



HAL
open science

Dépistage de la consommation d'alcool en consultation prénatale : focus group autour de l'auto-questionnaire de la maternité de Quimper, 2018-2019

Marie Severe

► To cite this version:

Marie Severe. Dépistage de la consommation d'alcool en consultation prénatale : focus group autour de l'auto-questionnaire de la maternité de Quimper, 2018-2019. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02187174

HAL Id: dumas-02187174

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02187174>

Submitted on 17 Jul 2019

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

ECOLE DE SAGES-FEMMES

UFR de Médecine

et des Sciences de la Santé

BREST

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

**Dépistage de la consommation d'alcool en consultation prénatale :
Focus Group autour de l'auto-questionnaire de la maternité de Quimper**

2018-2019

Présenté et soutenu par SEVERE Marie

Née le 25 Septembre 1995

Directrice de mémoire : Dr Catherine SIMON

Ecole de Sages-Femmes de Brest

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussignée, SEVERE Marie, assure avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'Université de Bretagne Occidentale.

Je déclare être pleinement consciente que le plagiat total ou partiel de documents publiés sous différentes formes, y compris sur internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

Je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour rédiger ce travail.

Remerciements

A Madame Catherine SIMON, pour vos précieux conseils et votre dévouement,

A Madame Béatrice LEBDIRI pour la guidance de ce mémoire,

A Madame Justine LE LEZ pour vos conseils méthodologiques,

Aux membres de l'étude qui ont accepté d'y participer,

Je vous remercie pour la contribution que vous avez apportée à cette étude.

A mes parents, pour votre présence et votre soutien dans tous mes projets,

A Ewen, pour ton dévouement et ton humour légendaire,

A Antoine, pour ton amour, ton soutien et ta patience dans ces moments partagés ensemble,

A mes grands-parents,

A mes amis d'enfance et d'aujourd'hui,

A cette superbe promotion, pour ces quatre années passées ensemble,

Je vous adresse un très grand Merci !

Table des matières

I. Introduction.....	6
II. Méthode.....	8
1. Généralités sur le Focus Group.....	8
2. Inclusion de la population.....	9
3. Lieu de l'étude.....	9
4. Déroulement de l'étude.....	9
5. Retranscription et analyse.....	9
III. Résultats.....	10
1. Le " <i>discours cristallisant</i> " des recommandations.....	10
2. L'entourage.....	10
3. Les connaissances.....	11
4. Le dépistage en consultation.....	12
5. L'auto-questionnaire.....	13
6. Les contraintes des consultations prénatales.....	14
7. Les formations.....	16
8. La prise en charge et le réseau.....	16
9. Légalité.....	17
10. Un sentiment d'échec.....	17
IV. Analyse et discussion.....	18
1. Points forts et limites de l'étude menée par Focus Group.....	18
2. Discussion et validation des hypothèses de recherche.....	19
Première hypothèse.....	19
Deuxième hypothèse.....	22
V. Conclusion.....	27
Références.....	29
Annexe I :.....	32
Annexe II :.....	34
Annexe III :.....	35

Liste des abréviations

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

CPP : Centre Périnatal de Proximité

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EAF : Effets liés à l'Alcoolisation Foetale

ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

EPP : Entretien Périnatal Précoce

GEGA : Groupe d'Etude Grossesse et Addiction

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MILDECA : Missions Interministérielles de Lutte Contre les Drogues et les Conduites Addictives

PMH : Protection Maternelle Hospitalière

RPBO : Réseau de Périnatalité Bretagne Occidentale

RPIB : Repérage Précoce Intervention Brève

SAF : Syndrome d'Alcoolisation Foetale

TCAF : Troubles Causés par l'Alcoolisation Foetale

I. Introduction

La consommation d'alcool en France est une pratique culturelle entraînant des risques sanitaires et sociaux dont l'enjeu constitue un problème de Santé Publique (1) (2). Malgré une diminution globale de la consommation depuis les années 2000, il persiste de fortes disparités régionales et de nouveaux modes de consommation de l'alcool se profilent. La Bretagne se caractérise notamment par des niveaux d'ivresses dans l'année et d'ivresses répétées élevés, comparativement à la moyenne nationale, variant du simple au double (3) (4). En 2017, selon le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire de Santé Publique France, 90,6% des femmes entre 18 et 75 ans avaient consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois, parmi lesquelles 28% déclaraient consommer au moins un verre d'alcool par semaine (5). Chez les personnes en âge de procréer, la consommation d'alcool peut induire des rapports sexuels non protégés, des grossesses non programmées et des infections sexuellement transmissibles. On retrouve également la notion de poly-consommation chez les personnes alcoolo-dépendantes (6) (7).

La consommation d'alcool pendant la grossesse peut entraîner un risque de mort fœtale in utero, de menace d'accouchement prématuré, de fausse couche spontanée (8) (9). C'est aussi la première cause de handicap mental évitable d'origine non génétique et est une des causes majeures d'inadaptation sociale chez l'enfant (8). En effet, l'alcoolémie de la femme enceinte est égale à la concentration d'alcool dans le liquide amniotique et à l'alcoolémie fœtale. L'alcool agit au niveau cellulaire, avec une influence particulière sur le système nerveux central et c'est en 1968 que Paul LEMOINE, pédiatre français, a décrit pour la première fois l'impact de l'alcoolisation prénatale sur l'enfant et la notion de Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF). Ce syndrome a ensuite été décrit de nouveau en 1973 aux Etats-Unis par KL JONES et DW SMITH (10). Chaque année en France, 8000 enfants présenteraient des séquelles suite à une alcoolisation fœtale (11). Il reste aujourd'hui très difficile d'estimer la prévalence exacte de ces troubles à cause de la sous-estimation des déclarations de consommation d'alcool pendant la grossesse et d'autre part des différentes répercussions de l'alcool chez le fœtus et sur le développement de l'enfant (12). Ces enfants porteurs de Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale (TCAF) ont un déficit psychomoteur, intellectuel, des troubles neuro-cognitivo-comportementaux et dans les cas les plus graves (SAF) une dysmorphie cranio-faciale comprenant des signes discriminants: fentes palpébrales étroites, l'absence de philtrum et une lèvre supérieure fine et des signes associés: épicanthus, racine du nez plate, anomalies mineures du pavillon de l'oreille, nez retroussé et micrognathie et un retard de croissance (10). D'autres Effets liés à l'Alcoolisation Fœtale (EAF), parfois moins visibles sont retrouvés chez d'autres enfants. Entre 2006 et 2013, une étude menée par Santé Publique France a

recensé 3207 enfants porteurs de Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale parmi lesquels 452 ont été diagnostiqués porteurs du Syndrome d'Alcoolisation Fœtale, correspondant à 0,07 ‰ naissances soit une naissance par semaine (13). De plus, les résultats d'études menées par Santé Publique France entre 2006 et 2009 et entre 2010 et 2013 montrent une diminution du nombre d'enfants porteurs du SAF mais une augmentation des enfants porteurs d'EAF (13).

Alors que 86% des français savent qu'il est recommandé de ne pas consommer d'alcool pendant la grossesse, seuls 25% savent que le risque est présent pour l'embryon ou pour le fœtus dès le premier verre d'alcool et 37% estiment que ce risque est réel lorsque la consommation d'alcool est quotidienne (12). Malgré les recommandations faisant suite à la loi du 9 août 2004, rendant obligatoires les campagnes de prévention et de sensibilisation à la consommation de l'alcool et sur les risques sanitaires engendrés (14). On constate également selon l'Enquête Nationale Périnatale de 2016 que 11,7% des femmes enceintes ont consommé de l'alcool pendant leur grossesse soit une femme enceinte sur dix (contre deux sur dix en 2010). Ces consommations seraient donc en diminution mais non nulles et non sans risques pour la mère et pour le fœtus.

De part leurs compétences, la sage-femme et les autres professionnels de santé en périnatalité comme les obstétriciens et les médecins généralistes mènent des consultations de grossesse et sont au premier plan concernant le dépistage de la consommation d'alcool et autres drogues (15) (16). En effet, dès les premières consultations, il est indispensable de questionner la patiente sur ses habitudes de consommation (17). Les recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant le suivi prénatal ont pour objectifs *"d'aider au suivi de la grossesse normale et d'améliorer l'identification des situations à risque de complications maternelles, obstétricales et fœtales pouvant potentiellement compliquer la grossesse (hors accouchement) afin d'en adapter si besoin le suivi"* (18).

Afin d'encourager les professionnels à mener ce dépistage, d'accompagner et de financer des programmes d'aides aux consommateurs d'alcool et de drogues (19) (20) (21), divers plans gouvernementaux ont été proposés entre 2013 et 2017. Ainsi, des plans de lutte contre les drogues et les conduites addictives et les Missions Interministérielles de Lutte Contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA) furent instaurés. Ainsi, un guide à l'usage des professionnels a vu le jour en 2011 (22). Les réseaux de périnatalité et les maternités ont également développé des outils d'aide au dépistage (9). Cependant, en France en 2017, 4 femmes sur 10 déclaraient ne pas avoir été informées de la prévention "Zéro alcool pendant la grossesse."

