



HAL
open science

Remise d'un document d'information sur les risques de l'exposition foetale à l'alcool lors de l'achat d'un test urinaire de grossesse en pharmacie : étude de faisabilité d'une démarche systématique

Mélissa Juguelin

► To cite this version:

Mélissa Juguelin. Remise d'un document d'information sur les risques de l'exposition foetale à l'alcool lors de l'achat d'un test urinaire de grossesse en pharmacie : étude de faisabilité d'une démarche systématique. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01551863

HAL Id: dumas-01551863

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01551863>

Submitted on 30 Jun 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2017

Thèse n° 71

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 20 juin 2017

Par **Mélissa JUGUELIN**

Née le 15 février 1986 à Talence (33)

**Remise d'un document d'information sur les risques de
l'exposition fœtale à l'alcool lors de l'achat
d'un test urinaire de grossesse en pharmacie :
étude de faisabilité d'une démarche systématique.**

Directeur de thèse

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Jury

Monsieur le Professeur Dominique DALLAY

Président

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Directeur

Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMAUX

Juge

Madame le Docteur Isabelle BAUDRIMONT

Juge

Madame le Docteur Nathalie LAJZEROWICZ

Rapporteur

« La force qui est en chacun de nous est notre plus grand médecin. »

Hippocrate

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Dominique DALLAY

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

Vous m'honorez en acceptant de présider ce jury et de juger mon travail.

Veillez accepter, Monsieur, toute ma reconnaissance et l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Professeur Associé du Département de Médecine Générale de Bordeaux

J'ai pu bénéficier tout au long de ce travail de votre rigueur scientifique, de votre disponibilité et de votre gentillesse.

Vous m'avez chaleureusement guidée de vos précieux conseils.

Je vous suis également reconnaissante pour la qualité de votre enseignement dont j'ai pu bénéficier au cours de mon DES de Médecine Générale.

Je suis très heureuse que vous fassiez partie de ce jury, et je vous en remercie sincèrement.

Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMEAUX

Professeur Émérite du Département de Médecine Générale de Bordeaux

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de ma gratitude.

Madame le Docteur Isabelle BAUDRIMONT

Maître de Conférences des Universités, U.F.R. des Sciences pharmaceutiques, Bordeaux

Je suis heureuse de vous compter parmi les membres de ce jury, et vous remercie de l'enthousiasme dont vous avez fait part au moment d'accepter de juger ce travail.

Je vous adresse ma profonde gratitude et mes sincères remerciements.

Madame le Docteur Nathalie LAJZEROWICZ

Médecin généraliste tabacologue à l'Hôpital Suburbain du Bouscat (33)

Vous m'avez accompagnée lors de mes premiers pas de thésarde, et n'avez pas hésité à être le rapporteur de ce travail. Je tiens à vous remercier pour vos précieux conseils et votre gentillesse.

Recevez ici le témoignage de ma plus profonde et chaleureuse reconnaissance.

A **Bubulle**, ma plus grande joie dans ce rêve qui se concrétise. J'ai écrit ce travail en t'attendant, et suis impatiente de pouvoir te serrer dans mes bras. Je t'aime déjà infiniment. Avec toi, je suis à l'aube d'une nouvelle vie. Je te dédie cette thèse mon trésor.

A **ma Maman**, qui voit enfin la chrysalide s'ouvrir et s'épanouir. Merci pour ton amour et ton soutien inconditionnel.

A **ma Mamie Gaby**, pour tout l'amour dont tu m'as entourée. J'espère que de là-haut tu es fière de ce que je suis devenue. Tu me manques profondément.

A **Nicolas**, en espérant que tu sois fier de ta petite sœur, même si tu ne le dis pas.

A **Nathan**, mon neveu adoré et préféré. Tu vas devenir pour Bubulle un cousin formidable, que tu entoureras de beaucoup d'affection, j'en suis sûre.

A **Lalotte**, ma petite puce devenue grande. Tu m'as apporté tant de bonheur depuis toutes ces années ; ta Mimi sera toujours là quoi qu'il arrive.

A **Monsieur le Professeur Jean-Luc Pellegrin**, pour vos qualités remarquables d'enseignant et de chef de service, votre écoute attentive et clairvoyante. Et plus que tout, pour votre soutien infaillible tout au long de mes études de médecine. Je tiens à vous témoigner, Monsieur, toute mon admiration et mon profond respect.

A **Madame le Professeur Hélène Verdoux**, qui a su observer de près comme de loin le long chemin parcouru. Je tiens à vous faire part de tout mon respect et ma profonde reconnaissance.

A **Christine A. et Ollivier V.**, pour votre présence à mes côtés depuis 4 ans, pour m'avoir accompagnée et soutenue dans des moments difficiles, pour vos encouragements permanents et vos marques d'affection. Je vous suis très reconnaissante de la confiance que vous me témoignez.

A **Karine**, pour sa présence, son soutien infaillible et son extrême gentillesse. A **Alicia**, qui m'a également accompagnée sur le « chemin de la vie » et m'a appris qu'il y a toujours quelqu'un même quand on se sent seule. Je vous remercie de tout mon cœur.

A **Manu et Naël**, mes amis de fac, pour vous avoir eus à mes côtés pendant ces longues années de galère. Et pour ce que nous sommes devenus aujourd'hui.

A **Audrey-Elodie**, pour ta merveilleuse amitié. Loin des yeux, mais pas loin du cœur.

A **Florence**, pour m'avoir confié la prunelle de tes yeux, et pour cette belle amitié qui s'est tissée au fil des années. La distance ne change rien à ce que je ressens pour toi.

A **Bruno, Isabelle et Pascale**, mes maîtres de stage. Merci pour votre confiance et votre accompagnement bienveillant. Avec une mention spéciale pour Isabelle : tu as pris une place importante dans ma vie.

A **toutes les équipes formidables** (cadres, IDE, AS, ASH, secrétaires, psychologues, assistantes sociales, etc) que j'ai rencontrées et qui m'ont accueillie, pour leur aide précieuse au quotidien. Et tout particulièrement à **Estelle**, ma petite chouquette, qui a su observer de manière bienveillante mes premiers pas en tant que « bébé docteur », et qui depuis m'accompagne et m'entoure de sa précieuse amitié.

A **Emmanuelle et Stéphanie**, pour ce projet commun, et ce travail d'équipe qui nous a permis de nous encourager mutuellement. Et bien sûr à **Audrey**, chargée de mission à AGIR 33 pour ton aide précieuse, ta gentillesse, ton implication et ta disponibilité tout au long de ce travail.

A l'**ARS Nouvelle-Aquitaine et la MILDECA** pour le financement de ce projet, et au **Réseau Périnat Aquitaine** pour leur partenariat.

A **tous les professionnels des pharmacies** qui ont accepté de participer à cette étude.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	3
LISTE DES ABRÉVIATIONS	10
LISTE DES FIGURES	11
1. INTRODUCTION	13
2. CONTEXTE	15
2.1. Épidémiologie	15
2.1.1. La consommation globale d'alcool	15
2.1.2. La consommation d'alcool selon l'âge	17
2.1.3. La consommation d'alcool selon le sexe	18
2.1.4. La consommation d'alcool des femmes enceintes	19
2.2. Conséquences fœtales de la consommation d'alcool pendant la grossesse	20
2.3. Organogénèse et périodes de sensibilité à l'alcool	23
2.4. Prévention de l'alcoolisation fœtale	24
2.4.1. Une nécessité légale	24
2.4.2. Moyens mis en œuvre	26
2.5. Prévention des risques en pharmacie d'officine	27
2.6. Question de recherche	28
2.7. Objectifs principal et secondaires	28
3. MATÉRIELS ET MÉTHODES	29
3.1. Schéma et déroulement de l'étude	29
3.2. Aspects réglementaires et financement	29
3.3. Population concernée	30
3.3.1. Population cible et population source	30
3.3.2. Population étudiée	30
3.4. Mode de recrutement	31
3.5. Durée de l'étude	32
3.6. Élaboration des documents	32
3.6.1. Élaboration de l'affiche	32

3.6.2. Élaboration du flyer et du questionnaire destiné aux patientes	32
3.6.3. Élaboration du site internet	33
3.6.4. Élaboration de la fiche explicative	34
3.6.5. Plaquette de présentation du programme expérimental	35
3.6.6. Élaboration du questionnaire destiné aux professionnels	35
3.7. Critères de jugement de l'objectif principal.....	36
3.7.1. Critère de jugement principal.....	36
3.7.2. Critères de jugement secondaires.....	37
3.8. Méthode de recueil et analyse des données	37
3.8.1. Méthode de recueil.....	37
3.8.2. Analyse des données	38
4. RÉSULTATS.....	39
4.1. Proportion de femmes ayant reçu le DI au cours de l'étude	39
4.1.1. Sur l'ensemble des sites	39
4.1.2. En fonction des sites.....	39
4.2. Proportion de femmes ayant reçu le DI selon la période	40
4.2.1. Sur l'ensemble des sites	40
4.2.2. En fonction des sites.....	42
4.3. Analyse des questionnaires destinés aux patientes	43
4.3.1. Niveau d'acceptabilité du DI et de l'étude par les femmes.....	43
4.3.2. Proportions de femmes pour chaque niveau de satisfaction exploré	44
4.3.2.1. Analyse sur l'ensemble des sites au cours de l'étude.....	44
4.3.2.2. Analyse selon l'âge des patientes	46
4.4. Analyse des questionnaires destinés aux professionnels de santé	50
4.4.1. Sur l'ensemble des sites au cours de l'étude	50
4.4.2. Selon la fonction des professionnels	53
4.4.3. Selon le genre et l'âge des professionnels.....	56
5. DISCUSSION	57
5.1. Rappel des principaux résultats	57
5.1.1. Résultats en lien avec l'objectif principal	57
5.1.2. Résultats en lien avec les objectifs secondaires	58
5.2. Les points forts de l'étude.....	60

5.2.1. Le thème de l'étude	60
5.2.2. La méthodologie	61
5.2.3. Les questionnaires utilisés	61
5.3. Les points faibles de l'étude	61
5.3.1. La méthodologie	61
5.3.2. Les questionnaires utilisés	62
5.3.3. Les principaux biais	63
5.3.3.1. Le biais de volontariat	63
5.3.3.2. Le biais de non réponse	63
5.4. Comparaison avec les études en cours et la littérature	63
5.5. Perspectives futures	67
6. CONCLUSION	69
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	71
ANNEXES	76
Annexe 1 Carte postale (recto-verso) « Zéro alcool pendant la grossesse » (Inpes)	76
Annexe 2 Affiche « 9 mois / 0 alcool 0 tabac » (Inpes)	77
Annexe 3 Affiche nationale n°1	78
Annexe 4 Affiche nationale n°2	79
Annexe 5 Affiche régionale	80
Annexe 6 Flyer (recto-verso)	81
Annexe 7 Questionnaire destiné aux patientes	82
Annexe 8 Site internet (page d'accueil).....	83
Annexe 9 Fiche explicative.....	84
Annexe 10 Plaquette de présentation du programme expérimental.....	85
Annexe 11 Questionnaire destiné aux professionnels (recto).....	87
Annexe 12 Questionnaire destiné aux professionnels (verso)	88
SERMENT MÉDICAL	89
RÉSUMÉ	90

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AGIR 33	Réseau Addictions Gironde
AOC	Appellation d'Origine Contrôlée
API	Alcoolisation Ponctuelle Importante
ARS	Agence Régionale de Santé
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CO	Monoxyde de Carbone
CPP	Comité de Protection des Personnes
CRAT	Centre de Référence sur les Agents Tératogènes
DESCO	Direction de l'Enseignement Scolaire
DI	Document d'Information
ETCAF	Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
InVS	Institut de Veille Sanitaire
LABM	Laboratoire d'Analyses Biologiques Médicales
MILDECA	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie
PMI	Protection Maternelle et Infantile
RCIU	Retard de Croissance Intra-Utérin
SA	Semaine d'Aménorrhée
SAF	Syndrome d'Alcoolisation Fœtale
SNC	Système Nerveux Central
SPF	Santé Publique France
TCAF	Trouble Causé par l'Alcoolisation Fœtale
VDQS	Vin Délimité de Qualité Supérieure

LISTE DES FIGURES

- Figure 1 Signes de la dysmorphie faciale caractéristique d'un enfant atteint de SAF
- Figure 2 Périodes de développement des différents organes et sensibilité correspondant aux effets d'une exposition à l'alcool
- Figure 3 Pictogramme figurant sur les bouteilles d'alcool
- Figure 4 Déroulement chronologique de l'étude
- Figure 5 Nombre de tests vendus et de DI distribués pendant l'étude sur chaque site
- Figure 6 Proportions de femmes ayant reçu le DI pendant l'étude selon le site
- Figure 7 Nombre de tests vendus et de DI distribués sur l'ensemble des sites selon la période
- Figure 8 Proportions de femmes ayant reçu le DI sur l'ensemble des sites selon la période
- Figure 9 Proportions de femmes ayant reçu le DI selon le site et la période
- Figure 10 Proportions des différents cas sur l'ensemble des pharmacies pendant l'étude
- Figure 11 Répartition des femmes ayant répondu au questionnaire selon leur âge
- Figure 12 Proportions de réponses des patientes à la question 2 (sur la clarté du flyer) selon leur âge
- Figure 13 Proportions de réponses des patientes à la question 2 (sur l'utilité du flyer) selon leur âge
- Figure 14 Proportions de réponses des patientes à la question 3 (sur le fait de parler de leur consommation d'alcool à un professionnel de santé) selon leur âge
- Figure 15 Proportions de réponses des patientes à la question 3 (sur le fait de consulter le site internet d'information et de ressources) selon leur âge
- Figure 16 Proportions de réponses des patientes à la question 4 selon leur âge

- Figure 17 Proportions de réponses des patientes à la question 5 selon leur âge
- Figure 18.1 Proportions de réponses des professionnels à la question 1 (sur la simplicité de la remise du DI) selon leur fonction
- Figure 18.2 Proportions de réponses des professionnels à la question 1 (sur la rapidité de la remise du DI) selon leur fonction
- Figure 18.3 Proportions de réponses des professionnels à la question 1 (sur l'utilité de la remise du DI) selon leur fonction
- Figure 19 Proportions de réponses des professionnels à la question 3 selon leur fonction

1. INTRODUCTION

La consommation d'alcool en France, pays à forte tradition viticole symbolisant la gastronomie française, est associée à une notion de joie, de plaisir et de convivialité. Par conséquent, cette consommation est non négligeable chez les Françaises, à de nombreuses étapes de leur vie, les accompagnant dans les événements les plus marquants, comme une naissance ou un mariage. Mais l'exposition prénatale à l'alcool peut avoir des effets dramatiques et permanents et c'est une des raisons qui explique pourquoi sa consommation excessive est devenue un enjeu majeur de santé publique.

Ainsi, au cours de la grossesse, l'alcool consommé par la femme enceinte passe du sang de la mère à celui du bébé via le placenta. Les conséquences de l'alcool sur le fœtus, appelées « Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale » (ETCAF), désignant l'ensemble des différentes séquelles que peut subir une personne dont la mère a consommé de l'alcool pendant la grossesse, touchent 8 000 naissances chaque année. Le Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF), dont l'incidence, relativement mal connue, est le plus souvent estimée entre 1 et 3 cas pour 1 000 naissances en France (soit entre 500 et 1 500 cas par an) [1,2] en constitue la forme la plus grave. Il représente en France la première cause d'origine non génétique de retard mental. Or, une étude publiée dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) révèle qu'en 2010, 23 % des femmes enceintes ont consommé de l'alcool durant leur grossesse [3]. Ce chiffre, beaucoup trop élevé, montre que le message de recommandation « zéro alcool pendant la grossesse » est vraisemblablement encore mal interprété et les enjeux mal compris. De nombreuses futures mères ignorent que l'alcool ingéré, même en faible quantité ou de manière ponctuelle, représente un réel danger pour elle-même et leur futur enfant.

A l'heure actuelle, il n'a jamais été mis en évidence de seuil en deçà duquel les risques sont nuls, impliquant dès lors des recommandations d'abstinence totale pendant la grossesse [4]. Ainsi, au milieu des années 2000, l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) a développé des campagnes médiatiques de prévention afin de sensibiliser les femmes à la consommation de toxiques durant la grossesse (essentiellement alcool et tabac), avec une campagne majeure en 2006 autour du slogan « zéro alcool pendant la grossesse », recommandant l'abstinence totale d'alcool au moment de celle-ci. Les messages de prévention s'adressent au grand public d'une part, et aux professionnels de santé de la

périnatalité d'autre part. Les médecins ont une obligation légale d'informer les patientes enceintes sur les effets de l'alcool au cours de la grossesse. Afin d'aider l'ensemble des professionnels de santé dans cette démarche, l'INPES, devenu depuis Santé Publique France (SPF), a mis en place un certain nombre de brochures et de posters.

A ce jour, plusieurs études ont été menées sur la consommation d'alcool pendant la grossesse, mais aucune étude française concernant les femmes enceintes avant le diagnostic de la grossesse n'a été retrouvée. La prévention devant se situer le plus tôt possible en début de grossesse, voire même en amont, c'est à ce niveau qu'interviennent les professionnels de santé, y compris les pharmaciens. En effet, l'achat en pharmacie d'officine soit de tests urinaires de grossesse par des femmes susceptibles d'être enceintes, soit de tests d'ovulation par des femmes désireuses de l'être, peut constituer un moment privilégié de prévention et de repérage.

En 2016, l'ARS (Agence Régionale de Santé) et la MILDECA (mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives) ont choisi l'ex-Aquitaine pour un programme expérimental. Un des axes de travail est de mieux informer les futures mamans et d'essayer de parvenir à une abstinence totale au cours de la grossesse. Le plan d'actions, lancé le 1^{er} avril 2016 et mené jusqu'en 2018, est piloté par un nouveau centre ressources Alcool et Grossesse animé par l'association AGIR 33 Aquitaine ; il a pour objectif de mieux informer le grand public sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse et de coordonner les ressources qui existent déjà sur le territoire. C'est dans le cadre de ce programme qu'intervient la présente étude.

Avant d'en venir à l'étude elle-même, nous allons dans un premier temps reprendre quelques données épidémiologiques puis détailler les conséquences fœtales d'une consommation d'alcool pendant la grossesse. Ensuite, nous ferons le point sur l'organogénèse et les différentes périodes de sensibilité à l'alcool. Enfin, nous détaillerons les moyens de prévention de l'alcoolisation fœtale, en insistant sur le fait de prévenir ces risques en pharmacie d'officine.

2. CONTEXTE

2.1. Épidémiologie

2.1.1. La consommation globale d'alcool

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée dans la population française : seulement 8,4 % des personnes interrogées de 12 à 75 ans disent n'en avoir jamais bu de leur vie, même sous forme de boissons peu alcoolisées comme les cidres et les panachés [5]. Sa consommation diminue régulièrement depuis plusieurs décennies, baisse presque entièrement attribuable à la diminution de la consommation du vin, avec en particulier une désaffection pour le vin de table au profit de produits de plus grande qualité en moins grande quantité tels que les vins d'appellation d'origine contrôlée (AOC) ou les vins délimités de qualité supérieure (VDQS) [4,6].

La France, même si elle ne se situe plus en tête du classement, reste parmi les pays les plus consommateurs d'alcool au monde et dans les pays de l'Union Européenne [7,8]. Alors qu'elle se situait en tête au niveau mondial en 1961 avec environ 26 litres [9], la consommation d'alcool pur par habitant en France a connu une baisse assez nette et ininterrompue depuis cette époque, passant à 10,4 litres en 2000, puis à 9,3 litres en 2003 [5]. Cette diminution s'est notablement ralentie depuis 2008, et en 2012, la consommation d'alcool chez les Français de 15 ans et plus était estimée, d'après les données de vente, à 11,8 litres par an et par habitant (soit l'équivalent d'environ 2,5 verres standard d'alcool par Français et par jour) [8].

En 2014, 86,4 % des personnes âgées de 15 à 75 ans déclaraient avoir bu de l'alcool au cours des douze derniers mois, avec un nombre déclaré de verres bus par semaine (quelle que soit la fréquence de consommation) estimé à 5,5 en moyenne [10,11].

Sur l'ensemble de la population de cette tranche d'âge, 38 % déclaraient avoir bu de l'alcool moins d'une fois par semaine, 39 % au moins une fois par semaine (mais pas quotidiennement), et 10 % des personnes interrogées déclaraient en boire quotidiennement. Ces niveaux de consommation se révèlent relativement stables par rapport à 2010, excepté pour la consommation quotidienne d'alcool, qui décroît de 11 % à 10 %, conformément à une tendance observée depuis plusieurs décennies [10,11].

Concernant les pratiques d'alcoolisation ponctuelle importante (API), 38 % des 15-75 ans rapportaient au moins une API dans l'année (correspondant au fait d'avoir bu 6 verres ou plus lors d'une même occasion, aussi appelée *binge drinking*), soit significativement plus qu'en 2010 (36 %). Dans cette même population, 17 % des personnes déclaraient des API tous les mois, et 5 % toutes les semaines, proportions stables depuis 2010. Par ailleurs, 19 % des 15-75 ans déclaraient un épisode d'ivresse en 2014, 9 % au moins trois fois dans l'année (ivresses répétées) et 4 % au moins dix fois (ivresses régulières) [10,11]. Alors que le niveau d'ivresse au cours de l'année reste stable avec près d'une personne interrogée sur cinq en 2010 (19,1 %) déclarant avoir été ivre dans les douze derniers mois, les ivresses répétées et régulières sont en revanche en hausse (respectivement 8 % et 3 % en 2010) [4].

Le vin reste la boisson alcoolisée la plus consommée en France parmi les 15-85 ans : parmi les individus ayant consommé de l'alcool au cours des douze derniers mois, 72,6 % ont bu du vin au moins une fois dans l'année, tandis que 69,2 % ont bu d'autres alcools (comme du cidre, du champagne, du porto, etc.), 54,4 % un alcool fort et 51,5 % de la bière. Le vin est également le produit le plus consommé à une fréquence hebdomadaire (38,3 %), mais suivi cette fois-ci de la bière (17,9 %), des alcools forts (15,4 %) et des autres alcools (8,9 %) [4].

