

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER  
FACULTÉS DE MÉDECINE

---

ANNÉE 2016

2016 TOU3 1045

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Spécialité MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

par

Erell LETTY

Le 14 juin 2016

**Alcool et grossesse:  
un état des lieux des connaissances et des pratiques des  
professionnels de santé de la partie nord de l'Aveyron**

Directeur de thèse : Dr Jean-claude SEMET

**JURY**

Monsieur le Professeur OUSTRIC Stéphane, Président

Monsieur le Professeur PARANT Olivier, Assesseur

Madame le Docteur GUYARD-BOILEAU Béatrice, Assesseur

Madame le Docteur DUPOUY Julie, Assesseur

Monsieur le Docteur SEMET Jean-claude, Assesseur

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2015**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. GOUZI	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	M. PASCAL	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN JP
Professeur Honoraire	M. BAYARD	Professeur Honoraire	M. GERAUD G.
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE	Professeur Honoraire	M. PLANTE P.
Professeur Honoraire	M. FABIE	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL JF

**Professeurs Émérites**

Professeur ALBAREDE	Professeur JL. ADER
Professeur CONTÉ	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur MURAT	Professeur L. LARENG
Professeur MANELFE	Professeur F. JOFFRE
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

<b>P.U. - P.H.</b>		<b>P.U. - P.H.</b>	
Classe Exceptionnelle et 1ère classe		2ème classe	
M. ADOUE Daniel	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. BUGAT Roland (C.E)	Cancérologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CARRIE Didier	Cardiologie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL Michèle	Réanimation Médicale
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. FRAYSSE Bernard (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. LANG Thierry	Bio-statistique Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédéric	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MONROZIES Xavier	Gynécologie Obstétrique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
M. MOSCOVICI Jacques	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie	<b>P.U.</b>	
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie	M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE Bernard (C.E)	Chirurgie générale		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie		

<b>P.U. - P.H.</b> Classe Exceptionnelle et 1ère classe		<b>P.U. - P.H.</b> 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie	M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAMONTIN Bernard (C.E)	Thérapeutique	M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Toxicologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologique	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. GLOCK Yves	Chirurgie Cardio-Vasculaire	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. LARRUE Vincent	Neurologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROSTAING Lionel (C.E).	Néphrologie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SALVAYRE Robert (C.E)	Biochimie		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

<b>M.C.U. - P.H.</b>		<b>M.C.U. - P.H.</b>	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	M. BES Jean-Claude	Histologie - Embryologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	Mme CAUSSE Elisabeth	Biochimie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
Mme DUGUET Anne-Marie	Médecine Légale	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	M. GASQ David	Physiologie
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. JALBERT Florian	Stomatologie et Maxillo-Faciale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	M. LAHARRAGUE Patrick	Hématologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
Mme LE TINNIER Anne	Médecine du Travail	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	Mme LEOBON Céline	Cytologie et histologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. LEPAGE Benoit	Bio-statistique
M. MONTOYA Richard	Physiologie	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRERE Marie-Françoise	Bactériologie Virologie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme RAGAB Janie	Biochimie	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	M. TKACZUK Jean	Immunologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie		
M. TAFANI Jean-André	Biophysique		
M. TREINER Emmanuel	Immunologie		
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement	M. BISMUTH Serge	<b>M.C.U.</b> Médecine Générale
M. TRICOIRE Jean-Louis	Anatomie et Chirurgie Orthopédique	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
M. VINCENT Christian	Biologie Cellulaire	Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BRILLAC Thierry  
Dr ABITTEBOUL Yves  
Dr CHICOUCAA Bruno  
Dr IRI-DELAHAYE Motoko

Dr BISMUTH Michel  
Dr BOYER Pierre  
Dr ANE Serge

## **Remerciements aux membres du jury :**

### A Monsieur le Professeur Oustric :

Je vous remercie d'avoir accepté de présider le jury de cette thèse. Je vous remercie également pour votre investissement dans l'enseignement de la médecine générale.

### A Monsieur le Professeur Parant :

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail à la lumière de vos connaissances.

### A Madame le Docteur Guyard-Boileau :

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail.

### A Madame le Docteur Dupouy :

Je vous remercie d'avoir accepté sans hésitation de juger ce travail. Je vous remercie aussi pour vos cours de qualité, dispensés durant l'internat. Votre dynamisme apporte beaucoup.

### A Monsieur le Docteur Semet :

Je vous remercie de m'avoir épaulée dans ce travail et de m'avoir invitée dans ce projet. Je vous remercie aussi pour ces journées d'apprentissage de la médecine à vos côtés. Votre humanité dans votre profession est un exemple pour moi.

## **Remerciements personnels :**

A mes parents pour m'avoir toujours soutenue et particulièrement quand je doutais (et ce n'est pas peu dire !). Merci pour vos critiques constructives.

A Marijo et à Pierre, pour votre soutien depuis toujours et durant ma thèse. Merci Pierre pour tes recherches sur le sujet. Merci Marijo pour ton expérience enrichissante et ta façon d'être et de faire, qui m'aident dans ma pratique médicale.

A Michèle, pour tous les articles que tu m'as envoyés. Tu es bien placée pour voir qu'il reste du travail à faire sur ce sujet.

A mes grands-parents, pour vous être si bien occupés de nous et nous avoir transmis vos valeurs. Merci pour votre soutien durant mes études.

A Youenn, Ilan et Vefa, pour être toujours présents quand il le faut, et toujours dans la joie et la bonne humeur !

A Solweig et Emilie pour tout ce que nous partageons depuis longtemps.

A mes cousines et cousins, à mes oncles et tantes et à mon cher parrain. Merci Camille pour ton aide statistique et linguistique. Merci Anaëlle, ta créativité m'impressionnera toujours ! Merci à Elé, Hélo et Jean-marie pour m'avoir motivée par votre intérêt pour le sujet!

A 'notre couple d'amis' (!), pour tous ces moments partagés et pour toutes ces conversations houleuses. Merci Cécile pour toutes ces années passées à tes côtés et pour ton aide. Merci Pierre-yves de m'avoir soutenue dans le train ! Et merci à Gus, qui bien heureusement, n'est pas à l'image de ce sacré Hingant quand il criait « maman ». Bon amarinage sur votre île !

A tous les amis brestois, Cams, Charlie, Tof, Ju, Marie, Martin, Yo, Anne so, Mik, Seb, Big fat gros jezi jezi pour ton rire ravageur, et à tous les autres, il fait toujours bon de vous retrouver.

A tous les toulousaïng : à Hélène et Hélène pour votre art de raconter les histoires, à Quentin pour ton soutien dans ma thèse comme dans les grandes voies, à Jérôme pour ton aide statistique, à Yumi pour ton esprit ouvert, à Adrien pour ces belles sorties ariégeoises à ski et pour toutes celles qui n'ont pas abouti, à Sylvain pour ton esprit libre, à Pierre et Lulu, il fait toujours bon de passer des moments à vos côtés, à Camille-Charlotte, Leila et Mélanie pour votre bonne humeur et votre soutien. A Javier, Sophie et Julien pour ces bons moments passés

à Millau. A Yoanna pour ton originalité et à Mumu pour ces belles bagarres à Cahors.

A toutes celles de mes proches qui ont été enceintes durant ce travail, et qui m'ont permis de voir que l'alcool reste toujours tabou.

A tous ceux qui n'ont pas trouvé d'intérêt à mon travail : c'est par la critique qu'on se renforce.

A MATERMIP, en particulier à Mme Foissin, pour avoir accepté que j'utilise vos documents.

A toute l'équipe pilote du projet, merci de m'avoir acceptée, ce fut très enrichissant.

Aux médecins à côté desquels j'ai appris beaucoup, en particulier à Pierre Viorrain et à Marie-claude pour votre accueil chaleureux dans les Pyrénées.

Et bien-sûr à Thomas, qui supporte tous mes découragements avec bienveillance et pour ton humour à toutes épreuves.

## **Sommaire :**

<b>Introduction.....</b>	<b>3</b>
<b>Matériel et méthodes.....</b>	<b>7</b>
1. Objectif de l'étude.....	7
2. Type et durée de l'étude.....	7
3. Population de l'étude.....	7
4. Questionnaire.....	7
5. Recueil des données et durée de l'enquête.....	8
6. Méthode d'analyse statistique.....	8
<b>Résultats.....</b>	<b>9</b>
1. Caractéristiques des professionnels de santé.....	9
2. Connaissances des conséquences pour l'enfant d'une consommation d'alcool au cours de la grossesse.....	10
3. Perception du risque fœtal selon la consommation d'alcool maternelle.....	13
4. Capacités à informer la femme enceinte, à dépister une consommation d'alcool et à utiliser le réseau.....	15
5. Besoin d'informations supplémentaires.....	18
<b>Discussion.....</b>	<b>19</b>
1. Synthèse des résultats.....	19
2. Limites et intérêts.....	19
3. Un manque de connaissances sur les effets fœtaux de l'alcool.....	20
4. Un manque de formation sur les effets fœtaux de l'alcool.....	22
5. Une mésestimation du risque de certaines consommations d'alcool.....	24
6. L'alcool pendant la grossesse: un manque notable de dépistage.....	25
7. Une participation à la formation de MATERMIP insuffisante, malgré une volonté globale d'informations.....	29
<b>Conclusion.....</b>	<b>31</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>32</b>
Annexe 1: Organogenèse et périodes de sensibilité à l'alcool.....	37
Annexe 2: Le questionnaire T-ACE.....	38
Annexe 3: Le questionnaire AUDIT-c.....	39
Annexe 4: Le questionnaire de l'étude .....	40
Annexe 5: Les principales conséquences de l'alcoolisation de la mère sur l'enfant, citées par les professionnels de santé.....	46
Annexe 6: Autres outils de détection de l'alcoolisation utilisés par les soignants.....	47
Annexe 7: Les structures d'accueil pour les femmes présentant un problème avec l'alcool citées par les professionnels de santé.....	48
Annexe 8: Schéma de prise en charge en Aveyron, élaboré par MATERMIP.....	49

## **Abréviations :**

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

ARS : Agence Régionale de Santé

AUDIT : *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT-c : version courte)

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CASAP : Centre d'Accueil et de Soins Aux Pharmacodépendants

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DETA: Diminuer Entourage Trop Alcool (test de dépistage, version française du

CAGE : Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener)

HAS : Haute Autorité de Santé

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

MATERMIP : réseau de périnatalité de Midi-Pyrénées

ORS : Observatoire Régional de Santé

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

SAF : Syndrome d'Alcoolisation Fœtale

SFA : Société Française d'Alcoologie

SNC : Système Nerveux Central

T-ACE : *Tolerance Annoyed Cut-down Eye-opener* ( test de dépistage)

TCAF : Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale

## **Introduction :**

Le potentiel toxique de l'alcool peut s'exercer tout au long du développement de l'embryon et du fœtus, de la conception à la naissance (1,2). Il passe en effet la barrière placentaire et est ensuite éliminé du liquide amniotique, mais deux fois plus lentement qu'il ne l'est du sang maternel (1,3). L'alcool, agent cytotoxique et mutagène, peut entraîner au premier trimestre de la grossesse des troubles de l'organogenèse (annexe 1) et, aux deuxième et troisième trimestres, des perturbations de la prolifération et de la migration neuronale, et des interconnexions (1,2,4). L'alcool peut en outre entraîner des modifications du patrimoine épigénétique au cours de la vie intra-utérine voire dès la formation des gamètes (5–7), modifications pouvant être transmises à la deuxième voire à la troisième génération (8).

Les enfants exposés à l'alcool in utero peuvent ainsi présenter tout un continuum de tableaux, allant du syndrome d'alcoolisation fœtale complet (SAF) à l'absence de retentissement en passant par des atteintes à divers degrés. L'ensemble de ces troubles est regroupé en anglais sous l'acronyme FASD (Fetal alcohol spectrum disorders), traduit en français par TCAF (Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale). Le SAF a été initialement décrit par le Dr Lemoine en 1968, puis en 1973 par le Dr Streissguth (9). Il associe une dysmorphie faciale, un retard de croissance intra-utérin (RCIU) et une atteinte du système nerveux central (SNC). Mais l'alcool peut aussi entraîner des conséquences moins visibles d'ordre neuropsychologiques pouvant persister jusqu'à l'âge adulte : retard de développement intellectuel chez l'enfant, troubles de la socialisation et du comportement, problèmes de consommation d'alcool dès l'adolescence... (10,11) Les troubles causés par l'alcoolisation fœtale sont d'ailleurs la première cause de retard mental non génétique en France.

Les incidences du SAF et des TCAF sont difficiles à estimer car leur diagnostic est difficile à établir, les professionnels manquant de formation pour les repérer et les troubles neurologiques isolés pouvant passer inaperçus à la naissance et dans la petite enfance (2,12). Une revue de la littérature (13) réalisée en 2016 retrouve des prévalences du SAF et des TCAF très variables en fonction des pays et des échelles diagnostiques utilisées. En France, l'incidence du SAF est estimée à 1,3 pour 1000 naissances et celle des TCAF est estimée à 9 pour 1000 naissances (14), c'est à dire environ 7000 naissances/an.

La communauté scientifique a des difficultés à s'accorder sur un seuil de consommation qui ne soit pas délétère pour le fœtus. En effet, toutes les études s'accordent

sur les effets, potentiellement néfastes sur le fœtus de fortes consommations d'alcool régulières. Mais, les consommations d'alcool occasionnelles en forte quantité auraient, elles aussi, des effets délétères (15,16). Les résultats des études sur les effets de consommations faibles à modérées d'alcool au cours de la grossesse sont, eux, plus hétérogènes. En effet les analyses effectuées sur deux cohortes ne retrouvent pas d'altérations du développement neurologique des enfants, exposés in-utero à une consommation d'alcool inférieure à 1 à 2 verres par semaine pour l'une et inférieure à 8 verres par semaine pour l'autre (17–21). Au contraire, une méta-analyse de 2014 (15) retrouve, elle, des troubles du comportement chez les enfants exposés à des doses d'alcool in-utero inférieures à 1 verre par jour. Au vu de ces résultats et par principe de précaution, c'est le message 'zéro alcool pendant la grossesse' qui est délivré en France depuis 2002 (22). Il apparaît dans les actions de santé publique (pictogramme sur les bouteilles de boissons alcoolisées, affiches, ..) et dans les médias (23,24).

Malgré la diffusion de ce message d'abstinence, les femmes enceintes reçoivent encore des informations contradictoires de la part de leur entourage, des professionnels de santé, ou encore des médias, induisant une confusion (25). Dans sa thèse (26) réalisée en 2009 sur ce que les femmes disent de ce message d'abstinence sur les forums, S. Toutain retrouve que le discours dominant est non celui de l'abstinence mais celui de la tolérance de quelques écarts, et que les messages délivrés par les professionnels de santé sont contradictoires. Une enquête de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) réalisée en 2015 dans la population générale (27), retrouve aussi que la recommandation d'abstinence pendant la grossesse n'est pas perçue comme absolue, 27% des personnes interrogées pensant « qu'il est conseillé de boire un petit verre de vin de temps en temps pendant la grossesse ».

