



Remise systématique d'un document d'information sur l'exposition foetale à l'alcool aux femmes lors de la réalisation d'un test de HCG : étude de faisabilité

Emmanuelle Barthou

► To cite this version:

Emmanuelle Barthou. Remise systématique d'un document d'information sur l'exposition foetale à l'alcool aux femmes lors de la réalisation d'un test de HCG : étude de faisabilité. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01565300

HAL Id: dumas-01565300

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01565300>

Submitted on 19 Jul 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.

UNIVERSITE DE BORDEAUX
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017

Thèse N°59

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Le 11 Mai 2017 par

Emmanuelle BARTHOU

Née le 18 Février 1988 à Dax (40)

**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.**

Directeur de thèse :
Monsieur le Professeur Philippe Castera (PU associé MG)

Jury :	
Monsieur le Professeur Dominique Dallay	Président
Madame le Docteur Nathalie Lajzerowicz	Rapporteur
Monsieur le Professeur Jean-Louis Demeaux	Juge
Madame le Docteur Sylvie Duhamel	Juge
Madame le Docteur Caroline Bouin	Juge

Remerciements

A Monsieur le Professeur Philippe Dallay, président du jury,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Chef de service du service de Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie pour votre disponibilité et votre enseignement dans le DU de régulation des naissances et suivi de la femme. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Jean-Louis Demeaux, membre du jury

Professeur Emérite des Universités, Médecin généraliste
Département de médecine générale. Université de Bordeaux

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail. Je vous remercie pour votre disponibilité et votre enseignement au cours de l'internat. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Sylvie Duhamel, membre du jury

Maître de conférences associé, Médecin généraliste
Département de médecine générale. Université de Bordeaux

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail. Je vous remercie pour votre disponibilité et votre enseignement au cours de l'internat, mais surtout de ses deux années à travailler avec vous, qui furent un réel plaisir. Je vous souhaite que du bonheur pour la suite. Soyez assurée de ma profonde estime.

A Madame le Docteur Caroline Bouin, membre du jury

Médecin biologiste

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail. Je vous remercie pour votre disponibilité, gentillesse et professionnalisme. Merci aussi d'avoir accepté de participer à cette étude. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Nathalie Lajzerowicz, membre du jury

Tabacologue, Médecin généraliste
Hôpital suburbain du Bouscat

Vous me faites l'honneur de juger et de rapporter ce travail. Je vous remercie pour votre disponibilité. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Philippe Castera, directeur de thèse

Professeur associé des Universités, Médecin généraliste
Département de médecine générale, Université de Bordeaux

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour votre disponibilité, votre implication et vos précieux conseils.

Ce travail n'aurait pas pu voir le jour sans vous.

A Madame Audrey Gonneau,

Chargé de mission d'AGIR 33

Merci d'avoir été si présente, disponible et efficace. Ce travail a été mené à bien grâce à toi.

A l'ARS Nouvelle aquitaine et la MILDECA

Je vous remercie d'avoir permis la réalisation de cette étude. Grâce à votre financement et aide, nous avons pu avoir une belle charte graphique et de nombreux documents d'information.

A mes Co-thésardes, Stéphanie Fernandez et Mélissa Juguelin,

Merci à vous deux, cette thèse a été beaucoup plus agréable à réaliser ensemble. Je vous souhaite pleins de bonnes choses pour la suite.

Aux Biologistes et à toute l'équipe des laboratoires de biologie médicale de l'étude,

Je vous remercie d'avoir participé avec autant de gentillesse à cette étude. Ce fut un réel plaisir de venir toutes les semaines dans vos laboratoires.

A Adrien, le meilleur mari et papa de la galaxie. Merci d'être là tous les jours à mes côtés, de me soutenir, de m'aimer et de me supporter aussi. Cette thèse, elle est là beaucoup grâce à toi, donc tu peux dire que tu es presque Docteur.

A ma petite poulette d'amour, Tu ne t'en rends pas compte maintenant, mais tu auras assisté à la thèse de ta môman. C'est un bonheur pour moi, que tu sois avec nous pour ce moment. Je t'aime mon petit bébé love.

A ma famille,

J'ai beaucoup de personne à remercier, car même si ça n'a pas toujours été facile, ma famille m'est très importante, je vous aime.

Tous d'abord à *mon papa*, qui m'a permis d'arriver jusqu'à ce diplôme de Docteur. Merci de cette stabilité et amour, que vous m'avez apporté avec Corinne et que vous continuez de me donner.

A ma maman, qui malgré nos épreuves est toujours à mes côtés, et qui par son ambition et amour m'a amené jusqu'ici.

A mes sœurs,

Ma Kikinouch, il y a tellement de choses pour lequel j'aimerais te remercier. Merci d'avoir été et d'être présente dans ma vie malgré la distance. Merci de ton soutien, de tes conseils et de cette relation si unique et importante pour moi. Merci à Pedro de rendre ma sœur heureuse, continue comme ça et puis maintenant c'est à ton tour de soutenir ;).

Ma mawie Barthou, ma petite sœur chérie, merci tout simplement d'être auprès de moi et de me faire faire des trucs de djeunes (mais plus jamais les trucs qui tourne beaucoup trop vite à la foire).

A mon grand-père, à papiri, tu m'as donné envie de faire comme toi, Médecin Généraliste. Merci à toi et à mamie de Saint Médard de nous avoir permis de faire d'aussi belles vacances que ce soit des à Gourette ou au Pyla.

A tatie nanie, merci pour toutes les parties de carte jouées ensemble, que ce soit la belote, le rami, l'ascenseur... Merci aussi pour m'avoir gardé petite et permis de regarder des millions de fois Dumbo, Heidi et Les temps modernes de Charlie Chaplin.

A mes tantes et oncles, merci de m'avoir amené et gardé en vacances quand j'étais plus jeune, ce sont des souvenirs merveilleux.

A mes cousines et mon cousin Jéré, merci pour tous ses moments magiques passés ensemble et j'espère qu'il y en aura pleins d'autres à venir.

A ma belle-famille,

A Sylvie et Éric, qui m'ont accueilli à bras ouvert dans leur famille, il y a fort longtemps maintenant. Depuis des années, c'est un bonheur de passer du temps avec vous. Merci pour tout et surtout de m'avoir laissé votre fils ;)

A Gabriel, merci d'être si gentil avec nous et de gâter autant notre Angélique.

A Paul et Fanny, à mon beauf et ma belleS, merci d'être présent auprès de nous et de partager de si bon moment à chaque fois. Merci Paulus pour notre futur château.

A mes copines de toujours,

A ma Lolo, tant de choses à dire aussi, merci d'avoir été toujours auprès de moi pour tout. Merci de cette amitié qui dure depuis le primaire et qui ne s'essouffle pas. Et le plus important, merci d'habiter à 100 mètres de mon boulot pour prendre le café ensemble et bientôt prendre le café dans la piscine. Et aussi, merci Alex de rendre heureuse ma Lolo.

A ma Chacha, merci aussi pour cette amitié si importante pour moi, merci d'être toujours là pour prendre des nouvelles. Je vous souhaite tout le bonheur du monde, à toi et Flo, avec l'arrivée de cette petite puce.

A Mathilde, avec qui nous nous sommes un peu perdues de vue pendant des années, mais ça a été pour mieux se retrouver. Merci infiniment de ton aide pour ma thèse, sans toi je n'aurais pas eu de partie résultats et j'aurais eu une méthode catastrophique. Je te souhaite force et courage à toi aussi pour ta thèse.

Aux copines et copains de fac,

A Claire B, j'ai beaucoup trop de remerciements à te faire, merci d'être à mes côtés pour cette aventure floiracaise, de nous avoir permis de reprendre ce cabinet en attendant mon diplôme, de m'avoir aidé avec cette thèse, mais surtout d'être mon amie. Je nous espère une longue et belle association Partner ;)

A Camille, merci d'avoir passé d'aussi belles années de fac ensemble depuis la P1. Avec le recul, c'était quand même trop bien : la collo, les soirées fac, l'année Erasmus à aller voir les copines partout en Europe... Merci aussi de revenir à Bordeaux pour qu'on se voit encore plus souvent (je croise les doigts ;))

A Prune, merci de ta bonne humeur et de ta joie de vivre, qui font de toi une personne géniale. Je vous souhaite que du bonheur pour votre nouvelle vie paloise, comptez sur nous pour vous rendre visite souvent dans votre futur palace et vivement fin juillet.

A Juliette, merci de tous ses bons souvenirs qu'on a eu ensemble à la fac, à l'étranger, au ski, au Verdon et qui vont continuer j'espère. Profitez à fond de Mayotte et revenez nous vite.

A Claire A, merci d'avoir fait de ma thèse un texte agréable à lire et sans fautes d'orthographes. Merci d'avoir et de continuer à partager ses agréables moments passés ensemble.

A *Clémence*, même si on se voit un peu moins en ce moment, merci de cette amitié qui me tient à cœur.

A tous les autres potes de fac et les +1 : *PA, Stéphanie, Martin, Ben, Marine, Marion, Véro, Maxime, Stan, Guillaume, Nico...* avec qui on a passé de supers moments que ce soit au ski ou à la fac ou ailleurs, et avec qui j'espère, nous en passeront encore beaucoup d'autres.

Aux copains Parisiens,

Vous ne pouvez pas être là ce jour, (normal un jeudi soir, c'est un peu compliqué), mais je tenais à vous remercier de tous les supers souvenirs ensemble que ce soit sur Paris ou dans les landes ou partout en fait, et j'espère que nous aurons encore de nombreux moments ensemble.

Aux copains Bordelais,

Aux *Brillaud*, merci les cocos de nous accueillir si souvent chez vous et de vivre ensemble l'aventure d'être parent et de ne plus trop pouvoir sortir de chez soi. Et oui c'est génial, mais c'est différent ;)

Arnaud et Laura, cela fait peu de temps qu'on se connaît mais à chaque fois, c'est un bonheur de vous voir, alors merci pour ça.

Table des matières

Liste des tableaux.....	10
Liste des figures	11
Liste des abréviations.....	12
Introduction.....	13
Contexte.....	14
1. La consommation d'alcool en France.....	14
1.1. De la population générale	14
1.2. Des femmes	15
1.3. Des femmes enceintes	15
2. Les risques de l'alcoolisation fœtale.....	17
2.1. Syndrome d'alcoolisation fœtale	18
2.2. Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale	18
3. Les connaissances et représentations des risques de l'alcoolisation fœtale	19
3.1. De la population générale	19
3.2. Des femmes enceintes	19
3.3. Les sources d'information	20
4. Les campagnes de prévention grand public contre la consommation d'alcool durant la grossesse	21
5. Le laboratoire de biologie médicale, lieu de prévention pour l'alcool et grossesse ?	22
5.1. Lieu du diagnostic de grossesse	22
5.1.1. Test sanguin de grossesse par dosage d'hormone HCG.....	22
5.1.2. Test urinaire de grossesse par dosage d'hormone HCG.....	23
5.2. Les études déjà réalisées en laboratoire de biologie médicale	23
6. Problématique et objectifs de l'étude	24
Matériels et méthodes.....	26
1. Type d'étude	26
2. Considérations éthiques	26
3. Constitution de l'échantillon.....	26
3.1. Population cible.....	26
3.2. Critères d'inclusion et d'exclusion	26
3.3. Nombre de sujets nécessaires.....	27
4. Recrutements des laboratoires	27
5. Développement des outils	27
5.1. Le document d'information	28
5.1.1. Le flyer.....	28
5.1.2. Le questionnaire destiné aux femmes.....	28
5.2. Le questionnaire destiné aux professionnels des laboratoires.....	29
6. Recueil de données	30
7. Critères de jugement	31
7.1. Critères de jugement de l'objectif principal.....	31
7.1.1. Critère de jugement principal	31
7.1.2. Critères de jugement secondaires	31

7.2.	Critères de jugement de l'objectif secondaire	31
7.2.1.	Déterminer le niveau d'acceptabilité du DI et du questionnaire, par les femmes	31
7.2.2.	Identifier les représentations des femmes sur la prévention de l'alcoolisation fœtale réalisée dans le cadre de l'étude et en général.....	31
7.2.3.	Identifier les représentations des professionnels de laboratoire sur la prévention de l'alcoolisation fœtale réalisée dans le cadre de l'étude et en général.....	31
8.	Analyses statistiques	32
Résultats.....	33	
1.	Capacité pratique des LBM à remettre un DI sur l'alcool et la grossesse	33
1.1.	Critère de jugement principal	33
1.2.	Critères de jugement secondaires.....	33
1.2.1.	Comparaison selon les différentes périodes	33
1.2.2.	Comparaison selon les différents laboratoires.....	34
2.	Détermination du niveau d'acceptabilité et représentations de la prévention sur l'alcool et la grossesse, par les femmes	35
2.1.	Diagramme de flux	35
2.2.	Caractéristiques des femmes	35
2.3.	Niveau d'acceptabilité du document d'information et du questionnaire	36
2.3.1.	Proportion de femmes ayant accepté le document d'information	36
2.3.2.	Proportion des femmes ayant accepté de répondre au questionnaire	36
2.4.	Représentations des femmes sur la prévention de l'alcoolisation fœtale réalisée dans le cadre de l'étude et en général	37
2.4.1.	Proportion de femmes pour chaque niveau de satisfaction exploré	37
2.4.2.	Critiques et propositions d'amélioration.....	38
2.4.3.	Analyses en sous-groupes.....	40
3.	Représentations des professionnels de laboratoire sur la prévention de l'alcoolisation fœtale réalisée dans le cadre de l'étude et en général	40
3.1.	Caractéristiques des professionnels.....	40
3.2.	Proportion de professionnels pour chaque niveau de satisfaction exploré	41
3.3.	Critiques et propositions d'amélioration	43
3.4.	Analyse en sous-groupes.....	43
Discussion.....	44	
1.	Forces et limites de l'étude	44
1.1.	Forces	44
1.2.	Limites	45
2.	Interprétations des résultats.....	46
2.1.	Analyse de la capacité pratique de remise d'un DI en LBM.....	46
2.2.	Analyse de l'acceptabilité et des représentations des femmes sur la prévention de l'alcoolisation fœtale réalisée dans le cadre de l'étude et en général	47
2.3.	Analyse des représentations des professionnels de laboratoire sur la prévention de l'alcoolisation fœtale réalisée dans le cadre de l'étude et en général	49
3.	Perspectives.....	50
Conclusion	51	
Bibliographie	53	
Annexes.....	58	
1.	Affiche « 9 mois...0 alcool 0 tabac »	58
2.	Pictogramme.....	58
3.	Affiche « Vous parlez de tout avec votre médecin et votre sage-femme. Alors pourquoi pas de votre consommation d'alcool ? »	59
4.	Affiches nationales « Vous buvez un peu, il boit beaucoup »	60

5.	Dépliants bière et vin « Zéro alcool pendant la grossesse ».....	62
6.	Fiche explicative destinée aux professionnels de laboratoire	64
7.	Plaquette régionale destinée aux professionnels de santé	65
8.	Affiche régionale « Vous buvez un peu, il boit beaucoup »	66
9.	Le flyer.....	67
10.	Le questionnaire destiné aux femmes	68
11.	Le questionnaire destiné aux professionnels de laboratoire.....	69
Serment d'Hippocrate		71
Résumé.....		72

Liste des tableaux

Tableau I : Indicateurs de consommations d'alcool parmi les 15-75 ans selon le sexe, en 2010 et 2014 (6)	15
Tableau II : Effectifs et pourcentages de femmes selon les réponses aux questionnaires	38
Tableau III : Effectifs et pourcentages des professionnels selon les réponses aux questionnaires	42

Liste des figures

Figure 1 : Périodes de développement des différents organes et sensibilité correspondante aux effets d'une exposition à l'alcool (19).....	17
Figure 2 : Evolution de la capacité pratique de remise de DI pour tous laboratoires par semaine (%).....	33
Figure 3 : Capacité pratique de remise de DI par laboratoire sur toute la durée de l'étude (%).....	34
Figure 4 : Diagramme de flux des questionnaires femmes	35
Figure 5 : Effectifs des causes de refus (en nombre).....	36
Figure 6 : Proportion des critiques et propositions d'améliorations (%).....	39

Liste des abréviations

API : Alcoolisation Ponctuelle Importante

ARS : Agence Régionale de Santé

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPP : Comité de Protection des Personnes

DI : Document d'Information

ETCAF : Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale

FCS : Fausse Couche Spontanée

HAS : Haute Autorité de Santé

HCG : Hormone Chorionique Gonadotrophique

INPES : Institut National de Prévention et d'Education de la Santé

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LBM : Laboratoire de Biologie Médicale

MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives

MG : Médecine Générale

PSA : Antigène Spécifique Prostatique

RPA : Réseau Périnat Aquitaine

SA : Semaine d'Aménorrhée

SAF : Syndrome d'Alcoolisation Fœtale

SNC : Système Nerveux Central

SPF : Santé Publique France

Introduction

La consommation d'alcool fait partie de notre culture depuis des millénaires et a toujours été associée aux rites des sociétés. Des avantages et des inconvénients y sont associés et sont reconnus depuis l'Antiquité.

