

Dr Laurent Urso Baiardo*, Dr Marie Hélène Fliné-Barthes**, Pr Damien Subtil***, Dr Denis Therby****

* PH, Addictologue, Service d'addictologie, Hôpital de Roubaix, 20, avenue Julien Lagache, F-59100 Roubaix.

Tél. : 33 (0)3 20 99 32 23 – Courriel : laurent.urso@ch-roubaix.fr

** Chef de clinique, *** PU-PH, Gynécologue obstétricien, Maternité Jeanne de Flandres, CHRU de Lille, France

**** PH, Gynécologue obstétricien, Maternité Paul Gellé, CH de Roubaix, France

Reçu octobre 2009, accepté mars 2010

Consommation d'alcool et de tabac durant la grossesse

Intérêt de l'élaboration d'un autoquestionnaire de dépistage

Résumé

Objectif : face au constat d'échec du dépistage des situations à risque (tabac, alcool) chez la femme enceinte, nous avons souhaité élaborer et valider un outil simple sous forme d'un autoquestionnaire. Méthode : cet outil a été construit à partir de questionnaires validés (HSI, T-ACE). Après une phase test chez 329 femmes, il a été mis en place chez 1977 patientes des maternités de Lille et Roubaix. La validation a été réalisée par comparaisons internes et externes (dossier obstétrical) et par l'analyse des actions entreprises. Résultats : ils permettent de retrouver 88 % de patientes répondeuses, dont 20,98 % fumeuses pendant la grossesse. L'autoquestionnaire dépiste plus de consommations à risque d'alcool (4,08 % vs 0,10 %, mais sans consultations addictologiques dans les suites). Discussion : cet autoquestionnaire est validé par son acceptabilité pour les patientes et par ses résultats en termes de dépistage (plus important que le dossier obstétrical, rejoignant les estimations admises). Une fois ce dépistage effectué, il importe de proposer une prise en charge adaptée.

Mots-clés

Grossesse – Autoquestionnaire – Dépistage – Tabac – Alcool.

Summary

Alcohol and tobacco consumption during pregnancy. Elaboration of a self-administered questionnaire of screening

Objective: because of the obvious failure to detect risky situations (tobacco, alcohol) in pregnant women, we have elected to develop a simple tool in the form of a self-administered questionnaire. Method: this tool was elaborated based on validated questionnaires (HSI, T-ACE) and tested with 329 women, then it was implemented in 1,977 patients at the maternities of Lille and Roubaix. The validation was done by running internal and external comparisons (obstetrical files) and by the analysis of undertaken actions. Results: they are showing that 88% of patients have responded, including 20.98% who smoked during their pregnancy. The self-questionnaire detects more high risk alcoholic consumption (4.08% vs 0.10% but without addictive behavior consultation follow-up). Discussion: this self-administered questionnaire is validated for its acceptance by the patients and by its results in terms of screening (more relevant than the medical file, confirming admitted estimations). The necessary actions needed for treatment will be determined by the results of the screening.

Key words

Pregnancy – Self-administered questionnaire – Screening – Tobacco – Alcohol.

La grossesse est une période privilégiée dans la vie d'une femme, mais elle est aussi empreinte d'une plus grande vulnérabilité. Sur le plan médical, elle s'associe à un suivi rapproché et personnalisé dans un climat de confiance.

Elle représente donc une opportunité pour le dépistage et la prise en charge des conduites addictives en particulier, la femme étant motivée par l'impact possible sur l'enfant qu'elle porte. Ces dix dernières années ont vu l'émergence

d'une volonté de prévention secondaire en médecine, avec l'implication croissante des praticiens, des institutions et des politiques du fait des enjeux économiques. Ceci concerne en premier lieu le tabagisme maternel, mais aussi la consommation d'alcool. Ainsi, dans ses Recommandations professionnelles en mai 2007 (1), la Haute autorité de santé identifiait comme "situations à risque chez la femme enceinte" non seulement les antécédents personnels et familiaux habituels, mais aussi les facteurs socio-environnementaux et la prise de substances addictives.