Actuellement, la consommation d'alcool des femmes enceintes, comme celle des jeunes femmes en général, est une consommation plus occasionnelle que chronique. En effet il y a chez les jeunes femmes une diminution de la consommation chronique et parallèlement une augmentation des alcoolisations ponctuelles importantes, voire très importantes avec recherche d'ivresse aussi appelées 'binge drinking' (28–30). Une revue de la littérature de 2014 (25) retrouve ainsi que si la consommation quotidienne pendant la grossesse concerne 0,5% des femmes, l'alcoolisation ponctuelle importante concernerait, elle, 1,4 à 7,2 % de celles-ci. Une étude plus récente (31) retrouve même que 14,1% des femmes interrogées rapportent un tel épisode au cours du premier trimestre de leur grossesse, voire même

plusieurs pour 47 % d'entre elles. Ainsi, même si la majorité des femmes diminue sa consommation d'alcool au cours de la grossesse, certaines femmes continuent d'en consommer. Une enquête périnatale (28), réalisée auprès de 13 000 femmes en France en 2013, retrouve que 23% des femmes déclarent avoir consommé de l'alcool en étant enceinte. La consommation déclarée d'au moins un verre d'alcool varie selon les études de 12 à 63 % (25).

Le fait de consommer de l'alcool au cours de la grossesse, que ce soit de façon régulière ou occasionnelle, est de plus significativement associé au niveau socio-économique élevé et au niveau d'étude élevé (BAC+) (28,31,32). La consommation régulière d'alcool pendant la grossesse concernerait significativement plus les femmes plus âgées et multipares (perception du risque moindre), tandis que les alcoolisations ponctuelles importantes concerneraient, elles, plus les femmes primipares surtout au premier trimestre de la grossesse (32). La consommation d'alcool pendant la grossesse n'est donc pas anecdotique.

Aussi, en plus d'apporter une information scientifique à la femme enceinte sur la consommation d'alcool et sur ses risques pendant la grossesse, il est recommandé aux professionnels de santé d'évaluer la consommation d'alcool de leurs patientes que ce soit avant la grossesse ou dès le début de celle-ci, afin de dépister une consommation d'alcool potentiellement à risque (14,22). Tous les professionnels de santé, y compris ceux qui ne suivent pas de grossesse sont ainsi concernés par cette prévention. Et même si la majorité des grossesses sont suivies par des gynécologues, les grossesses à bas risque peuvent être suivies par des sages-femmes et des médecins généralistes. 22,3% des grossesses sont d'ailleurs actuellement déclarées par les médecins généralistes (33), qui sont alors les premiers à pouvoir faire de la prévention sur la consommation d'alcool au cours de la grossesse.

Plusieurs outils ont été élaborés pour les professionnels de santé à cet effet, comme le guide à l'usage des professionnels diffusé en 2009 (34), ou encore les questionnaires courts, AUDIT-c et T-ACE (annexes 2 et 3), validés pour le repérage de la consommation d'alcool au cours de la grossesse (22,35).

Cependant, en dépit de la création de ces différents outils au service de la prévention, on doit constater, au vu des résultats de plusieurs études, qu'elle reste insuffisante. En effet, deux mémoires réalisés en 2009 et en 2011 (36,37), évaluant les retombées de la campagne 'zéro alcool pendant la grossesse' dressent le constat que seulement la moitié environ des femmes enceintes ont reçu une information sur l'alcool et sur ses risques par un

professionnels de santé. Les professionnels de santé ne semblent donc pas faire autant de prévention et de dépistage des consommations d'alcool que ce qu'il leur est recommandé. Plusieurs études qualitatives (38,39) réalisées auprès des professionnels de santé retrouvent, en effet, que la consommation d'alcool pendant la grossesse n'est pas recherchée, voire même que le sujet de l'alcool n'est parfois pas abordé. Les professionnels manqueraient de connaissances et de formation sur le sujet (40).

Dans ce contexte, l'agence régionale de santé (ARS), a délégué au réseau périnatal de la région, MATERMIP, un projet de formation et d'informations des professionnels de santé au sujet de l'alcool et de la grossesse. Il se déroulerait dans les territoires déterminés par l'ARS, répartis dans quatre départements de la région, dont celui de l'Aveyron. En amont de ce projet, nous avons voulu réaliser un état des lieux des connaissances et des pratiques des professionnels de santé, médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues, de la partie nord de l'Aveyron, concernant la consommation d'alcool au cours de la grossesse.

# **Matériel et méthodes:**

## **1. Objectif de l'étude :**

L'objectif de cette étude était d'évaluer chez les professionnels de santé concernés par la formation de MATERMIP en Aveyron :

- les connaissances sur le syndrome d'alcoolisation fœtale et sur les consommations d'alcool à risque au cours de la grossesse
- les pratiques concernant l'information des femmes enceintes et le dépistage des consommations d'alcool au cours de la grossesse.
- le niveau de formation sur le sujet et leurs besoins d'informations.

## **2. Type et durée de l'étude :**

Il s'agit d'une étude quantitative, observationnelle et transversale. Elle a été réalisée du 28 novembre 2013 au 20 janvier 2014.

## **3. Population de l'étude :**

Tous les professionnels de santé en activité, hospitaliers et libéraux, amenés à suivre des femmes enceintes (sages-femmes, gynécologues, médecins généralistes) et installés dans l'un des vingt cantons de la partie nord de l'Aveyron (limite géographique déterminée par le projet de l'ARS), ont été inclus.

Les professionnels à la retraite sans activité ou à exercices particuliers proches de la médecine générale (acupuncture, médecine vasculaire..) ont été exclus.

La population répondant à ces critères comprenait 156 professionnels de santé: 12 gynécologues, dont 7 libéraux et 5 hospitaliers, 102 médecins généralistes et 42 sages-femmes, dont 10 libérales et 32 hospitalières.

## **4. Questionnaire:**

Un questionnaire (annexe 4), utilisé au préalable dans deux études de l'observatoire régional de santé (ORS) de Haute-Normandie, auprès des médecins généralistes en 2001 (41) puis auprès des professionnels de maternité en 2007 (42), a été utilisé.

Ce questionnaire comprenait 32 questions sur : les caractéristiques des professionnels de santé, leurs connaissances, leurs pratiques, et leurs opinions au sujet de l'alcool et de la grossesse.

Ce questionnaire a été retranscrit de façon informatique sur la plate-forme en ligne Online survey. Le temps de passation était estimé à moins de 10 minutes.

## **5. Recueil des données et durée de l'enquête :**

Les adresses mail des professionnels hospitaliers ont été obtenues par le conseil de l'ordre des sages-femmes et par le secrétariat de gynécologie du centre hospitalier de Rodez. Les professionnels libéraux ont été contactés par téléphone, directement ou par leur secrétariat, afin d'obtenir leur adresse mail.

Le questionnaire a été adressé le jour même de l'obtention de l'adresse mail, accompagné d'une lettre explicative sur l'étude. Les professionnels libéraux contactés qui préféraient recevoir un questionnaire papier ont reçu une copie du questionnaire informatique accompagnée de la même lettre explicative et d'une enveloppe réponse.

Deux relances, avec renvoi du questionnaire, ont été réalisées à 3 semaines et à 6 semaines. Pour augmenter le taux de réponse, les professionnels libéraux ont été recontactés par téléphone avant chaque relance et des questionnaires papiers, adressés aux professionnels hospitaliers qui n'avaient pas répondu après deux relances, ont été déposés dans le service de gynécologie, au moment de la dernière relance.

La période de recueil des données s'est échelonnée du 28 novembre 2013 au 20 janvier 2014. Les réponses ont été sauvegardées anonymement et transférées dans un tableur. Celui-ci a été complété manuellement pour les réponses des questionnaires papier.

## **6. Méthode d'analyse statistique :**

La saisie des résultats et le traitement des données ont été réalisés avec le logiciel LibreOffice Calc. Les analyses comparatives ont été effectuées avec le logiciel en ligne BiostaTGV. Le test de Khi-2 et celui de Fisher, quand les effectifs étaient trop faibles, ont été utilisés. Le p retenu comme seuil de significativité était de 5%.

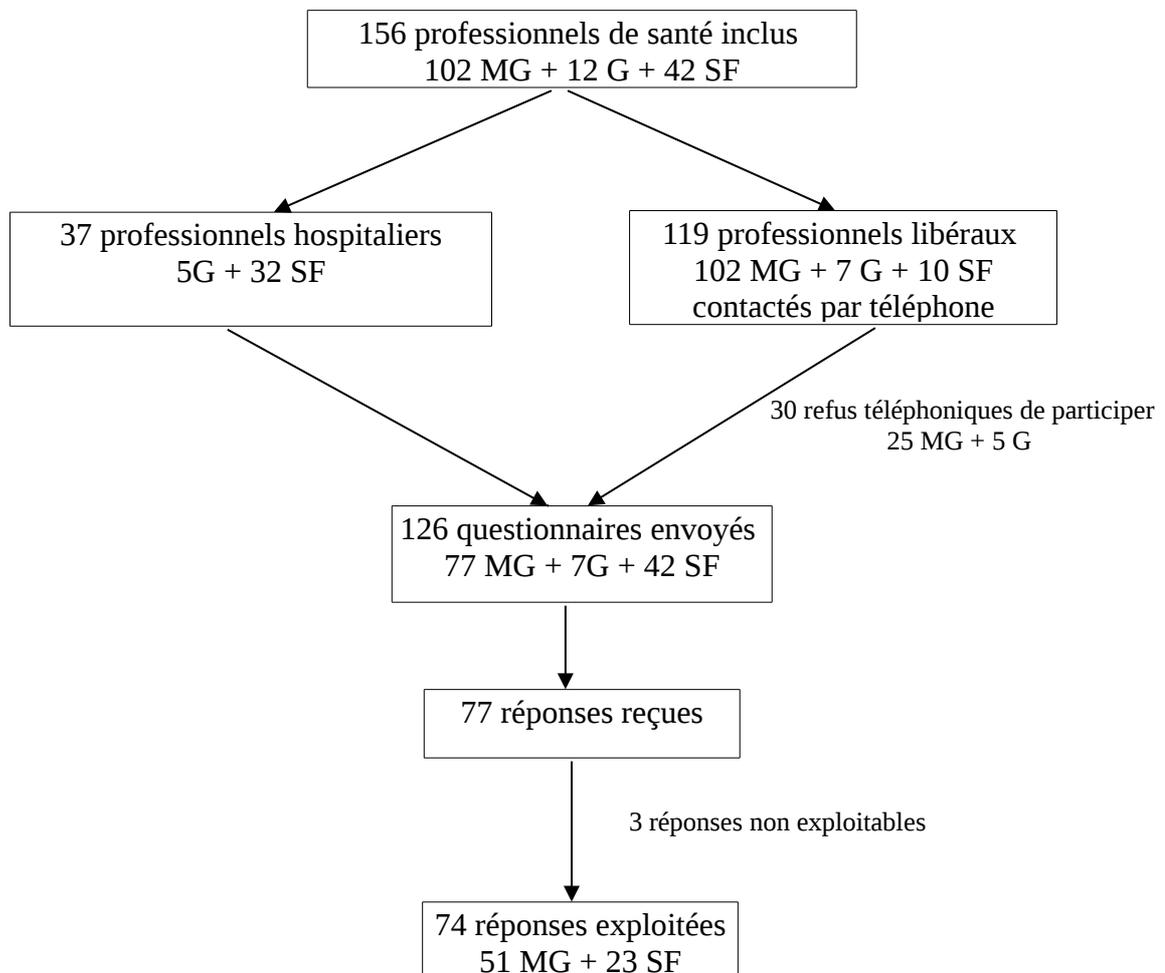
# Résultats:

## 1. Caractéristiques des professionnels de santé :

### 1.1 Caractéristiques des répondants :

30 soignants ont refusé de recevoir le questionnaire (manque de temps, pas de suivi de grossesse, non concernés par le sujet). Des 77 réponses reçues, 74 ont pu finalement être analysés, 1 était vierge et 2 sans renseignements socio-démographiques. Le taux de participation est donc de 47,4 %.

Aucun gynécologue n'a participé. Des médecins généralistes, 72,4% des femmes y ont participé contre 41,1 % des hommes, avec une différence significative ( $p=0,004$ ). La population de notre échantillon comprend proportionnellement plus de femmes (58,1%) que la population initiale (50%), de manière non significative ( $p =0,25$ ).



MG : médecin généraliste, G : gynécologue, SF : sage-femme

Figure 1: Diagramme des participants à l'étude

## 1.2 Caractéristiques socio-démographiques des professionnels de santé :

Les caractéristiques socio-démographiques des 74 professionnels de santé sont présentées dans le tableau 1.

L'ancienneté dans la profession est en moyenne de 22,2 ans avec une médiane de 23 ans.

Les groupes des médecins généralistes et des sages-femmes sont statistiquement différents en fonction du sexe ( $p < 0,001$ ), mais pas en fonction de l'ancienneté ( $p = 0,18$ ).

	Médecin généraliste % (N:51)	Sage-femme % (N:23)
<b>Mode d'exercice :</b>		
libéral	100 % (51)	30,4 % (7)
hospitalier	0 % (0)	69,6 % (16)
<b>Sexe :</b>		
femme	41,2% (21)	100 % (23)
homme	48,8% (30)	0 % (0)
<b>Ancienneté :</b>		
<10 ans	17,6 % (9)	21,7 % (5)
10-19 ans	9,8 % (5)	23,1 % (6)
20-29 ans	37,3 % (19)	17,4 % (4)
>=30 ans	35,3 % (18)	34,8 % (8)

Tableau 1: Caractéristiques des professionnels de santé

## 2. Connaissances des conséquences pour l'enfant d'une consommation d'alcool au cours de la grossesse:

### 2.1 Formation sur les risques fœtaux de l'alcool :

20,3% des professionnels ont eu une formation initiale ou continue sur le problème des effets fœtaux de l'alcool avec une différence significative entre les professions ( $p = 0,008$ ).

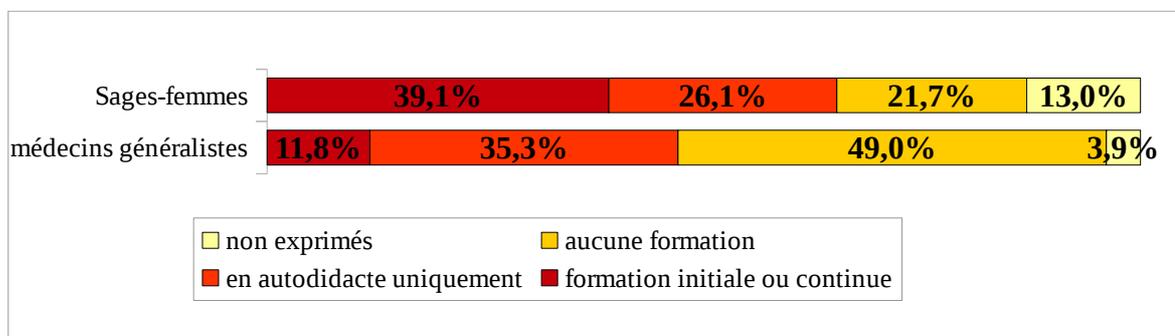


Figure 2: « Vous-êtes vous formés sur les effets fœtaux de l'alcool ? »

68,6% des médecins généralistes et 34,8% des sages-femmes pensent que leur profession n'est pas bien informée sur les effets fœtaux de l'alcoolisation maternelle.

