



Faculté de médecine

Année 2025 / 2026

N°

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
Diplôme d'État
par

Benjamin ANDRAULT

Évaluation du repérage de l'exposition éthylique pré-natale en médecine générale : enquête auprès des femmes enceintes.

Présentée et soutenue publiquement le 20 novembre 2025 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur GAUDY-GRAFFIN Catherine, Bactériologie-Virologie, Hygiène hospitalière, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Docteur Sandra HERVE, Psychiatrie-Addictologie, PH, CHU – Tours

Docteur Cécile RENOUX, Médecine générale, MCU, Faculté de médecine – Tours

Directeur de thèse : Docteur Pierre TARAUD, Médecine générale-Addictologie, PH, CHU – Tours

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN
Pr David BAKHOS

ASSESSEURS
Pr Philippe GATAULT, Pédagogie
Pr Alexandra AUDEMARD-VERGER, Relations internationales
Pr Clarisse DIBAO-DINA, Médecine générale
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, Formation Médicale Continue
Pr Hélène BLASCO, Recherche
Pr Pauline SAINT-MARTIN, Vie étudiante

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine – 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014
Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Patrice DIOT
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Gilles PAINTAUD
Pr Frédéric PATAT
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES
D.ALISON – P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – M. AUPART – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L.
BURDIN – G. CALAIS – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET –
T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J.
FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN –
LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE –
C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT –
R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE –
A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric	Neurochirurgie
ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BISSON Arnaud	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOULOUIS Grégoire	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie
CHAUMIER François	Médecine palliative
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE LUCA Arnaud	Nutrition
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive - réanimation
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie - gastroentérologie
ESPITALIER Fabien	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie et biologie du vieillissement
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive - réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
JOUAN Youenn	Médecine intensive-réanimation
KERVARREC Thibault	Anatomie et cytologie pathologiques
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie

LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romée	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco	Neurologie
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre
PAUTRAT Maxime

PROFESSEURS ASSOCIES

BARBEAU Ludivine Médecine Générale
LIMA MALDONADO Igor Anatomie
MALLET Donatien Soins palliatifs
SAMKO Boris Médecine générale
RUIZ Christophe Médecine générale

PROFESSEUR CERTIFIE D'2^{DE} DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CHESNAY Adélaïde	Parasitologie et mycologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
EYMIEUX Sébastien	Biologie cellulaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie
KHANNA Raoul Kanav	Ophtalmologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LE TILLY Olivier	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
LEROY Victoire	Médecine interne
MORICE Anne	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MOUMNEH Thomas	Médecine d'urgence
PASTUSZKA Adeline	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VALLET Nicolas	Hématologie, transfusion
VAYNE Caroline	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
AUBRY Jean-Denis	Sciences infirmières
BLANC Romuald	Orthophonie
EL AKIKI Carole	Orthophonie
NICOGLU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BALAND Thierry	Médecine Générale
CHALEIX Lysiane	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
DUMAS Adrien	Médecine Générale
ETTORI Isabelle	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BLOCH Solal	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directeur de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
LEONARD Thomas	Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc	Praticien Hospitalier
--------------------	-----------------------

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie	Orthophoniste
CABANNE-Hardy Marie-Charlotte	Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie	Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde	Orthophoniste
GLAIE Axelle	Orthophoniste
HARIVEL OUALLI Ingrid	Orthophoniste
IMBERT Mélanie	Orthophoniste
MORIN Eléonore	Orthophoniste
NAL Emmanuel	Praticien Hospitalier
PILLER Anne-Gaëlle	Orthophoniste
PUJOLE Dorine	Orthophoniste
ROUVRE Olivier	Orthophoniste
SIZARET Eva	Orthophoniste
TAMIATTO Zinaida	Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine	Orthoptiste
SALAME Najwa	Orthoptiste

Pour la santé au travail

MONMOUSSEAU Fanny	Praticien Hospitalier
NGUYEN Duc Qui	Dirigeant d'entreprise

Pour la Médecine Générale

LOISON Clotilde	Médecin Généraliste
-----------------------	---------------------

Résumé :

Évaluation du repérage de l'exposition éthylique pré-natale en médecine générale : enquête auprès des femmes enceintes.

Introduction

La consommation d'alcool pendant la grossesse constitue un enjeu majeur de santé publique, en raison des conséquences délétères et irréversibles sur le développement fœtal. Le rôle du médecin généraliste (MG) dans le repérage précoce est central, mais peu de données existent sur l'expérience vécue par les femmes pendant la grossesse.

Méthode

Une étude observationnelle transversale a été menée en Indre-et-Loire. Des questionnaires anonymes ont été distribués dans 21 cabinets de MG et sages-femmes (SF). Les données recueillies concernaient la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse, le repérage par les MG, ainsi que la perception des compétences des praticiens impliqués.

Résultats

Avant la grossesse, 10 % présentaient un mésusage probable et 1 % une dépendance suspectée. Pendant la grossesse, 98 % déclaraient une abstinence complète, avec trois cas de consommation persistante. Le repérage par les MG était limité : 53 % des femmes rapportaient avoir été interrogées, souvent uniquement lors de la première consultation, et 38 % déclaraient n'avoir jamais été questionnées malgré au moins deux consultations. La compétence perçue était significativement plus élevée pour les SF et gynécologues que pour les MG, bien que les scores attribués aux différents praticiens soient corrélés positivement.

Conclusion

Cette étude semble montrer que le repérage de la consommation éthylique par les MG semble encore non systématique et insuffisant. Renforcer la formation et la sensibilisation des praticiens à ce sujet pourrait améliorer la prévention en période prénatale.

Mots-clés : consommation d'alcool, femme enceinte, grossesse, médecine générale, repérage, trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale.

Abstract :

Evaluation of the screening of prenatal alcohol exposure in general practice : a survey of pregnant women.

Introduction

Alcohol consumption during pregnancy is a major public health concern due to its harmful and irreversible effects on fetal development. The role of general practitioners (GPs) in early screening is central, yet little data exist on the experiences of women during pregnancy.

Methods

A cross-sectional observational study was conducted in Indre-et-Loire, France. Anonymous questionnaires were distributed in 21 GPs and midwife practices. Data collected concerned alcohol consumption before and during pregnancy, screening by GPs, and the perceived competence of the healthcare providers involved.

Results

Before pregnancy, 10% of respondents reported probable misuse and 1% suspected dependence. During pregnancy, 98% reported complete abstinence, with three cases of persistent consumption. Screening by GPs was limited : 53% of women reported having been asked about alcohol use, often only at the first consultation, and 38% stated they had never been questioned despite attending at least two consultations. Midwives and gynecologists were perceived as significantly more competent than GPs, although the scores attributed to the different practitioners were positively correlated.

Conclusion

This study seems to show that alcohol consumption is rare during pregnancy, but the detection of alcohol use by GPs still appears to be neither systematic nor sufficient. Strengthening practitioner training and awareness could improve prevention during prenatal care.

Keywords: alcohol consumption, pregnant women, pregnancy, general practice, screening, foetal alcohol spectrum disorder.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.
Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.
Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.
Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.
Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

Remerciements :

Professeur Catherine GAUDY-GRAFFIN, présidente du jury,

Merci pour l'honneur que vous me faites de présider cette thèse et de juger l'aboutissement de ces longues années d'études.

Docteur Cécile RENOUX,

Merci de faire parti de mon jury, merci également pour votre implication au sein du DUMG et à l'intérêt que vous portez aux internes de médecine générale.

Docteur Pierre TARAUD, directeur de thèse,

Merci pour ton investissement, ton professionnalisme, la pertinence de tes remarques et ta patience. Merci de m'avoir soutenu dans ce projet et du temps consacré pour aboutir à ce résultat. Merci pour tes conseils lors de mon passage au CSAPA et d'avoir confirmé mon envie de mêler plus profondément médecine générale et addictologie.

Docteur Sandra HERVE,

Merci pour ta confiance, ton soutien sans faille, l'intérêt que tu as pu porter dans ce projet et d'avoir accepté de faire parti de mon jury. Je te remercie aussi pour ton investissement au CSAPA, m'ayant permis de m'épanouir en addictologie.

Sommaire

Résumé.....	7
Abstract.....	8
Serment d'Hippocrate.....	9
Remerciements.....	10
1. Introduction.....	14
1.1 L'alcool en France et dans le monde.....	14
1.2 L'alcool et la grossesse.....	14
1.3 Conséquences.....	15
1.4 Épidémiologie du SAF et des TSAF.....	17
1.5 Le repérage de l'alcool pendant la grossesse en France, en médecine générale.....	18
1.6 La place du MG dans la prise en charge des femmes enceintes.....	18
1.7 Les freins au repérage de l'alcool en France.....	18
2. Matériel et méthode.....	20
2.1 Population et schéma de l'étude.....	20
2.2 Variables analysées.....	20
2.3 Éthique.....	22
2.4 Analyse statistique.....	22
3. Résultats.....	24
4. Discussion.....	27
4.1 Taux de participation.....	27
4.2 Caractéristiques des patientes.....	27
4.3 Repérage par les médecins généralistes.....	27
4.4 Perception de la compétence des praticiens.....	28
4.5 Limites.....	28
4.6 Force de l'étude.....	29
5. Conclusion.....	30
6. Bibliographie.....	31
Figures 1 à 7.....	33
Tableaux 1 à 8.....	38
Annexe 1.....	44

1. Introduction :

La consommation d'alcool en période de grossesse constitue un enjeu majeur de santé publique en raison des conséquences potentiellement graves et irréversibles sur le développement fœtal.(1)

Dans ce contexte, le repérage précoce de l'exposition prénatale à l'alcool est d'une importance capitale tant pour prévenir et traiter ces troubles pour les enfants à venir que pour accompagner les femmes concernées.

