and changes in reproductive hormones; a cross-sectional study among 1221 young Danish men. *BMJ Open*, *4*(9), e005462. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005462>
- Jolma, M., Koivu-Jolma, M., Sarkola, T., Gissler, M., Nissinen, N.-M., Kahila, H., Sarajuuri, A., Torkki, P., Autti-Rämö, I., & Koponen, A. (2025). *A case-control register-based study of long-term health and social care costs among children with prenatal alcohol exposure*. Public and Global Health. <https://doi.org/10.1101/2025.08.28.25334619>
- Kurita, H., Motoki, N., Inaba, Y., Misawa, Y., Ohira, S., Kanai, M., Tsukahara, T., Nomiya, T., the Japan Environment and Children's Study (JECS) Group, Kamijima, M., Yamazaki, S., Ohya, Y., Kishi, R., Yaegashi, N., Hashimoto, K., Mori, C., Ito, S., Yamagata, Z., Inadera, H., ... Katoh, T. (2021). Maternal alcohol consumption and risk of offspring with congenital malformation : The Japan Environment and Children's Study. *Pediatric Research*, *90*(2), 479-486. <https://doi.org/10.1038/s41390-020-01274-9>
- Lange, S., Probst, C., Gmel, G., Rehm, J., Burd, L., & Popova, S. (2017). Global Prevalence of Fetal Alcohol Spectrum Disorder Among Children and Youth : A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, *171*(10), 948. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.1919>
- Lanting, C. I., Van Dommelen, P., Van Der Pal-de Bruin, K. M., Bennebroek Gravenhorst, J., & Van Wouwe, J. P. (2015). Prevalence and pattern of alcohol consumption during pregnancy in the Netherlands. *BMC Public Health*, *15*(1), 723. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2070-1>
- Lemola, S., & Grob, A. (2007). Drinking and smoking in pregnancy : What questions do Swiss physicians ask? *Swiss Medical Weekly*, *137*(3-4), 66-69. <https://doi.org/2007/03/smw-11648>
- Lim, A. W. Y., Van Schalkwyk, M. C. I., Maani Hessari, N., & Petticrew, M. P. (2019). Pregnancy, Fertility, Breastfeeding, and Alcohol Consumption : An Analysis of Framing and Completeness of Information Disseminated by Alcohol Industry–Funded Organizations. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, *80*(5), 524-533. <https://doi.org/10.15288/jsad.2019.80.524>
- Lyall, V., Wolfson, L., Reid, N., Poole, N., Moritz, K. M., Egert, S., Browne, A. J., & Askew, D. A. (2021). "The Problem Is that We Hear a Bit of Everything..." : A Qualitative Systematic Review of Factors Associated with Alcohol Use, Reduction, and Abstinence in Pregnancy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(7), 3445. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073445>
- Maitre, G., Fischer Fumeaux, C., & Truttmann, A. (2020, janvier 13). *Le Syndrome foeto-alcoolique*. Pédiatrie Suisse. <https://www.paediatricschweiz.ch/fr/le-syndrome-foeto-alcoolique/>
- Mamluk, L., Edwards, H. B., Savović, J., Leach, V., Jones, T., Moore, T. H. M., Ijaz, S., Lewis, S. J., Donovan, J. L., Lawlor, D., Smith, G. D., Fraser, A., & Zuccolo, L. (2017). Low

- alcohol consumption and pregnancy and childhood outcomes : Time to change guidelines indicating apparently 'safe' levels of alcohol during pregnancy? A systematic review and meta-analyses. *BMJ Open*, 7(7), e015410. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015410>
- Mårdby, A.-C., Lupattelli, A., Hensing, G., & Nordeng, H. (2017). Consumption of alcohol during pregnancy—A multinational European study. *Women and Birth*, 30(4), e207-e213. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.01.003>
- Mathews, R., Thorn, M., & Giorgi, C. (2013). Vested Interests in Addiction Research and Policy. Is the alcohol industry delaying government action on alcohol health warning labels in Australia? : Alcohol health warning labels in Australia. *Addiction*, 108(11), 1889-1896. <https://doi.org/10.1111/add.12338>
- McCormack, C., Hutchinson, D., Burns, L., Wilson, J., Elliott, E., Allsop, S., Najman, J., Jacobs, S., Rossen, L., Olsson, C., & Mattick, R. (2017). Prenatal Alcohol Consumption Between Conception and Recognition of Pregnancy. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 41(2), 369-378. <https://doi.org/10.1111/acer.13305>
- Mérienne, E. (2025). *Encyclopédie Vinissime • Abstinence pour les femmes enceintes ?* <https://www.cavesa.ch/definition/abstinence-pour-les-femmes-enceintes>
- Meurk, C. S., Broom, A., Adams, J., Hall, W., & Lucke, J. (2014). Factors influencing women's decisions to drink alcohol during pregnancy : Findings of a qualitative study with implications for health communication. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 246. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-246>
- Meyer-Leu, Y., Lemola, S., Daeppen, J.-B., Deriaz, O., & Gerber, S. (2011). Association of Moderate Alcohol Use and Binge Drinking During Pregnancy with Neonatal Health : Moderate Alcohol Use and Neonatal Health. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35(9), 1669-1677. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2011.01513.x>
- Millot, A., Serra, M., & Gallopel-Morvan, K. (2022). How the alcohol industry fought against pregnancy warning labels in France. A press coverage analysis spanning 20 years. *Frontiers in Public Health*, 10, 933164. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.933164>
- Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration. (2016). *Schwanger : Ja – Alkohol : Nein*. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg. [https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Publikationen/Schwanger\\_ja\\_alkohol\\_nein.pdf](https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Publikationen/Schwanger_ja_alkohol_nein.pdf)
- Ministero della Salute. (2014). *Too Young To Drink—Campagna internazionale di sensibilizzazione sulla Sindrome Alcolica Fetale e i Disturbi correlati (FASD)*. [https://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/ItaliaTYTDdoc\\_guidaOK.pdf](https://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/ItaliaTYTDdoc_guidaOK.pdf)
- MonAM. (2024). *Frequency of Alcohol consumption*. <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/monam/consommation-d-alcool-age-15>
- M-POHL. (2019). *Factsheets on HLS19 instruments | M-POHL - WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy*. <https://m-pohl.net/factsheets>
- NapoleonCat. (2025). *Instagram users in Switzerland—April 2025*. <https://web.archive.org/save/https://napoleoncat.com/stats/instagram-users-in-switzerland/2025/04/>
- Nau, J.-Y. (2017). Alcool et grossesse : Une déclinaison du principe de précaution. *Rev Med Suisse*, 577, 1714-1715.
- Notari, L., Amos, J., & Obert, E. (2025). *Consommation d'alcool pendant la grossesse et principe de précaution – Analyse des informations disponibles en ligne en Suisse* (No. 184). Lausanne: Addiction Suisse. <https://doi.org/10.58758/rech184>