Afin de mieux dépister les situations de vulnérabilité, des auto-questionnaires sont proposés aux femmes enceintes dans les maternités de Jeanne de Flandres à Lille (23) ou au centre hospitalier de Morlaix et depuis 2016, dans la maternité de Quimper (**Annexe I**). Cette étude cherche à

comprendre en quoi l'auto-questionnaire est un outil facilitant la communication sur la consommation d'alcool en consultation prénatale par les professionnels de santé et quelles en sont ses limites ?

La problématique vise à mettre en évidence les limites et les points forts de l'auto-questionnaire distribué à la maternité de Quimper et dans les Centre Périnataux de Proximité qui y sont rattachés.

Les hypothèses à valider sont les suivantes :

1. L'auto-questionnaire est une aide efficace pour aborder la question de la consommation d'alcool chez les femmes enceintes.
2. L'auto-questionnaire n'est cependant pas utilisé par tous les professionnels.

II. Méthode

Dans cette partie, nous allons présenter la méthodologie utilisée pour répondre à la problématique. Dans un premier temps seront exposés les généralités sur le Focus Group. Ensuite, seront présentés les points méthodologiques utilisés pour mener cette étude.

1. Généralités sur le Focus Group

Cette recherche qualitative a été menée par Focus Group. Il s'agit d'une méthode d'entretien qualitatif semi-structuré en groupe. Cette méthode est développée dans les pays anglo-saxons et dans les enquêtes de marketing afin d'évaluer les besoins des consommateurs en stimulant les différents points de vue grâce aux discussions et à la dynamique de groupe. Les interactions au sein du Focus Group permettent de connaître les motivations des professionnels, leurs besoins et leurs attentes. Il permet également de collecter leurs opinions, leurs représentations mais surtout de leur donner la parole afin de répondre à la problématique sans rechercher de consensus (24) (25). L'entretien est mené par un animateur neutre, en présence d'un observateur.

2. Inclusion de la population

Les professionnels de santé ont été recrutés sur la base du volontariat. Un courrier individuel et des courriels ont été transmis à l'ensemble des professionnels de santé menant des consultations prénatales (**Annexe II**).

Un nombre insuffisant de volontaires n'a pas pu permettre la composition d'un groupe plus important ou de réitérer un Focus Group supplémentaire. Dans le cas présent, il était composé de

cinq professionnels, dont quatre sages-femmes et un gynécologue-obstétricien, ces praticiens menant des consultations prénatales à la maternité de Quimper ou dans les Centres Périnataux de Proximité rattachés à celle-ci.

3. Lieu de l'étude

L'Union Hospitalière de Cornouaille regroupant les sites de Quimper, Douarnenez, Concarneau et Pont l'Abbé et Saint-Yvi a été choisie pour mener cette étude. Il comprend une maternité de niveau 2B réalisant plus de 2400 naissances par an. Le lieu de l'étude a été restreint aux services de consultations prénatales. Celles-ci sont effectuées sur le site de Quimper et sur les Centres Périnataux de Proximité de Concarneau, Douarnenez et de Pont l'Abbé.

4. Déroulement de l'étude

Le projet a été présenté aux professionnels lors d'une réunion en Juin 2018, suite à laquelle un courrier individuel et des courriels ont été transmis à l'ensemble des professionnels menant des consultations prénatales sur le site principal de la maternité ainsi que dans les Centres Périnataux de Proximité. Le recrutement s'est effectué entre Juin et Août 2018 puis le Focus Group s'est déroulé en Septembre 2018, à la suite duquel la retranscription et l'analyse des résultats ont pu être effectuées.

Une psychiatre addictologue rattachée au réseau de l'Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie ainsi que deux sages-femmes enseignantes de l'école de sage-femme de Brest ont été les personnes ressources pour l'élaboration de ce mémoire.

5. Retranscription et analyse

L'entretien a été audio-enregistré et retranscrit en prévision de l'analyse. La retranscription des entretiens s'est faite à l'aide du logiciel Transcribe®. Des mesures ont été mises en place afin d'assurer l'anonymat des participants ainsi que la confidentialité des données recueillies : le sens, le caractère confidentiel, l'humilité, l'empathie et la mutualisation ont été requis comme contrat de départ au sein du groupe.

Une analyse sociologique de cet entretien a été faite, consistant à retranscrire exactement tout ce qui est dit sans corriger ni modifier le langage afin d'analyser plus précisément les réponses et ressentis des professionnels.

III. Résultats

Nous allons maintenant présenter les dix résultats principaux émanant du Focus Group.

1. Le "*discours cristallisant*" des recommandations

La culpabilité maternelle apparaît être un frein au dépistage de la consommation d'alcool en consultation prénatale : "*Si elle sait que c'est "Zéro alcool" et qu'elle a consommé, elle ne va pas oser nous le dire.*" La notion "Alcool et grossesse" est perçue comme "*tabou*" et comme étant ressenti comme une "*honte (...) pour les patientes.*"

Ce sujet semble complexe à aborder, tant pour les patientes que pour les professionnels "*C'est compliqué d'en parler (...) pour les femmes, pour les professionnels.*" Il y a, d'une part, la crainte pour la femme qu'il y ait des répercussions sur le fœtus et, d'autre part, un questionnement pour le professionnel : jusqu'où informer sans faire culpabiliser ?

Un autre point également soulevé par un des participants était la recherche ou non de la consommation réelle d'alcool. "*Est ce que c'est si important qu'elles nous disent la vérité ?*" Le professionnel délivre les mêmes informations à toutes les patientes. "*Je ferai l'info de la même façon*", que la patiente déclare ou non ses consommations d'alcool. Le professionnel propose alors un accompagnement, puis la patiente accepte ou non selon ses choix.

Cette crainte "*d'avouer*" les consommations d'alcool devant le professionnel peut être présente également vis-à-vis du conjoint. Le mal-être de la patiente quant à sa consommation d'alcool peut être dû à la crainte d'être stigmatisée : "*elle a pris son rendez-vous en addicto ?*" On remarque d'ailleurs que le langage des professionnels peut, peut-être inconsciemment, être lui-même culpabilisant. Les termes tels que "*Avouer ; Confronter*", présents tout au long de l'entretien sont eux-mêmes stigmatisants vis-à-vis de cette consommation.

Pour les professionnels, ce sentiment de culpabilité semble provenir du "*discours cristallisant*" des recommandations : le message semble clair mais stigmatisant pour la patiente consommatrice.

2. L'entourage

Il existe en France un contexte sociétal concernant la consommation d'alcool : "*Forcément, elle en aura bu [de l'alcool]*". Une certaine tolérance communément admise y compris par l'entourage proche : "*méconnaissance des femmes et de leur entourage*" est un frein non seulement au dépistage mais également à l'application des recommandations "Zéro alcool pendant la grossesse". Pour la génération "*du dessus*" (les parents, les grands-parents), la consommation d'alcool était conseillée pendant la grossesse contrairement aux recommandations actuelles : "*mon*

médecin disait que fallait boire un verre de vin par jour donc (...) ça leur paraît bizarre."

De plus, la grossesse est un *"projet de couple"* impliquant chacun à parts égales : *"faut que les deux se sentent investis."* Dans un contexte de consommation d'alcool, le conjoint peut autant être considéré comme un soutien dans l'arrêt de la consommation d'alcool que comme pouvant l'entraîner. Il semble ici indispensable de questionner les habitudes de consommation de la patiente mais également du conjoint ou de la conjointe, qu'il soit présent ou non, afin de mieux cerner le contexte familial proche et pour que le conjoint *"soit dans la boucle"* du parcours de soins : *"Faut qu'à côté ça suive aussi."*

Comme développé ci-dessus, la crainte *"d'avouer"* au conjoint peut être présente : *"La crainte qu'elles ont à nous en parler, elles peuvent l'avoir aussi vis-à-vis du conjoint."* Le conjoint ignore alors ces consommations, augmentant le sentiment de culpabilité de la patiente. Mais il est également vrai que lorsque le conjoint connaît les difficultés de sa femme, il peut être un soutien, moteur pour l'arrêt de la consommation d'alcool.

3. Les connaissances des patientes

La définition d'Alcool est, semble-t-il, parfois encore méconnue des patientes, pouvant avoir comme discours : *"Le cidre, la bière, c'est pas de l'alcool ça, ça ne compte pas !"* Cette méconnaissance biaise les habitudes de consommation et les réponses des patientes soumises au dépistage. Les professionnels du Focus Group décrivent chez les patientes une *"interprétation du message alors qu'il paraît clair"*, se questionnant ainsi sur la pertinence des campagnes d'information.

Les risques liés à consommation d'alcool pendant la grossesse sont peu connus du grand public : *"elles peuvent s'imaginer que [le fœtus] peut avoir trois bras et une seule jambe et que du coup, si l'écho est normale, tout va bien."*

La nécessité de dépister la consommation d'alcool pendant la grossesse est impérative et indispensable pour les professionnels du Focus Group. Un des axes d'amélioration proposé est le développement de l'information préalable, plus que le dépistage en lui-même : *"Avant de dépister, il faut informer !"* Le message "Zéro alcool pendant la grossesse" semble *"hyper bien passé"* mais incompris et mal interprété.