La consommation d'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable en France, après le tabagisme [4,8,12], les hommes mourant cinq fois plus que les femmes d'une consommation éthylique chronique [13]. Une étude publiée en mai 2013 dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire a estimé qu'en 2009, 13 % des décès étaient attribuables à l'alcool chez les hommes versus 5 % chez les femmes [12]. Les principales causes de décès sont liées aux cancers (voies aérodigestives supérieures, foie, colon-rectum et sein), cirrhoses, accidents de la voie publique, psychoses et dépendances alcooliques avérées. On estime ainsi que chaque année, environ 30 000 décès sont directement imputables à l'alcool, avec environ 80 % d'entre eux masculins [4].

Par conséquent, au sein de cette consommation globale importante, les femmes en âge de procréer sont fortement exposées aux occasions de boire de l'alcool, avec une tolérance sociale forte de cette consommation.

2.1.2 La consommation d'alcool selon l'âge

Les profils de consommation diffèrent fortement selon l'âge, avec des patterns similaires parmi les hommes et les femmes, même si les niveaux de consommation restent bien différenciés comme nous le verrons au prochain paragraphe.

Relativement aux autres classes d'âge de la population, la consommation d'alcool des 18-25 ans présente plusieurs spécificités. En regard d'une population plus âgée, la consommation quotidienne d'alcool est encore très rare, ne concernant que 1 % des moins de 25 ans [10,14], alors qu'elle augmente progressivement avec l'avancée en âge : de 6 % chez les 35-44 ans à 29 % chez les 65-75 ans [14].

Inversement, les consommations ponctuelles (API ou épisodes d'ivresse) diminuent quand l'âge augmente. L'expérimentation d'une consommation pour rechercher l'ivresse se concentre entre 15 et 44 ans, et se révèle assez rare parmi les plus âgés, soulignant son développement relativement récent. En près de 10 ans, de 2005 à 2014, la part des 18-25 ans ayant connu une ivresse dans l'année est passée de 33 % à 46 %, et la part de ceux en ayant connu au moins trois a presque doublé. Au-delà de 55 ans, 3 % des personnes déclarent une ivresse dans l'année, tandis que 24 % déclarent au moins une API [10,15].

Les usages d'alcool des jeunes diffèrent de ceux de leurs aînés en terme de fréquence comme nous l'avons vu, mais également en terme de quantité : entre 15 et 25 ans, le nombre moyen de verres bus lors la dernière journée de consommation est de 3,2, comparé aux 2,1 verres chez les plus de 25 ans [9].

Les jeunes se distinguent aussi des adultes par la nature des boissons alcoolisées qu'ils consomment. Alors que comme nous l'avons dit le vin est la boisson alcoolisée la plus consommée dans la population française, il l'est peu parmi les 15-25 ans. A l'inverse, la bière et les alcools forts sont plus consommés par les jeunes [9].

Ainsi, les jeunes consomment de l'alcool moins souvent que les personnes plus âgées, mais quand ils en boivent, les quantités sont plus importantes et les conduisent plus souvent à l'ivresse. A contrario, la consommation quotidienne et mensuelle d'alcool est la plus répandue chez les générations âgées [16].

Ainsi, les femmes en âge de procréer, appartenant à une population le plus souvent jeune, sont plus particulièrement exposées aux API ou, à un degré moindre, à des consommations occasionnelles mais toutefois souvent abondantes. Il est sans aucun doute nécessaire d'être d'autant plus vigilant que les femmes sont jeunes.

2.1.3. La consommation d'alcool selon le sexe

La consommation d'alcool reste plus fréquente chez les hommes qui, comparativement aux femmes sont presque trois fois plus nombreux à en consommer tous les jours (19 % versus 7 %) [9] et presque deux fois plus nombreux à en consommer plusieurs fois par semaine (21,7 % versus 11,8 %). Au contraire, les consommations occasionnelles (moins d'une fois par semaine) concernent essentiellement les femmes, soit 48 % contre 27 % des hommes [9] et il en va de même pour la proportion d'abstinents déclarés au cours de l'année (17,2 % parmi les femmes versus 13 % parmi les hommes) [16].

L'écart entre les sexes est aussi très marqué en terme de quantités bues : les hommes qui déclarent consommer de l'alcool ont bu en moyenne 2,8 verres dans la journée lors de leur dernière consommation, contre 1,7 verres pour les femmes [9].

Les épisodes d'ivresse ainsi que d'API ont sensiblement augmenté, pour les jeunes hommes comme pour les jeunes femmes. Parmi les hommes, les consommations ponctuelles sont les plus fréquentes parmi les 25-34 ans : deux tiers d'entre eux (67 %) ont connu au moins une API dans l'année, 37 % tous les mois, et près de la moitié ont déclaré au moins une ivresse dans l'année (47 %). Parmi les femmes, ces consommations culminent avant 25 ans : 43 % des 15-24 ans déclarent une API dans l'année, 19 % tous les mois, et un tiers d'entre elles (34 %) ont connu une ivresse au cours des douze derniers mois [15].

On met également en évidence une différence entre les hommes et les femmes en fonction de leur situation socioprofessionnelle. Parmi les hommes, l'usage régulier d'alcool est plus rare chez les plus instruits. Il est au contraire beaucoup plus fréquent chez les femmes diplômées. L'ivresse alcoolique est plus fréquente chez les femmes titulaires d'un diplôme du supérieur, contrairement aux hommes [17]. Pour les moins de 25 ans, elle est principalement associée au statut d'étudiante. En 2014, 28 % d'entre elles ont connu des API tous les mois (19 % en 2010) et 11 % ont connu au moins dix ivresses (7 % en 2010) [10]. Sont également

particulièrement exposées les agricultrices, les femmes artisans, commerçantes, et les chefs d'entreprise, chez qui la consommation d'alcool est plus souvent chronique [18].

Ainsi, bien que moins exposées au risque de boire que les hommes, les femmes le sont toutefois également, et ce d'autant plus qu'elles sont jeunes et diplômées.

2.1.4. La consommation d'alcool des femmes enceintes

Même si la consommation d'alcool se révèle nettement moindre parmi les femmes enceintes, la prévalence de la consommation d'alcool par la femme enceinte n'est pas connue de façon exacte en France et les chiffres sont généralement évalués par extrapolation à partir de données issues des études épidémiologiques sur la population globale. Les données sont extrêmement variables d'une étude à l'autre selon la méthodologie utilisée, la population étudiée et le moment de la grossesse. Elles se basent sur des chiffres de consommation déclarée, étant donné qu'il n'y a pas de marqueur biologique pour mesurer l'usage d'alcool ; or celle-ci est le plus souvent sous-estimée par rapport à la consommation réelle, du fait de la mauvaise image sociale que véhicule la consommation d'alcool chez la femme, et plus encore chez la femme enceinte.

La plupart des études rapportent une diminution sur vingt ans de l'alcoolisation des femmes pendant leur grossesse. En 1986, 15 % des femmes enceintes consommaient au moins trois verres d'alcool par jour (un verre correspondant à 10 grammes d'alcool pur), alors qu'en 2008, seules 4 % d'entre elles consommaient 30 grammes et plus d'alcool pur par jour [19].

Dans une étude publiée en 2013 dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire portant sur une large population de 13 776 femmes françaises, 23 % des femmes déclaraient avoir consommé de l'alcool pendant leur grossesse. 17,2 % d'entre elles avaient consommé de l'alcool une fois ou moins par mois et 2,5 % plus d'une fois par mois [3].

Trois pour cent des femmes disaient en avoir consommé seulement avant de se savoir enceintes. Parmi les femmes ayant consommé des boissons alcoolisées, 7 % répondaient qu'elles buvaient 2 verres ou plus au cours d'une journée ordinaire et 20 % un seul verre. Très peu nombreuses étaient les femmes qui disaient avoir bu 3 verres ou plus en une même

occasion : 2 % moins d'une fois par mois et 0,3 % une fois par mois ou plus souvent. Globalement, ce sont les femmes de niveau social le plus favorisé, les plus âgées, avec une parité élevée qui étaient le plus souvent consommatrices de boissons alcoolisées durant la grossesse [3].

Trois quarts (76 %) des femmes qui consommaient de l'alcool déclaraient avoir arrêté totalement leur consommation durant la grossesse, un comportement déclaré toutefois par seulement la moitié des femmes de moins de 25 ans ayant déjà été enceintes [20].

La consommation d'alcool par les femmes enceintes renvoie avant tout à une consommation occasionnelle : 32 % d'entre elles ont conservé une telle pratique, contre 80 % des femmes du même âge qui ne sont pas enceintes. Si 3 % des femmes enceintes déclaraient boire toutes les semaines (contre 25 % des femmes ne l'étant pas), 29 % boivent moins fréquemment. Environ 60 % des femmes qui consommaient de l'alcool avant leur grossesse ont arrêté de boire à son démarrage. Ce changement de comportement est encore plus prononcé passé le premier trimestre de grossesse, les trois quarts des femmes enceintes (76 %) ayant alors arrêté toute consommation d'alcool. Si une part non négligeable de femmes continuait à boire des boissons alcoolisées au cours de leur grossesse, les quantités consommées s'avéraient nettement plus faibles : la consommation hebdomadaire des femmes enceintes était quatre fois moins importante en volume. Par ailleurs, seules 2 % d'entre elles ont déclaré un ou plusieurs épisodes d'API [20].

Même si la consommation d'alcool par les femmes enceintes a nettement diminué au cours des dernières années et reste majoritairement occasionnelle, elles sont encore trop nombreuses à consommer au cours de leur grossesse, avec parfois des conséquences dramatiques pour le futur enfant.

2.2. Conséquences fœtales de la consommation d'alcool pendant la grossesse

Malgré son statut de drogue licite et culturellement bien implantée, l'alcool est clairement la substance psychoactive la plus dangereuse pour le fœtus. Quelle que soit la quantité absorbée (même en petite quantité) et quel que soit le type de boisson alcoolisée (apéritif, vin, bière, cidre, spiritueux, etc.), la consommation d'alcool tout au long de la

grossesse expose le futur enfant à des risques graves car il s'agit d'un produit de consommation toxique pour le développement de son système nerveux. Elle est d'ailleurs la première cause de handicap mental d'origine non génétique chez l'enfant.

Les conséquences d'une exposition prénatale à l'alcool peuvent être très variables selon la quantité d'alcool absorbée, le stade de la grossesse, les capacités métaboliques de la mère et la sensibilité individuelle du fœtus. De plus, ces conséquences sont irréversibles. Ainsi, l'on ne peut pas, en l'état actuel des connaissances, définir de seuil de consommation d'alcool en-dessous duquel il n'y aurait pas de risque pour le bébé. Le principe de précaution impose donc de s'abstenir de toute boisson alcoolisée pendant la grossesse [21].

Concrètement, l'éthanol franchissant facilement la paroi placentaire, les concentrations chez le fœtus se trouvent rapidement proches de celles de la mère. De plus, le fœtus reste exposé plus longtemps aux effets toxiques de la consommation d'alcool, du fait d'une dégradation et une élimination plus longues et plus difficiles que chez l'adulte, expliquées par son immaturité hépatique [22].

Une forte exposition prénatale à l'alcool est liée à une augmentation du risque de prématurité [23] et de mort fœtale [24,25].

Les effets de l'alcool sur le futur enfant peuvent se manifester de différentes façons :

- les **Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale** (TCAF) regroupant les manifestations qui peuvent survenir chez un individu dont la mère a consommé de l'alcool durant la grossesse, l'atteinte cérébrale en faisant toute sa gravité ;
- et le **Syndrome d'Alcoolisation Fœtale** (SAF) qui est la forme la plus caractéristique et la plus grave associant des malformations cranio-faciales, un retard de croissance et un déficit mental. Il peut être complet ou partiel, l'enfant présentant alors un seul ou plusieurs stigmates du SAF, les déficits intellectuels étant eux toujours présents.

L'incidence de ces troubles est relativement mal connue en France. Celle du SAF est très variable dans la littérature, selon la définition, les méthodes d'évaluation et la population étudiée, et sa prévalence exacte n'est pas connue. Elle est le plus souvent estimée entre 1 et 3 cas pour mille naissances par an en France, soit entre 500 et 1500 cas par an [1,2]. Les dernières données épidémiologiques officielles [26] indiquent que l'incidence du SAF en

France serait de l'ordre de 1,3 pour 1000 naissances vivantes par an et que celle des TCAF dans les pays occidentaux serait de 9 pour 1000 naissances vivantes par an. L'incidence de la forme sévère du SAF est estimée à 600 naissances par an en France, mais un grand nombre de ces cas n'est cependant pas diagnostiqué [27].

Intéressons-nous à présent plus particulièrement au SAF. Ce dernier comporte [28] :

- une dysmorphie faciale (Figure 1) parfois difficile à mettre en évidence, comprenant :
 - des fentes palpébrales rétrécies et des arcades sourcilières aplaties ;
 - une ensellure nasale prononcée, un nez court en trompette avec des narines antéversées ;
 - un philtrum (sillon naso-labial) lisse, allongé et convexe ;
 - une lèvre supérieure mince et étroite ;
 - un front bombé et étroit avec des fosses temporales profondes ;
 - une implantation basse des cheveux ;
 - des oreilles basses et décollées, mal ourlées, avec un bord supérieur horizontal ;
 - peuvent également être associés un microrétrognatisme et une microcéphalie ;

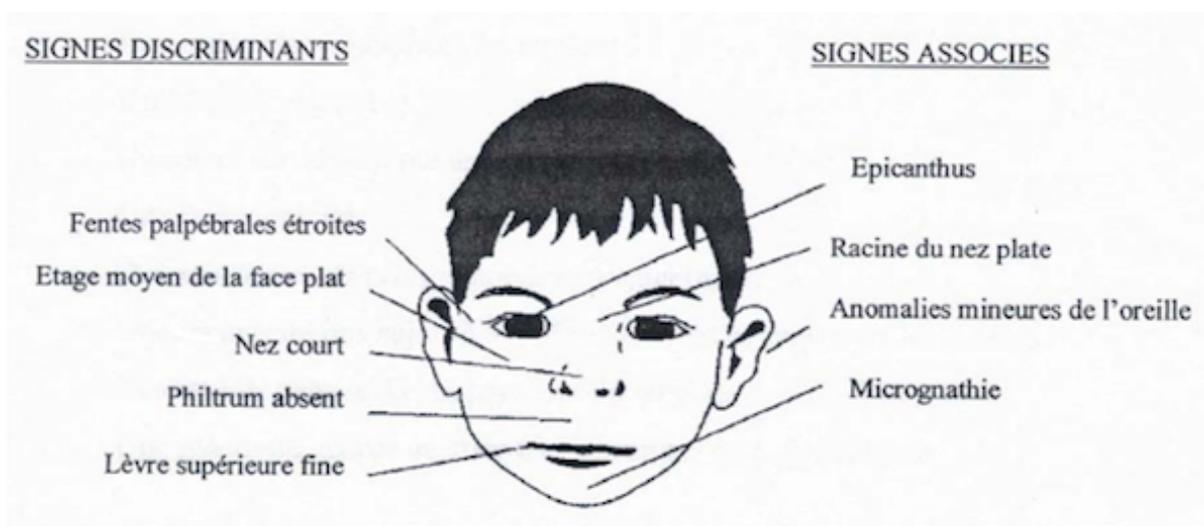


Figure 1 : Signes de la dysmorphie faciale caractéristique d'un enfant atteint de SAF [29]

- un retard de croissance intra-utérin (RCIU) et/ou post natal : le RCIU est harmonieux (affectant le poids, la taille et le périmètre crânien), touchant plus particulièrement les os longs ; il existe dans 80 % des cas et peut s'associer à la prématurité, aggravant le pronostic, avec un rattrapage post natal qui sera mauvais ;

- des troubles du développement neurologique s'exprimant :
 - parfois par un retard mental ;
 - plus souvent par des difficultés d'apprentissage (avec troubles de l'attention, de la mémoire, du raisonnement abstrait), troubles du calcul, du langage, une déficience sensorielle (surtout visuelle), des troubles du comportement, des troubles des facultés d'adaptation et des conduites sociales, sources de difficultés d'insertion sociale ;
- des malformations congénitales : présentes dans 10 à 30 % des cas, elles se constituent pendant la phase d'organogénèse du premier trimestre de la grossesse. Il peut s'agir de cardiopathies (tétralogie de Fallot), d'anomalies du système nerveux (spina bifida, hydrocéphalie, méningocèles, agénésie du corps calleux), d'anomalies du squelette (fentes labio-palatines, polydactylies), de malformations du système urogénital (hypospadias, cryptorchidie), ou encore d'anomalies oculaires (strabisme, hypoplasie du nerf optique).

La forme clinique la plus fréquente est la forme partielle, responsable de troubles neuro-développementaux, de difficultés dans les apprentissages et/ou un trouble des facultés d'adaptation.

2.3. Organogénèse et périodes de sensibilité à l'alcool

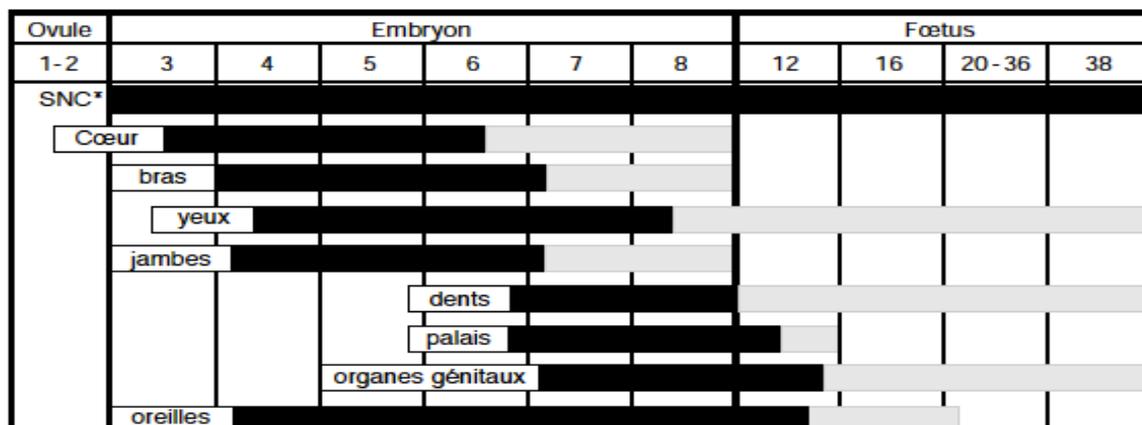
Comme le montre la Figure 2 [30], le développement du futur enfant passe par trois phases intra-utérines successives : l'ovule issu de la fécondation, l'embryon puis le fœtus.

Les différentes parties du corps ne se développant pas toutes au même moment et à la même vitesse, la sensibilité du fœtus à l'alcool n'est pas la même suivant la période de développement :

- Pendant les 12 premiers jours de grossesse, c'est la loi du « tout ou rien » ;
- Du 12^{ème} au 56^{ème} jour de grossesse, période d'embryogénèse, la sensibilité de l'embryon à l'alcool est maximale pour la plupart des parties du corps (zones noires) ;
- A partir de la 12^{ème} semaine de grossesse, pendant la période fœtale qui est la période de croissance (zones grises), la sensibilité du fœtus est moindre et la consommation d'alcool est corrélée aux troubles neurocomportementaux ;

- A partir du 6^{ème} mois de grossesse, une exposition à l'alcool entraîne un retard de croissance global du fœtus et des atteintes du système nerveux central (SNC).

Développement (en semaine)



* Système nerveux central

SOURCE : "Alcool et effets sur la santé", INSERM, 2001

■ Risque accru ■ Susceptibilité moindre

Figure 2 : Périodes de développement des différents organes et sensibilité correspondant aux effets d'une exposition à l'alcool [30]

On remarque que le SNC est potentiellement sensible à l'alcool tout au long de la grossesse, et ce dès la 3^{ème} semaine de grossesse ou 5^{ème} semaine d'aménorrhée (SA) [31]. Or la reconnaissance de la grossesse se fait au plus tôt après le retard de règles soit à la 2^{ème} semaine de grossesse ou 4^{ème} semaine d'aménorrhée (SA).

Ainsi, l'exposition fœtale à l'alcool est possible en tout début de grossesse, alors que la femme ne se sait pas encore enceinte. Cette exposition est donc particulièrement importante à connaître afin d'être vigilant sur le repérage des risques fœtaux éventuels.

2.4. Prévention de l'alcoolisation fœtale

2.4.1. Une nécessité légale

Tout a débuté en 2004, quand quatre femmes ayant donné naissance à un enfant porteur du SAF à Roubaix ont accusé le gouvernement de ne pas les avoir informées des dangers potentiels de la consommation d'alcool pendant la grossesse ; c'est alors qu'a émergé la nécessité de mettre en œuvre une politique de prévention contre ces dangers.

Par la suite, en 2005, l'amendement Payet (intégré dans la loi du 11 février 2005 relative aux droits des personnes handicapées, et son arrêté du 2 octobre 2006) impose qu'un message sanitaire soit apposé sur les bouteilles de boissons alcoolisées préconisant l'abstinence de toute consommation pendant la grossesse. Il constitue un complément aux dispositions de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique en matière de consommation d'alcool chez les femmes enceintes. En vertu du principe de précaution, cette loi recommande de ne pas consommer d'alcool au moment de la grossesse et prévoit la diffusion de cette information aux professionnels de santé de la périnatalité comme les gynécologues, les sages-femmes et les professionnels travaillant en PMI (Protection Maternelle et Infantile), par le biais d'un courrier de sensibilisation accompagné de cartes postales d'information à remettre aux patientes. Elle prévoit également de former ces professionnels aux effets de l'alcool sur le fœtus. Par ailleurs, elle prône à l'attention du grand public, d'une part des campagnes d'information sur la prévention du SAF, et d'autre part une sensibilisation aux risques sanitaires de la consommation d'alcool pendant la grossesse dans les collèges et les lycées [32,33].

L'information des jeunes dans les établissements scolaires doit être assurée lors d'interventions relatives à la prévention des conduites addictives en milieu scolaire. Pour cela, un guide a vu le jour en 2005, créé par la MILDT (Mission Interministérielle de la Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie) devenue MILDECA et la DESCO (Direction de l'Enseignement Scolaire).