1.1 L'alcool en France et dans le monde :

Actuellement, à l'échelle mondiale et selon les rapports de l'organisation mondiale de la santé (OMS), la consommation d'alcool par personne chez les 15 ans et plus est plus élevée en Europe que sur les autres continents. Elle est estimée supérieure à 10,7 litres par personne et par an durant l'année 2019.(2)

Dans un autre mode de consommation, on retrouve les alcoolisations ponctuelles importantes (API), aussi appelées « binge drinking », décrites comme la consommation d'une quantité supérieure à 60g d'alcool pur en au moins une occasion par mois. En 2019, les API rapportées les plus élevées ont été observées aux États unis et en Europe. On dénombre 6,6 % des adultes concernés par ces API, et parmi ces adultes 28,2 % de femmes âgées de 15 ans et plus (2).

En France, malgré la baisse des consommations quotidiennes d'alcool globale entre 1992 et 2021, on note une augmentation des alcoolisations ponctuelles importantes entre 2017 et 2021 chez les femmes adultes et en particulier chez les femmes de plus de 35 ans.

En Indre-et-Loire, on dénombre jusqu'à 4,2 % de femmes âgées de 18 à 75 ans consommant quotidiennement de l'alcool. Un chiffre supérieur à la moyenne nationale estimée à 3,6 % en France. (3)

1.2 L'alcool et la grossesse :

Lors d'une méta-analyse mondiale publiée en 2017 sur la base des données de l'OMS en 2012, la consommation d'alcool pendant la grossesse concernait 25,2 % des femmes en Europe, soit une femme sur 4. (4)

Selon les données de l'enquête Baromètre santé 2017, menée en France, 11,7 % des femmes déclaraient avoir consommé de l'alcool au cours de leur dernière grossesse, après

en avoir eu connaissance. Par ailleurs, seules 65,2 % rapportaient avoir été informées par un professionnel de santé, médecin ou sage-femme, des risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse (5).

Plus récemment, l'Enquête nationale périnatale de 2021 indiquait que 97 % des femmes affirmaient n'avoir jamais consommé d'alcool durant leur grossesse, un taux en augmentation depuis les dernières décennies. Cette évolution semble corrélée au renforcement des campagnes nationales de préventions depuis 2010 (6). Toutefois, ces résultats doivent être interprétés avec prudence. Un biais de désirabilité sociale demeure probable, en particulier dans un contexte où la stigmatisation des consommations d'alcool pendant la grossesse s'est intensifiée. Ce biais, accentué par les messages de préventions répétés, peut conduire à une sous-déclaration des consommations réelles de la part des femmes enceintes.

1.3 Conséquences :

L'exposition pré-natale à l'alcool constitue le principal facteur de risque évitable de troubles du neurodéveloppement. Elle est associée à de nombreuses conséquences délétères, parmi lesquelles figurent les avortements spontanés, la prématurité et les retards de croissances, les anomalies congénitales ainsi que les troubles du spectre de l'alcoolisation foétale (TSAF) (7,8).

Les études cliniques et précliniques sur modèle animal montrent une relation dose dépendante des troubles liés à l'exposition à l'alcool prénatal. Cependant, chez l'humain, cette association est plus difficile à mettre en évidence, favorisant un message de prévention simple avec un objectif d'abstinence complète de l'alcool pendant la grossesse pour écarter tous risques (9).

Ces effets peuvent entraîner une morbi-mortalité pré et post-natale non négligeable.

Les TSAF regroupent un ensemble de manifestations cliniques, cognitives et comportementales liées à l'exposition in utero à l'alcool. Ces troubles sont regroupés en trois catégories : (7,8)

- Les troubles du neurodéveloppement, incluant notamment les lésions du système nerveux central. Ils se traduisent par des déficits des fonctions cognitives, comportementales, émotionnelles et adaptatives.
- Les anomalies congénitales et retards de croissance pré et post-nataux.

- Les dysmorphies faciales caractéristiques.

Il s'agit d'un continuum de troubles, dont la sévérité varie d'une forme légère à des tableaux cliniques plus sévères rendant le diagnostic souvent complexe.

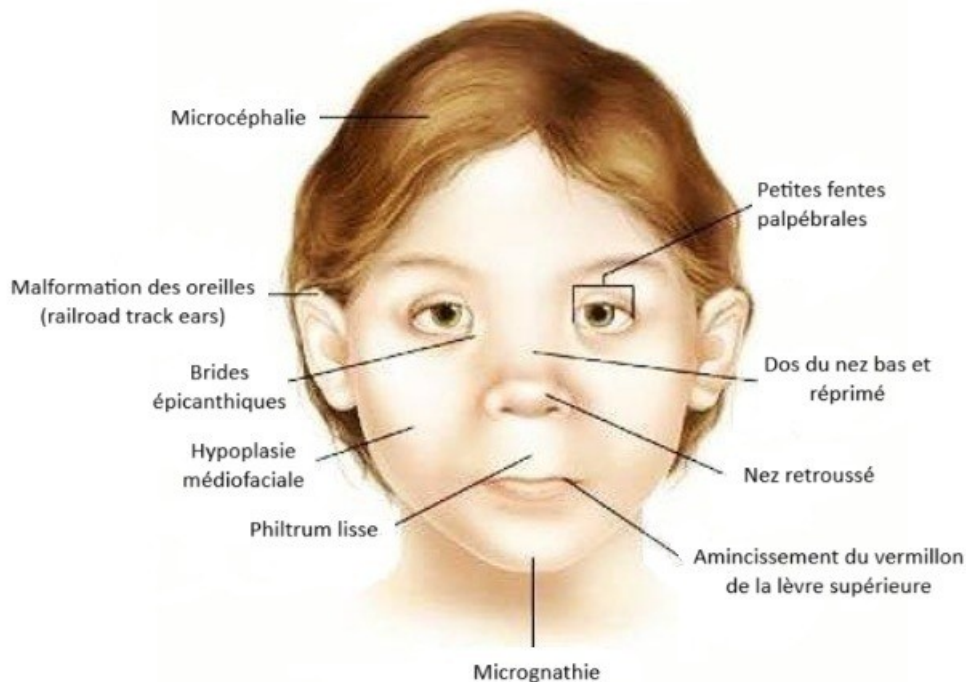
Le diagnostic des TSAF repose sur la détection d'un ou plusieurs des symptômes précités, ainsi que sur la preuve d'une intoxication à l'alcool en période pré-natale par la confirmation de la mère, cet argument constituant un frein majeur au dépistage précoce de ces troubles (10).

À l'extrémité la plus sévère de ce spectre se trouve le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) caractérisé par une atteinte simultanée des trois domaines précédemment évoqués. Ce syndrome associe typiquement un retard de croissance staturo-pondéral, des anomalies faciales spécifiques, ainsi qu'une altération de l'anatomie et des fonctions cérébrales. (1)

Les anomalies crânio-faciales caractéristiques permettant le diagnostic de SAF sont le raccourcissement des fentes palpébrales, l'aplatissement ou le lissage du sillon naso-labial et l'amincissement du vermillon de la lèvre supérieure. A la différence des autres troubles, le diagnostic de ce syndrome ne nécessite pas obligatoirement la confirmation de l'exposition pré-natale à l'alcool. (11)

Elles peuvent être associées à d'autres caractéristiques mais non indispensables à l'établissement du diagnostic : une microcéphalie, un hypertélorisme, des brides épicanthiques, une anomalie des oreilles, des fentes palpébrales courtes, un ptosis de sévérité variable, un dos du nez réprimé avec des narines antéversées, une hypoplasie médio-faciale, une anomalie des plis de flexions palmaires et de flexion des membres.

Caractéristiques crânio-faciales du syndrome d'alcoolisation fœtale



Afin de faciliter l'identification et la prise en charge de ces troubles, les critères diagnostiques spécifiques aux TSAF et SAF ont été définis selon les lignes directrices canadiennes publiées en 2005. (11)

1.4 Épidémiologie du SAF et des TSAF :

La proportion alarmante de femmes en Europe consommant de l'alcool pendant la grossesse (25,2%) serait corrélée sans surprise, avec la plus haute prévalence de SAF dans le monde estimée à 37,4 pour 10 000 habitants. (4)

A l'échelle française, selon la Haute autorité de santé (HAS), la prévalence du SAF est estimée à 1,3 pour 1000 naissances vivantes par an. (12)

Concernant les TSAF, la prévalence la plus élevée, estimée à 19,8 pour 1000 habitants, est retrouvée également en Europe. En France, elle serait estimée entre 10 et 15 pour 1000 habitants en 2012. (13)

1.5 Le repérage de l'alcool en France, en médecine générale :

Une enquête menée en France en 2015 auprès de patients, hommes et femmes, a révélé que moins de 30 % d'entre eux déclaraient que leur médecin généraliste (MG) abordait la question de leur consommation d'alcool, alors que les patients n'éprouvaient pas de honte à en discuter. (14)

Ces résultats suggèrent un repérage insuffisant des consommations d'alcool par les MG pouvant aboutir à un sous-diagnostic des patients à risque.

