HAL
open science

Prévention de la consommation d'alcool au cours de la grossesse, en médecine générale : étude de faisabilité

Stéphanie Fernandez

To cite this version:

Stéphanie Fernandez. Prévention de la consommation d'alcool au cours de la grossesse, en médecine générale : étude de faisabilité . Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01611375

HAL Id: dumas-01611375

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01611375

Submitted on 5 Oct 2017

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

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

Université de Bordeaux

Année 2017 Thèse n°78

THESE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : Médecine Générale

Titre: Prévention de la consommation d'alcool au cours de la grossesse, en médecine générale : Etude de faisabilité.

Thèse soutenue le 21 juin 2017

par

Stéphanie FERNANDEZ

Née le 22 mars 1988 à Saint-Priest

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Membres du jury

Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMEAUX : Président

Madame le Docteur Nathalie LAJZEROWICZ : Rapporteur

Monsieur le Professeur Dominique DALLAY : Juge

Monsieur le Professeur François PETREGNE : Juge

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA : Directeur de thèse

Remerciements

Cette thèse est le fruit final de nombreuses années d'études qui n'ont pas toujours été de tout repos mais qui m'ont beaucoup apporté, notamment sur le plan humain. Tout au long de ce cursus j'ai été soutenue par de nombreuses personnes que je tiens à remercier. Tous m'ont permis d'avancer à leur façon.

En premier lieu, je remercie mon directeur de thèse, Monsieur le professeur Philippe Castera, pour son aide précieuse, ses nombreux conseils, ses relectures et toutes les heures qu'il a consacré à l'encadrement de cette thèse. Je tiens à souligner sa grande disponibilité, son implication et la rapidité dont il a fait preuve pour répondre aux différentes questions posées tout au long de la réalisation de ce projet.

Ce travail n'aurait pas été possible sans la participation de Madame Audrey Gonneau, membre d'AGIR 33, collaboratrice très active et impliquée, qui fut d'un grand soutien dans la réalisation de l'étude. Sans oublier le réseau Périnat, collaborateur du projet, ainsi que l'ARS et la MILDECA qui ont apporté des aides financières. Mais aussi les médecins investigateurs de l'étude qui m'ont consacré une partie de leur temps si précieux.

Je n'oublierais pas non plus de remercier Monsieur le Docteur Philippe Latry, médecin conseil de la CPAM, qui a accepté de me délivrer des informations indispensables à cette étude.

Mes remerciements vont également à Madame le Docteur Nathalie Lajzerowicz, pour l'intérêt qu'elle a manifesté à l'égard de ce projet en s'engageant en tant que rapporteur et pour ses conseils après lecture minutieuse de mon travail. Ainsi que le Professeur Jean Louis Demeaux, le professeur Dominique Dallay et le professeur François Petregne qui m'ont fait l'honneur d'accepter de participer au jury de soutenance.

Je ne remercierai jamais assez mes parents, Christine et Ginès, qui m'ont apporté une aide indispensable pendant ces longues années. Ils ont été présents dans les bons comme dans les moins bons moments et ont toujours cru en moi. Ils ont donné le meilleur d'eux même et ont fait tout ce qui était en leur pouvoir pour que j'en arrive là, sans eux je ne serais pas médecin aujourd'hui.

Je n'oublie pas non plus le reste de ma famille : mes grands-parents, tantes et oncles, cousines et cousins, et surtout ma grande tante et mon grand oncle, Pierre et Paulette, pour leur soutien.
Mais aussi mes beaux-parents, pour la correction de mon anglais, qui n'a jamais été mon point fort !

Un grand merci à tous mes amis, sans qui ces études n'auraient pas été aussi agréables !

Enfin, je tiens à remercier tout particulièrement mon conjoint, Stanislas Matz, pour l'amour qu'il me porte au quotidien. Dès le début, il n'a jamais hésité à me suivre dans tous mes projets et a toujours été à mes côtés pour m'aider à surmonter les évènements que nous avons traversé. Lors de ce travail de thèse, il a réussi à supporter mon impatience et a su trouver des solutions lorsque je m'agaçais de ne pas arriver au résultat voulu. J'espère être à la hauteur pour faire aussi bien lorsque son tour viendra de prétendre au statut de Docteur en médecine.

Sommaire

Sommaire **3**
Liste des tableaux **5**
Liste des figures **5**
Liste des abréviations **6**
I. Introduction **7**
I.1. L'alcool et ses principales conséquences 7
I.2. La consommation d'alcool 8
I.2.1. La consommation d'alcool en France 8
I.2.2. La consommation d'alcool chez les femmes 9
I.2.3. La consommation d'alcool chez les femmes enceintes 10
I.3. Les conséquences de l'alcool sur le fœtus 11
I.4. Les campagnes de prévention françaises portant sur la prévention de l'alcoolisation fœtale .. 14
I.5. Les études françaises sur la prévention de l'alcoolisation fœtale réalisées en médecine générale 16
I.6. Question de recherche 18
I.7. Objectifs 19
II. Matériel et Méthode **20**
II.1. Type d'étude 20
II.2. Mesures éthiques et règlementaires 20
II.3. Critères d'inclusion et d'exclusion 20
II.4. Nombre de questionnaires à recueillir 21
II.5. Elaboration des outils 21
II.5.1. Un document d'information motivationnel 22
II.5.2 Une affiche 22
II.5.3. Un site internet 22
II.5.4. Une fiche explicative 25
II.5.5. Un questionnaire à destination des patientes 25
II.5.6. Un questionnaire à destination des professionnels 25
II.5.7. Une plaquette 26
II.6. Mode de recrutement et déroulement de l'étude 26
II.7. Critères de jugement 26
II.7.1. Les critères de jugement répondant à l'objectif principal 26
II.7.2. Les critères de jugements répondant aux objectifs secondaires 27
II.8. Méthode de recueil et d'analyse des données 27
III. Résultats **29**

III.1. Les investigateurs et leurs écarts de l'étude 29
III.2. Réponse à l'objectif principal 30
III.2.1. Faisabilité globale : tous les sites sur toute la durée de l'étude 30
III.2.2. Faisabilité dans le temps : tous les sites selon la période de l'étude 31
III.2.3. Différence entre médecins quant à la faisabilité de la distribution : chaque site sur la durée totale 32
III.3. Réponses aux objectifs secondaires 32
III.3.1. Premier objectif secondaire : la satisfaction des patientes sur le document d'information motivationnel. 32
III.3.1.1 Analyse des réponses sur l'ensemble des questionnaires remis aux patientes 33
III.3.1.2. Analyse des réponses aux questionnaires patientes par tranches d'âges 35
III.3.2. Deuxième objectif secondaire : la satisfaction des professionnels 38
IV. Discussion 40
IV.1. Forces et faiblesses de l'étude 40
IV.1.1. Forces de l'étude 40
IV.1.2. Faiblesses de l'étude 41
IV.2. Interprétation des résultats 42
IV.2.1. La faisabilité de la procédure de distribution 42
IV.2.2. L'acceptabilité et la satisfaction des patientes 43
IV.2.3. L'acceptabilité et la satisfaction des professionnels 45
IV.3. Perspectives 46
V. Conclusion 49
VI. Bibliographie 51
Annexes 56
Serment d'Hippocrate 63
Résumé 64

Liste des tableaux

Tableau I : Caractéristiques des médecins investigateurs de l'étude (n=10) 30

Tableau II : Pourcentage de documents d'information distribués (n1=290) sur le nombre de consultations réalisées (n2=776) selon la période de l'étude 31

Tableau III : Pourcentage de documents d'information distribués (n1=290) sur le nombre de consultations réalisées (n2=776) selon le médecin investigateur 32

Tableau IV : Réponses aux questionnaires de satisfaction remplis par les patientes (n=267) 35

Tableau V : Réponses aux questionnaires de satisfaction remplis par les patientes, analysées en fonction de l'âge (n=267) 37

Tableau VI : Réponses aux questionnaires de satisfaction remplis par les professionnels (n=10) 39

Liste des figures

Figure 1 : Enfant atteint de Syndrome d'Alcoolisation Fœtale 13

Figure 2 : Questionnaire T-ACE 19

Figure 3 : Pourcentage de documents d'information distribués (n1=290) sur le nombre de consultations réalisées (n2=776) selon la période de l'étude 32

Liste des abréviations

ACLA : Anomalies Congénitales Liées à l'Alcool

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

ARS : Agence Régionale de Santé

AUDIT-C : Alcohol Use Disorders Identification Test - Court

BEH : Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CFES : Comité Français d'Éducation pour la Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DETA : Diminuer, Entourage, Trop, Alcool

ENP : Enquêtes Nationales Périnatales

ETCAF : Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale

FACE : Fast Alcohol Consumption Evaluation

HCG : Hormone Chorionique Gonadotrophique

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé

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

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QR code : Quick Response code

SAF : Syndrome d'Alcoolisation Fœtale

SIG : Service d'Information du Gouvernement

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SPF : Santé Public France

T-ACE : Tolerance, Annoyance, Cut down, Eye opener

TNDLA : Troubles Neurologiques du Développement Liés à l'Alcool

I. Introduction

I.1. L'alcool et ses principales conséquences

L'alcool est une drogue licite, présentant néanmoins un impact élevé en termes de mortalité, de morbidité et de dommages sociaux.

En 2012, près de 3,3 millions de décès, soit 5,9% de la totalité des décès dans le monde, étaient attribuables à la consommation d'alcool (1).

C'est l'Europe qui enregistre la consommation d'alcool la plus élevée (2).

En France, il s'agit de la deuxième cause de mortalité évitable avec 49 000 décès lui étant attribuables en 2009 (3).

En termes de morbidité, l'alcool est considéré comme le troisième facteur de risque, après l'hypertension artérielle et le tabac. Il est un facteur étiologique dans plus de 200 maladies et traumatismes. Nous pouvons séparer les conséquences à la phase aigüe des conséquences chroniques (1).

A la phase aigüe, la consommation d'alcool peut être responsable de troubles du comportement, d'erreurs lors de l'exécution de tâches et d'un effet désinhibiteur pouvant induire des prises de risques. Ceci entraine une majoration des accidents de la route, des accidents domestiques et professionnels mais aussi une augmentation des actes agressifs contre soi-même ou autrui. Bien sûr les comas éthyliques, les pancréatites aiguës, le délirium tremens et d'autres conséquences aiguës sont potentiellement et directement mortelles.

Sur le plan chronique, la toxicité de l'alcool est majeure pour le foie entrainant cirrhose et hépato-carcinome. Elle est également impliquée dans des atteintes du système nerveux périphérique et central comme les polynévrites des membres inférieurs, les neuropathies optiques, le syndrome cérébelleux, les troubles des fonctions intellectuelles, la psychose alcoolique. L'alcool favorise les cancers au niveau des voies aérodigestives supérieures mais aussi le cancer du sein. Sa toxicité peut également entrainer l'apparition de pathologies cardiovasculaires comme l'hypertension artérielle ou les accidents vasculaires cérébraux (4).

Outre la santé, l'alcool peut avoir de lourdes conséquences sur le plan économique et social comme l'absentéisme au travail et l'isolement social.

Il n'est cependant pas possible de ne regarder que les conséquences négatives de ces consommations sans tenir compte des éléments positifs et culturels qui sont rattachés à l'alcool. Celui-ci est utilisé dans les rites sociaux et religieux depuis l'aube de l'humanité, une image marquante étant l'ivresse de Noé dans la bible. Il participe au plaisir et à la convivialité d'être ensemble. La culture qui s'y rattache est extrêmement forte, surtout dans nos régions, véritable ciment social et force économique.

La divergence entre ces réalités à la fois négatives et positives, en rend l'approche sanitaire, notamment motivationnelle, plus complexe.

I.2. La consommation d'alcool

I.2.1. La consommation d'alcool en France

L'impact sur la santé est très élevé en France, ceci s'explique par une forte consommation annuelle d'alcool. Malgré une diminution régulière depuis plusieurs décennies, nous figurons toujours parmi les gros consommateurs d'alcool mondiaux.

Les études menées en France par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), devenu depuis Santé Publique France (SPF) permettent d'obtenir un baromètre des consommations de toxiques dont l'alcool. Les dernières données sur l'alcool portent sur les années 2010 et 2014 chez les personnes âgées de 15 à 75 ans.

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en France. En 2014, 86,4% des personnes âgées de 15 à 75 ans déclaraient avoir bu de l'alcool au cours des 12 derniers mois, 47,5% présentaient une consommation hebdomadaire et 9,7% une consommation journalière. Ces chiffres étaient similaires en 2010, mis à part la consommation journalière qui est en baisse (11% en 2010).

Le nombre déclaré de verres bus par semaine est estimé à 5,5 en moyenne.

Si on regarde les variations en fonction de l'âge, les différences de mode de consommation sont flagrantes. La consommation quotidienne d'alcool est plus élevée avec l'avancée en âge: seulement 1% des moins 25 ans mais 25% des plus de 65 ans en 2014. Inversement, les consommations ponctuelles importantes diminuent quand l'âge augmente : 52% des moins de 25 ans contre 18% des plus de 65 ans ont déclaré au moins une alcoolisation ponctuelle importante dans l'année (5).

I.2.2. La consommation d'alcool chez les femmes

La consommation d'alcool chez les femmes a changé en France. De nos jours, les femmes ont plus de liberté vis-à-vis de la consommation d'alcool, boire en société n'est plus réservé aux hommes. La visite de l'exposition « Le bistrot » de la cité du vin, à Bordeaux, en mars 2017, apporte des éléments contributifs à cette réflexion. La femme seule buvant de l'alcool dans un estaminet ne pouvait être qu'une femme de petite vertu jusqu'à la première guerre mondiale. Puis l'arrivée de « la garçonne » dans les années vingt, symbole de la « libération de la femme » anciennement confinée au foyer, s'associe avec leur présence en terrasse, un verre d'alcool à la main.

La fréquence des « binge drinking », ces consommations ponctuelles d'une grande quantité d'alcool, a nettement augmenté ces dernières années (6).

Si nous reprenons les études menées en France par l'INPES, en 2014 parmi les femmes âgées de 15 à 75 ans, 84% ont déclarées avoir consommé de l'alcool au cours de l'année avec une moyenne de 2,8 verres par semaine contre 8 verres pour les hommes. 35,1% des femmes consommeraient de l'alcool de façon hebdomadaire et 4,9% en consommeraient quotidiennement (14,6% des hommes).

En ce qui concerne les consommations supérieures ou égales à 6 verres en une même occasion (binge drinking) : 24,2% des femmes en ont déclaré au moins une dans l'année, 2% ont même déclaré que ces consommations étaient hebdomadaires. Ce chiffre s'élève à 8,2% chez les hommes (5).