Sur la grossesse, les différentes substances psychoactives (tabac, alcool, drogues) ont clairement démontré les effets néfastes. On estime actuellement que 19,5 % des femmes continuent de fumer pendant leur grossesse (2). Par ailleurs, les données expérimentales, cliniques et épidémiologiques montrent que l'organisme humain est vulnérable à l'exposition à l'alcool pendant la période prénatale. Ainsi, l'alcool est la première cause de retard mental en Occident. C'est une étiologie évitable et sa prévalence est estimée en France entre une et deux naissances pour 1 000. L'ensemble est regroupé sous l'acronyme ETCAF (ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale) : les enfants atteints du syndrome d'alcoolisation fœtale peuvent présenter un retard de croissance pré- ou post-natal, des anomalies du système nerveux central et un visage caractéristique avec des petites anomalies crânio-faciales. L'effet sur le poids à la naissance de l'enfant est démontré. Un périmètre crânien réduit, souvent associé à un poids de naissance diminué, a été observé dans plusieurs études. Des risques pour le développement mental ou neurologique de l'enfant ont été constatés à partir de deux verres par jour (3). Quant à la consommation excessive, occasionnelle, d'au moins cinq verres par jour pendant la grossesse, elle était liée à des déficits cognitifs. D'un point de vue théorique, les consommations occasionnelles excessives à des stades critiques peuvent causer des dommages, même si la consommation générale est faible.

Le préalable à toute action de prévention ou de prise en charge reste le repérage de ces différentes situations à risque. À ces recommandations, se heurtent les difficultés des praticiens à aborder ces différents sujets (sujets tabous, manque de temps en consultation...). Ainsi, le Plan périnatalité 2005-2007 (4), recommandant plus d'humanité et de proximité, a permis la mise en place de l'entretien individuel du quatrième mois afin "d'évoquer les questions mal ou peu abordées avec la future mère lors des examens médicaux prénatals : questions sur elle-même, (...) sur son environnement affectif, (...) sur la présence ou non de supports familiaux". Il s'avère donc nécessaire de développer des outils de dépistage simples d'utilisation pour les praticiens, fiables

et standardisés. L'autoquestionnaire est un questionnaire rempli par la patiente elle-même, sans aide extérieure. Très utilisés dans la littérature anglo-saxonne, les *self-reports* font progressivement leur apparition en France. Nous avons souhaité élaborer un outil adapté à la femme enceinte, fiable et standardisé, afin d'améliorer le dépistage et d'adapter la prise en charge et le suivi des patientes en difficulté.

Genèse du projet et phase test

Conformément aux recommandations, nous avons souhaité dépister les consommations de tabac et d'alcool à l'aide d'un autoquestionnaire qui soit un outil simple, efficace, pratique, rapide et compréhensible par les patientes. Nous avons donc utilisé des questionnaires validés.

Questionnaires validés

Tabagisme

En 1994, Heatherton (4) propose comme test de repérage de la consommation de tabac une version du Fagerström en deux questions : le HSI (*Heavy smoking index*). Il reprend alors les deux questions les plus pertinentes: le temps écoulé entre le réveil et la première cigarette (*time to the first*) et le nombre de cigarettes fumées dans la journée (*cigarettes per day*). Il montre ainsi que le HSI est aussi fiable que le test de Fagerström pour le taux de CO expiré et pour la prédiction du sevrage. Plusieurs études ont validé le HSI en langue française, que ce soit en France (6) ou en Suisse (7), ce qui nous permet de l'utiliser dans notre population.

Consommation d'alcool

Deux tests spécifiques à la grossesse ont été traduits :
Le T-ACE (variante du DETA adapté aux femmes enceintes) est un questionnaire comprenant quatre items, acronyme de *tolerance, annoyed, cut down, eye opener*. Il est couramment utilisé dans les pays anglo-saxons et a montré son intérêt pour repérer les conduites de consommation d'alcool à risque pendant la grossesse. Il a l'avantage d'être court (quatre questions) et facilement complété par les patientes (mode binaire, oui/non) ; il est donc parfaitement adapté à un autoquestionnaire. De plus, il permet d'aborder de façon indirecte la consommation d'alcool, non pas en chiffrant cette consommation, mais par le biais de la tolérance aux effets de l'alcool, des conséquences psychologiques de la consommation d'alcool et de l'avis de l'entourage sur cette consommation. La question concernant la tolérance obtient deux points si

la femme a besoin de plus de deux consommations pour s'enivrer ; les trois autres questions obtiennent chacune un point en cas de réponse positive. Un score égal ou supérieur à deux est considéré comme positif avec une sensibilité de 70-76 % et une spécificité de 70-92 % pour une consommation à risque.