En outre, l'article L3311-3 du Code de la Santé Publique, paru au Journal Officiel en août 2004, prévoit que :

« Les campagnes d'information menées dans le cadre de la lutte antialcoolique doivent comporter des messages de prévention et d'éducation. Ces messages ne doivent pas présenter de caractères discriminatoires entre les différents produits. Ces campagnes doivent également porter sur la prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale et inciter en particulier les femmes enceintes à ne pas consommer d'alcool. »

« La formation des professionnels de santé et secteur médicosocial comprend un enseignement dédié aux effets de l'alcool sur le fœtus. »

L'information du grand public sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse est reprise dans l'article L3322-2 du Code de la Santé Publique et a été complétée en février 2005 par l'alinéa suivant :

« Sur tous les conditionnements des boissons alcoolisées, un message à caractère sanitaire préconisant l'absence de consommation d'alcool par les femmes enceintes. »

De plus, l'élaboration en décembre 2009 par le Ministère de la Santé du carnet de maternité a permis d'y intégrer un message énonçant les risques pour le développement du fœtus et de l'enfant en cas de consommation d'alcool par la femme enceinte, même à des doses faibles. Ce carnet est envoyé gratuitement à la mère à l'issue du premier examen prénatal obligatoire (soit par sa caisse d'assurance maladie, soit par les services de PMI, soit par sa mutuelle). Grâce à ce carnet, les femmes enceintes connaissent leurs droits, leurs obligations et les différentes aides auxquelles elles peuvent avoir recours durant les neuf mois de leur grossesse [33,34].

Ainsi, il existe un devoir d'information des femmes en âge de procréer sur les risques de l'exposition fœtale à l'alcool, et ce dès le tout début de la grossesse.

2.4.2. Moyens mis en œuvre

Les informations ont été diffusées à partir d'octobre 2007 par deux moyens.

Consécutivement au recours déposé par le tribunal administratif de Lille en 2004, le législateur a imposé sur toutes les étiquettes de boissons alcoolisées l'impression d'un **pictogramme** (Figure 3) représentant une femme enceinte avec un verre à la main, barré d'un trait rouge ou du **message** suivant : « la consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse, même en faible quantité, peut avoir des conséquences graves sur la santé de l'enfant ». Le logo ou le texte doivent être visibles (couleur non obligatoire), lisibles, compréhensibles et indélébiles. En cas de non-respect, la peine encourue est une amende de 6000 euros.



Figure 3 : Pictogramme figurant sur les bouteilles d'alcool

Cette information est également donnée par les organismes publics comme l'INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé), devenu Santé Publique France (SPF), qui réalise une campagne spécifique par voie de presse et d'affichage (Annexe 1).

Une **carte postale informative** a été délivrée par l'INPES (Annexe 2) et mise à disposition des professionnels de santé, leur permettant d'évoquer avec leurs patientes les risques liés à la consommation d'alcool (mais également de tabac) au cours de la grossesse. Elle stipule que toute consommation, même faible, expose le futur enfant à des risques. Elle évoque les risques de fausse-couche, d'accouchement prématuré, de retard de développement mental et physique ainsi que les troubles du comportement de l'enfant, mais le terme de SAF n'est pas évoqué. Par ailleurs, il n'est pas cité qu'il n'existe pas de seuil de toxicité, d'où la nécessité d'une abstinence totale [35].

2.5. Prévention des risques en pharmacie d'officine

La grossesse ne doit pas être considérée comme une pathologie mais comme un état physiologique particulier, comportant cependant des risques, qu'un professionnel de santé, tel le pharmacien d'officine doit connaître.

Les risques relatifs à l'alcool étant comme nous l'avons vu sous-estimés et méconnus du grand public en France, le pharmacien d'officine doit pouvoir informer et conseiller une femme enceinte, pour un déroulement harmonieux de sa grossesse.

L'achat en pharmacie de tests urinaires de grossesse par des femmes susceptibles d'être enceintes ou de tests d'ovulation par des femmes en désir de grossesse, semble pouvoir constituer un moment privilégié de prévention et de repérage en tout début de grossesse.

A ma connaissance, aucune étude de faisabilité portant sur un document d'information (DI) n'a été réalisée jusqu'alors en pharmacie d'officine.

2.6. Question de recherche

Quelle est la faisabilité d'une remise systématique d'un document d'information sur les risques liés à l'alcoolisation fœtale en pharmacie d'officine ?

2.7. Objectifs principal et secondaires

L'**objectif principal** de notre étude est d'étudier la capacité pratique des professionnels de santé travaillant en pharmacie d'officine à remettre un document d'information sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse, à toute femme ou tierce personne venant acheter un test urinaire de grossesse ou un test d'ovulation.

Les **objectifs secondaires** sont :

- étudier le niveau d'acceptabilité du document d'information et de l'étude par les femmes ;
- et explorer le niveau de satisfaction vis-à-vis de l'étude par les femmes et les professionnels de santé à travers les réponses aux questionnaires qui leur étaient destinés.

3. MATÉRIELS ET MÉTHODES

3.1. Schéma et déroulement de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, quantitative, transversale, multicentrique, de faisabilité.

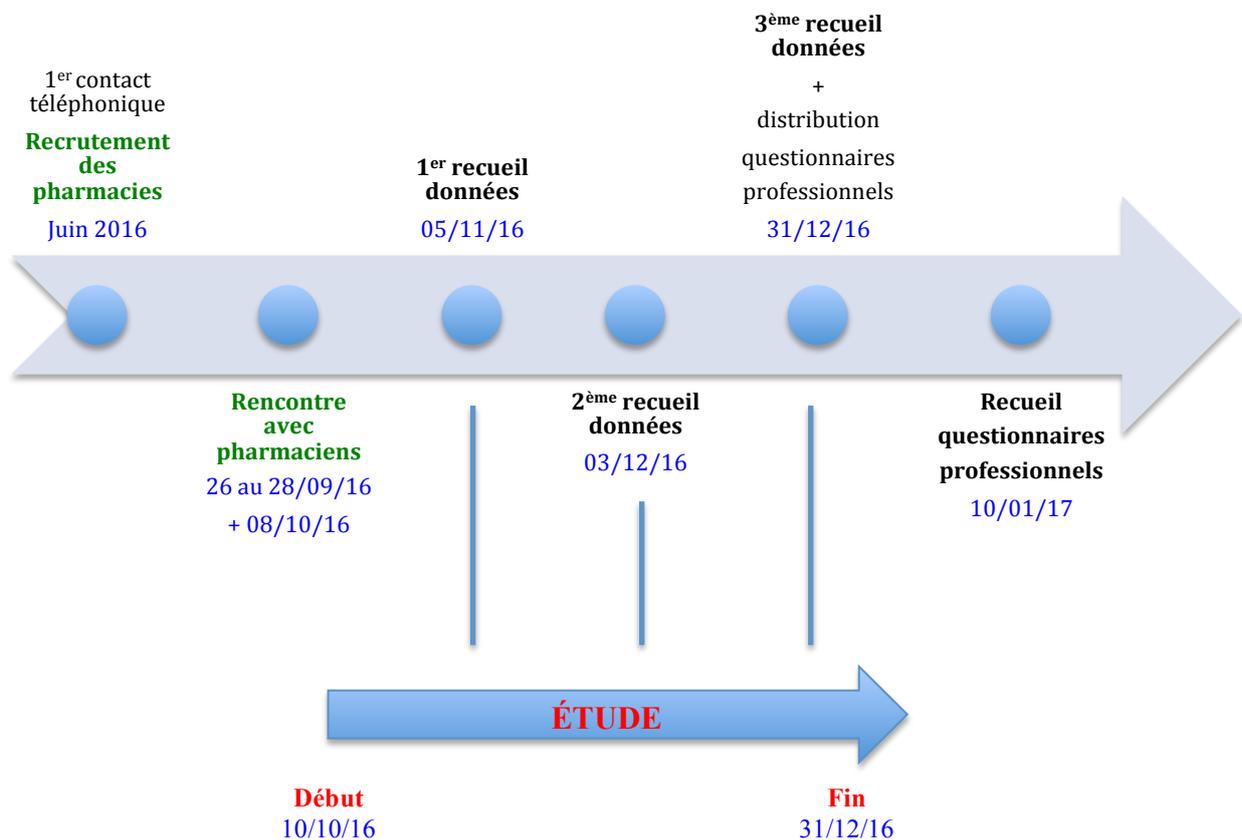


Figure 4 : Déroulement chronologique de l'étude

3.2. Aspects réglementaires et financement

Notre projet ayant pour base une analyse de données recueillies par des questionnaires anonymes, et la recherche, par conséquent, étant hors du champ des dispositions régissant la recherche biomédicale et les soins courants, nous n'avons pas soumis notre protocole de recherche à un Comité de Protection des Personnes (CPP). Nous n'avons pas non plus contacté la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) du fait de l'anonymat de nos questionnaires.

Par ailleurs, le décret d'application de la loi Jardé - loi relative aux recherches impliquant la personne humaine (décret n° 2016-1537 du 16 novembre 2016) - a été publié le 17 novembre 2016 au Journal Officiel, et est entré en application le 18 novembre 2016, donc après le début de notre étude.

Le consentement des pharmaciens a été recueilli verbalement lors d'un entretien téléphonique au cours duquel le projet leur a été présenté.

Notre étude a été financée par le réseau AGIR 33 Aquitaine qui anime un nouveau centre ressources Alcool et Grossesse depuis le 1^{er} avril 2016, grâce à un double financement de la part de l'ARS et de la MILDECA.

3.3. Population concernée

3.3.1. Population cible et population source

La **population cible** comprend les femmes en âge de procréer, en désir de grossesse ou susceptibles d'être au début d'une grossesse non encore diagnostiquée.

La **population source** comprend les femmes achetant un test urinaire de grossesse ou un test d'ovulation en pharmacie d'officine.

3.3.2. Population étudiée

- Critères d'inclusion :
 - Femmes (ou personnes de leur entourage) achetant un test urinaire de grossesse ou un test d'ovulation ;
 - Dans l'une des pharmacies d'officine de l'étude ;
 - Durant la période de l'étude.

- Critère de non inclusion :
 - Aucun (la situation naturelle prévoyant la distribution systématique).

- Critère d'exclusion :
 - Aucun pour la détermination des proportions de distribution (tout questionnaire est remis, même non rempli).

3.4. Mode de recrutement

Nous avons recruté librement 10 pharmacies investigatrices volontaires, couvrant des territoires variés (urbain et semi-rural) en Dordogne, plus précisément dans la Communauté d'Agglomération du Grand Périgueux, compte-tenu du nombre moyen de tests vendus dans ces pharmacies d'officine (globalement entre 15 et 20 tests de grossesse et entre 0 et 2 tests d'ovulation chaque mois).

Dans un premier temps, en juin 2016, un premier contact téléphonique a été établi avec des pharmaciens exerçant sur les communes de Périgueux, Trélissac, Coulounieix-Chamiers, Marsac-sur-l'Isle, Chancelade et Champcevinel. Le but était de leur exposer les grandes lignes de notre travail et de recueillir leur accord pour participer à l'étude. Une seule pharmacienne a opposé un refus, la sélection s'est donc faite rapidement. Dès lors que le pharmacien acceptait de participer à l'étude, il s'engageait oralement.

Dans un second temps, fin septembre – début octobre 2016, un second contact en face à face, d'une durée moyenne de 30 minutes, a été établi individuellement avec chacun des pharmaciens des 10 officines. Neuf rencontres se sont effectuées entre le lundi 26 et le mercredi 28 septembre 2016, et une a eu lieu plus tardivement le 8 octobre 2016 en raison d'un problème d'organisation et d'un manque de disponibilité du professionnel de santé. C'est à ce moment-là que les différents supports ont été présentés aux pharmaciens, comprenant :

- une affiche ;
- un document d'information avec un flyer et un questionnaire destiné aux patientes ;
- un site internet non encore opérationnel à cette période ;
- un dépliant à l'attention des professionnels de santé ;
- et une fiche explicative.

Les pharmaciens ont également été formés à la distribution systématique du document d'information à chaque femme achetant un test urinaire de grossesse ou un test d'ovulation, ainsi qu'au recueil méthodique des questionnaires distribués aux patientes. Chaque pharmacien était chargé de former son équipe, à savoir l'ensemble des préparateurs et préparatrices en pharmacie travaillant avec eux.

3.5. Durée de l'étude

Le nombre mensuel des ventes de tests urinaires de grossesse et de tests d'ovulation ayant été déterminé sur chaque site, et l'étude de faisabilité impliquant de vérifier le maintien du niveau de distribution sur la durée, **un minimum de 3 mois** paraissait suffisant.

3.6. Élaboration des documents

L'élaboration de l'ensemble des documents s'est faite en partenariat avec **deux autres doctorantes** qui ont travaillé sur les mêmes supports à distribuer :

- d'une part par le personnel d'accueil des LABM (Laboratoires d'Analyses Biologiques Médicales) lors d'un dosage des béta-HCG plasmatiques [36] ;
- et d'autre part par les médecins généralistes consultés par toute femme âgée de 18 à 45 ans [37].

Ce travail s'est également fait en étroite collaboration avec notre **directeur de thèse** et la **chargée de mission d'AGIR 33 Aquitaine**, et a été validé par l'**ARS Nouvelle-Aquitaine**, ainsi que par le **Réseau Périnat Aquitaine**.

La conception graphique et l'impression des documents ont été effectuées par l'agence de communication **O Tempora** située à Bordeaux.

3.6.1. Élaboration de l'affiche

Nous avons repris la charte graphique des affiches nationales (Annexes 3 et 4), élaborées par Santé Publique France et distribuées en septembre 2016 aux professionnels de la santé (médecins, pharmaciens et sages-femmes). L'**affiche** (Annexe 5) a été imprimée en format A3 (soit 297 x 420 mm). Elle devait trouver sa place sur chaque site, visible des patientes, sa disposition étant laissée au libre choix des pharmaciens.

3.6.2. Élaboration du flyer et du questionnaire destiné aux patientes

Nous avons élaboré un document d'information comprenant un *flyer* et un *questionnaire destiné aux patientes*. Il se devait d'être simple, court, informatif, motivant et aussi proche que possible de ce qu'il serait en situation réelle de distribution.

Le **flyer** (Annexe 6) a été imprimé en format A6 (soit 105 x 148 mm), recto-verso, reprenant la charte graphique de notre affiche.

Le **questionnaire destiné aux patientes** (Annexe 7) a été imprimé en recto, en format A5 (soit 148 x 210 mm). Un texte encadré en haut du document présente la campagne de prévention en Aquitaine sur les consommations d'alcool pendant la grossesse et invite la patiente à répondre anonymement au questionnaire. Devaient être précisés l'âge de la patiente ainsi que la date du jour de la vente du test.

Le questionnaire comprend *6 items* (5 questions fermées et 1 question ouverte) :

- une première question afin de repérer si les patientes se sentent assez informées sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse ;
- une seconde question sur la clarté et l'utilité du flyer ;
- une troisième question afin de savoir si le flyer qui leur a été remis les incite à parler de leur consommation d'alcool à un professionnel de santé et à consulter le site internet d'information et de ressources qui sera évoqué au prochain chapitre ;
- une quatrième question sur ce que les patientes comptent faire du flyer qui leur a été distribué ;
- une cinquième question leur demandant si elles ont vu l'affiche correspondante dans le local ;
- une dernière partie leur permettant de s'exprimer librement sur d'éventuelles critiques et/ou propositions d'amélioration sur le flyer qui leur a été proposé.

Le flyer et le questionnaire étaient agrafés l'un à l'autre et devaient être remis de manière systématique à chaque femme achetant un test urinaire de grossesse ou un test d'ovulation, par les professionnels de la pharmacie avec qui il était convenu qu'ils expliquent brièvement la démarche. Le flyer était destiné à la patiente et cette dernière était invitée à remplir le questionnaire associé. Une **tablette rigide** servant de support et des **stylos** ont été mis à disposition pour le remplissage des questionnaires, ainsi qu'une **urne** à disposition des professionnels pour en effectuer le recueil.

3.6.3. Élaboration du site internet

Le **site internet** www.alcool-grossesse.com (Annexe 8), que nous avons créé avec l'aide précieuse de l'agence O Tempora, a été opérationnel le 12 octobre 2016 (soit 2 jours

après le lancement de l'étude). Il a pour vocation de permettre aux patientes d'avoir accès à des informations sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse, mais également sur d'autres consommations à risque.

Il comprend *4 parties* :

- une partie sur les effets de l'alcool sur le fœtus avec des liens hypertextes vers le site Alcool Info Service ;
- une partie reprenant des coordonnées de professionnels de santé auprès de qui il est possible de se renseigner, ainsi qu'un formulaire de contact dont les messages sont transférés sur la boîte mail de la chargée de mission d'AGIR 33 Aquitaine ;
- une partie sur la documentation destinée d'une part au grand public et d'autre part aux professionnels de santé ;
- et une dernière partie sur les autres consommations à risque (tabac, cannabis, médicaments, autres toxiques) qui reprend également des contacts ainsi que des liens hypertextes vers les sites Tabac Info Service, du CRAT (Centre de Référence sur les Agents Tératogènes) et Drogues Info Service.

3.6.4. Élaboration de la fiche explicative

Une **fiche explicative** (Annexe 9) a été remise à chaque pharmacien et a été détaillée oralement au moment de notre rencontre ayant eu lieu fin septembre – début octobre 2016, lors de la distribution de l'ensemble des autres documents.

Un encadré en haut de l'affiche explique brièvement le programme d'actions expérimental mis en œuvre en Aquitaine jusqu'en 2018, suivie d'une phrase de remerciements pour avoir accepté de participer à notre étude.

Cette fiche comprend *plusieurs parties* :

- l'objectif de l'étude ;
- les divers outils mis en place ;
- les différents cas qui pourront se présenter, à savoir :
 - Cas n°1 : la patiente refuse de prendre le document remis : le professionnel de santé se charge d'inscrire la date sur le questionnaire avec l'annotation

« refus », si possible le motif de ce dernier, et doit déposer l'ensemble (flyer et questionnaire toujours agrafés l'un à l'autre) dans l'urne ;

- Cas n°2 : la patiente accepte le document remis mais ne souhaite pas remplir le questionnaire : le professionnel de santé veille à ce que cette dernière dépose le questionnaire vierge dans l'urne et y inscrit la date ;
- Cas n°3 : la patiente accepte le document remis et remplit le questionnaire : le professionnel de santé veille à ce que le questionnaire rempli soit recueilli dans l'urne ;
- Cas n°4 : la personne achetant le test de grossesse ou le test d'ovulation est un membre de l'entourage (homme, ou femme pas en âge de procréer par exemple) : le professionnel de santé lui remet le flyer et date le questionnaire préalablement barré qu'il déposera dans l'urne ;
- Cas n°5 : la patiente a déjà reçu le document : le professionnel de santé inscrit la date sur le questionnaire avec l'annotation « déjà reçu » et dépose l'ensemble (flyer et questionnaire toujours agrafés l'un à l'autre) dans l'urne ;

- la durée de l'étude, ainsi que les dates de recueil des données ;

- et enfin mes coordonnées téléphoniques et adresse e-mail pour me joindre facilement.

3.6.5. Plaquette de présentation du programme expérimental

Une **plaquette de présentation du programme expérimental** mis en œuvre en Aquitaine (Annexe 10), sous forme de dépliant en format A5 (soit 148 x 210 mm), a été remise à chaque pharmacien.

3.6.6. Élaboration du questionnaire destiné aux professionnels

Le **questionnaire destiné aux professionnels** a été imprimé en format A4 (soit 210 x 297 mm) et recto-verso.

Sur le recto (Annexe 11), nous avons repris brièvement l'objectif de notre projet et explicité les résultats obtenus au cours des 8 premières semaines de l'étude.

Sur le verso (Annexe 12), on trouve le questionnaire avec en premier lieu des données sociodémographiques et par la suite *6 items* (5 questions fermées et 1 question ouverte) :

- une première question sur la simplicité, la rapidité et l'utilité de la remise systématique du document d'information à toute femme achetant un test urinaire de grossesse ou un test d'ovulation ;

- une seconde question afin de savoir si le professionnel de santé serait prêt à poursuivre la distribution du flyer et laisser l'affiche correspondante dans le local, avec possibilité de se justifier en cas de réponse négative ;

- une troisième question plus générale sur l'utilité de faire de la prévention sur l'alcoolisation fœtale en officine, avec possibilité d'apposer des commentaires ;

- une quatrième et une cinquième question sur d'éventuels retours positifs ou négatifs de la part des patientes, avec possibilité de préciser ;

- enfin une dernière partie permettant de s'exprimer librement sur des améliorations à apporter concernant la prévention de l'alcoolisation fœtale en officine.

Les questionnaires destinés aux professionnels ont été distribués le dernier jour de l'étude. Ils étaient individuels ; il y avait par conséquent autant de questionnaires que de professionnels de santé.

3.7. Critères de jugement de l'objectif principal

3.7.1. Critère de jugement principal

Le **critère de jugement principal** était *la proportion des femmes ayant reçu le document d'information*, c'est à dire le rapport entre le nombre de femmes ayant reçu le document d'information et le nombre de tests urinaires de grossesse et de tests d'ovulation vendus *sur l'ensemble des pharmacies durant toute la durée de l'étude*, permettant d'étudier la capacité pratique des professionnels de santé des pharmacies d'officine à remettre les documents aux personnes concernées.

3.7.2. Critère de jugement secondaire

Le **critère de jugement secondaire** était *l'évolution de la proportion des femmes ayant reçu le document d'information selon le mois de l'étude*, afin de juger de l'épuisement de la capacité pratique des professionnels de santé des pharmacies d'officine à remettre les documents aux personnes concernées.

3.8. Méthode de recueil et analyse des données

3.8.1. Méthode de recueil

Le recueil des données s'est effectué en *3 temps* :

- un premier recueil au bout de 4 semaines, le samedi 5 novembre 2016 ;
- le second 4 semaines plus tard, le samedi 3 décembre 2016 ;
- et le dernier 4 semaines plus tard, au terme de l'étude, le samedi 31 décembre 2016.

Je me suis déplacée en personne dans chaque officine et ai rencontré lors de chaque recueil le pharmacien de chacune des 10 pharmacies. Plusieurs données ont pu être récoltées :

- le **nombre de tests urinaires de grossesse et de tests d'ovulation vendus** ; donnée retrouvée facilement par le pharmacien grâce au système informatique, en scannant le code barre de chaque test en vente dans l'officine ;

- le **nombre de documents d'information distribués** ; donnée aisée à retrouver en soustrayant le nombre de documents restants sur chaque site au nombre de documents mis à disposition initialement (35 documents d'information laissés dans chaque pharmacie pour chacune des périodes de 4 semaines) ;

- le **nombre de questionnaires patientes** recueillis dans l'urne, en distinguant chacun des 5 cas (refus du document / acceptation avec questionnaire rempli ou non / document remis à une tierce personne / document déjà reçu) ;

- le **nombre de questionnaires « perdus de vue »**, c'est-à-dire distribués mais non recueillis dans l'urne, soit la différence entre le nombre de documents d'information distribués et le nombre de questionnaires recueillis dans l'urne.