La consommation d'alcool chez les femmes reste donc importante de nos jours, notamment la fréquence des « binge drinking ». Cependant, en France, le risque de consommation excessive reste tout de même nettement inférieur aux hommes puisqu'il est divisé par 4. Les seuils de risques ponctuels et chroniques ont été obtenus à partir de l'AUDIT-C et des définitions de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Les consommatrices à risque ponctuel d'alcoolisation excessive sont définies par celles qui boivent parfois 6 verres ou plus en une occasion mais jamais plus d'une fois par mois. Ainsi qu'un nombre de verres hebdomadaire restant inférieur ou égal à 14. Selon l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES), elles représentaient 11% de la population féminine française en 2002.

Les consommatrices à risque chronique sont celles qui boivent 15 verres ou plus par semaine et/ou 6 verres ou plus en une occasion au moins 1 fois par semaine. Elles sont seulement 2% dans cette catégorie (7).

I.2.3. La consommation d'alcool chez les femmes enceintes

Un article récent publié dans le Lancet Glob Health, ayant analysé de nombreuses études au niveau mondial, montre que la consommation d'alcool chez les femmes enceintes est encore présente de nos jours. Il estime la prévalence de la consommation d'alcool mondiale chez les femmes enceintes à 9,8%.

Selon ces mêmes auteurs, cette prévalence serait à 25,2% en Europe et entre 40 et 50% en France (8).

D'autres études ont été réalisées rassemblant les données de France métropolitaine, Guadeloupe, Guyane et ile de la Réunion : ce sont les Enquêtes Nationales Périnatales (ENP). Les résultats sont différents, ils révèlent qu'en 2010, 23% des femmes interrogées ont déclaré avoir consommé de l'alcool pendant leur grossesse. 2% des femmes ont même déclaré avoir eu une consommation d'au moins 3 verres en une même occasion pendant leur grossesse. La consommation d'alcool était plus fréquente pour les femmes de nationalité française, en situation sociale favorisée, ayant fait des études et travaillant pendant la grossesse, ainsi que les femmes les plus âgées et celles présentant une parité élevée. La fréquence de la consommation variait également en fonction du métier du conjoint, elle était plus fréquente chez les femmes d'agriculteurs ou de cadres d'entreprises.

Cependant, plusieurs études réalisées dans différentes régions de France décrivent des fréquences de consommation se rapprochant plus de l'article du Lancet Glob Health. Comme par exemple au CHU de Saint-Étienne, où 48% des femmes ont déclaré avoir consommé de l'alcool pendant la grossesse lors d'une étude réalisée en 2004 (2). Ainsi qu'une autre étude, réalisée cette fois au CHU de Nantes en 2008, estimant que 63% des femmes avaient bu de l'alcool au cours du premier trimestre de leur grossesse puis 20% au cours du deuxième et troisième trimestre (9).

La consommation d'alcool chez les femmes enceintes reste donc importante en France, principalement au cours du premier trimestre de grossesse.

I.3. Les conséquences de l'alcool sur le fœtus

Le premier médecin à décrire un syndrome malformatif chez les enfants nés de mères alcooliques fut Paul Lemoine, pédiatre au CHU de Nantes. Il a alors écrit un article sur ce sujet dans l'Ouest Médical en 1968, sans grand impact. Ce n'est qu'en 1973 que des chercheurs ce sont penchés sur le sujet, ayant permis de mieux connaître les effets de la consommation d'alcool sur le fœtus et de les décrire de façon plus précise.

Les répercussions de la consommation d'alcool pendant la grossesse sont nommées ETCAF pour « Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale » (10). Il existe différents degrés d'atteinte.

Le plus connu et le plus complet de ces troubles liés à l'alcool est **le Syndrome d'Alcoolisation Fœtale** (SAF).

Le mécanisme tératogène à l'origine de ce syndrome est bien connu : l'alcool bu par la femme enceinte passe la barrière placentaire puis l'éthanol est dégradé par le foie en acétaldéhyde. L'ensemble de ces molécules est tératogène pour les organes du fœtus, notamment le système nerveux central qui y est très sensible (6).

Ce syndrome mêle un ensemble de malformations : une dysmorphie cranio-faciale, une hypotrophie staturo-pondérale, des anomalies neurologiques et psychomotrices et parfois, des malformations osseuses et viscérales associées (figure 1) :

- La dysmorphie cranio-faciale se caractérise par une microcéphalie, un raccourcissement des fentes palpébrales, une lèvre supérieure mince, un philtrum allongé et effacé, un front bombé et étroit, des arcades sourcilières aplaties, des fosses temporales profondes, des oreilles décollées et mal ourlées, un nez court et retroussé, une bouche large et un menton petit et en retrait.
- L'hypotrophie staturo-pondérale associe un retard au niveau du poids, de la taille et du périmètre crânien en prénatal ou postnatal.
- Les anomalies neurologiques et psychomotrices pouvant être retrouvées associent un retard mental, des difficultés de succion, des perturbations du sommeil, une hyperacousie, des trémulations, de l'irritabilité, une hypotonie, une atteinte de la motricité fine et des problèmes de coordination oculomotrice. Tous ces troubles vont gêner l'acquisition de la marche et du langage.

Il peut également exister des troubles du comportement : enfants agités, coléreux et bagarreurs.

❖ Parmi les malformations osseuses et viscérales, on constate principalement des anomalies cardio-vasculaires mais aussi des malformations du squelette, de la sphère urogénitale et rénale et du système nerveux central (agénésie du corps calleux et hydrocéphalie) (11).

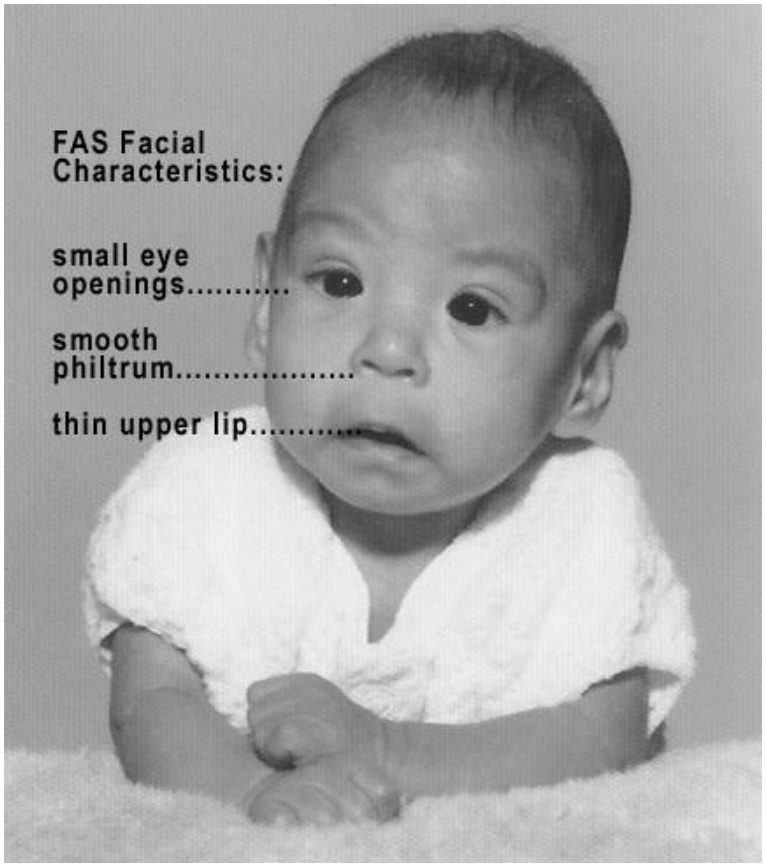


Figure 1 : Enfant atteint de Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (www.fasstar.com)

Les autres tableaux sont moins complets, ils comprennent :

-Le Syndrome d'Alcoolisation Fœtale partiel où les enfants présentent certaines des caractéristiques faciales et des manifestations neurologiques du SAF attestant d'une atteinte d'au moins trois domaines du système nerveux central (12).

-Les Anomalies Congénitales Liées à l'Alcool (ACLA) incluent les pathologies cardiaques (cardiopathies, communications inter-auriculaires et inter-ventriculaires), rénales et génitales (ectopie et hypoplasie rénale, hydronéphroses, duplication et diverticules des voies excrétrices, clitoromégalie, hypotrophie des grandes lèvres), osseuses (fusions C2-C3, synostoses bilatérales des os de l'avant-bras, poly- et syndactylies, pied bot), les fentes labio-palatines et les troubles de l'audition (13) (14).

-Les Troubles Neurologiques du Développement Liés à l'Alcool (TNDLA) comprennent les altérations neurocognitives, du comportement et des capacités d'adaptation (15).

Le syndrome d'alcoolisation fœtale complet a une fréquence estimée à 14,6 pour 10000 naissances dans le monde soit 119 000 nouveaux nés porteurs de ce syndrome chaque année. Au niveau national, ce chiffre s'élève entre 25 et 35 pour 10000 naissances (8).
Ce syndrome a été observé seulement lors de la consommation de fortes doses d'alcool par la mère (consommation chronique supérieure à 2 verres par jour ou consommation aiguë supérieure à 4 verres en une seule occasion). Cependant, il est actuellement prouvé que des doses modérées, mêmes faibles, peuvent engendrer des tableaux moins complets mentionnés ci-dessus, notamment avec des altérations neurologiques.
Les grandes cohortes réalisées ont montré que la gravité des anomalies fœtales et des troubles cognitifs ultérieurs est corrélée à l'intensité et à la durée de l'exposition fœtale à l'alcool mais qu'il est impossible de prédire ces anomalies de façon individuelle. Les risques dépendent de nombreux facteurs : intensité des pics d'alcoolémie, moment de ces pics, durée de l'exposition, consommation d'autres substances psychoactives, âge de la mère, niveau socio-économique, malnutrition, polymorphisme du métabolisme de l'alcool par la mère ou le fœtus (16). Le seuil en dessous duquel il y aurait une absence absolue de risque pour le fœtus reste inconnu.

Enfin, en dehors de ces tableaux cliniques bien connus, une étude réalisée en 2007 sur les facteurs de risque périnataux dans la leucémie a montré qu'il existerait un lien entre la consommation d'alcool maternelle supérieure à un verre par jour et la leucémie infantile (17).

La consommation d'alcool pendant la grossesse peut donc avoir de lourdes conséquences pour le fœtus alors qu'il s'agit d'un facteur de risque évitable. Il est indispensable que l'abstinence soit totale pendant toute la durée de la grossesse.

I.4. Les campagnes de prévention françaises portant sur la prévention de l'alcoolisation fœtale

La première campagne française de prévention contre la consommation excessive d'alcool a été réalisée en 1984 par le Comité Français d'Education pour la Santé (CFES) et le Service d'Information du Gouvernement (SIG). Elle était intitulée « Un verre ça va… 3 verres bonjour les dégâts » et comprenait 8 spots télévisés (18).

Il s'en est suivi de nombreux autres spots télévisés sur le sujet.

Une loi est ensuite venue encadrer fortement la publicité sur l'alcool tout en l'autorisant: il s'agit de la loi Evin, adoptée en 1991. Les supports d'information ont été limités et il est devenu obligatoire de mentionner un message sanitaire préventif « L'abus d'alcool est dangereux pour la santé » sur les publicités concernant de l'alcool (19). Malgré le désaccord du gouvernement cette loi a été assouplie fin 2015 en redéfinissant les caractéristiques de ce qui relève de la publicité ou non. Le Sénat a affirmé que cette modification de la loi visait à clarifier la législation afin de favoriser la promotion touristique des paysages viticoles français (20).

En 1998, le projet « Boire moins, c'est mieux » a vu le jour encadré par l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA). Ce projet est à l'origine du questionnaire français FACE, outil d'aide au « Repérage Précoce et Intervention Brève ».

D'autres questionnaires sont également utilisés mais ont des origines étrangères comme le T-ACE, l'AUDIT ou le DETA (21).

En 1999, a eu lieu la première diffusion d'un guide pratique par le CFES intitulé « Et vous l'alcool vous en êtes où ? Pour faire le point sur votre consommation d'alcool ».

Puis, en 2001, a été créé la première ligne téléphonique d'écoute et de conseil : 113 Drogues Alcool Tabac Info Service. Cette ligne a disparue en 2004 suite à la création de lignes distinctes pour l'alcool, le cannabis et les autres drogues (22).

Ce n'est qu'en 2004 que la première campagne gouvernementale spécifique à l'alcoolisation fœtale a vu le jour. Le message diffusé était : « Quand maman boit; bébé trinque ! », « L'alcool est pour les plus de 18 ans. Le bébé, lui, n'a pas l'âge de boire. » (Annexe 1).

La même année, l'INPES a créé une affiche portant le slogan « 9 mois… 0 alcool 0 tabac » (Annexe 2).

En 2006, ils ont lancé la campagne « Zéro alcool pendant la grossesse » illustrée notamment par la présence sur toutes les bouteilles d'alcool d'un pictogramme représentant une femme enceinte, un verre à la main, barrée d'un trait rouge, pour informer les femmes des dangers liés à l'alcool (2). Il est cependant souvent difficile à voir, car tout petit au bas de la bouteille. Si le pictogramme ne figure pas, le message « La consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse, même en faible quantité, peut avoir des conséquences graves sur la santé de l'enfant » doit être présent.
Plus d'un million de dépliants ont également été diffusés, notamment auprès des professionnels de santé et des comités d'entreprise (23) (24).

En 2009, la loi Bachelot a entrainé une interdiction de vente d'alcool aux mineurs (25) ainsi que l'interdiction de se trouver en état d'ivresse manifeste dans les lieux publics (26).
C'est aussi cette année-là que la journée mondiale consacrée à la sensibilisation au syndrome d'alcoolisation fœtale (9 septembre) a été créée. Des conférences et communiqués de presse sur la grossesse et l'alcool ont régulièrement lieu à cette date.

En 2013, le premier plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives a été adopté. Il comprend différents plans d'action devant être menés de 2013 à 2017. En ce qui concerne l'alcoolisation fœtale, le plan n° 107 vise à renforcer la formation des professionnels de santé en contact avec les femmes enceintes au repérage des conduites addictives (notamment le tabac et l'alcool) ainsi qu'à leur prise en charge précoce. Le plan n°6.4 vise à mieux avertir les femmes enceintes des risques du tabac et de l'alcool, notamment par une actualisation du message préconisant l'absence de consommation d'alcool par les femmes enceintes sur les contenants d'alcool. Mais aussi par la possibilité d'élaborer un message d'information sur les tests de grossesse ou d'ovulation (27).