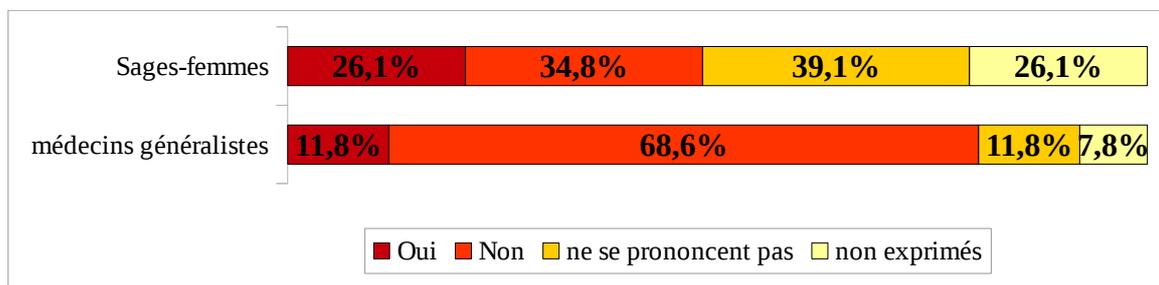


Figure 3: « Pensez-vous que votre profession soit bien informée des risques fœtaux de l'alcoolisation maternelle? »

## 2.2 Connaissance du syndrome d'alcoolisation fœtale :

78.4 % des professionnels interrogés disent connaître le syndrome d'alcoolisation fœtale. Les caractéristiques qui influencent significativement la connaissance du SAF sont la profession de sage-femme, le fait d'appartenir au groupe avec moins d'ancienneté, et le sexe féminin (tableau 2).

24,1% des soignants qui le connaissent disent y avoir déjà été confrontés.

	Connaissance du syndrome d'alcoolisation fœtale % (N)			
	oui	non	Non exprimés	p
<b>Profession</b>				
médecin généraliste	74,5% (38)	21,6% (11)	3,9% (2)	0,026
sage-femme	87,0% (20)	0,0% (0)	13,0% (3)	
<b>Sexe</b>				
femme	84,1% (37)	4,5% (2)	11,4% (5)	0,007
homme	70,0% (21)	30,0% (9)	0,0% (0)	
<b>Ancienneté</b>				
< 10 ans	100% (14)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,038
10-19 ans	100% (11)	0,0% (0)	0,0% (0)	
20- 29 ans	69,6% (16)	17,4% (4)	13,0% (3)	
>30 ans	65,4% (17)	26,9%(7)	7,7% (2)	

Tableau 2: Connaissance du syndrome d'alcoolisation fœtale

## **2.3 Connaissance des conséquences d'une consommation d'alcool pendant la grossesse :**

Quand, par une question ouverte, on interroge les professionnels sur les conséquences de la consommation d'alcool maternelle sur l'enfant jusqu'à l'âge adulte, les réponses sont multiples : 83 réponses (Annexe 4). 28,4% des soignants n'ont pas répondu à cette question sans différence significative entre les professions (26,1 % des sages-femmes vs 29,4 % des médecins généralistes ( $p=0,77$ )).

Les réponses majoritairement obtenues sont les 3 caractéristiques du syndrome d'alcoolisation fœtale :

- 58,1% des professionnels citent au moins un des troubles du SNC ("déficit intellectuel", "anomalie du développement psycho moteur",...)
- 37,8 % le retard de croissance
- 17,6 % la dysmorphie faciale.

Ainsi en ne comptant pas les 8,1 % des professionnels qui citent le SAF lui-même, 13,5 % des professionnels interrogés citent ses trois caractéristiques, 20,3 % en citent deux et 24,3 % en citent une. 5,4 % des professionnels n'en citent aucune.

Il n'y a pas de différence significative de connaissance des 3 caractéristiques du SAF entre les soignants ayant bénéficié d'une formation, initiale ou en autodidacte (10,3%) et ceux n'en ayant pas bénéficié (20,3%) ( $p=1$ ). Cette différence reste non significative en incluant les soignants qui citent le SAF lui-même (25,6 % des soignants formés vs 20,3 % des soignants non formés ( $p=0,13$ )).

Il n'y a pas non plus de différence significative de connaissances de ces 3 caractéristiques en fonction de la profession (13,5 % des médecins généralistes vs 15,7 % des sages-femmes ( $p=0,70$ )), cette différence reste non significative quand on inclut les soignants qui citent le SAF lui-même (21,6 % des médecins généralistes vs 21,7 % des sages-femmes ( $p=1$ )).

## **2.4 Connaissance et avis sur les structures pour les enfants atteints de troubles causés par l'alcoolisation fœtale :**

Le centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) est connu par 44.6% des professionnels de santé, 44.6% ne le connaissent pas et 10.8% ne se sont pas exprimés sur la question.

A la question sur le déficit de structures pour les enfants présentant des problèmes,

secondaires à la l'exposition à l'alcool in-utero, 47,3 % des soignants ne se prononcent pas. Il y a un déficit de structures éducatives pour 44,6 % des soignants, de structures sociales pour 33,8 % et de structures sanitaires pour 18,9 %. 1,4 % pense qu'il n'y a pas de déficit de telles structures. 2,7 % ne se sont pas exprimés sur la question.

### **3. Perception du risque fœtal selon la consommation d'alcool maternelle:**

#### **3.1 Perception du risque d'anomalie néonatale:**

77,0 % des professionnels considèrent le risque d'anomalie néonatale, si la mère a consommé de l'alcool au cours de la grossesse, comme important voire très important, avec une différence significative entre les sexes (66,7 % des hommes et 84,1 % des femmes ( $p=0,013$ )) mais pas entre les professions (74,5% des médecins généralistes et 82,6% des sages-femmes ( $p=0,26$ )). Aucun ne le considère très faible ou inexistant.

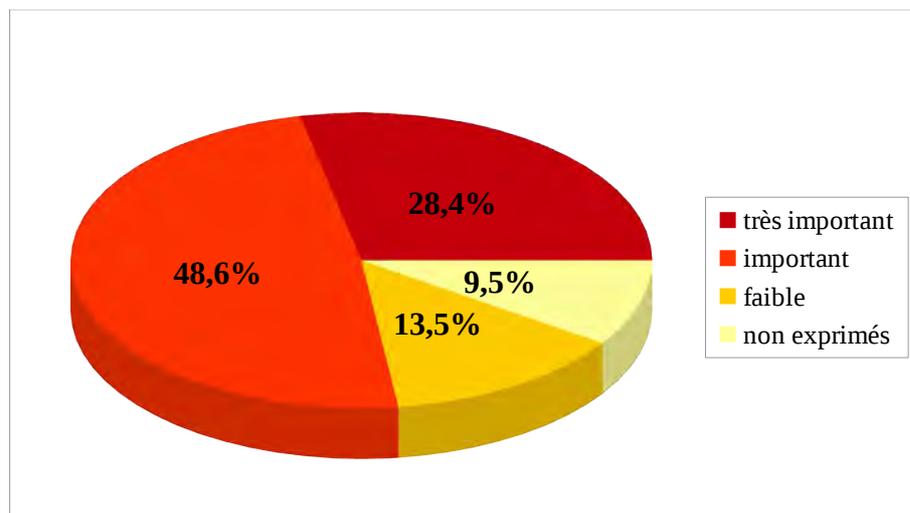


Figure 4: « Quelle est votre estimation du risque d'anomalie néonatale chez une femme enceinte ayant consommé de l'alcool pendant sa grossesse ? »

#### **3.2 Perception du risque selon le mode de consommation:**

Les situations dans lesquelles, le risque de SAF est perçu comme plus important sont détaillées dans la figure 5. Ce risque est perçu de façon aussi importante dans toutes ces situations par 36,5% des professionnels de santé.

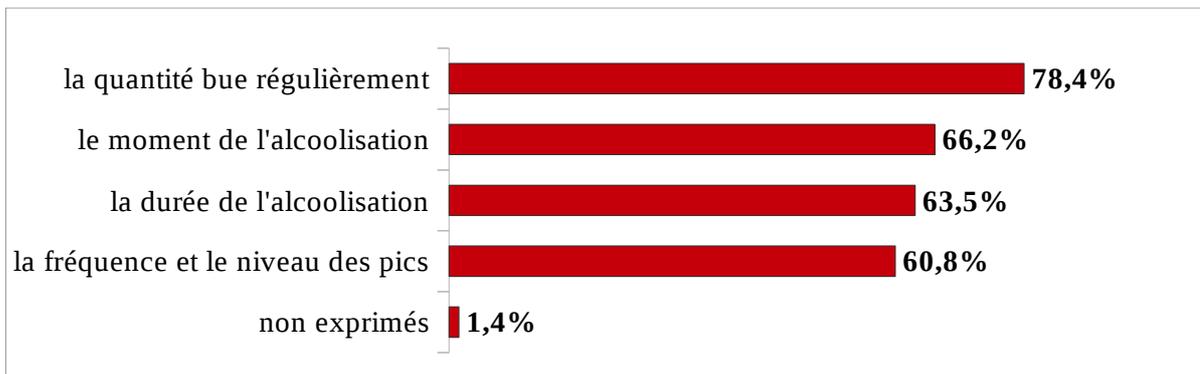


Figure 5: « Dans quels cas le risque de syndrome d'alcoolisation fœtale est-il plus important ? »

### 3.3 Perception du risque selon la quantité quotidienne d'alcool consommée:

29,8% des soignants considèrent que le risque fœtal n'existe qu'au-dessus d'une consommation d'alcool de 2 verres/jour voire de 5 verres/jour, avec une différence significative entre les professions (37,3 % des médecins généralistes et 13,0 % des sages-femmes ( $p=0,042$ )).

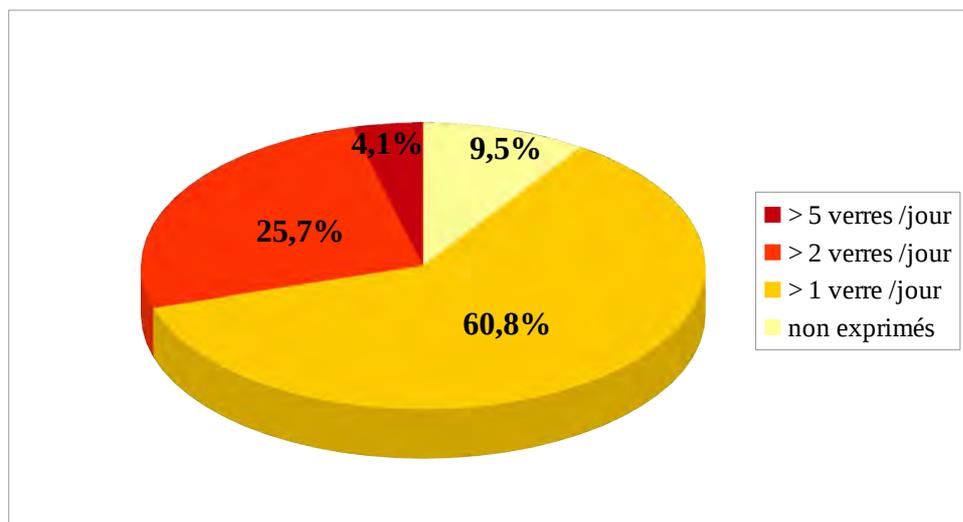


Figure 6: « A partir de quelle consommation d'alcool de la femme enceinte le risque fœtal existe-il ? »

### 3.4 Perception du risque selon la nature des boissons alcoolisées:

28,4% des professionnels ne pensent pas que la consommation de toutes les boissons alcoolisées présente un risque chez la femme enceinte. En effet, le cidre n'est pas coché par 27,0 % des soignants, la bière par 4,1%, le vin et les digestifs par 1,4%.

62,2% des professionnels de santé considèrent que la consommation chez la femme

enceinte de toutes les boissons alcoolisées, quelle que soit leur teneur en alcool présente un risque, sans différence significative entre les professions (60,8 % des médecins généralistes et 65,2 % des sages-femmes ( $p=0,465$ )). 9,5% ne se sont pas exprimés sur la question.

### 3.5 Dépistage du SAF chez le nouveau-né :

67,6% des professionnels pensent que le dépistage du SAF chez le nouveau-né devrait être systématique si la mère présente une consommation d'alcool excessive occasionnelle, supérieure à 5 verres.

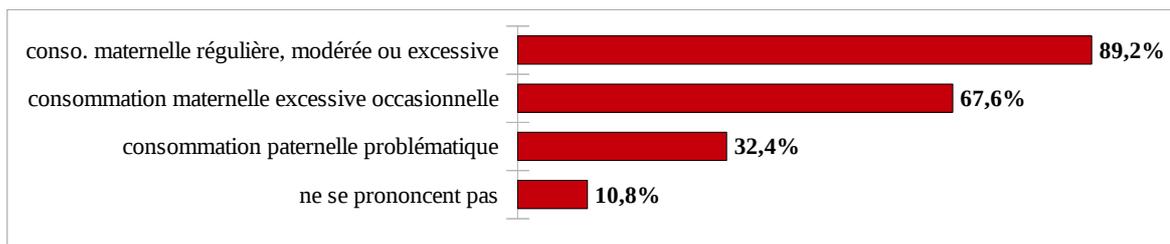


Figure 7: « En fonction de quelle consommation parentale le dépistage du syndrome d'alcoolisation fœtale devrait être systématique ? »

## **4. Capacités à informer la femme enceinte, à dépister une consommation d'alcool et à utiliser le réseau :**

### **4.1. Capacité à aborder le thème de l'alcool et à informer sur ce sujet:**

52,7% des soignants ont déjà été interrogés par une femme enceinte ou venant d'accoucher au sujet de l'alcool et de ses risques.

Des 47,3% des professionnels n'ayant jamais été interrogés, 40,0% n'abordent jamais la question en consultation, 34,3% l'abordent systématiquement et 25,7% seulement en fonction de la réceptivité de la femme.

43,2 % pensent qu'ils répondent aux attentes de ces femmes sur ce sujet, et 39,2% au moins parfois. 2,7% des soignants ne pensent pas y répondre. 14,9% ne se sont pas exprimés sur cette question.

55,4% des professionnels disent mettre en garde systématiquement les femmes enceintes sur les effets fœtaux de l'alcool, sans différence significative entre les professions ( 54,9 % des médecins généralistes et 56,5 % des sages-femmes ( $p=0,60$ )).