Quant aux **questionnaires professionnels** distribués le dernier jour de l'étude, un délai de 10 jours a été accordé afin de laisser le temps à chaque professionnel d'en prendre connaissance et d'y répondre. Le recueil s'est donc effectué le mardi 10 janvier 2017, toujours par mes soins, en me déplaçant dans chacune des pharmacies.

3.8.2. Analyse des données

Les différentes données et l'analyse de chaque questionnaire (patientes et professionnels) ont ensuite été saisies par mes soins sur le logiciel tableur **Microsoft Excel** (Microsoft Office for Mac 2011 version 14.7.1).

Nous avons effectué des analyses univariées, les variables quantitatives étant décrites par leur moyenne et leur médiane, les variables catégorielles en effectif et proportion et les prévalences décrites en pourcentage.

4. RÉSULTATS

4.1. Proportions de femmes ayant reçu le DI au cours de l'étude

4.1.1. Sur l'ensemble des sites

Au cours des trois mois d'étude, **352 tests ont été vendus** (comprenant 350 tests urinaires de grossesse et 2 tests d'ovulation) et **229 documents d'information ont été distribués** par l'ensemble des professionnels de santé des dix pharmacies.

De ce fait, **la proportion de femmes ayant reçu le document d'information pendant l'étude sur l'ensemble des pharmacies est de 65,1%** (229/352), ceci reflétant la capacité pratique des professionnels de santé travaillant dans les pharmacies d'officine de l'étude à remettre les documents d'information aux femmes concernées.

4.1.2. En fonction du site

La Figure 5 reprend le nombre de tests urinaires de grossesse et de tests d'ovulation vendus, ainsi que le nombre de documents d'information distribués par les professionnels de santé de chaque pharmacie pendant les trois mois de l'étude.

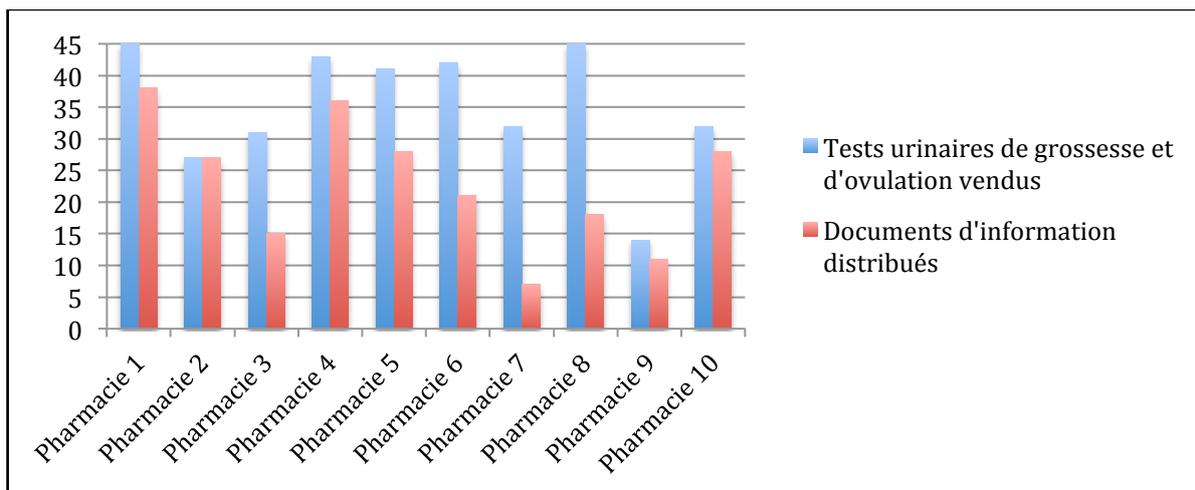


Figure 5 : Nombre de tests vendus et de DI distribués pendant l'étude sur chaque site

La Figure 6 correspond aux **proportions de femmes ayant reçu le document d'information pendant l'étude en fonction du site**, ceci reflétant la capacité pratique des professionnels de santé travaillant dans chacune des pharmacies d'officine prises séparément à remettre les documents d'information aux femmes concernées.

- Pharmacie 1 :	84,4 %	(38/45)	- Pharmacie 6 :	50,0 %	(21/42)
- Pharmacie 2 :	100 %	(27/27)	- Pharmacie 7 :	21,9 %	(7/32)
- Pharmacie 3 :	48,4 %	(15/31)	- Pharmacie 8 :	40,0 %	(18/45)
- Pharmacie 4 :	83,7 %	(36/43)	- Pharmacie 9 :	78,6 %	(11/14)
- Pharmacie 5 :	68,3 %	(28/41)	- Pharmacie 10 :	87,5 %	(28/32)

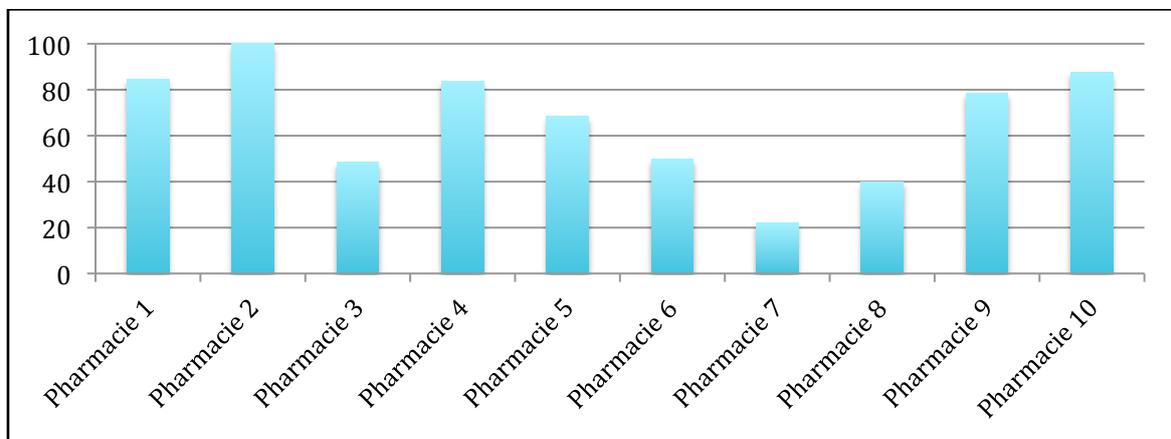


Figure 6 : Proportions de femmes ayant reçu le DI pendant l'étude selon le site

Il existe une variation importante de la proportion des femmes ayant reçu le DI pendant l'étude selon les pharmacies (de 21,9 à 100 %).

4.2. Proportions de femmes ayant reçu le DI selon la période

L'analyse des proportions de femmes ayant reçu le document d'information en fonction de la période va nous permettre de juger de l'évolution de la distribution avec le temps et de vérifier s'il existe un épuisement de la capacité pratique des professionnels de santé des pharmacies d'officine à remettre les documents aux personnes concernées.

4.2.1. Sur l'ensemble des sites

La répartition des ventes de tests selon la période de l'étude est la suivante (Figure 7) :

- **115 tests urinaires de grossesse** au cours de la première période (du lundi 10 octobre au samedi 5 novembre 2016) ;

- **118 tests urinaires de grossesse** au cours de la seconde période (du lundi 7 novembre au samedi 3 décembre 2016) ;

- **117 tests urinaires de grossesse et 2 tests d'ovulation** au cours de la troisième période (du lundi 5 décembre au samedi 31 décembre 2016).

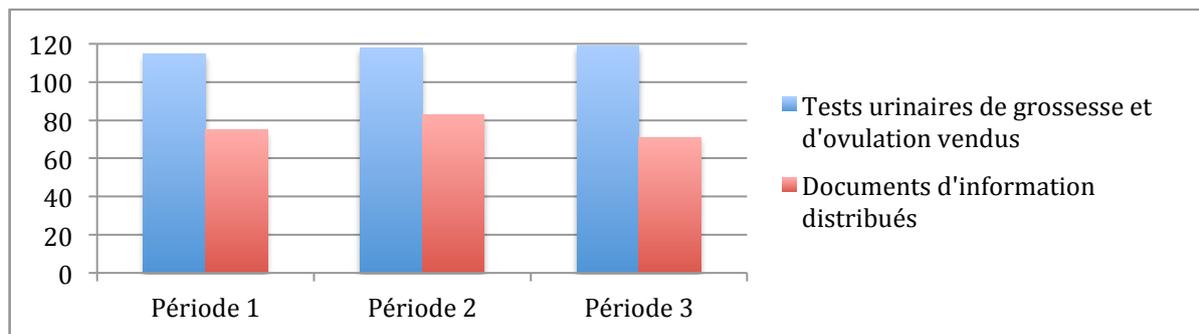


Figure 7 : Nombre de tests vendus et de DI distribués sur l'ensemble des sites selon la période

Toujours au cours des trois mois d'étude, 229 documents d'information ont été distribués par l'ensemble des professionnels de santé des dix pharmacies : **75 pendant la première période, 83 pendant la seconde, et 71 pendant la dernière** (Figure 7).

Par conséquent, **65,2 % (75/115) des femmes ont reçu le document d'information** sur l'ensemble des sites **pendant la première période, 70,3 % (83/118) pendant la seconde, et 59,7 % (71/119) pendant la troisième** (Figure 8).

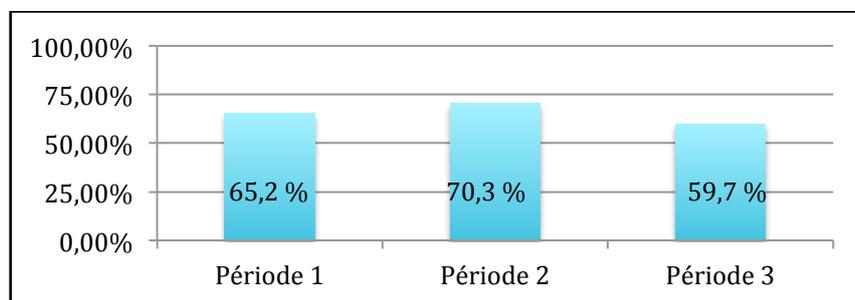


Figure 8 : Proportions de femmes ayant reçu le DI sur l'ensemble des sites selon la période

Il n'existe pas de variation significative de la proportion des femmes ayant reçu le DI selon le mois de l'étude, si on considère la totalité des pharmacies.

4.2.2. En fonction du site

Le tableau suivant et la Figure 9 correspondent aux **proportions de femmes ayant reçu le document d'information en fonction de la période et du site** :

	Période 1		Période 2		Période 3	
Pharmacie 1	88,9 %	(8/9)	96 %	(24/25)	54,5 %	(6/11)
Pharmacie 2	100 %	(11/11)	100 %	(4/4)	100 %	(12/12)
Pharmacie 3	72,7 %	(8/11)	55,6 %	(5/9)	18,2 %	(2/11)
Pharmacie 4	93,3 %	(14/15)	78,6 %	(11/14)	78,6 %	(11/14)
Pharmacie 5	100 %	(12/12)	53,8 %	(7/13)	56,2 %	(9/16)
Pharmacie 6	50 %	(7/14)	61,5 %	(8/13)	40 %	(6/15)
Pharmacie 7	13,3 %	(2/15)	33,3 %	(3/9)	25 %	(2/8)
Pharmacie 8	27,8 %	(5/18)	33,3 %	(4/12)	60 %	(9/15)
Pharmacie 9	66,7 %	(2/3)	100 %	(5/5)	66,7 %	(4/6)
Pharmacie 10	85,7 %	(6/7)	85,7 %	(12/14)	90,9 %	(10/11)

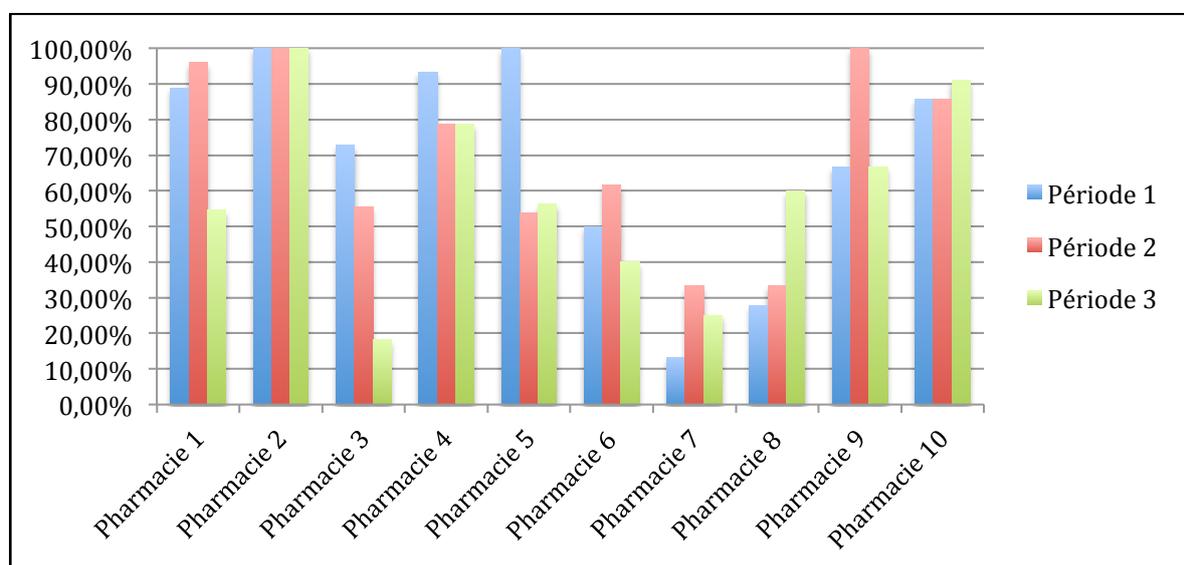


Figure 9 : Proportions de femmes ayant reçu le DI selon le site et la période

L'évolution de la remise des DI au long des 3 mois est très variable selon les pharmacies, allant de l'épuisement à l'amélioration selon les sites.

4.3. Analyse des questionnaires destinés aux patientes

4.3.1. Niveau d'acceptabilité du DI et de l'étude par les femmes

Rappelons tout d'abord les différents cas qui pouvaient se présenter :

- **Cas 1** : la patiente refusait de prendre le document remis ;
- **Cas 2** : la patiente acceptait le document remis mais ne souhaitait pas remplir le questionnaire ;
- **Cas 3** : la patiente acceptait le document remis et remplissait le questionnaire ;
- **Cas 4** : la personne achetant le test de grossesse ou le test d'ovulation était un membre de l'entourage (homme, ou femme pas en âge de procréer par exemple) ;
- **Cas 5** : la patiente avait déjà le reçu le document ;
- **Perdus de vue** : cas où le document d'information avait été distribué, mais n'avait pas été comptabilisé puisque que le questionnaire n'avait pas été retourné dans l'urne.

La Figure 10 reprend la répartition des 229 DI qui ont été distribués au cours de l'étude (périodes 1 + 2 + 3).

Cas 1	23	(5 + 10 + 8)	10,0 %	(23 / 229)
Cas 2	29	(10 + 9 + 10)	12,7 %	(29 / 229)
Cas 3	157	(54 + 58 + 45)	68,6 %	(157 / 229)
Cas 4	11	(5 + 3 + 3)	4,8 %	(11 / 229)
Cas 5	4	(0 + 1 + 3)	1,7 %	(4 / 229)
Perdus de vue	5	(1 + 2 + 2)	2,2 %	(5 / 229)

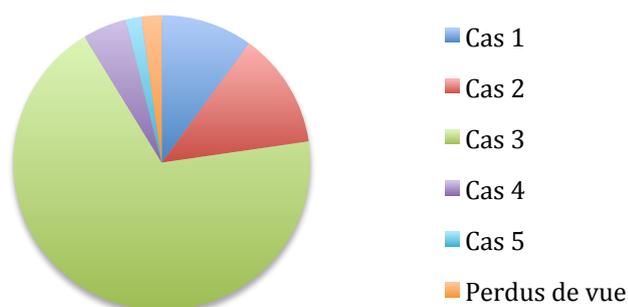


Figure 10 : Proportions des différents cas sur l'ensemble des pharmacies pendant l'étude

L'acceptabilité du DI par les femmes, caractérisée par le fait d'accepter que le professionnel de santé leur remette le DI, est de **90 %** [(229 DI distribués – 23 refus) / 229] **sur l'ensemble des 10 pharmacies au cours de l'étude.**

L'acceptabilité de l'étude par les femmes, caractérisée par le fait d'accepter de participer à l'étude et donc de remplir le questionnaire distribué est de **69,8 %** [157 questionnaires remplis / (229 DI distribués – 4 « déjà reçu »)] sur l'ensemble des dix pharmacies au cours de l'étude.

4.3.2. Proportions de femmes pour chaque niveau de satisfaction exploré

4.3.2.1. Analyse sur l'ensemble des sites au cours de l'étude

Sur 229 femmes ayant reçu le DI, elles ont été 157 à répondre au questionnaire qui leur était destiné. Elles étaient âgées de 16 à 45 ans, avec une **moyenne d'âge de 27,6 ans**, et une médiane située à 27 ans.

➤ A la **question 1** interrogeant les patientes sur le fait de se sentir assez informée sur les risques liés à la consommation d'alcool durant la grossesse :

- **94,3 % (148/157) ont répondu « oui »** ;

- 5,1 % (8/157) ont répondu « non » ;

- 0,6 % (1/157) « ne sais pas ».

➤ La **question 2** concernait d'une part la clarté du flyer proposé avec :

- 2,5 % (4/157) de femmes « pas du tout d'accord » ;

- 2,5 % (4/157) « pas vraiment d'accord » ;

- 30,7 % (48/157) « assez d'accord » ;

- **64,3 % (101/157) « totalement d'accord ».**

Et d'autre part l'utilité du flyer avec :

- 1,3 % (2/157) de femmes « pas du tout d'accord » ;

- 4,4 % (7/157) « pas vraiment d'accord » ;

- 25,5 % (40/157) « assez d'accord » ;
- **68,8 % (108/157) « totalement d'accord ».**

➤ A la **question 3**, il était d'abord demandé aux femmes si le document qu'on leur avait remis les incitait à parler de leur consommation d'alcool à un professionnel de santé :

- 21,7 % (34/157) ont répondu « oui » ;
- **62,4 % (98/157) ont répondu « non » ;**
- 15,9 % (25/157) « ne sais pas ».

Ensuite, il leur était demandé si le document les incitait à consulter le site internet d'information et de ressources :

- 26,1 % (41/157) ont répondu « oui » ;
- **59,2 % (93/157) ont répondu « non » ;**
- 14,7 % (23/157) « ne sais pas ».

Nous nous sommes particulièrement intéressés aux réponses données par les 9 femmes qui avaient répondu « non » ou « ne sais pas » à la question 1, à savoir si elles se sentaient assez informées sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse. D'une part, le document incitait 22,2 % (2/9) d'entre elles à parler de leur consommation avec un professionnel de santé contre 77,8 % (7/9) qui ont répondu « non ». D'autre part, le document incitait 33,3 % (3/9) d'entre elles à consulter le site internet, versus 55,6 % (5/9) et 11,1 % (1/9) ayant répondu respectivement « non » et « ne sais pas ».

➤ La **question 4** interrogeait les femmes sur ce qu'elles comptaient faire du document :

- **38,2 % (60/157) ont répondu « le garder pour moi » ;**
- 15,3 % (24/157) ont répondu « le donner à une amie » ;
- 14 % (22/157) ont répondu « le jeter » ;
- 32,5 % (51/157) « ne sais pas ».

➤ A la **question 5** relative à l'affiche dans le local faisant référence au document :

- 34,4 % (54/157) des femmes l'ont vue ;
- **56,7 % (89/157) ne l'ont pas vue ;**
- 8,9 % (14/157) ne savaient pas.

➤ La **question 6** permettait aux femmes d'émettre des critiques et/ou des propositions d'amélioration sur le flyer distribué. Nous avons obtenu au total 30 réponses à cette question :

- 8 réponses proposant d'énoncer les risques pour le fœtus ;
- 7 réponses comprenant des encouragements et décrivant le projet comme étant une bonne initiative ;
- 4 réponses décrivant l'image comme étant choquante et donc parlante ;
- 4 réponses critiquant les couleurs qui ne sont pas assez vives ;
- 2 réponses proposant d'inclure l'image d'une femme enceinte ;
- 2 réponses expliquant que l'image n'est pas assez choquante ;
- 1 réponse critiquant le dessin dont la taille est trop petite ;
- 1 réponse proposant d'évoquer les risques liés aux autres drogues ;
- et enfin 1 réponse émettant l'idée de distribuer le flyer dans les lycées.

4.3.2.2. Analyse selon l'âge des patientes

La figure 11 reprend la répartition des femmes selon les tranches d'âge suivantes :

- **29,3 %** (46/157) d'entre elles étaient âgées **de 16 à 24 ans** ;
- **35 %** (55/157) femmes avaient **entre 25 et 29 ans** ;
- **24,2 %** (38/157) **entre 30 et 34 ans** ;
- et enfin elles étaient **11,5 %** (18/157) à avoir **entre 35 et 45 ans**.

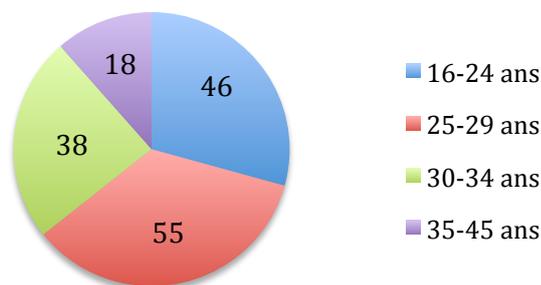


Figure 11 : Répartition des femmes ayant répondu au questionnaire selon leur âge

➤ Les réponses données à la **question 1** sur la connaissance de la toxicité de l'alcool pendant la grossesse ne montrent pas de différence selon la tranche d'âge des patientes.

➤ Les proportions de réponses à la **question 2** des patientes en fonction de leur âge sont réparties de la manière suivante :

✓ Concernant la clarté du flyer (Figure 12) :

- Chez les 16-24 ans, 91,3 % (42/46) étaient « assez d'accord » et « totalement d'accord » ;
- Chez les 25-29 ans, 96,4 % (53/55) étaient « assez d'accord » et « totalement d'accord » ;
- Chez les 30-34 ans, 94,7 % (36/38) étaient « assez d'accord » et « totalement d'accord » ;
- Chez les 35-45 ans, 100 % (18/18) étaient « assez d'accord » et « totalement d'accord ».