- Obstetrica. (2025). *Obstetrica*. La revue des sages-femmes de Suisse. <https://obstetrica.hebamme.ch/fr/profiles/3f957b8ee011-obstetrica/editions/obstetrica-3-2025/pages>
- Oechsle, A., Wensing, M., Ullrich, C., & Bombana, M. (2020). Health Knowledge of Lifestyle-Related Risks during Pregnancy : A Cross-Sectional Study of Pregnant Women in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8626. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228626>
- Office fédéral de la santé publique [OFSP]. (2011a). *Alcool et grossesse—Fiche d'information*. Office fédéral de la santé publique [OFSP]. <https://www.bag.admin.ch/dam/fr/sd-web/F6nUhXVZXtWr/fs-alkohol-schwangerschaft.pdf>
- Office fédéral de la santé publique [OFSP]. (2011b). *Alkohol und Schwangerschaft—Faktenblatt*. Office fédéral de la santé publique [OFSP]. <https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/F6nUhXVZXtWr/fs-alkohol-schwangerschaft.pdf>
- Office fédéral de la santé publique [OFSP]. (2018). *Consommation d'alcool pendant la grossesse en Suisse—Fiche d'information*. [https://www.pepra.ch/application/files/2817/5334/0610/180903\\_Faktenblatt-Alkoholkonsum\\_Schwangerschaft\\_FR.pdf](https://www.pepra.ch/application/files/2817/5334/0610/180903_Faktenblatt-Alkoholkonsum_Schwangerschaft_FR.pdf)
- Office fédéral de la santé publique [OFSP]. (2025a). *Assurance maladie : Prestations en cas de maternité*. <https://www.bag.admin.ch/fr/traitement-avec-prescription-dheroine-modification-de-la-reglementation>
- Office fédéral de la santé publique [OFSP]. (2025b). *Prévention de problèmes liés à l'alcool Tous les projets financés depuis 2011*. [https://www.bag.admin.ch/dam/fr/sd-web/6woLYcS6W9k/2025\\_projets\\_prevention\\_problemes\\_lies\\_alcool\\_finances\\_2011-2025.pdf](https://www.bag.admin.ch/dam/fr/sd-web/6woLYcS6W9k/2025_projets_prevention_problemes_lies_alcool_finances_2011-2025.pdf)
- Office fédéral de la statistique [OFS]. (2024). *Nombre de naissances vivantes 2023*. [https://statatlas.bfs.admin.ch/#c=indicator&i=ch\\_01\\_04\\_05a.lebendgeburtens&s=2024&view=map164](https://statatlas.bfs.admin.ch/#c=indicator&i=ch_01_04_05a.lebendgeburtens&s=2024&view=map164)
- O'Keeffe, L. M., Kearney, P. M., McCarthy, F. P., Khashan, A. S., Greene, R. A., North, R. A., Poston, L., McCowan, L. M. E., Baker, P. N., Dekker, G. A., Walker, J. J., Taylor, R., & Kenny, L. C. (2015). Prevalence and predictors of alcohol use during pregnancy : Findings from international multicentre cohort studies. *BMJ Open*, 5(7), e006323. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006323>
- Popova, S., Dozet, D., Akhand Laboni, S., Brower, K., & Temple, V. (2022). Why do women consume alcohol during pregnancy or while breastfeeding? *Drug and Alcohol Review*, 41(4), 759-777. <https://doi.org/10.1111/dar.13425>
- Popova, S., Lange, S., Burd, L., & Rehm, J. (2015). *The burden and economic impact of fetal alcohol spectrum disorder in Canada*. Centre for Addiction and Mental Health.
- Popova, S., Lange, S., Probst, C., Gmel, G., & Rehm, J. (2017). Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome : A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(3), e290-e299. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30021-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30021-9)
- Popova, S., Lange, S., Shield, K., Mihic, A., Chudley, A. E., Mukherjee, R. A. S., Bekmuradov, D., & Rehm, J. (2016). Comorbidity of fetal alcohol spectrum disorder : A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 387(10022), 978-987. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01345-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01345-8)
- PressePortal. (2018, septembre 7). *Addiction Suisse - Alcool et grossesse : Un défi pour la société*. [presseportal.ch. https://www.presseportal.ch/fr/pm/100000980/100819504](https://www.presseportal.ch/fr/pm/100000980/100819504)