1.6 La place du MG dans la prise en charge des femmes enceintes :

Selon un rapport publié par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) en 2016, 87 % des MG déclaraient avoir reçu, au moins une fois par trimestre, une patiente pour une confirmation de grossesse. Par ailleurs, 57 % de MG déclaraient recevoir des femmes enceintes au moins une fois par trimestre pour le suivi de leur grossesse. (15)

Les MG représentent donc un maillon essentiel dans le suivi médical et le parcours de soin des femmes enceintes, en assurant directement le suivi ou en agissant en tant qu'intervenant complémentaire d'autres professionnels de santé.

1.7 Les freins au repérage de la consommation éthylique pré-natale en France :

Plusieurs freins au repérage éthylique pré-natal ont été mis en évidence lors des dernières décennies (14,15) :

- Du côté des patientes : la méconnaissance des risques, la nécessité d'acceptation sociale, le déni.
- Du côté des professionnels : la sous-estimation du risque, le manque de formation, le manque de temps de consultation dédiée, le déni (17,18).

Lors de ces études, la parole n'a été donnée qu'aux praticiens eux-mêmes à des fins d'auto-évaluation de leur pratique, introduisant de nombreux biais notamment le biais de désirabilité sociale, le biais de mémoire, le biais de déclaration et le biais de conformité.

De ce fait, il semblait intéressant de s'affranchir de ces biais liés au questionnement direct des médecins, pour s'orienter vers un questionnement directement des femmes concernant leur vécu du repérage de la consommation d'alcool pendant leur grossesse et leur

perception du suivi médical effectué.

Cette étude va donc s'intéresser au point de vue des femmes enceintes, exprimé pendant leur grossesse, concernant leur propre expérience du repérage éthylique pré-natal par les différents acteurs de leur suivi, et ainsi permettre d'évaluer la compétence perçue du MG en matière de repérage de l'alcool pendant la grossesse. Elle s'inspire des travaux de recherche réalisés par T. Phan en 2022 (14).

2. Matériel et méthode :

2.1 Population et schéma de l'étude :

Il s'agit d'une étude observationnelle, transversale, menée du 24 avril 2025 au 4 septembre 2025. Cette période correspond au pic annuel de natalité depuis de nombreuses années (19) ce qui a permis d'inclure des patientes à un terme de grossesse plus avancé et par conséquent, d'augmenter le nombre de consultations médicales effectuées.

Les professionnels de santé référents, MG et sages-femmes (SF) ont été initialement contactés par téléphone et par mail afin de recueillir leur consentement pour participer à l'étude.

Une première rencontre a été organisée dans chacun des cabinets participants afin de présenter les modalités pratiques de l'étude.

A l'issue de cette rencontre, des questionnaires ont été déposés en salle d'attente ou au secrétariat des cabinets, à disposition des patientes enceintes, consultant leurs MG ou SF quel que soit le motif de la consultation. Ces dernières les complétaient de manière autonome, puis les déposaient dans des enveloppes ou urnes scellées prévues à cet effet garantissant la confidentialité des données. Il était expressément demandé aux professionnels de santé de ne pas intervenir dans le remplissage ni la récupération des questionnaires.

Les questionnaires ont été collectés progressivement tout au long de la période d'inclusion par l'investigateur principal de l'étude. Toutes les patientes enceintes, consultant leur MG ou SF quel que soit le motif et ayant rempli le questionnaire ont été incluses. Les femmes non enceintes ainsi que celles présentant une pathologie liée à l'alcool et/ou bénéficiant d'un suivi addictologique en cours ont été exclues a posteriori.

L'investigateur principal était responsable de la vérification des critères d'éligibilité des patientes, tant pour l'inclusion que pour l'exclusion.

2.2 Variables analysées :

Les questionnaires à destination des patientes étaient parfaitement anonymes et confidentiels, maximisant l'honnêteté des participantes.

Il (*Annexe 1*) était composé de trois parties :

- La première, composée des données personnelles et socio-démographiques et des antécédents personnels, répondant aux critères d'inclusions et d'exclusion.

- La seconde partie, concerne le questionnaire FACE (Fast Alcohol Consumption Evaluation) : un questionnaire validé en France pour l'évaluation de la consommation d'alcool par la haute autorité de santé (20) en 5 questions rapides. Les deux premières questions s'intéressent à l'année passée et les trois autres explorent la consommation d'alcool globale sur l'ensemble de la vie des patients. Il permet de classer les patients en 3 catégories :
 - Une dépendance est à suspecter pour un score supérieur ou égal à 9 dans les deux sexes,
 - Un mésusage de l'alcool est probable pour un score supérieur ou égal à 5 chez l'homme et supérieur ou égal à 4 chez la femme,
 - L'absence de consommation a risque pour les scores inférieurs (21).

Ce questionnaire est utilisé dans cette étude pour caractériser la consommation habituelle d'alcool, avant la grossesse, en l'absence d'outil spécifiquement adapté à cette population.

À la suite de cette deuxième partie, nous pouvons déterminer la part d'usagers à risque avant la grossesse. Conformément à l'objectif « zéro alcool pendant la grossesse », déterminé par la société française d'alcoologie et d'addictologie (16), il était plus pertinent de comparer la fréquence des consommations avant et pendant la grossesse, et non les quantités consommées.

- La troisième partie permet d'apprécier la capacité des MG à aborder la thématique de la consommation d'alcool avec les femmes enceintes. Cette évaluation s'appuie sur 2 axes principaux :
 - La fréquence à laquelle le sujet de la consommation d'alcool est abordé par les MG, en lien avec le nombre de consultation effectué avec ce dernier.
 - L'auto-perception des compétences, c'est-à-dire l'estimation par les patientes, sur une échelle de 0 (incompétent) à 10 (très compétent), du degré de compétence perçu de leur MG dans leur approche du sujet.

Un dernier volet vise à analyser la préférence des patientes en matière d'interlocuteur : lorsque le suivi est partagé ou assuré par un autre professionnel, la question 19 permet de comparer et déterminer si la SF et/ou le gynécologue est perçu plus compétent que le MG par les femmes interrogées, sans distinction entre les SF et gynécologues.

2.3 Éthique :

Il s'agit d'une étude n'impliquant pas la personne humaine (hors loi Jardé) et le questionnaire étant parfaitement anonyme (et ce, même en croisant les données du questionnaire), il n'est pas nécessaire de recourir à une déclaration éthique auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Un avis auprès de la délégation à la recherche clinique et à l'innovation de la région Centre Val-de-Loire (basé au CHRU de Tours) a tout de même été demandé le 21 août 2025 et confirme l'absence de démarche particulière.

2.4 Analyse statistique :

Les variables qualitatives ont été présentées en effectifs (n) et pourcentages (%), les variables quantitatives en médiane et intervalle interquartiles (IQR). Des analyses uni et multivariées ont été utilisées pour répondre aux différents questionnements.

Concernant l'analyse de la fréquence de consommation d'alcool avant et pendant la grossesse (questions 7 et 12), l'ensemble de la population d'étude a été évalué statistiquement par un test des rangs signés de Wilcoxon. Une analyse en sous-groupes a été effectuée et soumise au test du Chi². Un second groupe, constitué uniquement des femmes déclarant consommer de l'alcool avant la grossesse, a été analysé selon les mêmes modalités statistiques. Une analyse en sous-groupes a également été effectuée dans cette deuxième population.

Ensuite, la population globale de l'échantillon a été scindée en deux sous-populations, la première composée des femmes n'ayant eu qu'une seule consultation et la deuxième de celles ayant eu deux consultations ou plus. Une première comparaison de ces deux sous-populations a été évaluée par un test exact de Fisher et un test de la somme des rangs de Wilcoxon selon les besoins. Puis, dans la population des femmes ayant bénéficié de deux consultations ou plus, la recherche d'une association entre le nombre de consultations chez le MG et la fréquence d'interrogation sur l'alcool a été évaluée par un test de Kruskal-Wallis. Pour compléter l'analyse, nous avons également soumis notre sous-population à un test de corrélation de Spearman, à la recherche d'une relation monotone entre les deux variables.

Les compétences perçues du MG concernant la question de l'alcool pendant la grossesse (question 17) ont été comparées aux compétences perçues de la SF et/ou du gynécologue (question 19). Cette analyse a été réalisée chez les patientes ayant répondu aux deux

questions, c'est-à-dire celles ayant consulté à la fois le MG et au moins un praticien parmi les deux autres. Un test des rangs signés de Wilcoxon a été utilisé pour évaluer la différence des scores perçus entre les praticiens. Un test de corrélation de Spearman a été effectué pour affiner l'association entre les scores de compétence attribués aux différents acteurs du suivi.