En 2014, l'association SAF France, a lancé une campagne sur les réseaux sociaux «Investissons dans l'avenir de nos enfants. Protégeons leurs cerveaux » qui rappelle que les troubles causés par l'alcoolisation fœtale touchent plus de 8000 enfants chaque année et que chaque heure nait un enfant atteint et handicapé à vie (28) (Annexe 3).

Enfin, de façon contemporaine à ce projet de thèse réalisé au niveau régional, une campagne nationale a été menée par Santé Publique France. Le message reprend celui de 2006 : « zéro alcool pendant la grossesse » et a été diffusé largement à l'occasion de la journée internationale de l'alcoolisation fœtale en septembre 2016. Elle comprend des affiches et un dépliant diffusés aux professionnels de santé (29).

Un programme expérimental développé en Aquitaine est associé à cette campagne, piloté par le centre ressource « alcool et grossesse » de l'association AGIR 33 (30) et financé par l'ARS Nouvelle aquitaine et la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives (MILDECA). Ce programme a pour but de prévenir les troubles liés à l'alcoolisation fœtale, d'accompagner et de soutenir les femmes en ayant besoin.

La journée de sensibilisation du 9 septembre dernier a entrainé une médiatisation du programme avec la publication de nombreux articles le présentant. On peut citer notamment :

- « Alcool et grossesse : boire ou se reproduire, il faut choisir » sur Rue89bordeaux (31)
- « Alcool et grossesse. Un programme expérimental en Aquitaine » sur Ouest-France (32)
- « Grossesse et alcool: L'Aquitaine lance un programme expérimental » sur Aqui.fr (33)
- « Zéro alcool pendant la grossesse : un programme expérimental démarre en Aquitaine » sur France 3 (34).

Notre projet est développé dans le cadre des missions du centre ressource « alcool et grossesse » aquitain.

A l'heure actuelle, aucune campagne ne prévoit la distribution d'un document d'information sur l'alcoolisation fœtale de façon systématique aux femmes en âge de procréer par les médecins généralistes. Ce projet est donc innovant en matière de prévention de l'alcoolisation fœtale.

I.5. Les études françaises sur la prévention de l'alcoolisation fœtale réalisées en médecine générale

Peu d'études ont été réalisées en médecine générale en ce qui concerne la prévention de l'alcoolisation fœtale.

En 2001, l'Observatoire Régional de la Santé a réalisé une enquête sur le thème du syndrome d'alcoolisation fœtale. L'objectif était d'apprécier le niveau de connaissance des médecins, de

contribuer à l'amélioration du repérage et de la prise en charge en médecine générale de la consommation d'alcool chez les femmes enceintes. Pour cela, un questionnaire destiné aux professionnels a été réalisé comprenant 32 questions sur leurs connaissances, leurs pratiques, et leurs opinions au sujet de l'alcool et de la grossesse (35).
En 2016, dans la suite de cette étude, une thésarde a utilisé le même questionnaire qu'elle a retranscrit de façon informatique en ciblant une population de sages-femmes, gynécologues et médecins généralistes. Il en est ressorti que 68,6% des médecins généralistes interrogés pensent que leur profession n'est pas bien informée sur les effets fœtaux de l'alcoolisation maternelle et seulement 54,9% ont révélé mettre en garde systématiquement les femmes enceintes. 39,2% des médecins généralistes interrogés ont déjà été confrontés à un problème de consommation d'alcool chez une femme enceinte et seulement 42,9% ont pu établir un dialogue avec la patiente (36).

D'autres études ont été réalisées en médecine générale sur la consommation d'alcool mais ne ciblaient pas les femmes enceintes. On peut notamment prendre comme exemple une étude réalisée en 2011 portant sur le repérage des conduites addictives en médecine générale, y compris l'alcool. Cette étude a évalué la recherche systématique d'une consommation et l'utilisation de questionnaires standardisés par les médecins généralistes (37).

Enfin, plusieurs études ont étudié la prévention de l'alcoolisation fœtale mais dans d'autres structures médicales.
On peut par exemple citer une étude réalisée dans une maternité de Roubaix, où était étudié l'utilisation du questionnaire T-ACE dans le cadre d'un dépistage de la consommation d'alcool chez les femmes enceintes. Il était distribué par une psychologue clinicienne lors d'un entretien spécifique. Il en ressort que 20 femmes enceintes sur les 115 inclues dans l'étude ont déclaré consommer de l'alcool pendant leur grossesse et 15 ont obtenu un score positif au questionnaire de dépistage T-ACE (38).

1. How many drinks does it take to make you feel high? 0. less than or equal to 2 drinks 1. more than 2 drinks	**T**olerance
2. Have people annoyed you by criticizing your drinking? 0. No 1. Yes	**A**nnoyance
3. Have you felt you ought to cut down on your drinking? 0. No 1. Yes	**C**ut Down
4. Have you ever had a drink first thing in the morning to steady your nerves or to get rid of a hangover? 0. No 1. Yes	**E**ye Opener
Total Score = _____	

Figure 2 : Questionnaire T-ACE

Une autre étude a été réalisée dans des maternités françaises en 2008. Elle cherchait à dépister les situations de vulnérabilité psychosociale et toxicologique chez les femmes enceintes en utilisant un auto-questionnaire créé pour l'étude. Il en est ressorti que 20,7 % de patientes étaient fumeuses, 4% avaient des consommations d'alcool à risque selon le questionnaire T-ACE (alors que seulement 0,1% étaient indiquées dans le dossier). Le repérage de la consommation de drogues avant la grossesse par l'auto-questionnaire a révélé 9,8% de consommatrices (contre 4,9% seulement par l'interrogatoire simple). 7% des patientes avaient au moins 3 symptômes dépressifs et 9,4 % des patientes ont signalé des antécédents de violences physiques ou psychologiques (39).

I.6. Question de recherche

De nos jours, la consommation d'alcool chez les femmes est importante en France avec notamment l'augmentation de fréquence des « Binge drinking ». Comme nous l'avons vu précédemment, les conséquences que l'alcool peut avoir sur le fœtus sont majeures et le seuil pour lequel les risques pour le fœtus existent n'est toujours pas connu. Raison pour laquelle la tolérance doit être nulle sur la consommation d'alcool et ce dès le début de la grossesse.

Malgré de nombreuses campagnes de prévention, la consommation d'alcool chez les femmes enceintes est toujours présente. Le message « zéro alcool pendant la grossesse » a du mal à passer auprès des femmes françaises.

La prévention étant un des rôles clés du médecin généraliste, il pourrait être intéressant que celui-ci ait un outil d'aide à la prévention de l'alcoolisation fœtale lui facilitant la diffusion de l'information auprès de ses patientes en âge de procréer.

Nous nous sommes posé la question de recherche suivante :

« Chez les patientes suivies par leur médecin généraliste, la remise d'un document d'information motivationnel visant la prévention des fœtopathies alcooliques chez les femmes en âge de procréer est-elle faisable de façon systématique? »

I.7. Objectifs

L'objectif principal de cette thèse est de déterminer la faisabilité de la distribution systématique d'un document d'information portant sur l'alcoolisation fœtale en étudiant la proportion des femmes en âge de procréer vues par leur médecin traitant et ayant bénéficié de la remise du document d'information motivationnel créé pour cette étude.

Il existe deux objectifs secondaires :

- Evaluer la satisfaction des patientes à l'égard du document d'information motivationnel au moyen d'un questionnaire.
- Recueillir auprès des médecins, à l'aide d'un questionnaire, les obstacles et les facilités offertes par la mise en place de la procédure.

Deux autres thèses sont développées en parallèle de ce projet. L'objectif étant d'étudier la faisabilité de la prévention de l'alcoolisation fœtale par la distribution du document d'information créé dans différents lieux où des femmes susceptibles d'être enceintes se rendent.

Une des thèses évalue la faisabilité de la distribution du document d'information en pharmacies lors de l'achat d'un test de grossesse ou d'ovulation. Elle est développée par Mélissa Juguelin. La deuxième thèse est réalisée par Emmanuelle Barthou et consiste à évaluer, là encore, la faisabilité de distribution de ce document d'information mais cette fois-ci en laboratoires d'analyses biologiques et médicales lors de la réalisation d'un test de HCG.

II. Matériel et Méthode

II.1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive prospective transversale multicentrique.

Dans un premier temps, nous avons souhaité réaliser une enquête quantitative en comparant le nombre de documents d'information motivationnels remis sur le nombre de femmes de 18 à 45 ans vues par leur médecin traitant sur une période donnée.

Dans un deuxième temps, nous avons mis en place une enquête par l'analyse des réponses à un questionnaire de satisfaction remis aux patientes en même temps que le document d'information et à un second questionnaire remis aux médecins généralistes à la fin de l'étude.

II.2. Mesures éthiques et règlementaires

L'étude était anonyme et concernait seulement des personnes majeures. Elle a été réalisée avant la parution de la loi Jardé imposant un passage devant le Comité de Protection de la Personne.

II.3. Critères d'inclusion et d'exclusion

La population cible de l'étude concernait les femmes en âge de procréer, la population source s'est limitée aux femmes qui étaient âgées de 18 à 45 ans. Nous n'avons pas inclus les femmes mineures pour des raisons de simplification du protocole, du fait des mesures règlementaires spécifiques. Nous avons arrêté l'étude à 45 ans le désir d'enfant étant moindre et la ménopause commençant à intervenir aux alentours de cet âge.

Selon **les critères d'inclusion** les médecins participants à l'étude devaient donc distribuer le document d'information motivationnel uniquement aux femmes, âgées de 18 à 45 ans révolus, venant les consulter, quel que soit leur motif.

Les critères de non inclusion comprenaient : les hommes, les femmes âgées de moins de 18 ans ou de plus de 45 ans, les femmes accompagnant un patient, celles présentant des troubles cognitifs ou psychiatriques ou une barrière de la langue empêchant la compréhension du document d'information motivationnel et du questionnaire remis, ainsi que les femmes refusant de répondre au questionnaire.

Les critères d'exclusion correspondaient aux questionnaires inexploitables.

II.4. Nombre de questionnaires à recueillir

Nous souhaitions recueillir plus de 200 questionnaires afin de disposer d'une population suffisante pour tirer des conclusions plus significatives. Je me suis basée sur les 2 dernières journées de remplacement effectuées pour calculer un nombre approximatif de femmes en âge de procréer vues en consultation en une journée.

Afin de pouvoir éventuellement mettre en évidence des différences entre les médecins participants à l'étude, 10 ont été inclus.

J'ai calculé qu'en 4 semaines les médecins verraient chacun environ 120 femmes en âge de procréer soit 1200 au total, ce qui permettrait très probablement d'atteindre le seuil de 200 questionnaires distribués.

II.5. Elaboration des outils

Afin de mener à bien cette étude nous avons rencontré Madame Audrey Gonneau, chargée de mission d'AGIR 33 Aquitaine sur le centre ressource « alcool et grossesse », projet dans lequel se situe notre travail. Après cet entretien, nous avons échangé par mails entre Mme Audrey Gonneau, le Pr Philippe Castera, Mme Emmanuelle Barthou et Mme Mélissa Juguelin afin de réaliser tous les outils nécessaires à l'étude, décider du contenu et du graphisme.

La charte graphique a été réalisée par l'entreprise O'TEMPORA et suit le modèle de la campagne de prévention nationale contre l'alcoolisation fœtale lancée par Santé Publique France (SPF), avec leur autorisation. SPF a formulé des exigences et des recommandations limitées pour attribuer cette autorisation. L'objectif était que les patientes puissent créer un lien avec les affiches diffusées au niveau national. Les documents ont été également travaillés avec le service communication de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, financeur, ainsi qu'avec le réseau périnatalité, partenaire sur ce projet.

Ces échanges ont permis la construction du matériel de l'étude.

II.5.1. Un document d'information motivationnel

Format A6 (10,5 cm x 14,8 cm)

Nous avons décidé de le faire de petite taille afin que les patientes puissent le conserver facilement.

Ce format correspond à une carte postale. Il a été imprimé sur un papier cartonné pour plus de résistance.

Sur le recto de ce document, sont représentés les alcools courants à gauche : bière, vin, champagne ou cidre et un verre de spiritueux. Un fœtus est représenté dans la bouteille de bière. A droite, nous avons mis des messages clés en commençant par « VOUS BUVEZ UN PEU, IL BOIT BEAUCOUP » puis « L'alcool bu par la mère passe dans le sang du bébé et peut entrainer des risques très importants pour sa santé » et enfin « ZERO ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE ».

Au verso, un premier message à gauche indiquant « IL M'ARRIVE DE CONSOMMER DE L'ALCOOL ? Apéritif, vin, bière, cidre, spiritueux… », avec de nouveau l'image des différents alcools puis « PARLEZ-EN A VOTRE MEDECIN, VOTRE SAGE-FEMME OU VOTRE PHARMACIEN ». A droite, il est inscrit « QUELLES CONSEQUENCES ? POUR MA GROSSESSE ? POUR MON BEBE ? » à l'intérieur d'un silhouette de femme enceinte.

En bas du document, il est mentionné l'adresse du site internet créé pour l'étude ainsi que les coordonnées d'AGIR 33 Aquitaine et d'Alcool Info Service.

Ce document vous est présenté en annexe 4.

II.5.2 Une affiche

Format A3 (29,7 cm x 42 cm)

Cette affiche a le même graphisme que le document d'information : l'image et les messages du recto y sont identiques. L'adresse du site internet, les coordonnées d'AGIR 33 Aquitaine et d'Alcool Info Service y sont également mentionnées (Annexe 5).

II.5.3. Un site internet

Nous l'avons intitulé www.alcool-grossesse.com. Il a été mis en fonctionnement juste avant le début de l'étude. Nous avons créé 5 rubriques :

* « Alcool et grossesse » est la page d'accueil du site. Là encore, l'image et les messages du recto du document d'information ont été repris. Les coordonnées d'AGIR 33 Aquitaine sont mentionnées en bas de page.

* « Quels sont les risques ? » :

Cette rubrique répond d'abord à la question « Zéro alcool pendant la grossesse : pourquoi ? ». Il y est indiqué notamment que quelle que soit la quantité et le type de boisson alcoolisée, la consommation d'alcool pendant la grossesse expose le fœtus à des perturbations de son développement, que c'est la première cause de handicap mental non génétique et qu'il est, pour cette raison, recommandé de s'abstenir de toute consommation d'alcool et ce pendant toute la durée de la grossesse.

Puis est abordé la question de « Quels sont les effets de l'alcool sur le fœtus ? ». Il est ici expliqué que l'alcool est toxique pour le développement du système nerveux, qu'il passe dans le sang du fœtus et peut provoquer, même en petite quantité, un risque de malformation ou d'atteinte du système nerveux. Le syndrome d'alcoolisation fœtale, le syndrome d'alcoolisation fœtale incomplet ou partiel et les troubles causés par l'alcoolisation fœtale y sont brièvement décrits.