Les raisons de ces recommandations ne semblent pas avoir été expliquées clairement et donc ne permettent pas d'avoir une adhésion totale au message *"Pourquoi ce n'est pas bien ? Ça, elles ne sont pas toutes au courant !"*

Mais à quel moment faire cette information ? Une consultation pré-conceptionnelle pourrait

être mise en place dès le désir de grossesse ou dès l'arrêt de la contraception : *"Il faut une consultation pré-conceptionnelle pour toutes les femmes qui arrêtent leur contraception !"* En effet, les professionnels du Focus Group constatent que lorsqu'il y a eu consommation d'alcool pendant la grossesse, c'était, pour la plupart, *"car elles ne savaient pas qu'elles étaient enceintes."* Une consultation lors de laquelle on prendrait le temps d'informer sur les raisons de ces recommandations et où on expliquerait que dès l'arrêt de la contraception, il y a possibilité de grossesse *"Pas de contraception, pas d'alcool !"* permettrait une meilleure prise de conscience. Transmettre, avant toute grossesse, les informations aux patientes, aux couples et à l'entourage leur permettrait de comprendre les réelles conséquences et la cause du principe de précaution "Zéro alcool". Une connaissance plus précise ou une offre d'informations plus compétente offrirait la possibilité de *"sortir du message très simpliste et culpabilisant"* et une adhésion plus importante aux recommandations actuelles.

4. Le dépistage en consultation

L'ouverture de dossier est le moment *"privilégié"* pour dépister la consommation d'alcool. Les professionnels du Focus Group s'appuient sur le logiciel informatique ICOS Maternité® afin de constituer le dossier de la patiente. Cependant, le déroulement des questions ne semble pas convenir aux professionnels car le logiciel *"n'est pas vraiment très bien fait, (...) le déroulé (...) n'est pas très logique (...), le logiciel pourrait être modifié."* Les professionnels modifient l'ordre du dossier : ils remplissent les informations administratives et générales puis les antécédents et ensuite seulement la question des toxiques : *"Le tabac parce que c'est facile, le cannabis parce que c'est facile après le tabac et du coup l'alcool parce que si on parle tabac-cannabis, on peut parler d'alcool."*

" C'est parce qu'on pose mal la question (...) qu'elles ne s'autorisent peut-être pas à le dire". La formulation de la question est d'une importance majeure dans ce dépistage afin que les patientes se sentent libres de déclarer ce qu'elles souhaitent de leurs consommations, sans se sentir jugées ou culpabilisées et qu'elles sentent que les professionnels de santé sont une aide et ne sont pas là pour *"faire l'inquisiteur."*

La question des toxiques posée par *"quasi-tous systématiquement"* varie d'un professionnel à l'autre. On retrouve le mot "Alcool" dans toutes les questions, comme par exemple : *"Consommez-vous de l'alcool ?"* Les questions peuvent être fermées ou ouvertes : *"Quelles sont vos consommations d'alcool depuis le début de la grossesse ?"* Un des professionnels propose de ne pas citer le début de la grossesse comme point de référence mais de questionner sur la date du dernier verre d'alcool *"De quand date votre dernier verre d'alcool ?"* et de situer ensuite si cette consommation était avant ou pendant la grossesse, cela afin de ne pas inclure le mot "grossesse"

tout en ayant une question ouverte.

L'insatisfaction retrouvée chez les professionnels de santé les met *"en questionnement"* afin de trouver une question non culpabilisante, *"où ça pourrait paraître normal qu'elles répondent oui"* pouvant mettre en avant les connaissances de la patiente *"Que savez-vous de la consommation d'alcool pendant la grossesse ?"* et de l'informer de nouveau, si besoin.

Mais à quel public la question est-elle posée ? La question est posée *"systématiquement."* Pour autant, il semble que les antécédents concernant la patiente ou un contexte particulier soient un point d'appel pour certains professionnels : *"La question n'aura peut-être pas été posée avec autant d'insistance."* Les professionnels rappellent que *"toutes les catégories socio-professionnelles"* sont concernées par ces consommations.

Un autre frein retrouvé est la difficulté pour certains professionnels de se sentir à l'aise : *"Le problème vient de nous (...) puisque les dames ont honte mais [moins] si t'as l'air ouvert."* Dans l'entretien de groupe, les professionnels se sentent à l'aise pour aborder le sujet de la consommation d'alcool *"Je ne suis pas gênée pour poser la question."* Aborder ouvertement ce sujet aide les patientes à se sentir plus en confiance.

5. L'auto-questionnaire

L'auto-questionnaire distribué aux patientes permet de renseigner et de dépister diverses habitudes de vie et comportements (habitation, sommeil, sources de stress et de soutien, consommation de tabac, de cannabis et d'alcool,...). Il devrait être distribué à toutes les patientes qui consultent pour la première fois à l'hôpital, en échographie ou en consultation prénatale.

Il est décrit comme *"facile et appréciable"* pour les professionnels mais aussi pour les patientes : *"J'ai l'impression (...) qu'elles apprécient cet intérêt qu'on leur porte."* Il est considéré comme une aide supplémentaire pour ceux qui dépistent déjà en systématique les consommations d'alcool et moteur pour *"ceux qui sont mal à l'aise."*

Les professionnels sont en désaccord quant à la régularité concernant la distribution et l'utilisation de cet outil. Plusieurs questions se posent : Est-il donné en systématique ou *"de temps en temps"* ? Est-il rempli par tous les professionnels ou *"juste classé (...) sans regarder"* ? De plus, l'organisation et le *"roulement"* des secrétaires médicales ne permettent pas la délivrance systématique de l'auto-questionnaire. Dans les Centres Périnataux de Proximité (CPP), une pratique différente subsiste: Pour un des professionnels, le nombre réduit de secrétaires permettrait une distribution systématique tandis qu'un autre professionnel déclare que, au CPP *"sur les constitutions de dossier (...) je ne l'ai pas eu."*

De plus, lorsque le suivi prénatal se fait en libéral et que la première consultation

hospitalière se fait au huitième ou au neuvième mois, les professionnels n'ont pas forcément *"le réflexe de le regarder."*

L'auto-questionnaire est rempli en salle d'attente par la patiente. Cependant, lorsqu'elle est accompagnée, comme souvent lors des échographies du premier trimestre, les professionnels s'interrogent sur la *"valeur"* de ses réponses qui concernent *"autant le passé que le présent."* En effet, la patiente, culpabilisée ou cachant sa consommation d'alcool, osera-t-elle renseigner sur l'auto-questionnaire en présence d'un accompagnant ?

D'autre part, l'échographie peut-être un moment propice au dépistage car *"elles ont peur des conséquences potentielles, (...) par crainte pour leur bébé"* et souhaitent être rassurées par l'échographie. On retrouve ici la méconnaissance et la mésinterprétation des patientes quant aux conséquences de la consommation d'alcool, pas toujours visibles à l'échographie.

L'auto-questionnaire est ensuite donné par la patiente et ponctuellement relu par le professionnel. L'auto-questionnaire n'est pas toujours analysé aux mêmes consultations. Certains le regardent *"à l'écho T1 [NB : du premier trimestre]"* ou *"plus tard (...) à la déclaration de grossesse."* L'auto-questionnaire permet d'avoir rapidement connaissance des habitudes de la patiente et permet au professionnel d'aborder et d'approfondir certains points : *"C'est un outil de consultation (...), je reviens sur ce qui m'interpelle."* Il ne s'agit pas d'une trame de consultation mais d'une *"aide au dépistage."* Il est inséré dans le dossier et pourra ensuite être relu par tous les professionnels qui suivent la patiente au cours de la grossesse, en périnatal ou en suites de couches.

Il semble important que la patiente puisse le remplir seule, c'est à dire si possible sans l'accompagnant mais surtout sans le professionnel de santé : *"On n'a pas besoin d'être là à ce moment-là."*

L'auto-questionnaire est un outil qui fonctionne bien mais des progrès sont encore à faire. Cet outil semble difficile à délivrer en systématique lors des premières consultations mais également lors des hospitalisations en Grossesses à Hauts Risques. Ces hospitalisations sont, en effet, un moment opportun pour remplir le questionnaire mais également pour répondre aux questionnements des patientes ainsi que pour permettre de faire le lien avec le réseau.

6. Les contraintes des consultations prénatales

Le temps de consultation *"limité"* est un autre frein au dépistage de l'alcool : *"ça prend du temps"* mais *"le temps sage-femme sert à ça ! [NB : au dépistage]"*

Tout d'abord, la quantité d'informations à recueillir lors de l'ouverture de dossier est conséquente : *"Dans la check-list, quand on ouvre le dossier, on a plein de choses à demander."* Le temps de consultation est un moment d'échange où le professionnel recueille mais il y a aussi

"tellement d'information à faire passer." En début de grossesse, une information de groupe composé de plusieurs patientes pourrait permettre un gain de temps lors des consultations. Ce pourrait être l'occasion d'expliquer, par exemple, l'auto-questionnaire.