Les tests statistiques ont été réalisés avec le logiciel R (R Core Team, 2022). *R : a langage and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria.*

3. Résultats :

Sur les 61 structures contactées dans le département d'Indre-et-Loire (43 cabinets de MG et 18 cabinets de SF), 21 ont accepté de participer à l'étude, soit un taux de participation de 34 %. Parmi ces structures, 11 étaient des cabinets de MG et 10 des cabinets de SF. Les structures participantes représentent une faible diversité géographique : 18 cabinets en zone urbaine, 3 cabinets en zone semi-urbaine et aucun cabinet en zone rurale.

Au terme de l'étude, un total de 160 questionnaires a été récupéré. Une première recherche de critère d'exclusion a été menée et 5 questionnaires se sont avérés non conformes, à savoir incomplets (n = 3), illisible (n = 1) ou partiellement détruit (n = 1) empêchant la lecture correcte des réponses. Une recherche des critères d'inclusions a montré que la totalité des questionnaires a bien été remplie par des femmes enceintes.

Une seconde recherche des critères d'exclusion a été menée : 1 patiente a déclaré être atteinte de pathologie hépatique, aucune n'a déclarée avoir de suivi addictologique. Le nombre de questionnaires analysables s'élève ainsi à 154 pour cette étude (*Figure 1*).

Parmi les caractéristiques de la population d'étude (*Tableau 1*) : on retrouve une population de femmes âgées de 21 à 40 ans, avec une médiane de 28 ans, les termes de grossesses varient de 1 à 9 mois, avec une médiane de 6 mois et un IQR [4 – 8]. Les praticiens acteurs du suivi de grossesse déclarés par les femmes sont variés, mais on note une tendance plus importante de suivi par les sages-femmes seules (42%), seulement 16 patientes (10%) déclarent n'être suivies que par leur médecin généraliste, et 42 (27,1%) déclarent un suivi conjoint par un MG et un autre praticien (SF ou gynécologue).

Le questionnaire FACE, concernant l'année précédant la grossesse, a retrouvé une grande majorité de patientes (n=135) ayant un risque faible de dépendance à l'alcool (soit 89%), 15 femmes (9,7%) présentent un mésusage suspecté et 2 (1,3%) une dépendance probable. La fréquence de consommation avant la grossesse reste hétérogène dans notre population d'étude (*Figure 2 et Tableau 1*), 24 % déclarent ne jamais boire d'alcool, 27 % une fois par mois, 37 % estiment leur consommation d'alcool de 2 à 4 fois par mois et 12,3 % au-delà. La fréquence de consommation pendant la grossesse est quant à elle rassurante, avec 98 % des femmes déclarant ne jamais consommer d'alcool. Deux femmes déclarent consommer 1 fois par mois et 1 seule déclare consommer 2 à 4 fois par mois.

Concernant les données évaluant le repérage de l'alcool par les MG, 95 % des femmes n'évoquent pas spontanément leur consommation en consultation, et 53 % déclarent avoir

été questionné par leurs MG. Parmi les femmes ayant eu au moins deux consultations avec un MG, plus de la moitié (54%) n'ont été interrogées que la première fois et 38% déclarent même n'avoir même jamais été interrogées.

L'analyse de la fréquence de consommation d'alcool appliquée à l'ensemble de la population d'étude (*Tableau 2*) montre une baisse significative pendant la grossesse. En effet, le test des rangs signés de Wilcoxon indique une différence significative (p-value < 0,001). Cette tendance est confirmée par l'analyse en sous-groupes (*Tableau 3*) utilisant un test du Chi², qui a montré lui aussi une association significative. Lorsque l'on restreint l'analyse aux femmes ayant déclaré consommer de l'alcool avant la grossesse (*Figure 3 et Figure 4*), on observe également une baisse significative de la fréquence de consommation pendant la grossesse. Le test des rangs signés de Wilcoxon (*Tableau 4*) et l'analyse en sous-groupes (*Tableau 5*) montrent tous deux une différence significative (p-value < 0,001).

L'échantillon a ensuite été divisé en deux sous-populations (*Tableau 6*) composées des femmes ayant eu une seule consultation chez le MG et celles ayant eu deux consultations ou plus. Le test exact de Fisher est statistiquement significatif concernant l'interrogation sur l'alcool par les MG, suggérant que la proportion de femmes déclarant avoir été interrogées sur l'alcool est plus élevée lorsqu'elles ont bénéficié de deux consultations ou plus (p < 0,001).

En revanche, dans le sous-groupe de femmes ayant eu deux consultations ou plus, aucune association significative n'a pu être mise en évidence entre le nombre de consultations chez le MG et la fréquence d'interrogation sur la consommation d'alcool, ni par le test de Kruskal-Wallis (*Tableau 7*, p-value > 0,05) ni par le test de corrélation de Spearman (*Figure 5*, p-value > 0,05).

Enfin, parmi toutes les femmes ayant consulté leur MG, la médiane des scores de compétence perçue est à 7 sur 10 (*Tableau 1*). Chez les patientes ayant consulté à la fois leur MG et au moins un autre praticien (SF et/ou gynécologue), les scores de compétence perçus sur la question de l'alcool pendant la grossesse sont significativement plus élevés chez les SF et/ou gynécologues que pour les MG. La médiane des scores de compétence est à 7 sur 10 chez le MG (*Figure 6*) et à 9 sur 10 chez les SF et/ou gynécologues avec un test des rangs signés de Wilcoxon (*Tableau 8*) révélant une différence significative (p-value < 0,001). L'analyse de corrélation de Spearman montre également une association

significative entre les scores attribués aux différents praticiens (*Figure 7*, $p\text{-value} < 0,001$).

4. Discussion :

4.1 Taux de participation :

Le faible taux de participation estimé à 34 % des cabinets contactés (21 sur 61) semble montrer la difficulté d'accès aux structures de soins primaires, tant sur le plan logistique que communicationnel. La représentation géographique des structures est, elle aussi, faible. Elle est limitée aux zones urbaines et semi-urbaines et ne représente pas la zone rurale. La faible densité de cabinets médicaux dans ces zones, en particulier chez les SF (22), ainsi que la difficulté d'accès aux soins dans ces zones de faible densité médicale explique cette disparité (23).

4.2 Caractéristiques des patientes :

Les caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude se rapprochent de la population générale (24), avec un âge médian de 28 ans en cours de grossesse (moyenne d'âge de l'échantillon à 28,4 ans) contre un âge moyen à la naissance de 30,7 ans dans la population générale en 2019.

La consommation d'alcool montre une réduction significative au cours de la grossesse. Les données indiquent une forte tendance à la réduction et même à l'arrêt de la consommation d'alcool, ce qui est pertinent et rassurant dans notre étude. Cette constatation est également retrouvée dans la population générale où 97 % des femmes déclarent n'avoir jamais consommé (6). Cependant, la présence de quelques cas ($n = 3$) de consommation d'alcool persistante pendant la grossesse nous rappelle l'importance de maintenir des actions de repérage précoce chez les femmes en âge de procréer. Il sera intéressant de caractériser le profil de ces femmes à risque à l'avenir : peut-il s'agir d'un défaut de repérage par les soignants, d'un défaut d'information, d'une addiction ou d'un mésusage préexistant ?

4.3 Repérage par les médecins généralistes :

Le faible taux de repérage de la consommation d'alcool par les médecins généralistes constitue un résultat inquiétant : seules 53 % des patientes rapportent avoir été questionnées sur le sujet et souvent lors de la première consultation. Plus encore, cette étude n'a pas pu mettre en évidence de lien entre l'augmentation du nombre de consultation

et l'augmentation de la fréquence du repérage de l'alcool, ce qui suggère que le repérage de l'alcool par les MG n'est pas systématique et reste dépendant de l'affinité individuelle des soignants face au sujet de l'alcool pendant la grossesse.

L'absence d'interrogation dans 38 % des cas malgré deux consultations ou plus est un signe d'alerte compte tenu des recommandations de repérage systématique et répété tout le long du suivi pré-natal (16).

4.4 Perception de la compétence des praticiens :

L'analyse des scores de compétence perçue souligne une différence notable entre les SF et gynécologues, et les MG. Les résultats suggèrent que les SF et gynécologues sont perçus plus compétents que les MG pour traiter le sujet de l'alcool pendant la grossesse (médiane à 9 sur 10 contre 7 sur 10). Cette différence peut refléter une formation plus spécifique à la santé périnatale chez les SF et gynécologues et peut témoigner d'une sensibilité plus importante aux campagnes de prévention ciblant les femmes enceintes.

Ce résultat doit tout de même être pondéré par les données de corrélation de Spearman montrant une tendance à homogénéiser le degré de perception des compétences : les femmes qui attribuent un score élevé à l'un des praticiens ont tendance à également donner un score élevé à l'autre. Il ne s'agit probablement pas d'une remise en cause de la compétence des MG puisque la médiane reste relativement élevée à 7 sur 10, mais peut-être de la perception d'un manque de spécialisation dans la discipline périnatale.