Enfin, 4 liens redirigeant sur le site d'Alcool Info Service sont mentionnés afin que les femmes désirant des informations plus détaillées puissent les trouver. Ils dirigent vers des pages du site répondant aux questions suivantes :

- Enceinte, est ce que je peux boire ?
- Je viens d'apprendre que j'étais enceinte
- Je ne parviens pas à arrêter de boire
- Puis-je boire alors que j'allaite mon enfant ?

* La rubrique « Où me renseigner ? » rappelle aux femmes qu'elles peuvent parler de leur consommation d'alcool aux professionnels de santé et donne différentes possibilités d'obtenir de l'aide. Tout d'abord, au niveau régional, est mentionné le numéro de téléphone d'AGIR 33 Aquitaine, le lien vers le site internet Addictoclic et celui du Réseau Périnat Aquitaine. Puis, au niveau national, le numéro de téléphone et le lien vers le site d'Alcool Info Service ainsi que le lien dirigeant vers le site « Vivre avec le SAF ».

Un formulaire de contact en ligne a également été mis en place. Les messages sont recueillis par AGIR 33 Aquitaine où des professionnels apportent une réponse.

* « Documentation » : cette rubrique est divisée en 2 sous rubriques : grand public et professionnels de santé.

Dans la sous rubrique « grand public » nous retrouvons les affiches et dépliants nationaux ainsi que l'affiche régionale et le document d'information créés pour cette thèse.

Dans la sous rubrique « professionnels de santé » est détaillé le plan d'action expérimental auquel a été ajouté un lien dirigeant vers l'expertise collective Inserm sur les déficiences intellectuelles. Elle donne également accès à la plaquette régionale qui a été distribuée aux professionnels participant à l'étude ainsi qu'aux supports du colloque sur l'alcool et la grossesse qui s'est déroulé le 8 septembre 2016 à Bordeaux.

* « Autres consommations à risque » donne dans un premier temps des informations sur le tabac avec le numéro de téléphone et le site internet de Tabac Info Service ainsi que des liens dirigeant vers des pages du site répondant à des questionnements :

- Le tabagisme est-il mauvais pour la fécondité?
- Quand on est enceinte, peut-on fumer quelques cigarettes par jour?
- Quelles sont les conséquences du tabac sur la grossesse elle-même?
- Quels sont les dangers pour le fœtus?
- Quels sont les risques si une femme enceinte est exposée à la fumée des autres?
- Peut-on allaiter son enfant quand on fume?
- Quels sont les traitements d'aide à l'arrêt autorisés pendant la grossesse?
- L'idéal
- Les outils adaptés sur Tabac info service

Dans un second temps, est évoqué le cannabis et les médicaments. Les liens vers le site du Centre de Référence sur les Agents Tératogènes, le Centre de Pharmacovigilance ainsi que le numéro de téléphone de ce dernier sont cités.

Dans un troisième et dernier temps, le numéro de téléphone et le site internet de Drogues Info Service sont mentionnés ainsi que des liens dirigeant vers des pages du site permettant de répondre aux questions concernant d'autres toxiques :

- Je viens d'apprendre que j'étais enceinte
- Je ne parviens pas à arrêter ma consommation de drogue
- Puis-je prendre des drogues alors que j'allaite mon enfant?

II.5.4. Une fiche explicative

Format A4 (21 cm x 29,7 cm)

Elle rappelle le déroulement de l'étude, les objectifs, les outils, les différents cas pouvant se poser durant l'étude, les dates de début et de fin d'étude ainsi que mes coordonnées. Cette fiche a été remise à chaque médecin participant à l'étude (Annexe 6).

II.5.5. Un questionnaire à destination des patientes

Format A5 (14,8 cm x 21 cm)

Il permet d'évaluer la satisfaction des femmes participant à l'étude concernant le document d'information motivationnel. Il comporte 5 questions à choix multiples et 1 question ouverte. Il permet de savoir si les femmes se sentent assez informées sur le sujet, si elles trouvent le document d'information clair et utile, si ce document les incite à parler de leur consommation d'alcool à un professionnel et/ou à aller consulter le site internet, si elles ont vu l'affiche présente dans le cabinet, ce qu'elles comptent faire du document d'information et si elles ont des critiques à nous faire parvenir sur ce document. Il leur est demandé d'indiquer leur âge et la date (Annexe 7).

II.5.6. Un questionnaire à destination des professionnels

Format A4 (21 cm x 29,7 cm)

Il comprend 5 questions à choix multiples et 1 question ouverte, il a été complété lors d'un entretien à la fin de l'étude. Il permet de recueillir l'opinion des participants quant à la simplicité, la rapidité et l'utilité de la remise systématique du document d'information à chaque femme en âge de procréer ainsi que de l'utilité de la prévention de l'alcoolisation fœtale en médecine générale. Il nous indique la proportion de médecins ayant participé qui seraient d'accord pour poursuivre la remise systématique de ce document et laisser l'affiche dans leur cabinet, s'ils ont eu des retours positifs et/ou négatifs de la part des patientes et enfin, s'ils ont des propositions d'amélioration à nous faire part quant à la prévention de l'alcoolisation fœtale dans leur cabinet (Annexe 8).

II.5.7. Une plaquette

Format A5 (14,8 cm x 21 cm)

Elle explique à chaque médecin investigateur le plan d'action expérimental mis en place au niveau régional. Elle est présentée en annexe 9.

II.6. Mode de recrutement et déroulement de l'étude

10 médecins de Gironde ont participé à l'étude du 31 octobre 2016 au 27 novembre 2016.

Le recrutement s'est fait par appels téléphoniques avec l'aide notamment de l'annuaire médical présent sur le site de l'assurance maladie (www.ameli.fr) en faisant attention de sélectionner des médecins exerçant en milieu urbain (Bordeaux, Mérignac) et en milieu semi-rural (Montussan, Bruges, Le Bouscat).

Suite à l'acceptation de participation à l'étude, tous les médecins sauf un ont été rencontrés afin de leur expliquer le déroulement de l'étude et leur apporter tout le matériel nécessaire. Celui-ci comprenait : 80 documents d'information agrafés à un questionnaire, une affiche, une urne de recueil, la fiche explicative de l'étude, la plaquette destinée aux professionnels, un support d'écriture, des stylos.

Le dernier médecin n'avait pas de disponibilités pour m'accueillir, il m'a demandé de laisser tout le matériel à sa secrétaire et m'a dit qu'il lirait la fiche explicative.

La moitié des 10 médecins ont fait le choix de laisser les patients remplir le questionnaire dans leur cabinet, pendant la consultation. L'autre moitié a décidé de faire remplir le questionnaire dans la salle d'attente après la consultation afin de gagner du temps.

Toutes les déviations au protocole ont fait l'objet d'une discussion avec le Directeur de thèse et l'ensemble de l'équipe.

II.7. Critères de jugement

II.7.1. Les critères de jugement répondant à l'objectif principal

Le critère de jugement principal de l'objectif principal est la proportion du nombre de documents d'information distribués divisé par le nombre de patientes répondant aux principaux critères de distribution.

Le numérateur a été acquis grâce au nombre de coupons recueillis correspondant aux documents distribués sur l'ensemble des sites investigateurs.

Le dénominateur correspond au nombre de femmes de 18 à 45 ans ayant consulté les médecins investigateurs durant la période de l'étude (données fournies par la CPAM de Gironde). Ce nombre ne tient pas compte des autres critères de non inclusion et doit donc être considéré comme le nombre maximal de femmes correspondant aux critères d'inclusion/non inclusion.

Nous avons ensuite défini un premier critère secondaire de l'objectif principal nous permettant de mettre en évidence un éventuel épuisement au cours de l'étude en comparant les données semaine par semaine.
Enfin, le deuxième critère secondaire de l'objectif principal permet de mettre en évidence une éventuelle différence entre les praticiens. Il s'agit du nombre de documents distribués par chaque médecin sur le nombre de femmes de 18 à 45 ans ayant consulté ce médecin pendant la période de l'étude.

II.7.2. Les critères de jugements répondant aux objectifs secondaires

Il existe 2 critères de jugement secondaires, correspondant aux 2 objectifs secondaires de l'étude :
Le premier repose sur la proportion de chaque réponse au questionnaire de satisfaction des patientes.
Le deuxième repose sur l'exploration des expériences vécues par les médecins généralistes, telles que déclarées sur les questionnaires, afin d'identifier les avantages et inconvénients de la procédure en situation réelle de pratique.

II.8. Méthode de recueil et d'analyse des données

Je me suis rendue tous les lundis de l'étude au cabinet de chacun des médecins afin d'y recueillir les questionnaires de la semaine précédente présents dans l'urne de recueil. Ces passages hebdomadaires m'ont également permis de vérifier le bon déroulement de l'étude et si besoin, de rapporter des documents et questionnaires supplémentaires.
J'ai ensuite contacté la CPAM afin d'obtenir le nombre de femmes de 18 à 45 ans vues par chaque médecin investigateur sur la durée totale de l'étude ainsi que semaine par semaine. La personne contactée avait accès à l'ensemble des données, quel que soit le régime social des patientes. Les bases étant chargées avec un certain retard et la révélation de ces données

nécessitant un conventionnement, elles m'ont été révélées qu'en mars 2017 grâce au numéro ADELI de chaque médecin.

Les données ont ensuite été rentrées dans des tableaux sur Excel.
Les variables quantitatives ont été analysées par les valeurs absolues, les pourcentages, les moyennes, les médianes et les écarts interquartiles lorsque cela était réalisable.
Les variables catégorielles ont été étudiées par les valeurs absolues et les pourcentages ainsi que par le test du Chi2 et le test exact de Fischer à l'aide du site BiostaTGV.
Afin de déterminer si une différence était significative ou non, le seuil pour lequel le risque que la différence soit liée au hasard a été défini à 5%. « p » devait donc être inférieur à 0,05 pour qu'une différence significative soit établie.

III. Résultats

III.1. Les investigateurs et leurs écarts de l'étude

Les caractéristiques des médecins investigateurs sont présentées dans le tableau I.

Au final, nous avons 7 femmes et 3 hommes, âgés de 43 à 69 ans, la moyenne d'âge étant de 51,8 ans avec une médiane à 47 ans.

Le début de l'étude a connu quelques problèmes :

- Le médecin que je n'avais pas rencontré avait débuté l'étude avant la date définie et avait demandé à sa secrétaire de distribuer les documents d'information et questionnaires à toutes les patientes se présentant à l'accueil.
- Un autre des médecins avait commencé l'étude dès la remise du matériel. Les questionnaires ayant été recueillis en dehors des dates de l'étude n'ont pas été pris en compte.
- Ce même médecin ne met aucune affiche dans son cabinet et n'a donc pas souhaité l'accrocher.
- Enfin, un des médecins a distribué 3 documents d'information à des femmes de plus de 45 ans, ceux-ci n'ont pas été comptabilisés.

Tableau I : Caractéristiques des médecins investigateurs de l'étude (n=10)

	Age	Sexe	Ville d'exercice	Type d'exercice	Déviations
Médecin 1	50	H	Bordeaux	Groupe	Début avant les dates par secrétaire
Médecin 2	47	F	Mérignac	Groupe	
Médecin 3	46	F	Montussan	Groupe	Distribution à des plus de 45 ans
Médecin 4	47	F	Bordeaux	Seul	
Médecin 5	43	F	Bordeaux	Seul	
Médecin 6	45	F	Mérignac	Groupe	
Médecin 7	69	H	Le Bouscat	Groupe	
Médecin 8	55	H	Bruges	Groupe	
Médecin 9	54	F	Le Bouscat	Seul	Pas d'affiche Début avant les dates
Médecin 10	62	F	Bordeaux	Seul	

III.2. Réponse à l'objectif principal

III.2.1. Faisabilité globale : tous les sites sur toute la durée de l'étude

Sur les 4 semaines de l'étude, 290 documents d'information motivationnels ont été distribués. Parmi eux, 22 portaient la mention « déjà reçu » correspondant à des patientes qui avaient déjà complété un questionnaire lors de consultations précédentes, 1 seul n'était pas complété (mis à part l'âge et la date) suite à un problème de compréhension (barrière de la langue). Ce dernier questionnaire n'a donc pas été inclus lors du recueil des données.

Au total, 776 consultations de femmes de 18 à 45 ans ont été réalisées par les médecins participants à l'étude pendant les 4 semaines (données de la CPAM).

Ces données nous permettent d'établir que :

37,37% des femmes en âge de procréer ayant consulté leur médecin généraliste se sont vues proposer un document d'information.

III.2.2. Faisabilité dans le temps : tous les sites selon la période de l'étude

C'est au début de l'étude que les médecins ont été les plus impliqués avec 77 documents remis sur 187 femmes de 18 à 45 ans vues en consultation soit un taux à 41,18%. Ce taux a diminué la deuxième semaine pour atteindre 28,80% puis est remonté à 34,44% en troisième semaine. Le taux le plus bas est observé la quatrième semaine avec seulement 67 documents d'information remis sur 235 femmes de 18 à 45 ans vues en consultation (28,51%).

La moyenne du nombre de documents distribués par semaine est à 72,5 et la médiane à 72.

Tableau II : Pourcentage de documents d'information distribués (n1=290) sur le nombre de consultations réalisées (n2=776) selon la période de l'étude

	Nb de flyers distribués	Nb de consultations 18-45ans	%
Semaine 1	77	187	41,18
Semaine 2	53	184	28,80
Semaine 3	93	270	34,44
Semaine 4	67	235	28,51

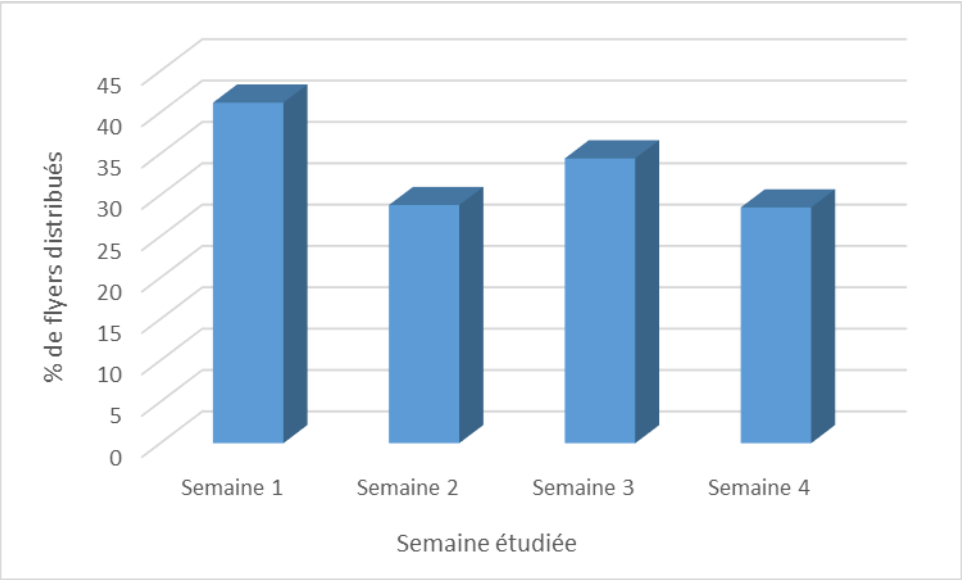


Figure 3 : Pourcentage de documents d'information distribués (n1=290) sur le nombre de consultations réalisées (n2=776) selon la période de l'étude

III.2.3. Différence entre médecins quant à la faisabilité de la distribution : chaque site sur la durée totale

Il existe une différence très importante d'implication entre les différents médecins, les taux de remise des documents allant de 13,79% à 87,10%.