Un certain nombre de femmes enceintes consomment de l'alcool malgré les risques liés à son usage au cours de la grossesse. Ces conséquences sont désormais bien documentées et peuvent s'avérer très sévères pour l'enfant.

A l'heure actuelle, le grand public et les femmes enceintes savent majoritairement que la consommation d'alcool n'est pas recommandée durant la grossesse.

Cette connaissance des méfaits de l'alcool est en partie due aux différentes campagnes de prévention mises en place par le gouvernement depuis quelques années. Ces campagnes ont été diffusées auprès du grand public, ainsi qu'auprès des femmes enceintes via des articles de presse et par les professionnels de santé.

Malgré cela la recommandation « zéro alcool durant la grossesse » est souvent jugée comme excessive, non forcément nécessaire, par de nombreuses femmes et quelques professionnels de santé. Pour d'autres, dépendantes de l'alcool, suivre la recommandation est impossible. Des efforts importants doivent donc être encore déployés pour généraliser son application.

Le laboratoire de Biologie Médicale (LBM) fait partie du parcours de santé des femmes enceintes, pour le diagnostic et le suivi de leur grossesse. L'Hormone Gonadotrophique Chorionique (HCG) est ainsi dosée pour confirmer une grossesse.

L'objectif de ce travail est d'étudier la faisabilité de la remise systématique d'un document d'information (DI) sur l'alcool et la grossesse chez toute femme réalisant un test de HCG en LBM, afin d'améliorer la prévention des troubles liés à l'alcoolisation fœtale, dont le syndrome d'alcoolisation fœtale.

Nous verrons le contexte de cette étude, puis nous décrirons l'étude réalisée, sa méthodologie et ses résultats. La dernière partie sera consacrée à la discussion de cette étude et de ses résultats, ainsi que les conclusions pratiques qui en découlent.

1. La consommation d'alcool en France

1.1. De la population générale

En France, la consommation d'alcool fait partie des pratiques culturelles. Elle constitue une certaine forme de sociabilité qui commence dès l'adolescence, malgré les risques médicaux, sociaux et psychologiques connus de l'alcool (1).

La consommation de boissons alcoolisées est la deuxième cause de mortalité évitable en France, après le tabagisme (2).

Même si la consommation chute depuis une cinquantaine d'années, avec une baisse significative de la quantité de vin consommé, la France reste toujours l'un des pays ayant le plus fort niveau de consommation d'alcool au monde (3)(4)(5).

Ces dernières années, les comportements de consommation changent. On observe une baisse de la consommation régulière, mais une hausse de l'Alcoolisation Ponctuelle Importante (API) et de la fréquence des ivresses surtout parmi les adolescents et les jeunes adultes (5).

La dernière étude de prévalence sur l'alcool, datant de 2014, montre que 86 % des personnes âgées de 15 à 75 ans ont bu de l'alcool au cours des douze derniers mois, avec une moyenne de 5,5 verres bus par semaine (6). Près de la moitié des 15-75 ans consomment de l'alcool au moins une fois par semaine et un sur dix quotidiennement.

Les fréquences de consommation d'alcool restent relativement stables comparativement à 2010, excepté pour la consommation quotidienne d'alcool, qui diminue de 11 % à 10 %.

Cependant, l'API, en 2014, concerne 38 % des 15-75 ans, soit significativement plus qu'en 2010 (6).

1.2. Des femmes

Environ 80 % des femmes consomment de l'alcool, mais nettement moins régulièrement que les hommes (2,8 verres contre 8 bus par semaine). Cependant, on observe depuis plusieurs années, chez les jeunes femmes et majoritairement chez les étudiantes, une progression significative des ivresses répétées et régulières (6).

Tableau I : Indicateurs de consommations d'alcool parmi les 15-75 ans selon le sexe, en 2010 et 2014 (6)

	Ensemble		Hommes		Femmes	
	2010	2014	2010	2014	2010	2014
Consommation d'alcool						
Alcool au cours de l'année	86,2	86,4	89,6	88,9	83,0	84,0
Nombre déclaré de verres bus par semaine	5,5	5,5	8,1	8,0	2,8	2,8
Alcool hebdomadaire	47,1	47,5	61,3	60,5	33,7	35,1
Vin	36,9	37,1	46,7	45,4	27,5	29,1*
Bière	18,6	20,3***	30,9	32,6*	6,8	8,6***
Alcools forts	15,7	15,2	24,7	23,9	7,2	6,8
Autres alcools	9,0	7,7***	10,2	9,0*	7,8	6,4***
Alcool quotidien	11,0	9,7***	16,7	14,6**	5,5	4,9
Alcoolisation Ponctuelle Importante (API)						
API dans l'année	36,0	38,3***	51,5	53,2	21,3	24,2***
API mensuelle	17,8	17,4	28,2	26,2*	8,0	8,9
API hebdomadaire	4,8	5,0	7,9	8,2	1,8	2,0
Ivresse						
Ivresse dans l'année	19,1	19,1	27,6	26,5	11,1	12,1
Ivresses répétées	8,1	9,3***	13,0	13,5	3,6	5,2***
Ivresses régulières	3,1	3,8***	5,3	6,2*	0,9	1,6***

***, **, *: évolutions significatives aux seuils de 0,1%, 1% et 5% entre 2010 et 2014
Source: Baromètres santé 2010 et 2014, Inpes

1.3. Des femmes enceintes

Une grande partie des grossesses sont planifiées, mais peu de femmes arrêtent la consommation d'alcool dès le désir de grossesse (7)(8).

De ce fait, il y a une consommation d'alcool pendant les premières semaines de la grossesse avant qu'elle soit découverte.

Des études danoises rapportent des API pour un quart des femmes, dont la plupart avant le diagnostic de grossesse (9). On remarque ainsi une nette diminution des API entre la 3^{ème} et la 7^{ème} semaine d'aménorrhée (SA), respectivement 22,9 % contre 1,4 % (10).

La plupart des femmes changent leurs habitudes de consommation après la découverte de la grossesse (60% des femmes qui consommaient arrêtent de boire). Ce changement de comportement est encore plus prononcé passé le premier trimestre de grossesse. Les trois quarts des femmes enceintes arrêtent la prise d'alcool à partir de ce moment-là (11).

Dans une étude américaine, la date de reconnaissance de la grossesse, calculée par la date de grossesse suspectée moins la période des dernières règles est de 31 jours (avec un intervalle entre 7 et 227 jours). La découverte de la grossesse se fait donc autour de la 4^{ème} semaine de grossesse, correspondant à la 6^{ème} SA (12).

Une étude du Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) faite en 2010 estime que 23 % des femmes consomment des boissons alcoolisées pendant leur grossesse, dont 17 % une fois ou moins par mois (13).

De son côté, l'enquête du baromètre santé faite aussi en 2010, montre une consommation occasionnelle plus fréquente que celle du BEH (32 % des femmes enceintes françaises et seulement 2 % d'API). On remarque également que concernant les grossesses passées, seulement la moitié des femmes de moins de 25 ans ont arrêté l'alcool durant leur dernière grossesse (11).

De nombreuses études retrouvent des facteurs de risques chez les femmes consommant de l'alcool durant la grossesse : avoir une grande habitude de consommation antérieurement à la grossesse, être victime ou en contact avec de la violence (14), être isolé socialement (11), être fumeuse (15), être plus âgée, être multipare (16), vivre dans une grande ville et être d'un niveau social favorisé (13)(17).

2. Les risques de l'alcoolisation fœtale

L'alcool est la plus nocive des formes de « pollution intra-utérin » transmises par le comportement maternel. A chaque prise de boissons alcoolisées, l'alcool traverse la barrière placentaire. La quantité ingérée par le fœtus est donc égale à celle de la mère.

L'alcoolisation fœtale est la première cause non génétique de handicap mental chez l'enfant (18).

Le retentissement d'une exposition prénatale à l'alcool peut être très variable selon la fréquence et la quantité d'alcool, le stade de la grossesse, le patrimoine génétique de la mère et du fœtus.

L'alcool est tératogène pour le fœtus tout au long de la grossesse. Tous les organes sont susceptibles de voir leur développement perturbé. Cependant le Système Nerveux Central (SNC) et le cœur sont les organes les plus touchés.

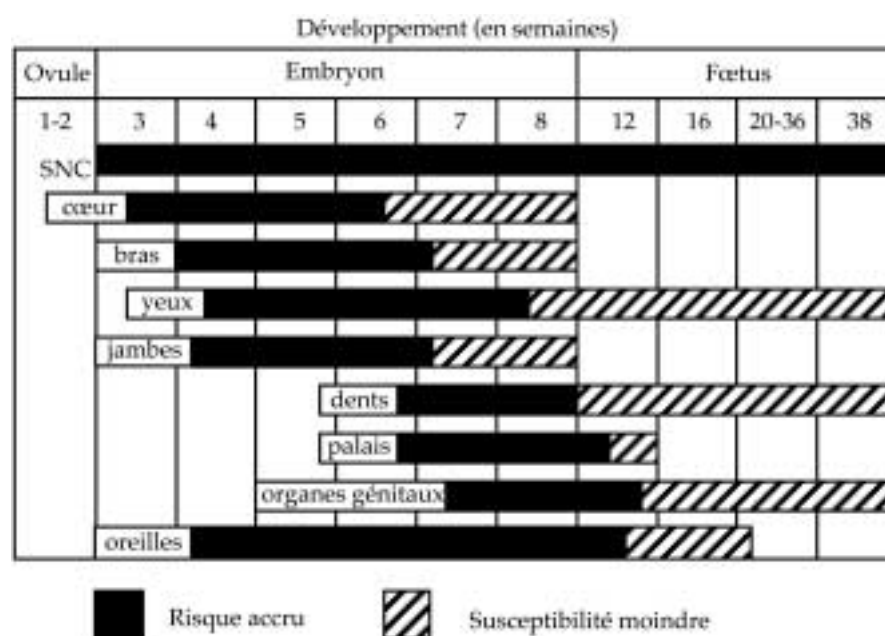


Figure 1 : Périodes de développement des différents organes et sensibilité correspondante aux effets d'une exposition à l'alcool (19)

Une consommation d'alcool forte ou modérée conduit à des effets délétères majeurs et irréversibles que ce soit en périnatalité ou sur l'enfant. La manifestation la plus invalidante est le « Syndrome d'Alcoolisation Fœtale » (SAF), mais il a été décrit d'autres troubles nommés « Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale » (ETCAF) dont nous parlerons ci-dessous (19).

Les connaissances actuelles ne permettent pas de fixer, de manière objective, un seuil de sécurité au-dessous duquel la consommation d'alcool serait sans danger. Quelques études de faible niveau de preuve, n'ont pas mis en évidence de lien entre une faible consommation d'alcool et des conséquences délétères sur le fœtus (20).

Un travail récent réalisé au Danemark, auprès de 1628 femmes suivies pendant six ans à partir de la grossesse, affirme qu'une alcoolisation modérée (moins de huit verres par semaine) en début de grossesse est sans conséquence (21).

Cette étude sème le trouble, mais n'apporte pas de preuve suffisante d'innocuité pour tolérer une consommation d'alcool, même modérée, chez les femmes enceintes.

Les effets néfastes de l'alcool sur le fœtus sont tels, qu'en France, le principe de précaution est de mise. Il est donc recommandé de ne pas boire d'alcool durant toute la grossesse (18).

2.1. Syndrome d'alcoolisation fœtale

L'incidence du SAF est mal connue. Elle serait de l'ordre de 1,3 pour 1000 naissances par an en France, et de 0,6 à 3 pour 1000 naissances aux États-Unis (22).

De nombreuses classifications ont été proposées pour définir les divers tableaux cliniques corrélés à une alcoolisation fœtale (23)(24)(25). Pour plus de clarté, la Haute Autorité de Santé (HAS) a réalisé en 2013 une synthèse des caractéristiques du SAF.

Le SAF comporte :

- Une dysmorphie faciale : comprenant des fentes palpébrales raccourcies, un sillon nasolabial lisse, allongé, effacé et une lèvre supérieure mince ;
- Un retard de croissance non spécifique (taille ou poids ou périmètre crânien) prénatal ou postnatal ou les deux ;
- 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), des troubles du calcul, des troubles du langage, une déficience sensorielle (surtout visuelle), des troubles du comportement, des troubles des facultés d'adaptation et des conduites sociales, source de difficultés d'insertion sociale (26).

2.2. Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale

L'ETCAF est une forme incomplète du SAF. C'est la forme clinique la plus fréquemment retrouvée. Dans le monde occidental, la prévalence est estimée à 9 pour 1000 naissances vivantes (27).

L'ETCAF se traduit par des difficultés dans les apprentissages et/ou un trouble des facultés d'adaptation sociale. Cela est responsable de troubles neuro-développementaux, d'échec scolaire, de troubles des conduites, de délinquance et d'incarcération, de consommation de toxiques dès l'adolescence (26).

3. Les connaissances et représentations des risques de l'alcoolisation fœtale

3.1. De la population générale

En France, plusieurs enquêtes (2004, 2006, 2007, 2015) ont été réalisées pour évaluer les connaissances et perceptions des risques liées à la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Une grande majorité des français sait qu'il ne faut pas boire pendant la grossesse. Ce pourcentage est stable depuis une dizaine d'années (81,5 % en 2004, 87 % en 2006, 86,9 % en 2007 et 84 % en 2015) (18)(28)(29).

Cependant on s'aperçoit que le seuil de consommation perçu à risque est encore imprécis avec une dégradation des connaissances à ce sujet. En effet, en 2015, seulement 20 % des français déclarent un risque dès le premier verre contre 24,4 % en 2004 et 29,9 % en 2007 (18)(29).

En 2015, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à considérer que les risques surviennent dès le premier verre. L'appréciation du risque est globalement la même à tous les âges, mais on aperçoit un recul des connaissances chez les personnes ayant un baccalauréat ou un diplôme supérieur (29).

La population française pense majoritairement que la consommation d'alcool est plus risquée au premier trimestre de grossesse (50,2% en 2004 contre 44,9% en 2007). Seulement un quart évalue un risque équivalent durant toute la grossesse (28).

La connaissance des risques pour l'enfant à naître reste imprécise. Ils savent qu'il y a des risques mais la nature de ces risques est peu connue (18).

Lors de trois des quatre vagues d'enquêtes (2004, 2007 et 2015), seulement une personne sur deux jugeait que boire de la bière ou du vin pendant la grossesse était aussi dangereux que de boire de l'alcool fort (28)(29).

Les femmes se déclarent plus choquées que les hommes à la vue d'une femme enceinte qui boit un verre d'alcool (74 % vs 63 %) (29).

3.2. Des femmes enceintes

Il n'a pas été retrouvé d'étude quantitative sur les connaissances des risques chez les femmes enceintes. Cependant les études qualitatives réalisées, montrent que les connaissances des femmes enceintes rejoignent celles de la population générale.

Elles savent qu'il ne faut pas boire durant la grossesse, mais la recommandation de l'abstinence est mal comprise (30).

Elles se posent des questions sur le seuil minimum d'alcool (31), sur la tolérance de quelques écarts de consommation de temps à autre. Comme dans la population générale, on remarque des consommations ponctuelles plus fréquentes chez les femmes de niveau d'études secondaires ou supérieurs, ayant déjà des enfants et/ou leur mère ayant consommé de l'alcool pendant la grossesse (30).

Les conséquences de la consommation d'alcool pendant la grossesse sur l'enfant à naître sont peu connues (31).

Elles ont aussi des interrogations sur les différences entre les alcools dits « doux » ou « forts » et considèrent le premier trimestre de grossesse comme la seule période à risque.

Les plus abstinentes et intransigeantes à la consommation d'alcool pendant la grossesse sont, d'une part sans profession et nullipare, donc souvent avec un niveau d'éducation plus ou moins réduit et, d'autre part, à l'inverse, exerçant une profession de santé (30).

La dernière étude, réalisée entre 2009 et 2010, donne de nouvelles informations. Les femmes enceintes sont préoccupées par l'impact de la consommation d'alcool sur l'enfant à naître, en cas de découverte tardive de la grossesse. Cela est à mettre en relation avec le développement des API chez les jeunes femmes (32).

3.3. Les sources d'information

Les sources d'information sont multiples : les ouvrages scientifiques, les professionnels de santé, les émissions télévisées, les sites internet, l'entourage ou encore les campagnes de prévention menées par Santé Publique France (SPF)...

Pour les femmes, les sources les plus crédibles sont celles transmises de mère en fille, les livres et le corps médical (18). Plusieurs études qualitatives montrent que la transmission intergénérationnelle entre mère et fille, apparaît comme une source d'information primordiale (11)(30).

Dans l'enquête de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) faite en 2006, les médecins apparaissent comme des sources sûres d'information. Cependant, seulement 19 % des français ont appris par leur médecin, les précautions à prendre pour les femmes enceintes (18).

Une autre étude plus récente, faite par le baromètre santé (INPES) en 2010, nous rapporte que 69 % des femmes enceintes déclarent avoir reçu l'information sur l'alcool de la part du médecin chargé de suivre la grossesse, alors que seulement 22 % disent avoir eu une évaluation de leur consommation d'alcool par leur médecin (11).