- Ramon, R., Warli, S. M., Rasyid, N., & Atmoko, W. (2024). Effect of tobacco smoking and alcohol consumption on semen quality and hormone reproductive levels in infertile males : A systematic review and meta analysis. *Pharmacia*, 71, 1-14. <https://doi.org/10.3897/pharmacia.71.e113854>
- Raymond, N., Beer, C., Glazebrook, C., & Sayal, K. (2009). Pregnant women's attitudes towards alcohol consumption. *BMC Public Health*, 9(1), 175. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-175>
- Santé publique France. (2017). *Alcool et grossesse : Des Français de plus en plus conscients des risques, mais la vigilance reste de mise*. <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2017/alcool-et-grossesse-des-francais-de-plus-en-plus-conscients-des-risques-mais-la-vigilance-reste-de-mise>
- Schindler, G., & Hoff-Emden. (2017). Die Fetale Alkoholspektrum-Störung–Die wichtigsten Fragen der sozialrechtlichen Praxis. Hrsg.: *Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin*. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Drogen\\_und\\_Sucht/Broschueren/FASD\\_SozR-Fragen.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Broschueren/FASD_SozR-Fragen.pdf)
- Société Française d'Alcoologie et d'Addictologie SF2A. (2025, septembre 9). *Journée mondiale du #SAF*. [https://www.linkedin.com/posts/soci%C3%A9t%C3%A9-fran%C3%A7aise-d-alcoologie\\_9septembre-saf-saf-activity-7371067460680167424-lyPY](https://www.linkedin.com/posts/soci%C3%A9t%C3%A9-fran%C3%A7aise-d-alcoologie_9septembre-saf-saf-activity-7371067460680167424-lyPY)
- Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health : A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sulik, K. K. (2014). Fetal alcohol spectrum disorder : Pathogenesis and mechanisms. In *Handbook of Clinical Neurology* (Vol. 125, p. 463-475). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-62619-6.00026-4>
- Sunderland, M., Stapinski, L., O'Dean, S., Slade, T., Teesson, M., & Newton, N. (2022). Examining Potential Mechanisms of an Online Universal Prevention for Adolescent Alcohol Use : A Causal Mediation Analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00953-4>
- Sundermann, A. C., Velez Edwards, D. R., Slaughter, J. C., Wu, P., Jones, S. H., Torstenson, E. S., & Hartmann, K. E. (2021). Week-by-week alcohol consumption in early pregnancy and spontaneous abortion risk : A prospective cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 224(1), 97.e1-97.e16. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.07.012>
- Sundermann, A. C., Zhao, S., Young, C. L., Lam, L., Jones, S. H., Velez Edwards, D. R., & Hartmann, K. E. (2019). Alcohol Use in Pregnancy and Miscarriage : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 43(8), 1606-1616. <https://doi.org/10.1111/acer.14124>
- Théraulaz, Y. (2020, octobre 1). Enceinte, un seul verre est déjà de trop. *Le Temps*. <https://www.letemps.ch/societe/enfants-education/enceinte-un-seul-verre-deja>
- Thom, B., Herring, R., & Milne, E. (2020). *Drinking in pregnancy : Shifting towards the 'precautionary principle'*. Routledge. <https://dro.dur.ac.uk/32940/1/32940.pdf>
- Titran, M., & Gratiat, L. (2017). *A sa santé! : Pour une prise de conscience des dangers de l'alcool pendant la grossesse*.
- Unisanté. (2021). *Les travailleuses enceintes de Suisse romande ne bénéficient pas des mesures de protection auxquelles elles ont droit*.

[https://www.unisante.ch/sites/default/files/upload/pdf-2021-02/CP\\_Protection\\_travailleuses\\_enceintes.pdf](https://www.unisante.ch/sites/default/files/upload/pdf-2021-02/CP_Protection_travailleuses_enceintes.pdf)

Van Der Windt, M., Tobi, E. W., Chidi, I., Schoenmakers, S., Van Rossem, L., Steegers-Theunissen, R. P. M., & Rousian, M. (2024). Periconceptional maternal and paternal alcohol consumption and embryonic and fetal development : The Rotterdam periconception cohort. *Reproductive BioMedicine Online*, 49(5), 104351. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2024.104351>

World Health Organization. (2024). *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*. World Health Organization. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/32b161e9-5683-40f5-a1c3-1c92a76d5cda/content>