. Le TWEAK est un autoquestionnaire comprenant cinq items, acronyme de *tolerance, worried, amnesia, cut down* (K). Il présente les mêmes avantages que le T-ACE, mais semble plus long à remplir.

Les études pour démontrer la supériorité de l'un ou de l'autre sont contradictoires, avec une préférence pour le T-ACE dans les travaux de Chang et al. (8), ou pour le TWEAK dans ceux de Russel et al. (9). Le T-ACE est cependant plus répandu que le TWEAK. Enfin, une étude française a récemment utilisé le T-ACE dans sa version canadienne (langue française) dans une population de femmes enceintes (10) avec de bons résultats en termes d'acceptabilité et de dépistage. Pour ces raisons, nous avons donc choisi le T-ACE pour le dépistage de la consommation alcoolique dans notre autoquestionnaire.

Adaptation à notre cahier des charges

Les questionnaires HSI (tabac) et T-ACE (alcool), dans leur version française, ont été utilisés tels quels du fait de leur brièveté. De plus, cela nous permettait d'exploiter les scores de ces deux tests à des fins de validation dans une population française de femmes enceintes.

Phase test

L'objectif principal de cette première phase était de déterminer le mode de distribution optimal de l'autoquestionnaire. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'acceptabilité par les patientes (via le taux de réponse) et par les praticiens, ainsi que d'évaluer le nombre de patientes en situation à risque et les différents types de difficultés. Ceci devait donc nous permettre de choisir le modus operandi conciliant efficacité et acceptabilité.

Matériel et méthode

Cette étude préliminaire a été réalisée à la maternité Jeanne de Flandre de Lille du 21 novembre au 1^{er} décembre 2006. 329 questionnaires ont été distribués à l'accueil aux patientes venant en consultation prénatale (première consultation ou suivantes), quel que soit leur terme de grossesse. Les questionnaires étaient distribués selon trois modes successifs :

- mode A, remplissage en salle d'attente (98 distribués) ;

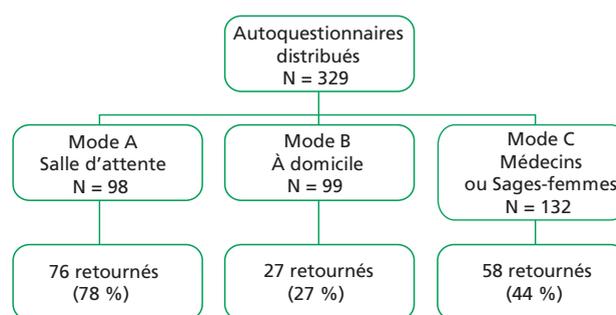


Figure 1. – Les trois modes de distribution des autoquestionnaires et leur retour.

- mode B, remplissage à domicile et retour à la consultation suivante (99 distribués) ;

- mode C, remplissage par le praticien (132 distribués).

Les objectifs et les différentes modalités de cette étude avaient été préalablement présentés et expliqués aux différents intervenants (consultants, agents médico-administratifs). Les autoquestionnaires étaient ensuite classés dans les dossiers de consultation avant d'être retournés aux enquêteurs.

Résultats

161 autoquestionnaires ont été retournés, soit un taux de réponse de 49 % (figure 1). Plus précisément, les taux de réponse étaient respectivement de 78 % pour le mode A, de 27 % pour le mode B et de 44 % pour le mode C. 17,4 % des patientes ont déclaré une consommation tabagique (10,6 % < dix cigarettes/jour et 6,8 % > dix cigarettes/jour). La consommation d'alcool, évaluée par le T-ACE, concernait deux patientes (soit 1,2 % des questionnées) : l'une avait un score positif à 2, l'autre à 3.