4. Les campagnes de prévention grand public contre la consommation d'alcool durant la grossesse

En France, les campagnes de lutte contre la consommation excessive d'alcool ont débuté dès 1984 (33). Cependant, il faut attendre 2004 pour avoir la première annonce destinée aux femmes enceintes « 9 mois...0 alcool 0 tabac », parue dans la presse féminine (annexe 1). Cette annonce a été rediffusée en 2015 dans la presse féminine (34).

En 2006, une grande campagne de presse est menée en direction du grand public et des professionnels de santé. Le grand projet a été la mise en place d'un message sanitaire à l'attention des femmes enceintes sur toutes les unités de conditionnement des boissons alcoolisées. Le message pouvait être une phrase littérale : « La consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse, même en faible quantité, peut avoir des conséquences graves sur la santé de l'enfant » ou un pictogramme (annexe 2) (18).

En 2007, il y a eu une rediffusion de cette campagne pour informer au mieux le grand public et les femmes enceintes (35).

En 2010, le site alcool-info-service.fr est lancé pour permettre de délivrer des informations complètes et validées sur l'alcool et la santé (36).

En 2013, une nouvelle campagne grand public est réalisée pour libérer la parole sur la consommation d'alcool. Pour cela une affiche nommée « Vous parlez de tout avec votre médecin et votre sage-femme. Alors pourquoi pas de votre consommation d'alcool ? » est réalisée (annexe 3).

En 2016, une synthèse de la littérature européenne, a montré que la prévention sur l'alcool et la grossesse faite chez des femmes en âge de procréer avait plus d'impact, qu'une prévention faite en population générale (37).

Depuis 1999, le 9 septembre est la journée mondiale consacrée à la sensibilisation du SAF. Cette journée entraîne de nombreuses campagnes médiatiques (27). La dernière, en septembre 2016, a permis le lancement d'une importante campagne d'information, en association avec SPF et la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). Ce dispositif d'information comprenait :

- Des affiches et dépliants diffusés aux professionnels de santé de premier recours (annexe 4 et annexe 5).
- Des annonces de presse insérées dans des magazines ciblés « famille »
- Des articles dans des blogs ciblés sur la maternité
- L'insertion du dépliant « zéro alcool pendant la grossesse » dans les boîtes de maternité, remises aux femmes enceintes (38).

En lien avec cette campagne, un programme d'actions expérimentales a été lancé en Nouvelle aquitaine sur trois ans (de 2016 à 2018) pour prévenir l'alcoolisation fœtale et mieux prendre en charge ses conséquences. Cette expérimentation est financée par la MILDECA, l'Agence Régionale de Santé (ARS) Nouvelle aquitaine, et bénéficie du partenariat du Réseau Périnatal Aquitaine (RPA). Le programme d'action est mis en œuvre par le centre ressources alcool et grossesse de l'association AGIR 33-Aquitaine (39). Notre travail de thèse s'insère dans ce projet et ce financement.

5. Le laboratoire de biologie médicale, lieu de prévention pour l'alcool et grossesse ?

Le laboratoire est un lieu fréquenté par la population. Il a été réalisé 645.422.202 actes de biologie médicale en 2015, seulement pour le régime général (40).

Au moins une fois dans leur vie, les femmes sont allées en laboratoire de biologie médicale. Les femmes enceintes y vont de manière systématique dès le début de grossesse, puis tous les mois (41).

Le dosage de HCG sérique est utilisé dans trois indications :

- Le diagnostic et suivi de la grossesse
- Le dépistage de la trisomie 21 fœtale
- Le diagnostic et suivi de certaines tumeurs (tumeurs trophoblastiques, tumeurs vésicales, tumeurs testiculaires, tumeurs hypothalamo-hypophysaires) (42).

Le dosage d'HCG est donc réalisé aussi pour le suivi de grossesse pathologique ou non désirée (l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), la Fausse Couche Spontanée (FCS), la grossesse extra-utérine...), pour l'introduction et suivi de traitement tératogène (ex : isotrétinoïne (43), dépakine...), ainsi que pour l'introduction de quelques modes de contraception (ex : Nexplanon, Stérilet...).

Les laboratoires sont donc l'un des premiers lieux de diagnostic de grossesse.

5.1. Lieu du diagnostic de grossesse

Depuis longtemps, le diagnostic de la grossesse est effectué par la recherche de l'HCG dans les urines ou dans le sang en utilisant des anticorps antihormone. L'hormone HCG, aussi appelée improprement bêta-HCG, est sécrétée uniquement chez la femme enceinte dès le début du développement de l'embryon, aux environs du neuvième jour de la grossesse, soit à la fin de la 3^{ème} SA.

La valeur de cette hormone augmente progressivement au cours des huit premières semaines de grossesse pour atteindre son maximum entre la 7^{ème} et la 12^{ème} semaine de grossesse, puis diminue progressivement jusqu'à la fin de la grossesse (44).

5.1.1. Test sanguin de grossesse par dosage d'hormone HCG

Le dosage sanguin de l'HCG au laboratoire est remboursé par la Sécurité sociale sur prescription d'un médecin mais il est possible de réaliser ce test sans ordonnance. Dans ce cas, l'examen ne sera pas remboursé par la Caisse d'assurance maladie. Le prix du test de grossesse réalisé en laboratoire est fixé à 6,7 euros dans les urines et de 7,02 euros dans le sang (45).

D'après la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), le nombre de dosages sériques de HCG est en augmentation de 0,5 % (entre 2013 et 2015). En 2015, il a été réalisé 2.351.129 prélèvements, seulement pour le régime général (40), pour un nombre de 800.000 naissances recensées en France (46).

La prise de sang pour un dosage d'HCG peut se faire à tout moment de la journée.

Le dosage de l'HCG dans le sang permet de détecter une grossesse plus précocement qu'un test urinaire (de quelques jours) et il est plus fiable (44).

L'HCG est détectable dans le sang maternel dès le 9^e jour qui suit l'ovulation si l'œuf fécondé s'implante dans l'utérus. Un dosage sanguin de l'hormone HCG permet de mesurer précisément la quantité de cette hormone et d'estimer assez grossièrement la date du début de la grossesse. Elle est ensuite utilisée pour suivre l'évolution et le bon déroulement de la grossesse, sachant que son taux plasmatique double toutes les 48 heures en début de grossesse. *A contrario*, la diminution du taux n'est pas de bon pronostic pour l'évolution de la grossesse.

- **Test négatif** : < 3 UI/L (l'absence d'HCG décelable permet d'exclure une grossesse en cours sauf si celle-ci date de moins de 10 jours).
- **Test positif** : > 3 UI/L.

Lorsque la valeur se situe entre 3 et 10 UI/L, il est préférable de refaire le test quelques jours après, afin de confirmer le diagnostic de grossesse. (44)

5.1.2. Test urinaire de grossesse par dosage d'hormone HCG

Les tests urinaires sont remboursés par la Sécurité sociale s'ils sont prescrits par un médecin et si l'analyse est réalisée dans un laboratoire de biologie médicale à contrario des tests vendus en pharmacie.

Ils sont moins souvent prescrits que les tests sanguins car moins fiables. Il peut y avoir des faux positifs ou faux négatifs. En 2015, seulement 5243 tests ont été réalisés chez les bénéficiaires de la CPAM, avec une baisse de 29,7 % en deux ans (40).

La plupart du temps, ces tests se positivent deux semaines après le début de la grossesse, c'est-à-dire au moment où devraient commencer les règles suivantes. Ils sont utilisables dès le jour présumé des règles, mais il est préférable d'attendre au moins deux à trois jours après cette date avant de réaliser le test.

En France, plus de trois millions sont vendus chaque année dans les pharmacies. Plus de 7 femmes sur 10 entre 25 et 45 ans ont déjà eu recours à un test de grossesse. Mais selon une étude IPSOS menée en 2010, 6 femmes sur 10 ne sauraient pas quand utiliser les tests de grossesse. Le biologiste garde donc toute sa place dans le conseil et l'interprétation des résultats, ainsi que le pharmacien d'officine qui vend les tests urinaires (44).

Mais depuis 2014, la vente de tests urinaires de grossesse n'est plus le monopole des pharmacies, ils peuvent en effet être achetés sur internet ou en grande surfaces (47).

5.2. Les études déjà réalisées en laboratoire de biologie médicale

Très peu d'études ont été faites en laboratoire de biologie médicale de ville.

Il a été retrouvé une thèse faite en laboratoire lors d'un prélèvement de l'Antigène Spécifique Prostatique (PSA) pour évaluer la prescription et l'information des patients sur le dosage du PSA (48).

Aucune recherche ou étude n'ont été retrouvées sur la prévention en laboratoire, même si les biologistes libéraux se sentent engagés dans la prévention (49).

6. Problématique et objectifs de l'étude

Nous avons vu que la consommation d'alcool, surtout les API et ivresses chez les jeunes femmes, sont en augmentation ces dernières années.

Nous savons que les risques de l'alcoolisation fœtale apparaissent dès la 3^{ème} semaine de grossesse, soit à la 5^{ème} SA, et qu'ils sont plus importants lors d'une forte consommation d'alcool.

Le changement de comportement vis à vis de l'alcool apparait, le plus souvent, dès la découverte de la grossesse, qui a lieu en général entre la 4^{ème} et 5^{ème} semaine de grossesse, (équivalent à la 6^{ème} et 7^{ème} SA).

Il peut donc y avoir des conséquences dommageables pour le fœtus avant ou au moment de la découverte de la grossesse.

Nous avons souligné que la majorité des femmes enceintes connaissent la recommandation « zéro alcool pendant la grossesse », mais que pour un tiers d'entre elles, la consommation d'alcool occasionnelle est poursuivie.

Malgré les nombreuses campagnes de prévention faites par le gouvernement depuis plusieurs années, le message sanitaire d'abstinence est globalement mal compris par les femmes enceintes. Elles connaissent peu les conséquences de la consommation d'alcool sur l'enfant à naître.

Nous avons identifié que le dosage de HCG, réalisé en LBM, était très largement prescrit, en France, chez les femmes en âge de procréer. Les femmes en âge de procréer étant la population cible pour la prévention de l'alcoolisation fœtale.

Même si le LBM est l'un des premiers lieux de diagnostic de grossesse, aucune étude n'a été faite pour évaluer ce site comme lieu de prévention pertinent pour l'alcool et la grossesse.

Notre question de recherche est : la remise systématique d'un document d'information (DI) sur l'alcool et la grossesse en LBM aux femmes réalisant un dosage d'HCG est-elle faisable ?

L'objectif principal de cette étude est d'étudier la capacité pratique des LBM à remettre un DI sur l'alcool et la grossesse chez toute femme réalisant un test de HCG.

Les objectifs secondaires sont de :

- 1/ Déterminer le niveau d'acceptabilité du DI et du questionnaire, par les femmes.
- 2/ Identifier les représentations des femmes sur la prévention de l'alcoolisation fœtale réalisée dans le cadre de l'étude et en général.
- 3/ Identifier les représentations des professionnels de laboratoire sur la prévention de l'alcoolisation fœtale réalisée dans le cadre de l'étude et en général.

Nous avons décidé de mener notre travail en collaboration avec deux autres doctorantes, qui recherchent la faisabilité de la prévention sur l'alcool et la grossesse dans d'autres sites du parcours de santé des femmes en âge de procréer. L'une en pharmacie, lors de l'achat d'un test urinaire d'ovulation ou de grossesse, et l'autre en cabinet de médecine générale chez toutes les femmes entre 18 et 45 ans venant en consultation.

Cette étude a été réalisée dans le cadre du centre ressources alcool et grossesse, financée par l'ARS Nouvelle-Aquitaine et la MILDECA et pilotée par AGIR 33-Aquitaine.

Matériels et méthodes

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, transversale et multicentrique auprès des femmes réalisant un test de HCG en Laboratoire de biologie médicale en Gironde.

Sur le premier temps de l'étude, une enquête quantitative a été effectuée pour évaluer la capacité pratique des laboratoires à remettre un DI sur l'alcool et grossesse lors de la réalisation d'un test biologique de grossesse.

Sur un deuxième temps, nous avons réalisé une enquête quantitative et qualitative pour évaluer les représentations de la prévention sur l'alcool et la grossesse et l'acceptabilité de l'étude et du DI par les femmes et les professionnels de laboratoire.

L'étude s'est déroulée dans les sites du 3 octobre 2016 au 26 novembre 2016.

2. Considérations éthiques

Les femmes pouvaient refuser le DI, et étaient informées de l'étude par le personnel. L'étude était anonyme, gratuite et débutée avant la publication du décret d'application de la loi Jardé (50).

Il n'a donc pas été jugé nécessaire, à l'époque, de répondre à d'autres exigences réglementaires.

3. Constitution de l'échantillon

3.1. Population cible

La population cible était toutes les femmes en âge de procréer pouvant être en début de grossesse, non encore diagnostiquée.

3.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- être une femme entre 18 et 45 ans inclus
- réaliser un test biologique de grossesse de HCG
- effectuer un prélèvement dans l'un des 4 laboratoires de l'étude
- réaliser un test durant la période de l'étude, soit du 3 octobre 2016 au 26 novembre 2016

Il n'y avait pas de critères de non inclusion y compris un handicap empêchant la lecture du DI ou la réponse au questionnaire, de même que la non maîtrise du français, afin d'être dans la situation la plus naturelle possible.

3.3. Nombre de sujets nécessaires

L'étude recherchait la proportion de femmes ayant reçu le DI parmi celles réalisant un test de HCG.

Pour calculer le nombre de femmes à inclure, nous n'avons pas pu faire d'hypothèses à partir de la littérature. N'ayant aucune étude antérieure, il a été décidé que le pourcentage de remise de DI devait être de 50 % avec une précision de $\pm 5\%$ et un risque alpha de 5 %. Ce chiffre paraissait le minimum pertinent pour justifier la logistique de réalisation de la prévention dans les LBM. Ce chiffre est toutefois arbitraire en l'absence de données permettant d'anticiper l'efficacité.

Le calcul du nombre de sujets nécessaire à l'étude donnait un minimum de 384 femmes réalisant un test de HCG.

4. Recrutements des laboratoires

Les laboratoires ont été sélectionnés géographiquement, pour faciliter le recueil des données. Des contacts avec deux laboratoires ont permis d'établir que l'inclusion de 15 patientes par semaine par laboratoire était un objectif réalisable.

Le nombre de patientes à inclure étant au minimum de 384, nous avons donc sélectionné quatre laboratoires.

Afin d'avoir un échantillon hétérogène et multicentrique, les laboratoires inclus étaient parmi les deux plus grands groupements régionaux, Exalab et Anabio.

Pour chaque groupement, nous avons sélectionné, de manière aléatoire sur les pages jaunes, un laboratoire en milieu urbain, dans la ville de Bordeaux, et un en milieu semi-urbain (Blanquefort pour Anabio et Saint-André-de-Cubzac pour Exalab).

Les quatre biologistes, contactés par téléphone, ont accepté de faire partie de l'étude. Il n'y a donc pas eu de refus.

5. Développement des outils

Les outils ont été élaborés en association avec Madame Audrey Gonneau, chargée du projet « Centre ressources alcool et grossesse » à AGIR 33-Aquitaine, le Pr Philippe Castera du Département de Médecine Générale et coordinateur médical de l'association, les deux autres Doctorantes, Mme Mélissa Juguelin et Mme Stéphanie Fernandez, l'ARS Nouvelle aquitaine et le RPA.

Au préalable de l'élaboration des outils, une analyse des recommandations de l'HAS sur l'élaboration des DI destinés aux patientes (51), ainsi que des DI sur la prévention de l'alcoolisation fœtale déjà réalisés en France (annexe 1,2,3,4,5) et les connaissances des femmes sur les risques de l'alcoolisation fœtale a été faite. Avec le comité d'expert cité ci-

dessus et après plusieurs réunions ainsi que de nombreux échanges de mail, il a été élaboré les outils cités ci-dessous.

Les messages clés du DI et affiche ont été repris de la campagne de prévention nationale faite en 2016 (annexe 4 et 5). Les questions retenues pour les questionnaires servaient à évaluer la prévention de l'alcoolisation fœtale en LBM. Ce pourquoi les questions portaient majoritairement sur l'acceptabilité de l'étude, le fond et la forme du DI et de l'affiche.

La charte graphique de tous les outils était celle du projet aquitain et développée par O'TEMPORA, une entreprise de communication missionnée sur le projet.

Plusieurs outils ont été réalisés :

- Une fiche explicative de l'étude destinée aux professionnels de laboratoire (annexe 6).
- Une plaquette régionale explicative destinée aux professionnels de santé (annexe 7).
- Une affiche A3 « Vous buvez un peu, il boit beaucoup » (annexe 8).
- Un document d'information sur l'alcool et grossesse composé d'un flyer de prévention (annexe 9) agrafé à un questionnaire destiné aux femmes (annexe 10).
- Un site internet (39).
- Un questionnaire destiné aux professionnels de laboratoire (annexe 11).

Parmi ceux-ci, les outils de mesure utilisés dans l'étude ont été :

- Le document d'information composé du flyer et du questionnaire destiné aux femmes.
- Le questionnaire destiné aux professionnels de laboratoire.