## 7 Annexes

### 7.1 Figures

Figure A1 : Nombre de répondantes par âge

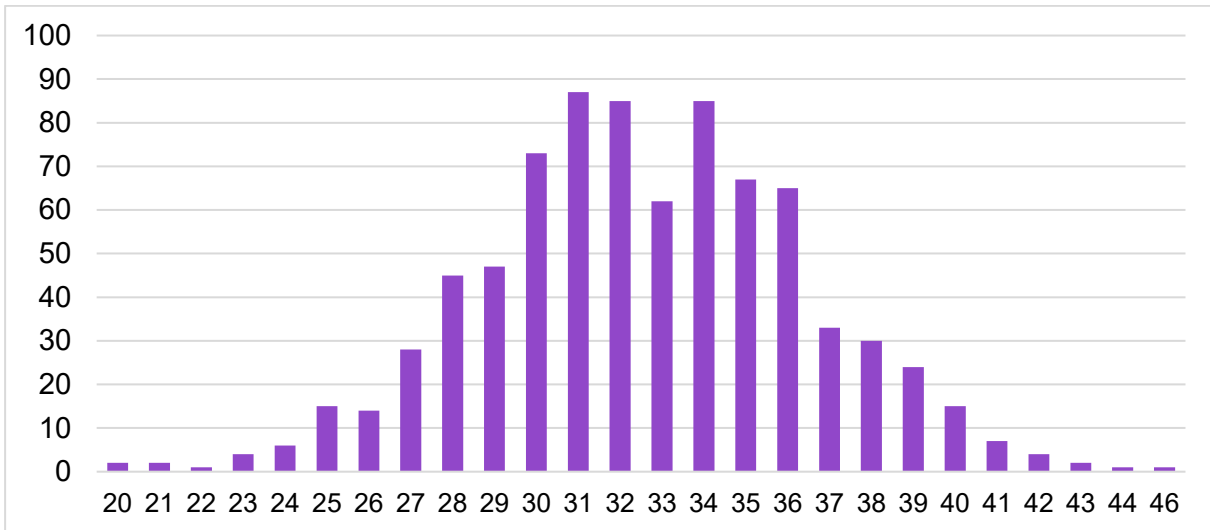
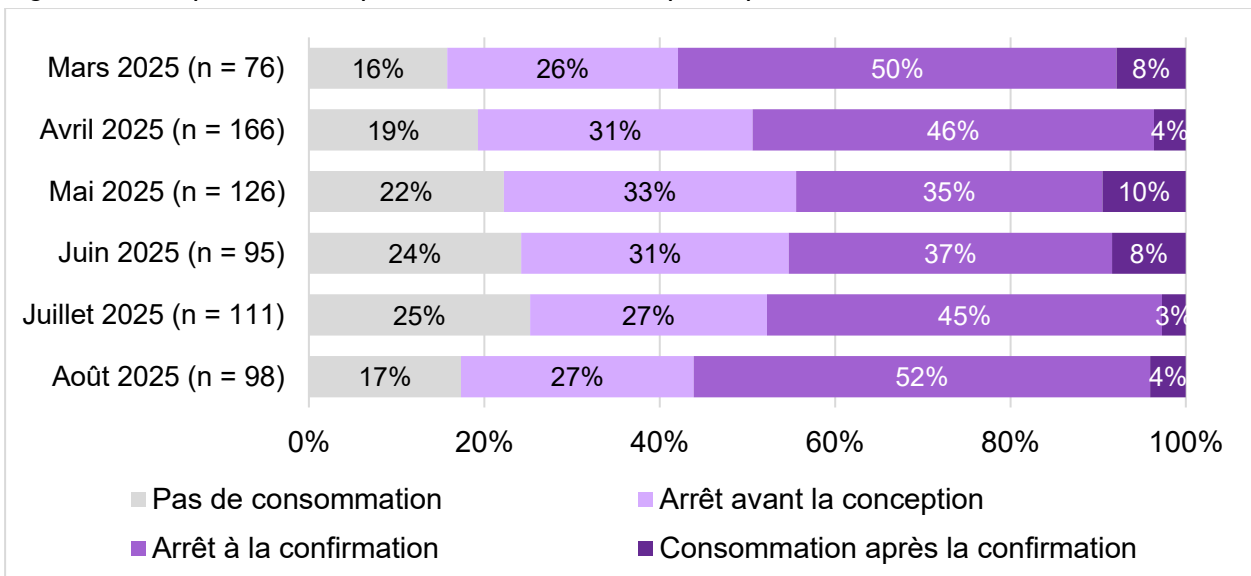
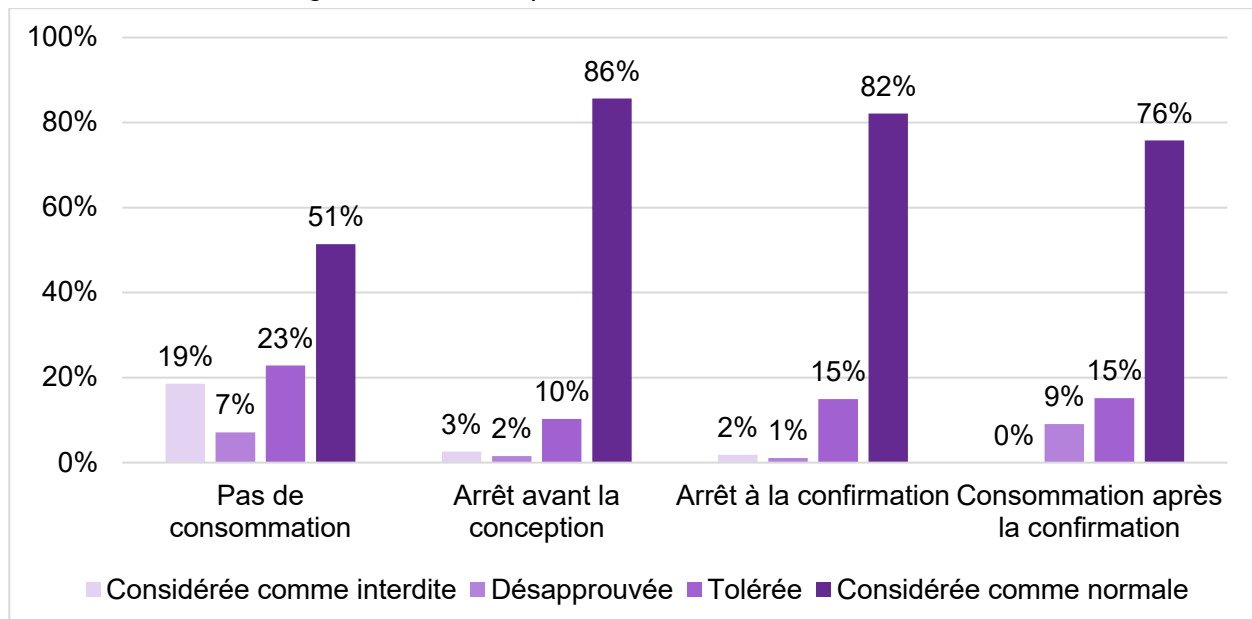