En chiffres absolus, celui qui a distribué le moins de documents d'information en a distribué seulement 6 sur les 4 semaines de l'étude et celui qui en a distribué le plus monte à 108 documents d'information. La moyenne par médecin est de 29 documents remis, la médiane est de 16,5 et l'écart interquartile de 12.

Tableau III : Pourcentage de documents d'information distribués (n1=290) sur le nombre de consultations réalisées (n2=776) selon le médecin investigateur

	Période complète de l'étude		
	Flyers distribués	**Nombre de consultations 18-45 ans**	**%**
Médecin 1	16	70	22,86
Médecin 2	108	124	87,10
Médecin 3	12	87	13,79
Médecin 4	24	87	27,59
Médecin 5	14	86	16,28
Médecin 6	66	141	46,81
Médecin 7	17	34	50,00
Médecin 8	10	35	28,57
Médecin 9	6	40	15,00
Médecin 10	17	72	23,61

III.3. Réponses aux objectifs secondaires

III.3.1. Premier objectif secondaire : la satisfaction des patientes sur le document d'information motivationnel.

Il n'y a eu aucun refus de la part des patientes lorsque les médecins leur remettaient le document d'information et leur proposait de répondre au questionnaire.

L'acceptabilité de l'étude et du document d'information est de 100%.

III.3.1.1 Analyse des réponses sur l'ensemble des questionnaires remis aux patientes

85,4% des femmes ayant répondus aux questionnaires se sentent déjà assez informées sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse, pour 7,9% qui ne se sentent pas assez informées et 6,7% qui ne savent pas si elles sont assez informées ou pas.
61,8% des femmes ont trouvé le document d'information totalement clair, pour 33,3% assez clair, 2,25% pas vraiment clair et 2,25% pas clair du tout.
63,3% des femmes sont totalement d'accord avec le fait que le document d'information distribué est utile. 30,7% sont assez d'accord, 4,5% ne sont pas vraiment d'accord et là encore une petite minorité n'est pas du tout d'accord puisqu'il y en a seulement 0,75%.

Les questionnaires ont révélé un certain impact du document d'information, puisqu'il a tout de même incité 34,8% des femmes à parler de leur consommation d'alcool à un professionnel de santé.
Il a également incité 35,2% des femmes à consulter un site internet d'informations et de ressources tel que www.alcool-grossesse.com.

Si nous regardons plus particulièrement les réponses des femmes ne se sentant pas assez informées ou ne sachant pas si elles le sont assez, 38,5% d'entre elles sont incitées à en parler, les réponses positives s'élèvent à 41% en ce qui concerne le site internet.

La destinée du document est quant à elle très variable : 25,5% souhaitent le garder pour elles, 28,8% pensent le donner à une amie, 17,6% vont le jeter et 28% ne savent pas ce qu'elles vont en faire. Parmi ces résultats, une personne a répondu qu'elle aimerait le garder mais également en faire profiter une amie (2 cases cochées).
Nous avons ensuite essayé de voir si les femmes interrogées faisaient attention à l'affiche présente au cabinet. Les résultats montrent que seulement 49,1% se souviennent l'avoir vu, 40,8% ne l'ont pas vu et 10,1% ne savent plus. A noter qu'un des médecins ne l'avait pas affichée, mais seulement 2,25% des questionnaires ont été remplis dans ce cabinet.
Si on ne prend pas en compte les questionnaires de ce cabinet-là, le pourcentage de femmes se souvenant avoir vu l'affiche monte à 50,2%.

La dernière question représentait une question ouverte invitant les femmes à mentionner les critiques et/ou propositions d'amélioration qu'elles pourraient faire sur le document d'information.

Sur les 267 questionnaires remplis, 67 portaient un commentaire soit 25,1%, dont 32, près de la moitié, étaient apportés par des femmes de plus de 35 ans.

La proposition revenant le plus souvent était de détailler les risques pour le fœtus (28,3% des commentaires), deux personnes aimeraient même que les chiffres soient indiqués sur le document.

Juste après, viennent les commentaires positifs concernant le document : parfait, très bien, clair, concis, concret, simple à lire et à comprendre, précis, important, très intéressant. Certaines insistent pour continuer de communiquer sur le sujet.

Il revient également 5 fois dans les commentaires que la patiente ayant répondu au questionnaire ne se sent pas concernée.

Ensuite les commentaires sont divers :

Plusieurs concernent les couleurs trouvées trop douces, nuisant à la compréhension, à remplacer par du rouge. Le document étant à rendre plus attirant visuellement, en mettant plus en avant le fœtus et la grossesse.

Certaines aimeraient que le document soit plus « flash, plus trash », avec plus de phrases chocs. D'autres trouvent qu'il est trop chargé, qu'il y a trop de texte. Une personne, au contraire, juge qu'il y a peu d'information. Il y a également un commentaire mentionnant qu'il faudrait des questions plus pertinentes.

Deux femmes proposent qu'ils soient distribués ailleurs (bars et maternités) ou par quelqu'un d'autre (gynécologue).

Un commentaire dit que c'est aux futures mamans de prendre leurs responsabilités et d'en parler.

Enfin, une personne propose qu'il y ait un QR code afin d'accéder directement au site et une autre aimerait que l'adresse du site et les coordonnées téléphoniques soit au recto.

Tableau IV : Réponses aux questionnaires de satisfaction remplis par les patientes (n=267)

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**		**Pas de réponse**
228	21	18		0
85.4%	7.9%	6.7%		0%
Q2a : De manière générale, le document (flyer) proposé est clair				
Pas du tout d'accord	**Pas vraiment d'accord**	**Assez d'accord**	**Totalement d'accord**	**Pas de réponse**
6	6	89	165	1
2.25%	2.25%	33.3%	61.8%	0.4%
Q2b : De manière générale, le document (flyer) proposé est utile				
Pas du tout d'accord	**Pas vraiment d'accord**	**Assez d'accord**	**Totalement d'accord**	**Pas de réponse**
2	12	82	169	2
0.75%	4.5%	30.7%	63.3%	0.75%
Q3a : 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**		**Pas de réponse**
93	132	39		3
34.8%	49.4%	14.6%		1.1%
Q3b : De façon plus personnelle, ce document vous incite-t-il à consulter un site internet d'informations et de ressources www.alcool-grossesse.com **?**				
Oui	**Non**	**Ne sais pas**		**Pas de réponse**
94	141	31		1
35.2%	52.8%	11.6%		0.4%
Q4 : Et maintenant, que comptez-vous faire de ce document ?				
Le garder pour moi	**Le donner à une amie**	**Le jeter**	**Ne sais pas**	**Pas de réponse**
68	77	47	75	1
25.5%	28.8%	17.6%	28%	0.4%
Q5 : avez-vous vu l'affiche correspondante à ce document dans ce local ?				
Oui	**Non**	**Ne sais pas**		**Pas de réponse**
131	109	27		0
49.1%	40.8%	10.1%		0%

III.3.1.2. Analyse des réponses aux questionnaires patientes par tranches d'âges

Nous nous sommes basés sur l'étude du BEH pour établir des tranches d'âges afin d'essayer de détecter une éventuelle différence de satisfaction entre les femmes en fonction de leur âge. Nous avons donc fait 4 groupes : moins de 25 ans, entre 25 et 29 ans, entre 30 et 34 ans, 35 ans et plus. Une différence significative a été établie seulement si le risque que la différence soit liée au hasard était inférieure à 5%, c'est-à-dire si p était inférieur à 0,05.

En répartissant de la sorte, nous avons eu 53 questionnaires étudiés dans le premier groupe, 56 dans le deuxième, 62 dans le troisième et 96 dans le dernier, mais les tranches d'âge ne comportent pas le même nombre d'années (7 ans, 5 ans, 5 ans et 10 ans). En tenant compte de ceci, la tranche d'âge la moins représentée est les moins de 25 ans, et les tranches d'âge les plus représentées entre 25 et 34 ans.
La moyenne d'âge est de 31,3 ans avec une médiane à 31 ans.

Globalement les femmes se sentent bien informées, la seule différence significative selon l'âge (p = 0,048) concerne le nombre de réponse « non » (pas assez informées) qui concerne 11,5% des femmes de plus de 35 ans, contre 1,8% pour les femmes entre 25 et 29 ans.

En ce qui concerne la question de la clarté, aucune différence significative n'a pu être mise en évidence.
Pour ce qui est de l'utilité, la différence est significative uniquement entre le groupe des moins de 25 ans (52,8% de totalement d'accord) et celui des plus de 35 ans (69,8%) (p=0,025).

Nous ne retrouvons pas de différence significative selon les tranches d'âge pour l'incitation à en parler à un professionnel ou à aller sur le site internet.

Concernant la destinée du document d'information, plusieurs différences significatives sont ressorties. Tout d'abord entre les femmes de moins de 25 ans et celles de 30 à 34 ans (p=0,003) mais aussi avec celles de plus de 35 ans (p=0,031), les premières le gardant plus souvent pour elle-même que les deux dernières.

Tableau V : Réponses aux questionnaires de satisfaction remplis par les patientes, analysées en fonction de l'âge (n=267) ***p<0.05, **p<0.01***

	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**	**Pas de réponse**
Moins de 25 ans	75.5%	11.3%	13.2%	0%
25 à 29 ans	91.1%	1.8%*	7.1%	0%
30 à 34 ans	88.7%	4.8%	6.5%	0%
35 ans et plus	85.4%	11.5%*	3.1%	0%

	Q2a : De manière générale, le document (flyer) proposé est : -clair				
	Pas du tout d'accord	**Pas vraiment d'accord**	**Assez d'accord**	**Totalement d'accord**	**Pas de réponse**
Moins de 25 ans	0%	1.9%	41.5%	56.6%	0%
25 à 29 ans	0%	1.8%	32.1%	66.1%	0%
30 à 34 ans	3.2%	1.6%	30.6%	62.9%	1.6%
35 ans et plus	4.2%	3.1%	31.2%	61.5%	0%

	Q2b : De manière générale, le document (flyer) proposé est : -utile				
	Pas du tout d'accord	**Pas vraiment d'accord**	**Assez d'accord**	**Totalement d'accord**	**Pas de réponse**
Moins de 25 ans	0%	3.8%	43.4%	52.8%*	0%
25 à 29 ans	0%	3.6%	33.9%	62.5%	0%
30 à 34 ans	0%	3.2%	32.3%	62.9%	1.6%
35 ans et plus	2.1%	6.2%	20.8%	69.8%*	1.1%

	Q3a : 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**	**Pas de réponse**
Moins de 25 ans	34%	52.8%	13.2%	0%
25 à 29 ans	30.4%	58.9%	8.9%	1.8%
30 à 34 ans	45.2%	43.5%	11.3%	0%
35 ans et plus	31.3%	45.8%	20.8%	2.1%

	Q3b : De façon plus personnelle, ce document vous incite-t-il à : -consulter un site internet d'informations et de ressources www.alcool-grossesse.com ?			
	Oui	**Non**	**Ne sais pas**	**Pas de réponse**
Moins de 25 ans	41.5%	43.4%	15.1%	0%
25 à 29 ans	30.4%	53.6%	14.3%	1.8%
30 à 34 ans	40.3%	51.6%	8.1%	0%
35 ans et plus	31.3%	58.3%	10.4%	0%

	Q4 : Et maintenant, que comptez-vous faire de ce document ?				
	Le garder pour moi	**Le donner à une amie**	**Le jeter**	**Ne sais pas**	**Pas de réponse**
Moins de 25 ans	45.3%**	20.8%	11.3%	12.6%	0%
25 à 29 ans	25%	26.8%	17.9%	30.3%	0%
30 à 34 ans	14.5%**	35.5%	17.7%	33.9%	1.6%
35 ans et plus	21.9%*	30.2%	20.8%	26%	1.1%

	Q5 : avez-vous vu l'affiche correspondante à ce document dans ce local ?			
	Oui	**Non**	**Ne sais pas**	**Pas de réponse**
Moins de 25 ans	56.6%	35.8%	7.6%	0%
25 à 29 ans	39.3%	48.2%	12.5%	0%
30 à 34 ans	50%	40.3%	9.7%	0%
35 ans et plus	50%	39.6%	10.4%	0%

III.3.2. Deuxième objectif secondaire : la satisfaction des professionnels

Dans un second temps nous avons analysé les réponses aux questionnaires destinés aux professionnels, remplis en fin d'étude lors d'un entretien.

5 médecins étaient totalement d'accord avec le fait que la remise systématique du document d'information soit simple ce qui revient à 50% des médecins. 2 sont assez d'accord et 3 pas vraiment.

En ce qui concerne la rapidité, 7 étaient totalement d'accord avec le fait que la remise du document était rapide soit 70%, 2 étaient assez d'accord et 1 n'était pas du tout d'accord avec cette affirmation.

8 des médecins ont trouvé cette démarche totalement utile soit 80%, 2 l'ont trouvé assez utile. Aucun des médecins ne pense que la distribution de ce document n'était pas vraiment ou pas du tout utile.

Les résultats présentés dans le tableau VI montrent l'adhésion des médecins au protocole. 9 sur 10 sont prêts à poursuivre la remise systématique du document d'information. Celui qui n'est pas d'accord est celui qui avait commencé par faire distribuer les documents d'information par sa secrétaire. Il ne considère pas que ce soit au médecin généraliste de faire cette prévention et trouve cette remise trop contraignante.

En ce qui concerne le retour des patientes sur ce document, 6 des 10 médecins ont eu des retours positifs, aucun n'a eu de retour négatif. Les commentaires indiquent que les patientes sont contentes qu'on en parle, elles trouvent que c'est une très bonne idée et que le sujet est rarement abordé.