5.1. Le document d'information

Le DI est composé d'un flyer de prévention de format carte postale (14,8x10,5) agrafé au questionnaire de taille A5 destiné aux femmes.

5.1.1. Le flyer

Le flyer est de format carte postale pour faciliter la conservation du document. Il est imprimé recto-verso (annexe 9).

Sur le recto, des messages clairs de prévention sont donnés : « Vous buvez un peu, il boit beaucoup » ; « Zéro alcool pendant la grossesse ».

Sur le verso, des phrases interrogatives sont écrites pour interpeler les femmes : « Il m'arrive de consommer de l'alcool ? » ; « Quelles conséquences ? », ainsi que les numéros de téléphone et sites utiles pour essayer de répondre à ces interrogations.

5.1.2. Le questionnaire destiné aux femmes

Le questionnaire commence par un en-tête expliquant la campagne régionale de prévention sur la consommation d'alcool durant la grossesse (annexe 10).

Puis on recueille l'âge des femmes et la date à laquelle il est rempli.

Le questionnaire se compose de seulement 6 items pour favoriser les réponses.

La première question analyse si les femmes se sentent assez informées sur les risques de la consommation d'alcool durant la grossesse.

Les trois questions suivantes servent à évaluer l'intérêt du DI, que ce soit sur le fond ou sur la forme.

La cinquième question interroge sur l'utilité d'une affiche de prévention dans une salle d'attente de laboratoire. Les cinq premiers items ont des réponses fermées.

La dernière question est ouverte pour récupérer les critiques ou les propositions d'amélioration selon les femmes.

5.2. Le questionnaire destiné aux professionnels des laboratoires

Le questionnaire se présente sur une feuille A4 avec sur le recto un paragraphe pour remercier l'équipe, préciser à nouveau l'objectif de l'étude, donner les premiers résultats et finir sur l'explication du questionnaire (annexe 11).

Sur le verso, le questionnaire commence par récupérer quelques données sociodémographiques du personnel (fonction, genre et âge).

La première question correspond à l'évaluation de l'étude réalisée, en analysant sa simplicité, sa rapidité et son utilité. C'est la seule question fermée du questionnaire.

Les deuxième et troisième questions permettent de rechercher l'acceptabilité des démarches de prévention sur l'alcool et la grossesse puis en général en laboratoire, du point de vue des professionnels.

Les quatrième et cinquième questions analysent les retours positifs ou négatifs des femmes.

La dernière question est totalement ouverte pour évaluer les propositions d'amélioration selon les professionnels.

6. Recueil de données

Au début de l'étude, les quatre laboratoires recrutés ont reçu une fiche explicative du projet pour chaque membre du personnel, une plaquette régionale pour les biologistes, une affiche « Vous buvez un peu, il boit beaucoup » à exposer dans la salle d'attente, des DI agrafés aux questionnaires, associés à une tablette rigide, des stylos et une boîte de recueil des questionnaires.

La personne qui faisait le dosage de HCG (technicienne ou biologiste) se chargeait de proposer le DI associé au questionnaire en salle de prélèvement, lors d'une prise de sang de HCG.

Plusieurs cas de figure pouvaient se présenter à eux :

- Document refusé : si la patiente refusait le document, le technicien devait déposer le DI et le questionnaire dans la boîte, écrire « refusé » sur le questionnaire et si possible la date et le motif du refus.
- Questionnaire non rempli ou perdu : si la patiente acceptait le DI mais ne voulait pas remplir le questionnaire, il devait déposer le questionnaire seul dans la boîte en indiquant si possible la date. Les questionnaires perdus étaient calculés par le nombre de DI distribués moins les DI refusés, les questionnaires remplis et les questionnaires déjà reçus lors d'un prélèvement pour dosage de HCG antérieur.
- Questionnaire rempli : si la patiente acceptait le DI et le questionnaire, il devait récupérer le questionnaire rempli pour le déposer dans la boîte.
- Questionnaire déjà reçu : si la patiente avait déjà reçu le DI, il devait déposer dans la boîte, le DI et le questionnaire avec l'annotation « déjà reçu » et la date.

La durée de recueil de données envisagée était de 8 semaines, du 3 octobre 2016 au 26 novembre 2016.

Chaque semaine, pour les quatre laboratoires, une visite était faite pour donner cinquante nouveaux DI agrafés aux questionnaires, récupérer les DI et questionnaires non donnés de la semaine précédente ainsi que les questionnaires remis dans la boîte et le nombre de test de HCG réalisés durant la semaine.

Le nombre de DI distribués par les professionnels était calculé en soustrayant le nombre de DI restants au nombre de DI initialement donnés (soit 50).

Le nombre de questionnaires remplis, déjà reçus, non remplis et les DI refusés étaient également récupérés dans la boîte.

Un recueil hebdomadaire a été réalisé pour vérifier le non épuisement de la distribution sur la durée. En effet, il était ainsi possible de mesurer le nombre de DI distribués chaque semaine et d'en suivre l'évolution comparativement au nombre de dosages de HCG réalisés.

Lors de l'avant dernière semaine de recueil, un questionnaire pour chaque membre du personnel de laboratoire a été donné. Les questionnaires destinés aux professionnels ont été récupérés au moment du dernier recueil de données.

7. Critères de jugement

7.1. Critères de jugement de l'objectif principal

7.1.1. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était la proportion de femmes réalisant le test de HCG et ayant reçu le DI, soit le nombre de DI distribués sur le nombre de HCG réalisés par tous les laboratoires sur la durée totale de l'étude.

Cela permet d'évaluer la faisabilité de la distribution.

7.1.2. Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires étaient :

- La proportion de femmes réalisant le test de HCG et ayant reçu le DI sur chaque semaine de l'étude, soit le nombre de DI distribués sur le nombre de HCG réalisés par tous les laboratoires sur chaque semaine de l'étude.

Cela permet d'évaluer l'épuisement éventuel de la distribution.

- La proportion de femmes réalisant le test de HCG et ayant reçu le DI dans chaque laboratoire, soit le nombre de DI distribués sur le nombre de HCG réalisés par chaque laboratoire sur la durée totale de l'étude.

Cela permet d'évaluer les variations de la participation selon les sites de l'étude.

7.2. Critères de jugement de l'objectif secondaire

7.2.1. Déterminer le niveau d'acceptabilité du DI et du questionnaire, par les femmes

La proportion de femmes ayant accepté le DI, soit le nombre de questionnaires remplis moins le nombre de questionnaires refusés sur le nombre de DI distribués.

La proportion de femmes ayant accepté de répondre au questionnaire, soit le nombre de questionnaires remplis sur le nombre de DI distribués moins les DI déjà reçus.

7.2.2. Identifier les représentations des femmes sur la prévention de l'alcoolisation fœtale réalisée dans le cadre de l'étude et en général.

Ce critère de jugement reposait sur l'analyse des réponses aux « questionnaires-femmes ».

7.2.3. Identifier les représentations des professionnels de laboratoire sur la prévention de l'alcoolisation fœtale réalisée dans le cadre de l'étude et en général.

Ce critère de jugement reposait sur l'analyse des réponses aux « questionnaires-labos ».

8. Analyses statistiques

Les données recueillies ont été le nombre de DI, de questionnaires et le nombre de tests de HCG. Les données ont été saisies de façon anonyme sous Excel et traitées avec le logiciel SPSS version 21.00 d'IBM.

En analyse uni variée, les variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne, leur médiane et leur écart-type et les variables catégorielles par leurs effectifs et proportions par modalité de réponse.

En analyse bi variée, les variables catégorielles ont été analysées par un test de chi2 avec un seuil de différence significative inférieur à 0,05 ($p < 0,05$).

Résultats

1. Capacité pratique des LBM à remettre un DI sur l'alcool et la grossesse

1.1. Critère de jugement principal

Du 3 octobre au 26 novembre 2016, 753 dosages de HCG ont été réalisés et 391 DI ont été distribués par les laboratoires.

La capacité pratique de remise d'un DI par les laboratoires était de 51,9 %.

1.2. Critères de jugement secondaires

1.2.1. Comparaison selon les différentes périodes

On a remarqué une diminution progressive de la distribution avec un léger rebond au cours de l'avant dernière semaine, même si ce résultat n'était pas statistiquement significatif.

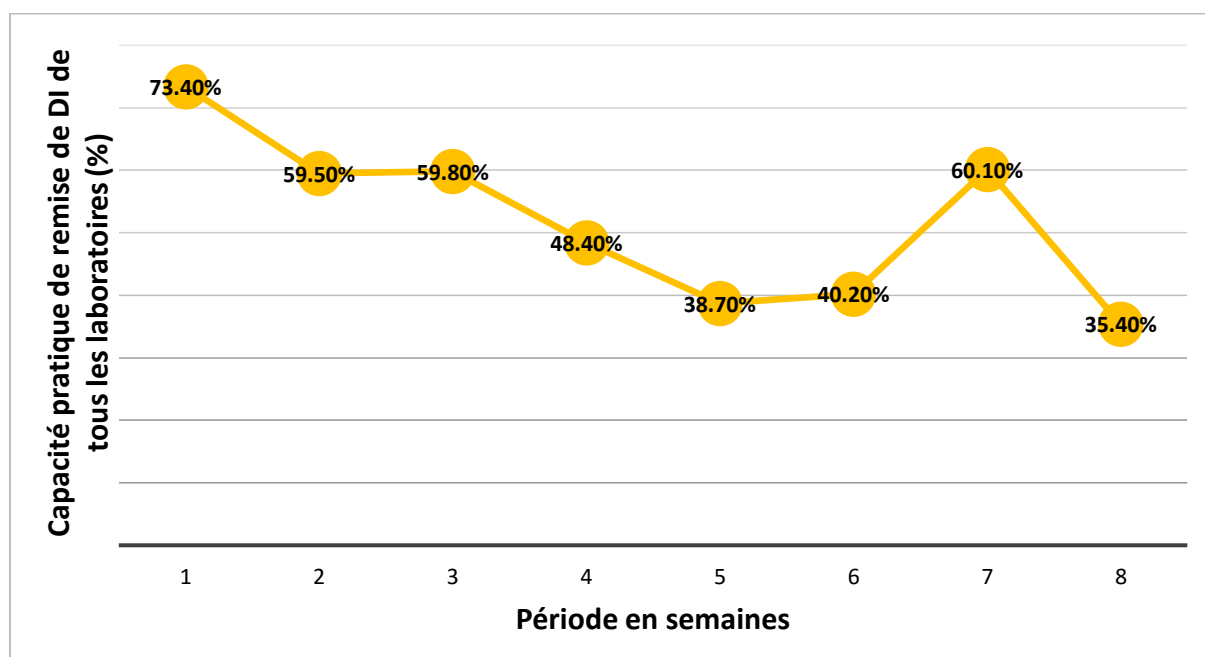


Figure 2 : Evolution de la capacité pratique de remise de DI pour tous laboratoires par semaine (%)

1.2.2. Comparaison selon les différents laboratoires

Comme illustré par la figure 3 ci-dessous, on a retrouvé chez les laboratoires Exalab Saint-André, Exalab Bordeaux et Anabio Blanquefort, des résultats relativement équivalents (respectivement 44%, 43% et 59%), alors que le laboratoire Anabio Bordeaux avait de biens meilleurs résultats avec une capacité pratique de 96%, même s'il n'a pas été retrouvé de différence statistiquement significative.

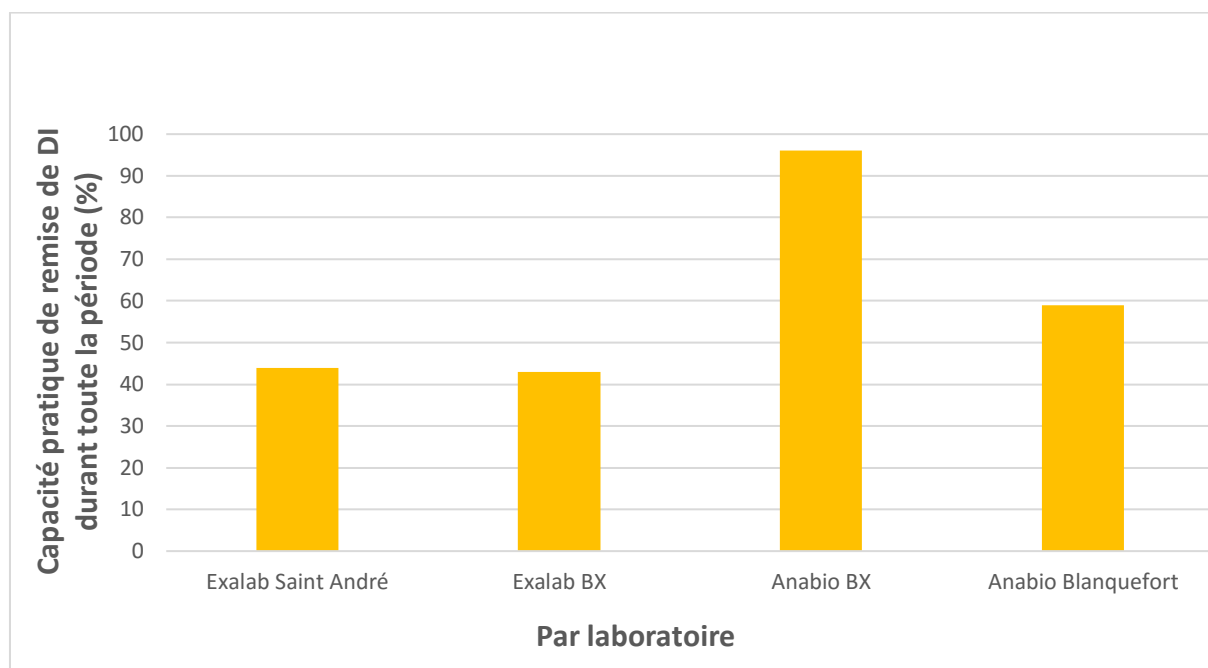


Figure 3 : Capacité pratique de remise de DI par laboratoire sur toute la durée de l'étude (%)

2. Détermination du niveau d'acceptabilité et représentations de la prévention sur l'alcool et la grossesse, par les femmes

2.1. Diagramme de flux

Le diagramme de flux (figure 4) montre la répartition des questionnaires. 286 questionnaires ont été remplis sur les 391 distribués.

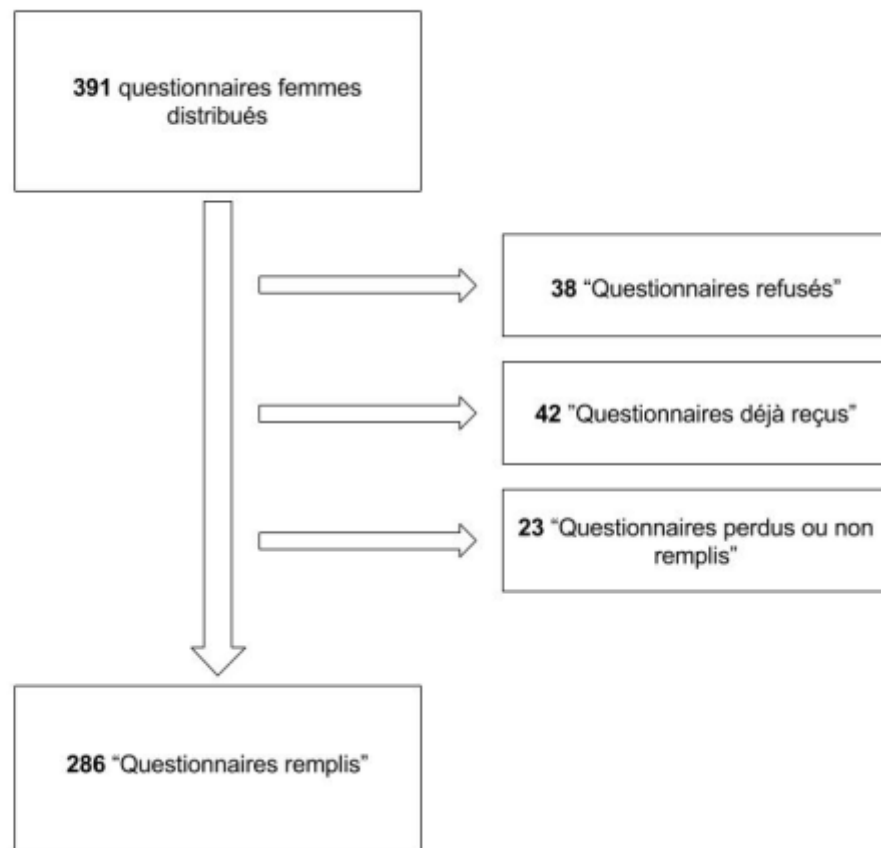


Figure 4 : Diagramme de flux des questionnaires femmes

2.2. Caractéristiques des femmes

La moyenne d'âge des femmes ayant répondu au questionnaire était de 30 ans avec un écart type de 6,41, et une médiane de 30 ans.

Nous avons un effectif par tranche d'âge relativement équivalent :

- 63 femmes entre 18 et 24 ans
- 73 femmes entre 25 et 29 ans
- 74 femmes entre 30 et 34 ans
- 73 femmes entre 35 et 45 ans
-

La moyenne d'âge des femmes ayant refusé le questionnaire était de 30 ans avec un écart type de 6,82 et une médiane de 30 ans.