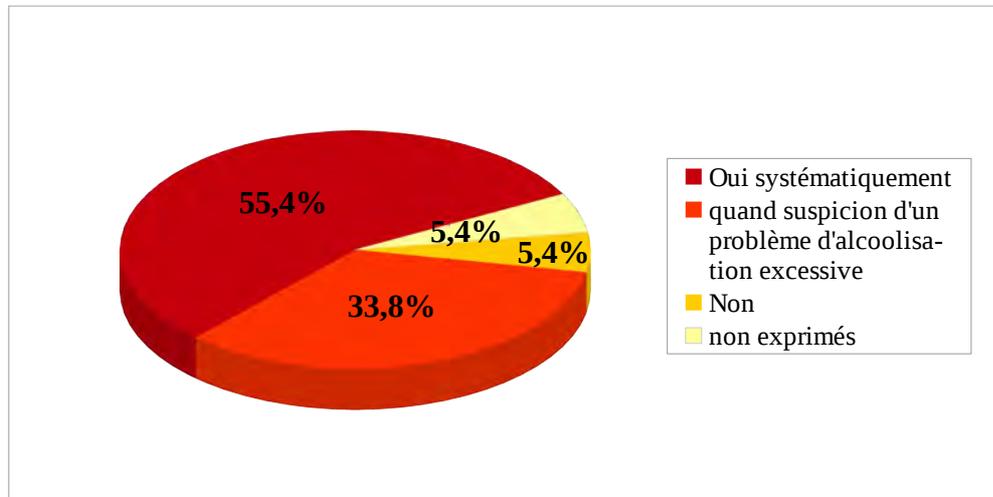


Figure 8: « Mettez-vous en garde les femmes enceintes sur les risques fœtaux de l'alcool? »

#### 4.2. Capacité à établir un dialogue avec une patiente enceinte qui présente un problème d'alcool :

47,3% des professionnels ont déjà été confrontés à un problème de consommation d'alcool chez une femme enceinte avec une différence significative entre les professions (39.2 % des médecins généralistes et 65.2 % des sages-femmes ( $p=0,01$ )).

45,9 % disent eux n'y avoir jamais été confrontés. 6,8 % des soignants ne se sont pas exprimés sur la question.

Parmi ceux ayant été confrontés à ce problème, 42,9% ont pu systématiquement établir un dialogue avec la patiente et 48,6% seulement parfois. 8,6% disent n'avoir jamais pu établir de dialogue. Les principaux freins à ce dialogue sont un déni de la part de la femme pour 64,9% d'entre eux et des difficultés de leur part à établir ce dialogue pour 25,0%.

#### 4.3. Quelles femmes dépister?

52,7% des professionnels pensent que la recherche d'une consommation d'alcool devrait être systématique chez toutes les femmes enceintes, et ceci sans différence significative entre les professions (47,1 % des médecins généralistes et 65,2 % des sages-femmes ( $p=0,14$ )). Les autres ne la rechercheraient que dans des situations particulières, détaillées dans la figure 9. 4,1 % ne se sont pas exprimés sur la question.

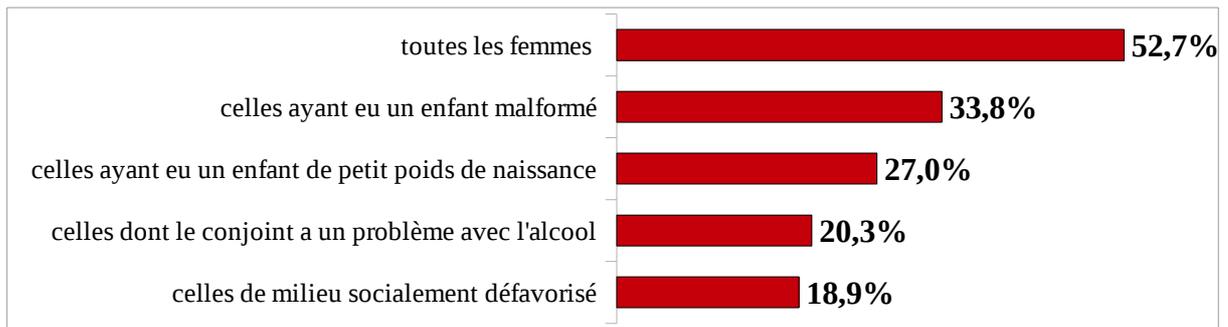


Figure 9: « Chez quelles femmes enceintes la recherche d'une alcoolisation devrait être systématique ? »

#### 4.4. Connaissance et utilisation des outils de dépistage et de prévention :

12,2% des professionnels de santé utilisent l'un des questionnaires de détection de l'alcoolisation et de la dépendance alcoolique, AUDIT, DETA Cage ou T-ACE.

74,3% des soignants déclarent ne pas les connaître, sans différence significative en fonction de la profession (74,5 % des médecins généralistes et 73,9 % des sages-femmes ( $p=0,75$ )).

29,7 % des soignants disent avoir leurs propres outils de détection de l'alcoolisation, qui sont détaillés en annexe 6. Les réponses les plus fréquentes sont :

- \* " l'interrogatoire sur la consommation d'alcool "
- \* "la connaissance de la patiente et de ses antécédents de consommation d'alcool ".

17,6% des professionnels disent aussi utiliser les outils élaborés pour la prévention, détaillés en annexe 6: "affiche '0 alcool pendant la grossesse'", "brochure de l'INPES", "plaquettes de l'ANPAA 12",...

#### 4.5. Prise en charge de la femme enceinte consommant de l'alcool :

S'ils étaient confrontés à une femme enceinte présentant un problème de consommation d'alcool, 71,6 % des soignants disent qu'ils l'adresseraient à un praticien ou à une structure spécialisée, 5,4% qu'ils gèreraient seuls le problème et 23,0% ne se prononcent pas.

Quand on interroge les soignants sur les structures d'accueil pour les femmes ayant un problème avec l'alcool, 52,7% disent ne pas en connaître, sans différence significative entre les professions (51,0 % des médecins généralistes et 56,5 % des sages-femmes ( $p=0,20$ )).

29,7 % des soignants en connaissent une. Les structures citées sont en annexe 7.

17,6 % ne se sont pas exprimés sur la question.

La prise en charge des femmes enceintes présentant un problème avec l'alcool est satisfaisante pour 6,8 % des professionnels, insatisfaisante pour 45,9 % et 40,5 % n'ont pas d'avis sur la question. 6,8% ne se sont pas exprimés.

## **5. Besoin d'informations supplémentaires :**

87,8 % des professionnels de santé interrogés disent avoir besoin d'informations supplémentaires sur le thème de l'alcool et de la grossesse. Les sujets sur lesquels ils auraient besoin d'information sont détaillés dans la figure 10. 12,2 % ne se sont pas exprimés sur la question.

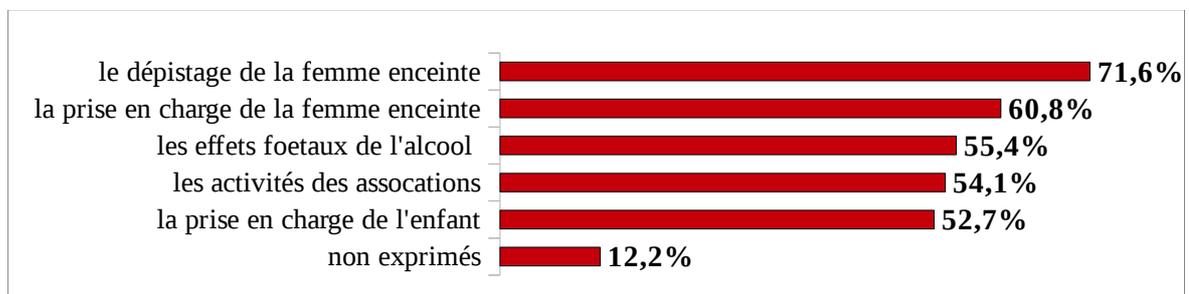


Figure 10: « Sur quel sujet pensez-vous avoir besoin d'informations supplémentaires ? »

# **Discussion :**

## **1. Synthèse des résultats :**

Notre objectif était d'évaluer les connaissances et les pratiques des professionnels de santé en ce qui concerne la consommation d'alcool pendant la grossesse. Les soignants manquent de connaissances, sur les conséquences pour le fœtus d'une exposition à l'alcool in-utero, et sur les consommations d'alcool potentiellement à risque. Beaucoup de soignants ne rechercheraient pas une consommation d'alcool chez toutes leurs patientes enceintes, et ne les informeraient pas assez de ses risques. De plus très peu connaissent et utilisent les questionnaires de dépistage validés.

## **2. Limites et intérêts :**

### **2.1. Limites :**

La population de cette étude manque de représentativité par rapport à la population initiale. En effet, aucun gynécologues n'y a participé, alors que 54.8% des sages-femmes et 50 % des médecins généralistes y ont participé. De plus, les médecins généralistes femmes y ont significativement plus participé que les hommes. Ainsi notre échantillon ne représente pas toutes les professions de notre population d'étude et est composé proportionnellement de plus de femmes, mais de façon non significative.

Lors de l'analyse en sous-groupes nous avons décidé de comparer les réponses en fonction de la profession, ce qui n'a donc pas été possible pour les gynécologues. De plus, l'effectif de notre échantillon étant assez faible, nous n'avons pas pu obtenir beaucoup de différences significatives lors de cette analyse. Il existait de plus un biais de confusion. En effet, le groupe des sages-femmes comprenait significativement plus de femmes que celui des médecins généralistes. Ce biais a malgré tout été amoindri par la participation plus importante des médecins généralistes femmes.

Les soignants les plus intéressés par le sujet ont probablement plus participé à cette étude, entraînant un possible biais de sélection et une surestimation de nos résultats.

Le questionnaire, bien qu'utilisé dans d'autres études auparavant (41,42), comportait quelques imperfections. Il était relativement long, ce qui a pu décourager certains soignants et entraîner un fort taux d'abstention à certaines questions. Le temps estimé de passation était

pourtant inférieur à 10 minutes. Ce questionnaire comprenait aussi des questions qui pouvaient manquer de précision dans leur énoncé ou être trop ouvertes, ce qui a pu entraîner un biais de mesure. A notre connaissance aucun autre questionnaire validé n'existait. Celui-ci ayant de plus été utilisé auprès de la population hospitalière et libérale, cela nous permettait de l'utiliser dans notre population et de comparer nos résultats avec ceux de ces études (41,42).

## **2.2. Intérêts :**

Le taux de participation à notre étude est satisfaisant (47,4%), témoignant d'un certain intérêt des soignants de ce territoire pour ce sujet.

Les études sur ce sujet sont le plus souvent qualitatives ou ne s'intéressent qu'à une certaine profession (médecins généralistes, sages-femmes ou gynécologues). L'originalité de notre étude tenait dans le fait que tous les soignants d'un même territoire, étant amenés à suivre des femmes enceintes y étaient inclus, bien que nous puissions déplorer qu'aucun gynécologue n'y ait participé.

Cette étude nous a tout de même permis d'établir un état des lieux des connaissances et des pratiques, des médecins généralistes et des sages-femmes d'un même territoire, au sujet de l'alcool et de la grossesse. Aucune étude sur ce sujet n'avait été réalisée auparavant en Midi-Pyrénées, et encore moins à l'échelle nationale. Elle nous permet donc de compléter les résultats des études effectuées dans d'autres départements (41–45).

## **3. Un manque de connaissances sur les effets fœtaux de l'alcool :**

### **3.1 Le SAF : un syndrome qui n'est pas encore connu par tous les soignants**

La majorité (78,4%) des professionnels de santé interrogés déclarent connaître le syndrome d'alcoolisation fœtale. Toutes les sages-femmes ayant répondu connaissent en effet le SAF, ce que retrouvait aussi l'étude de l'ORS de Haute-Normandie de 2007 réalisée auprès des professionnels de maternité (42). Cependant nos résultats sont sans doute légèrement surestimés, 13,5 % des sages-femmes n'ayant pas répondu à cette question. De plus, 74,5 % des médecins généralistes le connaissent, taux légèrement supérieur à celui de l'étude de l'ORS de Haute-Normandie de 2001 (41). Il n'y a donc pas de nette augmentation de la connaissance du SAF chez les médecins généralistes.

Les sages-femmes de notre étude connaissent significativement plus le SAF que les

médecins généralistes. Cela pourrait s'expliquer par une formation initiale plus importante de celles-ci. Cependant étant donné le taux élevé de professionnels n'ayant eu aucune formation sur le sujet, le fait d'avoir suivi une formation ne peut pas à lui seul expliquer cette différence de connaissance. Un facteur peut en outre apparaître comme confondant : le sexe. En effet les professionnels de sexe féminin connaissent significativement plus le SAF, or les sages-femmes sont significativement plus de sexe féminin que les médecins généralistes.

Le fait que les plus jeunes professionnels connaissent significativement plus le SAF peut s'expliquer par sa médiatisation plus importante après 2004 et par les outils récemment diffusés auprès des professionnels de santé (34). La connaissance du SAF par les professionnels de santé aurait donc tendance à s'améliorer.

Cependant certains professionnels de notre étude, tous médecins généralistes, déclarent ne pas connaître le SAF. Cette proportion importante de médecins généralistes (21,6 %) est tout de même étonnante, surtout depuis la diffusion de campagnes sur le sujet auprès de la population générale ou médicale. N'est-ce donc pas plutôt la signification du mot connaissance qui pose problème ? En effet, certains professionnels qui n'ont peut-être que quelques notions sur ce sujet, peuvent ne pas savoir quelles en sont les caractéristiques exactes et donc admettre ne pas le connaître. Cela témoignerait sinon d'un manque de connaissances notable de certains soignants sur le sujet et pourrait exprimer un certain désintérêt pour la question.

### **3.2 Des connaissances imprécises sur les conséquences de l'exposition à l'alcool in-utero :**

Les soignants de notre étude même s'ils ont notion du SAF, ont des connaissances plutôt approximatives sur les conséquences, d'une consommation d'alcool maternelle, chez l'enfant jusqu'à l'âge adulte.

Ainsi à la question sur ces conséquences, 28,4% des soignants n'ont pas répondu. Ce taux est supérieur à celui de l'étude de l'ORS de Haute-Normandie de 2007 (42), qui était déjà de 19,1%. Cela peut s'expliquer en partie par le fait que ce soit une question ouverte, mais ce peut être aussi dû à un manque de connaissances des professionnels de notre étude sur le sujet. En effet, même les réponses obtenues sont souvent incomplètes et imprécises, comme par exemple les réponses 'problème sur le cerveau' et 'croissance'

Les principales réponses à cette question sont les trois caractéristiques du SAF, comme dans l'étude de Haute-Normandie de 2007, dans laquelle elles étaient chacune

proportionnellement plus citées (42). Cependant, 13,5% des professionnels de notre étude citent les 3 caractéristiques du SAF contre 15,3% des soignants de cette dernière. Il y a donc une proportion assez comparable de soignants à pouvoir les nommer, proportion aussi faible dans les deux études. En Auvergne en 2014, M. Reboulet retrouve un taux encore plus faible de soignants étant capables de citer les trois caractéristiques du SAF quand on les leur demandait (45). Nos résultats sur les connaissances des caractéristiques du SAF, quoique déjà relativement faibles, sont donc probablement surestimés. En effet, notre question étant plus ouverte que celle de M.Reboulet, cela a pu inciter les professionnels à répondre, sans qu'ils ne sachent exactement quelles étaient les conséquences qu'ils citaient, qui appartenaient au SAF lui-même. D'ailleurs les soignants de notre étude citent majoritairement les retentissements neurologiques et seulement peu citent les signes plus spécifiques du SAF, au contraire d'autres études (45,46). Ainsi connaissent-ils donc mieux les formes les plus fréquentes des troubles causés par l'alcoolisation fœtale ? L'imprécision des réponses ne semblent pas aller dans ce sens mais plutôt dans le sens d'un manque global de connaissances. Une étude qualitative, réalisée en Australie en 2015 auprès de sages-femmes, médecins généralistes et gynécologues constate, elle aussi, que les connaissances des professionnels de santé sur les risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse sont approximatives, ils évoquent en effet tous le SAF, mais ils ne parviennent pas à en citer les caractéristiques exactes (47).