La durée de consultation est une des raisons pour laquelle ce dépistage n'est effectué qu'une seule fois au cours de la grossesse : *"Tu ne peux pas tout refaire à chaque fois", "c'est important de s'appuyer sur ce qui a déjà été fait."*

Ce temps limité impacte également la prise en charge de la patiente ayant consommé de l'alcool au cours de la grossesse : *"Si on est tombé sur la mauvaise réponse et qu'elles sont 72 en salle d'attente..."* Dans cet établissement, des consultations de Protection Maternelle Hospitalière (PMH) peuvent être proposées aux patientes. En effet, il semble nécessaire de pouvoir aménager des créneaux plus spécifiques car la prise en charge et la discussion autour de cette problématique prendra plus de temps qu'une consultation prénatale de vingt minutes. Cette contrainte de temps amène certains professionnels à poser des questions fermées, *"balayées rapidement"*. Il relève alors de leur responsabilité de ne pas être *"revenu sur le sujet."* L'organisation dans les CPP et en libéral permet de *"se dégager plus de temps"* et d'aménager des créneaux lorsque cela semble nécessaire pour une consultation.

Lorsqu'une patiente déclare sa consommation d'alcool, plusieurs possibilités s'ouvrent au professionnel de santé et à la patiente. Une discussion peut être menée lors de cette première consultation ou d'une consultation ultérieure, malgré le temps de consultation imparti. Mais le temps de consultation limité et l'organisation plus générale du suivi prénatal hospitalier ne semblent pas être en faveur d'un dépistage optimal. En effet, le dépistage et la prise en charge complète des difficultés de la patiente impacteront fatalement sur l'organisation journalière du praticien entraînant parfois du retard pour les patientes suivantes. Cependant, si la patiente le souhaite, une consultation de PMH, spécifique et d'une durée plus longue, pourra être organisée.

D'autre part, il est difficile de proposer à la patiente un suivi régulier avec un interlocuteur unique : *"On ne les suit pas (...), on va la voir deux-trois fois", "c'est pas terrible"* En effet, les emplois du temps et le roulement des professionnels en consultation prénatale font qu'une patiente verra différents professionnels pour son suivi de grossesse. Ces derniers souhaitent avoir la possibilité de *"revoir les patientes et faire coïncider les rendez-vous."* En effet, la patiente ne souhaitant pas forcément évoquer d'emblée au premier rendez-vous ses difficultés telles que la consommation d'alcool, le pourrait lors des consultations ultérieures : *"en posant la question, tu montres que tu peux en parler même si t'as pas de réponse la première fois (...), ça laisse à penser qu'on a le droit d'en parler."*

A contrario, lorsque cette relation de confiance est *"plus poussée"*, la culpabilité maternelle

liée à cette consommation d'alcool peut être décuplée, cela *"donne encore plus de poids à ce qui peut être avoué."*

Lors de la mise en place de l'auto-questionnaire, des réunions ouvertes à tous les professionnels ont été proposées afin de présenter cet outil mais aussi de présenter, de nouveau, à chacun, le réseau et les prises en charge possibles. Peu de professionnels étaient présents lors de ces réunions. Plusieurs causes sont probables : la communication autour de ces réunions était peut-être insuffisante : *"On a passé notre temps à envoyer des mails"* mais a priori *"pas beaucoup à l'équipe"*. L'autre cause serait que le sujet *"n'intéresse pas."* Un des professionnels le justifie par le nombre de contraintes des consultations prénatales *"on ne peut pas courir derrière tout en même temps."*

7. Les formations

Les formations longues telles que les diplômes universitaires d'addictologie sont peu demandées par les professionnels : *"[une formation] serait intéressante mais c'était pas forcément ma priorité cette année."* En outre, des temps d'échanges réguliers et des formations courtes sont souhaités afin de *"faire des rappels"* et de se *"remettre à jour sur beaucoup de sujets."*

Les consultations sont moins propices aux échanges entre professionnels, contrairement aux salles de naissances où *"on collabore beaucoup plus."* Ces temps d'échanges sont attendus : *"on n'échange pas forcément sur notre manière de travailler, et je trouve ça intéressant aussi."*

8. La prise en charge et le réseau

La datation de la consommation d'alcool, la quantité consommée pour *"chiffrer un petit peu les quantités"*, la régularité et le contexte de cette consommation avérée permettent un meilleur accompagnement de la patiente et du couple. Cette prise en charge est pluridisciplinaire *"C'est pas un truc que tu gères seul"* et complexe *"On ne se dit jamais : Super, on a appliqué la recette comme il faut et le problème est réglé ; c'est plus compliqué que ça."* L'équipe est ressource pour le professionnel de santé : *"J'ai interpellé ma cadre, mon chef de service"* et *"on va forcément en discuter avec les collègues."*

Pour les patientes ayant une consommation d'alcool festive ou chronique pendant la grossesse, un suivi échographique est instauré ainsi qu'un entretien avec les pédiatres qui rassure les patientes et les *"implique dans la prise en charge ultérieure du bébé."*

Les patientes consommatrices peuvent être orientées vers la consultation spécifique de PMH afin de prendre pour elles un temps plus conséquent et ainsi mieux les accompagner. Le nom de cette consultation, moins stigmatisante que *"Rendez-vous d'addicto"*, permet aux patientes d'y venir

plus facilement : *"Elles veulent bien venir."* Mais les professionnels se questionnent sur la prise en charge de ces patientes qui déclarent avoir consommé de l'alcool avant de se savoir enceintes : *"Je ne sais pas quoi faire de ces femmes, est ce qu'on déclenche le plan blanc avec surveillance échographique ou est ce qu'on laisse filer ?"* Que dire à ces patientes ? *"A quel point on l'informe ? Faut pas non plus la faire trop culpabiliser !"*

Tous les professionnels de santé, hospitaliers ou libéraux peuvent orienter vers la consultation de PMH. La grossesse pouvant être suivie en libéral par une sage-femme, un médecin traitant ou un gynécologue, l'ouverture de dossier à l'hôpital ne se fera alors qu'au huitième ou neuvième mois de grossesse. Les questions du réseau libéral-hôpital, *"la collaboration avec les libéraux"* et celle des transmissions au sein de ce réseau sont soulevées. En effet, très peu de libéraux orientent leurs patientes vers la dite consultation dédiée : *"Y'a une libérale qui nous envoie des patientes !"*

Le réseau d'addictologie et l'Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) sont également des recours proposés par les professionnels : *"Souvent on relaie sur l'ELSA, sur les consultations dédiées, sur un réseau d'addictologie."* Ils sont satisfaits des liens créés vers ce réseau et des *"ponts qu'[ils ont] réussis à construire."* Pour autant, pour une meilleure prise en charge, les professionnels souhaitent avoir accès aux coordonnées du réseau *"une plaquette (...) où on peut trouver facilement les numéros."* Celle-ci est en cours d'élaboration. Une amélioration du logiciel dont une page *"Alcool et grossesse"* est également souhaitée par les professionnels car ce manque d'informations claires est un frein au dépistage et à la prise en charge des patientes.

La traçabilité de ce dépistage est très importante dans le suivi prénatal, per-natal et post-natal. Pour autant, concernant l'utilisation de l'auto-questionnaire, aucun item n'existe jusqu'alors dans le logiciel informatique ICOS® utilisé à la maternité.

9. Légalité

Il existe une aberration entre la légalité de la vente et de la consommation d'alcool en France et les recommandations actuelles *"Zéro alcool pendant la grossesse"*. Cette discordance suscite de la *"gêne"* et de la culpabilité chez les femmes enceintes consommatrices. Parallèlement, la consommation de cannabis est banalisée bien qu'illégale en France : *"Pourquoi on en parle plus facilement que l'alcool ?"* Une des raisons évoquées est le slogan *"Zéro alcool pendant la grossesse"*, délivrant un message clair mais culpabilisant et *"cristallisant."*

10. Un sentiment d'échec

Un sentiment d'insatisfaction, d'échec est éprouvé par les professionnels vis-à-vis de ce dépistage : *"C'est un problème qui nous dépasse !"* Ce constat d'échec est dû au manque d'information fait en consultation prénatale et dans le grand public, aux méthodes actuelles de dépistage et *"dans la pratique, c'est toujours l'organisation mais ça questionne aussi(...), le désir d'investissement de certains professionnels."* Le dépistage, tel qu'il est conçu et pratiqué par les professionnels interrogés n'est pas en adéquation avec les statistiques actuelles: *"Les chiffres d'épidémiologie sont là pour nous rappeler à l'ordre."* Ils s'interpellent : *« Comment c'est possible qu'on dépiste aussi peu ? »* Un des professionnels dit ne *"jamais avoir dépisté de femmes consommant de l'alcool."*

Ces remises en question et le désir d'information et de formation des professionnels montrent leur investissement afin de mieux dépister et prendre en charge la consommation d'alcool chez la femme enceinte. Les professionnels appellent à continuer les efforts dans ce domaine : *"Faut qu'on travaille encore, c'est un travail de tout temps !"*

IV. Analyse et discussion

1. Points forts et limites de l'étude menée par Focus Group

Cette étude qualitative participative a été menée grâce à un entretien semi-directif de groupe. La finalité du Focus Group est de tenter de répondre à une question complexe en s'appuyant sur la diversité des pratiques des professionnels, sur leurs expériences mais également de mettre en avant les questionnements émergents de leurs pratiques quotidiennes.