4.5 Limites de l'étude :

En évaluant des données déclaratives de chaque patiente sur sa propre perception du repérage de l'alcool et son propre vécu, plusieurs limites sont à évoquer. Le biais de sélection lié à la participation des structures (biais de volontariat) et des patientes (biais d'auto-sélection) peut orienter les résultats vers une population plus sensibilisée ou mieux suivie qu'elle ne l'est dans la population générale.

Il existe également un biais de désirabilité sociale, celui-ci est d'autant plus important puisqu'il concerne la déclaration d'alcool consommé pendant la grossesse. L'anonymisation des questionnaires ne permet peut-être pas de s'affranchir complètement

de ce biais.

On peut également évoquer le déni des patientes en situation à risque ou de dépendance à l'alcool minimisant les consommations déclarées.

Le biais de mémoire inhérent au questionnement du vécu des patientes est un biais dont on ne pourra malheureusement jamais s'affranchir.

4.6 Force de l'étude :

Dans cette étude, nous avons cherché à diminuer le biais de mémoire en questionnant les patientes directement pendant leur grossesse, au risque de baisser la puissance en introduisant ce critère d'inclusion.

La période de recueil d'avril à septembre nous a permis d'interroger plus de femmes enceintes et à des termes avancés de leur grossesse multipliant ainsi leur possibilité de contact avec leur MG.

Elle se distingue également par une approche originale consistant à interroger directement les femmes enceintes pendant leur grossesse sur leur perception du repérage éthylique prénatal, une méthode peu, voire pas explorée dans les travaux existants.

5. Conclusion :

Notre étude met en évidence une réduction significative des consommations au cours de la grossesse, ce qui pourrait indiquer une bonne prise de conscience et une bonne adaptation des comportements de santé chez les femmes enceintes.

Néanmoins, on constate un taux de repérage par les MG encore insuffisant, malgré des recommandations officielles claires, insistant sur un repérage systématique et répété tout au long de la grossesse.

La compétence brute perçue des MG est plutôt rassurante et positive, et met en évidence le lien de confiance entre les patientes et leurs médecins.

6. Bibliographie :

1. Germanaud D, Toutain S. Exposition prénatale à l'alcool et troubles causés par l'alcoolisation fœtale. *Contraste*. 27 nov 2017;46(2):39-102.
2. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders [Internet]. [cité 12 juill 2025]. Disponible sur: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/377960/9789240096745-eng.pdf?sequence=1>
3. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 3 avr 2025]. Disponible sur: https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/2/2024_2_1.html
4. Popova S, Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. mars 2017;5(3):e290-9.
5. SPF. Baromètre santé 2017. Alcool et tabac. Consommation d'alcool et de tabac pendant la grossesse. [Internet]. [cité 3 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/barometre-sante-2017.-alcool-et-tabac.-consommation-d-alcool-et-de-tabac-pendant-la-grossesse>
6. SPF. Enquête nationale périnatale. Rapport 2021. Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements [Internet]. [cité 6 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/enquete-nationale-perinatale.-rapport-2021.-les-naissances-le-suivi-a-deux-mois-et-les-etablissements>
7. ELNahas G, Thibaut F. Perinatal Psychoactive Substances Use: A Rising Perinatal Mental Health Concern. *J Clin Med*. 10 mars 2023;12(6):2175.
8. Popova S, Dozet D, Shield K, Rehm J, Burd L. Alcohol's Impact on the Fetus. *Nutrients*. 29 sept 2021;13(10):3452.
9. Charness ME, Riley EP, Sowell ER. Drinking During Pregnancy and the Developing Brain: Is Any Amount Safe? *Trends Cogn Sci*. févr 2016;20(2):80-2.
10. Wozniak JR, Riley EP, Charness ME. Clinical presentation, diagnosis, and management of fetal alcohol spectrum disorder. *Lancet Neurol*. août 2019;18(8):760-70.
11. Chudley AE, Conry J, Cook JL, Looock C, Rosales T, LeBlanc N. Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale : lignes directrices canadiennes concernant le diagnostic. *CMAJ Can Med Assoc J*. 1 mars 2005;172(5 Suppl):SF1-21.
12. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 3 avr 2025]. Troubles causés par l'alcoolisation fœtale : repérage. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1636956/fr/troubles-causes-par-l-alcoolisation-foetale-reperage
13. Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J, Burd L, Popova S. Global Prevalence of Fetal Alcohol Spectrum Disorder Among Children and Youth: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 1 oct 2017;171(10):948-56.
14. Phan T, Yana J, Fabre J, Yana L, Renard V, Ferrat E. [At-risk drinking screening by general practitioners: A survey of patients in primary care]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. août 2020;68(4):215-25.

15. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 6 août 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/attitudes-et-pratiques-des-medecins-generalistes-dans-le-cadre-du>
16. Ministère de la santé [Internet]. [cité 3 avr 2025]. Alcool et grossesse parlons en. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Alcool_et_grossesse_parlons-en2.pdf
17. Gall TL. Freins et facilitateurs au repérage des consommations d'alcool durant la grossesse par les médecins généralistes du Finistère. 28 mars 2024;64.
18. Baelen F. Freins et motivations des médecins généralistes réunionnais dans la prévention des troubles du spectre de l'alcoolisation foetale. 9 sept 2021;96.
19. Les naissances en 2024 - Insee Focus - 357 [Internet]. [cité 25 août 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8614311#onglet-2>
20. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 27 août 2025]. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte
21. Dewost AV, Michaud P, Arfaoui S, Gache P, Lancrenon S. Fast alcohol consumption evaluation: a screening instrument adapted for French general practitioners. Alcohol Clin Exp Res. nov 2006;30(11):1889-95.
22. Annuaire des sages-femmes libérales [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 12 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/annuairelib/>
23. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2025 [cité 12 sept 2025]. Publication de l'atlas de la démographie médicale 2025. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/actualites/publication-latlas-demographie-medicale-2025>
24. Natalité – Fécondité – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 12 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277635?sommaire=4318291>

Figure 1 : Diagramme de flux.

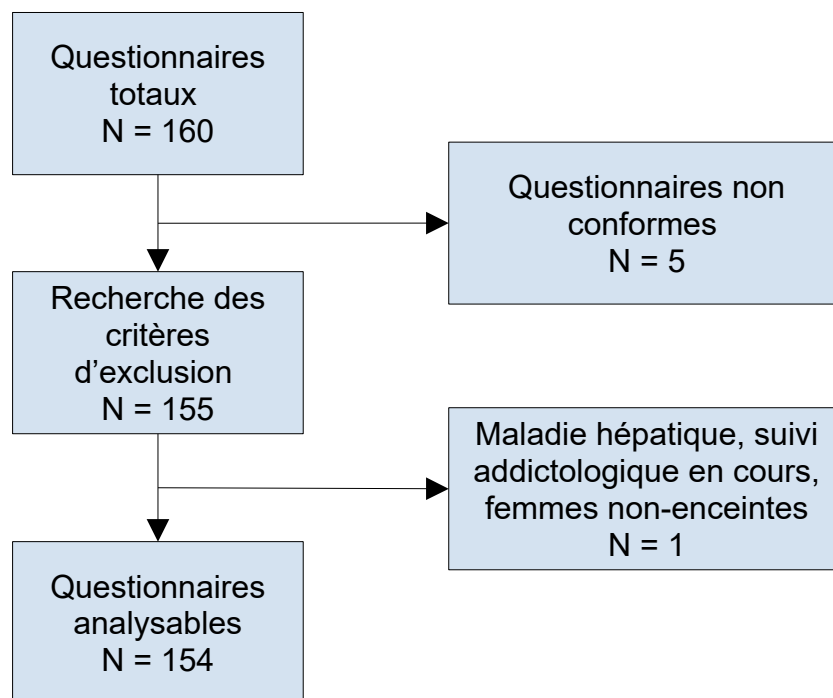


Figure 2 : Fréquence de consommation d'alcool avant la grossesse appliquée à l'ensemble de la population d'étude.

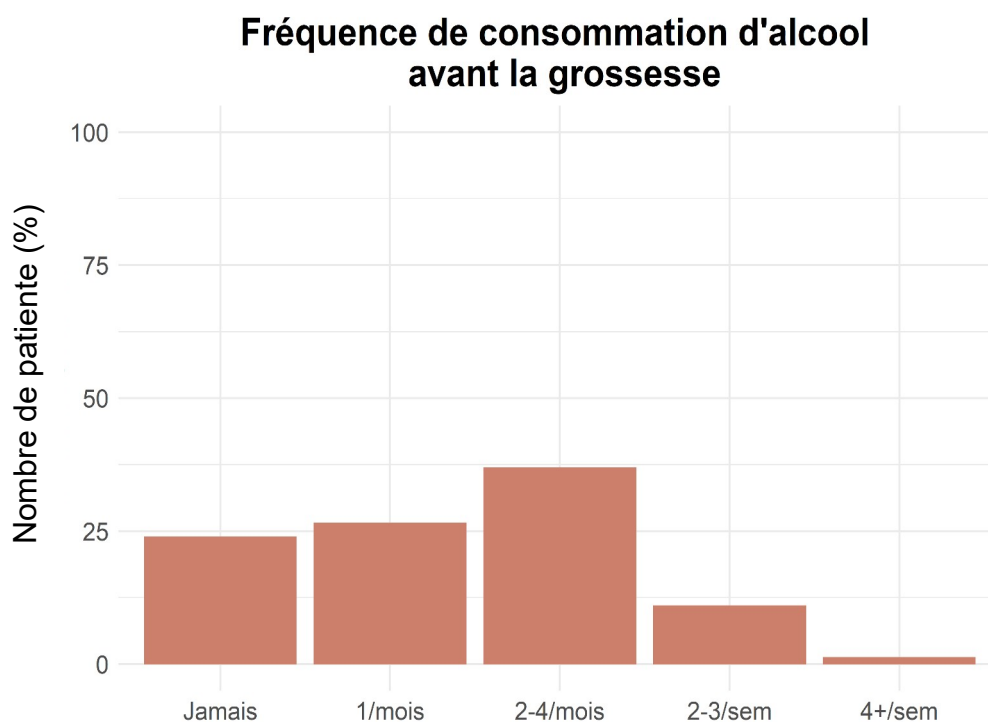


Figure 3 : Fréquence de consommation d'alcool avant la grossesse appliquée au groupe de patientes consommatrices d'alcool.