Conclusion

La phase test a montré un net avantage pour le mode A (autoquestionnaires remplis en salle d'attente). Cette première phase nous a donc incités à poursuivre l'expérience sur une plus grande population afin de valider cet outil de dépistage et d'évaluer son impact en termes d'actions.

Mise en place et résultats

Matériel et méthode

L'étude a été réalisée conjointement sur deux maternités de la métropole lilloise du 5 juin 2007 au 7 mars 2008, auprès de 1 977 patientes (1 308 à Lille et 669 à Roubaix).

Les autoquestionnaires étaient distribués à l'accueil aux patientes se présentant pour leur première consultation prénatale, quel que soit leur terme de grossesse. Les patientes étaient invitées à remplir le questionnaire en salle d'attente et à le remettre au praticien lors de la consultation. Le nom des patientes ayant reçu un questionnaire était reporté sur une fiche recueil permettant ainsi de connaître le nombre exact d'autoquestionnaires distribués, ainsi que les patientes concernées. En consultation, la patiente rendait son questionnaire, le praticien en prenait connaissance, le datait et le signait.

Les autoquestionnaires étaient ensuite retournés aux enquêteurs. En fin de grossesse, le dossier obstétrical de chaque patiente était étudié afin de colliger les données sociologiques (situations matrimoniale et professionnelle), médicales et obstétricales (histoire obstétricale, issue de la grossesse en cours), et le suivi proposé par le praticien (tabacologie, addictologie, psychologue, assistante sociale...). Les modalités et objectifs de cette seconde phase avaient été préalablement présentés individuellement aux différents intervenants des deux centres.

Les données des autoquestionnaires et des dossiers ont été incluses dans une base de données Excel et les statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel StatView® 5.0 pour PC (Abacus Concepts, Berkeley, États-Unis) et du logiciel R® version 2.7.2 (fourni par l'Inserm, U707) pour le test du χ^2 , avec un seuil de significativité retenu de 5 %. Nous avons également utilisé le score Kappa de Cohen entre les juges (autoquestionnaire/dossier obstétrical).

Résultats

Population de l'étude

Les patientes des deux maternités étaient âgées en moyenne de 29,1 et 28,5 ans, souvent célibataires (13,5 % et 10,5 %) par rapport à la moyenne (8,6 %) (11). Elles avaient un terme de grossesse avancé (25,2 SA et 23,9 SA), un taux moyen de grossesses antérieures de 1,31 et 1,66, un nombre d'accouchements antérieurs de 0,86 et 1,17, et un antécédent de dépression (6,8 % et 1,8 %). 4,5 % des patientes étaient atteintes d'une maladie chronique. La grossesse actuelle était non désirée dans 7,6 % des cas. Parmi les dossiers renseignés, 15 % (n = 261) des patientes étaient nées à l'étranger, sans différence entre les deux maternités.

Questionnaires retournés

À partir des 1977 autoquestionnaires distribués dans les deux centres, 1767 (soit 89,4 %) nous ont été adressés.

Parmi ceux-ci, 1740 étaient remplis (au moins partiellement) et donc exploitables, soit 88 % des questionnaires initialement distribués. Nous nous sommes alors intéressés aux caractéristiques de cette population n'ayant pas retourné le questionnaire ou n'ayant pas répondu.

Ces patientes étaient plus souvent nées à l'étranger (28,16 % vs 15,03 % ; p < 0,0001), avaient moins souvent une activité professionnelle (45,85 % vs 54,26 % ; p < 0,005), avaient eu plus de grossesses (1,76 vs 1,39 ; p < 0,005) et d'accouchements antérieurs (1,19 vs 0,93 ; p < 0,005) que les patientes répondeuses. La grossesse actuelle était plus souvent non désirée (15 % vs 6,87 % ; p < 0,005). Elles étaient plus souvent porteuses d'une maladie chronique (7,39 % vs 4,12 % ; p < 0,05). Leur conjoint était plus âgé (32,9 ans vs 31,7 ; p < 0,05) que celui des patientes répondeuses. Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre ces deux groupes au niveau de l'âge maternel, de la situation conjugale, des antécédents de fausse couche spontanée, ou d'interruption volontaire de grossesse, ou d'interruption médicale de grossesse, ou de morts in utero, des antécédents de dépression ou de l'existence d'une activité professionnelle du conjoint.