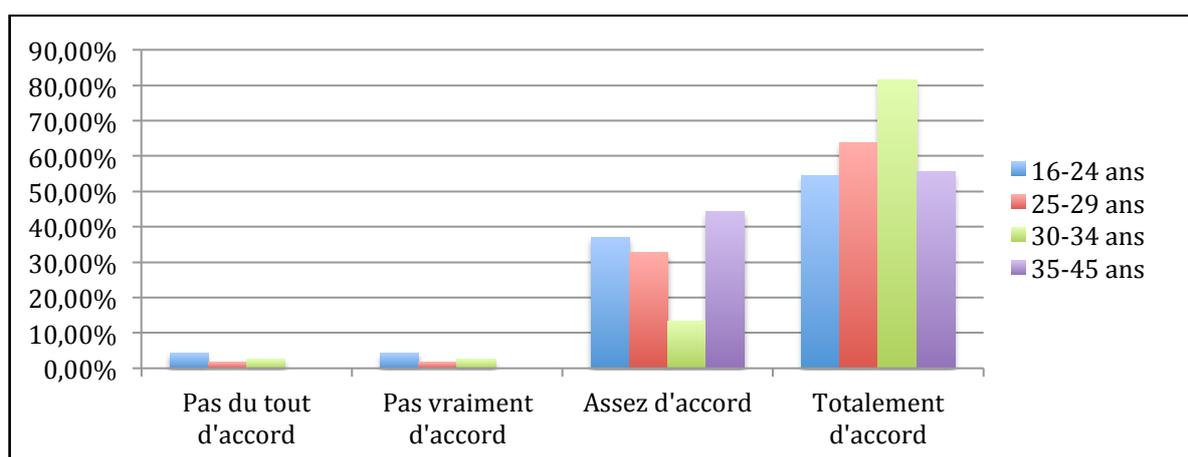


Figure 12 : Proportions de réponses des patientes à la question 2
(sur la clarté du flyer) selon leur âge

✓ Concernant l'utilité du flyer (Figure 13) :

- Chez les 16-24 ans, 93,5 % (43/46) étaient « assez d'accord » et « totalement d'accord » ;
- Chez les 25-29 ans, 94,5 % (52/55) étaient « assez d'accord » et « totalement d'accord » ;
- Chez les 30-34 ans, 92,1 % (35/38) étaient « assez d'accord » et « totalement d'accord » ;

- Chez les 35-45 ans, 100 % (18/18) étaient « assez d'accord » et « totalement d'accord ».

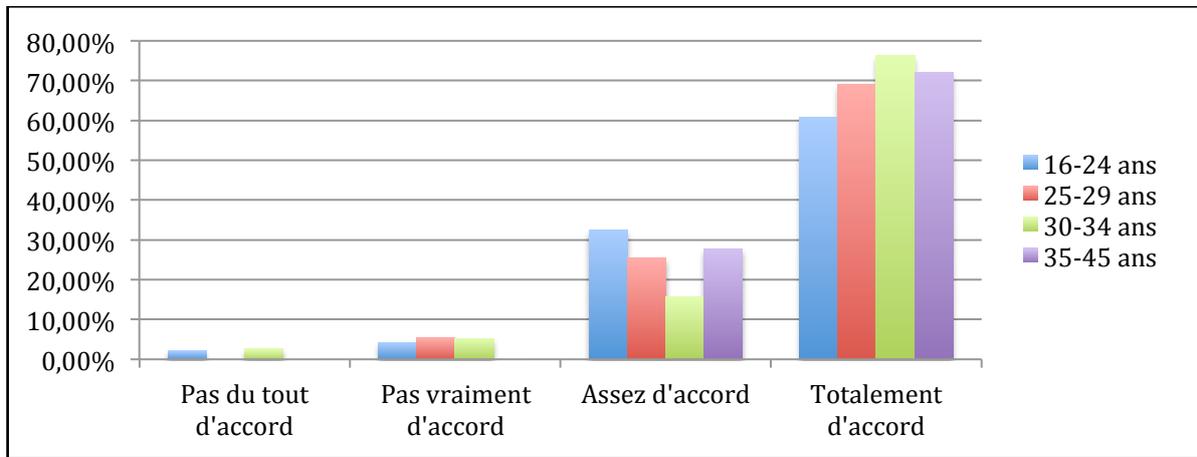


Figure 13 : Proportions de réponses des patientes à la question 2 (sur l'utilité du flyer) selon leur âge

- Les réponses données à la **question 3**, sur le fait d'être incitée à parler de leur consommation d'alcool à un professionnel de santé (Figure 14) ou à consulter le site internet d'informations et de ressources (Figure 15), ne montrent pas de différence selon la tranche d'âge des patientes.

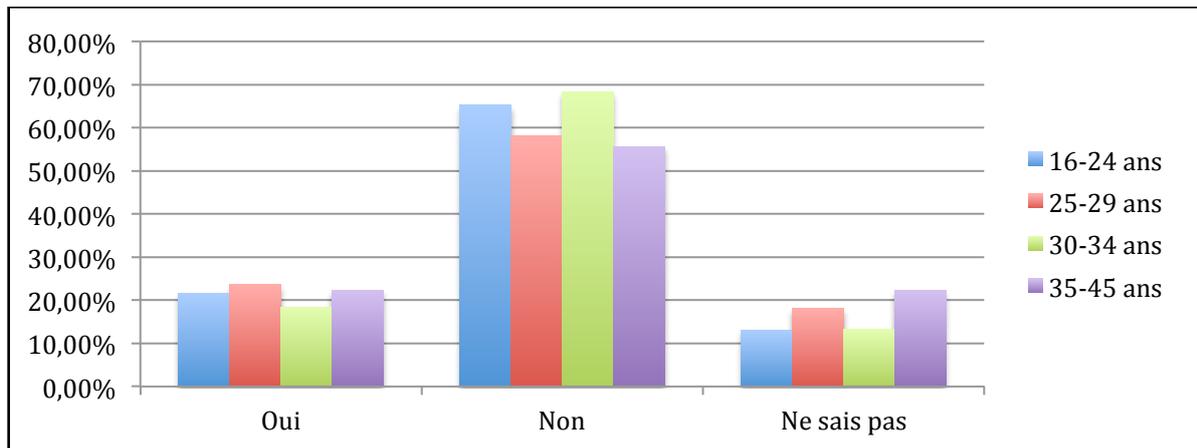


Figure 14 : Proportions de réponses des patientes à la question 3 (sur le fait de parler de leur consommation d'alcool à un professionnel de santé) selon leur âge

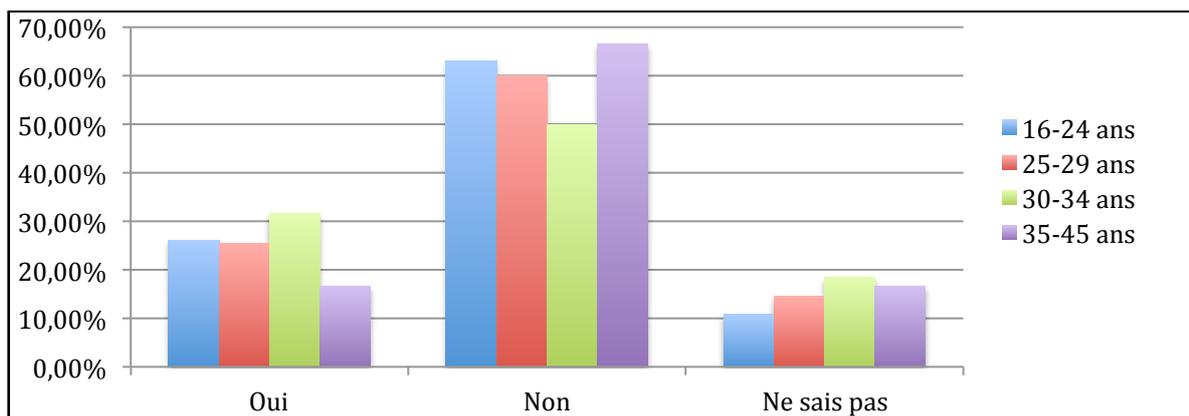


Figure 15 : Proportions de réponses des patientes à la question 3 (sur le fait de consulter le site internet d'information et de ressources) selon leur âge

➤ La **question 4** interrogeait les femmes sur ce qu'elles comptaient faire du document (Figure 16) :

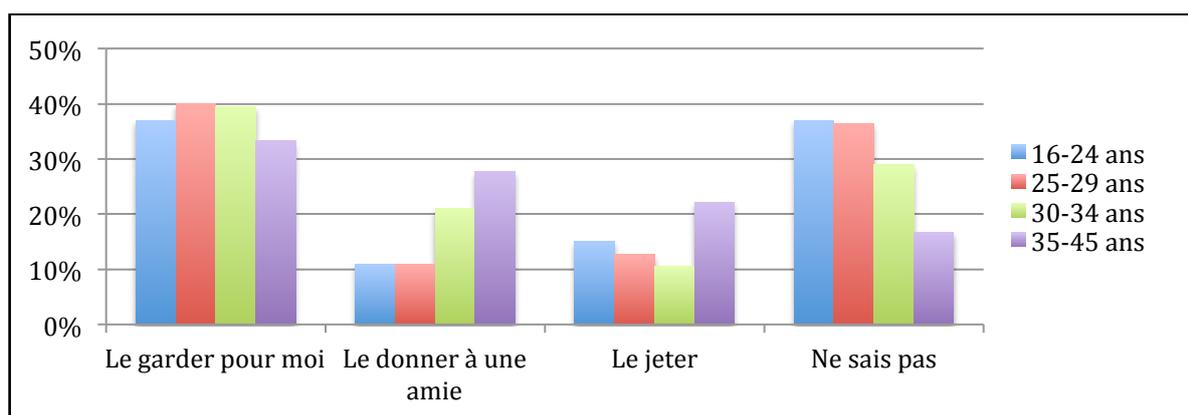


Figure 16 : Proportions de réponses des patientes à la question 4 selon leur âge

- Chez les 16-24 ans, 37 % (17/46) ont répondu « le garder pour moi », 10,9 % (5/46) « le donner à une amie », 15,1 % (7/46) « le jeter » et 37 % (17/46) « ne sais pas » ;
- Chez les 25-29 ans, 40 % (22/55) ont répondu « le garder pour moi », 10,9 % (6/55) « le donner à une amie », 12,7 % (7/55) « le jeter » et 36,4 % (20/55) « ne sais pas » ;
- Chez les 30-34 ans, 39,5 % (15/38) ont répondu « le garder pour moi », 21 % (8/38) « le donner à une amie », 10,5 % (4/38) « le jeter » et 29 % (11/38) « ne sais pas » ;

- Chez les 35-45 ans, 33,3 % (6/18) ont répondu « le garder pour moi », 27,8 % (5/18) « le donner à une amie », 22,2 % (4/18) « le jeter » et 16,7 % (3/18) « ne sais pas ».

➤ A la **question 5** relative à l’affiche dans le local faisant référence au document, les réponses se répartissaient de la sorte (Figure 17) :

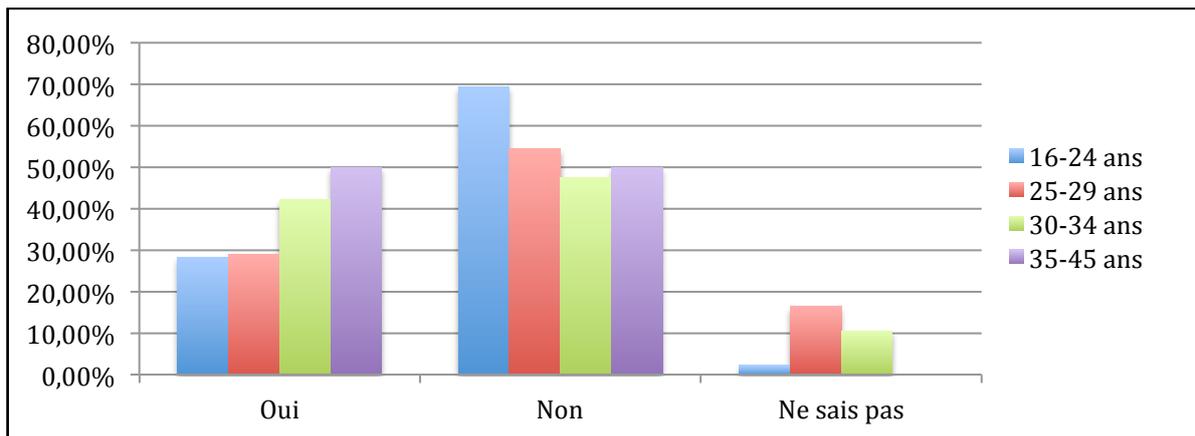


Figure 17 : Proportions de réponses des patientes à la question 5 selon leur âge

- Parmi les 16-24 ans, 28,3 % (13/46) l’ont vue, 69,5 % (32/46) ne l’ont pas vue et 2,2 % (1/46) ne savaient pas ;
- Parmi les 25-29 ans, 29,1 % (16/55) l’ont vue, 54,5 % (30/55) ne l’ont pas vue et 16,4 % (9/55) ne savaient pas ;
- Parmi les 30-34 ans, 42,1 % (16/38) l’ont vue, 47,4 % (18/38) ne l’ont pas vue et 10,5 % (4/38) ne savaient pas ;
- Parmi les 35-45 ans, la moitié (9/18) l’ont vue et l’autre moitié (9/18) ne l’ont pas vue.

4.4. Analyse des questionnaires destinés aux professionnels

4.4.1. Sur l’ensemble des sites au cours de l’étude

Parmi les **48 professionnels de santé** qui travaillaient dans l’ensemble des dix pharmacies, **41 d’entre eux, dont 7 hommes et 34 femmes, ont répondu au questionnaire** qui leur était destiné. Sur les 7 questionnaires restants, 2 manquaient car les professionnels étaient en congés au moment où ils devaient le remplir, les 5 autres étant ceux des

professionnels d'une seule et même officine qui n'ont, d'après le pharmacien responsable, pas eu le temps de les remplir.

Parmi l'ensemble des professionnels, on retrouvait **18 pharmaciens, 22 préparateurs en pharmacie et 1 apprentie préparatrice**. Ils étaient âgés de 19 à 66 ans, avec une **moyenne d'âge de 44 ans**, et une médiane située à 47 ans.

- La **question 1** comportait 3 items en rapport avec la simplicité, la rapidité et l'utilité de la remise systématique du DI à toute femme achetant un test urinaire de grossesse ou un test d'ovulation :
 - Simplicité : aucun professionnel n'était « pas du tout d'accord », 7,3 % (3/41) d'entre eux n'étaient « pas vraiment d'accord », 43,9 % (18/41) étaient « assez d'accord » et 48,8 % (20/41) « totalement d'accord » ;
 - Rapidité : aucun professionnel n'était « pas du tout d'accord », 2,4 % (1/41) d'entre eux n'étaient « pas vraiment d'accord », 68,3 % (28/41) étaient « assez d'accord » et 29,3 % (12/41) « totalement d'accord » ;
 - Utilité : aucun professionnel n'était « pas du tout d'accord », 4,9 % (2/41) d'entre eux n'étaient « pas vraiment d'accord », 53,6 % (22/41) étaient « assez d'accord » et 41,5 % (17/41) « totalement d'accord ».

- La **question 2** demandait aux professionnels de santé si, dans une démarche de prévention sur la consommation d'alcool pendant la grossesse, ils seraient prêts à :
 - Poursuivre la remise du DI : 100 % (41/41) d'entre eux ont répondu « oui » ;
 - Laisser l'affiche dans les locaux : 95,1 % (39/41) ont répondu « oui » et 4,9 % (2/41) ont répondu « non ». Parmi ces deux réponses négatives, l'une est justifiée par le fait que l'affiche n'étant pas assez voyante, les patientes ne l'ont pas vue, et l'autre par le fait qu'il faut faire tourner d'autres informations sur d'autres thèmes.

- La **question 3** interrogeait les professionnels de façon plus générale sur ce qu'ils pensaient de la prévention, en pharmacie, de l'alcoolisation fœtale : 4,9 % (2/41) ne

trouvaient cela « pas vraiment utile », 26,8 % (11/41) « assez utile » et 68,3 % (28/41) « très utile ».

A cette même question, il leur était possible de laisser d'éventuels commentaires ; 8 ont été donnés au total :

- la nocivité de l'alcool est méconnue par la femme enceinte (3 professionnels) ;
- la femme enceinte sait déjà qu'il ne faut pas boire pendant la grossesse (1 professionnel) ;
- il y a toujours un besoin d'information (1 professionnel) ;
- les patientes font ce qu'elles veulent même si une information est donnée (1 professionnel) ;
- ceci permet d'ouvrir le dialogue sur le désir de grossesse (1 professionnel) ;
- et enfin, la prévention de l'alcoolisation fœtale est du ressort du médecin (1 professionnel).

➤ La **question 4** nous a montré que 36,6 % (15/41) des professionnels ont reçu des retours positifs, contre 63,4 % (26/41) qui n'en ont pas reçu. Les 12 commentaires laissés étaient les suivants :

- les patientes approuvent l'information donnée et trouvent qu'il s'agit d'une bonne initiative (10 professionnels) ;
- les patientes sont à l'écoute de l'information donnée (1 professionnel) ;
- et enfin, les patientes sont satisfaites de participer à une étude médicale dans le cadre d'une thèse (1 professionnel).

➤ La **question 5** nous a montré que 4,9 % (2/41) des professionnels ont reçu des retours négatifs contre 95,1 % (39/41) qui n'en ont pas reçu. Parmi les 2 commentaires laissés, les professionnels ont précisé qu'il s'agissait :

- soit de femmes qui ne buvaient pas et ne se sentaient donc pas concernées ;
- soit de femmes qui ne désiraient pas d'enfant ou qui avaient oublié la pilule.

➤ La **question 6** permettait aux professionnels de santé de s'exprimer librement sur les améliorations à proposer au sujet de la prévention de l'alcoolisation fœtale en officine ; nous retrouvons les réponses suivantes (15 au total) :

- mentionner le slogan « zéro alcool pendant la grossesse » sur les boîtes de tests de grossesse et d'ovulation (3 professionnels) ;
- remettre de manière systématique le flyer avec le test vendu (3 professionnels) ;
- ne pas limiter la diffusion de l'information uniquement aux cas de ventes de tests de grossesse et d'ovulation (2 professionnels) ;
- préciser sur le flyer les risques encourus par le fœtus (2 professionnels) ;
- laisser les flyers à disposition dans le local de l'officine (2 professionnels) ;
- diffuser l'information à plus grande échelle comme dans les cabinets de gynécologues, sages-femmes, et en maternité (1 professionnel) ;
- répéter les campagnes de prévention (1 professionnel) ;
- et enfin, préciser l'information sur les notices d'utilisation des tests de grossesse et d'ovulation (1 professionnel).

Nous allons à présent détailler les réponses obtenues au questionnaire destiné aux professionnels selon leur fonction, leur genre, et leur âge. Pour cela, nous allons particulièrement nous intéresser aux première et troisième questions.

4.4.2. Selon la fonction des professionnels

Rappelons que sur les 41 questionnaires destinés aux professionnels de santé, 18 pharmaciens y ont répondu ainsi que 22 préparateurs en pharmacie et 1 apprentie préparatrice. Nous allons essentiellement nous intéresser et comparer les réponses données par les deux premières fonctions.

- A propos de la **question 1**, concernant la simplicité, la rapidité et l'utilité de la remise systématique du DI à toute femme achetant un test urinaire de grossesse ou un test d'ovulation (Figures 18.1, 18.2 et 18.3) :
 - Simplicité :
 - parmi les pharmaciens : 5,5 % (1/18) d'entre eux n'étaient « pas vraiment d'accord », 27,8 % (5/18) étaient « assez d'accord » et 66,7 % (12/18) « totalement d'accord » ;
 - parmi les préparateurs : 4,5 % (1/22) d'entre eux n'étaient « pas vraiment d'accord », 59,1 % (13/22) « assez d'accord » et 36,4 % (8/22) « totalement d'accord ».

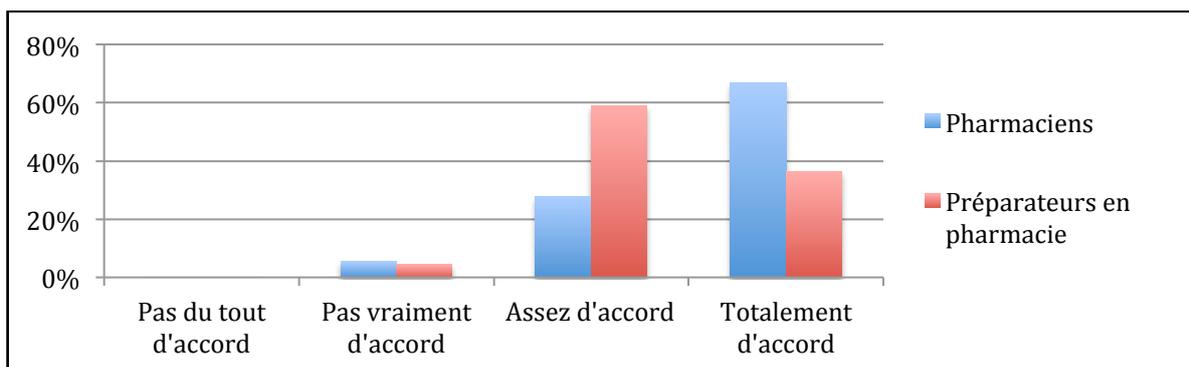


Figure 18.1 : Proportions de réponses des professionnels à la question 1 (sur la simplicité de la remise du DI) selon leur fonction

- Rapidité :

- parmi les pharmaciens : 61,1 % (11/18) étaient « assez d'accord » et 38,9 % (7/18) « totalement d'accord » ;

- parmi les préparateurs : 4,6 % (1/22) d'entre eux n'étaient « pas vraiment d'accord », 72,7 % (16/22) étaient « assez d'accord » et 22,7 % (5/22) « totalement d'accord ».