Par ailleurs on ne retrouve pas de différence significative entre les connaissances des médecins généralistes et des sages-femmes, bien que ces dernières déclaraient connaître le SAF significativement plus. On ne retrouve pas non plus de différence significative entre les connaissances des soignants s'étant formé et de ceux n'ayant bénéficié d'aucune formation. Aussi il semble que nos effectifs soient trop faibles pour pouvoir conclure.

Les professionnels de notre étude ont donc des notions sur les effets potentiels de la consommation d'alcool in-utero, mais ils manquent de connaissances claires et précises. Ils disent connaître le SAF mais pour la majorité ils ne peuvent pas en citer les caractéristiques. Cependant, à l'issue de notre étude seulement 55.4% des soignants se disent intéressés par des informations supplémentaires sur les effets fœtaux de l'alcool. Ainsi les autres jugent-ils suffisantes pour leur pratique leurs connaissances sur ce sujet ?

#### **4. Un manque de formation sur les effets fœtaux de l'alcool :**

Une majorité de professionnels interrogés n'a pas eu de formation initiale ou continue

sur les effets fœtaux de l'alcool. Ce manque de formation, quoique plus marqué dans notre échantillon est retrouvé dans plusieurs études (38,40,48). Dans notre étude, seulement 11,8% des médecins généralistes et 39,1% des sages-femmes disent avoir bénéficié d'une formation initiale ou continue sur les effets fœtaux de l'alcool. Dans les études de l'ORS de Haute-Normandie (41,42), 16 % des médecins généralistes en 2001 et 57,6% des sages-femmes en 2007 avaient suivi une telle formation. En 2014 en Auvergne, 35,2% des médecins généralistes et 60% des sages-femmes en avaient eu une (45).

Les sages-femmes de notre étude ont ainsi suivi par rapport aux médecins généralistes significativement plus de formation initiale ou continue sur ce sujet, résultat concordant avec ceux des autres études. Une plus grande attention semble donc être portée à leur formation, sans doute parce qu'elles sont amenées à suivre plus de grossesses. La formation actuelle des étudiants en médecine au cours de l'externat comporte deux pages sur le sujet (49), mais on peut déplorer qu'aucune mention ne soit faite ni au repérage de la consommation d'alcool chez toutes les femmes enceintes ni aux questionnaires validés sur le sujet.

Le manque de formation des soignants ne semble en outre pas franchement s'amenuiser avec les années. Pourtant l'article 50 de la loi du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique (50), stipule que « la formation initiale et continue de tous les professionnels de santé [...] comprend un enseignement spécifique dédié aux effets de l'alcool sur le fœtus ». Notre étude est donc peut-être trop précoce par rapport à cette loi pour mettre en évidence une augmentation de la formation initiale par rapport aux précédentes études réalisées sur le sujet. Nos effectifs sont aussi sans doute trop faibles pour constater une différence de formation en fonction de l'ancienneté.

On peut de plus s'interroger sur la qualité de la formation, initiale ou en autodidacte, des soignants sur les effets fœtaux de l'alcool. M. Reboulet constate par exemple que la formation des soignants est très variable en volume horaire et en contenu (45). Dans notre étude, on ne retrouve pas de différence significative de connaissances des effets fœtaux de l'alcool entre les professionnels ayant bénéficié d'une formation ou n'en ayant pas bénéficié. De plus, les termes utilisés pour cette réponse sont aussi souvent imprécis. Les soignants ne tiendraient-ils donc pas leurs connaissances de l'information médiatique ordinaire plus que de sources scientifiques ? Il serait ainsi intéressant d'évaluer leur formation sur le sujet : quel en est le contenu et ce que les étudiants en retiennent, sous quelle forme ce sujet est abordé, quelles sont les sources que les soignants utilisent pour se former en autodidacte,...

La formation sur les effets fœtaux de l'alcool, des médecins généralistes comme celle

des sages-femmes, est donc insuffisante. D'ailleurs dans notre étude, 68,6 % des médecins généralistes et 34,8 % des sages-femmes considèrent que leur profession n'est pas bien informée sur le sujet. Mais on peut noter que paradoxalement seulement 35,3% des médecins généralistes et 26,1% des sages-femmes de notre étude se sont formés en autodidacte. Ainsi on peut s'interroger sur la disponibilité des soignants à s'informer sur ce sujet et, qui plus est, à suivre une formation plus importante. Il est donc primordial que la formation initiale soit améliorée.

## **5. Une mésestimation du risque de certaines consommations d'alcool :**

77.0% des soignants de notre étude considèrent le risque d'anomalies néonatales en cas d'exposition à l'alcool in-utero comme important voire très important et aucun ne le considère comme très faible ou inexistant. Pourtant il semble qu'ils ne repèrent pas tous certaines consommations d'alcool comme étant potentiellement à risque : les faibles consommations et les consommations de boissons faiblement alcoolisées. Ainsi il est surprenant de constater que pour 27,0% des soignants, la consommation de cidre pendant la grossesse n'est pas à risque, et que pour 29.8% le risque fœtal n'existe qu'à partir d'une consommation de 2 verres/jour voire même de 5 verres/jour pour 4,1 % d'entre eux ! Par comparaison dans l'étude de l'ORS de Haute-Normandie de 2007 (42), 90.6% des professionnels de maternité considéraient que la consommation de toutes les boissons alcoolisées, y compris du cidre, présentaient un risque pour le fœtus et 86,8% estimaient que le risque fœtal existait dès la consommation d'1 verre/jour.

Les professionnels de notre étude semblent bien percevoir le risque de la consommation chronique importante d'alcool. Cependant ils semblent sous-estimer le risque de consommations d'alcool faibles ou occasionnelles, ce que retrouve aussi S. Paugam dans sa thèse (39). S. Gadeyne, dans son étude qualitative réalisée en 2008 auprès des gynécologues-obstétriciens (46), constate même que les aspects liés à la consommation d'alcool à risque, sans dépendance à l'alcool, sont absents de leur discours.

On peut donc s'interroger sur les raisons pour lesquelles le risque des consommations d'alcool faibles ou occasionnelles est sous-estimé.

Tout d'abord, les professionnels peuvent manquer de temps pour mettre à jour leurs connaissances, et continuer alors à se baser sur d'anciennes recommandations, qui étaient bien plus des recommandations de modération que d'abstinence. Par exemple en 2009, A. Huet-Rouyet retrouve que le message d'abstinence de consommation d'alcool au cours de la

grossesse est encore considéré comme nouveau par beaucoup, d'où des difficultés à le délivrer (51).

Les soignants ont aussi parfois une certaine défiance envers ces messages de prévention qui évoluent et qui peuvent diverger dans le temps et selon les pays (39). C. Cheminal constate par exemple en 2008 que certains médecins généralistes n'admettent toujours pas que l'alcool puisse être nocif pour le fœtus (38). Le message de prévention de consommation d'alcool pendant la grossesse, bien qu'étant majoritairement un message d'abstinence, peut, de plus, diverger selon les pays. Au Royaume-Uni par exemple il s'agit plutôt d'un message de modération de consommation d'alcool que d'un message d'abstinence.

De plus, il peut être difficile pour les professionnels de santé de se forger une opinion sur les consommations réellement à risque. En effet, les études sur le retentissement sur l'enfant, de consommations d'alcool faibles à modérées, ont des conclusions parfois contradictoires (15,17). Les seuils de consommation d'alcool utilisés dans les différentes études ne sont aussi souvent pas les mêmes. Ainsi une faible consommation d'alcool pourra être définie comme étant une consommation inférieure à 1 à 2 verres par semaine ou par occasion (17), comme étant une consommation inférieure à 9 verres par semaine (19). Ainsi, si ce manque d'homogénéité dans les résultats des différentes études peut s'expliquer en partie par la présence de facteurs de confusion (52), cela place les soignants face à un manque de consensus, qui peut les amener à relativiser le risque de faibles consommations.

Enfin, certains soignants semblent avoir des difficultés à apprécier le risque de certaines consommations d'alcool, sans doute en raison de leur propre rapport à l'alcool. En effet, dans une étude qualitative réalisée en 2006 auprès de gynécologues (53), A. Dumas retrouve que certains, les plus gros consommateurs d'alcool selon le questionnaire AUDIT-c, n'évoquent un risque fœtal qu'à partir de la consommation d'une bouteille de vin ou de whisky par jour (7 à 32 UI d'alcool/jour).

Ainsi en sous-estimant le risque de certaines consommations, les soignants peuvent être amenés à ne pas les rechercher ou à les banaliser. Il semble aussi difficile qu'ils adhèrent alors au message de prévention. Il serait donc important que les soignants réalisent que ce n'est pas la dépendance à l'alcool qui est nuisible pour le fœtus mais bien la toxicité de l'alcool.

## **6. L'alcool pendant la grossesse: un manque notable de dépistage:**

## **6.1 L'alcool: un sujet pas systématiquement abordé:**

La majorité des professionnels de notre étude, que ce soit à leur initiative ou à celle de la femme enceinte, déclarent aborder avec elle le sujet de l'alcool en consultation. Mais parmi ceux n'ayant jamais été interrogé par une femme enceinte à ce sujet, seulement 34,3 % l'abordent systématiquement.

De plus, seulement 55,4% des soignants disent informer systématiquement les femmes enceintes sur les risques fœtaux de l'alcool. Dans les études de l'ORS de Haute-Normandie (41,42), ils n'étaient en 2001 que 34% et en 2007 que 46,5% à informer systématiquement des risques, ce qui peut donc témoigner d'une amélioration des pratiques. Ainsi même si les connaissances des soignants de notre étude sur les risques fœtaux de l'alcool nous semblaient approximatives, elles leur permettent tout de même d'informer les patientes enceintes.

Les études réalisées auprès des femmes enceintes retrouvent un taux variable de femmes qui disent avoir reçu une information sur ce sujet par un professionnel de santé : 33% pour celle de C. Magne et 62,4% pour celle de M. Vabre (36,54).

Le thème de l'alcool et de ses risques est ainsi abordé par un certain nombre de professionnels. Cependant, beaucoup ne l'abordent toujours pas ou seulement s'ils suspectent un problème de consommation d'alcool. Les freins retrouvés dans différentes études (40,43,44,47,51) au fait de ne pas aborder le sujet de l'alcool et de ses risques sont multiples et plus ou moins objectifs : le manque de temps, un sujet qui apparaît secondaire par rapport aux autres préventions de début de grossesse, une contrainte supplémentaire, le souci de ne pas effrayer les femmes enceintes, une patientèle pas concernée, pas intéressée ou suffisamment informée,...

Le fait que le sujet de l'alcool puisse être perçu comme secondaire lors de la première consultation de grossesse, et qu'il puisse ne pas être abordé pour différents prétextes, témoigne plutôt d'un manque de connaissances des soignants, vu les conséquences potentiellement dommageables pour le fœtus. De plus toutes ces raisons évoquées pour ne pas aborder le thème de l'alcool ne le sont pas pour celui du tabac. Cela illustre donc la réticence des professionnels à aborder ce sujet et leur possible difficulté à tenir un discours avec des incertitudes, qui peut être vécu comme un manque de savoir de leur part, comme le suggère S. Paugam dans sa thèse (39).

Il pourrait donc être intéressant que les soignants délivrent à leurs patientes, voire aux couples, une information sur l'alcool et sur ses risques en s'aidant d'un document écrit,

pouvant leur être remis. Il serait de plus souhaitable que ce sujet soit abordé avant le début de la grossesse, pour améliorer la prévention sur ce sujet. Ainsi, il semble nécessaire que les patientes soient mieux informées de l'existence et de l'intérêt de la consultation pré-conceptionnelle.

## **6.2 Un manque de repérage des consommations d'alcool pendant la grossesse:**

Seulement 52,7 % des soignants de notre étude pensent que la recherche d'une consommation d'alcool devrait être systématique chez toutes les femmes enceintes. M. Reboulet retrouve un taux similaire de soignants (57,4%) à interroger les femmes enceintes sur leur consommation d'alcool (45). Dans son étude auprès des femmes enceintes de 6 mois C. Magne retrouve un taux concordant de 42 % à n'avoir jamais été interrogées sur leur consommation d'alcool (54).

Une enquête nationale (55) réalisée en 2005 au Canada auprès de 2216 soignants retrouvait, elle, que 97,4% de ceux-ci (97,7% des médecins de famille, 96,7% des sages-femmes et 96,8% des gynécologues) abordaient systématiquement avec leurs patientes enceintes la fréquence et la quantité de leur consommation d'alcool. Ainsi les soignants Outre-Atlantique semblent avoir une meilleure pratique, sans doute due à une politique de santé publique plus importante et plus ancienne sur le sujet.

L'ensemble des soignants de notre étude n'interrogerait ainsi pas toutes les femmes enceintes sur leur consommation d'alcool, mais seulement certaines, en se basant sur la connaissance de la patiente et de ses antécédents, et sur leurs capacités à repérer les femmes à risque, comme on le retrouve aussi dans plusieurs études (39,51,53). Or comme le soulignent A. Dumas et S. Gadeyne, les soignants confondent souvent alcoolisme et consommation d'alcool à risque (46,53). Ainsi en n'interrogeant pas toutes les femmes enceintes, ils risquent de méconnaître certaines consommations potentiellement à risque pendant la grossesse, qui ne sont cependant pas de l'ordre de l'alcool-dépendance. Ainsi si seulement 47,3% des soignants de notre étude déclarent avoir été confrontés à une consommation d'alcool chez une femme enceinte, n'est-ce pas parce qu'ils ont omis de questionner certaines patientes sur leur consommation d'alcool ?

Par ailleurs, une raison souvent évoquée par les soignants pour ne pas interroger sur la consommation d'alcool est la peur d'être intrusif et culpabilisant (40,51,56). Or le simple fait de poser la question en routine permet d'être plus à l'aise avec celle-ci et moins culpabilisant

(47). De plus cette raison n'est pas évoquée quand il s'agit d'interroger les femmes enceintes sur leur consommation de tabac. En effet les professionnels s'enquèrent plus facilement de la quantité de tabac consommé, que de celle de l'alcool (40,43,47). Ainsi l'alcool, bien qu'ayant une image plutôt positive quand il est consommé modérément en société, reste un sujet encore tabou quand il s'agit de s'enquérir en consultation de la consommation d'alcool.