L'étude menée présente des limites liées à la méthode du Focus Group. La dynamique de groupe permet de faire émerger les souhaits des professionnels et les perspectives pour améliorer la prise en charge des patientes. Mais prendre parole en groupe n'est pas chose aisée, notamment en cas d'opinion divergente. De plus, les temps de parole ne sont pas toujours équivalents. Cela est dû à la liberté d'intervention des participants.

Cependant, lors de l'entretien, des questions ouvertes ont permis aux professionnels d'exprimer librement leurs ressentis, avis et souhaits sur ce dépistage. De plus, le contrat moral présenté en début de Focus Group, impliquant le sens accordé au dépistage, la confidentialité, l'humilité, l'empathie et la mutualisation des connaissances et des pratiques a facilité l'expression des professionnels au cours de cet entretien.

De plus, aucune étude pilote n'a pu être menée en amont du Focus Group mais le guide d'entretien (**Annexe III**) a été testé par sept étudiants sages-femmes afin de valider la compréhension du questionnaire proposé. Enfin, les résultats du Focus Group n'ont été soumis qu'à une seule analyse puis relus par une deuxième personne, au lieu d'une double analyse préconisée dans la méthode du Focus Group.

Ensuite, le recrutement a été effectué dans une maternité de niveau 2. Les professionnels assuraient les consultations au sein de cette maternité ou dans les Centres Périnataux de Proximité rattachés à cette maternité. L'organisation étant différente dans ces lieux, ceci a permis d'élargir les réponses obtenues.

D'autre part, un unique Focus Group a eu lieu. Seuls cinq professionnels ont accepté d'y participer : La saturation des données n'a pas été atteinte. Quatre sages-femmes et un obstétricien ont participé à l'entretien. Cependant, les participants étant volontaires, on peut supposer qu'ils ont eu moins de réticences ou qu'ils ont été plus à l'aise pour aborder ce sujet et évoquer leurs propres difficultés. L'avis des sages-femmes est prédominant dans les résultats obtenus mais l'aspect qualitatif de l'étude ne permet pas de les généraliser. Par ailleurs, le faible nombre de participants recrutés questionne quant à une cause organisationnelle inhérente aux consultations hospitalières ou une faible implication des professionnels sur le thème du dépistage de la consommation d'alcool en consultation prénatale.

De plus, le modérateur étant un membre de l'Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie et étant connu par les professionnels, sa présence aurait pu être une limite aux propos tenus concernant le rôle du réseau dans le dépistage et l'orientation des patientes. Cependant, le rôle du modérateur a été respecté selon la méthode du Focus Group.

Enfin, aucune étude par Focus Group n'avait été menée auparavant sur ce sujet auprès des professionnels menant des consultations prénatales.

2. Discussion et validation des hypothèses de recherche

Dans cette partie, nous allons analyser les résultats obtenus en les confrontant aux hypothèses établies pour mener cette étude. Nous allons dans un premier temps discuter de l'auto-questionnaire. Nous aborderons ensuite son usage en consultation prénatale.

a) **Première hypothèse**

La discussion autour de l'hypothèse 1 permettra de savoir si l'auto-questionnaire est un outil efficace pour aborder la question de la consommation d'alcool chez les femmes enceintes.

i. **Un outil en plein essor**

Les questionnaires standardisés tels que T-ACE, questionnaire à 4 items (Tolerance, Annoy, Cut down, Eye opener) abordant la consommation d'alcool en obstétrique ont montré leur efficacité dans les pays anglo-saxons (23). L'utilisation des auto-questionnaires a été jugée comme "acceptables" par les patientes. De même, dans les maternités de Lille-Flandres et dans vingt maternités du Languedoc-Roussillon, les expérimentations d'auto-questionnaires issus du Groupe d'Etude Grossesses et Addictions (GEGA) sont favorables à l'utilisation systématique de cet outil de dépistage (23). Cet outil est considéré comme une base de discussion entre patiente et professionnel de santé (27). Ces auto-questionnaires ont été élaborés par le GEGA. Ce dernier a pour but de "promouvoir, parmi les professionnels médico-psycho-sociaux confrontés au problème de l'abus de substances psycho-actives pendant la grossesse et dans les familles, des actions de recherche, d'amélioration des protocoles de prise en charge, d'enseignement, d'information et de coordination en réseau des intervenants" (28).

Cet outil du GEGA a été modifié afin de l'adapter aux besoins de l'équipe. Celle-ci semble s'être appropriée cet outil de dépistage. Les réponses binaires permettent une rapidité d'analyse et l'abord de sujets perçus comme "*tabous*" et "*culpabilisants*". Il est une base pour approfondir certaines difficultés.

ii. **Une meilleure prévention**

La difficulté de l'abord de la consommation d'alcool est majorée par un sentiment de culpabilité des patientes. En effet, le message de prévention "Zéro alcool pendant la grossesse" semble connu mais peu appliqué et surtout peu compris, notamment dans la définition même de l'alcool. La crainte de la stigmatisation, de paraître une "mauvaise mère" renforce ce sentiment de culpabilité. De plus, l'absence de "valeur seuil toxique" d'alcool et l'absence d'étude incluant l'ensemble des facteurs ayant des conséquences néfastes sur la grossesse (dont l'alcool et autres substances psycho-actives) et le développement fœtal a entraîné une certaine confusion et un sentiment d'exagération du risque (26) (29).

Une prévention systématique antérieure à la grossesse, comprenant des explications claires sur les recommandations actuelles pourrait permettre une plus grande adhésion à ce message, pour la patiente comme pour son entourage ; ce dernier pouvant être un frein ou au contraire entraîner les

consommations d'alcool. Les stratégies d'informations doivent être révisées par le Plan National 2018-2022 (11). Ce plan englobe les futures mères mais aussi leur conjoint et leur entourage. L'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA) recommande que "le conjoint, les proches ou les amis ne doivent certes pas inciter la femme enceinte à boire mais peuvent aussi témoigner de leur compréhension et de leur soutien en évitant une consommation démonstrative" (30).

iii. Le rôle des professionnels de santé

Dépister ce que l'autre consomme, c'est aussi devoir faire le point sur ses propres représentations et sur ses consommations. La forte représentation sociale de l'alcool en France et la légalité de sa consommation rend difficile l'abord des problématiques qui lui sont liées. En effet, il existe un discours politique permissif notamment vis-à-vis du vin qui est en contradiction avec les données scientifiques (31).

Pour autant, la France a été un des premiers pays à souhaiter que les consommateurs aient conscience des dangers de la consommation d'alcool (32). Ainsi, selon l'article L.3322-2 du Code de la Santé Publique le pictogramme impose la mention suivante: "La consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse, même en faible quantité, peut avoir des conséquences graves sur la santé de l'enfant" doivent figurer sur les toutes les unités de conditionnement des boissons alcoolisées.

Les professionnels de santé sont les premiers relais pour diffuser et expliquer le message "Zéro alcool pendant la grossesse." Plus le message sera délivré tôt et de manière compréhensible et plus l'adhésion aux recommandations sera importante.

iv. Quelle question poser pour un dépistage efficace ?

Dans l'analyse de Subtil et Al., il ressort que la "présence de la question de l'alcool dans les dossiers est une aide nécessaire mais elle est difficile (23)." Les questions ouvertes seraient préférables aux questions fermées. On remarque ici qu'aucun des outils proposés par la Haute Autorité de Santé ou par l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie n'a été cité ou ne semble être utilisé. En effet, face aux difficultés des professionnels pour aborder ce sujet, des guides à l'usage des professionnels sont disponibles gratuitement tels que "Alcool et grossesse: parlons-en" (22). La HAS propose également un outil d'aide au Repérage Précoce et à l'Intervention Brève (RPIB). Le RPIB permet, en un temps limité, d'évoquer des habitudes de consommation avec la patiente afin d'encourager une diminution voire un arrêt de cette consommation (33).

v. Quand poser la question des consommations d'alcool ?