Figure A2 : Répartition des profils selon le mois de participation



Note : les variations mensuelles ne sont pas statistiquement significatives ( $\chi^2(3) = 19.1, p = 0.210$ )

Figure A3 : Répartition de l'opinion de la famille et de l'entourage vis-à-vis de la consommation d'alcool en général, selon le profil



Note : Cette Figure présente les mêmes résultats que la Figure 16, mais avec un croisement de catégories inversé.

## 7.2 Questionnaire

### Page Accueil

*Bonjour, nous vous remercions de prendre le temps de répondre à ce questionnaire.*

*La grossesse est une période importante dans la vie d'une femme et d'un couple. Beaucoup d'informations et de conseils sont adressés aux futurs parents, par exemple sur les risques liés à l'alimentation ou sur les risques de boire de l'alcool. Parfois c'est difficile de savoir ce qui est juste.*

*Grâce à cette enquête, nous souhaitons mieux comprendre comment vous faites pour vous renseigner sur les questions de santé et juger les informations. Vos réponses nous permettront de créer du matériel d'information plus clair pour aider les (futures-)mamans et leur partenaire à trouver les bonnes informations plus facilement.*

*Répondre aux questions prend environ 20 minutes. Vous pouvez arrêter de répondre à n'importe quel moment. Si vous ne pouvez pas le finir en une fois, vous pouvez enregistrer vos réponses et finir le questionnaire plus tard.*

*Le questionnaire ne contient aucune donnée qui permet de savoir qui vous êtes. Les réponses seront traitées de manière totalement confidentielle et anonymisée.*

#### **Avant de commencer : quel est le but de votre visite ?**

- Je suis enceinte et souhaite répondre au questionnaire
- Je ne suis pas enceinte
- Je souhaite consulter le questionnaire avant de le diffuser plus loin

## Thème 1 : Vous et votre grossesse

### Quel est votre âge ?

Champ texte : [Nombre entre 15 et 110 ans]

### Quelle est la date du terme de votre grossesse ?

Champ texte : [Date]

### Quand avez-vous appris être enceinte ?

*Indication : Merci d'indiquer une date ou un jour précis (soit la date, soit p.ex. après 14 jours, 3 jours après le retard de règles)*

Champ texte : [Texte long]

### S'agit-il de votre première grossesse ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas
- Je ne souhaite pas répondre

### S'agit-il d'une grossesse planifiée ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas
- Je ne souhaite pas répondre

## Thème 2 : Composition du ménage

*Nous allons maintenant vous poser des questions sur les personnes avec lesquelles vous vivez à la maison.*

### Avec qui vivez-vous actuellement dans votre ménage ?

*Indication : Pour chaque catégorie, veuillez indiquer le nombre de personnes concernées. S'il n'y a personne, indiquer « 0 ».*

- Conjoint·e, partenaire
- Enfant(s) de moins de 18 ans
- Autres personnes de la parenté
- Autres adultes (p.ex. colocataires)

*Filtre : Si Enfants > 0*

**Vous avez indiqué vivre avec [2] enfants. Quel âge a actuellement l'ainé(e) ?**

Liste déroulante : « 0 » à « 18 ans »

*Filtre : Si Enfants > 1*

**Quel âge a actuellement le deuxième enfant ?**

Liste déroulante : « 0 » à « 18 ans »

Etc. jusqu'à 6 enfants

## Thème 3 : Canton et origines

*Nous allons maintenant vous poser des questions sur votre lieu de résidence et vos origines.*

### Dans quel canton résidez-vous ?

Liste déroulante : 26 cantons + option « je n'habite pas en Suisse »

### Êtes-vous né·e en Suisse ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas
- Je ne souhaite pas répondre

*Filtre : Né·e en Suisse = non*

### Dans quel pays êtes-vous né·e ?

Liste déroulante : sélection de 74 pays + options « autre », « je ne sais pas », « je ne souhaite pas répondre »

### A quel âge êtes-vous arrivé·e en Suisse (pour la première fois) ?

Champ texte : [Nombre]

### De quelle(s) nationalité(s) êtes-vous ?

*Indication : Cochez tout ce qui s'applique.*

Liste déroulante : sélection de 74 pays + options « autre », « je ne sais pas », « je ne souhaite pas répondre »

## Thème 4 : Situation professionnelle

Voici quelques questions sur votre formation et situation professionnelle.