Enfin, un des freins au repérage d'une consommation d'alcool à risque au cours de la grossesse, peut être le manque de connaissance du réseau, comme le suggère aussi C. Bigel dans sa thèse (44). En effet, 52,7 % des soignants de notre étude disent ne pas connaître de structures pour les femmes présentant un problème avec l'alcool et seulement 29,7 % sont capables d'en citer une dans leur région. Ainsi n'est-ce pas plus difficile d'interroger sur la consommation d'alcool si l'on ne sait pas vers qui adresser la patiente en cas de problème de consommation ?

Ainsi certaines patientes, dont la consommation d'alcool n'a pas été repérée, risquent ne pas bénéficier d'une prise en charge adaptée (entretien motivationnel, interventions brèves, orientation vers un spécialiste,..). Or une recommandation de la Société Française d'Alcoologie (SFA) de niveau de preuve 1 considère que « les interventions brèves et répétées, pratiquées par tout professionnel de santé, sont efficaces pour favoriser son abstinence » (22). Il est donc indispensable que les soignants questionnent toutes les femmes sur leur consommation d'alcool, que ce soit lors du suivi de grossesse ou si possible avant qu'elle ne débute.

### **6.3 Les questionnaires de dépistage: méconnus et peu utilisés pendant la grossesse :**

Pour dépister une consommation d'alcool à risque pendant la grossesse, seulement peu de soignants de notre étude (12,2%) utilisent un questionnaire validé (T- ACE, AUDIT,..). C'est également ce que retrouvent S. Paugam et A. Huet-Rouyer dans leur thèse qualitative réalisées en 2009 (39,51). En 2014, M. Reboulet retrouve même qu'aucun professionnel n'utilise ces questionnaires (45). Dans l'enquête nationale réalisée au Canada en 2005 (55), 62% des professionnels utilisaient déjà un questionnaire normalisé pour dépister une consommation d'alcool à risque au cours de la grossesse.

Leur utilisation est en effet recommandée par la SFA et la HAS (14,22) car elle améliore le repérage des consommations à risque par rapport au simple interrogatoire. Les

soignants repèrent en effet surtout les consommations d'alcool importantes (57,58). Le questionnaire T-ACE en particulier a montré son intérêt pour repérer les consommations d'alcool à risque au cours de la grossesse : avec un score de 2, sa sensibilité est de 69 % et sa spécificité de 85%. Il tarde cependant à être validé en France, bien qu'une première étude française en ait prouvé l'intérêt en 2007 (59). Une étude récente (60) a éprouvé ce questionnaire, avec un score de 3 au lieu de 2, appelé T-ACER: celui-ci serait aussi sensible et plus spécifique que le T-ACE quant au dépistage des consommations à risque pour le fœtus, mais il doit être validé à plus grande échelle.

Ainsi on peut s'interroger sur les raisons du manque d'utilisation en pratique de ces questionnaires validés. Cela peut s'expliquer déjà par le fait qu'ils sont peu connus des professionnels de santé. En effet, 74,3 % des soignants de notre étude n'en connaissent aucun. M. Reboulet retrouve même que seulement 1,9 % des soignants en connaissent un (45). De plus les questionnaires ayant trait à l'alcool semblent toujours peu utilisés par les soignants. Le baromètre santé de 2009 retrouve en effet que seulement 12,9 % des médecins généralistes utilisent dans leur pratique un questionnaire en rapport avec l'alcool (61).

Il serait donc intéressant d'étudier les réticences des soignants à utiliser les questionnaires validés. Il semble aussi nécessaire de diffuser ces questionnaires auprès des professionnels de santé. En effet, les soignants de notre étude qui les connaissent semblent en majorité les utiliser, mais nos effectifs sont trop faibles pour conclure. Il serait aussi important d'en souligner l'intérêt et de les intégrer au dossier médical de suivi de grossesse. Une autre option serait de les faire remplir dès la salle d'attente. Cela pourrait alors servir de point de départ à la discussion. Cette option semble cependant difficilement applicable en secteur libéral, le motif de consultation n'étant pas forcément connu.

## **7. Une participation à la formation de MATERMIP insuffisante, malgré une volonté globale d'informations :**

Au terme de cette étude, 87,5 % des soignants se disent intéressés pour avoir des informations supplémentaires sur le sujet. Les sujets qui semblent leur poser le plus problème sont le dépistage des consommations d'alcool chez la femme enceinte et sa prise en charge, ce qui corrobore donc nos résultats.

Les soirées de formation de MATERMIP, dispensées au CH de Rodez en Aveyron

début 2014, répondaient donc bien à leurs attentes. En effet, les thèmes des trois formations étaient : la consommation d'alcool chez la femme et les nouveaux modes de consommation, la consommation d'alcool chez la femme enceinte et sa prise en charge, et les effets fœtaux de l'alcool. Le nombre de participants à ces soirées était d'environ 30 à 40 professionnels (médicaux, para-médicaux, médico-sociaux). Cependant on peut déplorer un manque de participation notable des médecins généralistes et des gynécologues : seulement 5 à 8 médecins généralistes ont en effet assisté à chacune des trois formations et 1 seul gynécologue à l'une des trois formations. 6 à 13 sages-femmes étaient, elles, présentes à chaque formation. Certes les professionnels de santé manquent de temps pour se former et de nombreux sujets peuvent être importants pour leur pratique, mais il est regrettable que malgré leur volonté d'être informés sur le sujet, seulement peu aient assisté à ces formations. On peut donc légitimement s'interroger sur le réel intérêt des soignants et sur leur conscience de l'importance du sujet. Cela souligne de plus l'importance à accorder à la formation initiale sur ce sujet.

A l'issue de ces formations, qui ont par ailleurs permis aux soignants de se rencontrer, plusieurs documents pour améliorer la prévention et la connaissance du réseau ont été élaborés : un schéma récapitulatif sur le repérage de la consommation d'alcool et sur la conduite à tenir (annexe 8), un auto-questionnaire pour les patientes à mettre à disposition dès la salle d'attente, et un annuaire des ressources d'Aveyron.

## **Conclusion :**

Le sujet de la consommation d'alcool, et de ses risques au cours de la grossesse, est encore mal connu des professionnels de santé, ceci en partie dû à leur manque de formation. Ce sujet reste difficile à aborder pendant le suivi de grossesse et, la recherche d'une consommation d'alcool chez toutes les femmes enceintes, n'est pas encore une évidence pour tous les soignants. Les questionnaires validés sur ce sujet restent d'ailleurs méconnus et rarement utilisés.

De plus, même si les professionnels de santé de notre étude disent avoir besoin d'informations au sujet de l'alcool et de la grossesse, ils semblent manquer de réelle motivation quand il s'agit de suivre une formation théorique. Ainsi une formation consistant en un échange sur leurs pratiques ne serait-elle pas mieux suivie ? Elle pourrait leur permettre d'évoquer leurs difficultés sur ce sujet, de les questionner sur leur rapport à l'alcool et de leur faire prendre conscience de leur représentations. Il serait aussi important d'améliorer la formation initiale, théorique et pratique, de tous les soignants. En ce qui concerne celle des médecins généralistes, l'enseignement sur le suivi de grossesse dispensé au cours de l'internat, semblent être propice à l'approfondissement de ces connaissances spécifiques sur le sujet.

Enfin, il est nécessaire que les professionnels de santé réalisent que la consommation d'alcool des femmes enceintes, comme celle de la population générale, évolue actuellement vers une consommation plus occasionnelle que chronique, mais qui peut entraîner un risque réel au cours de la grossesse. Il faut aussi qu'ils comprennent que par crainte de dramatiser la consommation d'alcool pendant la grossesse, ils risquent de la banaliser. Il n'est bien-sûr pas question de culpabiliser une femme enceinte qui consomme de l'alcool. Mais, comment comprendre que les professionnels de santé puissent se passer d'informer sur ce sujet et ne pas interroger toutes les femmes enceintes sur leur consommation d'alcool, alors que les TCAF, qui sont la première cause de retard mental non génétique en France, sont pourtant totalement évitables ? A l'heure actuelle, le message de prévention le plus sûr et le seul qui puisse être raisonnablement délivré par les soignants reste celui de l'abstinence, les patientes n'auront que trop d'occasions d'y déroger. Et si la femme enceinte reste la cible principale de cette prévention, n'oublions pas aussi que le conjoint peut être un soutien primordial.

## **Bibliographie :**

1. Berr C, Clavel-Chapelon F, Dally S, Daval J-L, Fumeron F, Girre C, et al. Alcool: effets sur la santé. 2001 Disponible sur: <http://lara.inist.fr/handle/2332/1325>
2. Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France. Alcool pendant la grossesse : tératogène et neuro-toxique - Extraits des mises à jour en gynécologie et Obstétrique. Vol. TOME XXVII. 2003.
3. Nava-Ocampo AA, Velázquez-Armenta Y, Brien JF, Koren G. Elimination kinetics of ethanol in pregnant women. *Reprod Toxicol.* juin 2004;18(4):613-7.
4. Guizzetti M, Zhang X, Goeke C, Gavin DP. Glia and Neurodevelopment: Focus on Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Front Pediatr.* 2014 Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/docadis-ups-tlse.fr/pmc/articles/PMC4227495/>
5. Kobor MS, Weinberg J. Focus on: epigenetics and fetal alcohol spectrum disorders. *Alcohol Res Health J Natl Inst Alcohol Abuse Alcohol.* 2011;34(1):29-37.
6. Finegersh A, Homanics GE. Acute Ethanol Alters Multiple Histone Modifications at Model Gene Promoters in the Cerebral Cortex. *Alcohol Clin Exp Res.* juill 2014;38(7):1865-73.
7. Finegersh A, Homanics GE. Paternal Alcohol Exposure Reduces Alcohol Drinking and Increases Behavioral Sensitivity to Alcohol Selectively in Male Offspring. Burne THJ, éditeur. *PLoS ONE.* 4 juin 2014;9(6):e99078.
8. Nizhnikov ME, Popoola DO, Cameron NM. Transgenerational Transmission of the Effect of Gestational Ethanol Exposure on Ethanol Use-Related Behavior. *Alcohol Clin Exp Res.* févr 2016;n/a-n/a.
9. Jones K, Smith D, Ulleland C, Streissguth A. Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. *The Lancet.* juin 1973;301(7815):1267-71.
10. Streissguth AP, Aase JM, Clarren SK, Randels SP, LaDue RA, Smith DF. Fetal alcohol syndrome in adolescents and adults. *JAMA.* 17 avr 1991;265(15):1961-7.
11. Alati R, Clavarino A, Najman JM, O'Callaghan M, Bor W, Mamun AA, et al. The developmental origin of adolescent alcohol use: Findings from the Mater University Study of Pregnancy and its outcomes. *Drug Alcohol Depend.* nov 2008;98(1-2):136-43.
12. Abel EL. An update on incidence of FAS: FAS is not an equal opportunity birth defect. *Neurotoxicol Teratol.* août 1995;17(4):437-43.
13. Roozen S, Peters G-JY, Kok G, Townend D, Nijhuis J, Curfs L. Worldwide Prevalence of Fetal Alcohol Spectrum Disorders: A Systematic Literature Review Including Meta-Analysis. *Alcohol Clin Exp Res.* janv 2016;40(1):18-32.
14. HAS. Troubles causés par l'alcoolisation fœtale: repérage. 2013. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/troubles\\_causes\\_par\\_lalcoholisation\\_foetale\\_reperage-\\_rapport\\_delaboration.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/troubles_causes_par_lalcoholisation_foetale_reperage-_rapport_delaboration.pdf)

15. Flak AL, Su S, Bertrand J, Denny CH, Kesmodel US, Cogswell ME. The Association of Mild, Moderate, and Binge Prenatal Alcohol Exposure and Child Neuropsychological Outcomes: A Meta-Analysis. *Alcohol Clin Exp Res.* janv 2014;38(1):214-26.
16. Conover EA, Jones KL. Safety concerns regarding binge drinking in pregnancy: A review. *Birt Defects Res A Clin Mol Teratol.* 1 août 2012;94(8):570-5.
17. Kelly Y, Iacovou M, Quigley M, Gray R, Wolke D, Kelly J, et al. Light drinking versus abstinence in pregnancy - behavioural and cognitive outcomes in 7-year-old children: a longitudinal cohort study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* oct 2013;120(11):1340-7.
18. Falgreen Eriksen H-L, Mortensen E, Kilburn T, Underbjerg M, Bertrand J, Støvring H, et al. The effects of low to moderate prenatal alcohol exposure in early pregnancy on IQ in 5-year-old children. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 1 sept 2012;119(10):1191-200.
19. Kesmodel U, Bertrand J, Støvring H, Skarpness B, Denny C, Mortensen E, et al. The effect of different alcohol drinking patterns in early to mid pregnancy on the child's intelligence, attention, and executive function. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 1 sept 2012;119(10):1180-90.
20. Skogerbø Å, Kesmodel US, Denny CH, Kjaersgaard MIS, Wimberley T, Landrø NI, et al. The effects of low to moderate alcohol consumption and binge drinking in early pregnancy on behaviour in 5-year-old children: a prospective cohort study on 1628 children. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 1 août 2013;120(9):1042-50.
21. Kilburn TR, Eriksen H-LF, Underbjerg M, Thorsen P, Mortensen EL, Landrø NI, et al. Low to Moderate Average Alcohol Consumption and Binge Drinking in Early Pregnancy: Effects on Choice Reaction Time and Information Processing Time in Five-Year-Old Children. *Abulseoud OA, éditeur. PLOS ONE.* 18 sept 2015;10(9):e0138611.
22. Société Française d'Alcoolologie. (S.F.A.) Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. *Recommandation de bonne pratique.* 1 mars 2015;37(1):5-84.
23. Alcool : quand l'enfant trinque in utero. Disponible sur: [http://abonnes.lemonde.fr/sciences/article/2015/03/31/alcool-quand-l-enfant-trinque-in-utero\\_4606628\\_1650684.html](http://abonnes.lemonde.fr/sciences/article/2015/03/31/alcool-quand-l-enfant-trinque-in-utero_4606628_1650684.html)
24. Carcer de aguirre L. Envoyé spécial: grossesse et alcool. *France 2;* 2015. Disponible sur: <http://vivreaveclesaf.fr/ressources/conferences>
25. Dumas A, Simmat-Durand L, Lejeune C. Grossesse et usage de substances psychoactives en France. Synthèse de la littérature. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* nov 2014;43(9):649-56.
26. Toutain S. Ce que les femmes disent de l'abstinence d'alcool pendant la grossesse en France. *Bull Épidémiologique Hebd.* 2009;(10-11):100-102.
27. MILDT. Enquête de l'INPES: Alcool pendant la grossesse, un risque encore méconnu en France. Disponible sur: <http://f.info.drogues.gouv.fr/o/?s=1245-97D-20CB-8f66f76e-15E>
28. BEH n°16-17-18/2013 /BEH - Bulletin épidémiologique hebdomadaire /Numéro

thématique–L'alcool, toujours un facteur de risque majeur pour la santé en France. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2013/BEH-n-16-17-18-2013>

29. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010 - Exploitation des données du Baromètre santé - Tendances 76 - juin 2011 – OFDT. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/niveaux-usage-drogues-en-france-en-2010-tendances-76-juin-2011/>
30. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014 - Tendances 99 - mars 2015 - OFDT Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/les-niveaux-dusage-des-drogues-en-france-en-2014-tendances-99-mars-2015/>
31. Dumas A, Lejeune C, Simmat-durand L. Tabac, alcool et cannabis pendant la grossesse : qui sont les femmes à risque ? Sante Publique (Bucur). 1 sept 2014;26(5):603-12.
32. Dumas A, Lejeune C, Simmat-Durand L, Crenn-Hébert C, Mandelbrot L. Grossesse et substances psychoactives : étude de prévalence de la consommation déclarée. Disponible sur: <https://www-em--premium-com.docadis.uptlse.fr/article/195922/resultatrecherche/1>
33. Blondel béatrice, Kermarrec M. Enquête périnatale 2010- Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. 2011 mai. Disponible sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les\\_naissances\\_en\\_2010\\_et\\_leur\\_evolution\\_depuis\\_2003.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf)
34. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la santé. Alcool et grossesse parlons-en. Guide à l'usage des professionnels. 2009. Disponible sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Alcool\\_et\\_grossesse\\_parlons-en2.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Alcool_et_grossesse_parlons-en2.pdf)
35. Sokol RJ, Martier SS, Ager JW. The T-ACE questions: Practical prenatal detection of risk-drinking. Am J Obstet Gynecol. avr 1989;160(4):863-70.
36. Vabre M. « Zéro alcool pendant la grossesse »: évaluation des connaissances des accouchées concernant ces recommandations. [Grenoble, France]; 2009.
37. Rols L, Lacroix I. Evolution des connaissances des femmes enceintes sur l'alcool et la grossesse: étude comparative entre 2006 et 2011 auprès de 200 femmes enceintes à l'hôpital Paule de Viguier à Toulouse. [Toulouse, France]; 2012.
38. Cheminal Lecland C. La difficile approche de la question de l'alcoolisation en cours de grossesse: enquête qualitative auprès de médecins généralistes à partir de la méthode des focus groups [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2008.
39. Paugam S. L'abord de la consommation d'alcool chez les femmes enceintes par les médecins généralistes dans le Finistère: étude qualitative d'après 6 entretiens individuels et 3 focus group [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bretagne occidentale; 2009.
40. Lamblin S. Place de la prévention de l'alcoolisation fœtale en cours de grossesse faite par le médecin généraliste: enquête qualitative auprès de médecins généralistes par la méthode du recueil individuel [Thèse d'exercice]. [France]: Université François Rabelais (Tours). UFR de médecine; 2014.

41. 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; 2002 déc p. 83.
42. Villet H, Lefebvre A, Yon A, Mazure G. Etude « Grossesse et alcool »-Enquête auprès des professionnels des maternités et services de néonatalogie. ORS Haute-Normandie; 2007 janv p. 99.
43. Duigou AL. État des lieux de la prise en charge diagnostique du Syndrome d'Alcoolisation Fœtale dans le Finistère: évaluation des connaissances des professionnels de santé concernant le SAF [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bretagne occidentale; 2010.
44. Bigel C. Si on en parlait autour d'un verre ?: étude de l'information « Alcool et grossesse » dispensée par les professionnels d'obstétrique lorrains. [Metz, France]: Université Henri-Poincaré; 2011.
45. Reboulet M, Schmitt A. État des lieux des connaissances sur les risques de l'alcoolisation maternelle, du dépistage et de la prévention réalisés par les professionnels de périnatalité d'Auvergne. [Clermont-Ferrand, France]; 2014.
46. Gadeyne S. Alcool et grossesse : connaissances, représentations et pratiques des gynécologues obstétriciens. 2008. 128 p. Disponible sur: [http://www.alcoolinfo.com/cdpaV2/backoffice/file.aspx?dt\\_id=250](http://www.alcoolinfo.com/cdpaV2/backoffice/file.aspx?dt_id=250)
47. Crawford-Williams F, Steen M, Esterman A, Fielder A, Mikocka-Walus A. « If you can have one glass of wine now and then, why are you denying that to a woman with no evidence »: Knowledge and practices of health professionals concerning alcohol consumption during pregnancy. *Women Birth*. déc 2015;28(4):329-35.
48. Varenne L. Alcool et grossesse: les connaissances des professionnels de l'obstétrique. [Lyon, France]; 2011.
49. item20\_5 - cours.pdf. Disponible sur: [http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item20\\_5/site/html/cours.pdf](http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item20_5/site/html/cours.pdf)
50. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. 2004-806 août 9, 2004.
51. Huet-Rouyer A, Lacaille-Urien J. Prévention de la consommation d'alcool au cours de la grossesse: étude du vécu et du ressenti de médecins généralistes par la méthode du Focus Group. [France]; 2009.
52. Niclasen J. Drinking or Not Drinking in Pregnancy: The Multiplicity of Confounding Influences. *Alcohol Alcohol*. 1 mai 2014;49(3):349-55.
53. Dumas A, Lejeune C, Simmat-Durand L, Bonnaire C, Michaud P, Hillaire S. Prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) : Pratiques et représentations des professionnels de la périnatalité. *Alcoologie Addictologie*. 2006;28(4):311-6.
54. Magne C. Abord de la consommation d'alcool en consultation prénatale: enquête au CHRU de Brest. [Brest, France]; 2011.

55. Agence de santé publique du Canada. Connaissances et attitudes des professionnels des soins de la santé en matière de syndrome d'alcoolisation foetale. Résultats d'une enquête nationale - Agence de la santé publique du Canada. 2005. Disponible sur: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/fasd-surv-etcaf-enquete/index-fra.php>
56. Payne JM, Watkins RE, Jones HM, Reibel T, Mutch R, Wilkins A, et al. Midwives' knowledge, attitudes and practice about alcohol exposure and the risk of fetal alcohol spectrum disorder. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:377.
57. 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. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. mai 2015;44(5):433-42.
58. McNamara TK, Orav EJ, Wilkins-Haug L, Chang G. Risk during pregnancy—Self-report versus medical record. *Am J Obstet Gynecol*. déc 2005;193(6):1981-5.
59. Varescon I, Gaugue J, Wendland J. Alcool et grossesse : Première utilisation du questionnaire de dépistage T-ACE dans une population française. 1 janv 2007;29(3):221-6.
60. Chiodo LM, Delaney-Black V, Sokol RJ, Janisse J, Pardo Y, Hannigan JH. Increased Cut-Point of the TACER-3 Screen Reduces False Positives Without Losing Sensitivity in Predicting Risk Alcohol Drinking in Pregnancy. *Alcohol Clin Exp Res*. mai 2014;38(5):1401-8.
61. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Gautier A, others. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Inpes; 2011. Disponible sur: <http://www.inpes.fr/Barometres/BaroCancer2010/pdf/prevention-EPS-ETP.pdf>

## Annexe 1 : Organogenèse et périodes de sensibilité à l'alcool :

### Périodes de développement des différents organes et sensibilité correspondant aux effets d'une exposition à l'alcool

Développement (en semaine)

Ovule	Embryon						Foetus				
1-2	3	4	5	6	7	8	12	16	20-36	38	
SNC*	■										
Cœur	■					■					
bras	■						■				
yeux	■							■			
jambes	■						■				
					■						
					■						
					■						
					■						
					■						
					■						
oreilles	■										

\* Système nerveux central

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

■ Risque accru

■ Susceptibilité moindre

**Annexe 2 : Le questionnaire T-ACE :**

Medscape		
The TACE Tool		
T-ACE	QUESTIONS	Points
Tolerance	<b>How many drinks does it take to feel the first effect?</b> <hr style="width: 100px; margin-left: 0;"/> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">(3 or more = 2 points)</p>	
Annoyed	<b>Have people ever annoyed you by criticizing you about your drinking?</b> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">(Yes = 1 point)</p>	
Cut down	<b>Do you sometimes feel the need to cut down on your drinking?</b> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">(Yes = 1 point)</p>	
Eye-opener	<b>Do you sometimes take a drink in the morning when you first get up?</b> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">(Yes = 1 point)</p>	

Sokol RJ, Martier SS, Ager JW (1989) The T-ACE questions: Practical prenatal detection of risk drinking. American Journal of Obstetrics and Gynecology 160(4): 863-870

Source: Alcohol Alcohol © 2010 Oxford University Press

### Annexe 3: Le questionnaire AUDIT-c :

<b>AUDIT-C Questionnaire for Detecting Alcoholism</b>	
<b>1. How often do you have a drink containing alcohol?</b>	
<input type="checkbox"/> a. Never	
<input type="checkbox"/> b. Monthly or less	
<input type="checkbox"/> c. 2-4 times a month	
<input type="checkbox"/> d. 2-3 times a week	
<input type="checkbox"/> e. 4 or more times a week	
<b>2. How many standard drinks containing alcohol do you have on a typical day?</b>	
<input type="checkbox"/> a. 1 or 2	
<input type="checkbox"/> b. 3 or 4	
<input type="checkbox"/> c. 5 or 6	
<input type="checkbox"/> d. 7 to 9	
<input type="checkbox"/> e. 10 or more	
<b>3. How often do you have six or more drinks on one occasion?</b>	
<input type="checkbox"/> a. Never	
<input type="checkbox"/> b. Less than monthly	
<input type="checkbox"/> c. Monthly	
<input type="checkbox"/> d. Weekly	
<input type="checkbox"/> e. Daily or almost daily	
The AUDIT-C is scored on a scale of 0-12. Each AUDIT-C question has 5 answer choices. Points allotted are: a = 0 points, b = 1 point, c = 2 points, d = 3 points, e = 4 points <b>Men</b> , a score of 4 or more is considered positive, optimal for identifying hazardous drinking or active alcohol use disorders. <b>Women</b> , a score of 3 or more is considered positive, optimal for identifying hazardous drinking or active alcohol use disorders.	

## **Annexe 4 : Le questionnaire de l'étude :**

### **L'alcool au cours de la grossesse**

Il y a 32 questions dans ce questionnaire

#### **CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA PERSONNE ENQUETEE**

##### **1 Vous êtes?**

Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes :

- Un homme
- Une femme

##### **2 Quelle est votre profession?**

Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes :

- Gynécologue
- Gynécologue-obstétriciens
- Médecin généraliste
- Sage-femme
- Autre

##### **3 Votre mode d'exercice?**

Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes :

- Hospitalier
- Libéral
- PMI
- Autre

##### **4 Votre ancienneté dans la profession?**

Veillez écrire votre réponse ici :

#### **VOS EXPERIENCES, ATTITUDES ET PRATIQUES**

##### **5 Avez-vous déjà été spontanément interrogé par une femme enceinte ou accouchée sur les risques liés à l'alcool?**

Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes :

- Oui
- Non

##### **6 Si non abordez-vous spontanément le thème de l'alcool et de ses dangers auprès des femmes enceintes?**

Répondre seulement si réponse 'non' à la question 5'

Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes :

- Oui systématiquement
- En fonction de la réceptivité de la femme
- Non

**7 Pensez-vous répondre aux attentes de ces femmes?**

Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes :

- Oui
- Parfois
- Non

**8 Dans le cadre de votre exercice avez-vous déjà été confronté à un problème de consommation d'alcool chez la femme enceinte?**

Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes :

- Oui
- Jamais

**9 Avez-vous pu établir un dialogue avec la femme?**

**Répondre à cette question seulement si réponse 'oui' à la question 8**

Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes :

- Oui
- Parfois
- Jamais

**10 Dans le cas où vous n'avez pas pu établir ce dialogue pensez-vous que c'était dû à:**

Choisissez **toutes** les réponses qui conviennent :

- Un déni de la part de la femme
- des difficultés de votre part à aborder le problème
- Autre:

**11 Mettez-vous en garde les femmes enceintes sur les effets foetaux de l'alcool?**

Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes :

- Oui, systématiquement
- Quand vous suspectez un problème d'alcoolisation excessive
- Non

**12 Quand une femme enceinte vue en consultation présente un problème avec l'alcool**

Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes :

- Vous gérez le problème seul(e)
- Vous contactez des praticiens ou structures spécialisées

**13 Connaissez-vous les questionnaires de détection de l'alcoolisation et de la dépendance alcoolique?**

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Non	Oui mais ne l'utilise pas	Oui et l'utilise
Questionnaire DETA (CAGE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questionnaire T-ACE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questionnaire AUDIT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres(s) questionnaire(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 14 Avez-vous vos propres outils de détection?

Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes :

- Oui, précisez
- Non

Faites le commentaire de votre choix ici :

#### 15 Diffusez-vous d'autres outils?

Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes :

- Non
- Oui, lesquels?

Faites le commentaire de votre choix ici :

### VOTRE OPINION

#### 16 Le dépistage du syndrome d'alcoolisation foetale chez les nouveaux-nés devrait être systématique:

Choisissez **toutes** les réponses qui conviennent :

- si la mère présente une consommation excessive régulière\* d'alcool
- si la mère présente une consommation excessive occasionnelle\*\* d'alcool
- si la mère présente une consommation modérée régulière d'alcool
- si le père a un problème avec l'alcool
- Ne se prononce pas

\*: >2 verres/jour ( verre standard)

\*\* : > 5 verres en 1 occasion

#### 17 La recherche d'une alcoolisation chez la femme enceinte devrait être systématique

Choisissez **toutes** les réponses qui conviennent :

- chez celles ayant eu un enfant malformé
- chez celles ayant eu un enfant de petit poids de naissance
- chez celles dont le conjoint a un problème avec l'alcool
- chez les femmes de milieu socialement défavorisé
- chez toutes les femmes enceintes

#### 18 Pensez-vous que la prise en charge des femmes enceintes consommant de l'alcool soit actuellement satisfaisante?

Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Pas d'avis

#### 19 Sur la prise en charge des enfant nés de mères ayant consommé de l'alcool, pensez-vous qu'il existe un déficit:

Choisissez **toutes** les réponses qui conviennent :

- de structures sanitaires
- de structures sociales
- de structures éducatives
- aucun déficit

- ne se prononce pas

## VOS CONNAISSANCES

### 20 Vous êtes-vous formé sur le problème des effets foetaux de l'alcool?

Choisissez **toutes** les réponses qui conviennent :

- Oui, dans le cadre d'une formation initiale ou continue
- Oui, sur un mode autodidacte
- Non

### 21 Avez-vous suivi cet enseignement en:

**Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :**

° La réponse était 'Oui, dans le cadre d'une formation initiale ou continue' à la question '20 [19]' (Vous êtes-vous formé sur le problème des effets foetaux de l'alcool?)

Choisissez **toutes** les réponses qui conviennent :

- formation initiale de base?
- formation initiale facultative( certificat optionnel, DU, DEA,...)?
- formation continue?