Les professionnels estiment que si la question a été posée, "*tu ne vas pas tout refaire à chaque fois.*" Cependant, la patiente consulte différents professionnels au cours de sa grossesse. La question, posée de façon systématique à chaque consultation et la diversité des tournures employées offrent à la patiente différentes occasions d'aborder sa consommation d'alcool.

vi. Validation de l'hypothèse 1

Les auto-questionnaires proposés par le Groupe d'Étude Grossesse et Addictions ont déjà prouvé leur efficacité. L'auto-questionnaire utilisé au CHIC ne substitue pas le questionnement du dépistage mais apporte une aide supplémentaire au professionnel de santé pour aborder les difficultés de la patiente et du couple.

b) Deuxième hypothèse

L'auto-questionnaire est donc un outil efficace pour dépister les consommations d'alcool. Mais qu'en est-il de son utilisation ? La deuxième hypothèse discutée dans ce point suppose que l'auto-questionnaire n'est pas utilisé par tous les professionnels.

i. Un outil professionnel-dépendant

L'utilisation de l'auto-questionnaire est professionnel-dépendant, s'agissant du moment ou de la manière dont il est pris en compte et repose sur le degré d'implication du professionnel. Comment améliorer et optimiser son utilisation ?

La distribution du formulaire en amont de la consultation a été validée (34). Dans cette maternité, l'auto-questionnaire a été introduit en consultation prénatale en 2016. Une étude menée à 6 mois de sa mise en place montrait un taux de retour très faible de cet outil: seuls 40 auto-questionnaires avaient alors été distribués et remplis. On retrouve comme cause principale de cette non-utilisation une mauvaise communication entre les professionnels sur la mise en place et l'utilisation de cet outil (35). Les secrétaires sont en première ligne. Des informations régulières doivent leur être données afin de les sensibiliser à ce dépistage mais aussi pour connaître leurs difficultés concernant la diffusion de l'auto-questionnaire qui ne semble pas systématique dans cette maternité. Le changement fréquent des secrétaires à la maternité pose une difficulté supplémentaire.

Pour améliorer ce dépistage, le Plan National de Mobilisation contre les Addictions pour 2018-2022 a pour objectif dans son article 2.1.2 de développer l'utilisation de ces auto-questionnaires "Consommation (Alcool, tabac, cannabis) – Facteurs de vulnérabilité" en les mettant

à disposition des femmes enceintes et en incluant ces recommandations lors des Entretiens Périnataux Précoces (11).

ii. Dépistage lors des hospitalisations prénatales

Comme nous l'avons vu, l'auto-questionnaire doit être délivré en amont de la première consultation prénatale. Mais il pourrait également être distribué en systématique lors de chaque hospitalisation prénatale. La prise en charge pourrait être d'autant plus complète que les professionnels, sages-femmes, addictologues, psychologues s'accorderaient plus de temps pour aborder ce sujet.

iii. Sensibilisation des professionnels

Des campagnes régulières organisées par le réseau pour sensibiliser au dépistage permettraient aux professionnels hospitaliers mais aussi libéraux de mieux connaître cet outil de dépistage. Un exemple de parcours de soins d'une femme consommatrice pourrait y être mentionné ainsi que les coordonnées des différents intervenants de ce parcours. On remarque dans le Focus Group que le réseau n'a été que très peu cité. Une plaquette contenant les orientations possibles est en cours d'élaboration afin de faciliter ce dépistage. En effet, cette plaquette comportant les coordonnées actualisées rassurerait le praticien. La connaissance du réseau, des orientations et des consultations possibles et le temps ainsi économisé lèveraient plusieurs freins au dépistage (26). La bonne orientation et le bon suivi des patientes apporteraient une plus grande satisfaction professionnelle dans leur prise en charge.

Par ailleurs, l'auto-questionnaire est-il toujours relu lors de cette consultation ? Aucune traçabilité n'est à ce jour mis en place. Il serait intéressant de connaître le taux réel de distribution et d'utilisation de cet outil. Lors de la consultation, le logiciel ICOS® utilisé par les professionnels pour remplir le dossier patiente comporte les items "Addictions, Tabac, Cannabis et Alcool" qui doivent être dégrisés lorsque la question a été posée. Aucun item portant la notion de "Auto-questionnaire" n'est présent dans ce logiciel. Cet item permettrait la traçabilité de son utilisation et d'éviter les oublis d'auto-questionnaires, faute de temps ou d'aisance sur les différents sujets traités. Non étudié, cet outil pourrait être repris à la consultation suivante.

iv. Validation de l'hypothèse 2

Ni la distribution ni l'utilisation de cet outil ne semblent systématiques lors de la première consultation prénatale. Une traçabilité assidue de l'auto-questionnaire pourrait permettre un meilleur dépistage.

V. Conclusion

Cette étude nous a montré que les professionnels de santé menant des consultations prénatales sont, pour la plupart, sensibilisés au dépistage de la consommation d'alcool.

Cependant, des freins persistent, tels que le temps, limité en consultation, ainsi que le suivi des patientes par différents professionnels. L'orientation systématique des patientes vers des consultations de Protection Maternelle Hospitalière ou vers le réseau améliorerait la prise en charge. Des réunions interdisciplinaires permettraient de pallier le manque de communication au sein du réseau mais aussi de connaître les compétences de chacun de ses membres.

De plus, le message "Zéro alcool pendant la grossesse" semble connu mais mal interprété par l'ensemble de la population et par l'entourage de la femme enceinte. La prévention est un atout majeur pour éviter les risques liés à la consommation d'alcool. L'information devrait pouvoir être diffusée dès le désir de grossesse ou lors du suivi gynécologique. Les formations des professionnels sur l'utilisation de l'auto-questionnaire, sur la conduite des Entretiens Périnataux Précoces et sur l'orientation des patientes sont des points primordiaux à développer concernant l'amélioration du dépistage de la consommation d'alcool pendant la grossesse.

En consultation prénatale, l'utilisation de l'auto-questionnaire se développe au sein de l'Union Hospitalière de Cornouaille. Renseigné par la patiente en salle d'attente, sans jugement professionnel extérieur, il est perçu comme un outil rapide et efficace pour aborder les différentes problématiques liées à la grossesse lors des consultations prénatales ou lors des échographies.

Cependant, cet outil n'est pas encore systématisé. Il serait intéressant de connaître l'utilisation réelle de l'auto-questionnaire par les professionnels de cette maternité. Une traçabilité permettrait une meilleure diffusion, une possibilité de relecture. D'autre part, il serait souhaitable de l'étendre aux hospitalisations prénatales afin d'améliorer ce dépistage.

Références

1. INPES - La place de l'alcool en France [En ligne]. [Consulté le 23/05/2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/alcool/image-alcool.asp>
2. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues 2013-2017, MILDT, La Documentation Française, 2013, 121p.
3. Beck F, Guignard R, Léon C, Richard J-B, Le-Luong T. Atlas des usages de substances psychoactives 2010. 2010, 12p.
4. Atlas addictions Bretagne 2010 [En ligne]. [Consulté le 01/06/2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/atlas-usages-substances-psychoactives-2010/pdf/atlas-addictions-bs2010-bretagne.pdf>.
5. Richard JB, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(5-6) :89-97. [En ligne]. Consulté le 22/12/2018.
6. Beck F, Legleye S, Spilka S. Polyconsommation de substances psychoactives (alcool, tabac et cannabis) dans la population générale française en 2005. La Presse Médicale. 2008. pg 207-215.
7. Haute Autorité de Santé - Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins [En ligne]. [cité 22 janv 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_615021/fr/abus-dependances-et-polyconsommations-strategies-de-soins
8. Alcoolinfoservice.fr. L'alcool et la grossesse: risques de l'alcool chez la femme enceinte. [En ligne]. [Consulté le 18/05/2018]. Disponible sur: <http://www.alcool-info-service.fr/alcool/consequences-alcool/grossesse-femme-enceinte>
9. ANPAA Bretagne. Prévention "périnatalité et addictions" [En ligne] [Consulté le 17/10/2018]. Disponible sur: <http://www.anpaa-bretagne.fr/perinatalite-addictions/>.
10. Lejeune C. Syndrome d'alcoolisation fœtale. Devenir. 2001; vol 13: p.77-94.
11. Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 [En ligne]. [Consulté le 16/02/2019]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/le-plan-gouvernemental/mobilisation-2018-2022>
12. Académie Nationale de Médecine. Rapport alcoolisation foetale définitif. 2016 [En ligne]. [Consulté le 20/11/2017]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2016/03/Rapport-alcoolisation-foetale-d%C3%A9finitif-14-3-16.pdf>.
13. Santé publique France - Journée mondiale du SAF : premières estimations nationales des

troubles causés par la consommation d'alcool et une campagne nationale [En ligne]. [Consulté le 25/02/2019]. Disponible sur: <http://santepubliquefrance.fr/Accueil-Presse/Tous-les-communiques/Journee-mondiale-du-SAF-premier-estimations-nationales-des-troubles-causes-par-la-consommation-d-alcool-et-une-campagne-nationale>

14. INPES et Ministère de la Santé et de la Solidarité. Zéro alcool pendant la grossesse. 2006 :9p.

15. Ordre des sages-femmes, Référentiel sages-femmes 2010. 2010. 34p. p.16. p.31 [En ligne]. [consulté le 29/05/2018]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIEL-SAGES-FEMMES-2010.pdf>

16. Ministère des affaires sociales et de la santé. Au moins 6 bonnes raisons de consulter une sage-femme. [En ligne]. [Consulté le 19/10/2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/depliant_sage-femme_bd.pdf

17. Doi L, Jepson R, Cheyne H. A realist evaluation of an antenatal programme to change drinking behaviour of pregnant women. *Midwifery*. Oct 2015;31(10):965-72.

18. Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. [En ligne]. [Consulté le 02/10/2018]. Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees#toc4

19. Mission Interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Alcool. 2015. [En ligne]. [Consulté le 02/06/2018]. Disponible sur: <http://www.drogues.gouv.fr/grand-public-alcool.pdf>

20. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues 2013-2017, MILDT, La Documentation Française, 2013, 121p.

21. Alcool Info Service. Alcool et grossesse : Je suis enceinte, je ne parviens pas à m'arrêter de boire. [En ligne]. [Consulté 19/10/2017]. Disponible sur: <http://www.alcool-info-service.fr/alcool-et-vous/alcool-grossesse/accueil>

22. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Alcool et grossesse: parlons-en. Guide à l'usage des professionnels. 2011.

23. Fline-Barthes M-H, Vandendriessche D, Gaugue J, Urso L, Therby D, Subtil D. 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.

24. Evans C. La méthode des focus groups. Service études et recherches. 2011. 6p.


25. Dedienne M-C, Letrilliart L. S'appropriation la méthode du focus group. 2004; n°645. *La revue du*

praticien – Médecine générale. 3p.

26. Meersch LVD. Dépistage de la consommation de substances psychoactives pendant la grossesse: état des lieux des pratiques et des freins. 2017.
27. Canela A.A. et Daoufars S. Etat des lieux du dépistage des fragilités psycho-sociales et consommations de substances psychoactives chez les femmes enceintes du Sud Finistère. Test d'un outil d'aide au dépistage et repérage des professionnels référents : création d'une plaquette d'information. Mémoire Périnatalité et addictions. Nantes ; 2015-2016 : 52 pages.
28. Groupe d'Etude Grossesse et Addiction. Asso Gega [En ligne]. [Consulté le 16/02/019]. Disponible sur: <http://www.asso-gega.org/presentation.htm>
29. A. Whittaker. Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. RESPADD. 2013.
30. ANPAA. Alcool et grossesse: boire un peu ou pas du tout ? Décryptage n°26. 2017.
31. Alcool - Synthèse des connaissances - OFDT [En ligne]. [Consulté le 24/02/2019]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/>.
32. World Health Organization. Alcohol labelling: A discussion document on policy options. 2017.
33. "Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations", 2007 <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004148.pub3/full> .
34. Giovannucci E *et al.* The assessment of alcohol consumption by a simple selfadministeredquestionnaire. Am J Epidemiol 1991;133:810-7 .
35. A. Fremiot. Périnatalité et consommation de substances psychoactives. Intervention de l'Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie dans l'amélioration du repérage et de la prise en charge. Mémoire. Université de Bretagne Occidentale. 2014-2016.

Annexe I :

Auto-questionnaire du Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale.

Centre Hospitalier (logo)		
------------------------------	--	--

Vu par : Sage femme Gynécologue obstétricien Médecin généraliste Interne Autre professionnel

A REMPLIR EN SALLE D'ATTENTE

Afin de mieux vous accompagner pendant votre grossesse, nous vous proposons de répondre à ce questionnaire. Nous vous invitons à le remettre à la personne qui effectue la consultation.

Vivez-vous seule ? <input type="checkbox"/> Oui Ou vivez-vous en couple ? <input type="checkbox"/> Oui Autre :		
Avez-vous un logement stable ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si non, comment logez-vous en ce moment ?.....		
Avez-vous eu des variations importantes de poids dans votre vie ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, quel a été votre poids le plus bas hors grossesse ?		
Quel a été votre poids le plus haut hors grossesse ?		
Y a-t-il des aliments que vous ne voulez pas ou ne pouvez pas manger ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, lesquels ?		
Est-ce que vous fumiez avant la grossesse ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si vous fumez toujours, combien de cigarettes par jour fumez-vous ?		
Qu'avez-vous l'habitude de boire ? Eau <input type="checkbox"/> Soda <input type="checkbox"/> Cidre <input type="checkbox"/> Bière <input type="checkbox"/> Vin <input type="checkbox"/> Autre		
Au cours du dernier mois, vous est-il arrivé de boire un verre de cidre, bière, vin, autre alcool...?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Vous arrive-t-il de consommer l'une de ces substances : cannabis, ecstasy, amphétamines, crack, LSD, cocaïne, héroïne,	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, laquelle ou lesquelles :.....		
En avez-vous consommé au cours du dernier mois ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Au cours du dernier mois, vous est-il arrivé de vous sentir inquiète ou soucieuse ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Au cours du dernier mois, avez-vous eu des problèmes pour bien dormir ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Vous arrive-t-il de prendre des médicaments comme des somnifères ou des calmants ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Au cours du dernier mois, vous êtes-vous sentie triste ou dépassée par les événements ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Au cours du dernier mois, vous est-il arrivé de penser à vous faire du mal ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Dans la vie, avez-vous déjà été victime de violences psychologiques ou physiques ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous au moins une personne de votre entourage sur qui vous pouvez compter quelle que soit votre situation ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Bénéficiez-vous d'une aide extérieure : <input type="checkbox"/> assistante sociale <input type="checkbox"/> éducateur <input type="checkbox"/> psychologue <input type="checkbox"/> autre personne ?		
Si non, le souhaitez-vous ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Le :/:...../.....

Orientation proposée :

Par : (tampon du consultant)

Annexe II :

Courrier adressé aux professionnels menant des consultations prénatales au Centre Hospitalier de Cornouailles.

SEVERE Marie

Etudiante sage-femme à l'école de Brest

Courrier adressé aux sages-femmes et obstétriciens
menant des consultations prénatales

A Brest le 04/06/2018

Objet: Dépistage de la consommation d'alcool en consultation prénatale

Bonjour,

Dans le cadre de mon mémoire sur le dépistage de la consommation d'alcool en consultation prénatale, je souhaite réaliser un entretien de groupe afin de discuter des problématiques concernant le dépistage de la consommation d'alcool pendant la grossesse et d'analyser avec vous l'utilisation de l'auto-questionnaire distribué aux patientes lors de leur première consultation prénatale au Centre Hospitalier de Cornouaille.

Cet entretien se déroulera entre le 20 août et le 14 septembre 2018, en fonction de vos disponibilités.

Si vous êtes intéressé(e) par cet entretien, merci de me contacter par mail

Cordialement,

SEVERE Marie.

Annexe III :

Guide d'entretien du Focus Group.

Bonjour à tous,

Je suis Marie Sévère, étudiante sage-femme en cinquième année à l'école de Brest. Je suis accompagnée par le Dr SIMON, psychiatre addictologue de l'Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie.

Je réalise un mémoire sur le dépistage de la consommation d'alcool en consultation prénatale au Centre Hospitalier de Quimper, consultations menées par les sages-femmes et par les gynéco-obstétriciens.

L'entretien d'aujourd'hui a pour but de recueillir votre avis sur ce dépistage, de faire un bilan sur les points forts et sur les difficultés rencontrées et également de parler de l'utilisation de l'auto-questionnaire distribué lors d'une première consultation.

Tout ce qui sera dit à cet entretien sera strictement confidentiel. Je vais vous présenter un "contrat" moral qui s'appliquera lors de cet entretien, il s'agit du contrat SCHEM : **Sens : Quel sens accordez vous à votre présence ici et à cette thématique ; Confidentialité : Tout ce qui est dit ici restera ici. Vous pourrez partager votre propre expérience avec vos collègues mais en aucun cas parler des propos ou des expériences d'autrui ; Humilité : rester modeste ; Empathie ; Mutualisation des connaissances, le but de cet entretien.**

L'enregistrement de cet entretien facilitera la discussion et évitera des erreurs lors de ma prise de note. L'entretien devrait durer environ deux heures

Avez-vous des questions avant de commencer ?

Pour commencer, nous allons parler de généralités sur l'alcool et la grossesse.

I-L'alcool et la grossesse

- ◆ Quels mots vous viennent lorsque je mentionne les mots alcool et grossesse ?
- ◆ Que pensez-vous personnellement de la consommation d'alcool durant la grossesse ?

	Idées	Relances
Mère	Toxique Addiction Dépendance Polyconsommation Abstinence compliquée dans la société cause de la conso française	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Que savez-vous des recommandations concernant "alcool et grossesse" ? ◆ Pourquoi dépister la consommation d'alcool ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Quels en sont les intérêts ? ◆ PEC grossesse actuelle – Bébé – Grossesses ultérieures ? ◆ Comment qualifieriez vous la qualité de ce dépistage en France ? ◆ Que pensez-vous des recommandations ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Et de ses moyens de diffusions ? Sont-ils pertinents ? ○ Comment pourraient-ils être améliorés ? Comment ces recommandations pourraient être mises en avant pour le public ? ◆ Quelle est la place des professionnels de santé dans ce dépistage ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Informations, dépistage ? En consultation ? Consultations spécifiques ? En entretien prénatal ?
Foetus	Malformation conséquences SAF ETCAF EAF Danger RCIU faciès répercussions MFIU	
Recommen- dations	Abstinence Interdiction Recommandations Dépistage Communication	
Autres	A priori Mauvaise compréhension des recommandations	

Nous avons parlé des généralités concernant l'alcool et la grossesse, des différentes idées que cela vous évoquait. Nous allons maintenant aborder une partie plus précise : L'abord de la consommation d'alcool en consultation.