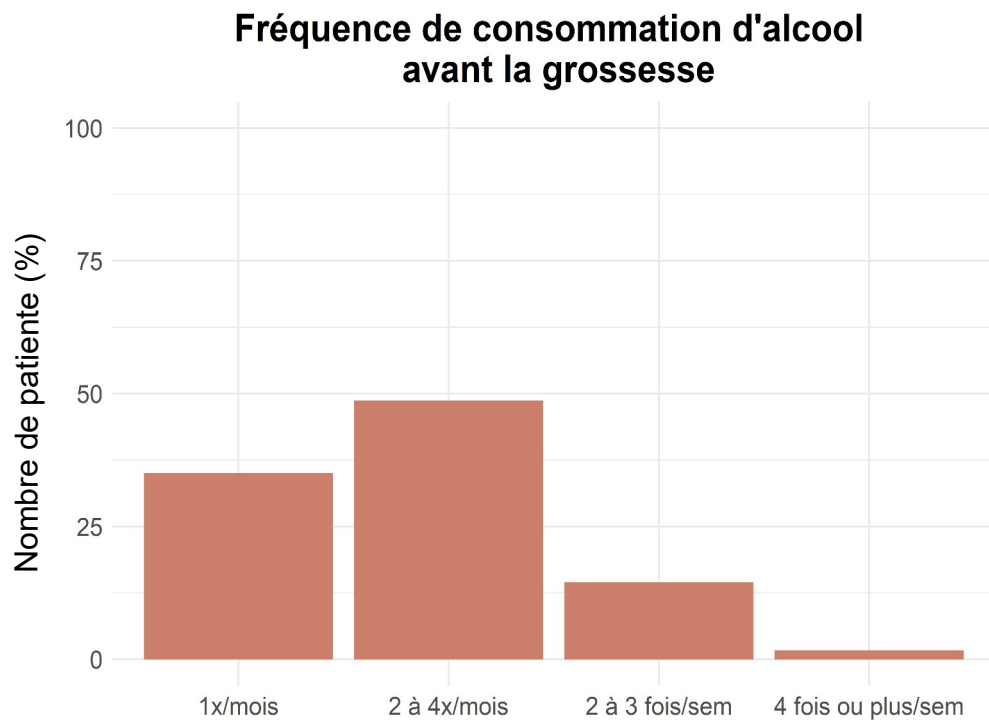
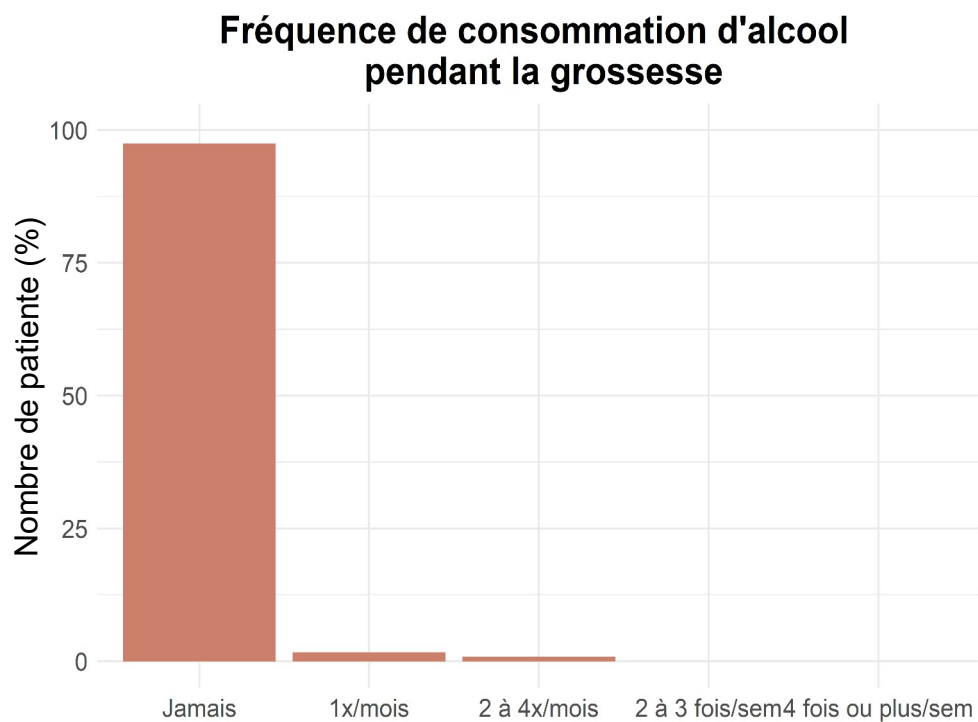


Figure 4 : Fréquence de consommation d'alcool pendant la grossesse appliquée au groupe de patientes consommatrices d'alcool.



Scatter plot showing the relationship between the frequency of consultation by the MG (X-axis) and the number of consultations with the MG (Y-axis). The X-axis categories are: Jamais, Seulement la 1ere fois, Plus d'une fois, and A chaque consultation. The Y-axis ranges from 0 to 10. A blue regression line is shown, indicating a weak positive correlation with $R = 0.084$ and $p = 0.4$.

Figure 6 : Diagramme représentatif de la compétence perçue du MG concernant la prise en charge de l'alcool pendant la grossesse.

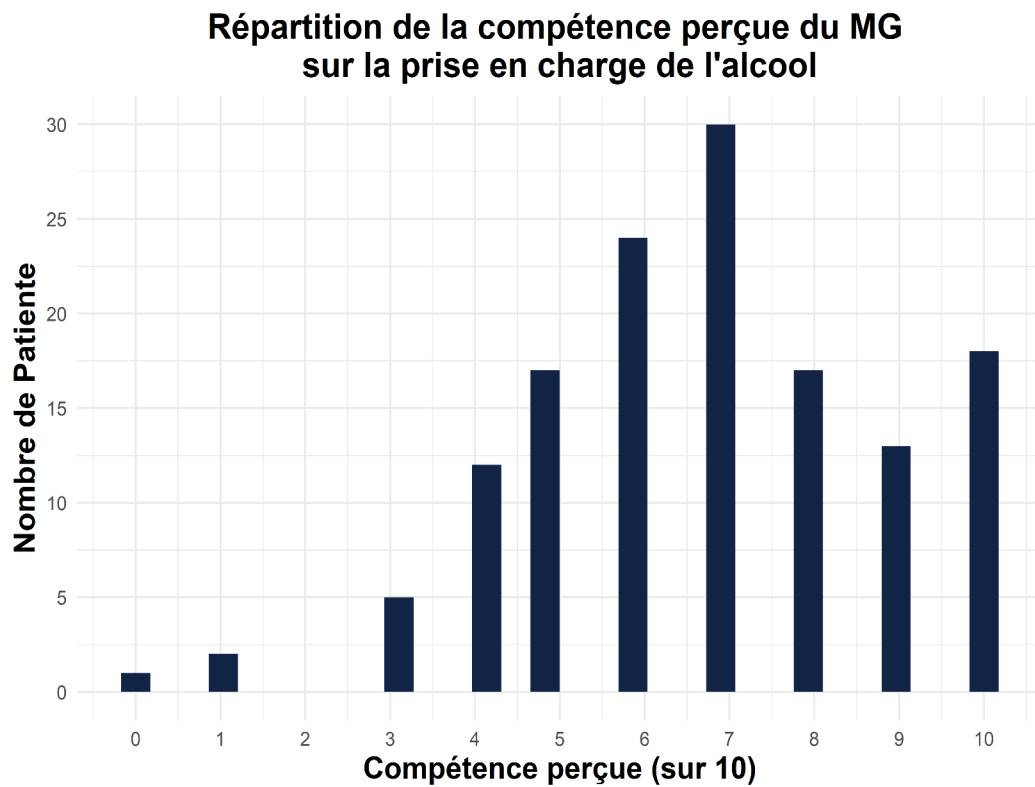


Figure 7 : Distribution de la compétence perçue des SF et gynécologues en fonction de la compétence perçue des MG. Test de corrélation de Spearman.