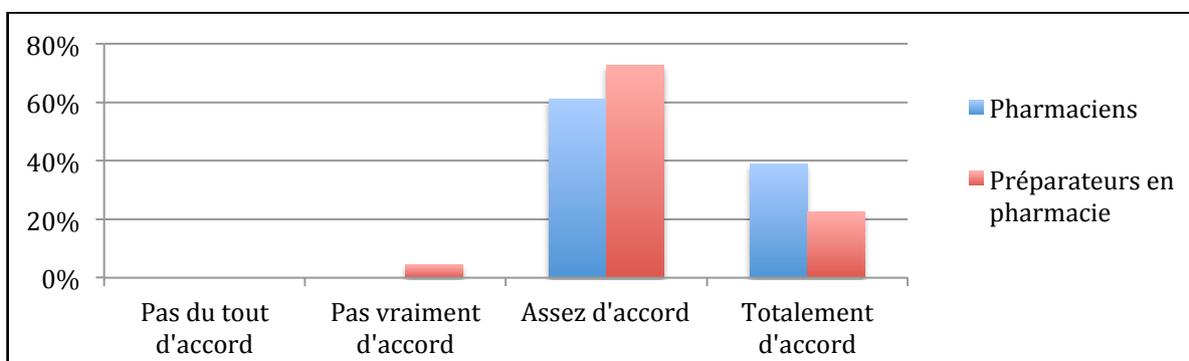


Figure 18.2 : Proportions de réponses des professionnels à la question 1 (sur la rapidité de la remise du DI) selon leur fonction

- Utilité :

- parmi les pharmaciens : 5,5 % (1/18) n'étaient « pas du tout d'accord », 50 % (9/18) étaient « assez d'accord » et 44,5 % (8/18) « totalement d'accord » ;

- parmi les préparateurs : 4,6 % (1/22) d'entre eux n'étaient « pas vraiment d'accord », 54,5 % (12/22) « assez d'accord » et 40,9 % (9/22) « totalement d'accord ».

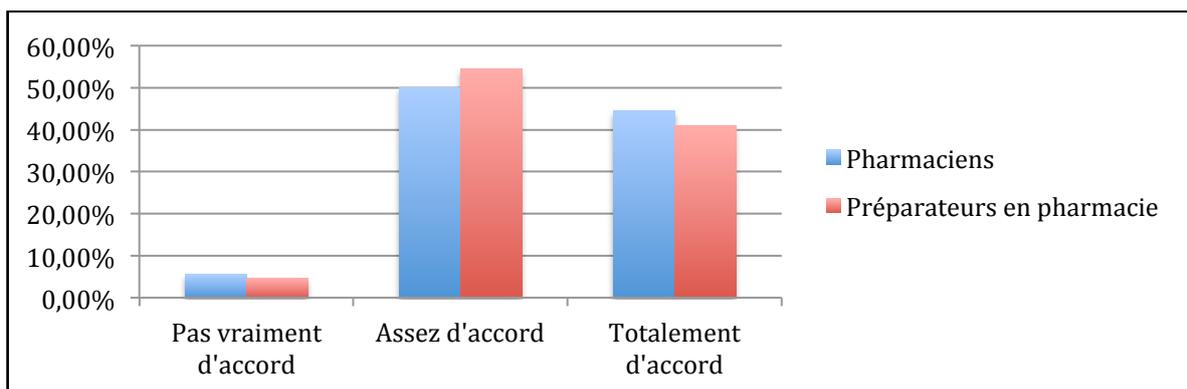


Figure 18.3 : Proportions de réponses des professionnels à la question 1 (sur l'utilité de la remise du DI) selon leur fonction

L'adhésion totale est plus élevée chez les pharmaciens que chez les préparateurs en pharmacie, surtout en ce qui concerne la simplicité et la rapidité de la remise du DI.

➤ A propos de la **question 3** qui interrogeait les professionnels de façon plus générale sur ce qu'ils pensaient de la prévention de l'alcoolisation fœtale en pharmacie, les différences observées étaient les suivantes (Figure 19) :

- parmi les pharmaciens, 5,5 % (1/18) ne trouvaient cela « pas vraiment utile », 16,7 % (3/18) « assez utile » et 77,8 % (14/18) « très utile » ;

- alors que parmi les préparateurs en pharmacie, 4,5 % (1/22) ne trouvaient cela « pas vraiment utile », 36,4 % (8/22) « assez utile » et 59,1 % (13/22) « très utile ».

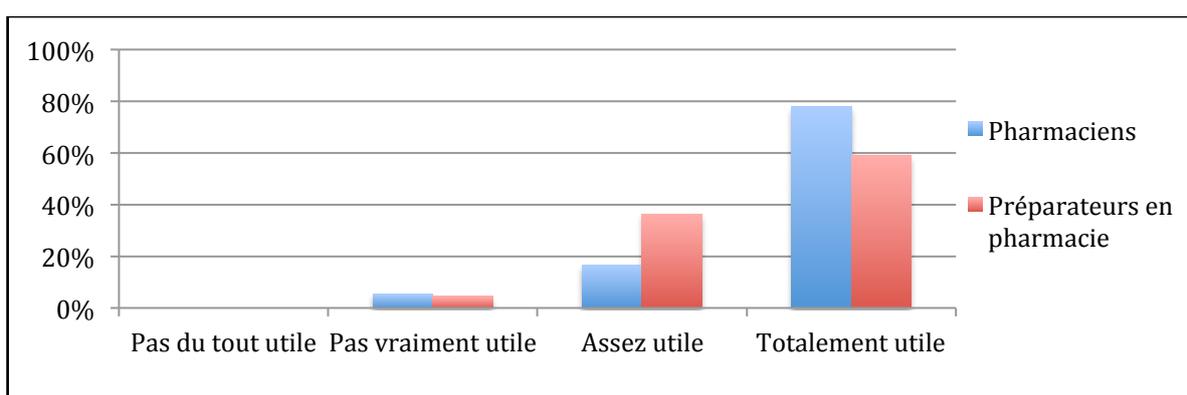


Figure 19 : Proportions de réponses des professionnels à la question 3 selon leur fonction

L'adhésion totale est plus élevée chez les pharmaciens que chez les préparateurs en pharmacie en ce qui concerne l'utilité de faire de la prévention sur l'alcoolisation fœtale en officine.

4.4.3. Selon le genre et l'âge des professionnels

Rappelons que sur les 41 questionnaires retournés par les professionnels de santé, on comptait 7 hommes et 34 femmes. Dix d'entre eux avaient moins de 35 ans, 14 avaient entre 35 et 49 ans, et 17 étaient âgés de 50 ans et plus.

Nous avons effectué l'analyse des questionnaires destinés aux professionnels de santé en fonction de leur genre et de leur âge, mais nous ne détaillerons pas volontairement les résultats du fait de l'existence de nombreux biais de confusion ; les hommes étaient effectivement majoritairement des pharmaciens (5 d'entre eux sur 7 au total, soit 71,4 %) et les professionnels de santé âgés de plus de 50 ans étaient majoritairement des pharmaciens ou pharmaciennes (12 d'entre eux sur 17 au total, soit 66,7 %).

5. DISCUSSION

5.1. Rappel des principaux résultats

5.1.1. Résultats en lien avec l'objectif principal

La proportion de femmes ayant reçu le document d'information sur l'ensemble des pharmacies durant toute la durée de l'étude était de 65,1 %, ce qui reflète la capacité pratique des professionnels de santé des pharmacies d'officine à remettre le document sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse à toute femme ou tierce personne venant acheter un test urinaire de grossesse ou un test d'ovulation. Cette proportion allait de 21,9 % pour la pharmacie n°7 à 100 % pour la pharmacie n°2.

La même proportion de femmes ayant reçu le document d'information sur l'ensemble des pharmacies était de **65,2 % durant la première période de l'étude, de 70,3 % en seconde période et enfin de 59,7 % en dernière période**. Les fluctuations observées ne montrent pas un épuisement franc et continu, les différences entre chaque période demeurant modestes.

En période 1, cette proportion allait de 13,3 % pour la pharmacie n°7 à 100 % pour la pharmacie n°2. Cette faible faisabilité dans la pharmacie n°7 s'explique par le fait suivant : à J9 de l'étude, lors d'un contact téléphonique avec les différentes pharmacies afin de savoir si le début de l'étude se passait bien et si les professionnels avaient besoin de renseignements complémentaires, je me suis rendue compte que les deux préparatrices présentes ce jour-là dans cette pharmacie n°7 n'étaient pas au courant de l'existence de l'étude. Le pharmacien responsable m'a indiqué un peu plus tard par téléphone le jour-même, suite à mon rappel, qu'il n'avait pas eu le temps d'en parler à son équipe. L'étude a donc commencé le lendemain avec 10 jours de retard (soit le 20 octobre 2016), et de ce fait, 11 tests de grossesse avaient déjà été distribués dans l'intervalle, avec par conséquent aucun document d'information distribué jusque-là. Par la suite, lors du premier recueil de données effectué le 05 novembre 2016, une des préparatrices m'a expliqué qu'ils ne prenaient pas le temps de distribuer le document quand trop de clients patientaient dans l'officine.

En période 2, cette proportion allait de 33,3 % pour les pharmacies n°7 et n°8 à 100 % pour la pharmacie n°2.

En période 3, cette proportion allait de 18,2 % pour la pharmacie n°3 à 100 % pour la pharmacie n°2. En fin d'étude, au moment du recueil des questionnaires destinés aux professionnels, le pharmacien responsable de la pharmacie n°3 m'a expliqué ne pas avoir distribué les documents d'information aux jeunes femmes car il ne se sentait pas à l'aise avec le sujet de la consommation d'alcool pendant la grossesse, me précisant en revanche que ses préparatrices avaient distribué les documents avec beaucoup de rigueur.

Les différences observées entre chaque pharmacie n'étaient pas des moindres, ceci s'expliquant essentiellement par la motivation et l'implication du pharmacien responsable de l'officine. La pharmacie n°2 a affiché un taux de faisabilité de 100 % tout au long de l'étude, grâce notamment à une pharmacienne extrêmement impliquée, qui a pris le temps d'expliquer dans les détails le principe et les objectifs de l'étude à ses employé(e)s, qui supervisait son équipe en cas d'oubli de l'un ou de l'une des préparatrices au moment de la vente des tests de grossesse et d'ovulation, et qui a pris le temps de me recevoir à chaque recueil de données pour faire le point sur les semaines écoulées.

Il ressort probablement de ce critère principal que la simple mise en place de la campagne de prévention sans interaction avec les équipes serait insuffisante. Il s'agit de motiver les professionnels et de les former à aborder la question de l'alcool avec les femmes, avec le soutien des documents mis à leur disposition. Ainsi, avec une équipe motivée et impliquée, 100 % des femmes ont pu recevoir l'information en pharmacie, sans épuisement de la distribution sur 3 mois.

Dans notre étude, les responsables des pharmacies ont été rencontrés et motivés mais leurs équipes n'ont pas été formées par nos soins, et on obtient un taux moyen de distribution de 65,1 %. Un simple envoi des documents aux pharmacies obtiendrait sans doute un taux beaucoup plus faible. En terme d'efficacité, il serait intéressant de comparer le rapport coût-efficacité de procédures plus ou moins lourdes.

5.1.2. Résultats en lien avec les objectifs secondaires

Le niveau d'acceptabilité du document d'information, caractérisé par le fait que la femme accepte le document remis par le professionnel de santé, **était de 90 %** sur l'ensemble des pharmacies pendant toute la durée de l'étude.

Le niveau d'acceptabilité de l'étude, caractérisé par le fait d'accepter de participer à l'étude et donc de remplir le questionnaire distribué, **était de 69,8 %** sur l'ensemble des pharmacies pendant toute la durée de l'étude.

Les femmes ayant répondu au questionnaire étaient âgées en moyenne de 27,6 ans. **94,3 % d'entre elles se sentaient déjà assez informées sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse.**

Elles étaient **totalemment d'accord respectivement à 64,3 % et 68,8 % vis à vis de la clarté et de l'utilité du document proposé.**

Ce dernier **ne les incitait pas à parler de leur consommation d'alcool à un professionnel de santé pour 62,4 % d'entre elles, ni même à consulter le site internet d'information et de ressources pour 59,2 % d'entre elles.** Plus étonnant encore, parmi les 9 femmes qui répondaient de pas de sentir assez informées sur le sujet, 77,8 % d'entre elles ne comptaient pas en parler avec un professionnel de santé, et 55,6 % ne comptaient pas consulter le site internet. On peut supposer que les femmes ne désirant pas garder la grossesse éventuelle ne se sentaient pas concernées pour en parler ou consulter le site. Il pourrait en être de même pour les femmes ne consommant pas ou plus d'alcool au moment de l'achat.

Concernant le devenir du document, **plus de la moitié des femmes (53,5 % d'entre elles) avaient l'intention de le garder pour elles ou de le donner à une amie.** Même si de nos jours, Internet est un outil efficace de prévention, l'entourage reste une source primordiale d'informations.

En ce qui concerne l'affiche correspondant au document et placée dans le local de la pharmacie, **56,7 % des femmes ont déclaré ne pas l'avoir vue.** Ceci s'explique d'une part par le fait que les murs des pharmacies d'officine sont occupés par de nombreuses étagères sur lesquelles sont disposés les produits mis en vente, et d'autre part par le fait que les femmes au moment d'attendre leur tour dans le local, sont plus occupées à regarder les produits autour d'elles que les quelques rares affiches de prévention disposées au mur. A noter cependant que les affiches étaient plus visibles des patientes lorsqu'elles avaient été placées dans le local lui-même sous le comptoir ou en hauteur derrière celui-ci, que lorsqu'elles avaient été disposées sur la vitrine à l'entrée de la pharmacie.

Concernant la dernière partie du questionnaire permettant aux femmes de s'exprimer sur le document, elles ont majoritairement suggéré que les risques sur le fœtus soient énoncés sur le flyer, et ont trouvé l'initiative bonne et nous ont donc encouragés dans notre démarche.

Concernant la visibilité de l'affiche dans le local, plus les femmes étaient âgées, plus elles l'avaient repérée (28,3 % pour les 16-24 ans, 29,1 % pour les 24-29 ans, 42,1 % pour les 30-34 ans et 50 % pour les 35-45 ans).

Les autres questions n'ont pas mis de différence significative selon l'âge des femmes.

En ce qui concerne l'analyse des questionnaires destinés aux professionnels, il a été mis en évidence que 92,7 % d'entre eux étaient « assez » et « totalement d'accord » avec la simplicité de la remise du document, 97,6 % avec sa rapidité et 95,1 % avec son utilité. Ils étaient tous prêts à poursuivre la remise du document et 95,1 % d'entre eux étaient disposés à laisser l'affiche dans leur local. 95,1 % d'entre eux également trouvaient que la prévention de l'alcoolisation fœtale en pharmacie d'officine est « assez » et « très utile ». Ils étaient seulement 36,6 % à avoir obtenu des retours positifs de la part des patientes, et uniquement 4,9 % en ce qui concerne les retours négatifs.

L'analyse de ces questionnaires selon la fonction du professionnel de santé a permis de mettre en évidence **une différence importante entre les pharmaciens et les préparateurs en pharmacie, sur la réponse « totalement d'accord », d'une part vis-à-vis de la simplicité, la rapidité et l'utilité de la remise du document, et d'autre part concernant l'utilité de faire de la prévention de l'alcoolisation fœtale en pharmacie**, les pharmaciens semblant être plus impliqués dans la démarche et surtout plus sensibilisés aux risques sur le fœtus.

On retrouve de nouveau ici le manque d'implication de la pharmacie n°7 qui n'a rendu aucun questionnaire destiné aux professionnels.

5.2. Les points forts de l'étude

5.2.1. Le thème de l'étude

Plusieurs études ont été menées sur la consommation d'alcool pendant la grossesse, mais aucune étude française ne concerne spécifiquement les femmes enceintes avant même le

diagnostic de celle-ci. Notre population cible comprenant des femmes en âge de procréer, en désir de grossesse ou susceptibles d'être au tout début d'une grossesse non encore diagnostiquée, fait **toute l'originalité du sujet de notre étude.**

5.2.2. La méthodologie

Notre étude est multicentrique, mais mieux encore, notre travail s'est fait en étroite collaboration avec deux autres doctorantes ayant travaillé avec les mêmes supports distribués d'une part par le personnel d'accueil des LABM lors des dosages de béta-HCG plasmatiques [36] et d'autre part par les médecins généralistes consultés par toute femme âgée de 18 à 45 ans [37]. Il a été validé par l'ARS Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes (devenue ARS Nouvelle-Aquitaine) ainsi que par le Réseau Périnatal Aquitaine, et financé par l'ARS et la MILDECA, l'étude entrant dans le cadre d'un programme d'actions expérimental mené sur 3 ans en ex-Aquitaine.

La conception graphique et l'impression des documents ont été effectuées par une agence de communication professionnelle (O Tempora), reprenant la même chartre graphique pour l'ensemble de ces derniers.

5.2.3. Les questionnaires utilisés

Les questionnaires destinés aux patientes et aux professionnels de santé étaient courts, non intrusifs et anonymes, constitués essentiellement de questions fermées permettant une analyse plus fine.

5.3. Les points faibles de l'étude

5.3.1. La méthodologie

S'agissant d'une étude observationnelle, **le niveau de preuve scientifique reste faible.**

Malgré le fait que notre étude soit multicentrique, **elle n'a concerné que des territoires urbains et semi-ruraux.** En effet, les pharmacies d'officine situées en zone rurale et contactées en tout début d'étude au moment du recrutement m'ont précisé ne vendre que 1 à 3 tests de grossesse chaque mois et aucun test d'ovulation ; il aurait fallu de ce fait recruter

un grand nombre de pharmacies rurales pour que notre échantillon soit représentatif. Cependant, étendre l'étude à de tels territoires aurait pu renforcer la validité scientifique de notre travail et améliorer sa puissance.

Il faut prendre en compte une donnée importante : nous avons souhaité sensibiliser les femmes susceptibles d'être enceintes et ce avant même le diagnostic de grossesse, et même si nous avons ciblé les patientes venant acheter un test de grossesse ou un test d'ovulation en officine, n'oublions pas que **ces tests sont également en vente dans les grandes surfaces** et que par conséquent notre démarche ne concerne pas toutes ces femmes. Il faut également prendre en compte **le motif d'achat du test**. Lorsqu'une femme se présente en officine pour acheter un test d'ovulation, le professionnel de santé, certain du désir de grossesse de la patiente, se sentira à l'aise avec l'idée de lui présenter le document d'information. En revanche, face à une jeune fille souhaitant infirmer une grossesse après une aménorrhée secondaire, ou face à une patiente plus âgée approchant la ménopause et ne désirant peut-être pas être enceinte, le professionnel de santé peut se sentir plus en difficulté et être plus réticent à proposer le document. A ce propos, nous n'avons trouvé aucune étude sur les motifs d'achat des tests urinaires de grossesse en officine.

Nous souhaitions initialement rencontrer l'ensemble du personnel de chaque pharmacie (pharmaciens et préparateurs en pharmacie) afin de leur expliquer l'intérêt et le déroulement de l'étude, mais par souci d'organisation et de manque de temps, **nous avons finalement décidé de rencontrer uniquement le pharmacien responsable** ainsi que le pharmacien assistant quand il était présent, et nous leur avons demandé de tenir ce rôle auprès de leur équipe respective. Au vu du manque d'intérêt et d'implication de quelques pharmaciens pour diverses raisons non clairement identifiées, ceci a certainement eu un impact sur le déroulement de l'étude sur certains sites. En effet, il convient de ne pas oublier que la pharmacie est aussi une entreprise commerciale et demander de consacrer du temps non rémunéré à une mission supplémentaire, même si elle fait partie des missions légitimes, peut soulever quelques résistances. Malgré cela, l'adhésion des professionnels a été, à une exception près, très bonne.

5.3.2. Les questionnaires utilisés

Il aurait été préférable au préalable de passer par **une phase test** afin d'optimiser les questionnaires.

5.3.3. Les principaux biais

5.3.3.1. Le biais de volontariat

Nous avons recruté uniquement des pharmacies volontaires pour participer à l'étude, ce qui sous-entend qu'elles étaient à priori d'accord avec le principe de l'étude, son déroulement et le temps qu'elles allaient devoir y consacrer. Il faut tenir compte qu'un professionnel de santé qui n'aurait pas souhaité participer à l'étude, comme cela a été le cas à une unique reprise par contact téléphonique au moment du recrutement, ne se serait certainement pas impliqué de la même manière, avec un retentissement sur le taux de faisabilité de la remise systématique du document d'information.

5.3.3.2. Le biais de non réponse

Le biais de « non réponse » est dû au droit de refus des personnes participant à l'enquête. On peut penser qu'une femme ayant une problématique avec l'alcool ne réagira pas de la même manière qu'une autre femme ne se sentant pas concernée par le sujet, pouvant alors être sur la défensive et refuser le document d'information proposé par le professionnel de santé. Pour minimiser au maximum ce biais d'information en « per-investigation », il est important d'insister auprès des personnes qui refusent, tout en respectant évidemment leur droit de refus, et malheureusement, certains professionnels de santé m'ont expliqué ne pas avoir eu le temps de le faire ou encore ne pas avoir osé insister de crainte de devenir intrusif, de heurter ou de culpabiliser les patientes.

5.4. Comparaison avec les études en cours et la littérature

Comparons à présent nos résultats avec ceux obtenus dans les deux autres études menées en parallèle de la nôtre. **Dans les LABM, 51,9 % (391 / 753) des femmes venues pour un dosage de bêta-HCG plasmatiques ont reçu le document d'information au cours de l'étude sur l'ensemble des sites [36], contre 37,37 % (290 / 776) des femmes âgées de 18 à 45 ans venues consulter en cabinet de médecine générale [37].** La faisabilité de la remise systématique d'un document d'information sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse est donc plus importante en pharmacie d'officine (65,1 % pour rappel dans notre étude). Il convient cependant de noter que les échantillons de patientes étaient deux fois plus importants en LABM et en cabinet de médecine générale qu'en officine,

malgré des périodes plus courtes (respectivement 8 et 4 semaines, contre 12 semaines en pharmacie). Ceci s'explique probablement par le fait que les études en LABM et chez les médecins généralistes ont eu lieu sur l'agglomération de Bordeaux, contrairement à la nôtre qui s'est déroulée sur celle de Périgueux, avec une moindre densité de population. De même, la population source était plus large en cabinet de médecine générale, et le passage en LABM pour authentifier une grossesse est en général plus systématique.