II-L'abord de la consommation d'alcool en consultation

- ◆ Voici quelques situations:
 - Patiente 1: G1P0 – 30 ans – Mariée – ATCD anorexie
 - Patiente 2: G2P1 – 21 ans – En couple
 - Patiente 3: G3P2 – Séparée – ATCD violences conjugales avec son ex-conjoint
 - Patiente 4: G1P0 – En couple – Consommatrice de tabac (8 cigarettes par jour) et de cannabis (2 joints par jour)
 - Patiente 5: G2P1 – En couple – Cadre supérieure
 - Patiente 6: G4P3 – En couple – Sans antécédent notables
- ◆ En consultation, à qui poseriez-vous la question ? Pourquoi ?
- ◆ Que proposez-vous à la patiente consommatrice d'alcool ?
 - Et en cas de consommation occasionnelle ? ou régulière ?

- L'interrogez-vous sur ses connaissances ?
- Sur ses pratiques ? Sur ses raisons de consommer de l'alcool ?
- Que savez-vous des aides possibles à l'hôpital ?
- ELSA ? Psychologue ? Consultation PMH ? Un nouveau RDV avec vous ?
- Comment orientez-vous vos patientes vers ces aides ? Lesquelles ?
- Ces aides sont-elles facilement "abordables" avec la patiente ?
- Quelle place accordez-vous au conjoint lors de ce dépistage ?
 - Présent / Absent / Vous le faites sortir / A part entière / Contexte / ...
- ◆ Considérez-vous que vous dépistez en systématique la consommation d'alcool chez la femme enceinte ?
 - Comment ?
 - Quelle question posez-vous aujourd'hui ?
 - Quels sont les avantages et les limites de votre question ?
 - Sur une échelle de 0 à 10, où situez-vous votre aisance à poser cette question ? Et à poursuivre la discussion en cas de réponse positive ?
 - Quelles sont les raisons pour lesquelles vous vous situez à ce niveau ?
- ◆ Quelle est LA question que vous poseriez en systématique pour dépister la consommation d'alcool en consultation prénatale ?
 - Comment pourrait-on formuler la question idéale pour dépister la consommation d'alcool en systématique ?
 - Quels sont les caractéristiques que doivent contenir cette question ? Ouverte ou fermée ? Citer des alcools ?
 - A quel moment de la consultation la poser ?
- ◆ Avez-vous des hésitations/des craintes avant de poser votre question sur la consommation d'alcool ?
 - Si oui, lesquelles ?
 - Quelles sont les raisons pour lesquelles vous posez/vous ne posez pas de question autour de l'alcool ?
- ◆ Comment gérez vous le temps en consultation lorsqu'une patiente vous annonce consommer de l'alcool pendant la grossesse ?
 - Accueil
 - Déroulement de la consultation (Interrogatoire médical – Examen clinique – Sujet / Autre?)
 - Considérez-vous que le temps dont vous disposez en consultation est suffisant pour

aborder systématiquement la question de l'alcool ?

- ◆ Quels seraient vos besoins, en tant que sage-femme / obstétricien pour pouvoir aborder le sujet plus aisément ?
- ◆ Qu'est ce qui pourrait être mis en place pour faciliter le dépistage de la consommation d'alcool ?
- ◆ Avez-vous un support ? Quel est-il ? Que vous apporte ce support ? Qu'y trouvez-vous, que notez-vous ?
 - Ordi logiciel
 - Auto-questionnaire
 - Flyers

Nous avons discuté de votre façon de mener le dépistage, de vos ressentis et éventuelles hésitations avant de questionner une patiente sur le sujet de la consommation d'alcool et nous avons abordé ensuite l'utilisation de l'auto-questionnaire. Nous allons approfondir ce dernier point :

III-L'utilisation de l'auto-questionnaire

- ◆ Que savez-vous de l'auto-questionnaire distribué à Quimper ?
- ◆ Quels sont ses points forts ? Quelles sont ses limites ?
 - Pensez-vous que cet auto-questionnaire pourrait être amélioré ?
 - Si oui, de quelle façon ?
- ◆ Comment introduisez-vous cet auto-questionnaire ?
 - Repris avec patiente ? Ou pas ?
- ◆ Que faut-il conserver dans son utilisation ?
- ◆ Quelle place accordez-vous à l'auto-questionnaire durant votre consultation ?
 - Comment qualifieriez-vous son utilité ?
 - Indispensable pour débiter une constitution de dossier
 - Rassurant
 - Peu utilisé lors de vos consultations
 - Nécessité d'un autre support complémentaire ou mieux adapté
- ◆ A quelle fréquence l'utilisez-vous ? Pour quel type de consultation ?
- ◆ Comment introduisez-vous l'auto-questionnaire à la patiente ?
 - Est-ce que vous lisez l'auto-questionnaire, vous reprenez chaque point avec elle, ou seulement les points qui vous semblent importants ?

Nous avons donc discuté autour de l'auto-questionnaire, plus ou moins utilisé en consultation. Avant de terminer cet entretien, je souhaiterais aborder avec vous des cas pratiques de vos consultations et des formations que vous avez pu suivre

IV-Cas de consultation

- ◆ Avez-vous déjà rencontré des difficultés face à une situation particulière concernant la consommation d'alcool ou de drogues, de tabac ? Quelle était-elle ?
- ◆ Comment avez-vous réussi à surmonter cette difficulté ?
 - Au cours de la consultation
 - Parler d'un autre sujet
 - Questionner davantage la patiente
 - Se renseigner avec la patiente via Internet ou par d'autres moyens ?
 - Prendre RDV avec elle ?
 - Après la consultation
 - Avez vous pu en parler avec vos collègues ? Au cadre ?
- ◆ Abordez-vous le sujet du dépistage de la consommation d'alcool avec vos collègues ?
 - Pourquoi ?
 - Des réunions sont-elles prévues afin de discuter des difficultés rencontrées ?
- ◆ Avez-vous bénéficié de formation concernant le dépistage de l'alcool ?
 - ◆ Pourquoi n'en n'avez vous pas bénéficié ? Manque de temps, places pour la formation, formations payantes, formations éloignées ,
 - ◆ Qu'est ce que cela a pu vous apporter ? / Quels bénéfices en avez-vous tiré ?

Lors des consultations ?

V-Fin de l'entretien

- ◆ Avez-vous des questions à ajouter, des points à soulever qui n'auraient pas été abordés durant l'entretien et que vous souhaiteriez partager ?
- ◆ Comment avez-vous vécu cet entretien ? Est-ce que certaines questions auraient pu être posées différemment/développées/supprimées ?

RÉSUMÉ

Objectif: L'objectif premier est de connaître les freins et les leviers du dépistage de la consommation de l'alcool pendant la grossesse. Ceci permettra dans un second temps de mettre en évidence les limites et les points forts de l'auto-questionnaire distribué à la maternité de Quimper et dans les Centre Périnataux de Proximité qui y sont rattachés.

Matériel et Méthode: La méthode du Focus Group a été utilisée pour mener cette étude. Il s'agit d'un entretien qualitatif semi-directif de groupe. Ce dernier était composé de cinq professionnels dont quatre sages-femmes et un gynécologue-obstétricien, menant des consultations prénatales à la maternité de Quimper et dans les Centre Périnataux de Proximité qui y sont rattachés.

Résultats: La forte représentation sociale de l'alcool en France et la légalité de sa consommation rendent difficile l'abord des problématiques qui lui sont liées. Les recommandations « Zéro alcool pendant la grossesse » seraient bien connues mais mal comprises et surtout très culpabilisantes pour les patientes consommatrices.

Par ailleurs, le suivi prénatal effectué par plusieurs professionnels, la quantité d'informations à recueillir et à transmettre durant un temps limité de consultation compliquent ce dépistage.

Enfin, l'auto-questionnaire est un outil efficace pour aborder ces consommations de part son utilisation rapide et de part les nombreux thèmes abordés. Son usage n'est cependant pas systématisé par l'ensemble des professionnels.

Conclusion: L'auto-questionnaire est un outil indispensable pour mener à bien ce dépistage. Une sensibilisation à cet outil devrait être proposée aux professionnels. L'objectif serait d'en systématiser l'usage tant dans la distribution que dans son analyse avec les patientes.

Mots-clés: Dépistage, Alcool, Auto-questionnaire, Consultation prénatale.

Titre: Dépistage de la consommation d'alcool en consultation prénatale : Focus Group autour de l'auto-questionnaire de la maternité de Quimper.

Auteur: SEVERE Marie.

Diplôme d'Etat de sage-femme, Brest, 2019.