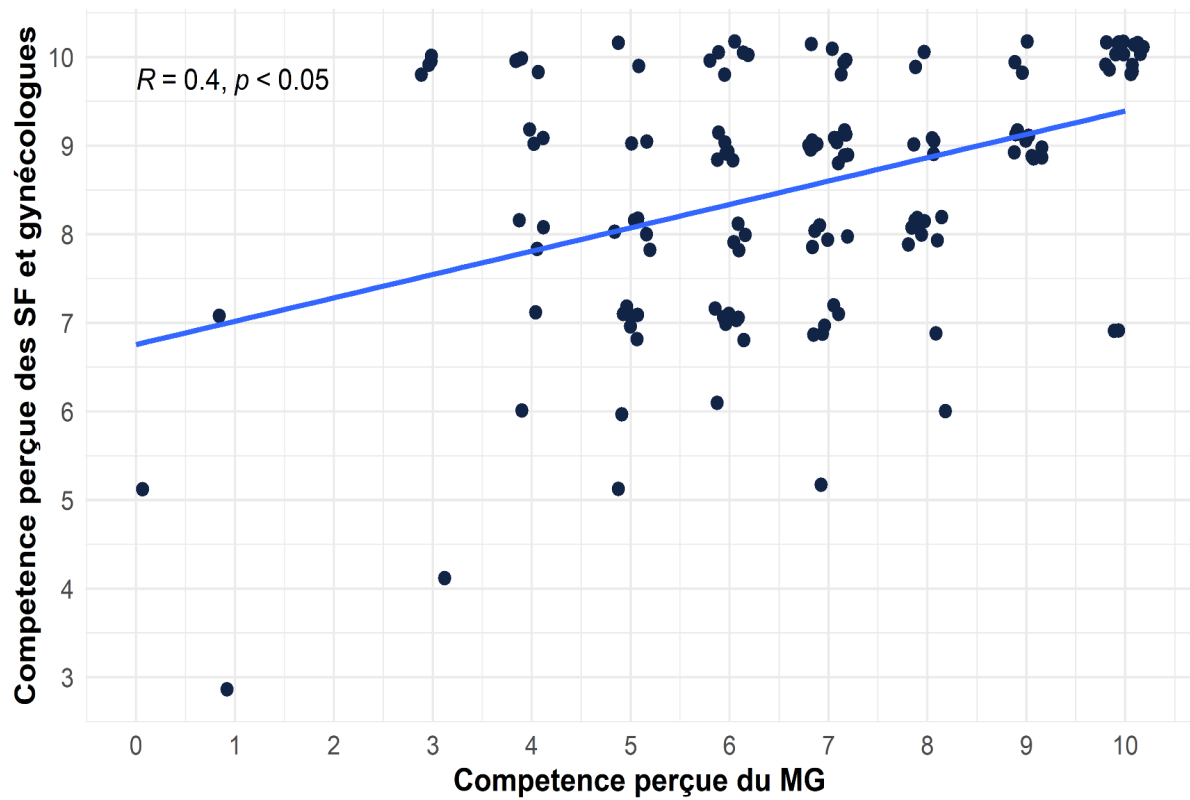


Tableau 1 : Caractéristiques de la population d'étude.

<u>Caractéristiques</u>	<u>n = 154¹</u>	<u>Observations manquantes</u>
Terme de la grossesse (en mois)	6.00 (4.00, 8.00)	0 (0%)
Âge (en années)	28.00 (25.00, 31.00)	0 (0%)
Praticiens déclarés		0 (0%)
MG seul	16 (10%)	
SF seule	65 (42%)	
Gynécologue seul	14 (9.1%)	
SF et Gynécologue associés	17 (11%)	
MG et SF associés	31 (20%)	
MG et Gynécologue associés	11 (7.1%)	
Les trois associés	0 (0.0 %)	
Lieu du suivi déclaré		0 (0%)
Ville	125 (81%)	
Hôpital	18 (12%)	
Les deux	11 (7.1%)	
Questionnaire FACE		0 (0%)
Risque faible (score <4)	137 (89%)	
Mésusage suspecté (score de 4 à 9)	15 (9.7%)	
Dépendance probable (score>9)	2 (1.3%)	
Fréquence de consommation d'alcool <u>avant</u> la grossesse		0 (0%)
Jamais	37 (24%)	
1 fois par mois	41 (27%)	
2 à 4 fois par mois	57 (37%)	
2 à 3 fois par semaine	17 (11%)	
4 fois ou plus par semaine	2 (1.3%)	
Fréquence de consommation d'alcool <u>pendant</u> la grossesse		0 (0%)
Jamais	151 (98%)	
1 fois par mois	2 (1.3%)	

Tableau 1 : Caractéristiques de la population d'étude.

<u>Caractéristiques</u>	<u>n = 154¹</u>	<u>Observations manquantes</u>
2 à 4 fois par mois	1 (0.6%)	
2 à 3 fois par semaine	0 (0%)	
4 fois ou plus par semaine	0 (0%)	
Nombre de consultation avec un MG	3.00 (2.00, 5.00)	0 (0%)
Patientes ayant eu au moins 2 consultations avec un MG	117 (76%)	0 (0%)
Évocation de la consommation d'alcool par la patiente		14 (9.1%)
oui	7 (5.0%)	
non	133 (95%)	
Interrogation sur la consommation d'alcool par le MG		14 (9.1%)
oui	74 (53%)	
non	60 (43%)	
je ne sais pas	6 (4.3%)	
Fréquence des interrogations sur l'alcool par le MG		41 (27%)
Jamais	43 (38%)	
Seulement la 1ère fois	61 (54%)	
Plus d'une fois	4 (3.5%)	
À chaque consultation	5 (4.4%)	
Compétence perçue du MG sur l'alcool pendant la grossesse	7.00 (5.00, 8.00)	0 (0%)
Autres praticiens consultés		15 (9.7%)
SF	97 (70%)	
Gynécologue	24 (17%)	
SF et gynécologue associés	18 (13%)	
Compétence perçue pour SF et/ou gynécologue	9.00 (8.00, 10.00)	15 (9.7%)
¹ n (%); Médiane (Q1, Q3)		

Tableau 2 : Analyse de la fréquence de consommation d'alcool avant et pendant la grossesse appliquée à l'ensemble de la population d'étude.

Caractéristiques	Avant la grossesse n = 154 ¹	Pendant la grossesse n = 154 ¹
Fréquence de la consommation d'alcool		
Jamais	37 (24%)	151 (98%)
1 fois par mois	41 (27%)	2 (1.3%)
2 à 4 fois par mois	57 (37%)	1 (0.6%)
2 à 3 fois par semaine	17 (11%)	0 (0%)
4 fois ou plus par semaine	2 (1.3%)	0 (0%)

¹n (%)

Test des rangs signés de Wilcoxon avec correction de continuité : **p-value <0,001**

Tableau 3 : Analyse en sous-groupe de la fréquence de consommation d'alcool avant et pendant la grossesse appliquée à l'ensemble de la population d'étude.

Caractéristiques	Avant la grossesse n = 154 ¹	Pendant la grossesse n = 154 ¹	p-value²
Jamais	37 (24%)	151 (98%)	<0.001
1 fois par mois	41 (27%)	2 (1.3%)	<0.001
2 à 4 fois par mois	57 (37%)	1 (0.6%)	<0.001
2 à 3 fois par semaine	17 (11%)	0 (0%)	<0.001
4 fois ou plus par semaine	2 (1.3%)	0 (0%)	0.5

¹n (%)

²Test du Chi² ; Test exact de Fisher

Tableau 4 : Analyse de la fréquence de consommation d'alcool avant et pendant la grossesse appliquée au groupe de patientes consommatrices d'alcool.

Caractéristiques	Avant la grossesse n = 117 ¹	Pendant la grossesse n = 117 ¹
Fréquence de consommation d'alcool		
Jamais	0 (0%)	114 (97%)
1 fois par mois	41 (35%)	2 (1.7%)
2 à 4 fois par mois	57 (49%)	1 (0.9%)
2 à 3 fois par semaine	17 (15%)	0 (0%)
4 fois ou plus par semaine	2 (1.7%)	0 (0%)

¹n (%)

Test des rangs signés de Wilcoxon avec correction de continuité : **p-value <0,001**

Tableau 5 : Analyse en sous-groupe de la fréquence de consommation d'alcool avant et pendant la grossesse appliquée au groupe de patientes consommatrices d'alcool.