2.3. Niveau d'acceptabilité du document d'information et du questionnaire

2.3.1. Proportion de femmes ayant accepté le document d'information

Il y a eu 391 questionnaires distribués aux femmes, dont 38 qui ont été refusés.

Le niveau d'acceptabilité du DI par les femmes était de 90,3 % (391 – 38 / 391).

Analyse qualitative des questionnaires refusés :

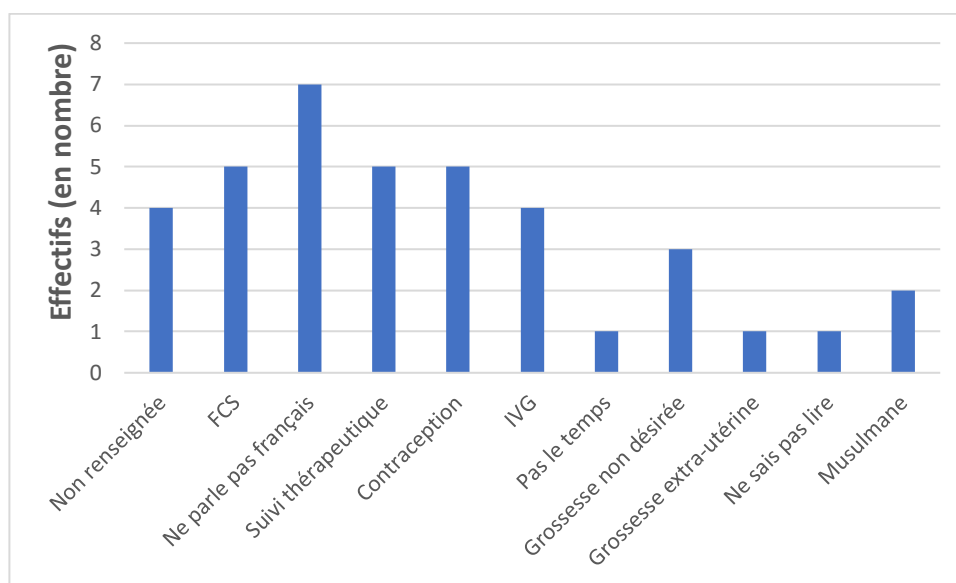


Figure 5 : Effectifs des causes de refus (en nombre)

Nous avons pu discrétiser les 38 refus en grandes catégories :

- Raison non renseignée dans 4 cas (11%)
- Situations non adaptées : pour des raisons médicales (fausses couches spontanées, IVG et grossesse non désirée, suivi thérapeutique, contraception) : 23 et pour des femmes ne consommant jamais d'alcool (musulmane) : 2 (65%)
- Limites du document d'information (ne parle pas français, ne sait pas lire) : 8 (21%)
- Refus vrais (pas le temps) : 1 (3%)

Les vrais refus représentaient donc 0,25% des femmes sollicitées, et les situations où le DI n'était pas adapté 6,4% des femmes sollicitées.

2.3.2. Proportion des femmes ayant accepté de répondre au questionnaire

Il y a eu 286 questionnaires remplis sur les 391 distribués dont 42 déjà reçus lors d'un premier dosage dans la période de l'étude.

Le niveau d'acceptabilité des femmes pour répondre au questionnaire était de 81,9 % (286 / 391 - 42).

2.4. Représentations des femmes sur la prévention de l'alcoolisation fœtale réalisée dans le cadre de l'étude et en général

2.4.1. Proportion de femmes pour chaque niveau de satisfaction exploré

Dans notre étude (tableau II), 93 % des femmes ont déclaré qu'elles se sentaient déjà assez informées sur les risques liés à la consommation d'alcool durant la grossesse.

Elles trouvaient notre DI relativement clair et utile :

- 65 % sont totalement d'accord et 29 % assez d'accord sur la clarté du DI.
- 65 % sont totalement d'accord et 27 % assez d'accord sur l'utilité du DI.

Le document incitait :

- 48% soit 138 des femmes à consulter un professionnel de santé pour parler de leur consommation d'alcool et/ou consulter un site internet d'information et de ressources sur l'alcool et grossesse.
- 33% soit 95 des femmes à consulter un professionnel de santé pour parler de leur consommation d'alcool.
- 36 % soit 104 femmes à consulter un site internet d'information et de ressources sur l'alcool et la grossesse.
- 21% soit 61 femmes à consulter un professionnel de santé et un site internet.

Sur les 20 femmes (7%) ayant répondu ne pas être assez informées ou ne pas savoir si elles étaient assez informées, seulement 10 femmes déclaraient vouloir s'informer, 3 en parler à un professionnel de santé, 4 consulter un site internet et 3 les deux.

Elles étaient 35 % à vouloir garder pour elles le DI, 20 % à le donner à une amie et 18 % à vouloir le jeter.

Sur les femmes qui se sentaient déjà assez informées, 50% étaient à vouloir garder le DI, 25% à le donner à une amie et 25% à le jeter, contrairement les femmes qui ne se sentaient pas assez informées ou ne sachant pas, étaient 29% à vouloir garder le DI, 47% à le donner à une amie et 24% à le jeter.

Les affiches « Vous buvez un peu, il boit beaucoup », mises dans le laboratoire ont été déclarées vues par 51% (soit 145) des femmes ayant répondu au questionnaire.

Tableau II : Effectifs et pourcentages de femmes selon les réponses aux questionnaires

Q1. 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	Non répondu	
266	15	5	0	
93,0%	5,2%	1,8%	0,00%	
Q2. De manière générale, le flyer proposé est clair :				
Pas du tout d'accord	Pas vraiment d'accord	Assez d'accord	Totalement d'accord	Non répondu
6	5	82	186	7
2,1%	1,8%	28,7%	65,0%	2,4%
Q2. De manière générale, le flyer proposé est utile :				
Pas du tout d'accord	Pas vraiment d'accord	Assez d'accord	Totalement d'accord	Non répondu
5	8	77	186	10
1,8%	2,8%	26,9%	65,0%	3,5%
Q3. 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	Non répondu	
95	136	46	9	
33,2%	47,6%	16,1%	3,1%	
Q3. De façon plus personnelle, ce document vous incite-t-il à consulter un site internet d'information et de ressources ?				
Oui	Non	Ne sais pas	Non répondu	
104	138	39	5	
36,4%	48,3%	13,6%	1,7%	
Q4. Et maintenant que comptez-vous faire de ce document ?				
Le garder pour moi	Le donner à une amie	Le jeter	Ne sais pas	Non répondu
99	56	51	72	8
34,6%	19,6%	17,8%	25,2%	2,8%
Q5. Avez-vous vu l'affiche correspondante à ce document dans ce local ?				
Oui	Non	Ne sais pas	Non répondu	
145	122	15	4	
50,7%	42,7%	5,2%	1,4%	

2.4.2. Critiques et propositions d'amélioration

Cette analyse correspondait à la 6^{ème} question sur les critiques et propositions d'amélioration du DI.

30 femmes ont répondu à cette question, mais beaucoup ont fait plusieurs propositions. Sur le total de 60 commentaires, il a été convenu d'extraire les 13 messages d'encouragement qui traduisaient une adhésion forte au projet. Les principaux commentaires positifs étaient « rien à ajouter, très bien fait » ; « très utile pour toute grossesse » ; « très bon conseil, document favorable à conseiller à une amie » ; « le flyer est très clair, info importante » ; « très important » ; « très explicite et très bien » ; « assez clair » ; « très bien conçu » ; « RAS » ; « c'est clair et précis » ...

Finalement seulement 47 commentaires correspondaient à des critiques ou propositions d'amélioration.

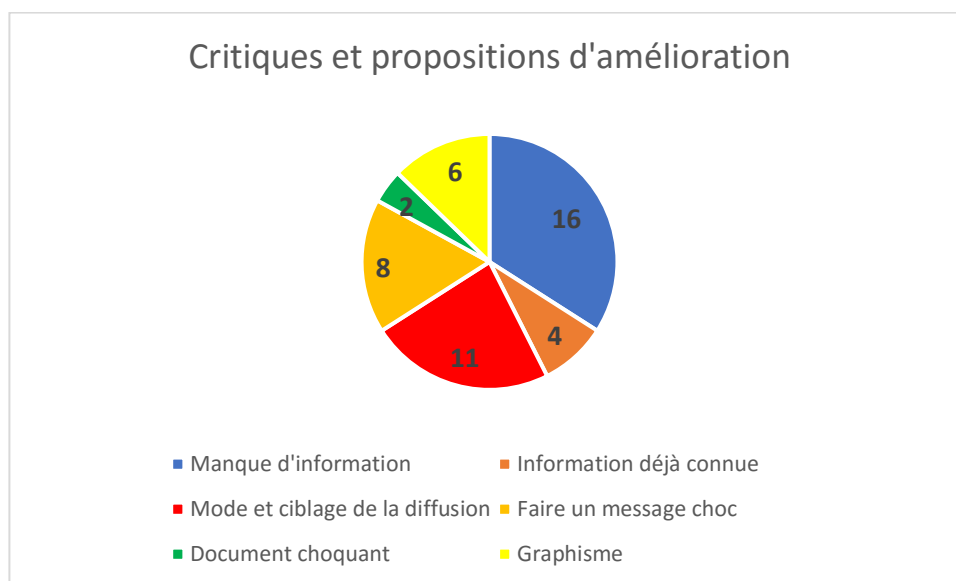


Figure 6 : Proportion des critiques et propositions d'améliorations (%)

Le manque d'information ressortait en premier. Ce qui a été le plus demandé, était d'énoncer réellement les risques pour le fœtus (pour 13 femmes). Les principales remarques étaient : « donner des exemples de conséquences pour bébé » ; « donner des détails sur les risques que cela entraîne » ; « mentionner clairement les risques » ; « mettre en avant les risques sur le bébé » ; « préciser dès le début de grossesse » ; « manque de précision sur les conséquences de l'alcool sur la grossesse » ; « être plus précis, c'est quoi « un peu » ? » ... On a eu aussi une demande de précision sur la quantité d'alcool nocive pour le fœtus et une, sur l'arrêt de la consommation dès le début de grossesse. Une des femmes voulait des informations complémentaires sur le flyer sans détailler.

Le mode et ciblage de la diffusion du DI était souvent reproché. On nous a demandé à plusieurs reprises (4 femmes) de sensibiliser toute la population : « sensibiliser la population sur les dangers de l'alcool et grossesse », mais surtout les pères : « plus cibler sur le bébé et intégrer le rôle du père » et les femmes non enceintes : « le proposer à toutes les femmes, ne pas attendre le test de grossesse pour sensibiliser ». Il a été également mentionné de le diffuser auprès des femmes dans les cabinets médicaux, laboratoires, pharmacies et mutuelles (3 femmes). On a eu une remarque pour le diffuser auprès des médecins et non des femmes : « en parler aux autres médecins ». Deux femmes pensaient que la sensibilisation devait être faite par le médecin : « les médecins doivent sensibiliser les femmes enceintes ».

Quatre femmes ont précisé qu'elles se sentaient assez informées car le message avait déjà été assez diffusé : « déjà très informée et sensibilisée, ne cherche pas d'infos supplémentaires » ; « déjà informée » ; « assez diffusé partout ».

On a eu des remarques sur le fait que le DI n'était pas assez choquant (pour 3 femmes) : « pas frappant, il faudrait un document plus explicite » ; « plus choquant, montrant les réels dégâts sur le fœtus » ou qu'il manquait une image parlante voire choc (pour 5 femmes) : « mettre une photo d'enfant mal formé » ; « mettre des photos choquantes » ; « changer l'image par une femme enceinte avec le bébé qui boit un verre » ; « faire un dessin qui sensibilise un peu plus » ; « mettre une vraie photo de femme avec un verre et non un dessin ».

A contrario, 2 femmes trouvaient le DI choquant : « peut-être un peu trash » ; « un peu trop radical et culpabilisant, proposer des alternatives avec des produits sans alcools du marché (message d'une anti alcool) ».

Quelques critiques ont été faites sur le graphisme. 3 femmes trouvaient les couleurs pas assez vives : « mettre des couleurs plus flashy » ; « une couleur plus flash que le bleu » ; « couleurs plus vives sur le slogan pour interpeler davantage ». Deux autres, que le texte n'étaient pas assez gros : « écrire plus gros et plus marqué » et une dernière, que le site internet n'était pas assez mis en évidence.

2.4.3. Analyses en sous-groupes

Il n'a pas été retrouvé de différence significative selon l'âge des femmes aux réponses du questionnaire.

3. Représentations des professionnels de laboratoire sur la prévention de l'alcoolisation fœtale réalisée dans le cadre de l'étude et en général

3.1. Caractéristiques des professionnels

Sur les 36 questionnaires distribués aux professionnels de laboratoire, 22 ont été remplis.

Par genre :

Nous avons seulement 2 hommes pour 20 femmes.

Par fonction :

Nous avons 12 techniciens de laboratoire, 5 secrétaires, 4 biologistes et 1 infirmière.

Par âge :

La moyenne d'âge était de 40,3 ans avec un écart-type de 8,646 et une médiane de 39 ans.

Les effectifs par tranche d'âge étaient :

- 5 personnes de moins de 35 ans
- 10 entre 35 et 49 ans
- 5 ayant plus de 50 ans
- 2 personnes n'ayant pas renseigné leur âge

3.2. Proportion de professionnels pour chaque niveau de satisfaction exploré

La remise du DI était perçue globalement simple, rapide et utile par les professionnels de laboratoire.

Ils étaient 90,9 % (20 personnes) à être prêts à poursuivre la remise du document, même si pour deux d'entre eux c'était une perte de temps, et pour un c'était une démarche à réaliser par le médecin (tableau III).

Par contre, tout le monde était prêt à laisser l'affiche dans les locaux sans remarques particulières.

Ils voyaient une utilité à la prévention de l'alcoolisation fœtale en LBM : 54,5 % d'entre eux pensaient que c'est assez utile, et 45,5 % très utile.

Un des professionnels pensait que le DI devrait être en libre-service et non à remettre par le personnel. Un autre pensait que le rappel préventif était essentiel, le laboratoire étant un lieu idéal car rapide, informel et lieu d'un suivi mensuel pour les femmes enceintes.

Les professionnels nous ont rapporté quatre retours positifs dont un avec deux remarques :

- Patiente favorable, bonne adhésion : 2
- Document utile : 2
- Document bien présenté : 1

Les retours négatifs ont été retrouvés sur quatre questionnaires dont deux avec deux remarques :

- Patiente musulmane vexée, craignant les représailles : 1
- Affiche trop stigmatisante et accusatrice : 1
- Patientes ne buvant pas : 2
- Dessin pas assez choquant : 1
- Questions pas assez pertinentes : 1

Tableau III : Effectifs et pourcentages des professionnels selon les réponses aux questionnaires

Q1.1 La remise systématique du document d'information chez toute femme réalisant un test de HCG vous a-t-il paru simple ?				
Pas du tout d'accord	Pas vraiment d'accord	Assez d'accord	Totalement d'accord	Non répondu
0	2	8	7	5
0%	9,1%	36,4%	31,8%	22,7%
Q1.2 La remise systématique du document d'information chez toute femme réalisant un test de HCG vous a-t-il paru rapide ?				
Pas du tout d'accord	Pas vraiment d'accord	Assez d'accord	Totalement d'accord	Non répondu
0	2	7	8	5
0%	9,1%	31,8%	36,4%	22,7%
Q1.3 La remise systématique du document d'information chez toute femme réalisant un test de HCG vous a-t-il paru utile ?				
Pas du tout d'accord	Pas vraiment d'accord	Assez d'accord	Totalement d'accord	Non répondu
1	0	12	8	1
4,5%	0%	54,5%	36,4%	4,5%
Q2.1 Dans une démarche de prévention sur la consommation d'alcool pendant la grossesse, seriez-vous prêt à poursuivre la remise du DI ?				
Oui	Non			
20	2			
90,9%	9,1%			
Q2.2 Dans une démarche de prévention sur la consommation d'alcool pendant la grossesse, seriez-vous prêt à laisser l'affiche dans vos locaux ?				
Oui	Non			
22	0			
100%	0%			
Q3. De manières plus générale, que pensez-vous de l'utilité de faire de la prévention sur l'alcoolisation fœtale en LBM ?				
Pas du tout utile	Pas vraiment utile	Assez utile	Très utile	Non répondu
0	0	12	10	0
0%	0%	54,5%	45,5%	0%
Q4.1 Avez-vous eu des retours positifs de la part des patientes ?				
Oui	Non	Non répondu		
4	14	4		
18,2%	63,6%	18,2%		
Q4.2 Avez-vous eu des retours négatifs de la part des patientes ?				
Oui	Non	Non répondu		
5	11	6		
22,7%	50%	27,3%		

3.3. Critiques et propositions d'amélioration

Nous avons eu cinq réponses pour les propositions d'amélioration au sujet de la prévention de l'alcoolisation fœtale pour les laboratoires. On nous a soumis l'idée de mettre une phrase slogan sur le compte rendu de HCG, de mettre à disposition des livrets et documents en libre-service, de donner un DI mais sans le questionnaire et aussi de remettre un document plus complet sur les risques pour le fœtus.