### Quelle est la formation la plus haute que vous avez achevée ?

- Aucune formation achevée, école primaire inachevée
- Ecole obligatoire
- Formation générale sans maturité (p.ex. école de degré diplôme, école de culture générale)
- Apprentissage ou formation professionnelle de base
- Maturité ou gymnase
- Formation professionnelle supérieure
- Haute école spécialisée ou université
- Doctorat ou habilitation
- Je ne sais pas
- Je ne souhaite pas répondre

### Comment décririez-vous votre situation professionnelle actuelle principale ?

- Activité professionnelle à plein temps (33 heures par semaine ou plus)
- Activité professionnelle à temps partiel (moins de 33 heures par semaine)
- A la recherche d'un emploi (au chômage/sans emploi)
- Femme au foyer/Actif-ve au foyer
- Je perçois une rente (p.ex. assurance sociale, assurance invalidité)
- En formation (p.ex. apprentissage, études)
- Autre
- Je ne souhaite pas répondre

*Filter : Si Activité professionnelle/ à la recherche d'un emploi/ en formation*

**Etes-vous actuellement en arrêt de travail (complet ou partiel) en lien avec votre grossesse ?**

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

## Thème 5 : Connaissances sur la grossesse

A quoi faire attention durant une grossesse ?

Selon vous, quelles sont les choses les plus importantes à faire pendant la grossesse pour qu'un bébé naisse en bonne santé ?

Classer les propositions du plus important au moins important en les glissant ou en les double-cliquant. Vous pouvez aussi en enlever.

Veillez sélectionner **5 réponses** au maximum.

- Eviter de fumer
- Eviter de boire de l'alcool
- Eviter les situations stressantes
- Eviter certains aliments (p.ex. salades, charcuterie, sushis, fromages)
- Eviter les cosmétiques contenant du Retinol (vitamine A)
- Eviter le contact avec la caisse à chat
- Eviter certaines huiles essentielles
- Limiter la consommation de café
- Limiter la consommation de sucre
- Avoir une activité physique régulière
- Prendre des compléments alimentaires pour la grossesse

Les phrases suivantes sont-elles vraies, fausses ou dépendent-elles du mois de grossesse ?

	Vrai	Ça dépend du mois de grossesse	Faux	Je ne sais pas	Je ne souhaite pas répondre
Un verre d'alcool de temps en temps pendant la grossesse peut être dangereux pour le bébé.					
Boire de l'alcool seulement pendant des événements comme un mariage ou une fête n'est pas dangereux pour le bébé.					
Le stress de la maman est plus dangereux pour le bébé qu'un peu d'alcool de temps en temps.					
Certains types d'alcools (p.ex. vin) sont moins dangereux pour le bébé que d'autres.					
Boire de l'alcool pendant la grossesse peut causer une maladie grave ou un handicap à vie au bébé.					
Les effets liés à une consommation d'alcool durant la grossesse diminuent à mesure que l'enfant grandit.					
Plus une femme consomme de l'alcool pendant sa grossesse, plus c'est dangereux pour le bébé.					

**Est-ce que vous avez déjà entendu parler du "syndrome d'alcoolisation fœtale" ?**

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

## Thème 6 : Sources d'informations

Où cherchez-vous les informations dont vous avez besoin ?

### Où cherchez-vous des informations, en général ?

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours	Je ne sais pas
Télévision						
Radio						
Journaux et magazines (papier ou en ligne)						
Réseaux sociaux (p.ex. Instagram, Facebook, Tiktok)						
Sites Internet						
YouTube, Netflix						
Blogs, podcasts						
Famille, partenaire						
Ami·e·s						

### Quand vous avez une question sur votre grossesse, où vous informez-vous ?

	Oui	Non	Je ne sais pas	Je ne souhaite pas répondre
Gynécologue				
Médecin généraliste				
Sage-femme				
Autres professionnel·le·s de la santé (p.ex. psychologue, ergothérapeute, naturopathe)				
Famille, partenaire				
Ami·e·s				
Journaux, télévision				
Sites internet spécialisés				
Livres				
Réseaux sociaux (p.ex. Instagram, Facebook, Tiktok)				
Forums en ligne				
Littérature scientifique (rapports, articles scientifiques)				

**Quels seraient les meilleurs moyens pour vous atteindre, si on voulait vous informer sur les comportements qui ont un effet négatif ou un effet positif sur la grossesse ?**

	Très efficace	Assez efficace	Pas efficace	Je ne souhaite pas répondre
Des conseils par les médecins et les professionnel·le·s de la santé				
Des dépliants ou brochures données par les médecins et les professionnel·le·s de la santé				
Des affiches et des brochures dans les salles d'attente et les hôpitaux				
Des dépliants ou des brochures dans les pharmacies				
De la publicité dans les magazines ou les journaux				
Des messages sur ou dans les transports publics				
Des sites Internet				
Des publications sur les réseaux sociaux				
Des messages d'influenceur·euse·s sur les réseaux				
De la publicité à la télévision				
De la publicité à la radio				
Des QR-code à scanner pour avoir plus d'informations				

## Thème 7 : Consommation d'alcool avant et durant la grossesse

*Nous allons maintenant vous poser quelques questions concernant la consommation d'alcool avant et durant votre grossesse en cours.*

*Par consommation d'alcool, nous comprenons la bière, le vin, le cidre, le champagne, les spiritueux comme le whisky, le rhum, le gin, la vodka, les liqueurs, les alcopops ou autres.*