Quant aux améliorations proposées par les médecins investigateurs, seulement 3 y ont répondu. Un médecin propose de réaliser des consultations préconception et d'interroger également systématiquement sur la consommation de tabac. Un médecin propose simplement d'évoquer le sujet en consultation. Enfin, le dernier commentaire vise à laisser les flyers à disposition dans la salle d'attente.

Tableau VI : Réponses aux questionnaires de satisfaction remplis par les professionnels (n=10)

Q1a : La remise systématique du document d'information chez toute femme de 18 à 45 ans venant en consultation vous a-t-il paru simple ?			
Pas du tout d'accord	**Pas vraiment d'accord**	**Assez d'accord**	**Totalement d'accord**
0	3	2	5
0%	30%	20%	50%
Q1b : La remise systématique du document d'information chez toute femme de 18 à 45 ans venant en consultation vous a-t-il paru rapide ?			
Pas du tout d'accord	**Pas vraiment d'accord**	**Assez d'accord**	**Totalement d'accord**
1	0	2	7
10%	0%	20%	70%
Q1c : La remise systématique du document d'information chez toute femme de 18 à 45 ans venant en consultation vous a-t-il paru utile ?			
Pas du tout d'accord	**Pas vraiment d'accord**	**Assez d'accord**	**Totalement d'accord**
0	0	2	8
0%	0%	20%	80%
Q2a : Dans une démarche de prévention sur la consommation d'alcool pendant la grossesse, seriez-vous prêt à poursuivre la remise du document d'information ?			
Oui		**Non**	
9		1	
90%		10%	
Q2b : 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**	
9		1	
90%		10%	
Q3 : De façon plus générale, que pensez-vous de l'utilité de faire de la prévention sur l'alcoolisation fœtale en médecine générale ?			
Pas du tout utile	**Pas vraiment utile**	**Assez utile**	**Très utile**
0	0	3	7
0%	0%	30%	70%
Q4 : Avez-vous eu des retours positifs de la part des patientes ?			
Oui		**Non**	
6		4	
60%		40%	
Q5 : Avez-vous eu des retours négatifs de la part des patientes ?			
Oui		**Non**	
0		10	
0%		100%	

IV. Discussion

IV.1. Forces et faiblesses de l'étude

IV.1.1. Forces de l'étude

Le médecin généraliste est un personnage clé dans la prévention en santé. Une enquête de la SFMG a estimé que la prévention représentait un tiers de l'activité du médecin généraliste (40).

Il voit très régulièrement des femmes en âge de procréer en consultation, quel que soit le motif. Sur les 4 semaines de l'étude, 776 femmes de 18 à 45 ans ont été vues en consultation par les 10 médecins investigateurs. Même si ce nombre est très variable en fonction du praticien, la moyenne est de 19,4 femmes en âge de procréer par semaine et par médecin, sachant que durant l'étude il y a eu 2 semaines comprenant un jour férié.

Le syndrome d'alcoolisation fœtale semble être la première cause évitable de retards mentaux et de troubles dysmorphiques par l'arrêt de la consommation d'alcool par la future mère (41).

La prévention de ce syndrome qui a de lourdes conséquences mais est en même temps totalement évitable est donc extrêmement importante et doit être développée en médecine générale.

Comme nous l'avons vu, très peu d'études ont été réalisées sur la prévention de l'alcoolisation fœtale en médecine générale et celles qui l'ont été étaient très différentes de celle-ci (35) (36). Cette étude permet donc l'apport de nouvelles informations quant à l'importance d'une prévention, sa faisabilité en médecine générale et les différents outils d'aide envisageables pour les médecins généralistes, leur permettant d'évoquer le sujet avec leurs patientes.

Nous avons distribué le document aux femmes de 18 à 45 ans. D'après les chiffres de l'INSEE, en 2016 le taux de fécondité des femmes de 15 à 24 ans était de 2,6%, 11,5% entre 25 et 29 ans, 12,9% entre 30 et 34 ans, 7,0% entre 35 et 39 ans et seulement de 0,8% de 40 à 50 ans (42). Nous avons donc ciblé la grande majorité des femmes pouvant potentiellement être enceintes.

Nous souhaitions obtenir un minimum de 200 questionnaires et nous en avons récupéré 290 dont 267 ont été remplis et analysés, nous avons donc dépassé le nombre minimum de questionnaires que nous nous étions fixé.

L'étude était multicentrique, elle a été réalisée par 10 médecins. L'âge, le sexe, le lieu d'exercice et le type d'exercice des 10 médecins étaient variés afin de limiter les biais.

L'anonymat des patientes a été conservé afin qu'elles puissent répondre objectivement sans crainte.

Le financement de cette étude par l'ARS Nouvelle-Aquitaine et la MILDECA ainsi que la collaboration avec le centre ressource d'AGIR 33 Aquitaine a permis de réaliser de nombreux outils avec notamment un document d'information cartonné pour plus de résistance.

IV.1.2. Faiblesses de l'étude

J'ai essayé d'appeler le même nombre d'hommes et de femmes mais plus d'hommes ont refusé de participer à l'étude. Il y avait donc un nombre inégal d'hommes et de femmes parmi les médecins investigateurs. Le nombre total d'investigateurs étant faible nous n'avons pas pu faire d'analyse recherchant une différence en fonction du sexe. Il en est de même pour l'âge.

Le volontariat des investigateurs peut laisser présager un biais de désirabilité. Toutefois, comme le montre la présence d'au moins un médecin résistant à l'étude, celui-ci n'a pas été systématique.

La durée d'investigation a été seulement de 4 semaines, peut-être aurait-il fallu une durée plus longue afin de permettre une analyse sur la durée de la faisabilité de la distribution et notamment l'existence ou non d'un épuisement de la part des médecins dans cette démarche.

Pendant ces 4 semaines, il y a eu 2 jours fériés dont un pont, certains médecins généralistes investigateurs ont eu des remplaçants sur quelques jours de l'étude, ce qui peut provoquer un biais dans les résultats.

Le temps moyen d'une consultation en médecine générale est court, une enquête réalisée en 2011 a permis de l'estimer à un peu moins de 18 minutes en moyenne (43). Certains motifs de consultation prennent plus de temps que d'autres. La distribution du document avec les informations orales qui l'accompagnent a peut-être été moins réalisée lors des consultations longues ou lors de retard dans les consultations.

De plus, le motif de consultation de certaines patientes pouvait parfois ne pas se prêter à la prévention de l'alcoolisation fœtale.

Comme nous l'avons vu, les médecins généralistes rencontrent un grand nombre de femmes en âge de procréer, certains plus que d'autres, la remise systématique induit l'impression d'un très grand nombre de documents d'information et ceci a un coût.

IV.2. Interprétation des résultats

IV.2.1. La faisabilité de la procédure de distribution

La faisabilité déterminée par le taux de distribution des documents d'information n'a pas été très élevée en médecine générale. Seulement 37,37% des femmes en âge de procréer ayant consulté leur médecin généraliste pendant l'étude se sont vues proposer un document d'information.

C'est en pharmacies que le taux de distribution a été le plus haut avec 65,1%. Il devait être distribué à toute personne achetant un test urinaire de grossesse ou un test d'ovulation.

En laboratoires d'analyses biologiques et médicales, le document était distribué aux femmes venant réaliser un dosage de beta HCG, le taux de distribution s'est élevé à 51,93%.

Ces différences peuvent potentiellement s'expliquer par le nombre de personnes impliquées dans la remise du document. En pharmacies et en laboratoires, les documents étaient distribués par tout le personnel alors qu'il n'est distribué que par le médecin en cabinet. Ceci induit plus de documents à distribuer par personne investigatrice en cabinet que dans les autres lieux. En moyenne 5,6 documents auraient dû être distribués par semaine et par investigateur en pharmacie et 10,5 en laboratoire contre 19,4 en médecine générale si le taux de distribution était de 100% (44) (45).

Les entretiens des professionnels à la fin de l'étude ont révélé que les médecins pensaient parfois à distribuer le document mais ne le faisaient pas pour plusieurs raisons : soit ils trouvaient le moment inadapté soit ils pensaient que la personne n'était pas capable de comprendre le message du document et le questionnaire (barrière de la langue ou illettrisme).

En ce qui concerne l'évolution de la procédure de distribution au cours de l'étude, on peut voir une certaine variation entre le meilleur taux de participation au début et le plus bas taux à la fin de l'étude. Cependant, celle-ci n'est pas homogène au cours des semaines avec une remontée en troisième semaine et parait difficilement interprétable du fait de la courte durée de l'étude.

Les durées d'étude ont été plus longues en laboratoires d'analyses biologiques et médicales et en pharmacies (respectivement 8 semaines et 3 mois).
En laboratoires, on note une diminution du taux de distribution entre le début et la fin de l'étude qui, comme en cabinet de médecine générale, n'est pas homogène au fil des semaines. (73,4% semaine 1, 59,52% semaine 2, 59,78% semaine 3, 48,39% semaine 4, 38,75% semaine 5, 40,22% semaine 6, 60,19% semaine 7 et 35,45% semaine 8).
En pharmacies, ce taux est globalement stable (65,2% le premier mois, 70,3% le deuxième mois, 59,7% le troisième mois).

IV.2.2. L'acceptabilité et la satisfaction des patientes

L'étude et le document d'information ont été parfaitement acceptés par les patientes l'ayant reçu en cabinet de médecine générale. Les médecins investigateurs de l'étude ont révélé n'avoir eu aucun refus lors de la distribution des documents d'information et n'ont pas eu de retour négatif non plus. De plus, parmi les propositions d'améliorations listées par les patientes, il existe de nombreux commentaires positifs.
L'acceptabilité du document par les patientes a été un peu moindre dans les laboratoires d'analyses biologiques et médicales et les pharmacies (90%). Respectivement 4,9% et 22,7% des professionnels ont eu des retours négatifs en pharmacies et en laboratoires d'analyses biologiques et médicales (44) (45).
Certaines patientes ont refusé l'information venant des professionnels de pharmacies et de laboratoires mais aucune n'a refusé cette même information émanant du médecin généraliste. On peut potentiellement y voir là l'impact et l'autorité qu'à la parole et la bienveillance du médecin envers son malade (46). L'alliance thérapeutique et l'intimité sont sans doute différentes selon les professions de santé. Cette diversité liée en partie aux normes sociales des professions, ainsi qu'aux représentations et à la personnalité de chacun encourage à diversifier également les sites et les modalités d'intervention.

Concernant les réponses aux questionnaires des patientes, les résultats sont similaires dans les différents lieux de l'étude. La plupart des femmes se sentent déjà assez informées sur le sujet. Il existe cependant une différence significative entre les différentes tranches d'âge en médecine générale. Les plus de 35 ans sont plus nombreuses à penser ne pas être assez informées que les 25 à 29 ans. Comment expliquer que les femmes plus âgées, ayant pourtant

plus d'expérience, se disent moins informées ? Ceci serait-il lié au fait que cette information était moins diffusée lors du début de leur activité génitale ? En effet, les premières campagnes de prévention contre les dangers de la consommation d'alcool pendant la grossesse datent de 2004, lorsque 4 femmes ayant donné naissance à un enfant porteur du syndrome d'alcoolisation fœtale ont accusé le gouvernement de ne pas les avoir informées de ce danger (47). Or, il y a 13 ans les femmes de ce groupe avaient entre 22 et 32 ans. Certaines d'entre elles avaient donc probablement déjà eu des enfants.

Malgré ce sentiment, la consommation d'alcool chez les femmes enceintes est toujours présente et une grande majorité des femmes interrogées trouve le document utile, un tiers est même incité à parler de sa consommation à un professionnel et un tiers est incité à aller voir un site internet portant sur le sujet. Seulement 17,6% des femmes qui ont reçu le document d'information l'ont jeté, plus de la moitié des femmes l'ont gardé pour elle ou pour une amie et le reste ne savait pas quoi en faire. Il existe là une grande variation en fonction de l'âge, les moins de 25 ans préférant le garder pour elle contrairement aux plus de 30 ans qui pensent plutôt le donner à une amie. S'agit-il d'une corrélation en fonction de la consommation d'alcool ? En effet, la tranche d'âge des moins de 25 ans est celle qui a déclaré le plus d'alcoolisation ponctuelle importante et d'ivresse en 2014 (5).
De plus, dans de nombreux commentaires elles ont indiqué vouloir plus de détails sur les risques du fœtus. Un certain nombre de femmes cherche donc à s'informer davantage sur le sujet. En effet, dans le cadre d'une décision partagée, il ne suffit pas de disposer de l'objectif idéal, soit « zéro alcool durant la grossesse », mais également de connaître les conséquences du non-respect de cet objectif idéal. C'est par l'appréciation de ces conséquences que la personne est en mesure de faire un choix éclairé de ne pas boire, de réduire ses consommations ou d'entrer dans le soin si addiction. Imposer un objectif expose à la réactance, c'est-à-dire la mise en jeu de processus défensifs face à l'agression de son espace de liberté. Nous pensons que cette demande des patientes de l'étude est un point très important à travailler, pour les campagnes de prévention futures.

En ce qui concerne l'affiche, celle-ci a été remarquée par la moitié des femmes interrogées. On peut supposer qu'environ le même pourcentage de femmes n'ayant pas reçu le document d'information ont également vu cette affiche. Elle permet d'élargir l'information à un plus

grand nombre de femmes. On ne peut cependant pas se contenter de cet outil. En effet, la communication est un élément clé de la prévention. Elle permet d'apporter des informations validées et adaptées à la population ciblée pour une meilleure compréhension.

L'affiche mise dans la salle d'attente va être moins contraignante mais va apporter des informations seulement par un mode de communication écrit.

La distribution du document d'information va mettre en jeu 2 modes de communication : la communication écrite par les informations présentes sur le document et la communication orale de par les explications apportées par le professionnel de santé lors de la remise (48). La procédure est plus contraignante mais aura probablement plus d'influence parmi les personnes en ayant bénéficié.

Il y a là donc également un point très important. Comme nous avons suggéré l'importance de diversifier les sites d'exposition à l'information, il est également important de diversifier les outils de communication (affiches, flyers). L'accompagnement des outils sur les sites par les professionnels ajoute une dimension irremplaçable, quand elle est possible et pertinente, avec des discours cohérents.

IV.2.3. L'acceptabilité et la satisfaction des professionnels

En ce qui concerne la procédure de distribution par les médecins généralistes, 7 des 10 médecins pensent que cette prévention est très utile et les 3 autres pensent qu'elle est assez utile. Un médecin a même précisé en commentaire que cette pratique était indispensable.