De même, il n'était pas mis en évidence de différence entre les différents consultants (obstétriciens, sages-femmes, internes) pour le taux de retour des questionnaires.

Données du questionnaire

• Tabagisme

365 patientes (soit 20,98 %) ont déclaré une consommation tabagique pendant leur grossesse sur l'autoquestionnaire (> 10 cigarettes/jour chez 89 patientes, soit 24,38 % des fumeuses). Il n'a pas été noté de différence de consommation tabagique selon le terme de la grossesse. Les patientes fumeuses étaient plus souvent célibataires (23,12 % vs 8,97 % ; p < 0,001) et sans activité professionnelle (59,25 % vs 42,12 % ; p < 0,001), plus rarement nées à l'étranger (2,80 % vs 17,70 % ; p < 0,001), et leur grossesse était plus fréquemment non désirée (10,37 % vs 5,85 % ; p < 0,005) que les patientes non fumeuses.

Le tabagisme était plus souvent renseigné dans les dossiers des répondeuses que dans ceux des non-répondeuses (98,33 % vs 96,09 % ; p < 0,05). Il était également davantage renseigné par les sages-femmes que par les obstétriciens (0,8 % vs 4,43 % de non-réponse ; p < 0,0001). Nous avons donc comparé la consommation tabagique déclarée par la patiente à celle précisée dans le dossier obstétrical selon les mêmes critères. Nous avons ainsi noté 20,98 % de patientes tabagiques dans les autoques-

tionnaires et 20,20 % dans les dossiers. Le score Kappa d'accord entre les méthodes a été calculé à 0,94, soit un très bon score.

- Consommation de boissons alcoolisées

Le T-ACE était positif chez 71 patientes (soit 4,08 % des autoquestionnaires). Il n'a pu être calculé chez 12,6 % des patientes, le test n'étant que partiellement rempli. La question 1 (*tolerance*) restait sans réponse dans 63,68 % de ces tests incomplets, la question 2 (*annoyed*) dans 76,89 %, la question 3 (*cut down*) dans 88,21 %, et la question 4 (*eye opener*) dans 58,49 %. Il n'a pas été mis en évidence de différence entre les patientes ayant un T-ACE positif ou négatif quant à la situation conjugale, à l'activité professionnelle, au lieu de naissance, aux antécédents de dépression et au fait que la grossesse soit désirée ou non.

Dans 3,78 % des dossiers, la consommation d'alcool n'était pas renseignée, sans différence entre les répondantes et les non-répondantes. Cette consommation était plus souvent renseignée par les sages-femmes que par les obstétriciens (2,85 % vs 4,89 % de non-réponse ; $p < 0,05$). Nous avons donc comparé la consommation de boissons alcoolisées déclarée par la patiente à celle notée dans le dossier obstétrical. Nous avons ainsi dénombré 4,08 % de patientes avec un T-ACE positif (consommation dite à risque) dans les autoquestionnaires contre 0,10 % des patientes avec une consommation quotidienne d'alcool dans les dossiers ($p < 0,001$). Le score Kappa d'accord entre les méthodes est de 0,003, soit un mauvais score.

Discussion

Ce travail présente donc l'élaboration, grâce à un autoquestionnaire, d'un outil de dépistage de situations à risque pour l'alcool et le tabac chez la femme enceinte, mais aussi sa mise en œuvre et son évaluation. Le questionnaire permet également d'ouvrir la discussion patiente-praticien ("Vous n'avez pas répondu à certaines questions, souhaitez-vous que nous en parlions ?"). L'intérêt de l'autoquestionnaire dans le dépistage de la consommation d'alcool pendant la grossesse a été clairement démontré comparativement à l'entretien médical (12).