**Durant les 3 mois avant le début de votre grossesse, à quelle fréquence buviez-vous de l'alcool ?**

- Je n'ai pas bu d'alcool
- Moins d'une fois par mois
- 1 fois par mois
- 2-3 fois par mois
- 1-2 fois par semaine
- 3-4 fois par semaine
- Chaque jour ou presque
- Je ne sais pas
- Je ne souhaite pas répondre

*Filter : Si Fréquence  $\geq$  moins d'une fois par mois*

**Durant les 3 mois avant le début de votre grossesse, combien de boissons avez-vous bu au maximum en une occasion ?**

**Autrement dit : la fois où vous avez bu le plus d'alcool, combien de verres standard avez-vous bu ?**

*Indication : Une boisson standard est 1 verre de vin (10 cl), une petite bière, un petit verre de spiritueux, une bouteille d'alcopops, ou un apéritif ou un long drink (Bacardi Cola, vodka -jus d'orange ou autres cocktails). Une grande bière (une canette de 50 cl ou un grand verre) représente par exemple 2 boissons standard, une bouteille de vin contient 7 boissons standard.*



Liste déroulante : « 1 » à « 21 ou plus » et options « je ne sais pas » et « je ne souhaite pas répondre »

**Entre le début de votre grossesse et le moment où vous avez appris être enceinte, à quelle fréquence avez-vous bu de l'alcool ?**

*Indication : Il s'agit de la période entre la conception et la première preuve de votre grossesse (p.ex. test de grossesse positif).*

- Je n'ai pas bu d'alcool
- Moins d'une fois par mois
- 1 fois par mois
- 2-3 fois par mois
- 1-2 fois par semaine
- 3-4 fois par semaine
- Chaque jour ou presque
- Je ne sais pas
- Je ne souhaite pas répondre

*Filter : Si Fréquence  $\geq$  moins d'une fois par mois*

**Entre le début de votre grossesse et la confirmation que vous être enceinte (p.ex. test de grossesse positif), combien de boissons avez-vous bues au maximum en une occasion ?**

Autrement dit : la fois où vous avez bu le plus d'alcool, combien de verres standard avez-vous bu ?

*Indication : Il s'agit de la période entre la conception et la première preuve de votre grossesse (p.ex. test de grossesse positif, visite chez votre gynécologue).*

*Une boisson standard est 1 verre de vin (10 cl), une petite bière, un petit verre de spiritueux, une bouteille d'alcopops, ou un apéritif ou un long drink (Bacardi Cola, vodka -jus d'orange ou autres cocktails). Une grande bière (une canette de 50 cl ou un grand verre) représente par exemple 2 boissons standard, une bouteille de vin contient 7 boissons standard.*



Liste déroulante : « 1 » à « 21 ou plus » et options « je ne sais pas » et « je ne souhaite pas répondre »

**Depuis la confirmation que vous êtes enceinte (p.ex. test de grossesse positif), à quelle fréquence avez-vous bu de l'alcool ?**

*Indication : Il s'agit de la période depuis la première preuve de votre grossesse (p.ex. test de grossesse positif, visite chez votre gynécologue).*

- Je n'ai pas bu d'alcool
- Moins d'une fois par mois
- 1 fois par mois
- 2-3 fois par mois
- 1-2 fois par semaine
- 3-4 fois par semaine
- Chaque jour ou presque
- Je ne sais pas
- Je ne souhaite pas répondre

*Filtre : Si Fréquence  $\geq$  moins d'une fois par mois*

**Depuis la confirmation que vous être enceinte (p.ex. test de grossesse positif), combien de boissons avez-vous bu au maximum en une occasion ?**

*Indication : Il s'agit de la période depuis la première preuve de votre grossesse (p.ex. test de grossesse positif, visite chez votre gynécologue).*

*Une boisson standard est 1 verre de vin (10 cl), une petite bière, un petit verre de spiritueux, une bouteille d'alco pops, ou un apéritif ou un long drink (Bacardi Cola, vodka -jus d'orange ou autres cocktails). Une grande bière (une canette de 50 cl ou un grand verre) représente par exemple 2 boissons standard, une bouteille de vin contient 7 boissons standard.*



Liste déroulante : « 1 » à « 21 ou plus » et options « je ne sais pas » et « je ne souhaite pas répondre »

*Filter : Si Fréquence  $\geq$  moins d'une fois par mois*

**En repensant à toutes les fois où vous avez bu de l'alcool au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous bu pour les raisons suivantes ?**

Veillez cochez tout ce qui vous correspond.

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours	Je ne sais pas
Parce que boire fait partie du plaisir en famille ou entre amis						
Parce que c'est amusant						
Parce que vous aimez le goût						
Pour vous remonter le moral quand vous êtes de mauvaise humeur						
Parce que l'alcool donne de la chaleur aux occasions sociales						
Parce que cela vous rend heureuse						
Parce que vous appréciez particulièrement certaines boissons						
Parce que l'alcool améliore les fêtes et les célébrations						
Parce que cela procure une sensation agréable						
Pour vous calmer quand vous êtes tendue						
Parce que vous vous sentez plus confiante et plus sûre de vous						
Parce que cela vous aide lorsque vous vous sentez déprimée ou nerveuse						
Parce que boire se marie bien avec la nourriture						
Pour vous rendre plus sociable						
Pour vous mettre à l'aise avec les gens						
Parce que c'est ce qu'on attend de vous (p.ex. lors d'une fête, d'une soirée)						
Parce que vous ne vouliez pas encore dire que vous êtes enceinte						