Malgré le faible taux de distribution du document, le seul médecin qui ne désire pas la poursuivre est celui qui n'a pas eu le temps de me recevoir au début de l'étude et qui n'a pas respecté le déroulement de l'étude (distribution des documents d'information et questionnaires par sa secrétaire et en dehors des dates déterminées). Le médecin qui a refusé de mettre l'affiche est le deuxième n'ayant pas respecté le déroulement (distribution commencé avant la date de début) et c'est également celui qui a distribué le moins de documents avec un total à 6 sur les 290 documents distribués durant l'étude. Il n'est cependant pas opposé à la prévention et fait même partie des 7 médecins qui pensent que la prévention de l'alcoolisation fœtale est très utile en médecine générale.

On voit donc bien qu'une minorité de médecins (2/10) se sont moins impliqués dans cette étude et de manière générale dans la prévention de l'alcoolisation fœtale.

En pharmacie, tous les professionnels sont prêts à poursuivre la distribution et 95,1% à laisser l'affiche (44).
En laboratoire, 90,9% des professionnels sont prêts à poursuivre la distribution des documents et tous sont d'accord pour laisser l'affiche (45).

La remise semble plus compliquée dans les laboratoires où seulement 31,8% sont totalement d'accord avec le fait qu'elle soit simple contre 48,8% en pharmacies et 50% en médecine générale.
Le personnel des pharmacies et des laboratoires semblent également avoir moins de temps pour la distribution du document avec respectivement 29,3% et 36,4% des professionnels ayant répondus qu'ils étaient totalement d'accord sur la rapidité de la distribution contre 70% des médecins généralistes.

Les résultats de cette étude montrent que la procédure de distribution systématique d'un document d'information chez les femmes en âge de procréer a très bien été accueillie en médecine générale. Une précédente étude avait montré que seulement 54,9 % des médecins généralistes mettaient en garde systématiquement les femmes enceintes sur les effets fœtaux de l'alcool et que 74,5 % ne connaissaient pas d'outils de dépistage et de prévention des consommations d'alcool (36). Suite à ces résultats, on peut supposer que la satisfaction de notre étude est liée à l'apport d'un outil aux professionnels les aidant dans la démarche de prévention.

IV.3. Perspectives

En général, la prévention des risques des femmes en âge de procréer à l'initiative des médecins représente seulement 5,7 % des consultations de prévention en médecine générale (48). Il s'agit d'un des domaines qui reste à développer.
Globalement, au vu de l'étude, la satisfaction de cette procédure sur l'alcoolisation fœtale est excellente que ce soit du point de vue des patientes ou des médecins généralistes. De plus, son utilité semble importante au vu du pourcentage de femmes qui ont été incitées à en parler à leur médecin et/ou à aller consulter le site internet. La majorité des femmes ayant reçu le document pense également le garder (pour elle-même ou une amie). La mise en place de cette prévention à plus grande échelle semble donc être intéressante.

Cependant, les médecins généralistes réalisent en moyenne plus de 5000 consultations annuelles chacun : 5 800 actes en moyenne sur l'année 2000 (50) et 5069 en 2004 (51). Peu de données sont disponibles sur le sujet mais étant donné ces chiffres, les médecins généralistes voient un grand nombre de femmes en âge de procréer en consultation, cette prévention systématique va donc avoir un coût.

La principale difficulté en médecine générale risque de se faire ressentir au fil du temps. On peut imaginer qu'au bout d'un certain nombre de mois, le médecin sera confronté à de nombreux cas de personnes ayant déjà reçu le document d'information et qu'à la répétition de cette réponse par la patiente il cesse petit à petit de proposer ce document, ceci ayant pour conséquence un épuisement de la procédure. D'un autre côté, les médecins comme tous les pédagogues, connaissent l'importance de la répétition des messages et de l'ajout d'informations selon les besoins.
Un reminder dans le logiciel médical serait sans doute utile. On clique sur la case quand le message est délivré et un rappel est effectué de façon périodique ou en cas de grossesse.

Les informations présentes sur le document d'information pourraient être modifiées en fonction des commentaires. En effet, le même commentaire est revenu plusieurs fois, les patientes semblent ne pas avoir remarqué que le détail des risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse se trouvait sur le site internet mentionné sur le document d'information. Celui-ci doit probablement être plus valorisé en étant disposé à une position plus centrale afin d'être mieux vu. Un flash code pourrait également aider l'accès au site, ainsi qu'un format adapté pour les smartphones.

La poursuite de cette démarche sur les différents sites semble essentielle. La répétition des lieux où les femmes possiblement enceintes ou désirant l'être se rendent pourrait en effet permettre une meilleure diffusion de l'information. Une patiente a mis un commentaire à la fin de la question « Avez-vous vu l'affiche correspondante à ce document dans ce local ? ». Elle a coché non à cette question mais elle a indiqué l'avoir vue dans une pharmacie. Cette remarque illustre l'importance de la répétition de l'information afin d'atteindre le plus grand nombre de femmes.

Dans l'optique de la mise en place de cette prévention à l'échelle régionale, les documents d'information pourraient être réapprovisionnés régulièrement dans les cabinets par un visiteur médical.

En pharmacie, le réapprovisionnement pourrait être effectué par un grossiste.

Au niveau des laboratoires d'analyses biologiques et médicales, la distribution d'un document semblant plus difficile pour les professionnels, nous avons envisagé qu'un message pourrait apparaitre systématiquement sur les résultats des patientes ayant effectué un dosage des béta-HCG plasmatiques. Ceci permettrait la diffusion de l'information sans mettre en difficultés le personnel, quel que soit le format de diffusion des résultats (52).

V. Conclusion

La consommation d'alcool en France s'est modifiée ces dernières années avec une majoration de la consommation d'alcool chez les femmes et principalement des alcoolisations ponctuelles importantes.
Chez les femmes enceintes, la consommation d'alcool peut avoir de lourdes conséquences pour le fœtus. Or, ces conséquences peuvent être totalement évitables par l'arrêt de la consommation d'alcool par la future mère.
Nous savons que la gravité de ces troubles liés à l'alcool dépend de l'intensité et de la durée de la consommation par la mère. Cependant, il existe de nombreuses variables influençant ce risque et le seuil de l'absence total de risque est toujours inconnu. C'est pour cette raison que la consommation d'alcool chez la femme enceinte doit être nulle, comme pour toute substance ou comportement potentiellement toxique pour le nouveau-né.

Malgré l'information diffusée ces dernières années sur le syndrome d'alcoolisation fœtale, de nombreuses femmes continuent à consommer de l'alcool, principalement au premier trimestre de la grossesse.
Il est donc nécessaire de poursuivre les démarches de prévention et de les débuter en amont de toute grossesse afin d'éviter une exposition du fœtus en début de grossesse.
C'est dans ce cadre que cette étude a été réalisée.

Globalement, la faisabilité de la distribution systématique d'un document d'information aux femmes en âge de procréer en médecine générale dans le cadre de la prévention de l'alcoolisation fœtale a été proportionnellement faible (37,37 %), mais a touché de nombreuses femmes dans un temps court (290 pour 10 médecins).
La satisfaction des professionnels concernant la distribution du document d'information et la présence de l'affiche dans leurs locaux est excellente et l'étude montre que la grande majorité des médecins est prête à poursuivre cette démarche de prévention.
Du coté des patientes, l'étude montre qu'elles sont également très satisfaites de cette procédure de prévention. L'acceptabilité est parfaite avec une absence totale de refus sur 4 semaines d'étude.

Au vu de tous les résultats de l'étude, la poursuite de la remise du document d'information associée à la présence d'une affiche dans la salle d'attente ainsi que l'existence d'un site internet permettant à celles qui le souhaitent d'obtenir des informations complémentaires et de l'aide semble être pertinente.

Cette démarche de prévention ne se dissocie pas d'une prévention sur la consommation des autres toxiques pendant la grossesse, que ce soit le tabac, le cannabis et autres drogues mais aussi les médicaments fœtotoxiques, qui peut également avoir de lourdes conséquences.

VI. Bibliographie

1- World Health Organization. (Page consultée le 16/04/2017). Global status report on alcohol and health. 2014, [En ligne].
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf

2- Saurel-Cubizolles M-J, Prunet C, Blondel B. L'alcool, toujours un facteur de risque majeur pour la santé en France. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. Mai 2013 ; (16-17-18) : 180-5.

3- Guérin S, Laplanche A, Dunant A et al. Alcohol-attributable mortality in France. European Journal of Public Health. Aout 2013 ; 23(4) : 588-93.

4- Canarelli T, Cadet-Tairou A, Palle C. Alcool et santé en France, état des lieux. Bulletin Epidémiologique hebdomadaire. Sept 2006 ; (34-35) : 252-5.

5- Richard J-B, Palle C, Guignard R et al. La consommation d'alcool en France en 2014. Évolutions. Avril 2015 ; (32) : 1-5.

6- Guague-Finot J, Wendland J, Varescon I. Enjeux du dépistage de la consommation d'alcool pendant la grossesse. Devenir. Juillet 2009 ; 21(3) : 125-42.

7- Com-Ruelle L, Dourgnon P, Jusot F et al. Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque? Questions d'économie de la santé. Janv 2008 ; (129) : 1-2.

8- Popova S, Lange S, Probst C et al. (Page consultée le 16/04/2017). Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health. Janv 2017, [En ligne].
http://thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(17)30021-9.pdf

9- Chassevent-Pajot A, Guillou-Landréat M, Grall-Bronnec M et al. Étude de prévalence des conduites addictives chez les femmes enceintes dans une maternité universitaire. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Mai 2011 ; 40(3) : 237-45.

10- Chudley AE, Conry J, Cook JL et al. Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale: lignes directrices canadiennes concernant le diagnostic. CMAJ. Mars 2005 ; 172(5 suppl) : 1-21.

11- Gaugue J, Varescon I, Wendland J. Le syndrome d'alcoolisation fœtale : état de la question. Psychotropes. Janv 2006 ; 12(1) : 113-24.

12- Comité de santé des premières nations et des Inuits. Le syndrome d'alcoolisation fœtale. Paediatr Child Health. Mars 2002 ; 7(3) : 181-96.

13- Wilhoit LF, Scott DA, Simecka BA. Fetal Alcohol Spectrum Disorders: Characteristics, Complications, and Treatment. Community Mental Health Journal. Fév 2017 ; 53(2) : 1-8.

14- Biéder J, Callens H. Embryofœtopathie alcoolique (syndrome de Lemoine). Annales Médico-psychologiques. Fév 2002 ; 160(1) : 67-71.

15- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington : American Psychiatric Association ; 2013.

16- Houchi H, Pierrefiche O, Naassila M et al. Effets de l'alcoolisation pendant la grossesse. Cahiers de Nutrition et de Diététique. Avril 2015 ; 50(2) : 103-8.

17- Menegaux F, Ripert M, Hémon D, et al. Maternal alcohol and coffee drinking, parental smoking and childhood leukaemia : a French population-based case-control study. Paediatric and Perinatal Epidemiology. Juillet 2007 ; 21(4) : 293-299.

18- Vilain C. « Un Verre Ça Va, Trois Verres Bonjour Les Dégâts »: A National Information Campaign on Excessive Alcohol Drinking in France. Health Education and the Media II. Proceedings of the 2nd International Conference Organized Jointly by the Scottish Health Education Group, Edinburgh and the Advertising Research Unit, Department of Marketing, University of Strathclyde, Edinburgh, 25-29 March 1985 : 87-92.

19- Ministère de la santé. Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Code de la santé publique. Journal officiel n°10 du 12 janvier 1991, p 615.

20- Ministère de la santé. Articles 12 et 13. Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Code de la santé publique. Journal Officiel n°0022 du 27 janvier 2016.

21- Michaud P, Dewost A-P, Fouillant P. « Boire moins c'est mieux » Comment intégrer le repérage précoce et l'intervention brève auprès des consommateurs à risque dans la pratique des médecins? La Presse Médicale. Mai 2006 ; 35(5-C2) : 831-9.

22- Ministère de la santé et de la protection sociale. Situation de " drogues alcool tabac info service " (numéro vert 113). Journal Officiel Sénat du 11 novembre 2004, p 2597.

23- INPES. (Page consultée le 12 avril 2017). Zéro alcool pendant la grossesse. Dossier de presse. 11 Sept 2006 : 7-9, [En ligne].
http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/06/dp060911.pdf

24- Benkimoun P. Une nouvelle campagne prône le "zéro alcool pendant la grossesse". Le Monde. 05 Novembre 2004.

25- Ministère de la santé. Article. L. 3342-1 et L. 3342-3 modifiés par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 93 (V) portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Code de la santé publique. Journal Officiel n°0167 du 22 juillet 2009, p 12184.

26- Ministère de la santé. Article R. 3353-1. Décret n° 2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du code de la santé publique. Journal Officiel n°122 du 27 mai 2003, p 37006.

27- Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Rapport Officiel du 19 septembre 2013.

28- ANPAA. (Page consultée le 12 avril 2017). Journée internationale de prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale, [En ligne]. http://saffrance.com/wp-content/uploads/2014/09/Dossier-de-presse05_09.pdf

29- Santé Publique France. (Page consultée le 12 avril 2017). Syndrome d'alcoolisation fœtale : pour éviter tout risque, « zéro alcool pendant la grossesse ». Communiqué de presse du 5 septembre 2016, [En ligne]. http://www.santepubliquefrance.fr/Accueil-Presse/Tous-les-communiques/Syndrome-d-alcoolisation-foetale-pour-eviter-tout-risque-zero-alcool-pendant-la-grossesse

30- Centre ressource alcool et grossesse. (Page consultée le 10 avril 2017). Vous buvez un peu, il boit beaucoup, [En ligne]. https://www.alcool-grossesse.com/

31- Barthélémy S. (Page consultée le 10 avril 2017). Alcool et grossesse : boire ou se reproduire, il faut choisir. Sept 2016, [En ligne]. http://rue89bordeaux.com/2016/09/alcool-et-grossesse-boire-ou-se-reproduire-il-faut-choisir/

32- Ouest-France. (Page consultée le 10 avril 2017). Alcool et grossesse. Un programme expérimental en Aquitaine. Sept 2016, [En ligne]. http://www.ouest-france.fr/sante/alcool-et-grossesse-un-programme-experimental-en-aquitaine-4458640

33- Méric S. (Page consultée le 10 avril 2017). Grossesse et alcool: L'Aquitaine lance un programme expérimental. Sept 2016, [En ligne]. http://www.aqui.fr/mobile/article.php?id_article=14276

34- France 3 région. (Page consultée le 10 avril 2017). Zéro alcool pendant la grossesse : un programme expérimental démarre en Aquitaine. Sept 2016, [En ligne]. http://france3-regions.francetvinfo.fr/nouvelle-aquitaine/gironde/bordeaux/zero-alcool-pendant-la-grossesse-un-programme-experimental-demarre-en-aquitaine-1079939.html

35- Villet H, Barbarin Nicolier S, Lefebvre A. Syndrome d'alcoolisation fœtale-Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques d'un échantillon de médecins généralistes haut-normands. ORS Haute-Normandie ; dec 2002.