Notre travail présente différents intérêts, tout d'abord par l'effectif de la population étudiée : 1977 patientes sur deux maternités. De plus, il concerne la population générale des femmes enceintes de ces deux centres, non présélectionnées, l'autoquestionnaire étant systématiquement distribué à la première consultation prénatale, ce qui

nous permet d'éviter le biais de sélection du volontariat. Par ailleurs, cet outil a été élaboré à partir de tests déjà utilisés et validés (en langue française ou non).

Cependant, cet autoquestionnaire présente certaines limites. En effet, il suppose une maîtrise de la langue française et de l'écrit. Il nécessite donc une adaptation pour les patientes ne pouvant pas le remplir seules ; il pourra alors être utilisé comme un guide d'entretien par les praticiens. De plus, le caractère nominatif peut induire une sous-déclaration, mais permet de proposer des actions adaptées, le but étant d'améliorer la prise en charge et non de faire une simple étude de prévalence.

Bien que le taux de réponse soit important (88 %), 237 patientes n'ont pas rempli l'autoquestionnaire. En étudiant ce groupe, nous avons constaté que les patientes étaient plus souvent nées à l'étranger, le défaut de réponse pouvant alors s'expliquer en partie par des difficultés de compréhension du français, au moins à l'écrit. De même, le T-ACE n'était que partiellement rempli dans 12,6 % des cas, ce qui peut également s'expliquer par une difficulté de compréhension et/ou d'interprétation des différents items. L'autoquestionnaire peut, dans ce cas, être utilisé comme guide d'entretien, le praticien posant alors les questions afin que les sujets soient abordés pendant la consultation. Par ailleurs, ces patientes avaient moins souvent une activité professionnelle, et la grossesse était le plus souvent non désirée. Ces situations étant plus liées à des problèmes médico-psychosociaux, il est possible que ces patientes n'aient pas souhaité répondre à un autoquestionnaire nominatif. Là encore, le questionnaire peut être utilisé comme un guide d'entretien dans le cadre de la relation praticien-patient.

Alors que chaque questionnaire devait être validé par le praticien le recevant, 27 d'entre eux ont été retournés non remplis et 273 partiellement remplis. Utiliser cet outil comme guide d'entretien prend du temps, ce qui avait d'ailleurs été décrié par les praticiens lors de l'utilisation en mode C (remplissage par les praticiens) dans la phase test. De même, les praticiens mentionnaient le manque de temps dans 90 % des cas où ils n'analysaient pas le questionnaire. Ces différentes raisons peuvent donc expliquer, au moins en partie, le retour de ces autoquestionnaires partiellement ou non remplis.

Selon les données de l'Inpes en 2005, on estime actuellement que 19,5 % des femmes enceintes continuent de fumer pendant leur grossesse. Le tabagisme pendant la grossesse augmente les risques de fausse couche spontanée,

de prématurité, de retard de croissance intra-utérin et de mort in utero. Dans notre étude, le tabagisme pendant la grossesse a été estimé à 20,98 % des patientes, rejoignant les statistiques nationales. Nous n'avons pas constaté de différence entre les dossiers et les autoquestionnaires. En effet, le tabagisme était systématiquement abordé dans 98,06 % des dossiers. Le "gain" espéré par la présence de cet item dans le questionnaire était donc faible, confirmé par l'évolution des pratiques. 11,73 % des patientes tabagiques se sont vues proposer une consultation de tabacologie, mais sans influence du score HSI sur cette proposition. Or plus ce dernier est élevé, plus la dépendance est forte et le sevrage difficile. Il conviendrait donc de proposer systématiquement les consultations de tabacologie aux patientes, et ce, avec un suivi après la grossesse maintenu comme le prévoit la conférence de consensus. Bien que l'autoquestionnaire ne présente pas de bénéfice par rapport au dossier obstétrical sur le dépistage du tabagisme, celui-ci permet, étant "socialement acceptable", d'introduire les questions sur les consommations de boissons alcoolisées.