On note par ailleurs, comme pour notre étude, **une disparité importante de cette prévalence en fonction des sites**, allant de 43,1 % à 96,2 % dans les LABM [36] et de 13,8 % à 87,1 % dans les cabinets de médecine générale [37], ceci s'expliquant une fois de plus par les différents niveaux d'implication des professionnels de santé.

Il est par conséquent important de souligner qu'une campagne de prévention de l'alcoolisation fœtale aura un impact variable en fonction de l'adhésion des professionnels, dans les 3 sites professionnels étudiés. L'adhésion obtenue au cours de nos études est favorisée par ce contexte même d'étude et par les rencontres des doctorantes avec les professionnels de santé. Cette adhésion sera moindre dans une campagne moins personnalisée. Elle peut être améliorée dans une campagne très accompagnée en proximité. Par ailleurs, une femme en âge de procréer a un parcours de santé qui sera susceptible de passer par les 3 sites étudiés. Ceci multiplie par trois les chances qu'elle soit exposée à une information soutenue par un professionnel, en tenant compte du fait que l'opportunité ne sera pas forcément présente sur chaque site.

Concernant le niveau d'acceptabilité du DI, il était de 100 % en médecine générale [37], de 90,3 % dans les LABM [36], et pour rappel de 90 % dans notre étude. Ceci nous montre que la démarche de remise du document d'information est bien acceptée des patientes, et ces données sont confirmées par le fait que bon nombre de patientes ont précisé à la question 6 que notre initiative était bonne et nous ont encouragés à poursuivre en ce sens (respectivement 7, 13 et 18 commentaires en pharmacie d'officine, LABM et médecine générale).

Le niveau d'acceptabilité de l'étude était de 100 % en médecine générale [37], de 81,9 % en LABM [36], et pour rappel de 69,8 % dans notre étude. Ceci caractérisait le fait pour les femmes d'accepter de participer à l'étude et donc de remplir le questionnaire qui leur était remis avec le document d'information. La différence mise en évidence entre les trois

sites peut s'expliquer par le temps et les conditions d'attente inhérentes au lieu de l'étude. En effet, les femmes patientent plus longuement en attendant leur tour dans les LABM et chez les médecins généralistes, qui plus est dans une salle d'attente dédiée, alors qu'en pharmacie d'officine, le temps d'attente est significativement moins long et les conditions moins favorables pour remplir un questionnaire, même si une tablette rigide servant de support était mise à leur disposition.

Avant de nous intéresser aux questionnaires destinés aux patientes, faisons le point sur quelques données de la littérature.

L'INPES a réalisé une enquête en 2004 auprès d'un échantillon représentatif de la population française âgée de 15 ans et plus, 1003 personnes ayant été interrogées par téléphone. 82 % des enquêtés déclaraient savoir qu'il ne faut pas boire du tout d'alcool pendant la grossesse, cette recommandation étant moins connue que celle de l'abstinence tabagique, approuvée par 92 % des personnes [38].

Une enquête a été réalisée en 2007 dans cinq maternités de Haute Normandie grâce à un questionnaire anonyme diffusé à des femmes venant d'accoucher. 84,1 % des femmes avaient déjà entendu parler des effets de l'alcool sur le fœtus [39].

Une étude réalisée en 2012, dans le cadre d'une thèse de doctorat en médecine, a montré que 70,2 % des patientes interrogées s'estimaient suffisamment informées sur les risques de l'alcool au cours de la grossesse, et 75,7 % des femmes trouvaient que l'information remise avait été utile [40].

Une autre étude a tout de même montré que 44,4 % des femmes interrogées aimeraient être mieux informées sur les risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse [41].

Dans nos études, **les patientes interrogées répondaient se sentir assez informées sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse à hauteur de 93 % dans les LABM [36], 85,4 % en médecine générale [37] et pour rappel 94,3 % en pharmacie**, données supérieures à celles citées ci-dessus, témoignant sans doute d'une amélioration de l'information des femmes suite aux campagnes réalisées. Toutefois, les méthodes des études et les populations concernées étant variables, il est bien difficile d'en tirer des informations solides.

Il est également important de s'attarder sur les réponses données à la question 6, où **respectivement 42,7 % et 40,8 % des femmes déclaraient ne pas avoir vu l'affiche dans les LABM et cabinets de médecine générale [36,37], contre 56,7 % en pharmacie d'officine**. Ceci s'explique par le fait que les salles d'attente des deux premiers sites sont propices à la disposition d'affiches au mur, contrairement aux pharmacies comme nous l'avons précisé précédemment. De plus, le temps d'attente plus long dans les deux premiers sites y est sûrement favorable, les patientes étant plus tentées de regarder ce qui se passe autour d'elles et par conséquent de prendre connaissance des messages de prévention affichés au mur.

Il semble primordial de préciser que les patients en général seraient réceptifs aux messages affichés en salle d'attente. 95 % d'entre eux liraient les affiches [42], sans qu'aucun facteur sociodémographique ni le temps passé en salle d'attente ne semblent influencer le nombre de messages qu'ils en retiennent [43]. L'affichage aurait cependant un impact limité sur les pratiques des patients. Une étude réalisée en 1984 rappelait le rôle premier du discours médical, en observant que la seule utilisation d'une affiche ou d'un film en salle d'attente était significativement moins efficace que l'ajout d'un message court par le médecin [44].

Une étude de 2005 s'est intéressée au rôle du pharmacien d'officine dans l'arrêt du tabac pendant la grossesse [45]. Au moyen d'une petite affiche disposée sur le comptoir et destinée à attirer l'attention des fumeurs, les pharmaciens proposaient la mesure du taux de CO (monoxyde de carbone) dans l'air expiré. Interpellés, les fumeurs désiraient alors obtenir une information et interrogeaient notamment le pharmacien sur les aides possibles à l'arrêt du tabac. Plusieurs femmes enceintes fumeuses ont bénéficié de ce test au cours de l'étude et ont alors réalisé la dangerosité du tabac sur leur bébé. Elles ont pu être orientées vers leur gynécologue pour une prise en charge spécifique. Bien que suivies par leur médecin, elles ont eu régulièrement l'occasion de revenir à l'officine où l'équipe a pu les conseiller, les conforter dans leur décision, les rassurer, les encourager, les féliciter et les accompagner au cours de ce sevrage pour les aider à adhérer à leur traitement.

Concernant les questionnaires destinés aux professionnels, il est important de préciser que **respectivement 90,9 % [36] et 90 % [37] des professionnels des LABM et des médecins généralistes interrogés pendant l'étude étaient prêts à poursuivre la remise du document d'information et respectivement 100 % [36] et 90 % [37] à laisser l'affiche**

dans leur local, contre pour rappel 100 % et 95,1 % dans notre étude réalisée en pharmacie. Ceci nous montre bien que la démarche a été bien acceptée de tous.

Une étude s'est intéressée au comportement du pharmacien d'officine face au problème des buveurs excessifs [46]. Lorsque les pharmaciens suspectaient un problème d'alcoolisme chez l'un de leurs clients, leurs réactions étaient très variables : seulement 25 % des officinaux tentaient d'instaurer un dialogue direct avec le sujet, 15 % préféraient avertir la famille et/ou le médecin traitant, et surtout, 43 % choisissaient une attitude d'attente, laissant à leur client la liberté d'évoquer ou non ce problème. Par ailleurs, dans 75 % des situations, il existait un sentiment de gêne entre le sujet alcoolique et le pharmacien d'officine, pour aborder le problème de l'alcoolisme. D'après les pharmaciens interrogés, ce trouble était ressenti par le sujet alcoolique (67 %) ou par les deux interlocuteurs (29 %). Pour les deux tiers des pharmaciens, l'alcoolisme restait un sujet délicat, voire « tabou », qui nécessite l'établissement d'un climat de confiance, souvent difficile à instaurer par manque de temps et d'espace de confidentialité dans les officines. Il en ressort également que le pharmacien se considérait comme ayant un rôle à jouer avant tout dans la dispensation des traitements médicamenteux et le signalement des risques d'interactions médicamenteuses avec l'alcool.

5.5. Perspectives futures

Même si notre étude ne nous permet pas de déterminer si l'apport d'une telle information a eu un impact sur la consommation d'alcool pendant la grossesse, on peut tout de même conclure qu'elle est bien acceptée et démontre la faisabilité d'une campagne en proximité en pharmacie d'officine. L'information délivrée pourrait très bien être utilisée en poursuivant la remise systématique du document d'information lors de chaque vente de tests de grossesse et d'ovulation en officine. On pourrait également la mettre en place lors des ventes de boîte d'acide folique 0,4 mg, prescrit à toute femme désirant concevoir, en prévention primaire des anomalies embryonnaires de fermeture du tube neural, puisque comme les effets de l'alcool sont les plus importants avant la 12^{ème} SA, l'idéal est de remettre cette information le plus tôt possible avant le début de la grossesse.

Vis-à-vis de la problématique des tests vendus en grande surface, on peut imaginer pour y remédier, d'inclure directement l'information sur les notices d'utilisation des tests de grossesse et d'ovulation, ne serait-ce qu'avec un pictogramme ou l'image d'une femme enceinte comme évoquée sur nos DI, qui sont souvent bien plus parlants que de simples

mots ; ou encore en y apposant le slogan « zéro alcool pendant la grossesse » comme l'ont suggéré les professionnels interrogés au cours de notre étude.

En pratique, concernant le document d'information en lui-même, il serait intéressant d'en revoir le contenu, en insistant plus sur le site internet où se trouvent les réponses aux interrogations des patientes, notamment en ce qui concerne les risques fœtaux. Pour ce qui est de sa distribution, on pourrait envisager, comme l'ont proposé les professionnels de santé, de poursuivre sa remise systématique sans se limiter pour autant aux cas de ventes des tests de grossesse et d'ovulation, tout en laissant des flyers à disposition dans les locaux des officines.

Il semble judicieux également de poursuivre l'utilisation de l'affiche dans les LABM et les cabinets de médecine générale ainsi que dans les lieux de consultation comme les maternités et les cabinets de sages-femmes.

L'information délivrée pourrait être améliorée en y associant une information sur le tabac, et ce d'autant plus que l'on sait que les femmes enceintes buveuses tendent à être plus souvent fumeuses [3,47].

6. CONCLUSION

Aucune étude française ne s'étant intéressée à la prévention de l'alcoolisation fœtale en dehors du contexte de la grossesse, nous avons souhaité y remédier et sensibiliser les femmes le plus tôt possible, avant même qu'elles ne se sachent enceintes. C'est donc à ce niveau qu'interviennent les professionnels de santé, dont le pharmacien d'officine qui peut faire de l'achat des tests urinaires de grossesse par des femmes susceptibles d'être enceintes, et des tests d'ovulation par des femmes désireuses de l'être, un moment privilégié de prévention et de repérage en tout début de grossesse voire même en amont.

L'objectif de notre étude était d'étudier cette capacité pratique des professionnels de santé travaillant en pharmacie d'officine à remettre un document d'information sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse à toute femme ou tierce personne venant acheter un test urinaire de grossesse ou un test d'ovulation. Cette faisabilité était de 65,1 %, nous encourageant à poursuivre cette démarche à plus grande échelle et à faire en sorte qu'elle devienne systématique. D'autant plus que 90 % des femmes ont accepté le document d'information remis par le professionnel de santé, prouvant un réel désir d'information et de prévention, malgré le fait qu'elles soient 94,3 % à se sentir déjà assez informées sur le sujet.

Il serait judicieux d'intégrer ce type de message préventif dans les notices d'utilisation des tests urinaires de grossesse et de tests d'ovulation afin de sensibiliser également les femmes les achetant en grande surface.

Nous pourrions également prévoir une remise du document d'information lors de la vente d'acide folique à des femmes ayant un projet établi de grossesse. Par extension, le pharmacien étant à proximité humaine des patientes, il a la liberté de distribuer les documents à toutes les femmes en âge de procréer, selon les opportunités, au même titre que les médecins généralistes ou les professionnels des LABM.

Même si l'affiche de prévention disposée dans le local de l'officine n'a pas été suffisamment vue des patientes, il est primordial de poursuivre un affichage dans les LABM ainsi que dans les cabinets de médecine générale, mais également à plus grande échelle dans les salles d'attente des maternités et des cabinets de sages-femmes. Sans oublier bien sûr les autres substances psychoactives dont fait partie le tabac et pour lequel nous pourrions délivrer une information conjointe à la prévention de l'alcoolisation fœtale.

Si notre objectif était de proposer une attitude systématique en prévention primaire et sur une population ciblée, il ne faut pas oublier les actions nécessaires auprès de toutes les femmes connues comme ayant des problèmes d'addiction. En effet, celles-ci, et en premier lieu les fumeuses, sont plus exposées au risque de boire durant la grossesse. Or, arrêter des usages du jour au lendemain, et encore plus des addictions, n'est pas simple, s'ajoutant au fardeau de tous les changements associés à l'état de femme enceinte. Les représentations sociales, y compris celles des soignants, font souvent de la grossesse un moment béni dont la valeur prioritaire est de protéger le bébé. La divergence entre cette valeur sociale (et pas toujours prioritaire pour la femme) et les comportements à modifier exerce une pression importante justifiant une anticipation et un accompagnement approprié. Il est donc important que les campagnes de prévention puissent rencontrer, sur le terrain, des professionnels formés pour accompagner au mieux les femmes en difficulté.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Exposition prénatale à l'alcool : données épidémiologiques. In : Expertise collective. Alcools, effets sur la santé. Paris : Inserm ; 2001. p. 143-63.
- [2] Lejeune C. Syndrome d'alcoolisation fœtale. Med Ther Pediatr. 2011 ; 4 : 176-83.
- [3] Saurel-Cubizolles M-J, Prunet C, Blondel B. Consommation d'alcool pendant la grossesse et santé périnatale en France en 2010. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH). 7 mai 2013 ; 16-17-18 : 180-5.
- [4] Beck F, Richard JB. Epidémiologie de l'alcoolisation. EMC Endocrinologie-Nutrition. 2012 ; 10(1) : 1-9.
- [5] Beck F, Guilbert P, Gautier A. Baromètre Santé 2005 : Attitudes et comportements de santé. Editions Inpes ; 2007. p. 112-54.
- [6] Besson D. Boissons alcoolisées : 40 ans de baisse de consommation. Insee Première. 2004 ; 966 : 1-4.
- [7] Beck F, Richard JB. La consommation d'alcool en France. La Presse Médicale. 2014 ; 43(10) : 1067-79.
- [8] Institut national du cancer. Les cancers en France. Les données. Boulogne-Billancourt : INCa, coll. Etat des lieux et des connaissances / Epidémiologie ; 2015 : 245 p.
- [9] Alcool Info Service. La consommation d'alcool des Français [Internet]. [Cité le 8 mai 2017]. Consultable sur : http://www.alcool-info-service.fr/alcool/consommation-alcool-france/alcool-francais#.WRA_M1LpOCQ
- [10] Richard JB, Palle C, Guignard R, Nguyen-Thanh V, Beck F, Arwidson P. La consommation d'alcool en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes. Evolutions. 2015 ; 32 : 6.

- [11] Richard JB, Cogordan C, Palle C, Obradovic I. Comportements de consommation et leur répartition : produits consommés et évolutions. *Actualité et dossier en santé publique*. 2015 ; 90 : 10-15.
- [12] Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH)*. 7 mai 2013 ; 16-17-18 : 163-8.
- [13] Michel E, Jouglu E. La mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique en France en 1998. *Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques : Etudes et Résultats*. 2002 ; 153 : 1-8.
- [14] Richard JB, Beck F, Spilka S. La consommation d'alcool des 18-25 ans en 2010 : spécificités et évolutions depuis 2005. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH)*. 7 mai 2013 ; 16-17-18 : 176-80.
- [15] Richard JB, Nguyen-Thanh V, Beck F. Focus sur les jeunes de 18-25 ans. *Actualité et dossier en santé publique*. 2015 ; 90 : 14-15.
- [16] Guilbert P, Gautier A. *Baromètre Santé 2005 : Premiers résultats*. Editions Inpes ; 2005. p. 39-48.
- [17] Beck F, Legleye S, Maillochon F, De Peretti G. La question du genre dans l'analyse des pratiques addictives à travers le Baromètre santé, France, 2005. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH)*. 10 mars 2009 ; 10-11 : 90-3.
- [18] European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Differences in patterns of drug use between women and men. 2005 ; 20 p.
- [19] Lejoyeux M. *Addictologie*. 2^e édition. Paris : Elsevier Masson ; 2013. p 23.
- [20] Beck F, Richard JB, Dumas A, Simmat-Durand L, Vandentorren S. Enquête nationale sur la consommation de substances psychoactives chez les femmes enceintes. *La Santé en action*. 2013 ; 423 : 5-7.
- [21] April N, Audet C, Guyon L, Gagnon H. Représentations sociales et consommation d'alcool pendant la grossesse. *Drogues, santé et société*. 2010 ; 9(2) : 17-48.

- [22] Salonne C, Fournié A, Biquard F, Gillard P, Descamps P. Alcool et grossesse. EMC - Gynécologie-Obstétrique. 2004 ; 1(2) : 88-95.
- [23] Kesmodel U, Olsen SF, Secher NJ. Does alcohol increase the risk of preterm delivery ? Epidemiol Camb Mass. 2000 Sept ; 11(5) : 512-8.
- [24] Kesmodel U, Wisborg K, Olsen SF, Henriksen TB, Secher NJ. Moderate alcohol intake during pregnancy and the risk of stillbirth and death in the first year of life. Am J Epidemiol. 2002 Feb 15 ; 155(4) : 305-12.
- [25] Harlap S, Shiono PH. Alcohol, smoking, and incidence of spontaneous abortions in the first and second trimester. Lancet. 1980 Jul 26 ; 2(8187) : 173-6.
- [26] Haute Autorité de Santé (HAS). Troubles causés par l'alcoolisation fœtale : repérage. Juillet 2013.
- [27] Bloch J, Cans C, De Vigan C, De Brosses L, Doray B, Larroque B, et al. Faisabilité de la surveillance du syndrome d'alcoolisation fœtale, France, 2006-2008. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH). 10 mars 2009 ; 10-11 : 102-4.
- [28] Lamblin D, Maillard T, Provost C, Ricquebourg M. Prévention de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale à La Réunion. Archives de pédiatrie. 2008 ; 15(5) : 513-5.
- [29] Ortho-SAF. Tableau clinique du SAF et de l'ETCAF – La dysmorphie faciale. [Internet]. [Cité le 8 mai 2017]. Consultable sur : <http://www.ortho-saf.com/tableau-clinique-saf-etcaf.php>
- [30] Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Exposition prénatale à l'alcool : données biologiques. In : Expertise collective. Alcools, effets sur la santé. Paris : Inserm ; 2001. p 119-42.
- [31] Kaminski M, Larroque B. Consommation alcoolique des femmes enceintes et développement intellectuel des enfants. Cahier de Nutrition et de Diététique. 1995 ; 30(2) : 102-6.

- [32] Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (Inpes). L'Europe et l'alcool. *Alcool Actualités*. 2007 ; 35(10) : 1-8.
- [33] Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm). Expertise collective – Déficiences intellectuelles. 2016. p 363-411.
- [34] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Carnet de santé maternité. 2009. p 1-46.
- [35] Kreft-Jaïs C. Politique de prévention : alcool et grossesse en France et ailleurs. Paris : Centre universitaire des Saints-Pères. Juin 2013. p 16-20.
- [36] Barthou E. Remise systématique d'un document d'information sur l'exposition fœtale à l'alcool aux femmes lors de la réalisation d'un test de HCG : étude de faisabilité [Thèse]. Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2017.
- [37] Fernandez S. Prévention en médecine générale de la consommation d'alcool au cours de la grossesse : étude de faisabilité [Thèse]. Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2017.
- [38] Guillemont J, Rosilio T. Connaissances des Français sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse. *Evolutions n°3*, Inpes. Octobre 2006.
- [39] Villet H, Lefebvre A, Flamand M, Yon A. Etude grossesse et alcool : enquête auprès des femmes en maternité. Rouen : Observatoire Régional de la Santé de Haute-Normandie ; Avril 2008. 156 p.
- [40] Biquena L. L'intérêt de l'information des femmes enceintes sur la consommation d'alcool au cours de la grossesse [Thèse]. Créteil : Université Paris Est Créteil ; 2012. 59 p.
- [41] Birckel E. Enquête sur les connaissances et le mode de consommation d'alcool des femmes pendant la grossesse [Thèse]. Nancy : Université Henri Poincaré ; 2011. 96 p.
- [42] Ward K, Hawthorne K. Do patients read health promotion posters in the waiting room ? A study in one general practice. *Br J Gen Pract*. 1994 ; 44 (389) : 583-5.

- [43] Wicke DM, Lorge RE, Coppin RJ, Jones KP. The effectiveness of waiting room notice-boards as a vehicle for health education. *Family Practice*. 1994 ; 11(3) : 292-5.
- [44] Li VC, Coates TJ, Spielberg LA, Ewart CK, Dorfman S, Huster WJ. Smoking cessation with young women in public family planning clinics : the impact of physician messages and waiting room media. *Preventive medicine*. 1984 ; 13(5) : 477-89.
- [45] Durand M. Le rôle du pharmacien d'officine dans l'arrêt du tabac pendant la grossesse. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*. 2005 ; 34 : 336-8.
- [46] Pouyet-Poulet E, Sauvant MP, Pépin D, Planche R. Le pharmacien d'officine face au problème des buveurs excessifs. *Santé Publique*. 2001 ; 13(3) : 237-48.
- [47] Varescon I, Gaugue J, Wendland J. Alcool et grossesse. Première utilisation du questionnaire de dépistage T-ACE dans une population française. *Alcool Addictol*. 2007 ; 29 : 221-6.

ANNEXES

Annexe 1 : Affiche « 9 mois / 0 alcool 0 tabac » (Inpes)



Pendant la grossesse, la consommation de tabac et la consommation d'alcool sont susceptibles d'entraîner des risques pour la santé du fœtus et celle du nouveau-né.

Parlez-en à votre médecin ou à votre sage-femme.



Ministère des Solidarités,
de la Santé et de la Famille

inpes
www.inpes.solidarites-sante.fr

Association
Malaria
www.inpes.solidarites-sante.fr

Association
Malaria
www.inpes.solidarites-sante.fr

Annexe 2 : Carte postale (recto-verso) « Zéro alcool pendant la grossesse » (Inpes)



Zéro alcool pendant la grossesse

La mention « La consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse, même en faible quantité, peut avoir des conséquences graves sur la santé de l'enfant » ou le pictogramme représenté au recto de cette carte va désormais figurer sur les conditionnements d'alcool.