36- Letty E. Alcool et grossesse: un état des lieux des connaissances et des pratiques des professionnels de santé de la partie nord de l'Aveyron [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine générale]. Toulouse: Université Toulouse III Paul Sabatier Faculté de médecine ; 2016.

37- Beck F, Guignard R, Obradovicc I et al. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. Oct 2011 ; 59(5) : 285-94.

38- Varescon I, Gaugue J, Wendland J. Alcool et grossesse, Première utilisation du questionnaire de dépistage T-ACE dans une population française. Alcoologie et Addictologie. Sept 2007 ; 29(3) : 221-6.

39- Fline-Barthes MH, Vandendriessche D, Gaugue J et al. Dépistage des situations de vulnérabilité psychosociale et toxicologique pendant la grossesse : évaluation d'un auto-questionnaire par comparaison aux données du dossier médical. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Mai 2015 ; 44(5) : 433-42.

40- Gallois P, Vallée J-P, Le Noc Y. Prévention en médecine générale : une part croissante et une évolution de l'activité. Médecine. Fév 2007 ; 3(2) : 74-8.

41- De Broucker T. Complications neurologiques de l'alcoolisme. La Lettre du Neurologue. mai-juin 2013 ; 17(5-6) : 158-9.

42- INSEE. (Page consulté le 19 avril 2017). Bilan démographique 2016 - À nouveau en baisse, la fécondité atteint 1,93 enfant par femme en 2016 - Insee Première n° 1630. Janv 2017, [En ligne].
https://www.insee.fr/fr/statistiques/2554860?sommaire=1912926#consulter-sommaire

43- Jakoubovitch S, Bournot M-C, Cercier E et al. Les emplois du temps des médecins généralistes. Études et résultats. Mars 2012 ; (797) : 3.

44- Juguelin M. Remise d'un document d'information sur les risques de l'exposition fœtale à l'alcool lors de l'achat d'un test urinaire de grossesse en pharmacie : étude de faisabilité d'une démarche systématique. [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine générale]. Bordeaux : Université Bordeaux II ; juin 2017.

45- Barthou E. Remise systématique d'un document d'information sur l'exposition fœtale à l'alcool aux femmes lors de la réalisation d'un test de HCG : étude de faisabilité [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine générale]. Bordeaux : Université Bordeaux II ; mai 2017.

46- Kebers C. Le lien et la distance: la mesure de notre humanité. Bruxelles : Racine ; Mars 2007.

47- Toutain S. Ce que les femmes disent de l'abstinence d'alcool pendant la grossesse en France. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. Mars 2009 ; (10-11) : 100-2

48- Moussaoui-Bournane F, Clavella S. (Page consultée le 19 avril 2017). La communication: un des piliers de la prévention. Au-delà de l'information, la prévention, [En ligne].
http://eknygos.lsmuni.lt/springer/536/19-34.pdf

49- Youssef E. Étude de l'activité préventive des médecins généralistes français dans le cadre du projet Ecogen. [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine générale]. Paris 7 : Université Paris Diderot ; sept 2015.

50- Fivaz C, Le Laidier S. Une semaine d'activité des généralistes libéraux. Point Stat. Juin 2001 ; (33) : 5

51- Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes - Une synthèse des données disponibles. Questions d'économie de la santé. Juillet 2009 ; (144) : 2

52- Laboratoire Bioffice. (Page consultée le 19 avril 2017). Vos résultats, [En ligne]. http://www.bioffice.fr/index.php/vos-resultats

Annexes

Annexe 1

Annexe 2

Annexe 3

Annexe 4

Annexe 5

ZÉRO ALCOOL
PENDANT
LA GROSSESSE
VOUS BUVEZ UN PEU,
IL BOIT BEAUCOUP
L'alcool bu par la mère passe dans le sang du bébé
et peut entraîner des risques très importants pour sa santé.
PARLEZ-EN À VOTRE MÉDECIN, VOTRE SAGE-FEMME OU VOTRE PHARMACIEN
MOBILISONS
NOUS EN AQUITAINE
En Aquitaine,
retrouvez tous les contacts proches de chez vous :
Centre ressources Alcool et Grossesse
www.alcool-grossesse.com
05 56 51 56 51
ars
AGIR 33
AQUITAINE
réseau
périnat
aquitaine
POUR PLUS
0 980 980 930
ALCOOL INFO SERVICE.FR

Annexe 6

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 Périnat Aquitaine**. Il est mise en œuvre par le **centre ressources Alcool et Grossesse** de l'association **AGIR 33 Aquitaine**. Vous trouverez ci-joint une plaquette d'informations ***« Zéro alcool pendant la grossesse »*** détaillant les axes de travail de ce projet.

C'est dans le cadre de ce projet innovant et pluridisciplinaire que j'ai choisi d'axer ma thèse sur la prévention de la consommation d'alcool au cours de la grossesse.

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

L'**objectif** est **d'étudier la faisabilité de la remise d'un document d'information à toute femme âgée de 18 à 45 ans consultant un médecin généraliste**, 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 pouvant potentiellement tomber enceintes. La **population cible** comprend donc les **femmes en âge de procréer.**

Cette étude se fera en collaboration avec deux autres doctorantes qui travailleront sur le même document d'information à distribuer d'une part par le personnel d'accueil des LABM (Laboratoires d'Analyses Biologiques Médicales) lors d'un dosage des béta-HCG plasmatiques, et d'autre part par le personnel d'accueil des pharmacies lors de l'achat d'un test urinaire de grossesse ou d'un test d'ovulation.

Nous avons travaillé plusieurs outils :

- ***une affiche,*** qui trouvera sa place dans la salle d'attente, visible des patientes ;
- ***le document d'information*** en question, comprenant un flyer et un questionnaire à remettre à chaque femme âgée de 18 à 45 ans, sans aucun critère d'exclusion ;
- ***un site internet*** : ***www.alcool-grossesse.com*** (non encore opérationnel à ce jour mais qui devrait l'être d'ici peu).

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

➔ J'attire votre attention sur l'importance de distribuer ce document d'information de manière systématique lors de chaque consultation avec une femme âgée de 18 à 45 ans.

Plusieurs cas pourront se présenter :

- **Cas n°1** : la patiente refuse de prendre le document que vous lui remettez : veillez à inscrire « refus » et déposez le tout (flyer + questionnaire toujours agrafés l'un à l'autre) dans la boîte ;
- **Cas n°2** : la patiente accepte le document que vous lui remettez mais ne souhaite pas remplir le questionnaire : veillez à ce qu'elle dépose le questionnaire vierge dans la boîte ;
- **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 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 4 semaines, **du lundi 31 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.

Stéphanie FERNANDEZ

Annexe 7

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 : I__I__I 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 ❒ Totalement d'accord

   Utile : ❒ Pas du tout d'accord ❒ Pas vraiment d'accord
   ❒ Assez d'accord ❒ Totalement d'accord

3. De façon plus personnelle, ce document vous incite-t-il à :
   Parler de votre consommation d'alcool à un professionnel de santé :
   ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sais pas

   Consulter un site internet d'information et de ressources?
   www.alcool-grossesse.com
   ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sais pas

4. Et maintenant, que comptez-vous faire de ce document :
   ❒ Le garder pour moi ❒ Le donner à une amie ❒ Le jeter ❒ Ne sais pas

5. Avez-vous vu l'affiche correspondante à ce document dans ce local ?
   ❒ Oui ❒ Non ❒ Ne sais pas

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

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

Merci de votre participation

Annexe 8

Questionnaire

Fonction : .....

Genre : ❒ Homme ❒ Femme

Age : .....

1. La remise systématique du document d'information chez toute femme de 18 à 45 ans venant en consultation 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 médecine générale ?

❒ 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 ? :

.....

.....

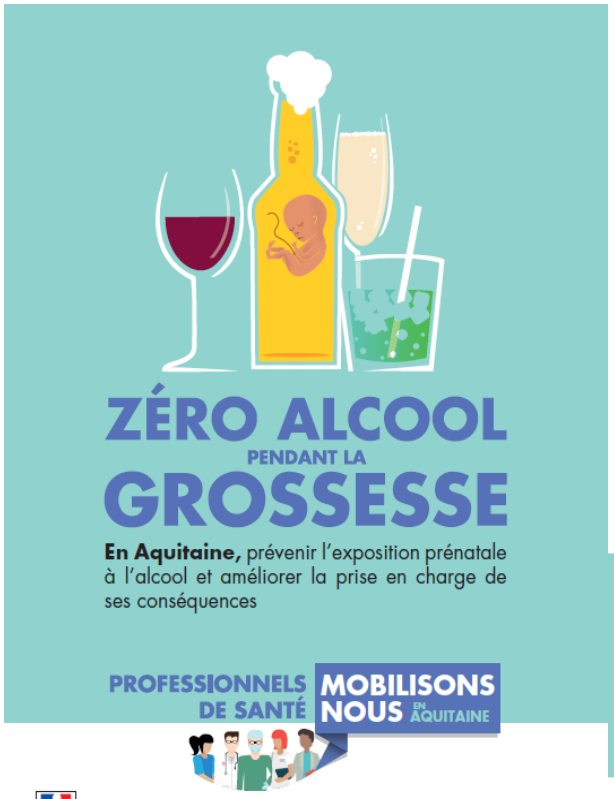
6. Quelles améliorations pourriez-vous faire au sujet de la prévention de l'alcoolisation fœtale dans votre cabinet ?

.....

.....

Merci de votre participation.

Annexe 9



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 craniofaciale, 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.

UN PROGRAMME EXPÉRIMENTAL 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.

*Références : Inserm. Exposition prénatale à l'alcool : données épidémiologiques. Expertise collective de l'Inserm « Alcool, effets sur la santé ». Editi
BEH de l'INVS ; 10 mars 2009, 10-11.
** Rapport de l'Académie nationale de médecine : l'alcoolisation fœtale, 2016.

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 elle 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.
Pour en savoir plus : **www.alcool-info-service.fr**
(rubrique L'alcool est vous/Alcool et Grossesse)

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.

PROFESSIONNELS DE SANTÉ MOBILISONS NOUS EN AQUITAINE

En réponse à une sollicitation de la MILDECA (Mission Interministérielle de Lutte Contre les Drogues et les Conduites Addictives), qui souhaitait développer une expérimentation dans une ou deux régions de France, **l'ARS s'est portée volontaire et 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 ressources Alcool et Grossesse 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 ENCEINTES 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 Périnat 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 ressources 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 4e 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

Inserm. 2001, p143 à 163 - Bloch J., Cans C., De Vigan C., et al. Faisabilité de la surveillance du syndrome d'alcoolisation fœtale, France, 2006-2008.

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.
Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.
Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.
Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.
J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Résumé

Introduction : La consommation d'alcool chez les femmes enceintes peut induire un Ensemble de Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale (ETCAF) dont la forme la plus complète est le Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF). L'information « zéro alcool pendant la grossesse » doit être largement diffusée auprès des femmes en âge de procréer. L'objectif principal est de déterminer la faisabilité de la distribution systématique d'un document d'information (DI), sur ce thème, en médecine générale.
Matériel et méthode : 10 médecins ont expérimenté cette procédure pendant 4 semaines. Le DI devait être distribué à toutes les femmes de 18 à 45 ans venant en consultations. Le critère de jugement principal était le nombre de DI distribués divisé par le nombre de patientes vues en consultations (chiffres donnés par la CPAM). La satisfaction des médecins et des patientes a été recueillie à l'aide de questionnaires.
Résultats : Parmi les 776 femmes en âge de procréer vues en consultation, 290 ont reçu le DI soit 37,37%. Il n'y a eu aucun refus de la part des patientes et le DI a été trouvé clair et utile (respectivement 95,1% et 94%). La plupart ont l'impression d'être déjà assez informées sur le sujet (85,4%) mais paradoxalement, certaines cherchent à s'informer davantage (34,8% en parlant avec un professionnel, 35,2% en allant voir un site internet). La majorité compte garder le DI pour elle-même ou une amie (54,3%). En ce qui concerne les professionnels, presque tous sont prêts à poursuivre cette démarche (90%).
Discussion : Le temps de l'étude est trop court pour éliminer un épuisement sur la durée. Cette étude a également été réalisée en pharmacies et en laboratoires d'analyses biologiques et médicales. La faisabilité y est plus élevée (respectivement 65,1% et 51,93%) mais l'acceptabilité par les femmes est moindre (90%). La plupart des professionnels accepteraient également de poursuivre la procédure.
En conclusion : L'apport d'outils pourrait constituer une aide pour la prévention de l'alcoolisation fœtale en médecine générale. La répétition d'un message identique et cohérent dans différents lieux et par différents professionnels permettra une meilleure information des femmes.

Mots clés : alcool, grossesse, syndrome d'alcoolisation fœtale, médecine générale.

Abstract

Introduction : Alcohol consumption among pregnant women can induce Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD), the most complete of which is Fetal Alcohol Syndrome (FAS). "zero alcohol during pregnancy" information must be widely distributed to women of childbearing age. The objective of this study is to determine the feasibility of the systematic distribution of a information document (ID) on this topic by general practitioners.
Material and method : 10 doctors experienced this procedure for 4 weeks. The ID must have been distributed to all women between the ages of 18 and 45 in consultations. The primary endpoint was the number of ID distributed divided by the number of patients seen in consultations (given by CPAM). The doctors and patient's satisfaction was collected using questionnaires.
Results : Among 776 women of childbearing age seen in consultation only 290 received the ID or 37.37%. There has been no refusal on the part of the patients and ID was found clear and useful (95,1% and 94% respectively). Most feel already well informed on the subject (85,4%), but paradoxically some seek more information (34,8% talking with a professional, 35,2% visisting a website). The majority of them thinks to keep the backgrounder for herself or a friend (54,3%). Regarding professionals, the vast majority are ready to continue this approach (90%).
Discussion : The study time is too short to eliminate exhaustion over the long term. This study was also realized in pharmacies and medical tests laboratories. The feasibility is higher (65.1% and 51.93% respectively) but the acceptability by women is less (90%) in these places. Most professionals would also agree to continue the procedure.
Conclusion : The provision of tools could help him for the prevention of fetal alcohol syndrome in general medicine. The repetition of an identical and coherent message in different places and by different professionals will allow better information for women.

Key words : alcohol, pregnancy, fetal alcohol syndrome, general medicine