*Filter : Si Fréquence  $\geq$  moins d'une fois par mois*

**En pensant à toutes les fois où vous avez bu de l'alcool depuis le début de votre grossesse, quelles ont été les trois raisons principales pour le faire ?**

*Classer les propositions du plus important au moins important en glissant les propositions ou en les double-cliquant. Vous pouvez aussi en enlever.  
Veillez sélectionner 3 réponses.*

- Parce que boire fait partie du plaisir en famille ou entre amis
- Parce que c'est amusant
- Parce que vous aimez le goût
- Pour vous remonter le moral quand vous êtes de mauvaise humeur
- Parce que l'alcool donne de la chaleur aux occasions sociales
- Parce que cela vous rend heureuse
- Parce que vous appréciez particulièrement certaines boissons
- Parce que l'alcool améliore les fêtes et les célébrations
- Parce que cela procure une sensation agréable
- Pour vous calmer quand vous êtes tendue
- Parce que vous vous sentez plus confiante et plus sûre de vous
- Parce que cela vous aide lorsque vous vous sentez déprimée ou nerveuse
- Parce que boire se marie bien avec la nourriture
- Pour vous rendre plus sociable
- Pour vous mettre à l'aise avec les gens
- Parce que c'est ce qu'on attend de moi (p.ex. lors d'une fête, d'une soirée)
- Parce que je ne voulais pas encore dire que j'étais enceinte

## Thème 8 : Attitudes de l'entourage

Que pensent vos proches et vos ami·e·s sur le fait de boire de l'alcool ?

**Pour votre famille ou votre entourage boire de l'alcool en général est ...**

- Considéré comme interdit
- Désapprouvé
- Toléré
- Considéré comme quelque chose de normal
- Je ne sais pas
- Je ne souhaite pas répondre

**Parmi vos ami·e·s et vos connaissances, quelle proportion ...**

	Tous ou presque	Plus de la moitié	Environ la moitié	Moins de la moitié	Aucune	Je ne sais pas	Je ne souhaite pas répondre
... pense que boire de l'alcool pendant la grossesse doit être totalement évité ?							
... pense que boire un peu d'alcool pendant la grossesse n'est pas très risqué?							
... pense que boire régulièrement pendant la grossesse n'est pas un risque majeur ?							
... n'a pas du tout bu d'alcool pendant leur(s) propre(s) grossesse(s) ?							

## Thème 9 : Comprendre le système de santé

Trouvez-vous les informations de santé dont vous avez besoin ?

### Est-il facile ou difficile pour vous de ...

	Très facile	Plutôt facile	Plutôt difficile	Très difficile	Je ne sais pas	Je ne souhaite pas répondre
... savoir où obtenir de l'aide d'un·e professionnel·le de la santé quand vous êtes malade (p.ex. médecin, infirmier·ère, sage-femme, psychologue) ?						
... comprendre ce qu'il faut faire en cas d'urgence médicale ?						
... évaluer les risques et bénéfices des différents traitements possibles ?						
... comprendre ce que vous dit votre médecin ou votre pharmacien·ne ?						
... suivre les consignes de votre médecin ou pharmacien·ne ?						
... obtenir les réponses à vos questions lors de consultations médicales ?						
... trouver des informations sur comment faire en cas de problèmes psychologiques (p.ex. stress, dépression) ?						
... comprendre les informations sur les dépistages et examens de santé recommandés (p.ex. dépistage du cancer du sein) ?						
... évaluer la fiabilité des informations sur l'impact sur la santé de certains comportements (p.ex. fumer, faire de l'exercice physique, boire trop d'alcool) ?						
... savoir comment vous protéger des maladies à partir des informations disponibles dans les médias (p.ex. journaux, télévision, Internet) ?						
... trouver des informations sur les modes de vie sains, tels que l'activité physique ou une alimentation équilibrée ?						
... comprendre les conseils de votre famille ou de vos ami·e·s en matière de santé ?						
... évaluer si et comment vos conditions de logement affectent votre santé et votre bien-être ?						
... prendre des décisions pour améliorer votre santé et votre bien-être ?						

**Lorsque vous cherchez des informations sur la santé sur Internet, est-ce facile ou est-ce difficile pour vous...**

	Très facile	Plutôt facile	Plutôt difficile	Très difficile	Je ne sais pas	Je ne souhaite pas répondre
... de choisir les bons mots-clés pour trouver les informations ?						
... de trouver précisément l'information que vous cherchez ?						
... de comprendre les informations trouvées ?						
... de savoir si vous pouvez faire confiance aux informations ?						
... de savoir si les informations sont données par des personnes qui vont gagner de l'argent avec ces informations ?						
... de consulter plusieurs sites Internet pour comparer les informations qu'ils proposent sur un même sujet ?						
... de savoir si les informations sont adaptées à vous ?						
... d'utiliser les informations trouvées pour tenter de résoudre un problème de santé ?						

## Thème 10 : Concernant cette recherche

**Dans quelle mesure a-t-il été difficile de répondre aux questions de ce questionnaire ?**

- Très facile
- Facile
- Ni facile, ni difficile
- Difficile
- Très difficile

**Par quel canal êtes-vous arrivée sur ce questionnaire ?**

- Instagram
- Facebook
- Autre réseau social
- Flyer chez votre gynécologue / sage-femme
- Flyer dans un centre spécialisé
- Recommandation d'un·e ami·e ou connaissance
- Autre (indiquez ci-dessous)

**Avez-vous des suggestions pour le flyer, le questionnaire, la participation dans son ensemble ?**

Champ texte : [Texte long]