Une recommandation : zéro alcool et zéro tabac pendant la grossesse

Des questions ?

Parlez-en à votre médecin traitant, gynécologue, sage-femme ou pharmacien.

Contactez Écoute Alcool au 0 811 91 30 30 (7j/7, 14h/24h. Anonyme. Coût d'un appel local depuis un poste fixe).

Appelez Tabac Info Service au 0 825 309 310 (0,15€/min).

Rendez-vous sur www.tabac-info-service.fr

Les effets de l'alcool

L'alcool passe du sang maternel vers le sang du fœtus, à travers le placenta. Ainsi, l'alcoolémie (quantité d'alcool dans le sang) du bébé est la même que celle de la mère. La consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse peut être à l'origine de :

- fausse couche ;
- accouchement prématuré ;
- retard dans le développement mental ou physique de l'enfant ;
- troubles du comportement de l'enfant...

Les effets du tabac

Fumer pendant la grossesse augmente les risques de :

- grossesse extra-utérine ;
- fausse couche ;
- accouchement prématuré ;
- retard de croissance intra-utérin.

Après la naissance, l'exposition des enfants au tabac augmente les risques de mort subite, de bronchite, d'asthme et d'otite.

Ref : 4111-00356-0-C - Ne pas jeter sur la voie publique.



inpes
www.inpes.sante.fr

**Assurance
Maladie**

MiLDT
www.inpes.sante.fr
Mise en œuvre par le Centre National de l'Alcool et du Tabac

Annexe 3 : Affiche nationale n°1



PARLEZ-EN À VOTRE MÉDECIN OU PHARMACIEN



☎ 0 980 980 930
ALCOOL INFO SERVICE.FR
207, RUE HENRI JULES, 93000 NOUVELLE DÉCAUVILLE



Annexe 4 : Affiche nationale n°2



PARLEZ-EN À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE SAGE-FEMME



☎ 0 980 980 930
ALCOOL INFO SERVICE.FR
71/2, DE 8 H À 18 H, APPEL NUMÉRIQUE ET GRATUIT



Annexe 5 : Affiche régionale



**ZÉRO ALCOOL
PENDANT
LA GROSSESSE**

**VOUS BUVEZ UN PEU,
IL BOIT BEAUCOUP**

L'alcool bu par la mère passe dans le sang du bébé
et peut entraîner des risques très importants pour sa santé.

PARLEZ-EN À VOTRE MÉDECIN, VOTRE SAGE-FEMME OU VOTRE PHARMACIEN

**MOBILISONS
NOUS** EN AQUITAINE



En Aquitaine,

retrouvez tous les contacts proches de chez vous :
Centre ressources Alcool et Grossesse

www.alcool-grossesse.com

05 56 51 56 51



ars
Agences Régionales de Santé
Aquitaine



POUR PLUS
D'INFORMATIONS :

0 980 980 930

ALCOOL INFO SERVICE.FR
74/75 rue de la République - 33000 Bordeaux

Annexe 6 : Flyer (recto-verso)



VOUS BUVEZ UN PEU, IL BOIT BEAUCOUP

L'alcool bu par la mère passe dans le sang du bébé et peut entraîner des risques très importants pour sa santé.

ZÉRO ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE

MOBILISONS NOUS EN AQUITAINE



IL M'ARRIVE DE CONSOMMER DE L'ALCOOL ?

Apéritif, vin, bière, cidre, spiritueux...



QUELLES CONSÉQUENCES ? POUR MA GROSSESSE ? POUR MON BÉBÉ ?

PARLEZ-EN À VOTRE MÉDECIN, VOTRE SAGE-FEMME OU VOTRE PHARMACIEN

© 2019 ARS Nouvelle-Aquitaine - 0161 11 41 41 - www.ars-nouvelle-aquitaine.fr

En Aquitaine, retrouvez tous les contacts proches de chez vous :
Centre ressources Alcool et Grossesse

www.alcool-grossesse.com | 05 56 51 56 51

POUR PLUS D'INFORMATIONS :

☎ 0 980 980 930

ALCOOL INFO SERVICE.FR
7 J / 7, DE 8 H À 2 H, APPEL ANONYME ET NON SURTAXÉ

Annexe 7 : Questionnaire destiné aux patientes

QUESTIONNAIRE



L'Aquitaine envisage une campagne de prévention sur les consommations d'alcool pendant la grossesse.
Nous vous remercions de bien vouloir répondre à ce court questionnaire anonyme portant sur le document (flyer) joint.

Age : ans

Date :

1. Jusqu'à ce jour, vous sentiez-vous déjà assez informée sur les risques liés à la consommation d'alcool durant la grossesse ?

Oui Non Ne sais pas

2. De manière générale, le document (flyer) proposé est :

Clair : Pas du tout d'accord Pas vraiment d'accord
 Assez d'accord Totalemment d'accord

Utile : Pas du tout d'accord Pas vraiment d'accord
 Assez d'accord Totalemment d'accord

3. De façon plus personnelle, ce document vous incite-t-il à :

Parler de votre consommation d'alcool à un professionnel de santé :

Oui Non Ne sais pas

Consulter un site internet d'information et de ressources?

www.alcool-grossesse.com

Oui Non Ne sais pas

4. Et maintenant, que comptez-vous faire de ce document :

Le garder pour moi Le donner à une amie Le jeter Ne sais pas

5. Avez-vous vu l'affiche correspondante à ce document dans ce local ?

Oui Non Ne sais pas

6. Quelles critiques et/ou propositions d'améliorations pourriez-vous faire sur le document (flyer) qui vous a été proposé ?

.....
.....
.....

Merci de votre participation

Annexe 8 : Site internet (page d'accueil)

Alcool et grossesse Quels sont les risques ? Où me renseigner ? Documentation Autres consommations à risque

CENTRE RESSOURCES **ALCOOL ET GROSSESSE**

**VOUS BUVEZ UN PEU,
IL BOIT BEAUCOUP**

L'alcool bu par la mère passe dans le sang du bébé et peut entraîner des risques très importants pour sa santé.

**ZÉRO ALCOOL
PENDANT LA GROSSESSE**



Quels sont les risques ? > Où me renseigner ? > Documentation > Autres consommations à risque >

MOBILISONS NOUS AQUITAINE
AGIR 33 Aquitaine
20 place Pey Berland 33000 Bordeaux
05 56 51 56 51

AGIR 33
AQUITAINE
AVEC LE SOUTIEN DE
ars
ARS Aquitaine
Réseau périnatal aquitaine

Annexe 9 : Fiche explicative

THESE ALCOOL ET GROSSESSE
Fiche explicative à destination des professionnels



Un programme d'actions expérimental est mis en œuvre en Aquitaine sur 3 ans (2016 - 2018) pour prévenir l'alcoolisation fœtale et mieux prendre en charge ses conséquences. Cette expérimentation est soutenue par la Mission Interministérielle de Lutte Contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA), l'Agence Régionale de Santé (ARS) Aquitaine Limousin Poitou-Charentes et le Réseau Périnatal Aquitaine. Il est mise en œuvre par le centre ressources Alcool et Grossesse de l'association AGIR 33 Aquitaine. Vous trouverez ci-joint une plaquette d'informations « *Zéro alcool pendant la grossesse* » détaillant les axes de travail de ce projet. C'est dans le cadre de ce projet innovant et pluridisciplinaire que j'ai choisi d'axer ma thèse sur la prévention de la consommation d'alcool au cours de la grossesse.

Merci d'avoir accepté de participer à ce travail de thèse de doctorat en Médecine Générale.

L'objectif est d'étudier la faisabilité de la remise d'un document d'information à toute femme achetant un test urinaire de grossesse ou un test d'ovulation en pharmacie, en partant de l'hypothèse que ce document est bien accepté par les femmes et permet de faire une information brève, perçue comme claire et non stigmatisante sur la consommation d'alcool chez des femmes potentiellement enceintes. La population cible comprend donc des femmes en âge de procréer susceptibles d'être au début d'une grossesse non encore diagnostiquée.

Cette étude se fera en collaboration avec deux autres doctorantes qui travailleront sur le même document d'information à distribuer d'une part par le personnel d'accueil des LABM (Laboratoires d'Analyses Biologiques Médicales) lors d'un dosage de bêta-HCG plasmatiques, et d'autre part par les médecins généralistes consultés par toute femme âgée de 18 à 45 ans.

Nous avons travaillé plusieurs outils :

- **une affiche**, qui trouvera sa place dans le local de la pharmacie, visible des client(e)s ;
- **le document d'information** en question, comprenant un **flyer** et un **questionnaire** à remettre à chaque femme (ou personne de son entourage) achetant un test urinaire de grossesse ou un test d'ovulation, sans aucun critère d'exclusion ;
- **un site internet** : www.alcool-grossesse.com (non encore opérationnel à ce jour)

Je mets par ailleurs à votre disposition un support et des stylos ainsi qu'une boîte destinée à recueillir les différents documents.

→ **J'attire votre attention sur l'importance de distribuer ce document d'information de manière systématique lors de chaque vente d'un test de grossesse ou d'un test d'ovulation.**

Plusieurs cas pourront se présenter :

- **Cas n°1** : la patiente refuse de prendre le document que vous lui remettez : veillez à inscrire la date sur le questionnaire avec l'annotation « refus » et si possible le motif de ce dernier et déposez le tout (flyer + questionnaire toujours agrafés l'un à l'autre) dans la boîte ;
- **Cas n°2** : la patiente accepte le document que vous lui remettez mais ne souhaite pas remplir le questionnaire : veillez à ce qu'elle dépose le questionnaire vierge dans la boîte, et pensez à y inscrire la date ;
- **Cas n°3** : la patiente accepte le document que vous lui remettez et remplit le questionnaire : veillez à ce qu'elle dépose le questionnaire rempli dans la boîte ;
- **Cas n°4** : la personne achetant le test de grossesse ou le test d'ovulation est un membre de l'entourage (homme, ou femme pas en âge de procréer par exemple) : veillez à remettre le flyer à la personne et à dater le questionnaire préalablement barré que vous déposerez dans la boîte ;
- **Cas n°5** : la patiente a déjà reçu le document : veillez à inscrire la date sur le questionnaire avec l'annotation « déjà reçu » et déposez le tout (flyer + questionnaire toujours agrafés l'un à l'autre) dans la boîte.

→ **Veillez à expliquer brièvement la démarche à la personne à qui vous remettez les documents ...**

Exemple : « Dans le cadre d'un plan d'actions régional autour de la problématique de l'alcool pendant la grossesse, je me permets de vous remettre un document d'information. Nous vous serions reconnaissants si vous preniez 3 minutes pour remplir le questionnaire ci-joint ».

L'étude se fera sur **3 mois** (12 semaines au total), du **lundi 10 octobre 2016 au samedi 31 décembre 2016**. Je viendrai faire un recueil des données toutes les 4 semaines (samedi 5 novembre, samedi 3 décembre et début janvier à la fin de l'étude).

Je vous remercie pour l'attention que vous porterez à ce travail et me tiens à votre disposition si vous avez la moindre question ou remarque.

Contact : Dr Mélissa JUGUELIN



06. [REDACTED]



[REDACTED]@gmail.com

Annexe 10 : Plaquette de présentation du programme expérimental

ZÉRO ALCOOL
PENDANT LA
GROSSESSE

En Aquitaine, prévenir l'exposition prénatale à l'alcool et améliorer la prise en charge de ses conséquences

PROFESSIONNELS DE SANTÉ MOBILISONS DE SANTÉ NOUS EN AQUITAINE

ars
Agence Régionale de Santé
Nouvelle-Aquitaine

ARS
Agence Régionale de Santé
Nouvelle-Aquitaine

AGIR 33
Association pour le
Généralisme
et le
Régionalisme
en
Aquitaine

réseau périnatal aquitaine

ARS Nouvelle-Aquitaine
Agence Régionale de Santé
Nouvelle-Aquitaine

AGIR 33
Association pour le
Généralisme
et le
Régionalisme
en
Aquitaine

réseau périnatal aquitaine

En réponse à une sollicitation de la MILDECA (Mission Interministérielle de Lutte Contre les Drogues et les Conduites Addictives), l'Agence régionale de santé (ARS) Aquitaine Limousin Poitou-Charentes a impulsé une démarche concertée auprès des acteurs aquitains concernés par la problématique de l'alcooolisation fœtale.

Cette concertation a abouti à la structuration d'un plan d'actions régional articulé autour de 4 axes de travail et coordonné par le centre ressource des fœtopathies alcooliques de l'association AGIR 33-Aquitaine :

- 1 PRÉVENIR LES COMPORTEMENTS À RISQUES**
Développer et faciliter la mise en œuvre des actions de prévention auprès du grand public, notamment auprès des femmes en âge de procréer ; améliorer le repérage des consommations de toxiques chez la femme.
- 2 PRENDRE EN CHARGE LES FEMMES ENCEINTEES CONSUMMATRICES D'ALCOOL ET AUTRES TOXIQUES**
Faire connaître les ressources spécialisées ; faciliter l'accès aux premiers soins addictologiques et psychiatriques ; améliorer la coordination entre les acteurs
- 3 PROPOSER UN PARCOURS DE SANTÉ POUR LES ENFANTS EXPOSÉS À L'ALCOOLISATION FŒTALE**
Harmoniser le suivi et la prise en charge des enfants exposés à l'alcooolisation fœtale en proposant un parcours de soins gradué de proximité, en collaboration avec le Réseau Périnatal Aquitaine.
- 4 DÉVELOPPER UNE GOUVERNANCE, LA COORDINATION ET LA RECHERCHE**
Impliquer les acteurs des champs sanitaire, médico-social, social, éducatif, institutionnel, judiciaire ; développer la recherche ; mettre en place un centre ressource en charge de l'impulsion, de la déclinaison et du suivi du plan d'actions.

Des groupes de travail ont été mobilisés pour la conception de ce plan. Pour sa mise en œuvre, des groupes thématiques seront constitués dès le 3^e trimestre 2016. Tout professionnel ne peut y participer. Des appels à participation seront lancés dès le mois de septembre 2016, à l'occasion d'un colloque régional organisé le 8 septembre à Bordeaux.

VOUS SOUHAITEZ VOUS IMPLIQUER ? VOUS AVEZ UNE QUESTION ? UNE RÉFLEXION ? FAITES REMONTER VOS IDÉES, VOS PROBLÉMATIQUES LOCALES, VOS PROJETS AFIN QUE NOUS PUISSIONS LES PARTAGER AVEC VOUS.

AGIR 33 Aquitaine
20 Place Pey Berland 33000 Bordeaux
Tél : 05 56 51 56 51 / Port : 06 33 64 03 61
Courriel : audrey.gonneau@agir33.fr

AGIR 33
AQUITAINE

UN ENJEU MAJEUR DE SANTÉ PUBLIQUE

L'alcoolisation maternelle est la première cause évitable de handicap mental d'origine non génétique en France.

Même modérée ou ponctuelle, la consommation d'alcool durant la grossesse génère des risques graves pour le futur enfant, car il s'agit du produit de consommation le plus toxique pour le développement de son système nerveux. Il est une cause majeure de malformation et d'inadaptation sociale de l'enfant.

En France, les troubles causés par l'alcoolisation fœtale représentent 1 naissance sur 100, soit près de 8 000 naissances concernées chaque année*.

LES CONSÉQUENCES DE L'EXPOSITION PRÉNATALE À L'ALCOOL

La consommation d'alcool durant la grossesse peut entraîner** :

- un Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF). Il s'agit de la conséquence la plus grave associant une dysmorphie cranio-faciale, un retard de croissance et un déficit mental.
- un SAF incomplet ou partiel. Il réunit toutes les situations dans lesquelles sont constatées à la naissance un seul ou un petit nombre de stigmates du SAF. Les déficits, et en particulier les déficits intellectuels, sont eux toujours présents.
- un Ensemble de Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale (ETCAF). Il regroupe tous les troubles qui résultent d'une consommation inappropriée d'alcool pendant la grossesse et qui se manifestent de la naissance à l'âge adulte.

DES MESSAGES DE PRÉVENTION POUR LES FEMMES ET LEUR ENTOURAGE

Ces risques sont encore mal connus des Français : 40 % estiment à tort que les risques apparaissent pour le bébé seulement à partir d'une consommation quotidienne d'alcool, voire excessive. Seulement un quart des Français (25%) sait que toute consommation d'alcool pendant la grossesse comporte un risque pour le nouveau-né.

Il doit donc être rappelé et conseillé à toute femme ayant un désir de grossesse ou déjà enceinte de s'abstenir de toute consommation de boissons alcoolisées :

- ▶ la dose d'alcool reçue par le fœtus peut-être plus importante que celle présente dans le sang de la mère,
- ▶ le fœtus ne peut métaboliser que partiellement l'alcool qui traverse le placenta, l'alcool peut alors s'accumuler dans le liquide amniotique,
- ▶ l'exposition à l'alcool est ainsi plus longue chez le fœtus que chez la mère et si celle-ci intervient à un moment majeur du développement de l'enfant les conséquences peuvent être graves,

L'entourage doit également être sensibilisé à ces risques, car il joue un rôle déterminant dans le comportement de la femme enceinte par rapport à sa consommation d'alcool.



ZÉRO ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE

UN PROGRAMME EN AQUITAINE POUR PRÉVENIR L'ALCOOLISATION FŒTALE ET MIEUX PRENDRE EN CHARGE SES CONSÉQUENCES

La mise en œuvre de ce programme d'actions sur 3 ans (2016-2018) s'appuie sur la mobilisation de l'ensemble des acteurs aquitains.

Chaque professionnel peut y prendre part. Les professionnels de santé, bien entendu, mais également l'ensemble des professionnels des champs médico-psycho-sociaux, les institutions, les élus, etc.

Une campagne de communication nationale, complétée par des actions régionales permettront de sensibiliser les professionnels, puis le grand public sur ces risques, les mesures de prévention et les dispositifs de prise en charge adaptés en Aquitaine.

ZÉRO ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE
MOBILISONS NOUS EN AQUITAINE



Annexe 11 : Questionnaire destiné aux professionnels (recto)



Étude : « Zéro alcool pendant la grossesse » Questionnaire à destination des professionnels

Madame, Monsieur,

Vous avez accepté d'être investigateur pour l'étude « Zéro alcool pendant la grossesse » et je vous remercie vivement de votre implication.

Cette étude a pour objectif d'étudier la faisabilité de la remise d'un document d'information à toutes les femmes achetant un test urinaire de grossesse ou un test d'ovulation en pharmacie dans le but de renforcer la prévention de l'alcoolisation fœtale.

Elle est proposée au sein de 10 officines, 4 laboratoires d'analyses biologiques médicales et 10 cabinets de médecine générale.

A ce jour, après 8 semaines d'étude en pharmacie, 233 tests de grossesse ont été vendus, 158 documents d'information ont été distribués et 112 questionnaires destinés aux patientes ont été remplis.

Le questionnaire ci-dessous vient clôturer l'étude et a pour finalité de recueillir les avis des différents professionnels sur la faisabilité de la prévention de l'alcoolisation fœtale telle qu'elle a été menée pendant l'étude.

Je vous remercie d'avance pour le temps que vous y consacrerez.

Dr JUGUELIN Mélissa

Annexe 12 : Questionnaire destiné aux professionnels (verso)

Questionnaire

Fonction :

Genre : Homme Femme

Age :

1. La remise systématique du document d'information chez toute femme achetant un test urinaire de grossesse ou un test d'ovulation vous a-t-elle paru :

Simple :

Pas du tout d'accord Pas vraiment d'accord Assez d'accord Totalement d'accord

Rapide :

Pas du tout d'accord Pas vraiment d'accord Assez d'accord Totalement d'accord

Utile :

Pas du tout d'accord Pas vraiment d'accord Assez d'accord Totalement d'accord

2. Dans une démarche de prévention sur la consommation d'alcool pendant la grossesse, seriez-vous prêt à :

a) Poursuivre la remise du document d'information ?

Oui Non

Si non, pourquoi ?

.....

.....

b) Laisser l'affiche dans vos locaux ?

Oui Non

Si non, pourquoi ?

.....

.....

3. De façon plus générale, que pensez-vous de l'utilité de faire de la prévention sur l'alcoolisation fœtale en pharmacie ?

Pas du tout utile Pas vraiment utile Assez utile Très utile

Commentaires éventuels :

.....

.....

4. Avez-vous eu des retours positifs de la part des patientes ?

Oui Non

Si oui, lesquels ? :

.....

.....

5. Avez-vous eu des retours négatifs de la part des patientes ?

Oui Non

Si oui, lesquels ? :

.....

.....

6. Quelles améliorations pourriez-vous faire au sujet de la prévention de l'alcoolisation fœtale dans votre officine ?

.....

.....

.....

Merci de votre participation.

SERMENT MÉDICAL

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RÉSUMÉ

Contexte : aucune étude française sur la prévention de l'alcoolisation fœtale n'a été menée en dehors du contexte de la grossesse. S'adresser aux femmes susceptibles d'être enceintes ou désireuses de l'être permettrait une sensibilisation en amont de la grossesse.

Objectif : étudier la capacité pratique des professionnels de santé des pharmacies d'officine à remettre de manière systématique un document d'information (DI) sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse lors de la vente de tests de grossesse ou d'ovulation.

Méthode : étude observationnelle, transversale, multicentrique, de faisabilité, réalisée pendant 3 mois dans dix officines de Dordogne, incluant toute femme ou tierce personne venant acheter un test urinaire de grossesse ou d'ovulation.. Le critère de jugement principal est la proportion de femmes ayant reçu le DI sur l'ensemble des pharmacies durant toute la durée de l'étude.

Résultats : 352 tests ont été vendus et 229 DI distribués. La capacité pratique de remise du document aux femmes ayant acheté un test était de 65,1 %. Le niveau d'acceptabilité du document par les femmes était de 90 %, prouvant un réel désir d'information et de prévention, malgré le fait qu'elles soient 94,3 % à se sentir déjà assez informées sur le sujet.

Conclusion : la remise systématique d'un DI sur l'alcoolisation fœtale à des femmes achetant un test urinaire de grossesse ou d'ovulation en officine est à encourager et à développer à plus grande échelle, avec possibilité de l'étendre à la vente d'acide folique à des femmes ayant un projet établi de grossesse.

MOTS CLÉS : Prévention / Alcool / Grossesse / Test urinaire de grossesse / Pharmacie d'officine / Faisabilité.