Une des biologistes trouvait plus opportun de cibler la remise du DI aux femmes susceptibles de garder la grossesse et non pas à celles réalisant une IVG ou FCS...

Une des remarques portait sur la différence d'implication du personnel : « initialement toute l'équipe est partante mais que tout le personnel ne l'a pas proposé ».

3.4. Analyse en sous-groupes

Il a été analysé le pourcentage des réponses de la question 1, 2 et 3, en fonction de l'âge et de la fonction. L'analyse selon le genre ne nous a pas paru intéressante du fait du peu d'hommes dans la population.

Comme pour le questionnaire destiné aux femmes, il n'a pas été retrouvé de différences statistiquement significatives.

Discussion

1. Forces et limites de l'étude

1.1. Forces

Le LBM est un des lieux du diagnostic de grossesse, et le dosage de HCG est très largement prescrit en France (44).

Les études montrent que le diagnostic de grossesse, est le moment où le comportement de consommation d'alcool change (10)(11).

Nous avons donc tout intérêt à favoriser la prévention au moment de la découverte de la grossesse, de façon la plus précoce possible.

Le LBM est aussi un lieu de suivi de grossesse, du fait d'un suivi biologique mensuel des femmes enceintes (41)(42).

Le LBM doit faire partie des maillons de la chaîne, dans la prévention faite auprès des femmes enceintes.

Un des axes proposés par le centre ressources « alcool et grossesse » est de favoriser la diffusion de messages cohérents à toutes les étapes du parcours de santé des femmes en âge de procréer. Les messages doivent commencer dès le temps de scolarité, se poursuivre au cabinet médical (médecin traitant, gynécologue...), puis le plus tôt possible dans la grossesse (LBM, pharmaciens) et enfin par les professionnels de la périnatalité. Ces messages viendront relayer les messages médiatisés au niveau national ou régional. Notre étude explore ainsi la faisabilité de la diffusion de messages en LBM.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature, d'étude qui s'intéresse à la prévention de l'alcoolisation fœtale en LBM, et particulièrement à la possibilité de réaliser une prévention au moment du diagnostic biologique de grossesse.

Notre étude est donc originale, l'une des premières, si ce n'est la première à évaluer le LBM comme lieu de prévention contre la consommation d'alcool durant la grossesse.

Notre étude est observationnelle, prospective, multicentrique et le nombre de sujets nécessaires a été inclus. Cette évaluation a été facilement réalisable, avec une durée d'étude raisonnable et un financement public pour les outils (affiches, documents, site web).

Le caractère multicentrique a permis de limiter certains biais de sélection, liés au caractère urbain ou semi urbain de la population, ou liés à la pratique d'un laboratoire.

Le critère de jugement principal était objectif, limitant les biais de mesure. Le nombre de tests réalisés durant la période était un comparateur correspondant à une donnée « dure » fournie par le LBM. Le nombre de DI distribués était une soustraction entre le nombre de DI mis à disposition et le nombre de DI restants. Ceci a été comparé avec le nombre de questionnaires recueillis. Les biais nous semblent limités sur cette donnée également, mais non impossibles pour quelques DI qui se seraient perdus avant d'atteindre la patiente.

Les objectifs secondaires ont été évalués par des auto-questionnaires anonymes, évitant un biais d'information induit par l'investigateur.

La distribution du DI pouvait se faire calmement entre le préleveur et la femme, dans une salle de prélèvement, et non dans une salle d'attente aux yeux des autres patients, évitant probablement un biais de sélection. Les femmes avaient le temps et l'intimité de remplir le questionnaire.

1.2. Limites

Notre étude s'est déroulée sur 8 semaines et a permis de remettre 391 DI aux femmes. L'effectif est suffisant pour une étude observationnelle, mais aurait pu être plus important si à chaque test de HCG (soit 753), le DI avait été remis.

La diffusion des informations concernant ma thèse, s'est faite par les biologistes qui ont été rencontrés plusieurs fois (de manière téléphonique et au moins une fois personnellement au laboratoire), et par une fiche explicative (annexe 6) destinée à tous les membres du personnel. Cependant, il n'y a pas eu d'explication de vive voix à tous les professionnels, et il est possible que l'information n'ait pas été portée de façon optimale à tous les préleveurs.

Pendant les heures d'affluence du laboratoire, les professionnels ont moins de temps, la remise du DI devait donc être moins réalisée.

Lors de la visite hebdomadaire au laboratoire, l'un des préleveurs a indiqué ne pas donner le DI si le test de HCG concernait des femmes ne voulant pas garder la grossesse. Nous avons donc eu probablement un nombre important de pertes et donc un biais lié à la subjectivité de l'investigateur. Le test de HCG est en effet réalisé aussi dans d'autres contextes que le diagnostic de grossesse comme le suivi d'IVG, de FCS, de contraception, de suivi de traitements...(42).

Le prélèvement de HCG est fait par le biologiste, un infirmier ou un technicien de laboratoire. Les deux premiers, ont une formation médicale, contrairement au technicien (52).

Lors de la remise du DI, les femmes pouvaient être en demande d'informations complémentaires sur l'alcoolisation fœtale. Nous avons délivré une plaquette régionale (annexe 7) expliquant les principes importants de l'alcoolisation fœtale, mais seulement aux professionnels de santé.

Il y a probablement eu un biais lié à l'enquêteur du fait d'un manque de formation du personnel sur les risques de l'alcoolisation fœtale.

Les questionnaires ne servant qu'à répondre aux objectifs secondaires, nous n'avons pas réalisé d'étude préalable (pré-test) permettant d'élaborer le questionnaire définitif.

Cela nous aurait permis de voir que les réponses « ne sais pas » du questionnaire des femmes, n'étaient pas forcément utiles. Ces réponses ont pu induire un biais d'information.

Nous n'avons pas eu de différences significatives lors de l'analyse en sous-groupes d'âge des questionnaires femmes. D'autres caractéristiques sociodémographiques, connues comme facteurs de risque de consommation d'alcool pendant la grossesse (niveau d'étude, la parité, le tabagisme...), auraient pu montrer des différences (14)(15)(16)(17).

Tout le matériel, que ce soit les DI, les affiches, les fiches explicatives, les questionnaires ont été financés par l'ARS Nouvelle aquitaine. Le coût et la logistique pour la diffusion des DI pourraient être un frein à l'élargissement de cette campagne de prévention.

2. Interprétations des résultats

2.1. Analyse de la capacité pratique de remise d'un DI en LBM

Dans notre étude, un peu plus de la moitié des femmes venant faire un test de grossesse ont reçu personnellement un flyer de prévention sur l'alcoolisation fœtale.

Nous sommes les premiers à évaluer cette démarche de prévention, donc nous ne pouvons pas comparer ce résultat à des études antérieures.

Cependant, nous pouvons les comparer aux autres études en cours, qui ont évalué la remise du même DI sur d'autres sites (pharmacie et cabinet de médecine générale).

Nous remarquons qu'en pharmacie, le pourcentage de remise du DI à la personne achetant un test urinaire de grossesse ou d'un test d'ovulation est légèrement supérieure (65,1% contre 51,9 %) (53).

Nous pouvons essayer d'expliquer cette différence par le fait qu'en moyenne 9 personnes différentes intervenaient dans les LBM pour 4,8 en pharmacie. L'implication de l'ensemble du personnel était peut-être plus facile.

Cependant, les personnes sensibilisées étaient moins nombreuses malgré une durée plus longue. 229 DI ont été remis pour 352 tests vendus par 10 pharmacies sur une durée de 3 mois, contre 391 DI sur 4 LBM pour 753 tests de HCG sur 2 mois.

En France, le nombre de tests urinaires de grossesse vendus en pharmacie et le nombre de tests HCG faits en LBM sont relativement équivalents, aux alentours de trois millions annuellement (40)(44).

Bien sûr, le nombre de tests vendus dépend du type et de la taille de la pharmacie, ainsi que de sa localisation. L'étude en pharmacie a été réalisée sur Périgueux et ses alentours, nous avons probablement eu une différence de ce fait.

Concernant, la thèse réalisée en cabinet de médecine générale (MG), tous les résultats ne sont pas encore connus (54).

Il s'agissait de remettre le DI à chaque femme entre 18 et 45 ans venant en consultation. Il a été remis 290 DI par 10 médecins sur une durée de 1 mois, mais nous ne savons pas combien de consultations ont été réalisées.

Le pourcentage de remise va probablement être moins important qu'en LBM, car le nombre de DI sont moins importants avec un nombre de consultations probablement plus élevées que les tests de HCG.

Nous avons eu une diminution progressive du nombre de remise des DI dans le temps avec un léger rebond à l'avant dernière semaine (respectivement à chaque semaine 69, 50, 55, 45, 31, 37, 65, 39 DI distribués). Ce résultat n'a probablement pas été significatif du fait d'une durée courte d'étude et d'un recueil de données hebdomadaire.

Dans l'étude faite en pharmacie, sur 3 mois avec un recueil mensuel, nous retrouvons plutôt une distribution stable dans le temps (respectivement par mois 75, 83, 71 DI distribués).

En ce qui concerne l'étude en MG, qui avait une durée d'étude de 1 mois donc plus courte que la nôtre, avec un recueil de donnée hebdomadaire. Nous ne retrouvons pas non plus d'épuisement (respectivement à chaque semaine 77, 53, 93, 67 DI distribués).

Même si le résultat n'est pas statistiquement significatif, un des laboratoires avait une capacité pratique nettement supérieure aux trois autres. Ce laboratoire est composé de seulement trois employés, le biologiste et deux techniciennes de laboratoire.

L'information sur l'étude a été directement faite à tout le personnel. A chaque visite, les deux techniciennes étaient vues. Du fait d'une meilleure information, la motivation du personnel à remettre le DI, a dû être plus importante.

2.2. Analyse de l'acceptabilité et des représentations des femmes sur la prévention de l'alcoolisation fœtale réalisée dans le cadre de l'étude et en général

Le DI et l'étude ont globalement été bien acceptés par les femmes (respectivement 90,3% et 81,9%).

Nous remarquons que les campagnes faites sur l'alcool et la grossesse ont été plutôt bien perçues. C'était le cas de la campagne d'étiquetage d'information sanitaires sur les bouteilles d'alcool, faite en 2006, qui avait bénéficié d'une très forte approbation de la population française (18).

Nous avons eu un nombre assez conséquent de questionnaires « déjà reçus » (42 questionnaires) du fait des suivis de HCG dans diverses situations pathologiques (43)(55)(56).

Une minorité de femmes ont refusé le questionnaire (38 femmes). Ce refus était dû à un manque de compréhension orale ou écrite de la langue française ou un manque d'implication sur le sujet car les femmes ne désiraient ou ne pouvaient pas garder la grossesse (FCS, grossesses non désirées, suivi de traitement...)

Des études ont déjà montré que la prévention a un impact, dès qu'elle est faite sur une population ciblée qui est, dans notre cas, la femme enceinte ou en désir de grossesse (37).

Les femmes de notre étude se sentaient majoritairement informées sur les risques liés à la consommation d'alcool (93%), mais dans l'analyse qualitative, elles nous demandaient d'énoncer réellement les conséquences sur le fœtus ou de mettre une image parlante (13 femmes). Ceci peut paraître incohérent.

Nous pouvons penser, comme cela a été montré dans la littérature, que les femmes connaissent la recommandation « zéro alcool pendant la grossesse » mais connaissent mal les risques pour le fœtus (18)(30)(31). Il y a là un point extrêmement important pour les messages à médiatiser. En effet, l'importance des conséquences conditionne la mise en œuvre du changement. Le public cible a tendance à banaliser de faibles consommations et ne se sent pas concerné. Nous sommes un peu dans la situation d'un conducteur qui voit un stop, connaît la loi mais ne voit personne à proximité... Certains auront tendance à ne pas marquer le stop... Mais la visibilité étant insuffisante l'accident est possible. On a tendance à minimiser la légitimité de la loi dans sa situation personnelle, si la connaissance du risque réel est insuffisante.

Pour autant, le DI a été considéré comme utile et a incité pour un peu moins de la moitié d'entre elles à en parler à un professionnel de santé et/ou à consulter un site internet.

Nous savons que 35,1% des femmes consomment de l'alcool de manière hebdomadaire, avec une augmentation des API et ivresses chez les jeunes femmes (6). On peut penser que les femmes enceintes qui ne consomment pas d'alcool, ou qui ont arrêté l'alcool durant leur grossesse, ne vont pas chercher à s'informer sur l'alcoolisation fœtale. On peut imaginer que ce sont surtout les femmes qui se sentent concernées qui vont chercher à consulter. Il est possible que la petite moitié des femmes qui s'informent, seraient celles qui continueraient à consommer de manière occasionnelle lors d'une grossesse, comme nous le montre l'étude du baromètre santé où 32% des femmes enceintes consomment occasionnellement (11). Bien qu'il ne soit pas possible de l'affirmer, cette possibilité est en faveur du fait que l'information des femmes en âge de procréer a donc tout son intérêt.

Plus de la moitié des femmes de notre étude ont gardé le flyer de prévention pour elle ou une amie. Nous savons que l'entourage est une source primordiale d'information.

Internet est un dispositif efficace de prévention mais les professionnels de santé et l'entourage, surtout les mères, restent l'une des sources les plus crédibles (11)(18)(30).

Les sources d'information doivent donc être multiples pour toucher le plus de personnes.

Les femmes qui se sentaient assez informées, étaient plus nombreuses à garder le DI pour elles que celles non assez informées (50% vs 29%) alors qu'elles étaient moins nombreuses à le donner à une amie (25% vs 47%).

Ces pourcentages contradictoires du devenir du DI entre les femmes se sentant informées et celle ne se sentant pas, est probablement induit par une taille très différente d'échantillon.

La moitié des femmes ont remarqué l'affiche mise dans le laboratoire. On peut supposer que les femmes n'ayant pas reçu le DI ont tout de même pu voir l'affiche, pour une partie d'entre elles. L'affiche est un mode de prévention très ancien et convaincant. Il est utilisé dans beaucoup de domaines et particulièrement dans la prévention de l'alcool. C'est un moyen facile, peu coûteux de faire de la prévention dans notre domaine (57)(58). Néanmoins, une simple affiche aura moins d'impact que la remise en main propre d'un DI commenté par un professionnel de santé.

L'âge moyen des femmes de notre étude était de 30 ans. Cet âge représente bien la catégorie de femmes ciblées. En 2015, l'âge moyen des mères à la naissance d'un enfant était aussi de 30 ans (46).

Nous avons vu que dans notre étude, l'adhésion et les représentations sur la prévention de l'alcoolisation fœtale n'étaient pas différentes selon l'âge. Cependant, la littérature nous décrit des différences selon l'âge, concernant les consommations d'alcool chez les femmes enceintes et les connaissances sur l'alcool et la grossesse. Ceci n'est pas forcément contradictoire car les champs explorés et les méthodologies sont différentes.

D'après la littérature, la consommation de boissons alcoolisées durant la grossesse est d'autant plus fréquente que l'âge augmente (pour une consommation ou moins souvent pas mois, < à 25 ans : 13,3% vs 25-29 ans : 14,9% vs 30-34 ans : 19,9% vs > à 35 ans : 20,3% $p < 0,001$) (13). Plus la population est jeune, plus la recommandation de ne pas consommer d'alcool pendant la grossesse et durant l'allaitement est connue, ainsi que l'impact d'une ivresse sur le fœtus et la dangerosité de toutes les boissons alcoolisées. Cependant les 15-24 ans sont significativement moins nombreux à connaître le seuil de consommation à risque (16% vs 32,5% $p < 0,001$) et le niveau de consommation sans risque (22,3% vs 33,6% $p < 0,01$) (28).

2.3. Analyse des représentations des professionnels de laboratoire sur la prévention de l'alcoolisation fœtale réalisée dans le cadre de l'étude et en général

Les professionnels de laboratoire ont bien accepté le DI. Ce moyen de prévention a été considéré comme plutôt utile, simple et rapide à réaliser (respectivement 70%, 69% et 93%). Quasiment tous (90,9%), ont rapporté être prêts à poursuivre cette démarche de prévention, que ce soit pour la remise du DI ou l'affiche dans la salle d'attente.

Nous n'avons pas retrouvé de littérature à même de comparer nos résultats. Il s'agit d'une difficulté des études vraiment originales.

Pour la prévention de l'alcoolisation fœtale, vue par les professionnels en pharmacie et les médecins généralistes, les résultats sont globalement proches des nôtres.

En pharmacie et cabinet de MG, la remise du DI était parue simple (assez d'accord respectivement 43,9% et 20% et totalement d'accord respectivement 48,8% et 50%), rapide (assez d'accord respectivement 68,3% et 20% et totalement d'accord respectivement 29,3% et 70%), et utile (assez d'accord respectivement 53,6% et 20% et totalement d'accord respectivement 41,5% et 80%) et la prévention de l'alcoolisation fœtale dans leur site était vue comme utile (assez utile respectivement 26,8% et 30% et très utile respectivement 68,3% et 70%). En pharmacie, ils étaient 100% volontaire à poursuivre la remise du document et 95,1% à souhaiter laisser l'affiche dans les locaux, contre 90% et 90% en cabinet de MG (53)(54).