### 22 Chez la femme enceinte ayant consommé des boissons alcoolisées pendant sa grossesse, le risque d'anomalies néonatales est:

Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes :

- très important
- important
- faible
- très faible
- inexistant

### 23 Connaissez-vous le syndrome d'alcoolisation foetale?

Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes :

- Oui, mais je n'ai jamais été confronté au problème
- Oui, et j'ai déjà été confronté au problème
- Non

### 24 Les risques de syndrome d'alcoolisation foetale sont-ils plus importants suivant:

Choisissez **toutes** les réponses qui conviennent :

- la durée de l'alcoolisation
- la quantité d'alcool bue régulièrement par la mère
- le moment de l'alcoolisation par rapport au développement du fœtus
- la fréquence et le niveau des pics d'alcoolisation

### 25 Chez la femme enceinte, le risque foetal existe:

Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes :

- à partir de 1 verre\*/jour
- à partir de 2 verres\*/jour
- à partir de 5 verres\*/jour

\* verre standard

**26 Quelles sont, parmi les boissons citées ci-dessous, celles qui présentent un risque chez la femme enceinte?**

Choisissez **toutes** les réponses qui conviennent :

- " Vin
- " Bière
- " Cidre
- " Apéritifs
- " Digestifs

**27 Pensez-vous avoir besoin d'informations supplémentaires concernant:**

Choisissez **toutes** les réponses qui conviennent :

- " les effets sur le foetus
- " le dépistage de l'alcoolisation de la femme enceinte
- " les activités des associations
- " la prise en charge sanitaire de la femme enceinte
- " la prise en charge sanitaire de l'enfant

**28 Connaissez-vous des structures d'accueil pour femmes ayant un problème avec l'alcool?**

Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes :

- " Oui, pouvez-vous en citer une dans la région
- " Non

Faites le commentaire de votre choix ici :

**29 Quelles sont les principales conséquences de l'alcoolisation de la mère sur l'enfant (jusqu'à l'âge adulte)?**

Veillez écrire votre réponse ici :

**30 Pensez-vous que votre profession soit bien informée des risques fœtaux de l'alcoolisation maternelle?**

Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes :

- " Oui
- " Non
- " Ne se prononce pas

**31 Connaissez-vous le CAMSP (centre d'action médico-sociale précoce)?**

Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes :

- " Oui
- " Non

**32 Enfin si vous avez été confrontés au cours des douze derniers mois à un ou plusieurs problèmes d'alcoolisation chez la femme enceinte, pouvez-vous préciser sur le tableau ci dessous les caractéristiques des 5 dernières patientes concernées?**

	1er cas	2ème cas	3ème cas	4ème cas	5ème cas
<b>Age de le femme</b>					
<b>La mère vit-elle avec le père de l'enfant? 0.non 1.oui 9.nsp</b>					
<b>Situation professionnelle: 1.emploi stable 2.emploi précaire 3.chômage 4.invalidité ou longue maladie 5.sans profession</b>					
<b>Nombre d'enfants à charge( n.c. la grossesse concernée)</b>					
<b>Tabac: 0.non 1.oui ( précisez le nombre moyen de cigarettes) 9.nsp</b>					
<b>Type d'alcool consommé 1.bièrè 2.cidre 3.vins cuits 4.alcools forts 5.vin 6.champagne</b>					

**33 Si vous souhaitez recevoir les résultats de cette enquête, si vous avez des questions ou des remarques, merci de me laisser votre adresse mail et vos commentaires.**

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

**Annexe 5 : Les principales conséquences de l'alcoolisation de la mère sur l'enfant citées par les professionnels de santé % (N=74) :**

**Un des troubles du SNC 58,1 % (43) :**

Retard mental ou intellectuel/déficit intellectuel /faible QI/ problèmes mentaux/ troubles cognitifs (26), Retard ou trouble ou déficit des acquisitions/ difficulté d'apprentissage (4), Retard scolaire (1), Trouble ou retard ou déficit du développement psycho-moteur/ instabilité psychomotrice (12), Handicap psychomoteur irréversible (1), Difficultés ou troubles du comportement/ troubles psycho comportementaux (10), Trouble ou difficulté psychologique ou troubles neuro-psychologiques (3), Troubles de l'attention (1), Hyperactivité (2), Impulsivité (1), Inadaptation ou difficulté sociale (2), Atteinte SNC (1), Malformation SNC ou de la boîte crânienne et de l'encéphale (2), Anomalie développement SNC (1), Problème sur le cerveau (1), Problème neurologique (1), Déficit neurologique (1),

**Le retard de croissance 37,8 % (28) :**

RCIU (6), Retard de croissance (10), Retard staturo-pondéral (4), Retard de développement physique (1), Hypotrophie ou petit poids de naissance (7),

**La dysmorphie faciale 17,6 % (13) :**

Malformation ou dysmorphie cranio-faciale/ anomalie du faciès ou de la face/ faciès caractéristique ou typique ou particulier, faciès (13)

**Le SAF 8,1 % (6) :**

SAF (6)

**Autres :**

Développement neurologique (1), QI (1), Hypotonie (1), Épilepsie (1), Dysmorphie ou malformations (+/- fœtales) (10), Effet tératogène (1), Microcéphalie (1), Poids (1), Croissance (1), Anomalie du squelette et membre (1), Anomalie physique (1), Malformation cardiaque (3), Malformation urologique (1), Trouble de l'ouïe (1), Troubles de l'élocution (1), Anomalie visuelle (1), Risque de conso OH (sic) (1), Risque d'alcoolisation de l'enfant (2), Alcoolisation (1), Reproduction du caractère maternel addictif (1), Dépendance (1), Syndrome de sevrage (4), Pré maturité (2), MIU (sic) (1), Fausse couche (1), Mise en danger de l'enfant, malnutrition, carence éducative (1), Maltraitance (2), Défaut de soin (1), Risque pour une 2ème grossesse (2).

## **Annexe 6: Les autres outils de détection de l'alcoolisation utilisés par les soignants**

**(N=74) :**

### **1. Leurs propres outils :**

**Connaissances de la patiente, de ses antécédents de consommation et de ses risques (11) :**

- connaissance de la patiente (4)
- connaissance de ses facteurs de risque (4)
- connaissance de ses antécédents (attention si >2verres/jour) (1)
- point d'appel si d'autres toxicomanies/consommations associées (2)

**Interrogatoire sur la consommation d'alcool (14) :**

interrogatoire de la consommation d'alcool (11) dont précisions :

- régulière (1)
- sur les occasions de boire ( repas de famille, occasions, apéritifs..) (1)
- évaluation de la dépendance (1)
- si suspicion de risque (1)

entretien prénatal (3)

**Autres :**

au cas par cas (1), mise en confiance (1), ' 0 alcool pendant la grossesse rappelé' (1), biologie (1), article de la revue prescrire sur l'alcool et la grossesse (1), information par radio buron (sic) (1)

### **2. Les autres outils :**

Affiche salle d'attente ou SA (sic) (5) dont précision '0 alcool pendant la grossesse' (3)

Brochures(3) avec précision 'mises à disposition et déposées en consultation avec d'autres infos sur nutrition et grossesse' (1)

Documents/outils de l'INPES (2)

Plaquettes de l'ANPAA 12 (1)

Plaquettes d'info (1)

" je ne connais pas les outils" (1)

**Annexe 7 : Les structures d'accueil pour les femmes présentant un problème avec l'alcool citées par les professionnels de santé :**

Les structures d'accueil citées par les soignants (N=74) :

ANPAA 12/ CSAPA (7)

centre d'addictologie Rodez (3)

CH Sainte Marie/CASAP Olemps/ hôpital psychiatrique (6)

centre hospitalier d'Albi/ Albi (sic) (2)

Centre de La Canourgue, limitrophe Lozère (sic) (2)

CAMPS (sic) (1)

centre d'hygiène alimentaire avenue de rodez (1)

foyer de guidance infantile (1)

*non précisé (1)*

**Annexe 8 : Schéma de prise en charge en Aveyron, élaboré par MATERMIP :**

Logo CH Rodez

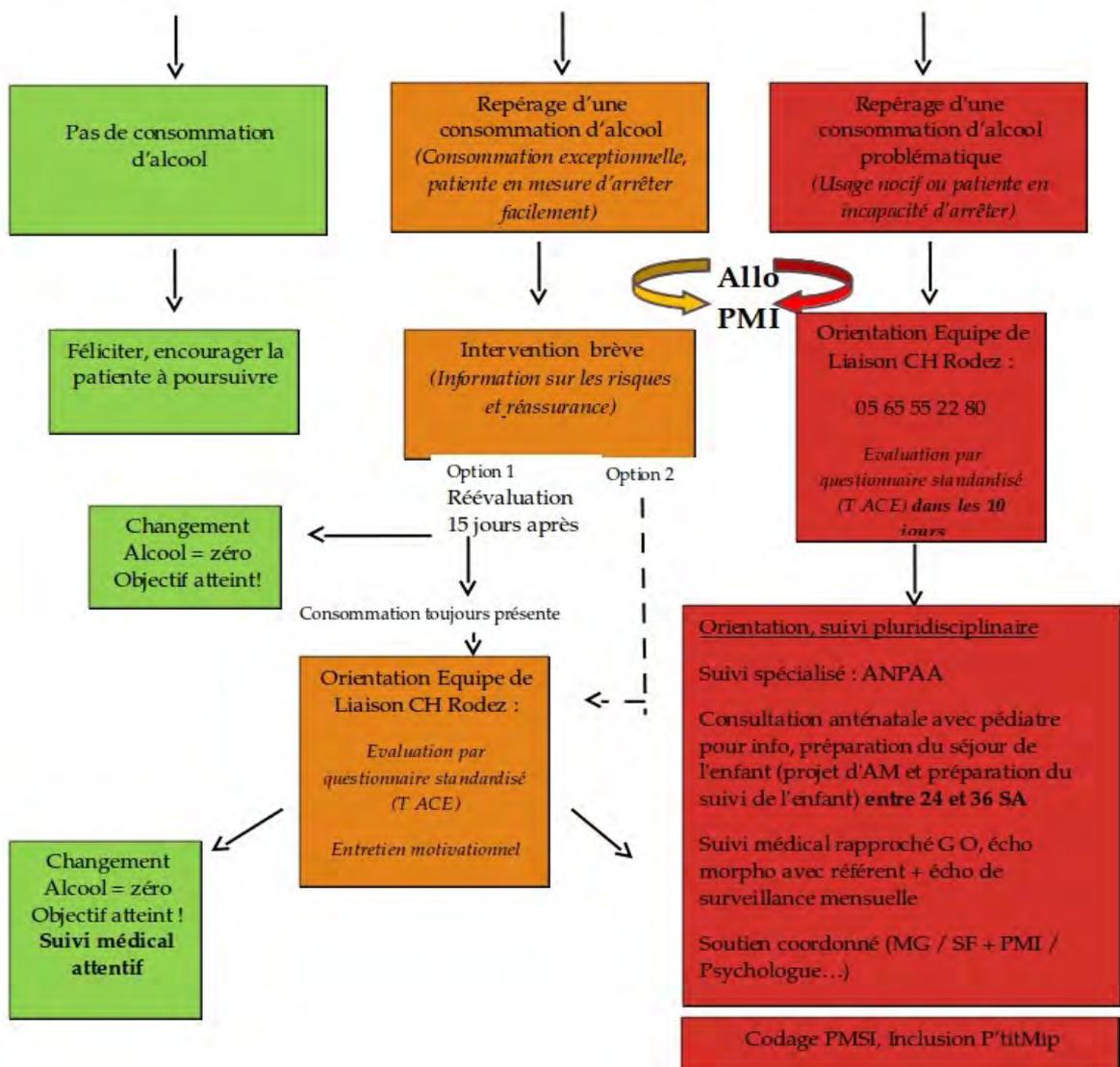


# DÉPISTAGE REPÉRAGE ET ORIENTATION

## "ALCOOL ET GROSSESSE"

**Distribution de l'auto-questionnaire en salle d'attente**

*Toutes les patientes, tous les professionnels*



## **Alcool et grossesse : un état des lieux des connaissances et des pratiques des professionnels de santé de la partie nord de l'Aveyron.**

**Contexte :** Malgré les conséquences potentiellement néfastes de l'alcool pour le fœtus et les recommandations d'abstinence, certaines femmes enceintes consomment encore de l'alcool. Les soignants ne les informeraient et ne les interrogeraient pas assez sur ce sujet. **Objectif :** Évaluer les connaissances et les pratiques des professionnels de santé du nord de l'Aveyron, concernant la consommation d'alcool pendant la grossesse. **Matériel et méthode :** Étude descriptive transversale réalisée de novembre 2013 à janvier 2014 auprès de 156 soignants (gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes), avec diffusion d'un questionnaire. **Résultats :** Le taux de participation était de 47,4 %. Aucun gynécologue n'y a participé. 78,4 % des soignants connaissaient la notion de syndrome d'alcoolisation fœtale, mais seulement 13,5 % en citaient les trois caractéristiques. 11,8 % des médecins généralistes et 39,1 % des sages-femmes avaient eu une formation initiale sur les effets fœtaux de l'alcool. Certaines consommations d'alcool (occasionnelle, en faible quantité,..) n'étaient pas perçues par tous, comme étant à risque pour le fœtus. Pendant la grossesse, le sujet de l'alcool et de ses risques n'est pas systématiquement abordé et seulement 52,7 % des soignants rechercheraient, chez toutes les femmes enceintes, une consommation d'alcool. 74,3 % des soignants ne connaissaient aucun des questionnaires validés pour ce dépistage. A l'issue de cette étude, 87,8 % des soignants se disaient intéressés par des informations complémentaires sur ce sujet. **Conclusion :** une meilleure formation et information des soignants est nécessaire pour améliorer leurs connaissances et leurs aptitudes à dépister une consommation d'alcool chez la femme enceinte.

## **Alcohol and pregnancy: Scientific knowledge and daily practice of caregivers in the north of the Aveyron region.**

**Background:** Despite potentially adverse consequences of alcohol on the fetus, and despite abstinence recommendations, some women still drink alcohol while being pregnant. Health professionals do not always ask nor give enough information about the risk or propose informative guidelines. **Objectives:** To estimate caregivers' knowledge and practice in the north of the Aveyron region (France), regarding prevention of alcohol consumption during pregnancy. **Methods:** this descriptive cross-sectional study was conducted between November 2013 and January 2014, among 156 caregivers (GPs, gynaecologists and midwives), through a questionnaire. **Results:** The participation rate was 47,4 %. None of the gynaecologists answered. Fetal Alcohol Syndrome is known from 78,4 % of the caregivers but only 13,5% of them stated the three characteristics of this syndrome. 11,8 % of the GPs and 39,1 % of the midwives had got a training course about fetus alcohol disorders. Some health practitioners do not consider that some drinking habits (such as occasionally drinking or drinking only a small amount of alcohol...) could represent a risk for the fetus. Alcohol and its inherent risks were not systematically mentioned to women during their pregnancy. Only 52,7% of the caregivers would ask pregnant women for any alcohol intake. 74,3% of the health professionals did not know the existence of official questionnaires to detect alcohol consumption. At the end of this study, 87,8% of the caregivers mentioned they are interested by additional informations concerning this subject. **Conclusion:** better training and better information should be provided to improve caregivers' knowledge and ability to detect alcohol consumption of pregnant women.

---

Discipline : médecine générale

---

Mots-clés : alcool, grossesse, prévention, SAF, médecin généraliste, sage-femme

Keywords : alcohol, pregnancy, prevention, FAS, Gp, midwife

---

Université Toulouse III-Paul Sabatier  
faculté de Médecine Toulouse-Rangueil  
133, route de Narbonne 31400 TOULOUSE

---

Directeur de thèse : Dr Jean-claude SEMET