On estime actuellement en France que 17-25 % des femmes enceintes consommeraient de l'alcool pendant leur grossesse, et 5 à 6 % de façon excessive, cette consommation induisant des pathologies spécifiques chez l'enfant (ETCAF). Deux tests spécifiques aux femmes enceintes ont été traduits, mais non validés, en français : le T-ACE (variante du DETA adapté aux femmes enceintes) et le TWEAK. Le questionnaire AUDIT en français est recommandé par la Société française d'alcoologie pour le dépistage de la consommation d'alcool chez la femme enceinte (8). Cependant, l'AUDIT est relativement long à remplir (dix questions) et nécessite l'intégration de la notion de quantité d'alcool. De plus, il concerne la consommation des 12 derniers mois et non celle au cours de la grossesse ; ce questionnaire ne nous paraissait donc pas adapté à notre situation.

Le T-ACE, avec ses quatre items (*tolerance, annoyed, cut down, eye opener*), mis au point par Sokol en 1989 (9) et couramment utilisé dans les pays anglo-saxons, a montré son intérêt pour repérer les consommations d'alcool à risque pendant la grossesse. Il présente l'avantage d'être court et facilement complété par les patientes grâce au mode binaire (oui/non) ; il est donc parfaitement adapté à un autoquestionnaire chez la femme enceinte. Par ailleurs, comme nous l'avons déjà précisé, il permet d'aborder de façon indirecte la consommation d'alcool (tolérance aux effets de l'alcool, conséquences psychologiques et avis de l'entourage). Si des scores supérieurs ou égaux à deux sont considérés comme positifs pour une consommation

à risque, comme suggérés dans la conférence de consensus "alcool et grossesse" de 2001, nous pensons que ces seuils sont trop spécifiques (70-92 %) et trop peu sensibles (70-76 %). Nous considérerions plus adapté, au vu de la recommandation "zéro alcool pendant la grossesse" qu'un score de un suffise pour alerter le professionnel. Malgré tout, nous nous sommes alignés sur les recommandations de bonne pratique de la conférence de consensus.

Dans notre étude, les résultats sont discordants selon la source. En effet, les consommations "à risque" (T-ACE positif dans les autoquestionnaires) sont estimées à 4,08 %, alors que les consommations "quotidiennes" sont estimées à 0,10 % dans les dossiers obstétricaux. Contrairement au tabagisme où le critère était le même dans les deux sources (nombre de cigarettes fumées par jour), les critères sont ici différents entre l'autoquestionnaire (T-ACE positif ou négatif) et le dossier (trois classes de consommation : aucune, occasionnelle, quotidienne). Autant la classe "quotidienne" est explicite, autant la classe "occasionnelle" est vague, pouvant être interprétée différemment selon les praticiens et les patientes (un verre à Noël ? l'apéritif du dimanche ?...). Cependant, le pourcentage de T-ACE positifs (4,08 %) se rapproche de l'estimation de 5-6 % de consommatrices excessives pendant la grossesse. De même, alors que 92 % des praticiens estiment aborder systématiquement ou souvent la consommation d'alcool (sans différence entre les groupes de professionnels), on constate que celle-ci n'est pas renseignée dans 3,78 % des dossiers, et plus particulièrement dans 4,89 % de ceux remplis par les gynécologues obstétriciens. Il existe donc un léger décalage entre l'évaluation de notre propre pratique et ce qui est retranscrit dans le dossier.

Concernant la prise en charge de ces patientes présentant un score positif au T-ACE (71), il est à noter qu'aucune n'a été adressée en addictologie. Or le repérage sans action dans les suites n'est rien. Il a en effet été démontré qu'une brève intervention en début de grossesse permettait de diminuer la consommation d'alcool de ces patientes, d'autant plus si leur conjoint était associé à cette intervention (11). De plus, dans 42,8 % des cas, les praticiens déclarent être gênés par le fait de ne pas savoir vers qui orienter les patientes. Il est donc nécessaire d'informer les praticiens, d'une part, sur les possibilités offertes par leur centre hospitalier (numéro "ressources" comme cela avait été fait dans l'un des centres), mais aussi de les sensibiliser à ce dépistage.