Ceci a tendance à confirmer que la mise en place d'une campagne régionale de prévention mobilisant les professionnels de santé en ville serait plutôt bien accueillie, selon les données déclaratives dont nous disposons suite à ces études.

Comme pour les femmes, la campagne de prévention sur l'alcool et la grossesse bénéficient d'une forte approbation. Cependant, quelques remarques sur le manque de temps ou sur le manque d'implication de quelques professionnels ont été rapportées. Il s'agit de difficultés récurrentes.

D'après une étude faite par l'Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne en 2013, les difficultés rencontrées par les professionnels dans le repérage des femmes enceintes consommatrices étaient une réticence de la femme enceinte pour aborder la question (62,1%), un manque d'outils à disposition (51,7%), un manque de formation (42,2%), un manque de relais pour la prise en charge (40,5%), un manque de temps (29,3%) et une appréhension personnelle (13,8%) (59).

On remarque que les caractéristiques d'âge, de sexe et de fonctions de notre échantillon de professionnels ressemblent à celles retrouvées habituellement en LBM.

En LBM, la féminisation des emplois est importante : 88 % des salariés sont des femmes. Les emplois se répartissent en 45 % de techniciens, 25 % de secrétaires, 5 % d'infirmiers et 12 % de biologistes.

La pyramide des âges des employés est très équilibrée (52).

Nous n'avons pas eu de différence de réponse selon les caractéristiques sociodémographiques des professionnels probablement par un manque de puissance de cet échantillon.

3. Perspectives

La remise systématique d'un DI à chaque femme venant faire un test de HCG est peut-être difficile à généraliser à tous les laboratoires de France, voire dans le territoire du centre ressources : la Nouvelle aquitaine. Le coût et la logistique nécessaire pour l'approvisionnement en DI peuvent rendre compliqués l'élargissement du dispositif.

Cependant une affiche de prévention dans toutes les salles d'attentes de laboratoire ou de cabinets médicaux est réalisable, ainsi que des flyers de prévention à remettre lors du dosage de HCG, selon évaluation d'un préleveur sensibilisé, informé, voir formé.

Au préalable, il faudrait mettre en place une formation brève des membres du personnel de laboratoire, pour qu'ils puissent répondre aux interrogations des femmes sur l'alcool et la grossesse. En effet, on sait aujourd'hui que la remise d'un DI accompagnée d'informations personnalisées par un professionnel de santé, est l'action ayant le plus d'impact.

Les dispositifs d'information actuels, que ce soit l'affiche ou le flyer (annexe 8 et 9), renseignent sur la recommandation « zéro alcool pendant la grossesse », sur la quantité d'alcool nocive (par la phrase : « vous buvez un peu, il boit beaucoup ») et sur tous les types d'alcools nocifs (bière, vin, champagne ou cocktails).

Mais les femmes de notre étude voulaient être renseignées sur les risques réels pour le fœtus, et pour quelques-unes d'entre elles, avec des images chocs. Les avis étaient partagés sur ce dernier point et il apparaît difficile d'avoir une communication totalement satisfaisante pour toutes. L'énoncé des conséquences sur le fœtus, puis l'enfant et le futur adulte, conséquences irréversibles portées toute sa vie mais pourtant évitables, pourraient constituer un choc suffisant sans images traumatisantes. Il n'est pas sûr, que ce qui est fait sur les paquets de cigarettes, soit transposable pour la femme enceinte, les dégâts étant pour l'enfant qu'elles portent.

Un des professionnels, m'a suggéré de mettre une phrase slogan sur le compte rendu de HCG transmis aux femmes. Et à l'heure actuelle, la plupart des patients reçoivent leurs résultats de biologie par mail.

Une synthèse de littérature faite par l'INPES, nous rapporte que pour la consommation d'alcool, la plupart des interventions à distance efficaces sont des outils sur internet ou sur ordinateur (60).

Le centre ressources pourrait mettre en place une phrase texte avec les numéros utiles et le site internet associés aux principales conséquences pour le fœtus. Ce texte apparaîtrait systématiquement avec tout résultat, positif ou négatif, sur le compte rendu de HCG.

Ce dispositif n'aurait pas de frein logistique, ni financier et ne serait pas confronté au manque de temps ou de motivation du personnel de laboratoire. La difficulté serait plutôt au niveau de la négociation avec les LBM. Cet obstacle pourrait être plus facilement levé par la mobilisation de l'ARS-Nouvelle aquitaine dans ce projet.

Depuis la réforme des laboratoires de biologie médicale, des groupes se sont développés, permettant un démarchage plus rapide des laboratoires (60).

Enfin un article montre, au même titre que notre étude, que le biologiste libéral se sent engagé dans la prévention (49).

Conclusion

On observe depuis plusieurs années, une progression des alcoolisations ponctuelles importantes et ivresses chez les jeunes femmes.

L'alcoolisation fœtale reste la 1^{ère} cause non génétique de handicap mental chez l'enfant mais peu de femmes en âge de procréer arrêtent la consommation d'alcool dès le désir de grossesse. Le changement de comportement envers l'alcool, change dès la découverte de la grossesse.

Il faudrait favoriser la prévention de l'alcoolisation fœtale chez les femmes en préconception ou au moins dès le diagnostic de grossesse. Le laboratoire de biologie médicale est donc un lieu privilégié pour ce dernier.

Notre étude a permis d'évaluer le LBM comme lieu de prévention pour la consommation d'alcool pendant la grossesse chez les femmes en âge de procréer. Nous avons également analysé l'acceptabilité et les représentations sur la prévention de l'alcoolisation fœtale chez les femmes incluses, ainsi que chez les professionnels de laboratoire.

Grâce à ce travail, on s'est rendu compte qu'une intervention de prévention par un flyer et une affiche était bien acceptée par les femmes et les professionnels de laboratoire.

La remise systématique à chaque femme faisant un test de HCG est réalisable mais a ses limites. Les quelques difficultés des professionnels, le coût et la logistique de diffusion des flyers peuvent être un frein à la généralisation de ce dispositif.

Nos résultats ont sans doute été optimisés par l'implication des professionnels des LBM dans le cadre d'une étude. D'un autre point de vue, l'étude elle-même par l'adjonction d'un questionnaire est venue compliquer la remise du DI aux femmes. En situation réelle, et selon les propos des participants, il est probable que la réalisation se situe à peu près aux mêmes niveaux. La moitié des femmes concernées ont reçu le DI sur les 8 semaines de l'étude, un temps assez court. Nous avons fixé le seuil intuitif d'efficience à ce niveau, sans arguments issus de la littérature. Il apparaît donc important de diminuer au maximum les contraintes pour les professionnels en rendant le processus aussi automatique que possible.

Les données issues de notre étude semblent montrer que le LBM est un lieu où la prévention de l'alcoolisation fœtale est possible, légitime et bien acceptée, côté professionnels et côté femmes. Notre étude nous incite à proposer une adaptation des actions prévues à ce niveau.

- L'affiche pourrait être conservée et resterait visible pour toutes les femmes et leur entourage, lors de toute venue au LBM.
- L'association automatique d'un message de prévention sur l'alcoolisation fœtale avec tout résultat de dosage de l'HCG pourrait être discuté, développé et mis en place en discussion avec les LBM, en impliquant l'ARS-Nouvelle aquitaine.
- Un site web pourrait permettre aux femmes le souhaitant d'avoir des informations contrôlées, sans conflits d'intérêts, sur les risques encourus par la consommation d'alcool durant la grossesse. Le site pourrait également proposer les parcours de santé adaptés aux femmes en ressentant le besoin. Un forum des questions viendrait compléter le service.
- Le document d'information pourrait être téléchargeable et imprimable pour tous les professionnels souhaitant le distribuer, de façon systématique ou pour des femmes identifiées à risque.

Il reste la difficulté de proposer une prévention centrée uniquement sur l'alcoolisation fœtale, alors que l'on connaît également les risques liés à la consommation de tabac, les deux étant souvent associés. Sans évoquer les autres consommations de médicaments et de drogues illégales.

Enfin, reste le problème de la maladie addictive, avec l'impossibilité pour certaines patientes de modifier leur comportement, malgré la pression des différents messages. Bien que minoritaire, cette situation correspond aux plus hauts risques de conséquences fœtales, et il est important que les professionnels des LBM soient formés au repérage et aux bonnes attitudes face à ces patientes. La connaissance des ressources adaptées, outre les médecins traitants, serait également utile, via le site www.addictoclic.com.

Bibliographie

1. Roques B. La dangerosité des drogues : rapport au secrétariat d'Etat à la Santé. Odile Jacob; 1999. 340 p.
2. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009. Bull Epidemiologique Hebd. mai 2013;(n°16-17-18):163-8.
3. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Quantité d'alcool consommé par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961 (en litres équivalents d'alcool pur). 2016.
4. GHO | By category | Recorded alcohol per capita consumption, 1960-1979 - by country [Internet]. [cité 11 févr 2017]. Disponible sur: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1025?lang=en#>
5. Beck F, Richard J-B. Epidémiologie de l'alcoolisation en France. EMC - Endocrinol-Nutr. janv 2013;10(1):1-9.
6. Richard J-B, Palle C, Guignard R, Nguyen-thanh V, Beck F, Arwidson P. La consommation d'alcool en France en 2014. Evolutions. Avril 2015;(32).
7. Tydén T, Stern J, Nydahl M, Berglund A, Larsson M, Rosenblad A, et al. Pregnancy planning in Sweden – a pilot study among 270 women attending antenatal clinics. Acta Obstet Gynecol Scand. 1 avr 2011;90(4):408-12.
8. Dumas A, Lejeune C, Simmat-Durand L, Crenn-Hébert C, Mandelbrot L. Grossesse et substances psychoactives : étude de prévalence de la consommation déclarée. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. déc 2008;37(8):770-8.
9. Stranberg-larsen K, Nielsen N-R, Andersen A-M, Olsen J, Gronbaek M, =Centre for Alcohol Research. National Institute of Public Health. University of Southern Denmark. Copenhagen. DNK. Characteristics of women who binge drink before and after they become aware of their pregnancy. Eur J Epidemiol. 2008;23(8):565-72.
10. Kesmodel U. Binge drinking in pregnancy-frequency and methodology. Am J Epidemiol. 2001;154(8):777-82.
11. Beck F, Richard J-B, Dumas A, Simmat-Durand L, Vandentorren S. Enquête nationale sur la consommation de substances psychoactives chez les femmes enceintes. Santé En Action. 2013;(423):5-7.
12. Edwards EM, Werler MM. Alcohol consumption and time to recognition of pregnancy. Matern Child Health J. nov 2006;10(6):467-72.
13. Saurel-Cubizolles M-J, Prunet C, Blondel B. Consommation d'alcool pendant la grossesse et santé périnatale en France en 2010. Bull Epidemiologique Hebd. mai 2013;(16-17-18):180-5.
14. Skagerström J, Chang G, Nilsen P. Predictors of Drinking During Pregnancy: A Systematic Review. J Womens Health. 1 juin 2011;20(6):901-13.

15. O’Keeffe LM, Kearney PM, McCarthy FP, Khashan AS, Greene RA, North RA, et al. Prevalence and predictors of alcohol use during pregnancy: findings from international multicentre cohort studies. *BMJ Open*. 6 juill 2015;5(7):e006323.
16. Nilsen P, Holmqvist M, Hultgren E, Bendtsen P, Cedergren M. Alcohol use before and during pregnancy and factors influencing change among Swedish women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1 juill 2008;87(7):768-74.
17. Skagerström J, Alehagen S, Häggström-Nordin E, Årestedt K, Nilsen P. Prevalence of alcohol use before and during pregnancy and predictors of drinking during pregnancy: a cross sectional study in Sweden. *BMC Public Health*. 2013;13:780.
18. Inpes. Zéro alcool pendant la grossesse. Ministère de la santé et des solidarités; 2006.
19. Inserm. Expertise collective : Alcool Effets sur la santé. 2001.
20. Henderson J, Gray R, Brocklehurst P. Systematic review of effects of low-moderate prenatal alcohol exposure on pregnancy outcome. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 1 mars 2007;114(3):243-52.
21. Kilburn TR, Eriksen H-LF, Underbjerg M, Thorsen P, Mortensen EL, Landrø NI, et al. Low to Moderate Average Alcohol Consumption and Binge Drinking in Early Pregnancy: Effects on Choice Reaction Time and Information Processing Time in Five-Year-Old Children. *PloS One*. 2015;10(9):e0138611.
22. Haute Autorité de Santé - Troubles causés par l’alcoolisation fœtale : repérage [Internet]. [cité 13 févr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1636956/fr/troubles-causes-par-l-alcoolisation-foetale-reperage
23. Lejeune C. Syndrome d’alcoolisation fœtale. *Devenir*. 2001;13(4):77-94.
24. Stratton K, Howe C, Battaglia FC. Fetal alcohol syndrome: diagnosis, epidemiology, prevention, and treatment. Washington : Institute of Medicine and National Academy Press; 1996 - Recherche Google [Internet]. [cité 17 févr 2017]. Disponible sur: https://www.google.fr/search?client=safari&rls=en&q=Stratton+K,+Howe+C,+Battaglia+FC.+Fetal+alcohol+syndrome:+diagnosis,+epidemiology,+prevention,+and+treatment.+Washington+:+Institute+of+Medicine+and+National+Academy+Press;+1996&ie=UTF-8&oe=UTF-8&gfe_rd=cr&ei=UUqnWNLjCrGn8weKsongAw
25. Astley SJ, Clarren SK. Diagnostic guide for fetal alcohol syndrome and related conditions: the 4-Digit Diagnostic Code (2e éd.). Seattle : University of Washington Publication Services; 1999 - Recherche Google [Internet]. [cité 17 févr 2017]. Disponible sur: [https://www.google.fr/search?client=safari&rls=en&q=Astley+SJ,+Clarren+SK.+Diagnostic+guide+for+fetal+alcohol+syndrome+and+related+conditions:+the4-Digit+Diagnostic+Code+\(2e+e%CC%81d.\).+Seattle+:+University+of+Washington+Publication+Services;+1999&ie=UTF-8&oe=UTF-8&gfe_rd=cr&ei=20unWM3-FrPS8Af46IPwAw](https://www.google.fr/search?client=safari&rls=en&q=Astley+SJ,+Clarren+SK.+Diagnostic+guide+for+fetal+alcohol+syndrome+and+related+conditions:+the4-Digit+Diagnostic+Code+(2e+e%CC%81d.).+Seattle+:+University+of+Washington+Publication+Services;+1999&ie=UTF-8&oe=UTF-8&gfe_rd=cr&ei=20unWM3-FrPS8Af46IPwAw)
26. HAS. Fiche mémo Troubles causés par l’alcoolisation foetale : repérage. 2013.
27. Inpes - Actualités 2012 - Grossesse et alcool [Internet]. 2013 [cité 20 févr 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2012/028-grossesse-alcool.asp>

28. Guillemont J, léon C, Direction des affaires scientifiques, INPES. Alcool et grossesse - connaissances du grand public en 2007 et évolutions en trois ans. *Evolutions*. Juin 2008;(15):1-6.
29. Cogordan C, Nguyen-Thanh V, Richard J-B. Alcool et grossesse. Connaissances et perception des risques. *Alcoologie Addictologie*. 2016;38(3):181-90.
30. Toutain S. Ce que les femmes disent de l'abstinence d'alcool pendant la grossesse en France. *Bull Epidémiologique Hebd*. 10 mars 2009;(10-11):100-2.
31. Audet C, April N, Guyon L, De koninck M. Représentations de la consommation d'alcool pendant la grossesse et perceptions des messages de prévention chez des femmes enceintes. Institut national de santé publique Québec; 2006.
32. Toutain S. Alcool et grossesse en France : une nouvelle enquête à partir des forums Internet en 2009-2010. *Alcoologie Addictologie*. 20 sept 2011;33(3):197-204.
33. Campagnes de lutte contre la consommation excessive d'alcool CFES/Inpes - Récapitulatif - Recherche Google [Internet]. [cité 20 févr 2017]. Disponible sur: https://www.google.fr/search?client=safari&rls=en&q=Campagnes+de+lutte+contre+la+consommation+excessive+d%E2%80%99alcoolCFES/Inpes+-+R%C3%A9capitulatif&ie=UTF-8&oe=UTF-8&gfe_rd=cr&ei=d_OqWLCvK6fA8genlrMYAg
34. Inpes - Grossesse et santé [Internet]. 2005 [cité 20 févr 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/cp/05/cp050428.asp>
35. Inpes - Zéro alcool pendant la grossesse : des messages sanitaires pour informer dès le 3 octobre 2007 [Internet]. 2007 [cité 20 févr 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/cp/07/cp070926.asp>
36. Alcool Info Service [Internet]. Alcool Info Service. [cité 20 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.alcool-info-service.fr>
37. Scholin L. Prevention of harm caused by alcohol exposure in pregnancy. Rapid review and case studies from Member States. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 p. 43p. Report No.: 978-92-890-5164-4.
38. « Zéro alcool pendant la grossesse » : une campagne contre le Syndrome d'alcoolisation fœtale [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 20 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/zero-alcool-pendant-la-grossesse-une-campagne-contre-le-syndrome-dalcoolisation-foetale/>
39. AGIR 33. Centre de ressources Alcool et grossesse [Internet]. [cité 18 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.alcool-grossesse.com/>
40. ameli.fr - Actes de biologie médicale [Internet]. [cité 18 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/actes-de-biologie-medecale/biolam-2013-2015.php>
41. Haute Autorité de Santé - Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. [cité 3 mars 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees

42. Poupon c, Burtin-Curutchet ML, Cano Y. Les techniques de dosage immunologique de l'hcg sérique. SPECTRA Biol. nov 2005;(148):60-1.
43. Isotrétinoïne par voie orale [Internet]. [cité 20 févr 2017]. Disponible sur: http://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=692
44. Baudin B. Les tests de diagnostic rapide en biochimie médicale : intérêts, limites et dangers. Rev Francoph Lab. sept 2015;2015(475):31-8.
45. Caisse Nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Biologie médicale nomenclature des actes. 2016.
46. Bilan démographique 2015 | Insee [Internet]. [cité 11 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908103#documentation>
47. Loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation. 2014-344 mars 17, 2014.
48. Ospital J. Prescription du dosage de PSA et information des patients: enquête transversale auprès de 212 patients lors du prélèvement sanguin [Thèse d'exercice]. [2014-...., France]: Université de Bordeaux; 2014.
49. Les biologistes libéraux engagés dans la prévention - EM Premium [Internet]. [cité 15 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.docelec.u-bordeaux.fr/article/169997/resultatrecherche/2>
50. Loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine. 2012-300 mars 5, 2012.
51. Haute Autorité de Santé - Élaboration d'un document d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé [Internet]. [cité 15 févr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_240670/fr/elaboration-d-un-document-d-information-a-l-intention-des-patients-et-des-usagers-du-systeme-de-sante
52. Observatoire des Métiers dans les Professions Libérales. Laboratoire de biologie médicale : portrait statistique. 2012.
53. Juguelin M. Faisabilité de la remise systématique d'un document d'information sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse à toute femme achetant un test urinaire de grossesse ou un test d'ovulation en pharmacie d'officine [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2017.
54. Fernandez S. Prévention en médecine générale de la consommation d'alcool au cours de la grossesse : étude de faisabilité. [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2017.
55. HAS. Recommandations de bonne pratique : Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. 2010.
56. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique Les pertes de grossesse. 2014.
57. Ministère de l'Emploi de la Cohésion sociale et du Logement. Paris. FRA. La prévention s'affiche : 100 ans pour convaincre (1906-2006). Paris: Ministère de l'Emploi de la Cohésion sociale et du Logement; 2006.

58. Fillaut T, Garcon J, Bernardin M, Ivillard L. L'alcoolisme : la prévention de l'alcoolisme par l'affiche en France, en Belgique, en Suisse et au Québec (1945-1995). Ecole Nationale de la Santé Publique (E.N.S.P.); 1998.
59. Petigny A, Fiet C, Millot I, Lemery B, =Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne. (O.R.S.B.). Dijon. FRA, =Agence Régionale de Santé de Bourgogne. (A.R.S.). Dijon. FRA / com. Repérage et suivi des consommations de produits psychoactifs pendant la grossesse en Bourgogne. Dijon: ORS Bourgogne; 2013 mai p. 39p.
60. Les dispositifs efficaces en matière de prévention et d'aide à distance en santé : une synthèse de littérature. [Internet]. [cité 28 févr 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildocFB.asp?numfiche=1536>
61. Observatoire des Métiers dans les Professions Libérales. Laboratoire de biologie médicale : étude pour l'élaboration d'une GPEC. 2012.

Annexes

1. Affiche « 9 mois...0 alcool 0 tabac »



A pink poster with a decorative border. At the top, it says "9 mois" in a large, elegant font. Below it, a list of items is written in a smaller, elegant font: "8 kilos de fraises", "7 siestes par semaine", "6 coups de fil de maman par jour", "5 sens en éveil", "4 prénoms en finale", "3 échographies", "2 litres d'eau par jour", and "1 heureux événement". At the bottom, it says "0 alcool 0 tabac" in a large, elegant font. Below the poster, there is a small text block: "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." and "Parlez-en à votre médecin ou à votre sage-femme." At the bottom left, there are logos for the French Republic, Inpes, and other organizations.

9 mois

8 kilos de fraises
7 siestes par semaine
6 coups de fil de maman par jour
5 sens en éveil
4 prénoms en finale
3 échographies
2 litres d'eau par jour
1 heureux événement

0 alcool 0 tabac

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 et de la Santé
inpes
Agence nationale pour l'information sur le tabac
Agence nationale pour le traitement de l'addiction

2. Pictogramme



3. Affiche « Vous parlez de tout avec votre médecin et votre sage-femme. Alors pourquoi pas de votre consommation d'alcool ? »

Je peux avoir des rapports sexuels pendant ma grossesse ?

J'ai peur de prendre trop de poids.

Je dors mal.

**Vous parlez de tout avec votre médecin et votre sage-femme.
Alors pourquoi pas de votre consommation d'alcool ?**

DES QUESTIONS SUR VOTRE CONSOMMATION ?

0 980 980 930*

ALCOOLINFOSERVICE.FR

RÉDUIRE SA CONSOMMATION D'ALCOOL, C'EST RÉDUIRE LES RISQUES POUR SA SANTÉ

*De 8h00 à 2h00, appel non surtaxé.

4. Affiches nationales « Vous buvez un peu, il boit beaucoup »

**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

PARLEZ-EN À VOTRE MÉDECIN OU PHARMACIEN

0 980 980 930
ALCOOL INFO SERVICE.FR
7 J/7, 24 H/24, 11, APPEL D'URGENCE ET NON SURCHARGE



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

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



0 980 980 930
ALCOOL INFO SERVICE FR
117, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100



5. Dépliants bière et vin « Zéro alcool pendant la grossesse »

Recto Vin



Comment résister à la tentation ?

L'alcool est très présent autour de nous. On vous proposera peut-être d'en boire un peu durant votre grossesse. N'hésitez pas à rappeler à votre famille et vos amis que pendant 9 mois c'est zéro alcool. Si vous ne voulez pas dire que vous êtes enceinte au début, trouvez des prétextes pour refuser le verre d'alcool que l'on vous propose : « je suis sous antibiotiques », « j'ai mal à la tête », « je suis au régime », « j'ai trop bu hier »...

Conseils à l'entourage

Ne proposez pas d'alcool à une femme enceinte et prévoyez des boissons sans alcool attractives : jus de fruits pressés, cocktails sans alcool, eaux aromatisées...

Durant les 3 premiers mois, une femme peut souhaiter rester discrète sur sa grossesse : respectez sa décision, n'insistez pas pour la servir et évitez les questions indiscrettes.

**Des questions ?
Besoin de conseils ?**

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

.....

**Vous pouvez aussi appeler
Alcool Info Service**

☎ 0 980 980 930
ALCOOL INFO SERVICE.FR

7 jours / 7, de 8 h à 2 h,
appel anonyme et non surtaxé.

ou échanger avec nous sur :
alcohol-info-service.fr
chats, forums de discussion, témoignages,
adresses utiles, questions-réponses...
et obtenez une réponse personnalisée.

.....




**ZÉRO ALCOOL
PENDANT LA
GROSSESSE**



Recto Bière



Comment résister à la tentation ?

L'alcool est très présent autour de nous. On vous proposera peut-être d'en boire un peu durant votre grossesse. N'hésitez pas à rappeler à votre famille et vos amis que pendant 9 mois c'est zéro alcool. Si vous ne voulez pas dire que vous êtes enceinte au début, trouvez des prétextes pour refuser le verre d'alcool que l'on vous propose : « je suis sous antibiotiques », « j'ai mal à la tête », « je suis au régime », « j'ai trop bu hier »...

Conseils à l'entourage

Ne proposez pas d'alcool à une femme enceinte et prévoyez des boissons sans alcool attractives : jus de fruits pressés, cocktails sans alcool, eaux aromatisées...

Durant les 3 premiers mois, une femme peut souhaiter rester discrète sur sa grossesse : respectez sa décision, n'insistez pas pour la servir et évitez les questions indiscrettes.

**Des questions ?
Besoin de conseils ?**

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

.....

**Vous pouvez aussi appeler
Alcool Info Service**

☎ 0 980 980 930
ALCOOL INFO SERVICE.FR

7 jours / 7, de 8 h à 2 h,
appel anonyme et non surtaxé.

ou échanger avec nous sur :
alcohol-info-service.fr
chats, forums de discussion, témoignages,
adresses utiles, questions-réponses...
et obtenez une réponse personnalisée.

.....




**ZÉRO ALCOOL
PENDANT LA
GROSSESSE**



L'alcool passe-t-il dans le sang du bébé ?

L'alcool bu par la mère passe dans le sang du bébé par le placenta. Rapidement, **il y a autant d'alcool dans le sang du bébé que dans celui de la mère**. De plus, le bébé reste exposé plus longtemps aux effets toxiques de l'alcool car son petit foie l'élimine plus lentement.

Existe-t-il une quantité d'alcool sans risque pour le fœtus ?

On ne sait pas aujourd'hui quelle est la quantité minimale d'alcool qui est toxique pour l'enfant à naître. Il est donc recommandé **de ne pas boire du tout d'alcool pendant votre grossesse**.

Certains alcools sont-ils moins dangereux que d'autres ?

Il n'y a pas d'alcool moins dangereux qu'un autre. Un verre standard de bière, de whisky, de vin, de pastis... contient la même quantité d'alcool pur (environ 10 grammes). Ils présentent donc tous le même danger pour le fœtus.



Quelles peuvent être les conséquences ?

L'alcool est dangereux pour le bébé, il peut :

- provoquer fausse couche ou accouchement prématuré ;
- empêcher le bon développement des organes du fœtus (cerveau, cœur, bras, jambes, etc.) ;
- entraîner un retard mental ou physique et des troubles du comportement de l'enfant.



Le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF)

C'est la conséquence la plus grave d'une consommation d'alcool pendant la grossesse.

Cette complication, heureusement rare, entraîne un retard de croissance, des anomalies faciales, des malformations et des atteintes cérébrales...



Peut-on boire de l'alcool quand on allaite ?

Si vous allaitez, il est recommandé de ne pas boire d'alcool, car l'alcool passe dans le lait maternel. Si ce n'est pas possible, évitez de boire juste avant la tétée. Attendez entre 2 et 3 heures avant de redonner le sein si vous avez bu un verre d'alcool. N'hésitez pas à demander des conseils à votre pédiatre, médecin, pharmacien ou sage-femme.



Vous venez d'apprendre que vous attendez un enfant et le fait d'avoir bu de l'alcool les premières semaines vous inquiète ?

Ne restez pas seule avec vos questions, n'hésitez pas à en parler au personnel de santé qui vous accompagne pendant votre grossesse : médecin, gynécologue, sage-femme, professionnel de la PMI (Protection Maternelle et Infantile).

Vous êtes enceinte et avez des difficultés avec l'alcool ?

Toute période d'abstinence d'alcool est bonne pour votre bébé, quel que soit le stade de votre grossesse. Il existe des équipes spécialisées pour vous aider avec bienveillance et sans jugement.

Vous trouverez les adresses les plus proches de chez vous sur alcool-info-service.fr ou en téléphonant au 0 980 980 930 (7 jours/7, de 8h à 2h, appel anonyme et non surtaxé).

6. Fiche explicative destinée aux professionnels de laboratoire



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 mis 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 réalisant un test de Béta-Hcg dans votre Laboratoire, 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 pharmacies lors de l'achat d'un test urinaire de grossesse ou d'un test d'ovulation, 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 la salle d'attente du Laboratoire, visible des client(e)s ;
- **le document d'information** en question, comprenant un **flyer** et un **questionnaire** à remettre à chaque femme réalisant un dosage de BHCg, 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 un stylo 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 : 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 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 2 mois (8 semaines au total), du **lundi 3 octobre 2016 au samedi 26 novembre 2016**.

Je viendrai faire un **recueil des données** tous les lundis.

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.

Dr BARTHOUE Emmanuelle

Contact : Dr Emmanuelle BARTHOUE

☎ 06.43.15.27.42

✉ emmanuelle.barthou@gmail.com

7. Plaquette régionale destinée aux professionnels de santé

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'alcoolisation 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 CONSOMMATRICES 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'alcoolisation 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 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



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 NOUS EN 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.



**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.



*Références : INSERM. Exposition prénatale à l'alcool : données épidémiologiques. Expertise collective de l'Inserm « Alcool, effets sur la santé ». Edition INSERM, 2007, p.143 à 163 - Bloch J., Caro C., De Vigan C., et al. Fiabilité de la surveillance du syndrome d'alcoolisation fœtale, France, 2006-2008. BEH de DINS, 10 mars 2009, 10-11.

** Rapport de l'Académie nationale de médecine. L'alcoolisation fœtale, 2016.

8. Affiche régionale « Vous buvez un peu, il boit beaucoup »



**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

© Temporaire www.alcool-grossesse.com Crédits : Sotep / Andrew Franco

**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
Agence Régionale de Santé
Aquitaine-Limousin-
Poitou-Charentes

AGIR
33
AQUITAINE

réseau
périnatal
aquitaine

POUR PLUS
D'INFORMATIONS :

0 980 980 930

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

9. Le flyer



**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**

Logo of the French Republic, ARS Aquitaine, AGIR 33 Aquitaine, and Réseau périnatal 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

Champs-Élysées - www.alcool-grossesse.com - Crédits : Santé publique France

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

10. Le questionnaire destiné aux femmes

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 ☐ Totalelement d'accord

Utile : ☐ Pas du tout d'accord ☐ Pas vraiment d'accord
 ☐ Assez d'accord ☐ Totalelement 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

11. Le questionnaire destiné aux professionnels de laboratoire

Recto



Madame, Monsieur,
Cher Confrère, chère Consœur,

Vous avez accepté d'être investigateur pour l'étude « Zéro alcool pendant la grossesse » et nous vous remercions 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 de 18 à 45 ans consultant toutes femmes réalisant un dosage de bêta-HCG plasmatique 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 sur 8 semaines d'étude en Laboratoire, x test de grossesse ont été réalisé, x documents d'information ont été distribués et x questionnaires ont été remis.

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 BARTHOU Emmanuelle

Questionnaire

Fonction :

Genre : ☐ Homme ☐ Femme

Age :

1. La remise systématique du document d'information chez toute femme réalisant un test de B-HCG vous a-t-il 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 Laboratoire d'analyse médicale ?

☐ 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 Laboratoire d'analyse ?

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

Merci de votre participation.

Etude "Zéro alcool pendant la grossesse" 2

Verso

Serment d'Hippocrate

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 les 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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

Introduction : L'alcoolisation fœtale est la première cause non génétique de handicap mental chez l'enfant. La recommandation « zéro alcool pendant la grossesse » est connue, mais pour un tiers des femmes, la prise d'alcool ponctuelle est poursuivie. Cette consommation est le plus souvent arrêtée au moment de la découverte de la grossesse. Le Laboratoire de Biologie Médicale (LBM) est l'un des premiers lieux de diagnostic de grossesse, et aucune étude n'a été faite pour évaluer ce site comme lieu de prévention pertinent sur l'alcool et la grossesse. L'objectif principal de cette étude est d'étudier la capacité pratique des LBM à remettre un document d'information (DI) sur l'alcool et la grossesse chez toute femme réalisant un test de HCG et les objectifs secondaires, d'évaluer l'acceptabilité et les représentations de la prévention réalisée auprès des femmes et des professionnels de LBM.

Méthode : Etude observationnelle, transversale, multicentrique sur une période de 2 mois. Ont été inclus toutes les femmes majeures réalisant un test de HCG dans les LBM de l'étude. Un DI et un questionnaire a été remis aux femmes, ainsi qu'un questionnaire destiné aux professionnels de LBM à la fin de l'étude. Le critère de jugement principal était la proportion de DI distribués sur le nombre de HCG réalisés. Ceux de l'objectif secondaire étaient la proportion de femmes ayant accepté le DI et le questionnaire puis la proportion de femmes et de professionnels pour les niveaux de satisfaction explorés par les questionnaires.

Résultats : 753 femmes ont été incluses et 391 DI et questionnaires ont été distribués. La capacité pratique de remise d'un DI par les laboratoires a été de 51,9%. Le niveau d'acceptabilité du DI par les femmes a été de 90,3%, celle du questionnaire de 81,9%. 65% des femmes ont été totalement d'accord sur l'utilité et la clarté du DI. Il a incité 48% d'entre elles à en parler à un professionnel de santé et/ou à consulter un site internet. 45,5% des professionnels ont trouvé très utile et 54,5% utile la prévention sur l'alcoolisation fœtale en LBM.

Conclusion : La remise systématique d'un DI à chaque femme faisant un test biologique de grossesse est réalisable mais a ses limites matérielles. Une intervention de prévention en LBM est bien acceptée par les femmes et les professionnels de LBM. La délivrance d'un message systématique associé aux résultats pour chaque test de HCG réalisé est une idée proposée par les professionnels.