Caractéristiques	Avant la grossesse N = 117 ¹	Pendant la grossesse N = 117 ¹	p-value ²
Jamais	0 (0%)	114 (97%)	<0.001
1 fois par mois	41 (35%)	2 (1.7%)	<0.001
2 à 4 fois par mois	57 (49%)	1 (0.9%)	<0.001
2 à 3 fois par semaine	17 (15%)	0 (0%)	<0.001
4 fois ou plus par semaine	2 (1.7%)	0 (0%)	0.5

¹n (%)

²Test du Chi² ; Test exact de Fisher

Tableau 6 : Comparaison des patientes ayant eu une consultation et celles ayant eu deux consultations ou plus :

Nombre de consultation chez le MG	1 consultation (n=37)¹	2 consultations ou plus (n=117)¹	p-value²
Évocation de la consommation d'alcool par la patiente			>0,9
oui	1 (4.3%)	6 (5.1%)	
non	22 (96%)	111 (95%)	
Observations manquantes	14	0	
Interrogation sur la consommation d'alcool par le MG			<0,001
oui	4 (17%)	70 (60%)	
non	17 (74%)	43 (37%)	
Je ne sais pas	2 (8.7%)	4 (3.4%)	
Observations manquantes	14	0	
Fréquence de l'interrogation sur l'alcool par le MG			>0,9
Jamais	Non-attribuable	43 (38%)	
Seulement la 1ere fois	Non-attribuable	61 (54%)	
Plus d'une fois	Non-attribuable	4 (3.5%)	
A chaque consultation	Non-attribuable	5 (4.4%)	
Observations manquantes	37	4	

¹n (%); Médiane (Q1, Q3)

²Test exact de Fisher; Test des rangs signés de Wilcoxon

Tableau 7 : Analyse de l'association entre le nombre de consultations chez le MG et la fréquence d'interrogation sur l'alcool.

Caractéristiques	Jamais n = 43 ¹	Seulement la 1ere fois n = 61 ¹	Plus d'une fois n = 4 ¹	A chaque consultation n = 5 ¹	p-value ²
Nombre de consultation avec le MG	4.00 (2.00, 5.00)	4.00 (3.00, 6.00)	4.00 (3.00, 6.50)	2.00 (2.00, 5.00)	0.3

¹Médiane (Q1, Q3)

²Test de Kruskal-Wallis

Tableau 8 : Analyse de la perception des compétences du MG et des autres praticiens chez les femmes ayant consulté à la fois un MG et un autre praticien.

Caractéristiques	MG N = 139 ¹	SF et Gynécologue N = 139 ¹	p-value ²
Degré de compétence perçu	7.00 (5.00, 8.00)	9.00 (8.00, 10.00)	<0.001

¹Médiane (Q1, Q3)

²Test des rangs signés de Wilcoxon

Annexe 1 :

QUESTIONNAIRE A L'ATTENTION DES FEMMES ENCEINTES

Mesdames,

Votre médecin généraliste/sage femme participe a un projet de recherche dont l'objectif est d'évaluer le repérage de la consommation d'alcool par les médecins généralistes et sages femmes et d'évaluer vos consommations personnelles pendant la grossesse. Votre avis est donc nécessaire à la poursuite de cette étude et les résultats feront l'objet d'une thèse d'exercice en médecine générale.

Les données traitées dans ce questionnaire sont **CONFIDENTIELLES** et **ANONYMES**, elles respecteront le secret médical qui vous est dû. Elles ne seront accessibles qu'à l'auteur de ce questionnaire, **votre praticien n'aura pas connaissance de vos réponses.**

Il ne vous demandera que quelques minutes (< 5 min, 20 questions rapides).

Données personnelles

- 1) Êtes-vous enceinte : ☐ Oui ☐ Non
- 2) A quel terme êtes-vous ? (En mois) :
- 3) Quel âge avez-vous ? : ans.
- 4) Quel praticien vous suit pour votre grossesse ?
☐ Médecin généraliste ☐ Sage femme ☐ Gynécologue
- 5) Pour votre grossesse, êtes-vous suivie ☐ à l'hôpital ☐ en ville
- 6) Vos antécédents personnels :
 - Avez-vous une maladie du foie ? (cirrhose, cancer, cholangite sclérosante, hépatite chronique...)
☐ Oui ☐ Non
 - Avez-vous un suivi addictologique en cours par un médecin généraliste, psychiatre addictologue ou dans un centre d'addictologie? ☐ Oui ☐ Non

Votre consommation d'alcool habituelle HORS GROSSESSE



Pour les questions suivantes, en cas d'hésitation, choisissez « la réponse la plus proche de la réalité ». Les deux premières questions portent sur les douze derniers mois.

- 7) A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?
☐ Jamais ☐ 1 fois par mois ☐ 2 à 4 fois par mois
☐ 2 à 3 fois par semaine ☐ 4 fois ou plus par semaine
- 8) Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ? ☐ 1 ou 2 ☐ 3 ou 4 ☐ 5 ou 6
☐ 7 à 9 ☐ 10 ou plus

- 9) Votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?
☐ Oui ☐ Non
- 10) Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?
☐ Oui ☐ Non
- 11) Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?
☐ Oui ☐ Non

Votre médecin généraliste et votre consommation d'alcool PENDANT LA GROSSESSE :

- 12) A quelle fréquence consommez-vous de l'alcool **depuis que vous savez que vous êtes enceinte** ?
☐ Jamais ☐ <1 fois par mois ☐ 1 fois par mois ☐ 2 à 4 fois par mois
☐ 2 à 3 fois par semaine ☐ 4 fois ou plus par semaine
- 13) Combien de consultations avez-vous eues avec votre **médecin généraliste** depuis que vous êtes enceinte ?
- 14) Avez-vous évoqué de vous même votre consommation d'alcool lors de ces consultations ?
☐ Oui ☐ Non
- 15) Vous a-t-il interrogé sur votre consommation d'alcool ?
☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas
- 16) A quelle fréquence vous a-t-il interrogé sur votre consommation d'alcool pendant votre grossesse ?
☐ A chaque consultation ☐ Plus d'une fois
☐ Seulement la première fois ☐ Jamais
- 17) A quel point pensez-vous que votre **médecin généraliste** soit compétent pour traiter le sujet de l'alcool et de la dépendance pendant la grossesse (entourez votre réponse, de 0=incompétent à 10=très compétent) ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Votre grossesse est suivie par un autre praticien

- 18) Quel praticien suit votre grossesse ? ☐ Sage femme ☐ Gynécologue
- 19) A quel point pensez-vous que votre **praticien** soit compétent pour traiter le sujet de l'alcool et de la dépendance pendant la grossesse (entourez votre réponse) ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- 20) Avez-vous des remarques/suggestions afin d'améliorer le dépistage des consommations d'alcool pendant la grossesse ?

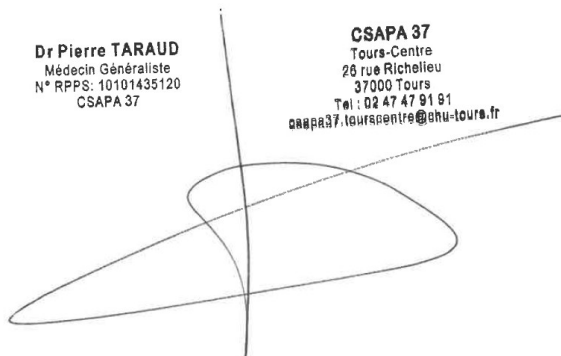
Une fois rempli, merci de déposer le questionnaire dans l'urne (ou l'enveloppe) prévue à côté des questionnaires.

Vu, le Directeur de Thèse

Dr Pierre TARAUD, le 14/10/2025

Dr Pierre TARAUD
Médecin Généraliste
N° RPPS: 10101435120
CSAPA 37

CSAPA 37
Tours-Centre
28 rue Richelieu
37000 Tours
Tel: 02 47 47 91 91
csapa37.tourscentre@chu-tours.fr



Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

ANDRAULT Benjamin

45 pages – 8 tableaux – 7 figures – 1 annexe

Résumé :

La consommation d'alcool pendant la grossesse constitue un enjeu majeur de santé publique, en raison des conséquences délétères et irréversibles sur le développement fœtal. Le rôle du médecin généraliste (MG) dans le repérage précoce est central, mais peu de données existent sur l'expérience vécue par les femmes pendant la grossesse.

Une étude observationnelle transversale a été menée en Indre-et-Loire. Des questionnaires anonymes ont été distribués dans 21 cabinets de MG et sages-femmes (SF). Les données recueillies concernaient la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse, le repérage par les MG, ainsi que la perception des compétences des praticiens impliqués.

Avant la grossesse, 10 % présentaient un mésusage probable et 1 % une dépendance suspectée. Pendant la grossesse, 98 % déclaraient une abstinence complète, avec trois cas de consommation persistante. Le repérage par les MG était limité : 53 % des femmes rapportaient avoir été interrogées, souvent uniquement lors de la première consultation, et 38 % déclaraient n'avoir jamais été questionnées malgré au moins deux consultations. La compétence perçue était significativement plus élevée pour les SF et gynécologues que pour les MG, bien que les scores attribués aux différents praticiens soient corrélés positivement.

Cette étude semble montrer que le repérage de la consommation éthylique par les MG semble encore non systématique et insuffisant. Renforcer la formation et la sensibilisation des praticiens à ce sujet pourrait améliorer la prévention en période prénatale.

Mots clés : consommation d'alcool, femme enceinte, grossesse, médecine générale, repérage, troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale.

Jury :

Président du Jury : Professeur Catherine GAUDY-GRAFFIN
Membres du Jury : Docteur Sandra HERVE
Docteur Cécile RENOUX

Directeur de thèse : Docteur Pierre TARAUD

Date de soutenance : 20 novembre 2025