Le dépistage reste le domaine des soignants. Or il est difficile, en particulier pour les conduites addictives. Il néces-

site un certain sens clinique, mais aussi de passer outre ses propres réticences et celles de la patiente à aborder ce sujet. Devant ces difficultés, certains ne renseignent pas ces items dans le dossier obstétrical. Il nous paraît donc important d'améliorer ce dépistage en facilitant le dialogue praticien-patient à l'aide d'un outil standardisé. La prise en charge nécessite elle aussi des améliorations ; elle semble modeste dans notre étude face à l'importance des situations dépistées. Il convient donc de coordonner les différents acteurs de la prise en charge afin de les informer des ressources possibles.

Conclusion

Cette étude a permis l'élaboration d'un autoquestionnaire pour le dépistage des consommations de tabac et d'alcool chez la femme enceinte, de définir les modalités de son utilisation et de montrer son intérêt. Cet outil présente une bonne acceptabilité pour les patientes. Il est standardisé et fiable en termes de dépistage (plus important que le dossier, rejoignant les estimations admises, en particulier pour l'alcool). Cependant, après le dépistage, des actions de prise en charge sont nécessaires et semblent ici insuffisantes en regard des situations découvertes. Il semble donc important d'informer et de former les praticiens sur les ressources possibles face aux situations dépistées. Cet outil a aussi permis de sensibiliser les praticiens qui abordent désormais plus facilement ces questions. Son utilisation en pratique courante est donc possible avec une diffusion plus large, via les réseaux de soins périnataux. ■

“Le silence n'est pas une action de prévention”

Ann Streissguth

L. Urso Baiardo, M.H. Flin-Barthes, D. Subtil, D. Therby
Consommation d'alcool et de tabac durant la grossesse. Intérêt de l'élaboration d'un autoquestionnaire de dépistage

Alcoologie et Addictologie 2010 ; 32 (2) : 111-117

Références bibliographiques

- 1 - Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandations professionnelles. Paris : HAS, 2007.
- 2 - Delcroix M. La grossesse et le tabac. 3^{ème} édition. Paris : PUF, 2004.
- 3 - Doumont D, Libion F. Grossesse et boissons alcoolisées : quelles recommandations proposer ? In : Série de dossiers techniques. Louvain-la-Neuve : UCL, Service Communautaire de Promotion de la Santé, 2005 : 12-13.
- 4 - Edwards B et al. Does antenatal screening for psychosocial risk factors predict postnatal depression? A follow-up study of 154 women in Adelaide, South Australia. *Aust N Z J Psychiatry* 2008 ; 42 (1) : 51-55.
- 5 - Kozlowski LT et al. Predicting smoking cessation with self-reported measures of nicotine dependence: FTQ, FTND, and HSI. *Drug Alcohol Depend* 1994 ; 34 (3) : 211-216.
- 6 - Chabrol H, Chastan E, de Leon J. Comparison of the Heavy smoking index and of the Fagerström test for nicotine dependence in a sample of 749 cigarette smokers. *Addict Behav* 2005 ; 30 (7) : 1474-1477.
- 7 - Etter JF, Perneger TV. Validity of the Fagerström test for nicotine dependence and of the Heaviness of smoking index among relatively light smokers. *Addiction* 1999 ; 94 (2) : 269-281.
- 8 - Chang G et al. Alcohol use and pregnancy: improving identification. *Obstet Gynecol* 1998 ; 91 (6) : 892-898.
- 9 - Russell M et al. Screening for pregnancy risk-drinking. *Alcohol Clin Exp Res* 1994 ; 18 (5) : 1156-1161.
- 10 - Varescon I, Wendland J. Alcool et grossesse. Première utilisation du questionnaire de dépistage T-ACE dans une population française. *Alcoologie et Addictologie* 2007 ; 29 (3) : 221-226.
- 11 - Insee. Recensement de 2006 : ménages selon la structure familiale (www.insee.fr).
- 12 - Karila L et al. [Short- and long-term consequences of prenatal exposure to cannabis]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* ; 2006 ; 35 (1) : 62-70.